

Title	日本における赤痢の流行と感染症対策の変遷 1890-1930年
Sub Title	The outbreaks of dysentery and changes of preventive measures in modern Japan during the 1890s-1930s
Author	馬場, わかな(Baba, Wakana)
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.455(103)- 472(120)
JaLC DOI	10.14991/001.20061001-0103
Abstract	本稿は、 19世紀末から20世紀初頭にかけての生活環境の変化を歴史的にとらえる試みの一つとして、 日本における赤痢を事例として取り上げ、生活環境の一つである患者や医師、病院をとりまく環境 やその関係性が赤痢患者の爆発的な増加と罹患率の上昇への対策によって転換させられたことを 示す。そしてこの転換が、 20世紀初頭の日本の感染症対策の変遷を理解する手がかりであることを指摘する。 This paper establishes a historical understanding of the changes in living conditions from the late 19th to the early 20th centuries with reference to dysentery in Japan. It examines how the explosive increase in patients and the measures against the rising morbidity changed the conditions surrounding patients, doctors and hospitals, and their relationship. It also shows that these changes reveal a clue to understand the transition of Japanese preventive measures of infectious diseases at the beginning of the 20th century.
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=AN00234610-20061001-0103

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.

日本における赤痢の流行と感染症対策の変遷 1890-1930 年

The Outbreaks of Dysentery and Changes of Preventive Measures in Modern Japan during the 1890s-1930s

馬場 わかな(Wakana Baba)

本稿は、19 世紀末から 20 世紀初頭にかけての生活環境の変化を歴史的にとらえる試みの一つとして、日本における赤痢を事例として取り上げ、生活環境の一つである患者や医師、病院をとりまく環境やその関係性が赤痢患者の爆発的な増加と罹患率の上昇への対策によって転換させられたことを示す。そしてこの転換が、20 世紀初頭の日本の感染症対策の変遷を理解する手がかりであることを指摘する。

Abstract

This paper establishes a historical understanding of the changes in living conditions from the late 19th to the early 20th centuries with reference to dysentery in Japan. It examines how the explosive increase in patients and the measures against the rising morbidity changed the conditions surrounding patients, doctors and hospitals, and their relationship. It also shows that these changes reveal a clue to understand the transition of Japanese preventive measures of infectious diseases at the beginning of the 20th century.

日本における赤痢の流行と感染症対策の変遷 1890—1930 年

馬場 かな

要 旨

本稿は、19 世紀末から 20 世紀初頭にかけての生活環境の変化を歴史的にとらえる試みの一つとして、日本における赤痢を事例として取り上げ、生活環境の一つである患者や医師、病院をとりまく環境やその関係性が赤痢患者の爆発的な増加と罹患率の上昇への対策によって転換させられたことを示す。そしてこの転換が、20 世紀初頭の日本の感染症対策の変遷を理解する手がかりであることを指摘する。

キーワード

疾病構造転換，罹患率，赤痢，東京

1. はじめに

疾病構造転換は、出生と死亡という観点から人口動態の変化を説明した A・オムランの研究が⁽¹⁾1971 年に出されて以来、健康と病をめぐる歴史叙述の主要な枠組みの一つとなっている。これは、人々の疾病プロファイルの変化を表している。すなわち、全死因に占める比重が急性感染症から慢性疾患へと移行したのである。

オムランは死亡率のパターンを、伝染病と飢饉の時代、世界的流行病後退の時代、変性疾患及び外因性疾患の時代という三つの段階に分類している。伝染病と飢饉の時代においては、死亡率は高いか、上下変動しており、持続的な人口増加を妨げていた。世界的流行病後退の時代になると、伝染病が頻度、規模とも収束しつつあったのに伴い、死亡率も徐々に低下した。変性疾患及び外因性疾患の時代においても死亡率は低下し続け、最終的にはかなり低い値で安定するようになる。⁽²⁾J・ライリーは、死亡という観点からのみ着目されることが多かった疾病構造転換という枠組みに「罹

(1) Omran, Abdel R. (1971) “The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change”, *Milbank Memorial Fund Quarterly* 49: 509–538.

(2) Omran, Abdel R. (1983) “The epidemiologic transition theory: a preliminary update”, *Journal of Tropical Pediatrics* 29: 305–316.

患率」という概念を加え、歴史研究の対象としての範囲を拡大した。ライリーによれば、疾病構造転換には二つの現象が付随している。すなわち、平均寿命の伸長と罹患率の上昇である。前者は主として乳幼児の死亡率が低下したことによって、後者はある病気のエピソード、すなわちその病気が発生してから終息するまでの期間が数週間から数ヶ月ないし数年へと変化したことによってもたらされたとされる。つまり、死亡率が低下して、ある社会における平均寿命が高くなればなるほど、直ちに死に至ることはない病気に罹患している人の割合は上昇したというのである⁽³⁾。

本稿では、近代日本において疾病構造転換が進展した際の疾病プロファイルの変化を、二つの急性水系感染症の比較を通じて考察する。というのも、死亡率低下に伴う罹患率上昇に関するライリーの仮説は、急性感染症と慢性疾患という二項対立を前提としており、急性感染症同士を比較するという視点が欠けているからである。しかしいうまでもなく、急性感染症にはさまざまな疾患があり、ひとくくりに論じることはできないはずである。そこで本稿は、急性水系感染症によってエピソードの長さが異なることに着目しながら、疾病プロファイルの変化が19世紀末から20世紀初頭にかけての日本における公衆衛生対策や人々の認識や行動に影響を及ぼした過程について明らかにしたい。急性感染症の中でも水系のものに的を絞ったのは、これらの疾患が日本において近代的な公衆衛生システムを構築し、あるいはそれを転換させる上で大きな役割を果たしていたからである。

19・20世紀においては、多くの国々で二つのタイプの急性水系感染症が猛威を奮っていた。一つはコレラである。コレラは急性の経過をとり、多くの患者は発症後まもなく死に至る。「コレラは、他の病気が終わるところから始まる。すなわち、死である」とフランスの著名な生理学者F・マジエンディが述べたように、コレラの致死率はきわめて高かった。もう一つは、赤痢や腸チフスのように、コレラほど急性の経過はとらない急性感染症である。マジエンディが問題にしたほぼすべてのヨーロッパ諸国においては、コレラは19世紀初頭から流行し始め、19世紀末には公衆衛生対策によってコントロールされるようになる。コレラが到来し、公衆衛生対策によってコントロールされる、というパターンは日本でも見られたが、その時期はヨーロッパ諸国よりも半世紀ほど遅れた、19世紀末から20世紀初頭にかけてであった。

19世紀末、日本においても、コレラの流行に対処すべく近代的な公衆衛生システムが構築される。明治政府は度重なる激しいコレラの流行⁽⁴⁾への対応を国家の近代化と結びつけ、ほぼ無の状態から近

(3) Riley, James C. (1990), "Long-term morbidity and mortality trends: inverse health transitions," in John C. Caldwell, Salley Findley, Pat Caldwell, Gigi Santow, Wendy Cosford, Jennifer Braid and Daphne Broers-Freeman (eds.), *What We Know about Health Transition: The cultural, social and behavioural determinants of health*: 165–188; *ibid.*, (2001) *Rising Life Expectancy: a Global History*, Cambridge/New York: Cambridge University Press.

(4) 明治維新後、最初の大きなコレラ流行は1877年で、8027名の死者を出した。その後の主な流行としては、1879年、1882年、1886年、1890年、1895年があり、それぞれ105786名、33784名、108405名、35227名、40154名の命が奪われた。

代的な公衆衛生システムを築き上げたのである。それは 1897 年、伝染病予防法に結実する⁽⁵⁾。

しかしながら 1890 年代以降、コレラ対策に偏重していたシステムを批判する者が現れる。批判は、後藤新平など、衛生行政の中枢にいた人々からもなされた。彼は内務省衛生局長に就任する直前の 1892 年 10 月、兵庫県において、町村長医師に向けた演説「赤痢病ニ関スル談話」を行った。この演説で彼は、以下のように述べている（下線は著者）。

元來赤痢病ハ虎列拉病ト全シク其病毒共ニ下等動物ナラントハ近來研究ノ上殆ンド確定スル次第ナリ彼虎列拉ノ病原[○]コ[○]ン[○]マ[○]ハ[○]チ[○]ル[○]レ[○]ン（下等植物）ニ於ケルガ如ク赤痢ニ在テハ種々ノ變形シ易キ[○]下[○]等[○]動[○]物[○]ナリ此病原体ハ不潔ノ濕地又ハ腹中ノ腐敗物等ノ中ニ於テ好テ繁殖スルモノトス世人虎列拉ヲ恐レ赤痢病ヲ左程ニ思フヌハ一ニ先入ノ感情ニヨレルノミ虎列拉病ニ罹ルモノハ死亡早ク且經濟上目前ノ影響ヲ蒙ルユヘナラン之ニ反シテ赤痢ニ罹ルモノハ比例コレラ病ノ如ク多カラスト雖モ却テ其病勢モ數週ニ涉リ頗ル緩慢ナリ之レガ爲メニ赤痢ハ太ニ經濟ニ影響シ殊ニ生産力ヲ滅殺スルコト大ナルモノナリ加フルニ虎列拉ハ輸入ノ疾病ニシテ其新ニ來ルヤ一時猖獗ナルモ日本ノ土地ニハ永ク其性ヲ維持スル能ハスシテ漸次退却スル一恰モ尾張大根ヲ他方ニ移植シ年々形状ヲ變ジ遂ニ其ノ土地固有ノ大根ト同様ニ變形スルガ如シ然レモ赤痢ハ我國ニ發生スルモノニシテ清潔法ヲ怠レハ何地ヲ問フス盛ニ流行シ易スク所謂適者生存ニテ遂ニハ引續キ毎年發生シテ風土病トナル大分、福岡、熊本ノ如キ毎年患者數一萬以上ニ及ヒ遂ニ救フ可ラサルニ至ル豐戒メザル可ケンヤ

この引用が示すように、後藤は、経済をはじめとする社会全体に対する病気の負荷がコレラと赤痢では異なることを明確に認識していたと考えられる。コレラはより多くの死者をもたらすが、転帰までの時間が短いために、累積された負荷は比較的小さい。他方、赤痢はその経過が緩慢なために、より大きな負荷を与えているというのである。同様の見解は、翌 1893 年に長谷川泰が⁽⁶⁾大日本私立衛生会で行った講演「在野及在野の政事家は何を以て赤痢の流行を度外視するか」においても示されている。

(5) コレラ流行がこの法律の成立に大きな影響を与えていたことは、「コレラは衛生の母」と呼ばれることから明らかであろう。cf. 山本俊一『日本コレラ史』東京大学出版会、1982 年；笠原英彦『日本の医療行政—その歴史と課題』慶應義塾大学出版会、1999 年。

(6) 1842～1912 年。1876 年、医術開業試験受験を目的とした私塾・済生学舎（現在の日本医科大学）を創設。1883 年には長與専斎、石黒忠恵、高木兼寛、後藤新平らと「大日本私立衛生会」を結成、1898 年には内務省衛生局長に就任。彼は、日本を近代化するには、西洋医学に基づく衛生制度・行政の確立が不可欠だと考えていた。cf. 山口梧郎『長谷川泰先生小伝—伝記・長谷川泰』大空社、1994 年；唐沢信安『済生学舎と長谷川泰—野口英世や吉岡弥生の学んだ私立医学校』日本醫事新報社、1996 年。

成程虎列刺はひどいが經濟の點から考へて見ると虎列刺の方は經濟が安く上がる何となれば虎列刺は藥をやらん前に死ぬけれども痢病の方は少くとも三十日か若くは五十日百日も掛る、若し治療の側の日数から論じたならば、確實なる比較は持つて居らぬが、先づ要するに虎列刺の日数は少なくとも五倍六倍の日数が要ります、(中略)果して然らば經濟の點から考へると云ふと赤痢の方が虎列刺より損害が多い、どうせ死ぬなら早く死ぬが宜しい、患者の懷に損害が少ない、損害の點から見ますと赤痢の損害が多いに相違ない、若し經濟上から赤痢は虎列刺程ひどい損害はないと、斯う云ふ内務大臣の精神であるか、果して然らば内務大臣の考は間違つて居る

言説レベルのみならず、赤痢とコレラの間には事実、経過や帰結において大きな差異が存在していた。1886年の千葉県におけるコレラでは、隔離病舎に収容されてから患者が死ぬまでの期間は平均1.9日(45.5時間)⁽⁷⁾であった。史料の制約ゆえに時代や地域の異なった比較になるが、1906年の山形県における赤痢では、隔離病舎に収容されてから患者が死ぬまでの期間はコレラとほぼ同じ、平均2.0日(47.8時間)であったのに対し、患者が全治した場合は、平均22.5日隔離病舎に収容されていた⁽⁸⁾。後藤や長谷川の指摘するように、赤痢のリスクは、コレラと比較すると致死率が低いために軽視される傾向にあったが、伝染病院や隔離病舎への収容が長期間に及んだという点では、むしろ、社会に対してより大きな負荷を与えていたともいえるのである。

20世紀に入ると、急性感染症の大部分をコレラが占めていた時代は終焉に近づき、コレラと同様に届出が義務付けられていた赤痢と腸チフスが衛生行政の関心を引くようになる。グラフ1に示したように、世紀転換期を経ると、コレラは患者数、死者数とも減少する。腸チフスの患者数は1900年から1920年代半ばに至るまで増加するが、死者数はほぼ一定であった。1920年代後半以降は、患者数も減少ないし一定になる。これらに対し赤痢は、1920年代から患者数が激増し始めた。このような著しい増加は死者数には見られず、死者数は微増にとどまっていた。赤痢罹患率の上昇はきわめて顕著で、その負荷は他のいかなる急性水系感染症による負荷よりも大きかったのである。

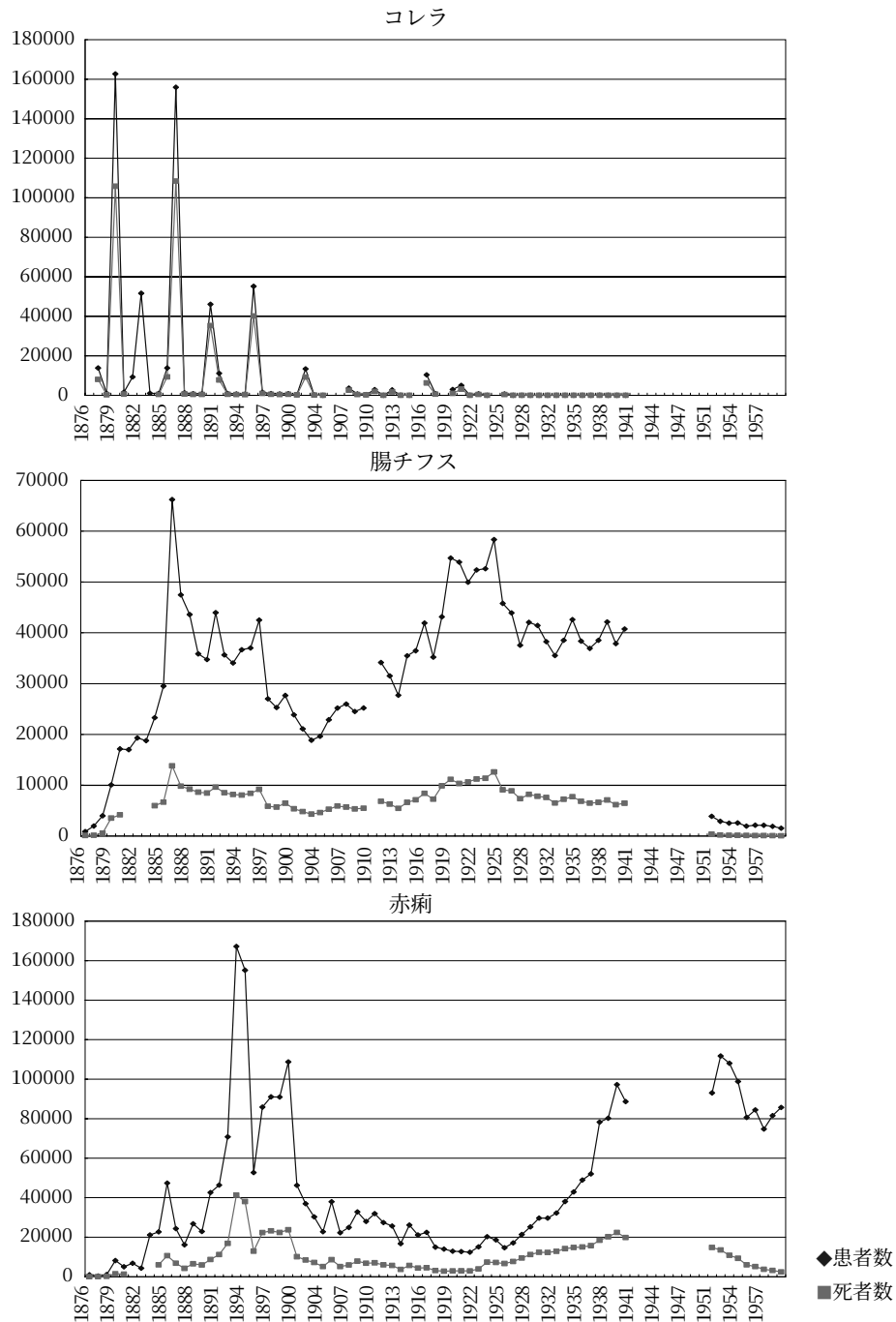
急性水系感染症による負荷を最も有効かつわかりやすく示すのが、「罹患者数・日」という概念である。これは、新たに発生した罹患者数と疾病罹患期間の近似値としての入院日数を掛け合わせた値であり、ある疾病に対処するために必要とされた社会の負担の大きさを示すものである。

この概念を用いる上で注意しなければならないのは、これは、文化や社会、人々の認識や行動によって規定されているものであり、医学的・生物学的に厳密に規定されたものではないということである。患者数も入院日数も、厳密な医学的・生物学的意味での「疾病罹患者数」、「疾病の発生から

(7) 千葉県警察部『千葉県虎列刺病流行紀事 明治19年』1888年。

(8) 山形県警察部『山形県赤痢腸窒扶私流行記事 明治39年』1908年。

グラフ 1 日本におけるコレラ及び赤痢の患者数・死者数（1870 年代～1950 年代）



終息」を意味しているわけではない。ある人間が身体に異常があると感じ、医師に訴え、医師からたとえば赤痢だと診断され、さらに入院が必要だと判断され、その指示に従って初めて、その人は「入院患者」となることができる。その際、「入院患者」が出たという報告がなされ、当局によって記録が残されなければならない。「退院」もまた、身体に生じた異常の消滅といった医学的・生物学的な要素のみならず、病院の収容定員、「退院」を許可して良いとされている基準、感染のリスクに関する医学的な見解といった、社会的な要素によっても規定されている。この一連のプロセスはいずれも、死亡という明白な現象を除き、患者や医師の主観的な判断、病院の規模やアクセスのしやすさによっている。つまり、文化的・社会的背景に応じた人々の病気に対する主観的な判断が「罹患患者数・日」を規定しているのである。

本稿では、この「罹患患者数・日」に着目しつつ、19世紀末から20世紀初頭の日本において、赤痢がどのように捉えられ、どのように対処されたのかについて分析する。この分析からは、罹患率や死亡率という指標からだけでは把握しきれない、日本の防疫体制のあり方を描くことができる。以下ではまず、日本全国の流行を概観した後、より詳しく、東京府における流行をみていく。次いで東京府で講じられた対策について論じ、それらの対策がもたらした問題について分析したい。

2. 赤痢流行の概観

明治期以降の日本は、赤痢の流行を二度経験した。最初の流行は1890年代、二度目の流行は1920年代に始まり、1960年代後半まで続く。図1に示したように、1890年代の流行では、まず九州地方で多数の患者・死者が発生し、約10年かけて東北地方にまで及んだ。人の移動に伴って都市から都市へと伝播したコレラとは異なり、赤痢はある府県から隣接した府県へと伝播し、日本中に広がっている⁽⁹⁾。

しかし、1920年代以降の流行では、まったく異なった形態をとっていた。図2に示したように、東京府や大阪府、神奈川県、兵庫県といった、大都市を含む府県に流行地域が集中していたのである。中でも東京府における患者数の増大は著しく、東京府に次いで多くの患者が発生した大阪府と比較すると、その患者数は約2倍で、対人口10万あたりの罹患率は、東京府が58.9人、大阪府が26.7人であった(1925年)。また、季節性による変化も際立っていた。1890年代の流行においては、患者は6月頃から増加し始め、8月にピークに達し、冬季にかけて徐々に減少していくというパターンを示していた。他方、1920年代以降の流行では、それまでほとんど患者が発生していなかった冬季においても、一定数の患者が発生した。つまり、赤痢は季節的な偏りのない、いつでも発生し得る伝染病となっていたのである。そこで以下、赤痢が社会に与えた負荷に着目するという理由から、

(9) cf. Pyle, Gerald F. (1979) *Applied Medical Geography*. Washington: V. H. Winston, New York: distributed solely by Halsted Press.

図 1 赤痢患者発生地域（1890 年代）

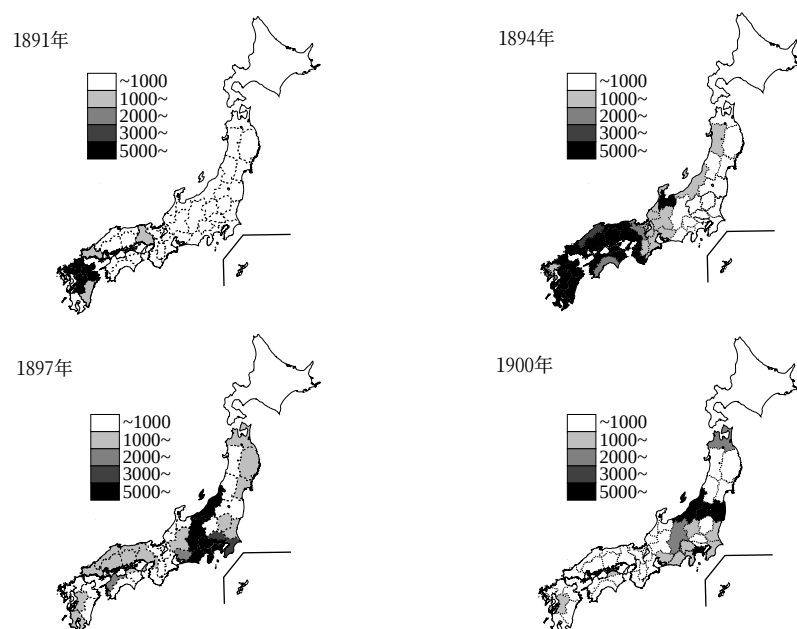
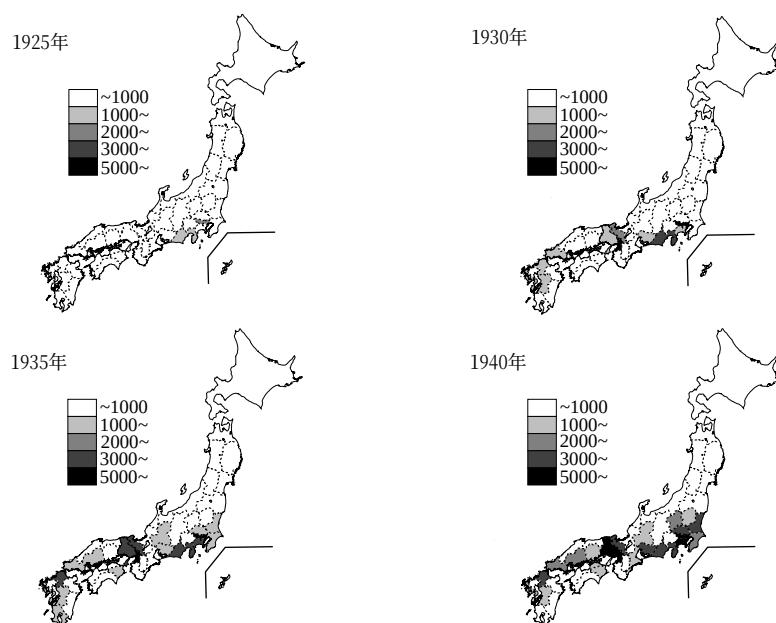


図 2 赤痢患者発生地域（1925 年～1940 年）



常在化の度合いが激しかった 1920 年代以降の流行、中でも罹患率の最も高かった東京府におけるそれに焦点を絞りたい。

1920 年代以降の東京府における赤痢流行は、きわめて興味深いパターンを示している。まず患者数に目を向けると、グラフ 2 からわかるように、1923 年に患者数が急増している。これは、関東大震災の影響だと考えられる。震災により、家屋や都市のインフラが大規模に破壊され、劣悪な衛生状態にある避難所での生活を余儀なくされたからである。⁽¹⁰⁾ グラフ 3 に示したように、1922 年及び 23 年の東京府における月別患者数を比較してみると、1922 年においては、9 月以降減少傾向に転じていた患者数が、1923 年においては、震災の起こった 9 月以降、むしろ増加傾向にあることから明らかである。しかしながら、震災後まもなく開始された復興計画が功を奏し、1926 年までに患者数は約三分の二に減少する。とはいうものの、これは持続的な減少には至らなかった。1927 年以降、旧市部⁽¹¹⁾において、患者数が再び増加し始めたのである。また、震災そのものの影響は小さかったにもかかわらず、新市部では震災後に患者が増加し始め、1927 年以降は、旧市部のそれをはるかに超えるペースで患者数が増加した。1930 年代に入ると、新市部の患者数は旧市部の約 2 倍に達する。

次に死者数であるが、新市部では、患者数の増加に呼応して死者数も増加していたのに対し、旧市部では患者数の増加は必ずしも死者数の増加と一致していなかった。旧市部における死者数は、震災のあった 1923 年には激増するが、1926 年までは減少し、患者数が再び増加し始めた 1927 年に増加するものの、患者数の増加とは呼応せず、ほぼ一定の数を保っていた。

旧市部と新市部における患者数や死者数の相違に関しては、当時様々な憶測が飛び交った。1937 年 7 月、赤痢菌を発見した志賀潔をはじめとして、内務省衛生局防疫課長勝俣稔、東京市立駒込病院院長高木逸磨、警視庁防疫課長井口乗海、警視庁細菌検査所長大坪五也など、当時の医学研究や防疫活動の最先端にいた人々が集い、「赤痢予防に関する座談会」が開催された。この座談会で高木は、新市部から搬送されてくる患者の中には、発病から入院まで相当の日数が経過し、しかも医師の診察を受けるまで自宅で普段と変わらぬ生活を送っていたと思われる人々が多く、慢性経過をとる傾向も強いように思われると述べている。彼はつまり、患者の振舞いや医療施設へのアクセスのしやすさによって病症に軽重が生じると指摘していたのである。⁽¹²⁾ 正しいか否かはともかく、これは、1920 年代の医学者たちの思考に患者の振舞いが大きな影響を及ぼしていたことを示す、重要な見解だと考えられる。

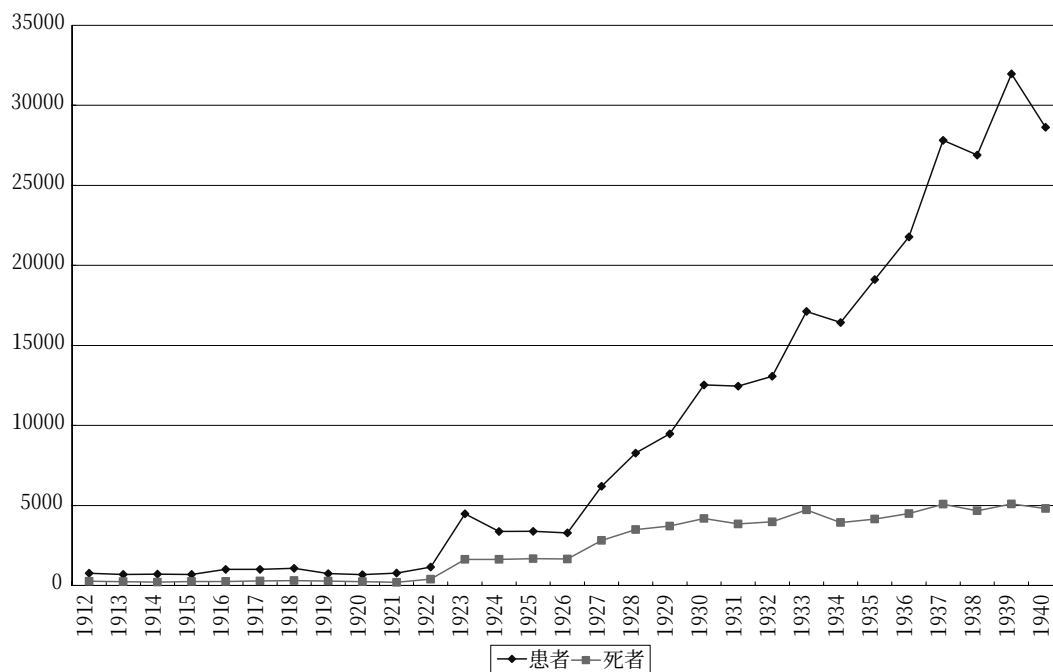
ここで、1920 年代以降の東京府について、急性水系感染症の「罹患患者数・日」を見てみたい。当

(10) 日本赤十字社『大正十二年関東大震災日本赤十字社救護誌』1925 年。

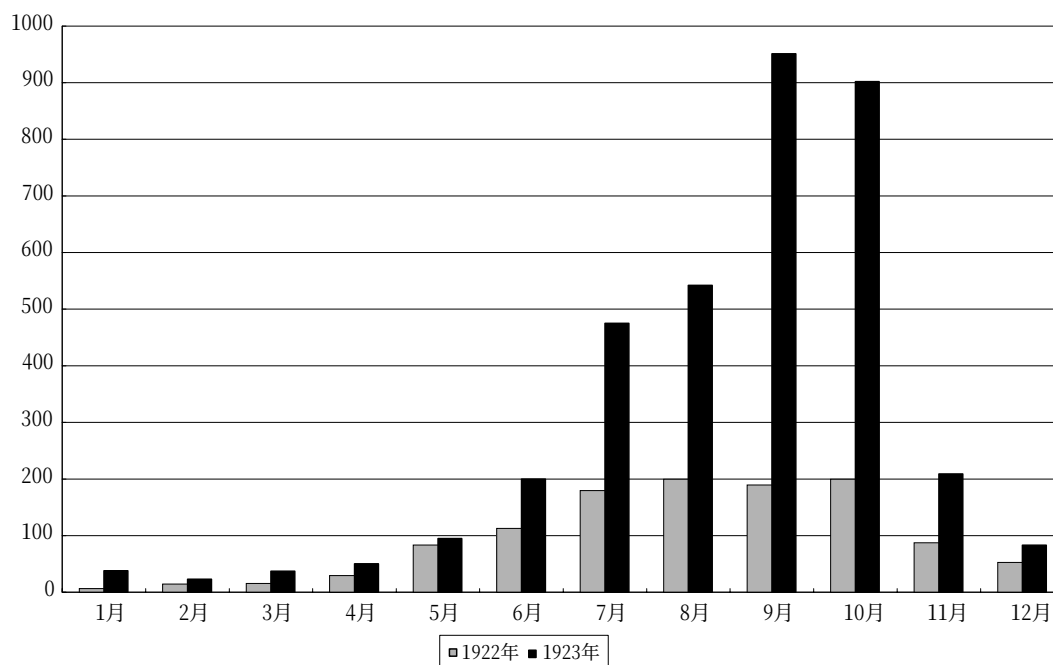
(11) 1932 年、東京市は 35 区へと拡大する。以下では、それ以前から東京市に含まれていた地域を「旧市部」、1932 年に新たに東京市に組み込まれた地域を「新市部」とする。

(12) 稲田龍吉、勝俣稔、高杉新一郎、高木逸磨、村山達三、井口乗海、大坪五也、栗山重信、阿部敏雄、志賀潔、柴田敏夫「赤痢予防に関する座談会」、『日本醫事新報』第 780 号（1937 年）、3-16 頁。

グラフ 2 東京府における赤痢患者数、死者数



グラフ 3 1922 年及び 1923 年における月別赤痢患者数



時の東京府では、コレラはもはや爆発的な流行を見せなくなっていたので、赤痢と腸チフスについてのみ「罹患者数・日」を算出すると、腸チフスは112860（患者2000名、全治までの平均日数56.4日）であったのに対し、赤痢は193820（患者8711名、全治までの平均日数22.3日）であった。⁽¹³⁾つまり、1920年代以降、赤痢の負荷はきわめて大きく、もはや看過し得ないものとなっていたのである。

3. 赤痢対策

赤痢患者の激増とそれによる社会への負荷の増大に対処すべく、東京府では、さまざまな提案がなされた。青果市場、公衆食堂、畜舎や牛乳搾取所での視察取締、飲料水の改善や下水道の設置、細菌検査所の増設、ワクチン予防注射や経口免疫の実施などである。そのうちいくつかが実行に移されたが、中でもより重要なものが二つある。一つは伝染病院・隔離病舎の改革、もう一つは個人衛生の促進である。

(1) 伝染病院・隔離病舎の改革

上述のように、日本の近代的な公衆衛生システムは、コレラの流行に対処するために構築された。その頂点ともいえるのが、1880年の伝染病予防規則である。この規則は、1879年のコレラ流行をきっかけとして制定されたもので、コレラ、腸チフス、赤痢、ジフテリア、発疹チフス、痘瘡という6種の伝染病に関して、医師による当局への届出を義務付けると同時に、コレラをはじめとする、上記6種の伝染病に罹患した人々を伝染病院や隔離病舎に送り込むことを主眼としていた。そしてこの規則は、1897年に伝染病予防法へと結実し、東京府では、常設の伝染病院である駒込病院が東京市の管轄下に置かれることとなった。こうして1880年代、90年代には、徹底して隔離が実施される。当時の医療レベルでは、伝染病の流行や拡大を食い止めるには患者の隔離が最適手段だと考えられており、駒込病院はまさにその受け皿となったのである。

しかしながら、一般の人々の間には伝染病院に対する根強い偏見が存在した。ひとたび伝染病院に収容されると、生きて帰ってくることはできないという意味で「死病院」と呼ばれるなど⁽¹⁴⁾、伝染病院、さらには伝染病は恐怖と偏見の対象だったのである。強圧的な雰囲気の下、患者の権利や福祉という問題が顧慮される余地はなく、恐れをなした人々によって、伝染病院への収容や当局への届出が妨げられることもしばしばあった。⁽¹⁵⁾

(13) 警視廳衛生部『警視廳防疫年鑑 昭和11年』1936年。

(14) コレラの高い致死率を考えるならば、伝染病院に収容された患者がそのまま死に至ったケースが多かったことは容易に想像できるだろう。ゆえに、人々の偏見は決して根拠のないものではなく、当時の社会にとっては、それだけ伝染病の脅威が深刻だったことを物語っているといえる。

(15) 伝染病の隠蔽には、患者が隠蔽した場合のほか、診断にあたった医師が自らの診断が不確定であるために届け出なかった場合、伝染病の発生した自治体の当局者が医師の提出した届出を受理しなかつ

この状況は、1920年代に大きく変化する。あまりに厳格な隔離政策を緩和しようとするいくつかの試みがなされるようになったのである。これらの試みの一つが、伝染病院・隔離病舎の改革である。⁽¹⁶⁾

その嚆矢となったのが、1922年の伝染病予防法改正であった。伝染病に罹患した人々を収容する場所を規定した同法第7条が、「伝染病院及び隔離病舎」から「伝染病院、隔離病舎、その他適當の場所」へと改正されたのである。⁽¹⁷⁾「その他適當の場所」という文言が追加されたことは、日本の公衆衛生システム全体にとって、きわめて大きな意味を持っていた。伝染病院以外の一般病院も伝染病に罹患した人々を収容することが可能になり、伝染病床数拡大への道が拓かれたからである。

関東大震災は、この改正論議に拍車をかけた。震災後の復興計画に、伝染病院・隔離病舎の改革が含まれたのである。そもそも、大震災以前及び直後に一般の人々に開放されていた東京市の経営する医療施設には、駒込病院、施療病院、療養所しかなかった。⁽¹⁸⁾駒込病院の収容定員を超過した場合は、広尾病院、本所病院、大久保病院が開かれたが、駒込、広尾の両病院では施設が既に老朽化しており、改築の必要性が認識されていた。しかし、いずれの病院も、近隣住民の激烈な反対運動に遭い、市議会において予算こそ成立していたものの、改築の着工は順延を繰り返していた。施療病院も、東京市唯一の一般病院として機能していたが、その収容定員は市民の需要を満たしているとは到底いいがたい状況にあった。大震災で焼失しても、収容していた患者を転院させるべき他の市立病院はなく、ましてや、震災で被害を受けた無数の人々までをも診察することなど、およそ不可能であった。東京市は応急措置として、市内全体の約50ヶ所にバラック建ての診療所を開設し、臨時に医師を雇って救済にあたったが、早くも1924年3月には大幅に縮小することを決定する。施療病院を復旧するだけでなく、市民の需要を満たすべく拡大することが急務となり、伝染病院の改

た場合など、いくつかのパターンがあった。cf. 土井十二「伝染病予防法と司法の権限活動の適法範囲に就て」『京都医事衛生誌』第376号、1925年、1-9頁。

(16) 猪間驥一「屢々変更せる東京市伝染病院計画」『都市問題』第7巻第2号、1928年、141-156(359-374)頁；飯村保三「伝染病院論」『關西醫事』第134号、1933年、7-9頁；熊谷謙三郎「伝染病院と其の使命」『医事公論』第1031号、1932年、15-16頁。

(17) 内務省衛生局『衛生局年報 1922年』1924年、43-44頁。

(18) 駒込病院：1886年、東京府の施設として開設され、1897年に東京市に移管された。本郷区駒込にあり、伝染病患者約320人を収容することができた。

施療病院：1911年開設。京橋区築地にあり、外来患者300人、入院患者150人を収容することができた。海軍軍医学校に附設された形になっており、東京市は海軍省と契約して、設備を提供し、一切の経費を負担するだけに留まり、診察はすべて海軍に委託していた。

療養所：1920年開設。市外野方村（1928年の段階では「野方町」）にあり、肺結核や咽頭結核の患者を収容した。

(19) 広尾病院：沿革は駒込病院と同じ。市外下渋谷にあった。

本所病院：1906年、ペスト猖獗の際に開設。本所区松代町にあり、家族隔離所を併設していた。

大久保病院：1916年開設。市外大久保百人町にあった。

革も併せて進められることとなったのである。

1924 年度予算編成にあたって提出された第一次病院計画には、(a) 施療病院の復旧⁽²⁰⁾、(b) 伝染病院改築問題の解決、(c) 市営診療事業の拡張⁽²¹⁾が組み込まれた。伝染病院改築問題の解決策は、二つの柱からなっていた。一つは、広尾病院の改築である。既に立案された計画をそのまま引き継ぎ、52 万 5000 余円の予算によって、1924 年度、25 年度中に完成させることが提案された。もう一つの柱は、本所病院を大幅に拡張しようとするものである。1924 年度中に 150 万円を投じて本所病院に隣接した土地を購入し、1927 年度、28 年度に 277 万 5000 円で病院を建築するというこの提案は、実質的には駒込病院の移転を意味していた。そのため、駒込病院の幹部を数多く輩出していた東京帝国大学医学部から反対意見が出された。また、本所区民の反対も根強かったことから、予算はかろうじて成立したものの、「本所病院拡張に對する部分は、他に適當の土地を求め、之に關する豫算は、適宜更正の上提案あらんことを望む」という希望条項がつけられ、実施は阻まれた。この計画は結局、多くの難点があるという理由で全般的な見直しを迫られることとなる。

翌 1925 年には第二次病院計画が提出されるが、立案された際には、上述の (b) 伝染病院改築問題の解決、(c) 市営診療事業の拡張が問題となった。まず市営診療事業についてみると、簡易診療所 10 ヶ所を建設するという計画が変更された。この計画は、東京市全体に無料の医療機関を設置することになり、開業医に打撃を与えかねず、彼らの反対ゆえに実施は困難であろうし、外来患者の診察のみにあたって入院設備を持たないのは不完全だと考えられたからである。そこで第二次計画では、築地の施療病院とは別に、もう 1 ヶ所施療病院を建設するという案が浮上し、最終的には同じ予算によって、病院を新たに 5 ヶ所（病床数 1000）建設することになった。さらに、施療病院という名称は「不快感を伴う」という理由から単に市立病院とし、各病院の名称はその所在地の名を冠することが決められた。建設予定地としては、渋谷、大久保、大塚、深川などが挙げられた。東京市はこうして、6 つの市立病院を有することとなったのである。⁽²²⁾

次に伝染病院改築に目を向けると、まさに伝染病予防法改正を反映したといえる計画が出されている。新たに建設されることになった 5 つの市立病院及び築地病院に、伝染病患者を収容する特別病室を付随させるというものである。病室の規模としては、各病院に 100 床、本所に建設される病院のみ 500 床設け、合計 1000 床の新たな伝染病床を作ることが提案された。その理由として市当局は、

・伝染病院は、大規模の病院が一つあるよりも、各所に分散している方が市民にとって便利であ

(20) 予算は継続震災復旧費の一項目として組まれ、総額 128 万 1000 円、1924 年度ないし 1926 年度の事業として病院を復旧しようとするものであった。病床は、従来の 2 倍である 300 床にすることが計画された。

(21) 復興事業計画に含められたまったくの新計画で、政府から四分の一の補助を得て、60 万円で施療病院 1 ヶ所、250 万円で簡易診療所 10 ヶ所を市内各区に設置することが計画された。

(22) 築地の施療病院は 1928 年 2 月から「築地病院」へと改称された。

ること。

- ・市立病院内で伝染病患者が発生したり、病院へ来た時点では診断のつかなかった者がしばらく経過したのち伝染病だと診断されることが多いため、同じ病院内に附設した特別病室に直ちに移せる態勢をとっておく方が、病院側にとっても都合が良いこと。

などを挙げている。

病院計画はその後も度々変更が加えられるが、最終的には特別委員を設置し、彼らに付託審議させることになった。委員会で決定したのは、

- ・本所病院を引き続き伝染病専門の病院とし、ペスト患者収容病床を含めて 135 床を設けること。隔離所と消毒所を併設すること。
- ・駒込病院を新たに建設する予定だった市立病院の一つとし、普通病床 119 床、特別病室 500 床を設けること。付近に空き地が少ないため、病院の敷地の一部を小さな公園とすること。
- ・築地病院及び深川病院には特別病室を附設しないこととし、築地病院だけは伝染病患者が病院内で発生した際に遠方へ輸送しなくて済むよう、300 の普通病床中 15 を伝染病床に割り当てること。

である。この委員会案は市の衛生常設委員会へ付議され、満場一致をもって可決された。1932 年には、古い伝染病院が伝染病科のある一般病院へと再編成されることになり、伝染病院・隔離病舎を質・量の双方から改革しようとする流れはひとまず終結する。なお、当時の東京府内における伝染病床数とその割合は、表 1 に示したとおりである。

表 1 伝染病床数とその割合

	伝染病院	隔離病舎	公立病院	私立病院	計
1927	1422 (48.9%)	914 (31.4%)	0 (0%)	574 (19.7%)	2910 (100%)
1936	2035 (36.2%)	951 (16.9%)	1170 (20.8%)	1473 (26.2%)	5629 (100%)

出典：東京府『東京府統計書』1927 年，811，814–815 頁；同上，1936 年，811–815 頁。

以上に述べてきた伝染病院・隔離病舎改革の背景にあったのは、医療施設へのアクセスのしやすさである。爆発的に増大している「罹患者数・日」に対処すべく、伝染病のための施設の機能が多様化された一方、コレラが猖獗をきわめていた時代に特徴的だった厳格な隔離政策は回避された。伝染病院と一般病院の機能が統合され、隔離するためだけの場ではなく、治療を施す場であることを際立たせたことで、伝染病院への偏見は和らげられたと思われる。当時しばしば叫ばれていた早期発見・早期治療は、人々が積極的に病院での診察を受けるようになったことにより、少なくとも部分

的には実現されたのである。警視庁防疫課長だった井口乗海は、伝染病院の敷居が低くなり、人々が早く収容されることを熱望するようになったことを防疫行政に携わる者たちは歓迎していると述べている。⁽²³⁾

伝染病予防法の改正と伝染病院・隔離病舎の改革は、1920年代に顕著になった急性感染症の罹患率上昇に対処するための対策というだけではなかった。少なくとも、人々の振舞いを変化させようとする新たな戦略だったのである。しかし逆説的ながら、病床数を拡大することによって病院の負担を軽減しようとする試みは、より多くの人々が病院での治療を求めるようになる傾向を助長させる。人々の振舞いを変化させるためになされたさまざまなキャンペーンとその効果及び問題点については、次節で詳しく検証したい。

(2) 個人衛生の促進

伝染病院・隔離病舎の改革とともに、赤痢対策としてその重要性がさかんに主張されたのは個人衛生である。その一つが加熱飲食法である。ある医学者は、生の野菜や魚には感染の危険があるため、加熱した食品だけをとる習慣を人々に身につけさせるべきだと主張していた。加熱した食品は、当時伝染病と並んで、人々の身体を消耗させるという理由で問題視されていた寄生虫病を予防できるという、予期せぬメリットもあると考えられたのである。⁽²⁴⁾ こういった試みの根底には、赤痢が水系感染症であることは既に知られていたにもかかわらず、その感染源や感染経路がしばしば不明のままだったということがある。それゆえ、医学者や防疫行政に携わる人々は、汚染された水や食品に対する漠然とした警告を発することしかできなかった。

赤痢に対する個人衛生キャンペーンにおいて、きわめて重要な役割を果たしていたのは警視庁である。コレラが依然として猛威を奮っていた19世紀末における公衆衛生分野での警察の役割は、前述のとおり、もっぱら隔離と検疫であった。感染者が発見されると、警察は直ちに彼らを隔離し、近隣の交通を遮断した。しかし1920年代後半に入ると、警察はまったく新しい試みに着手するようになる。それが個人衛生キャンペーンであった。「防疫強調週間」の導入、「アイスキャンデー征伐」の実施、「愛児を有たるる親達へ」と題した小冊子や注意書きの配布、数百回に及ぶ講演会や防疫講習会の開催、映画の上演など、活動は実に多岐にわたっていた。その主な対象となっていたのは、母親たちである。赤痢に最も罹患しやすいのは10歳以下の子ども、とりわけ2歳から5歳までの幼児だったため、母親に対して注意を喚起することが赤痢予防の最適な手段だと考えられたのである。その背景には、家族集積性の高さもあった。1932年のある統計によれば、過去3年間に一

(23) 井口乗海「開業医家に迷惑な『疫痢』患者」『医事公論』第1053号、1932年、5-6頁。

(24) 小島三郎「魚介類と伝染病」『糧友』第6巻第6号、1931年、2-6頁；島蘭順次郎「飲食物によって感染する伝染病及寄生虫病の予防に就て」『体性』第11巻6号、1928年、20-21頁。

家から2名以上の患者を出したのは総患者数の17.7%に達していたともいう。⁽²⁵⁾

警察は、自らの活動による衛生知識の普及の効果を強調して、以下のように述べている。⁽²⁶⁾

近時腸「チフス」患者は減少し、又夏季に入りては、「ヂフテリア」、猩紅熱が夫程でないにも拘はらず、東京市駒込病院、大久保病院を始め、近接の豊多摩、世田谷、南足立病院も赤痢疫痢の小児患者で満員の状態を呈し、殊に南葛飾病院は定員以上に収容して、目下増築中であり、之が原因は以前ならば母親が疫痢の症状は勿論、恐ろしい事すら知らない爲に、手當が遅れて死亡するものが多く、然も死亡者の大部分は入院することなくして、自宅に「送院猶豫」の儘死亡するか、甚だしきは「決定と同時に死亡」と云うやうなものも多かつたのでありますが、昨年から母親に對し豫防知識の普及啓發をした爲に手當が早くなり、進んで入院を希望するの傾向を生じた爲、各病院共満員の状態を呈して居るのであります。

先述のように、伝染病の予防、すなわち伝染病院に収容しなければならない人々の数を減少させるために開始されたはずの警察によるキャンペーンは、皮肉な結果をもたらした。病院に収容される人々の数はさらに増加したのである。しかし警察はこれを、一般の人々、とりわけ母親たちを啓蒙するキャンペーンの成功の証であるとして、むしろ望ましいものと見なしていた。

実際、警察の外部からも、彼らの活動は評価された。当時、約6万人の警察官が衛生行政の第一線で活躍していたが、1930年代初頭に衛生行政の統一化が議論された際、警察から公衆衛生分野における業務を分離独立させることは見送られたのである。一般の人々と接触する機会の多かった警察に公衆衛生業務を任せることは、財政面からも効果の点からも有益だったのである。⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾

個人衛生の推進は、社会や人々の認識や行動に変化をもたらした。衛生の知識をもった人々は病気の徴候に敏感になり、必要があれば病院で診察や治療を受けるようになった。しかしながら、そこにはモラル・ハザード的な側面もあった。開業医に診療してもらう場合、人々は往診や薬の費用を自ら負担しなければならないが、市の伝染病院なら安価、場合によっては無料で設備の整った場所にいられるという理由で、伝染病院への入院を希望する者も少なくなかったのである。こうして、医療施設の負担は減少するどころか、むしろ増加することになる。さらにこのような状況は、警察と開業医の間に深刻な対立を生み出すことにもなる。

(25) 井口乗海「疫痢予防施設の効果に関する考察」『日本醫事週報』第1702号、1928年、1138-1143頁；井口、1932年；稲田、勝俣、高杉、高木、村山、井口、大坪、栗山、阿部、志賀、柴田、1937年。

(26) 井口、1928年。

(27) これは1938年、厚生省の創設へと至っている。

(28) 安達謙蔵「社会保健省設立の急務」『醫海時報』第2000号（1932年）、2頁。

4. 警察と開業医の対立

伝染病院・隔離病舎の改革と警察の活動は、開業医に脅威を与え、その権威を不安定にさせることにつながった。⁽²⁹⁾

開業医はまず、人々の行動が変化し、場合によっては、衛生の知識があるがゆえに患者やその家族が過剰反応してくることに脅威や不満を感じるようになった。患者やその家族が病名診断らしきことを申し立ててきたり、投薬しようとしても、事前に自ら処置を施したと知らされることもしばしばあった。その結果、開業医にできることはほとんどなくなり、伝染病の届出の手続きをさせられるだけの存在になりつつあったのである。開業医の診察を一切受けずに、伝染病院での入院治療を望み、直接病院に出向く患者も増加した。これらは、診断を下し、必要ならば入院を勧めるという本来の業務への侵害行為だと開業医の目には映った。

警察医との軋轢も、対立の種となっていた。警視庁の死体検案を見てみると、死体検案によって警察医が主治医と異なる所見を表明し、伝染病と診断したケースは赤痢が非常に多く、全体の約9割を占めていたのである（1927～1930年）。

診断の困難さも、この対立を深化させる原因となった。当時、赤痢の診断には、細菌学的診断と臨床的診断の二つが用いられていた。しかしながら、細菌学的診断が用いられることは少なかった。1897年に志賀潔が赤痢菌を発見して以来、実にさまざまな異型菌が発見されたが、その分類法は細菌学者によってまちまちで、統一的な基準がなかったからである。また、伝染病院のように設備の完備しているところでも、菌の検出率は低く、30～50%だったと言われており、下痢や発熱といった臨床的徴候を重視せざるを得ない状況にあったのである。そのため、大腸カタルなどの類症鑑別はきわめて困難だった。⁽³⁰⁾

さらには保菌者の取り扱いも、警察、開業医、衛生行政に携わる者の間に深刻な対立を引き起こした。1925年、当時の権威的な医学雑誌『日本之醫界』上で、伝染病予防法施行規則第10条をめぐる論争が巻き起こる。この条項は、主要症状が消退した後、病後排菌者をどれくらいの期間入院させておくべきかを規定したものである。コレラ保菌者及び地方自治体の長が特別の必要を認めた者を除くと、主要症状が消退しても一定期間が経過していない者は患者と同様に取り扱われることになっていた。

議論の発端となったのは、ある開業医が伝染病予防法違反として告発されたことだった。この開

(29) 井口、1932年。

(30) 村山達三「赤痢の診断及び治療に就て」『日本之醫界』第19巻第33号、1929年、3頁；大坪五也「赤痢殊に疫病防疫上より観たる大原菌の重大なる意義」『日本之醫界』第20巻第9号、1930年、11-13頁；中本誠一「赤痢（細菌性）診療上の注意」『日本醫事週報』第1930号、1032-1037頁。

業医が伝染病予防法施行規則第 10 条について警察に問い合わせたところ、主要症状が消退しているなら直ちに転帰届を提出して良いという回答があり、彼はそれに従った。しかし警官はその数日後、主要症状が消退した後、一定期間が経過していなければ転帰届を提出することはできないと言いつくす。開業医は規定の期間後、改めて転帰届を提出したが、告発されたのである。

この事件をめぐる、医学的な見解は真っ向から対立した。ある者は「主要症状が消退しても、法が規定する一定期間内は全治届を提出してはならない」と主張し、別の者は「主要症状が消退し、細菌学検査の結果が陰性ならば、必要以上に入院させるのを防ぐため、法が規定する一定期間内であっても退院させて良い」と主張した。

この論争は決着せず、「正しい法解釈」が提示されることはなかった。⁽³¹⁾しかしながらこれは、伝染病のリスクに対処するというきわめて難しい問題を同時代人が認識していたことの証だと考えられる。感染症のリスクを軽減するには、患者のみならず、保菌者をも隔離すべきだと主張する者もあれば、開業医たちの混乱を避け、患者の権利を擁護しようとした者もあった。この論争の背景には、「罹患者数・日」の増大に伴って議論され、保菌者の問題によって掘り起こされた、病と健康の閾値がある。さまざまな対策が講じられれば講じられるほど、それまでは顧慮されることのなかった軽症患者や保菌者の存在が表面化し、患者とそうでない者の境界が不明瞭になったのである。赤痢の「罹患者数・日」を低下させようとすると同時に、むしろそれを上昇させてしまうという矛盾した態度は、患者という存在が社会的に規定されたものでもあるということを示している。

5. むすびにかえて

以上みてきたように、日本において赤痢の「罹患者数・日」の増大に対処する必要性が認識されるようになったのは、東京府をはじめとする大都市を含む府県が患者の爆発的増加という未曾有の状況に直面した 20 世紀初頭であった。後藤新平や長谷川泰のように、早くも 1890 年代には赤痢の

(31) この論争がいかに激しかったかは、『日本之醫界』やその他の医学雑誌に掲載された関連記事の数からもわかる。『日本之醫界』に掲載された記事は、以下のとおりである。

- ・「質疑応答：チフテリア転帰届提出に関する錯誤に就て」第 15 巻第 89 号（1925 年）、24 頁。
 - ・「伝染病の転帰届と主要症状の消退」第 15 巻第 92 号（1925 年）、11 頁。
 - ・「質疑応答：チフテリア転帰届は主要徴候消退後直ちに出すも妨げなきか又は主徴消退後七日経過後に出すべきものなるか」第 15 巻第 92 号、23 頁。
 - ・「質疑応答：主要症状消退後七日間と転帰届等」第 16 巻第 5 号（1926 年）、23 頁。
 - ・「質疑応答：法定伝染病の主要症状とは何か」第 16 巻第 24 号、26 頁。
 - ・「質疑応答：伝染病主要症状消退後の処置」第 16 巻第 31 号、23 頁。
 - ・角屋生「施行規則第十条は中辻氏の解釈が誤謬」第 16 巻第 2 号（1926 年）、13 頁。
- 中辻丹治「伝染病予防法施行規則第十条の解釈に就て」『醫海時報』第 1638 号（1925 年）、4-5 頁も、この論争を扱っている。

社会への負荷という問題を指摘した者もいたが、1920年代に至るまでは、日本の公衆衛生システムがコレラ以外の急性感染症に正面から取り組むことはなかった。

その意味で、1920年代以降の赤痢流行は、日本の公衆衛生対策を大きく転換させる上で重要だったといえる。コレラ対策として19世紀から実施されてきた厳格な隔離と検疫は、もはや時代の潮流にそぐわなかった。また赤痢対策の重要性が強く認識され、さまざまな措置が講じられるようになった時代には、結核という新たな問題も発生しており、その対策に巨額の資金を投入しなければならない状況にあった。このような中で、赤痢対策として、一般の人々や患者の認識や行動に働きかけることに比重が置かれるようになったのである。

近代日本における赤痢の歴史は、当時の人々がいかにして病気とともに生き、それと向き合っていたかを物語ってくれる。赤痢対策の目的は、赤痢を根絶することではなく、伝染病院・隔離病舎の改革や警察による活動に見られたように、増大する「罹患者数・日」に既存のシステムを調整させていくことであった。死を予防するのではなく、病気の負荷に対処していこうとする戦略は、第二次大戦以前の日本における感染症対策の新しい動きを理解するための手がかりなのである。

(グローバルセキュリティ研究所研究助手)