

近代日本における公立結核療養所と「隔離」の社会的機能の追求： 防疫と救療をめぐる議論を中心に

塩野麻子

(立命館大学大学院先端総合学術研究科/日本学術振興会)

はじめに

本稿は、1890年代から1930年代前半の日本を対象に、結核療養所およびそこでの患者収容をめぐる議論の諸相を「隔離」という用語の使用に注目しながら検討するものである。日本では、結核患者はとくに貧困層に多いとみなされ、1920年代頃から都市部に、貧困患者らを収容する公立療養所が設置された。その過程で、また設置した後においても、公立療養所が予防施設として有効であるのかがつねに議論の対象となっていた。そうした議論には、結核予防における「隔離」という機能そのものへの問いも含まれていた。

近年、新型コロナウイルス感染症への対処を検証するために、感染症対策の歴史を参照する試みがさかに行なわれている。例えば、廣川和花(2020, 2021)は、新型コロナウイルス感染症への対処としての「隔離」の前史として、近現代のハンセン病政策をとりあげる。廣川は、ハンセン病政策における「隔離」の内実を、コレラ対策・結核対策との関係から検討し「隔離」と「療養」が「表裏一体の関係」として構築されていたことを論じている。こうした動きがあるなか、本稿は、感染症対策をめぐる言語使用の問題を歴史的に検証するための基礎的な研究としても位置づけられる。

日本の結核療養所に関するこれまでの研究は、公立結核療養所の治療施設としての不備を指摘してきた。青木純一(2004)は、公立結核療養所の設立の経緯やその問題点を探求し、病床の不足、入所費の一部有料化など、貧困患者の収容・治療とはほど遠い実態が公立療養所にあったことを明らかにしている。また北川扶生子(2021)も、私立療養所は高額で、公立療養所も病床数が圧倒的に不足していたため、多くの結核患者は自宅での療養を余儀なくされたことを指摘している。これらの研究は、公立療養所が治療施設としての機能を担えなかった実態を強調し、適切な治療を受けることのできなかった患者の困難を記述してきた。これらの研究に対して本稿では、療

養所のもつ機能そのものが、つねに論争的になっていったことに注目する。

欧米の結核療養所を対象とした歴史研究は、おもに結核療養所の社会的機能に焦点を当ててきた。L. Bryder(1988)は、20世紀の結核療養所は有効な治療機能をもっていなかったことを指摘したうえで、むしろ療養所の患者を社会から隔絶させる機能に着目している。またM. Worboys(1992)は、結核療養所が治療施設として機能していたというよりは、むしろ交差感染の温床になっていた可能性があったことを論じている¹⁾。ただし、上記の研究の多くは、おもに軽症患者を対象にしたサナトリウムを検討の中心にしており、重症患者の収容・保護を趣旨とした結核病院、療養所等についてさらなる考察が必要である。

このような研究状況をふまえて、本稿では、近代日本のとくに公立結核療養所をめぐる議論を対象に、公立療養所の患者収容にどのような社会的機能が求められてきたのか、結核予防と「隔離」との関係がどのように理解されてきたのかを考察する。

本稿の対象とする年代は、結核菌が発見され病気の感染防止に焦点が当てられる1890年代から、相談事業を主軸とする発病予防に結核対策の重心が移され始める1930年代前半までとする。1930年代から全国各地に公立の健康相談所が設立され、発病予防を目的とした保健指導が行政の主導で行われるようになる。それを制度化したのが1937年の保健所法であり、保健所法により結核対策事業の中心が療養所から保健所に換わった。そのため1930年代前半を区切りとし、検討を行う。

1. 結核の塵埃感染説と喀痰の「隔離」

1.1. 結核の塵埃感染

本節ではまず、結核の感染をめぐる日本ではどのような考え方が共有されていたのかについて整理する。1882年にR. Kochにより結核菌が発見され、菌の感染が結核罹患の原因であるとされると、結核の感染経路に関

する様々な学説が唱えられた。1888年にG. Cornetが塵埃感染説を、1897年にはC. Fluggeが飛沫感染説を提唱した(青木正和 2004)²⁾。

これらの学説のうち、衛生問題に深くかかわるものとしてとくに注目されたのが塵埃感染説である。1901年にロンドンで開催された国際結核会議(International Congress on Tuberculosis)では、塵埃感染が結核の主たる感染経路であることが確認され、結核予防に関する決議が採択された。その内容には次の3点が含まれていた。すなわち、第一に結核患者の排出する痰は人から人へ結核菌を運ぶ主たる媒体である点、第二に結核患者がみだりに痰沫を喀出することは抑制されなければならない点、第三に病院や診療所は患者に対して痰壺の使用を推奨すべきである点である(Montizambert 1901: 44)。

塵埃感染説はすみやかに日本にも伝わった。1892年2月には、Cornetの塵埃感染説に関する論文の翻訳が『官報』に掲載されており、政府が塵埃感染説に高い関心をもっていたことがうかがわれる(Johnston 1995: 207)³⁾。北里柴三郎をはじめとした日本の細菌学者らは、雑誌記事や一般向けの医療書を通じて、結核の塵埃感染を人々に啓発した。例えば、1895年の『婦人衛生雑誌』で北里は、結核の感染経路について次のように解説する。

一番多い呼吸器からどうして其れがくるかならば結核患者の痰の中に結核菌が居りますから此菌が痰と一緒に外に出て来ましてさうして其痰が乾てしましまして塵と一緒に成て他の人が其れを吸入して罹ると云ふがまあ伝染する一番多い道でありますそれでござりますからさう云ふ風にして知らず識らず他人に伝染します(北里 1895: 18)

北里らによる解説は、結核菌は塵埃とともにあらゆる場所に拡散しており、結核患者との接触の有無を問わず「知らず識らず」のうちに結核菌の侵入を受けるものであるという理解を、人々に共有させた⁴⁾。

塵埃感染説は、公的な施策にも採用された。人間の結核に関する初めての法令である内務省令「肺結核予防ニ関スル件」(1904年)では喀痰の取締りに関する規程が定められ、学校など公共空間における「唾壺」の設置(第1条)、結核患者の居住した部屋や所有物の消毒(第3条)が義務づけられた。また、公共空間では「唾壺」以外に痰を吐くことが禁じられた(第2条)。

ここで留意すべき点は、この省令で初めて、結核患者の病院での処遇に関する規定が設けられたことであ

る。第4条第1項では、肺結核患者と「他ノ患者」とを同じ病室に収容しないことが定められており、これを患者の実質的な「隔離」を規定したものと捉えることもできる。ただしこの規定は、身体の衰弱などによって健常者よりも結核を感受しやすい人間と結核患者の喀痰とを近接させないようにするために定められたものであると考えられる。

「肺結核予防ニ関スル件」制定に際して発せられた「肺結核予防ニ関スル件ニツキ内相ノ訓令」⁵⁾は、国民への告諭事項のひとつに「呼吸器ニ異状アル者、病後衰弱シタル者、体質虚弱ナル者又ハ小兒ノ如キハ結核病毒ニ感染スルノ虞アルヲ以テ肺結核又ハ其ノ疑イアル患者ニハ可成近接スルヲ避クルコト」を掲げている。それをふまえば「肺結核予防ニ関スル件」における「隔離」に、結核患者を一般社会から切り離すという意味は含まれていなかったと推察される。

1.2. 結核対策と「隔離」をめぐる議論のはじまり

結核対策と「隔離」をめぐる議論が本格化するののは、1908年頃から始まった結核予防法の草案作成からである。作成に着手したのは、東京帝国大学出身の医学者によって組織された明治医会である。1908年に明治医会は全8条からなる結核予防法案を作成し、内務省に建議した。ただし、この法案は議会上程されずにおわっている(青木純一 2004: 146)。

明治医会案では、結核の塵埃感染説に則って「当該患者ノ分泌物若クハ排泄物中ニ結核菌ヲ証明スルモノ及疾病伝播ノ危険アルモノ」が「結核病」と定義された。そのうえで、法案には結核患者の「隔離」に関する規程が盛り込まれた。第4条には、「病毒ノ伝播」の防止にかかわる医師の指示を遵守できない患者「殊ニ患者ノ状況ニシテ病毒伝播ノ危険アリト認ムル」者について「行政官庁ハ之ヲ隔離スルコト」ができるとある。ここからわかることは、明治医会案では「患者ノ分泌物若クハ排泄物」の消毒に代表される予防を實踐できない者が「隔離」の対象となりうるという点である。ただし、「隔離」の内容については、法文に明記されていない(遠山 1919: 332-3)。

いずれにしても、明治医会案における「隔離」とは、病気の伝播にかかわる「患者ノ分泌物若クハ排泄物」への対処を實行しない結核患者に対する取締りとしての側面が大きかったことがうかがえる。廣川(2021)によれば「隔離」が公衆衛生の用語として定着したのは、19世紀後半のコレラなど急性伝染病の対策を通じてである。こ

の指摘をふまれば、明治医学会案は、もとは急性伝染病対策の用語であった「隔離」を結核予防に適用しようとしたものであったといえる。

2. 公立結核療養所の設置と「隔離」をめぐる議論

2.1. 「肺結核療養所ノ設置及国庫補助ニ関スル法律」の制定

結核と「隔離」についての議論が新たな局面をむかえたのは、1914年に「肺結核療養所ノ設置及国庫補助ニ関スル法律」（以下、「療養所設置法」）が制定されてからである。この法律は、人口30万以上の都市に「療養ノ途ノナキ者」すなわち経済的に困窮し自宅等での療養が難しい肺結核患者を収容する療養所を設置することを趣旨としており、全3条から成る（『官報』1914.3.31）。

この時期は、患者調査等により貧困層に結核患者が多いとみなされ、結核の蔓延が社会問題として認識されるようになった時期である（石塚 1991: 111-2）。1900年代半ばから医師らが、結核は「貧民病」であることを主張しはじめたほか（竹中 1908: 31-5）、1911年2月11日には明治天皇より「施薬救済ノ勅語」が発せられ、患者救済の機運が高まっていた⁶⁾。同年5月に恩賜財団済生会、9月に日本白十字会といった、貧困層の結核患者の救済を目的とした団体が相次いで設立された。さらに1913年に日本結核予防協会が組織され、結核予防にかかわる啓発活動に従事した。

日本では19世紀末から、須磨浦療養病院（兵庫県、1889年設立）をはじめ、民間の結核療養所（サナトリウム）が各地につくられた。しかし入院費が高額であったため、サナトリウムが一般的な結核療養施設になることはなかった。そのため、富裕層でなくとも入所できる療養所の設置をもとめる声がますます強くなっていた。療養所設置法の制定には以上のような背景があった⁷⁾。

法案審議の過程で杉山四五郎政府委員（内務省衛生局長）は、収容の対象を「療養ノ途ノナキ者」とした理由について次のように説明する。結核患者は貧困層に多い。貧困患者は「療養ヲ欲シテモ療養ノ方法ガナイカラ憐レデアル」ばかりでなく、療養方法を知らないため病気を「家族ニマデ伝染」させる。そのため、とくに貧困患者に、家族等への伝染防止を含んだ療養方法を教えることは「急中ノ急デアル」。このように説明し、貧困患者を保護し、適切な療養方法を身につけさせるための施設が必要であると訴えた。

帝国議会では、貧困患者に対する教育の必要がたびたび言及された。北島多一政府委員（内務省衛生局防疫課長）は、結核療養所の目的に「患者ヲ隔離シテ健康ノ人ニ移サヌヤウニスル」ことと「患者ニ療養ノ方法ナドヲ教ヘル」ことを掲げ、とくに第二の目的について次のように説明する。

又療養所へ容レマシタモノニハ、ヨク肺病ノ療養ノ方法ヲ教ヘ、或ハ職業ノコトナドヲヨク注意イタシテ、斯ウ云フ患者ハ仮令癒ヘテ出マシテモ、或ル種類ノ職業ハ成ルベクシナイ方ガ宜イト云フヤウナコトヲ教ヘテヤル、或ハ食物デアリマストカ、或ハ熱ノ出タ時ニハドウ云フヤウニスルト云フコトマデ、病院内ニ居ル間ニヨク教ヘテ置クコトガ必要デアル、其外、痰ノ消毒トカ、患者ガ痰ヲパツ／＼方々ハスルト云フコトハ非常ニ危険デアルカラ、其痰ハ斯ウ云フヤウニシロト云フヤウナコトヲ教ヘタラ宜カラウ（『第31回帝国議会貴族院肺結核療養所ノ設置及国庫補助ニ関スル法律案外一見委員会議事速記録第1号』1914.3.23）

ここでは、結核療養所には教育機関としての機能があることが明示されている。すなわち職業の選択から喀痰の管理方法までを満遍なく教え、患者を社会へ帰すことが療養所の重要な使命のひとつとして語られている。したがって、北島が療養所の第一の目的に掲げた「隔離」は、患者が病院外での予防・療養方法を身につけるまでの一時的な措置であるともいえる。

以上にみたように、療養所設置法では収容の対象が「療養ノ途ノナキ者」に限定された。それにより、療養所収容に、患者やその家族への福祉という要素が盛り込まれたともいえる。重要なのは、収容の条件に「療養ノ方法」を自力で行えない点が含まれている点である。貧困患者や重症患者の病気の感染性そのものよりは、喀痰の処理など「伝染」防止を実践できないような環境に患者が置かれていることが問題にされた。

2.2. 結核予防法案の審議における「消毒其ノ他予防方法」の指示をめぐる議論

療養所設置法が制定された翌月に、結核予防団体の全国組織である全国結核予防連合会が第1回年次大会を開催し、結核予防法案の検討を明治医会から引き継いだ（青木純一 2004: 147; 眞野 1941: 62）。法案の作成は日本結核予防協会が担当し、3度の修正を経て1917年に最終案が

まとまった。その内容は療養所設置法を反映して、療養所収容の規定も定めたものであった。

明治医会案から大きく変わったところは、明治医会が「隔離」とよんだところのものを「収容」に言い換えており、法文に「隔離」の語が用いられていない点である。第10条では、主務大臣は、肺結核患者のうち「消毒其ノ他予防方法」に関する医師の指示を遵守しない患者、「患家ノ状況ニ依リ消毒其ノ他予防方法不十分」な患者そして「療養ノ途ナキ者」を「収容セシムル為メ」肺結核療養所の設置を命じることができるとされている（遠山 1919: 336）。

日本結核予防協会案は、結核予防としての喀痰等の消毒やその指導が強調され、塵埃感染説がより濃く反映されている。とくに注意すべきは、療養所収容の対象が「消毒其ノ他予防方法」の実行可能性によって定められている点である。日本結核予防協会案の趣旨は、社会的・経済的な要因によって「消毒其ノ他予防方法」を実践できない患者を療養所で保護することにあつたといえる。

日本結核予防協会はこの法案を帝国議会に建議する予定であったが、法案の上程は実現しなかった（遠山 1919: 338）。翌1918年、結核予防法案の検討は保健衛生調査会・大日本医師会医政調査会にうつされた。この検討をもとに法案が修正され、政府によって帝国議会に建議された。帝国議会での議論を経て、1919年3月27日にこの法案が「結核予防法」として成立するに至った。

結核予防法とは、結核対策の基本法として制定された法律であり、この法律では、患者の使用した物品や部屋の消毒などのほかに、人口5万以上の都市に「療養ノ途ナキ者」を収容する結核療養所を設置することが定められた。

政府の提出した法案では、医師による「消毒其ノ他ノ予防方法」の指示（第2条）、指示を遵守できない患者の官吏・吏員への申告（第3条）が義務づけられていた。また第3条の規定に違反した者の罰則規定も設けられていた（第15条）。くわえて、地方長官は「結核患者ニシテ療養ノ途ナキモノ及予防上特ニ必要ト認ムルモノ」を療養所に入所させることができるとしており（第8条）、これまでの法案を勘案して「消毒其ノ他ノ予防方法」を実行できない患者を「予防上」の理由で収容する可能性がある程度想定されていたと推察される。

議会で、おもに第3条やその罰則規定に関心が集まり、第3条に対する反対意見が相次いだ⁸⁾。貴族院議員として参加していた北里柴三郎は、次のように発言した。結核患者は「自分ガコンナ病氣ニ罹ッテ居ルカラ何モン

ンナ二人マデ何スルコトハナイ」と投げやりな態度になり「ペツペト其辺ニ痰唾ヲ吐カウト」するものである。医師は、喀痰の処理等に関する指導を行うが、患者の行動を逐一監視することはできない。もし第3条が適用されたら、医師は患者の予防指導を怠ったとみなされ、取締りの対象になってしまう。医師が取締りの対象になってしまつては、今後医師と警察官吏との間に「円滑ヲ非常ニ欠クヤウニナリハセヌカ」。このような懸念を北里は表明した（『第41回貴族院精神病院法案外二件特別委員会速記録第4号』1919. 3. 12）。

北里の発言の後も、法案をめぐる貴族院議員らの議論が、喀痰の取締りをめぐる医師と警察との対立に集中した。これらの議論からは、病気の感染性そのものよりも、患者の喀痰の処理が問題になっていたこと、診療所等の医師による指導のみでは患者の喀痰を抑制できないと考えられていたことがうかがえる。以上のような反対意見により、最終的には第3条およびそれにかかわる罰則規定は削除され、これが結核予防法として成立した。

2.3. 帝国議会における「隔離」をめぐる議論

以上、帝国議会における結核予防と「隔離」をめぐる議論を振り返り、対感染症事業と社会事業が重なり合うかたちで結核政策が形成されたことを確認した。ここから3つの要点を指摘することができる。

第一に、明治医会案では、結核予防に関わる医師の指示を遵守できない患者のうち「殊ニ患者の状況にして病毒伝播の危険ありと認むる」者を「隔離」の対象にした。明治医会案が作成された当時は、塵埃感染が結核の主な感染経路だとみなされており、患者やその家族による喀痰の管理や適切な処理が結核予防上不可欠であると考えられていた。

第二に、対感染症事業と社会事業とが折衷されるかたちで結核対策法制が組み立てられるなかで「隔離」の語が貧困患者や重症患者の療養所収容と同義とされ、救療的な要素が付与された。また療養所は、患者の救護のみではなく、患者に対して喀痰の処理や生活上の注意などに関する教育を行い、患者を社会へ帰す教育機関としての役割も期待された。

第三に、結核予防法制定までの議論の全体を通して、患者の感染性そのものではなく、患者が「消毒其ノ他予防方法」を適切に行える状況にあるかどうかの問題にされ、療養所収容のひとつの基準としても論議された。その過程で、社会的・経済的な要因によって療養や「消毒其ノ他予防方法」に勤しむことができない集団として貧困層

が見出され、療養所収容の対象として位置づけられた。

上記のような方針は、1920年代頃から順次開設された公立療養所の運用方針にも反映されている。例えば、東京市療養所は「本所ノ使命」（1920年）で、自らの目的を「療養所へ患者ヲ収容シテ、結核菌ノ散布ヲ防グ」ことに求めている。そのうえで患者収容の方針について、以下のように示している。

随分多数ノ患者ノアル中デ、四百名ヤ五百名ダケ収容シタカラテ目ニ見ユル程ノ成績ハ拳ガラナイカモシレマセンガ、併シ療養所ヲツノ結核患者教育機関ト見テ、入所患者又ハ出入ノ人々ニ対シ努メテ療養及予防上ノ注意ヲ会得セシメ、一通り教育ノ終ツタ患者ハ随時新患者ト交代セシムル様ニスレバ、一年ニハ二千人以上ノ患者ガ入所スルコトガ出来、余程結核予防上ニ貢献スルコトモ出来ヤウカト考ヘマス（東京市療養所編 1926: 1-2）。

注意したい点は、病気が治癒し伝染の危険がなくなることが退所の条件ではなかったことである。東京市療養所が目指していたのは、患者に対して療養や予防に関する教育を施し、短期間で患者を社会に帰すことである。患者は退所後、療養所で得た知識をもとに自宅等での療養や予防に邁進する。そのような患者を社会に増やすことが公立結核療養所の使命として了解されていた。

このようにして、公立結核療養所は、病気の蔓延防止にくわえて貧困患者や重症患者の救療および教育という役割も与えられ、結核予防を司る一大機関として位置づけられた。しかし1930年代に入ると、公立結核療養所の結核予防施設としての機能およびその有効性が問い直されることになる。

3. 「療養所無用論」と公立結核療養所の役割をめぐる模索

3.1. 有馬頼吉の「療養所無用論」

1931-2年にかけて、日本結核予防協会の機関誌『人生の幸福』誌で、公立療養所の結核予防施設としての有用性をめぐり一大論争が起こった。この発端は、有馬頼吉（有馬研究所所長）が1931年10月の第5回日本中央結核予防会総会で行った特別講演「世界各国に於ける結核予防事業の趨勢」が「結核予防の国際的現況」として『人生の幸福』第14巻第6号（1932年）に転載されたことに発する。

有馬頼吉は結核病学者であり、日本で初めての公立結核療養所である大阪市立刀根山療養所の初代所長（1916-23）を務めた人物としても知られている。1923年に刀根山療養所で結核ワクチン「AO」を創製したのち、1924年に有馬は「有馬研究所」を設立し、AOの製造と普及につとめていた⁹⁾。

『人生の幸福』誌における論争とは、有馬が、公立結核療養所への患者収容が結核の撲滅に寄与しないことを論じたのに対して、日本結核予防会評議員の紀本参次郎などが、患者やその家族の救療の観点から有馬を非難したものである。有馬の議論は「療養所無用論」とよばれ、ひろく結核予防事業にかかわる読者に強い衝撃を与えた。以下では「療養所無用論」とこれに対する紀本らの批判を手がかりに、結核対策に携わる専門家たちのあいだで、公立療養所への患者収容がどのように捉えられていたのかを検討し、療養所が結核の蔓延防止と患者の救療とを両立しうるのが「療養所無用論」をめぐる議論の核心になっていたことを指摘する。

論争のきっかけとなった記事「結核予防の国際的現況」で有馬はまず、欧州では結核予防事業が本格化する前に結核死亡者が減っている点に言及し、欧州における結核死亡率の低下は「何うあつても自然現象であつて結核予防に特別努力したから起つた現象ではない」と論じる。死亡率低下の要因について、有馬は次のように述べる。

さういふことに気が付きましたから、何ういふ訳かと思つてそれを段々研討して見ますれば、国の商工業の発達に比例して結核の死亡率が減少したと云ふことが分つたのであります。その商工業の発達から、私の自分勝手^{ママ}あ言葉で云ひますと、結核に対して、馴地になるから——処女地性になるから、それによつて結核が減少してくるのであると思ひます。その減少の様子は、一国内に於て都会が主にさういふ風に死亡率の減少を示し、地方にはその減少を示すことが非常に遅く現れてくるのであります（有馬 1931: 9）。

結核に対して「馴地」になることは、有馬の言葉を借りれば「詰り上下一般に結核の病気が伸延してくれば、為に一時は増加するけれども遂には段々に減少してくる」「自然の現象」である（有馬 1931: 10）¹⁰⁾。結核に馴致した土地では「子供の時から屡々弱い結核菌を吸込」むため、人々は後天的に結核に対する免疫を得る。このようにして結核に斃れる者は減っていく。そのような現象が

「日本にもある」(有馬 1931: 14)。実際に、都市部では「15歳以内で概ねのものは感染して居る」(有馬 1931: 11)。有馬によれば、全人口的な結核感染こそが欧州における「今日最も有力なる結核死亡減少の原因である」(有馬 1931: 12)。

このように前置きしたうえで有馬は、日本の公立療養所はそもそも結核予防施設として機能していないと断じる。その理由を有馬は、次の2点に絞って説明する。

第一に、病床を増やすことで結核患者の増加を防ぐことは、経済的な問題からみて現実性に欠ける。1930年12月の時点では、公立結核療養所の数は17施設であるが、その病床数はわずか2455床である(内務省衛生局 1931)。有馬によれば国内には結核患者が70-100万人はいると推定されるなか、既設の病床で結核患者の増加を食い止めることは、不可能に近い。このような現状を確認したうえで有馬は、説明を続ける。仮に、75万人の患者すべてに病床を与えるための施設を整えたとする。それでも、病床を維持するためには、年に15億円、すなわち「今日の国の経費と全く同じ位、それ以上」の費用がかかる。したがって「病人を隔離して、丁度急性伝染病に対すると同じ方針で」結核に対処する方法そのものが「非常に不経済」である(有馬 1931: 14)。

第二に、貧困患者・重症患者のみを収容する現在の方針は、そもそも結核患者の減少に何ら寄与しない。重症になるまで野放しにされている患者は、療養所に収容される時にはすでに「家族全部に病毒をぶつけて」いるはずである。「重症患者を隔離しても隔離した傍らから新患者は出てくる、雨後の筍の如く次から次からと出て来る」(有馬 1931: 14-5)。たとえ、貧困患者・重症患者の収容に「家族の生産能率を下げない、或は医療費を下げる」側面があるとしても、結核菌の散布から社会を防衛する機能をもち得ない点において、公立結核療養所は予防施設としての機能を果たしていない(有馬 1931: 14-5)。このように述べて、有馬は、療養所への患者収容は無用であるとし、療養所よりもむしろ、ひろく人々に対して診療や保健指導を行う結核診療所(「ヂスペンサリウム」)を普及させることを提案した。そのような有馬の主張のうち、次の部分がとくに読者の注目を集めた。

扱てそれでは今日の重症患者は何うするかと云ふことになります。是は地方の医師の手腕に委しておいて、致方がないから自然の経過に委せる。斯う云ふことはどうも致方が無いことであると思ひます。初代の国民の結核予防を「ヂスペンサリウム」の活動

によつて行ふことになれば、次の代には重症患者は余り出ないことになると思はれます(有馬 1931: 15-6)。

さきに述べたように、都市部では人口のほとんどがすでに結核に感染しており、全人口的な結核感染こそが「結核死亡減少」に寄与していると有馬は考えている。発病前の予防に特化した「ヂスペンサリウム」をつくり、重症患者の収容に注いでいた力を「ヂスペンサリウム」に移せば、人口の結核死亡率は自ずと低下する。それが有馬の主張であった。

3.2. 『人生の幸福』誌における「療養所無用論」批判

上記のような有馬の記事に対して、反論を行ったのが紀本参次郎(済生会救療部長、日本結核予防協会評議員)である。翌月号の記事「有馬博士の「結核予防の国際的現況附其の将来に対する私見」に就て高教を仰ぐ」で紀本は、次のように批判する。まず、重症患者を「地方の医師の手腕に委してお」くと有馬は述べるが、重症患者は、そもそも経済的にも困窮しており、診療費等を負担することができないのは明確である。その患者を「私立病院又は開業医に託すれば善い」とする有馬の主張には「大いに不安を感じざるを得ない」(紀本 1932: 26)。

さらに、重症患者を「致方がないから自然の経過に委せる」とする有馬の態度は「今日の社会意識に対する認識不足」であるとして、紀本は以下のように批判する。重症患者を捨て置くことは、患者およびその家族に対しては「甚だしき不親切」であり、社会に対しては「無責任乱暴」である。たとえ「ヂスペンサリウム」の活動に注力して結核死亡率を抑制できたとしても「現在の重症患者を自然の経過に委せて置くことは現在の重症患者に対する社会の態度が最善を尽くしたと云ふことは出来ない」(紀本 1932: 27)。

そのうえで紀本は、公立療養所の救療としての意義をあらためて強調する。療養所の病床を可能なかぎり増やせば「差当り貧困患者及び之に次ぐ程度の重症患者の為めの楽園が出来て、患者の慰安は勿論、家族の活動を助くこと」ができる。貧困患者・重症患者を療養所に収容し、救療することは「現在に於ける私共社会人としての義務であり責務であり」、ひいては結核予防撲滅のためにもなる(紀本 1932: 28)。このように紀本は、療養所の機能を結核患者およびその家族の福祉に求め、公立療養所の増設が社会的な使命であることを強く主張した。

これに対して有馬は、翌月号の記事「紀本参次郎氏に

お答す」で、紀本に次のように応答した。患者の収容は「時々部分的に極めて少数に発生する」急性伝染病に限って有効であり、結核についてはほとんど効果がない。本来、公立結核療養所の事業は「結核の予防撲滅を唯一の目的」としている。「療養所が結核防滅の目的を果すに不適當であるか、若くはその学功が努力に値しない場合には、その存在の意義はなくなるか、若しくは薄弱となります」(有馬 1932: 25)。しかしながら現在の療養所は「殆んど単なる救貧事業に化つてをり」結核予防施設としての機能をほとんど果たしていない(有馬 1932: 26)。

さらに、先に言及したように、欧州における結核死亡率の低下は結核病床の数や社会施設に関係したものである。多数の結核病床をもつことが結核撲滅につながるという紀本の主張は「少くとも世界に於て未だ証明されない御主張」である(有馬 1932: 27)。このように返し、療養所の「隔離」がまったく機能していないことを改めて論じた。

有馬の主張に対して、さらに反駁したのが三戸時雄(京都市立宇多野療養所所長)である。三戸は紀本の主張に賛同し、公立療養所の役割について次のように論じる。公立療養所の第一の目的は、私立病院や開業医にかかるだけの資力をもたない者を収容し、治療することであり、患者の減少という目的はあくまで二次的なものである(三戸 1932: 18)。

しかし、三戸によれば「現在の収容数の重症患者だけでも療養所へ隔離して」救療することは、一般市民の感染機会を減らすことにも寄与するので「結核予防の一部分の目的を達する」はずである(三戸 1932: 18)。その点、公立療養所による貧困患者・重症患者の救療は「立派な救貧的社会事業」であると同時に「結核撲滅の目的を達する為の一衛生事業」である(三戸 1932: 20)。このように論じ三戸は、公立療養所の救貧的な機能を、結核撲滅という大きな目的につながるものとして位置づけた。

医学者や医師に限らず、ひろく結核に関する社会事業に従事する人々も購読する『人生の幸福』誌で起こった論争は、このように、平行線をたどったままにおわった。三戸の記事の末部に編集部が「この論議には、結核予防に対する社会事業家、開業医家、それ／＼の緒論に見る観察点の相違の態度があるとも観られる」と付記したように(無記名 1932: 23)、論争が混迷した要因のひとつには、結核対策をめぐる社会的な立場の違いがあったと考えられる。

一方で、論争の核心である「結核療養所の目的は防疫と救療のどちらなのか」「結核の蔓延防止と患者の救療と

は両立するものなのか」という問いに焦点を当てて3人の議論を整理すると、公立療養所の社会的機能について次のような立場を見出すことができる。それは、公立療養所の社会事業としての役割を重視し、対感染症事業としての役割を二次的なものとする立場である。有馬は、防疫的な機能の不全から、公立療養所への「隔離」を無用とした。これに対して、紀本や三戸は、有馬の議論の前提、すなわち近代社会の人口のほとんどが結核の感染を経過するという前提を宙づりにしながら、有馬の用いる「隔離」という用語を患者の救療に読み替え、療養所収容による患者やその家族の福祉を強調したのである。

3.3. 国際連盟保健機関と予防医学の重視

国内におけるこのような論争の背景には、結核対策の方針をめぐる国際的な見直しがある。1920年代には、欧州ではBCG(Bacille de Calmette-Guérin)の人体接種が試みられ、結核の予防接種が定着しようとしていた。しかし1929年から1930年にかけて、ドイツのリューベック市でBCGの経口接種をうけた乳児251人のうち、77人が結核を発病し死亡する事故が起こった。日本ではのちに「リューベック事件」などとよばれるこの予防接種事故によって、一時期は期待が高まっていた結核予防接種に対する信用が失われた。これをうけて国際連盟保健機関は、新たな結核対策のプログラムを構築し提案する必要に迫られた。国際連盟保健機関は、保健委員会の下に結核報告委員会を設置し、調査を行った。1932年にはE. Burnet(結核報告委員会事務局長、パスツール研究所副所長)が調査結果をまとめ、報告書*General Principles of Governing the Prevention of Tuberculosis*を提出した(Borowy 2009: 272-5)。

この報告書でとくに注目されるべき点は、患者と健常者との遮断による感染予防よりも、診療所による健康相談や診療を主軸とした「予防医学」に重きを置き、診療所を結核予防施設の主体として位置づけた点である。結核療養所について報告書は、重症患者を治療するための施設としては必要としながらも、次のように評価している。

療養所での治療は、その価値が高まるにもかかわらず、結核を撲滅することはできない。なぜなら、多数の人を長期間にわたって治療することは社会的に困難だからである。したがって我々は、診療所による予防に力を注ぎ、施設に収容する必要のある患者の数を減らす努力をしなければならない。[中略]診

療所を犠牲にして療養所を發展させるようなことがあってはならない。(Burnet 1932: 567)

療養所の機能をこのように評価し、重症患者の収容に注力するかわりに、診療所による患者の早期発見・早期治療、および発病防止のための保健指導を普及させるべきであることを報告書は強調した。

また報告書は、結核患者が治療や生活指導を受けながら働き続け、生活を維持できるようにするための支援を充実させる必要があるとし、それを担う機関こそが診療所であるとした (Burnet 1932: 571-3)。

Burnet の報告書は、翌 1933 年には『医海時報』で翻訳され、ひろく日本の医学者や医師に紹介された (『医海時報』1933. 1. 14; 『医海時報』1933. 1. 28; 『医海時報』1933. 2. 11; 『医海時報』1933. 2. 18)。抄訳を行った高野六郎(内務省予防課長)は、療養所の機能について、つぎのようにまとめている。

結核予防の中樞はダスペンサリーであり、之に伴って収容施設が必要である。最初はサナトリウムの方が重要視されたが近頃ではサナトリウムに対する考方が変わり、先以てダスペンサリーの普及を主とするに至つた〔中略〕サナトリウムが増加しても之のみを以て決して結核を予防することは出来ない。サナトリウムの普及は恐らく結核死亡率を減ずるのであらうが、罹病率は減じ得ないであらう。ダスペンサリーが結核予防施設の主体となつて民衆の結核予防生活を指導し、其の補助機関としてサナトリウムが役立つべきである (高野 1933b: 332)。

このように「療養所無用論」をめぐる論争の背景には、国際社会で療養所の社会的機能の見直しがせまられ、治療医学から予防医学へ結核対策の主軸が移行しようとしていたことがあった。国際社会の議論は、患者の療養所への収容が結核の撲滅には直接つながらないことを確認し、診療所による早期の診療、発病防止に積極的な意味を見出した。しかし、そのような論調は、結核死亡率が低下している欧米の状況をふまえたものであり、依然として結核死亡者の増加に歯止めがかからない日本にとっては、高野の述べるように「専ら欧州諸国の事情を調査して之を材料としその中から適正な標準方法を抽出」した「欧州結核予防界の規準」でしかなかった (高野 1933a: 72)。日本では、重症患者の保護は、いまだに緊急を要する問題であると考えられていた。欧米の論調と、日本の

実態との相克が「療養所無用論」論争を生み出したと考えられる。

おわりに

本稿では、1890 年代から 1930 年代前半までの日本を対象に、結核療養所およびそこでの患者「隔離」をめぐる議論の諸相を検討した。本稿の対象とした年代は、結核の主な感染経路として塵埃感染が考えられ、結核菌が人間の生活空間のいたるところに存在すると認識されていた時期である。こうしたなか結核政策に携わった人々は、従来は防疫としての意味をもち、伝染病予防を象徴していた「隔離」の中身を問い直し、新たに構築する必要に迫られた。

はじめは、防疫的な処置として規定されていた「隔離」は、1910 年代頃からの公立結核療養所設立にむけた議論のなかで次第に療養所への患者収容と同義とみなされ、必ずしも患者と社会との切り離しに終始しない、救療的な意味が付与されるようになった。「隔離」という用語は、社会的・経済的な要因によって適切な療養・予防を自力で実践できない患者を収容し、治療や教育を施したうえで社会に返すことで、自宅等で自活させる手段として位置づけられていった。それは、対感染症事業と社会事業とを折衷した結果でもあった。適切な療養・予防を自力で実践できない患者は、おもに貧困層に求められた。療養所収容は、患者やその家族の福祉と同時に、治療を要する患者を減少させるための一大手段としても期待された。

猪飼隆明 (2016) や後藤基行 (2019) が明らかにしているように、同時期のハンセン病療養所や精神病院にも、施設への患者収容に救療的な機能があった。これらの施設に対して、結核療養所は、その草創期から防疫と救療とを折衷するかたちで構想されており、その構想には、結核感染およびその予防実践をめぐる考え方も深くかわっていた。

1930 年代頃から国際社会で、重症患者の療養所収容は結核の減少に直接寄与しないという論調が高まると、国内でも療養所の予防施設としての実効性が問われるようになった。1931 年から起こった「療養所無用論」論争はそのうちのひとつである。結核の蔓延を阻止するための「隔離」が機能不全に陥っているという糾弾から始まったこの論争の過程で判明したのが、皮肉にも、防疫以上に患者の救療が、「隔離」を規定していた点であった。結核患者やその家族の福祉としての側面を抜きにして患者

「隔離」を語ることがもはやできなくなっていたのである。以上の検討によって、公立結核療養所の「隔離」という機能の追求が、防疫と治療が両立するののかという問いとともにあったことが明らかになった。

1930年代から、結核予防に関する生活指導や診療を行う健康相談所が全国各地に設立され、1937年の保健所法によって結核予防相談事業が制度化された。これによって、保健所は健康相談所の役割を引き継ぎ、療養所に代わって結核対策の前線に立った。予防医学の重視がいつそう進むなかで、公立結核療養所にどのような役割が期待されたのか、療養所に患者を収容することには福祉以外にどのような側面があったのかをさらに考究することが、今後の課題である。

[謝辞]

本稿は科学研究費補助金（課題番号 20J21320）による研究成果の一部である。

[注]

- 1) このような動向に対して近年、結核療養所は患者の長期的な隔離にとどまらない様々な機能をもつ施設であったことを論じ、そこでの患者の経験もまた多様であった点を注視するよう促す研究がみられる（Condrau 2010）。
- 2) 畜牛結核のヒトへの感染性をめぐっては1889年に、結核は乳児期に牛乳から感染するとする学説がE. v Behringによって提唱されている。
- 3) 翻訳の元になった論文は以下である。Tyndall, John, 1891 "On the Origin, Propagation of Phthisis," *The Fortnightly Review*, (new series) (297), 293-309.
W. Johnston は、日本政府による Tyndall の論文の翻訳について詳細に検討し、翻訳を通じて政府が、結核の社会的影響に関する自らの考え方を反映させようとしていたことを指摘している（Johnston 1995: 207-208）。
- 4) 飛沫感染の予防については、結核患者との物理的な距離をとることが推奨された。石神亨『通俗肺病問答』（1902年）は、患者の痰や唾の飛沫を直に受けないための注意事項として「患者と対話する時は必ず三尺以上の距離に於てすること患者の室にて飲食せざること患者の居間に長居せざること」を挙げている（石神 1902: 161）。
- 5) 「肺結核予防ニ関スル件ニツキ内相ノ訓令」『大日本私立衛生会雑誌』第249号（1904年）、44-46、所収。
- 6) 「施業救療ノ勅語」『勅語類・明治勅詔・自明治三十年一月至同四十五年四月・坤』JACAR（アジア歴史資料センター）Ref. A14110300400、所収。
- 7) 中村文哉（2020）は近代の結核関連法規と「癩」関連法規との類似性に注目し、これらの法規には、伝染予防、貧困患者の救療・救恤、身辺の清潔など「在宅療養」にかかわる規定といっ

た複数の性格が混在していたことを指摘した。

- 8) 結核予防法の制定における患者届出制度をめぐる議論については、青木純一（2004）を参照。
- 9) AO とは、有馬頼吉が太繩寿郎、青山敬二とともに創製した死菌ワクチンである。1923年にAOが日本結核病学会に発表されてから、AOの予防・治療効果の検証が、1930年代半ばまでの日本結核病学会の主要な論点のひとつになった（堀 1975）。
- 10) 近代日本における、結核に対する全人口的な免疫獲得をめぐる欧州の理解の受容については、塩野（2020）を参照。

[文献]

- 青木純一, 2004, 『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』御茶の水書房。
- 青木正和, 2004, 「結核の感染 (I)」『結核』79 (9): 509-518.
- 有馬頼吉, 1931, 「結核予防の国際的現況」『人生の幸福』14 (6): 6-17.
- , 1932, 「紀本参次郎氏にお答えす」『人生の幸福』15 (2): 23-28.
- Burnet, Etienne, 1932, "General Principles Governing the Prevention of Tuberculosis," *Quarterly Bulletin of the Health Organisation*, 1 (4): 489-663.
- Borowy, Iris, 2009, *Coming to terms with world health: the League of Nations Health Organisation 1921-1946*, New York: Peter Lang.
- Bryder, Linda, 1989, *Below the Magic Mountain: A Social History of Tuberculosis in Twentieth-Century Britain*, New York: Oxford University Press.
- Condrau, Flurin, 2010, "Beyond the Total Institution: Towards a Reinterpretation of the Tuberculosis Sanatorium," Flurin Condrau and Michael Wroboys eds., *Tuberculosis then and now: Perspectives on the History of an Infectious Disease*, Montreal: McGill-Queen's University Press.
- 後藤基行, 2019, 『日本の精神科入院の歴史構造: 社会防衛・治療・社会福祉』東京大学出版会。
- 原栄, 1921, 『肺病予防療養教則 大改訂第17版』吐風堂。
- 廣川和花, 2020, 「ハンセン病「隔離」とは何か」『現代思想』48 (7): 163-169.
- , 2021, 「「隔離」と「療養」を再考する: COVID-19と近代日本の感染症対策」『専修人文論集』(109): 235-256.
- 堀三津夫, 1975, 「3. 細菌」日本結核病学会編『結核研究五十年 昭和50年4月日本結核病学会第50回総会記念』日本結核病学会, 34-41.
- 猪飼隆明, 2016, 『近代日本におけるハンセン病政策の成立と病者たち』校倉書房。
- 石神亨, 1902, 『通俗肺病問答: 一名・肺病予防法及養生法』石神亨。
- 石塚裕道, 1991, 『日本近代都市論: 東京: 1868-1923』東京大学出版会。
- Johnston, William, 1995, *The Modern Epidemic: A History of Tuberculosis in Japan*, Cambridge: Harvard University Asia Center.

- 紀本參次郎, 1932, 「有馬博士の「結核予防の国際的現況附其の将来に対する私見」に就て高教を仰ぐ」『人生の幸福』15 (1): 23-30.
- 北川扶生子, 2021, 『結核がつくる物語: 感染と読者の近代』岩波書房.
- 北里柴三郎, 1895, 「肺結核に就て (前号の続)」『婦人衛生雑誌』(72): 5-12.
- 眞野準編, 1941, 『財団法人日本結核予防協会沿革略誌』日本結核予防協会.
- 三戸時雄, 1932, 「医学博士有馬頼吉氏の療養所無用論を読みて」『人生の幸福』15 (3): 14-23.
- Montizambert, Frederick, 1901, "The British Congress on Tuberculosis, July 22-27, 1901," *Public Health Papers and Reports*, 27: 35-44.
- 内務省衛生局, 1931, 『公立結核療養所状況』, 内務省衛生局.
- 中村文哉, 2020, 「戦前期の「癩」および結核予防法関連法規のネクススについて」『山口県立大学社会福祉学部紀要』26, 41-91.
- 塩野麻子, 2020, 「戦前期日本の通俗医学書における結核の発病予防をめぐる言説」『Core Ethics』16: 97-108.
- 高野六郎, 1933a, 「結核予防施設規準 (一)」『医海時報』(2003), 72.
- 高野六郎, 1933b, 「結核予防施設規準 (四)」『医海時報』(2008), 332-335.
- 竹中繁次郎, 1908, 『結核病と社会問題』呼吸科院.
- 東京市療養所編, 1926, 『東京市療養所年報第1回』東京市療養所.
- 遠山椿吉, 1919, 「結核予防法ノ由来及其私評」『結核雑誌』1 (5), 331-342.
- 月澤美代子, 2022, 『ツベルクリン騒動: 明治日本の医と情報』名古屋大学出版会.
- Worboys, Michael, 1992, "The Sanatorium Treatment for Consumption in Britain, 1890-1914," John V. Pickstone ed., *Medical Innovations in Historical Perspective*, New York: Palgrave MacMillan, 47-71.
- 無記名, 1932, 「読者の反響」『人生の幸福』15 (3): 23.