書　　評

青木正和『結 核 の 歴 史』

青木純一『結核の社会史』

大 森 弘 喜

今の若い人は「タンツボ」を知っているだろうか。円筒形の白い陶製の容器で，高さは30cm くらいだったか，頭頂部が凹型にへこんでいて，吐いた痰がなかに落ちてゆくようになっていた。よく駅構内の片隅においてあり，子ども心に，見るたびに不快感を覚えていた。本書を読むとこれが1904（明治37）年の内務省令「肺結核予防ニ関スル件」に由来することが分かる。

その「タンツボ（痰壷）」もいつしか目にしなくなった。結核が撲滅され，「国民病」ではなくなったからだが，近年再びじわじわと高齢者を中心に流行の兆しが見え始めているという（再興感染症）。しかも昔の結核と違ってストマイやパスが効かないらしい（多剤耐性結核）。結核菌は死滅したのではなく，ヒトの体に潜伏し，薬に抵抗力をつけていたのである。

Ⅰ　相次いで出された（共に奇しくも青木姓だが姻戚関係はない）日本の結核史に関わる標記二作を紹介し，西欧との違いを考えてみよう。

先ず青木正和『結核の歴史－日本社会との関わり，その過去・現在・未来－』だが，著者の青木正和氏は長いこと（財）結核予防会結核研究所の要職を務められた結核医であり，医学の観点から日本の結核史を論じてい

る。とはいえ医学の専門書ではもちろんなく，一般読者を対象にした概説書となっている。医学の知見が基礎にあるので安心して面白く読める。本書の概要を章立てに示せば，次の通りである。

第１章　理解しにくい病気－結核概説
第２章　潜入，沈潜，蠢動－弥生から江戸
第３章　爆発的蔓延－明治から昭和初期
第４章　死病，そして沈静へ－敗戦から今日

本書の概要を先ず紹介しその後その特徴を掻い摘んで記そう。

第１章「理解しにくい病気」では，結核という病が容易に実像把握できない事情が説明される。「結核」あるいは「肺結核」なる語が定着するのは，実は最近になってからであり，日本では古来「労咳・労瘵（ロウサイ）」などと呼び習わされていた。フランスなどでも “phthisie（フティジー）” ，英語では ”consumption“ と表現されていたが，それはこの病が「疲れ，消耗し，衰弱する」ことに由来していた。（その原語はギリシア語の “phthsis” であった）。結核と言う呼び名は，1839 年にスイスの医師シェーンレーンが，病理学的観察により，この病には結核結節ができるところから，それを示す ”Tuberkulose“ つまり「結核」を使用したことに始まるという。著者の医学者としての強みが発揮されるのは，次のような箇所である。結核患者と接触してもすぐに発症しないのは「結核菌は肺の奥の気管支壁に繊毛が生えていないところまで到達しないと感染しないからだ」という指摘 (p23)，また結核のなかで重篤なのは，結核性髄膜炎と粟粒種であるとの事実確認 (p24)，サナトリウム療法（大気・栄養・安静）が有効と見られて，また患者の信頼も厚かったが，「今から考えれば，感染源を隔離し伝染を防ぐ意味では大きな効果があったが，治療にはどれだけの効果があったか疑問である」との見解 (p36) も考えさせられる（後述）。さらにヒト結核菌は「牛型結核菌」から

分化したのではないか，との仮説も医学者ならではで，面白く読んだ。

第 2 章「潜入，沈潜，蠢動」は，古代エジプトからローマ帝国を経て日本に潜入してきた形跡を，古文書や古文などで検証する。長らく潜伏していた結核菌が江戸時代に入ると「蠢動」し始めるという。だが著者自身が述べているように，結核蠢動を示す資料は殆どなく，例えば「振袖火事」にまつわる因縁話などから，その当時江戸庶民に結核（労咳）が蔓延していたのではないか，と推測されるだけである。著者が引用する『飛騨〇寺過去帳の研究』から得られた結核死亡率も明治以降に較べると高いとはとても云えなかろう。結核が農村などにもじわじわと侵入しているかもしれないとしても，「蠢動」といえるほどではないだろう。なぜなら 1771～1830 年の結核死亡率（人口 10 万人対）は 11.3，1831～40 年に 62.7 へ，41～50 年に 52.8 へと推移しているというが (p95)，明治末年から太平洋戦争開始までの 40 年間の結核死亡率は，ほぼ 220 前後で推移しているからである。

第 3 章「爆発的蔓延」は結核史のメインであり，分量もたっぷり採られている。内容的には従来の研究が要領よくまとめられているが，左程新味はない。明治期の富国強兵策による民営工場で，とくに女工らに結核の蔓延が見られたこと，罹患した女工らが帰郷して故郷でも結核を流行させたこと，結核はロマンチックに美化される一面があること，コッホによる結核菌発見は画期的なことだったが，予防と治療には直接的な影響がなく，コッホ自身が 1890 年に発見した「魔法の薬」は実はツベルクリンで，世界は歓喜して迎えたがその効果が疑問視され，やがて今でもなされているように結核診断に利用されるようになった等が述べられる。

結核予防運動は，20 世紀に入る頃より真剣に模索されたようだが，どうも対策の名に値するのは，1901（明治 34）年の「畜牛結核予防法」だけかもしれない。1904 年「肺結核予防ニ関スル件」は，前述したタンツボ

を駅などに設置することを定めたものだが，世間から「痰壺条例」と揶揄されるほどで対策といえる代物ではなかった。とはいえ，これはその頃開催された「国際結核病予防学会」での決議を受けたものだったという指摘は参考になった。もう一つ著者の医学的知見で参考になったのは，「化学療法出現以前には，結核死亡率：塗抹陽性結核罹患率：塗抹陽性結核有病率のあいだに，1：2：4の関係が成立していた」(p149) という指摘である。－塗抹陽性結核患者というのは「痰のなかに多数の結核菌（平均7000個／ml)を排出し，他人に結核を感染させる恐れのある患者」(p115, 149) をいう－　これはおそらく疫学的な経験則なのであろうが，後段で取り上げる作品では，有病率は死亡率のおよそ10倍とも言われている。是非とも著者のいう根拠を提示して欲しかった。

次の作品とも重複することになるのだが，大正から昭和初期にかけて日本の結核予防運動が興隆するとして，コッホ来日（1908年）を受けた「日本結核予防協会」の設立（1913年)，「療養所設置及び国庫補助に関する法律」(1914年）が述べられる。日本最初の国立結核療養所が大阪市刀根山に，すぐ後に東京市江古田に設置されるというが，それは本書を読むと，治療とか療養ではなく，有体に云うと，結核末期患者の「死に場所」提供であったようだ。なぜなら収容される患者は「療養の途なきもの」に限られていたからである。その平均在所期間は7.6ヶ月，死亡率88% がそのことを雄弁に語る。これに関連して云えば，なぜわが国ではかくも結核予防と療養が遅れたのだろうか，という素朴な疑問である。これは改めて問題にしよう。

それはともかく政府が本当に危機感をもって結核予防に取り組むのは，30年代に入り，日中戦争が本格化したのちである。つまり男子青壮年の体力低下と結核死亡が誰の目にも明らかになり，兵力低下が歴然とした頃からである。それが保健所法の制定，結核予防法の一部改正による届出制，結核予防協会を発展解消した「結核予防会」の創設などである。こ

うした努力にもかかわらず死亡率は235の高水準を維持したままであった。

だが本書の圧巻は，こうした絶望的状況下でも医師たちが懸命の努力を重ねて結核防遏に取り組んだ姿を描いた部分だろう。「日本結核病学会」の創設，打聴診による診断，のちにレントゲン写真撮影技術の開発と改良などが語られるが，もっとも感動的なのは，欧米に支配的だった「再感染発病学説」に疑問をもち，病理研究により「初感染発病学説」を発表した結核予防研究所長・岡治道と，これを臨床的に証明した海軍軍医・小林義雄などの業績であった。化学療法が登場する以前のわが国の医師たちの献身的な研究と熱意には，頭が下がる思いであった。

第4章「死病，そして沈静へ」は，第二次大戦後の本格的結核予防と治療が描かれる。各種軍人病院が国立結核療養所へと再編され，GHQ指令をうけて，「伝染病届出規則」が制定され（47年），予防接種が義務化される（48年）。劇的に効果的なストレプトマイシンとパスの発明，その臨床的服用，これらを包括する結核予防法の大改正が行われる（51年）。殆ど世界に例を見ない結核死亡率の激減がこの体制で達成される。その骨子は①予防・診断・治療のすべてを統合した対策，②学問的な裏づけをもってなされたこと，③治療のネット・ワークが構築されたこと，④責任が明確化されたことだという。だが，実はここにも陥穽が潜んでいた。表面的には結核死亡率は減少したが，問題は結核有病率（罹患率）であった。政府は53年と58年に全国的規模で，精度の高い結核調査を行ったが，その結果は期待を裏切るに十分だった。1回目の調査ではおよそ292万人，2回目の調査での304万人の結核患者が存在することが分かり，関係者に衝撃を与えたという。結核予防法を更に改正し，いわゆる「患者管理」方策が徹底化された（61年）。その中身は，患者登録の徹底化と感染性患者の「命令入所制度」であった。つまり公的機関（多くは保健所）が結核患者の所在などを的確に把握し，患者とその家族の検診・治療に当たる。感染性患

者を結核療養所に入所させ治療に専念させるが，その費用の 80% を国が負担する，という大胆な改革であった。化学療法の普及と相まってこの改革は奏功したのである。

Ⅱ　以上が本書の要約的紹介である。著者が自ら結核研究所の医師として「患者管理」などに携わった経験談が随所に織り込まれて，本書に厚みと説得力を添えている。次に紹介する著作との関わりで云うと，コレラなどの急性伝染病と同じく慢性伝染病の結核でも，結局は感染源の掌握とその隔離が，伝染病の蔓延を防ぐ決め手になったのだろうと思わざるを得ない。近年レプラ（らい病・ハンセン氏病）対策で明治以降の政府の隔離政策が患者の人権を無視したと糾弾されたが，公衆衛生の観点から，あるいは疫学の観点からは，感染源を「隔離」することは絶対に必要な措置であろうと，本書を読んで再確認した。もちろんその過程で患者の人権には細かな配慮がなされる必要はある。明治末期に結核予防対策が実効性をもたなかったのは，最初の結核予防法が届出制を採用しなかったためであろう。1937 年のその改正も不充分であり，漸く第二次大戦後に GHQ の外圧でこれが実現したという。その延長線上に上記の「命令入所制度」がある。感染源の掌握とその隔離がいかに重要かが諒解される。

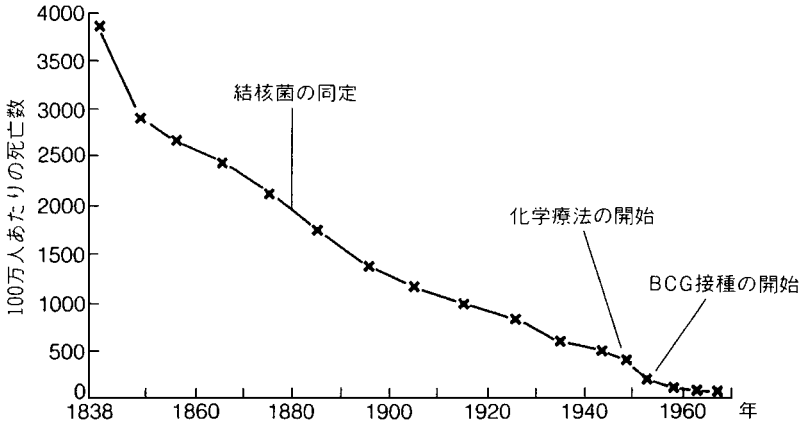
本書は初学者にも読みやすく，格好の入門書だが二つほど注文がある。一は引用文献註をつけて貰いたいことである。内容に関する注記は，おそらく一般読者向けなので割愛したのも致し方ないが，文献註は，初学者が本書を読んで関心をもったときに，更に詳細な事情や事実を知りたいときに原典や資料に辿れるために道筋を示しておくことだし，先学への礼儀だからである。例えば，前記の『飛騨〇寺過去帳の研究』が誰の研究か，文中のどこにも，また巻末の「参考文献」を探しても見つからない。

二つ目の疑問ないしは注文は，欧米の結核を十把一からげにして論じていることである。「産業革命後にも日本の結核死亡率は 10 万対 250 程度で，

欧米の 700～900 に較べればはるかに低かった」(p103) というが，これは誠に不正確である。この数値は本文の前のほうにある 1760 年のロンドンでの死亡率と 1830 年のハンブルグの死亡率らしいが，実はこれ自体に疑問を抱く。その時点でロンドンやハンブルグで正確な死亡統計が取られていたのだろうか。この方面の第一人者とされる T. マックオウンによれば，イングランド・ウェールズで死因別死亡率が登録されるようになったのは 1838 年以降のことである。[1] そのときの結核死亡率は 400 以下である。参考までに，よく引用される「イングランド・ウェールズにおける結核死亡率の推移 (1838-1967)」の**図１**を掲げておこう。

序に云えば，フランスで正確な死因別死亡統計が取られるのはパリについては復古王政期以降である。例えば 1853 年には，肺労 (phthisie pulmonaire) が，パリの死因別死亡数の首位を占めており，その数 4,761人，死亡

図１　イングランド・ウェールズにおける結核死亡率の推移
（1901 年の人口で補正）



出典：T. Mckeown, *The Modern Rise of Population,* 1976. p93.

1)　トーマス・マキューン著／酒井シズ・田中靖夫訳『病気の起源－貧しさ病と豊かさ病－』1988 [1992] 朝倉書店，p78. “McKeown” は，近年では「マキューン」ではなく「マックオウン」と表記される。

率 452 を記録している。[2] その後も結核蔓延の勢いは衰えず，パリ大学医学部教授ブルアルデルらが調査したデータによれば，1888－97 年のフランスの 622 都市における結核死亡率は，平均で 348,「慢性気管支炎」と肺結核とを合算すれば 438 となる。なかでも結核死亡が高水準を記録するのはパリを含むセーヌ県で，後者の基準に従えば死亡率は 574 を記録するという。[3] フランスでも結核は「国民病」だったのである。

本書で示された上記の両都市（ロンドン，ハンブルグ）の結核死亡率データが，どのような資料・文献に記されているのか，依拠した引用文献が記されていれば検証可能なのだが，何の典拠もないので全くのお手上げである。巻末の参考文献にも，西欧の結核史に関する文献は一冊も見当たらない。不正確なデータは読者に誤った印象を与えかねないので，厳に慎まねばならない。

Ⅲ　青木純一『結核の社会史－国民病対策の組織化と結核患者の実像を追って－』は，明治から第二次世界大戦までの我が国の結核対策を，丹念に跡づけた研究書である。本書の長所の一つは，予防団体の議題や啓蒙活動を丹念に拾い上げ，その性格や目的を分析したことであり，また結核患者の生の声を通して「業病」の実態に迫ったことにある。編別構成の大枠を提示すれば以下の通りである。

第１部　結核撲滅運動と国民教育－健康な国民づくり－

第１章　通俗療養書からみた結核史

－書名や療養言説の変化を追って－

2）M. Trébuchet. La Mortalité dams la Ville de Paris en 1853. *Annales d'Hygièue Publique,* 1858. I. p241-284

3）Commission chargée de rechercher les moyens de combattre la propagation de la tuberculose, Exposé de la question par M. Le Prof. Brouardel, *Mortalite par tuberculose en France, Melun,* 1900, p6-8

第２章　全国結核予防連合会の協議事項にみる国民化の諸相
第３章　日本結核予防協会と啓蒙活動
第２部　結核予防法と届出制度－予防と利害の狭間で－
第４章　結核予防法（1919 年）の成立と展開
第５章　結核予防法改正（1937 年）とその背景
第３部　都市と貧困と療養所－緩やかに隔離する空間－
第６章　都市と結核療養所
第７章　東京市療養所の成立と展開
第４部　療養する大人，療養する子ども－浮かび上がる療養生活－
第８章　療養者の言葉と生活
第９章　結核対策としての虚弱児教育

簡潔に本書を紹介し，後に幾つかの問題点と感想を述べたい。

第１章「通俗療養書から見た結核史」は，明治後期から昭和前期までに書かれた療養書の用語に着目したユニークな研究である。その要点は，「通俗」なる形容詞が冠せられた「療養書」が初期には頻出していたのに，明治末から大正初期にかけて（1910 年頃から 20 年にかけて）次第に姿を消すのは，この病が国民に蔓延するに伴い「専門的内容を平易に解説する」必要がなくなり，「通俗」ではなくより専門的な療養書が求められるからだという。併せて一般的な「養生」とやや専門的な「療養」の併用から，「養生」が後退し，「療養」が前面に出てくる。それは結核対策が本格化し，近代医学のもとでの治療が重視されてくることの表れである。これに符合して，この病の呼称も，それまでは「肺病」と呼びならわされていたが，この頃を境に「結核」に変わる。それは，人々のなかにこの病が結核菌により引き起こされる病との認識が定着したからだという。著者はこの変化を，この時期に実に 35 版も版を重ねた原栄『肺病予防療養教則』（1925 年）に探る。初期の版では「結核菌の撲滅」を強調していたが，後期になると，

大気・安静・栄養といった「自然療法」の実践を勧めることに重点が置かれるという。結核菌の殺菌は無理であり，ヒトの免疫力を高めるという意味での「積極的療養」が重視されるという。コッホにより結核が結核菌により起こることは「発見」され，人々にもその点は理解されたが，近代医学でもまだ結核菌を撲滅する方法を見つけることはできない。そのズレがじつにさまざまな療法を登場させ，インチキ療法や迷信・迷妄をはびこらせることを，著者は詳述する。だが時を経るに従い「自然療法（サナトリウム療法）」が定着してゆく。この章の著者の資料渉猟は広くて深く，結核療養書の文献解題とも云える充実ぶりだ。但し，構成は「通俗」「養生」をまず取り上げるよりも，「肺病」から「結核」への呼称の変化を先に叙述され，それが何ゆえか，といった構成のほうが読者にはすんなりと理解できるように思えた。

第２章「全国結核予防連合会の協議事項にみる国民化の諸相」は，結核対策の変遷とそれが「国民化」に収斂するさまが考察される。コッホ来日をうけて結核対策の必要性が広く認識され，1913（大正２）年に全国の結核予防団体を統括する「日本結核予防協会」が誕生する。本章はその全国大会での議論をその団体の誕生から消滅まで丁寧にフォロウしている。その協議事項は採択されると，関係機関や大臣に建議されたから「実質的な諮問機関」として大きな影響力をもっていたという。協議事項のジャンル別では多いものから順に挙げると，予防会・予防運動，法令，療養所，知識普及，学校衛生，消毒・衛生などであるが，ここでは先の二つを紹介する。

「法令」とは要するに「結核予防法」制定に向けての論議である。連合会発足の６年後に 1919 年「結核予防法」が制定されるが，それを積極的に建議したのは本協会である。その内容は第４章とも重なるのだが，論点は届出制と療養所である。予防会の大勢は届出制賛成だが，地方の開業医などを主体とする医師会はこれに反対だという。「療養所」問題は要する

に公立療養所の設置を強く求める建議である。それまでに幾つか民間の結核療養所が作られたが，その入院費は法外に高く庶民には高嶺の花であったから，安価に利用できる療養所建設が，結核予防の観点から急がれたのである。その嚆矢が 1917 年創設の大阪市立刀根山療養所であり，続いて東京市療養所であった。

著者はこうした予防会の議論を「国民化」に帰結させて理解しようとするが，それは妥当だろうか。この点は以下の章に関わる重要な論点なので後段で改めて論じよう。

第 3 章は内容的には前章と重複する部分があるが，次章との繋ぎの意味合いもある。日本結核予防協会の活動分析とその性格の考察である。活動は多岐に亘るが，簡潔に紹介すれば，機関誌『人生の幸福』刊行，結核予防のための小冊子・宣伝ポスター・映画や劇・歌・シールなどの作成，展覧会企画などである。著者はそれらを逐一丁寧に説明する。その一例**図 2**「結核予防ポスター」を参考までに複写して掲げておこう。これはフランスの労働総同盟が 8 時間労働日制を求めるときに作った，「労働日が 8 時間になったときの労働者」と「長時間労働日のもとでの労働者」との対比を想起させて大変に面白い。結核予防の「善の方」横綱・大関は「日光と空気」と「楽天快濶」であり，「悪の方」横綱・大関は「結核菌と薄弱な躰質」と「煩悶幽鬱」である。これらを読むと確かに結核予防運動が国民の「教育・文化活動」である，という著者の主張は頷ける。

だが，日本結核予防協会が全国の結核予防団体を「指導統制する組織」であるとか，「官民一体の組織」であるとか，と断定するにはやや疑問を覚える。著者は本協会の設立メンバーが，文部大臣・内務大臣の芳川顯正を会頭に頂き，以下北里柴三郎，渋沢栄一，金杉英五郎（貴族院議員），佐藤進（順天堂経営者）ら錚々たる大物だったことを挙げているが，それだけでは「官民一体の組織で，指導統制力をもっていた」と云えるのだろう

図2

ポスター「結核豫防善悪鑑」（製作年代不詳）
出典：〔青木純一，2004. p111〕

か。というのは，組織は民間の財団法人であり，公的資金は投入されていないからだ。著者は 1916 年の予算を挙げているが（表 8，p101），その規模は予算 27,900 円余であり，支出が 5,100 円余である。予算にある「臨時収入」19,000 円余がどんな性質のものか本文にも表にも注記がないのは残念だが，これが税金なのだろうか。個人会費は 30 円という法外な額であり，この年の会費総額が 1,500 円だから正会員は 50 名くらいか。寄付金を出したのは大手の保険会社だという。予算規模が大きいからといって「指導統制する」組織と云えるのか。それを云うためには，こうした情宣活動ではなく，当協会の運営の実態を解明する必要がありはしないか。例えば全国大会ではなく，日常の運営組織はどうなっていたのか，それを誰がリードしたのか，まさか上記の大物らが日常的に会合し政策を話し合っていたとも考えられない。この部分が描かれていれば本章はもっと説得力をもっていたろうと思われる。

IV　第 2 部は結核予防法に関わる。第 4 章ではその成立過程が，第 5 章ではその改正の経緯が述べられる。明治期の衛生行政は当初は劇症型伝染病（コレラ・腸チフス・赤痢・ジフテリア・発疹チフス）の防疫，とくにコレラ防疫に向けられており，結核は蔓延していることがうすうす感ぜられていたが，実態が掴めないこともあって対策が講じられることはなかった。まさしくコレラは「衛生の母」なのだが，著者が 1877 年に「コレラが最初に大流行」する (p143) と記述するのは間違いで，よく知られているように既に江戸時代後期，文政 5 年（1822 年）と安政 5 年（1858 年）の 2 度大流行を見ている。[4)]　それはともかく，コレラ防遏が一段落したことから結核対策が論議される。その手始めが前作にあった「畜牛結核予防法」と前

4)　文政 5 年のコロリ（虎狼刺）病流行はコレラの最初の世界蔓延の一環であり，安政の流行は第 3 回目の世界的流行（パンデミィ）の一環であった。酒井シズ編『疫病の時代』大修館書店，1999 年，p65-90。

記の「痰壺条例」である。

ところで，結核予防法制定までに 10 年間も要したのは，届出制が争点となったからである。実は本文には届出制についての厳密な定義はないのだが，愚考するには，医師が診療した結核患者の個人情報を公的機関に通告することを義務づけることだと思うが，著者によれば日本結核予防協会はこれに賛成だが，医師会とくに開業医と患者らは反対したという。開業医にとって結核患者は上得意客だから届出制を実施すると，診断を避けるかも知れないからだ，と著者はいう。患者は結婚・就職に不利になる届出を嫌がるのだという。

これらの理由はもっともな面もあり頷けるのだが，どうも事は云われるほど簡単明瞭ではないと思われる。著者自身が挙げている資料に基づいて云うなら，明治医会は届出制に賛成だと表明している。「明治医会」なる組織の性格が記述されていないので，どんな立場でどんな理由で賛成なのかは，分からない。届出制を実施すれば富裕な結核患者が医師の診療を受けなくなる，という著者の説明も納得しがたい。彼らは高額な入院費を払っても，「不治の病」から生還したいから，私立の結核療養所に入って療養するのだろう。また患者が届出制により結婚・就職に不利になるという理由も，あり得ることだとは思うが絶対の理由という訳でもあるまい。本人が結核に罹患していれば検診ですぐに判明することだし，家族の結核患者の存在は興信所などにより掴まれるだろう。著者が挙げている資料（『療養生活』雑誌）によれば，意見を寄せた結核患者のうち４分の３は届出制に賛成だという。

届出制は実に多面性をもっていることが分かるが，その分析に残念ながら本章は鋭く切れ込んではいない。いったい届出制のどこが焦点なのか，二つの章を読んでも鮮明には映し出されない。愚考するに届出制には二つの重要な論点があるのではないか。一は，患者個人のプライヴァシーをどう保護するか。二は，届出したのち患者をどう処遇するか，の二点である。

当時はおそらく患者のプライヴァシーを，公権力の側も，医師も患者も現在のように真剣に考えはしなかったのだろう。届出制はそのまま患者の社会的公表だったのではないか。個人の秘密がきちんと守られるなら届出制は国民の支持を得られたかも知れない。

第二の論点はもっと現実的であり，「予防」と「治療」とは本質的に異なる次元の問題だということの諒解に繋がる。この点を著者は余り明確に打ち出してはいない。「予防」の観点からは，感染源である結核患者の所在を掴み，これを隔離したい。そのためには届出制が有効にして不可欠である。内務省の方針はこれである。これは管理の側として当然の発想であろう。だが「治療」の観点からはこの論理に容易に同意できない。患者の立場に立てば，届出制により氏名・所在がオカミに掌握され，管理・監視されるのはたまらない。だが届出制により治療が受けられるのならそれも致し方ない。費用負担の少ない国立結核療養所に入所できるのなら届出制に従う。つまり患者の観点からするなら，届出制と公立療養所での治療はワンセットで捉えられるのではないか。現に著者が長く引用している患者の声もそのことを裏付けている。[5)]

開業医の立場はもっとドライで現実的に見える。彼らには「予防」よりも「治療」が大事であり，営業の観点からは結核患者が引き続き通院してくれれば良い。しかも治療費を払える比較的裕な患者が来てくれればよいのだろう。その際患者が望まないなら届出もしない。敢えて云えば開業医にとって届出制は大した問題ではないのである。こう考えると，37 年結核予防法が届出制を導入するのに対し，猛反対をしなかったのも頷けるし，

5) 雑誌『療養生活』に投稿された患者の届出制への反対意見も，実はよく読むと届出制と療養所入所（治療）とがワンセットに捉えられており，それが実現する見込みが殆どないから反対なのだ，と云っている。栃木県のある患者は云う「・・・予防当局は是等の大多数の患者に対し，改正案のどれだけのことが為し得るや甚だ疑問を持たざるを得ない」　神奈川県の患者も「届出制の実施はそれと平行して我々患者の保護収容が完全に行われてこそ忍べる」と力説している。〔青木純一，2004. p172-173〕

公立療養所が「療養の途なきもの」に限定したことに開業医が安心したことも頷ける。

内務省と結核予防協会が強く望んだ届出制が 1919 年結核予防法で実現しなかった理由，それが 37 年法で改正され「届出制」が法文化された理由，それらを上の二つの観点から分析すればより鮮明になったのではなかろうか。その点が曖昧だったために本章の叙述は不鮮明な印象を読者に与えているように思える。その証拠として，37 年改正で届出制が法文化される理由を，前の方では結核の蔓延と内務省の届出制の主張が認められるようになった点を挙げているのに，同じ章の後半では，外国と足並みを揃える必要や軍事の観点から体力低下や兵力低下を挙げている。

ところが著者の論理は歴史には整合していない。結核死亡率は 1918 年の 257 をピークに 20 年代は低下し，36 年以降やや再上昇するが，それでも 36 年では 207 であり，突如として結核の脅威が増した訳ではない。次の内務省の届出制主張だが，著者が挙げる資料は 1931 年内務大臣安達謙蔵の演説である。ところが 6 行にも渡る長文の引用 (p176) にもかかわらず，そのどこにも届出制が必要だとの主張は発見できない。さらに不思議なことに，「これを受けて」と云いながら 1930 年（つまり安達謙蔵の演説の前年）の，内務省衛生局長・赤木朝治の警視庁衛生部医務課長への諮問を引用している。これは時間的順序が逆であり，違和感を禁じえない。さらに 1934 年貴族院議員金杉英五郎の結核対策費の増額要求が述べられているが，それが承認されたのかどうかも定かではない。つまり実証的な観点から云うなら，届出制を法案に盛り込んだ内務省は，その延長にある国立結核療養所建設に財政的な出動を準備していたのだろうか，との問題が生じてくる。その課題の一部は次の第 3 部で検討される。

第 3 部「都市と貧困と療養所－緩やかに隔離する空間－」には，第 6 章「都市と結核療養所－貧困患者の救済問題を中心に－」と第 7 章「東京市

療養所の成立と展開」が収められている。最初の章ではサナトリウム療法が次第に受け容れられてゆく過程を，E. トルドーの伝記や鶴崎平三郎・須磨浦病院長の講演を紹介して述べられる。サナトリウム療法とは「大気・栄養・安静」療法であり，要するに療養所での治療である。1910 年までは私立療養所だけしか建設されていないが，20 年代になり大阪刀根山，東京中野（江古田）など 17 を数える公立結核療養所が設置されるまでになった。（**表 18**，**19**，**20**） 不思議なことに結核予防法の改正論議が盛んに行われた（と著者が云う）1930 年後半に設置された結核療養所は，一つも見当たらない。先の議論との絡みでいうなら，内務省の届出制を梃杆とする療養所建設の結核対策は上手く機能しなかったように見える。

後半では都市における結核対策が，宮島幹之助『都市の結核問題』の内容を中心に縷々述べられる。項目だけを挙げると，療養所の設置，健康相談所の開設，虚弱児養護施設などである。この部分は内容に齟齬が認められる。**表 23** は「1914 年時の人口 5 万人以上の都市における全結核死亡者数と死亡率」と併せて「1938 年時の公立療養所の有無」が示されるが，都市の結核対策では主に 20 年代以降について語られるが，それも余り体系的ではない。内容的には「相談所」と後の保健所とはどう関わりあうのか，が明示的ではない。この点を青木正和の前作で補うと，1944 年に公立健康相談所，簡易保険健康相談所，小児結核予防所が統合されて「保健所」になったという。［青木正和，2003，p178］ 著者は深入りしたくないようだが，都市の貧困と結核蔓延との関わりは通り一遍である。

第 7 章は東京市療養所の設置と運営が考察される。5 年間の地元反対運動があったが，国家プロジェクトとして終に完成し，500 床が，原則として 3 ヵ月の在所期間，無料で運営された。著者は入所者の実態を分析し，結論として，圧倒的に男が女よりも多いこと，年齢的には 15～50 歳の働き手が多いこと，そして死亡率も全国平均より 17% ほど高いことを指摘する。東京市療養所は壮年男子の末期的結核患者を優先して入所させたと

いうことであろう。入所して間もなく重症患者は死亡退所する，それ故病床 500 なのに入所者が年間 2,000 人にもなるのであろう。入所待機者の増加に対応して 32 年には 250 床の有料ベッドが増設される。療養所の生活－例えば食事メニューが詳細に紹介されており－著者の力量と関心の所在が見てとれる。

但し，疑問に思うのは，1931 年東京市の肺結核死亡者が 2,487 人，死亡率[6] 120 という記述（**表 28** 並びに本文 p238）である。少なすぎないか。冒頭の**表 1** (p9) を思い出して照合してみると，日本全体の 1931 年の死亡率は 186 である。結核が猖獗を極めた東京でその死亡率が全国平均よりも 30% 以上も低いことはあり得ないだろう。**表 23**（1914 年）の東京市の全結核死亡率は 434 でワーストワンである。この三つの表の死亡率の違いを著者は説明する必要があるだろう。[7]

最後の第 4 部「療養する大人，療養する子ども」は結核患者の生活と苦悩が生々しく描かれた社会史の面目躍如たる章である。10 年ほど前に福田眞人氏が『結核の文化史』で描いた結核のロマン主義とは裏腹に，庶民の患者は長い療養生活の間に幾多の辛い経験をする。不安と絶望，社会の

6） 青木純一氏の本書では死亡率の基準が一定ではないが，読者が混乱しないように青木正和氏のように「人口 10 万人対」に一定したほうがよいと思う。それで本書評でも，これに統一して叙述している。

7） そこで著者の引用している二つの資料，東京市社会局『東京市死亡並死産調査』（昭 1，1925）と東京市役所『東京市結核予防事業要覧』（昭 12，1937）を繙いてみると，前著では，昭和 4 年の肺結核死は確かに 2,487 人（男 1,350 人，女 1,137 人）であるが，この他に脳膜及び中枢神経系結核死 391 人，腸及び腹膜の結核死 400 人，その他結核死 689 人があり，全結核死は，3,967 人，総人口に対する死亡率は 193 となる。ところが，後者の資料によると，昭和 4 年の肺結核死 3,233 人，全結核死 4,624 人，総人口に対する死亡率 195 となる。（なお，東京市の総人口も前著では 2,054,874 人だが，後著では，2,370,256 人，となっている）。
いずれにしても，昭和 4 年の結核死亡率は 193 ないし 195 であるから，これなら昭和 6 年の全国平均 186 と比べても得心がいく。基礎データを提示するときには細心の注意を払わないと，読者を無用の混乱に導くことになるだろう。

偏見と差別，生活苦，性と恋愛・結婚の悩みも深い。これらを雑誌『療養生活』の掲載された文章や短歌などを自由自在に引用して語り，読み物としても大変に面白い。この他に得体の知れないインチキ療法や迷信の類も叙述される。最後の第９章「結核対策としての虚弱児教育」は，小学校における結核の流行とその予防がテーマである。教員の結核患者が子どもに結核を感染するのを防ぐこと，虚弱児が結核に感染しているのを発見する方法の確立－1907 年と 08 年のツベルクリン検査法，皮肉注射検査法など－休暇聚落の実践が興味深く語られる。

だが，今日の表現にすれば臨海・林間学校である「休暇聚落」は，狭義の結核対策と云えるのかは疑問に思う。もっと広い意味合いから実践されたのではないか。仮にそうだとして「休暇聚落」は費用が掛かるから，庶民家庭では子どもを参加させるのは無理だったのではないか。著者が挙げる本郷区の例では，3,500 人の児童のうち参加できたのは僅か 41 人（1.17%）だけである。著者が力説するように，「結核対策の重要な役割を担いながら大きく発展する」(p303) というには資料不足の観が否めない。

Ⅴ　結核に関する最近の労作二作を紹介したが，ここで改めて整理すると，医学の社会史を扱う場合には，病気と病人を厳密に分けて考察しなければならない，ということであろう。前作の著者は医師であり，主として病気を対象に結核を見ているのに対し，後者では主に病人を描く。後者の作品のなかで，とくに結核予防法の箇所が不明瞭な印象を読者に与えるのは，病気と病人との区別が本文のなかで曖昧になっていたからだろうと思われる。それは別言すれば，「予防と治療」と言い換えてもよいだろう。予防の観点からは，病人よりも病気に力点をおいて見ているから，その存在を把握する「届出制」は不可欠であり，さらに「感染源」（つまり病気の源（モト））を「隔離」することが必要なのである。治療の観点では対象は「病人」であり，届出制そのものは二義的でしかない。患者にとっては公立療養所に

入り，「自然療法（サナトリウム療法）」を享受できることが「生きる望み」と直結している。

それは第二次大戦後になって初めて実現できたようである。前作にあるように，死亡率の自然減少とは裏腹に，結核患者の広範な存在が「結核実態調査」で判明したのちに，政府は結核患者の登録制を徹底し，療養所への「命令入所」をほぼ全額公費負担で施行した。ちょうど化学療法が発見されたことと相まって，「命令入所」は大きな効果を発揮したのであろう。「患者登録」，「命令入所」は初めて病人の視点に立って遂行されたと理解される。そのことが結果的に病気の予防と撲滅に成功したのではないか。

最後に，結核撲滅運動あるいは結核予防協会の活動が「健康な国民づくり」とか「国民化」に直結するものだろうかを考えたい。後作の著者は第一部でその趣旨を述べているが，日本結核予防協会のさまざまな活動には確かに「病人」の立場に立つものが多々あったこと，それがまさしく「文化活動」の一翼を形成したことは認めるが，その全国大会での協議に「国民化の諸相」を見ようとするのは，違和感を覚える。どんな指標をもって「国民化」を測るのか，が明示的ではない。一般に国家は「病気（ことに疫病）撲滅」の観点から公衆衛生制度を構築し，国民をそれに従わせようとする性癖をもつ。だが本書を読む限り，明治末から昭和前期のわが国政府が，結核撲滅（予防）運動を「梃子」に国民を一つの価値規範にむけて造りあげようとしたとは考えにくい。なぜなら，二人の著者が期せずして云うように，この時代の政府は結核に対して「拱手傍観」，なす術をもたなかったからである。「痰はタンツボにすべし」では「国民化」とは云えまい。その傾向が誰の目にも顕著になるのは，恐らくは1930年代後半，日本が大陸への侵攻を本格化し，軍国主義が確立してからではないか。そのときに日本国民は，軍部とその支持勢力により，己の心身を天皇の心身と一体化することを強く求められるからである。

但し，フランスとの比較で云うなら，日本における伝染病撲滅（予防）

の啓蒙活動が著者の云うように，個人の「病気への心構え」といった志向を内包していたことは確かだろうと思う。あとの著作を読んでも，結核が貧困と分かち難く結びついていることが判明しても，不思議なことに分析も対策も病気の温床除去には向かわないのである。いわゆる「方面地区」に結核患者と死亡が多いことは指摘されても，あるいは工場における劣悪な労働環境が結核を爆発させる要因だと指摘しても，その蔓延を食い止める方策が社会的に論議される過程で骨抜きにされてしまう。つまり，前者でいうなら都市改造を含む住宅環境の改善，救貧行政の施行，後者で云うなら工場法の制定や公衆衛生の制度化といった方向性と施策が，わが国ではでて来なかったように思う。ところがフランスとくにパリでは伝染病流行とくに結核蔓延が，広義の住環境の改善運動を惹き起こしてゆくのである。尤も，その場合は現在のわが国と同様に「私的所有」「プライヴァシー」というフランスならではの障碍に突き当たることになるのだが…。しかし日本との大きな違いは結核など伝染病を，個人の心構えではなく，社会全体の問題として捉えなおそうとする眼が，ヨーロッパにはあることだと思われる。

青木正和『結核の歴史』講談社　2003 年　279 頁

青木純一『結核の社会史』御茶ノ水書房　2004 年　356＋vi 頁

（2006. 3. 31　脱稿）