

総合討論

美馬 達哉

(立命館大学大学院先端総合学術研究科)

佐々木 香織

(札幌医科大学医療人育成センター)

西川 純司

(神戸松蔭女子学院大学文学部)

川端 美季

(立命館大学衣笠総合研究機構)

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)

キョク・コウリン

(立命館大学大学院先端総合学術研究科)

美馬：まず、今の川端先生のコメントに、佐々木先生、西川先生、塩野さん、キョクさんに答えていただくことにしましょう。他の演者へのコメントなどあれば適宜に付け加えてください。

佐々木先生への質問のメインは、子どもに対する教育が精力的に行われているのは、やはり次世代に大きく影響するのでしょうかという問題でしたね。

佐々木：それはあると思うところがあるのと、もう一つが、健康のイベントに参加する若い子はほとんど女性です。それは脱線するのですが、戦前は軍国少女がすごく多かったわけですし、戦後は一貫して反戦運動をするのは女の人多いです。そうすると、もしかしてジェンダー差が生まれるのかもしれない気がしています。

女の子は、ダイエットしたいとか、体に対しての関心がすごく強いことから来ているのか、そこらへんは私にはちょっとまだ彼女たちの動機ってというのがわからないのです。しかし、女性の方がある意味で、従順なところがあるかもしれません。

美馬：たとえば、SNS 拡散のときに戦略的にテーマを選んでいて、その結果としてジェンダー差が出てしまう事はあり得ますか？ ダイエット関係を意図的に選んで情報発信しているとか。

佐々木：それはあんまりそういうわけでもないと思います。運動とか、あんまりジェンダー差を生むようには見えないので、だからなぜこれほど女の子が多いのだろうというのは気になる点です。

美馬：それ、おもしろいですよね。メディアスタディーズの手法で、Twitter の言説分析をすれば、若い女性向けの何かのハッシュタグが入れられている可能性があるという気はなんとなくします。

佐々木：もっとも、食事の管理とダイエットという考えで集まってきたのかもしれないという印象はあります。

美馬：話は尽きないのですが、次は、西川先生のほうから川端先生のコメントへの回答をお願いします。

西川：ありがとうございます。川端先生から言っていた、公衆浴場と日光浴のどちらにも「浴」がついているというのは、私もそれを言われて、「あ、そうだ」と思って。浴びるってところですよね、おもしろいと思いました。環境史では健康と環境の接点を分析する概念として「曝露」(exposure) が用いられていて¹⁾、そこから「浴びる」ということについていろいろ広げていけそうな気がしました。

で、ご質問いただいた点で、一つ目が気候、とくに地球規模の気候と関係してくるんじゃないだろうかということですね。

この研究をしている時に、あるいはこの本を書く段階で、ちょうどそれこそ今大きな話題になっている地球の気候の話や、人新世みたいな話がけっこう出てきていたんですね。ただ、これはべつに本を書く時の話なのであれですが、あまりこう大きすぎる対象と結びつけて議論するのはちょっとやめようかなってというのはありました。もちろんおっしゃる通り、当然そこは関わってくる

し、そこからわかる部分もあるんですけど……。そこと結びつけることは可能ですけど、今回はどちらかというと、もう少しこう手元性と言ったらいいか、ここの目の前にあるとか、ちょっとしたことで調節できるような自然というものを扱いました。それを建築の分野では「微気候」と言って、建物の周囲の気候ですね。そこと関わらせていったほうがおもしろいんじゃないかと思いました。ですので、地球規模の気候に触れていないのはそういう背景があります。ただ、現象としては当然ながらつながっていく点ではあるので、そこは今後の課題だとは思っています。

二つ目のご質問、日光を取り入れているときに、西洋と日本では少し文脈が違うのではないだろうかという点、その通りかと思えます。発表でも少し触れましたが、世紀転換期の近代医学や科学の位置づけは今よりもっと揺らいでいて、今では自然療法という「なんや？ そのちょっと怪しい情報は」というような感じがありますが、当時は主義主張にもとづいて真剣にやっている部分があったのだらうと思えます。このあたりは、森貴史さんの研究が詳しいです²⁾。とくにそれをしていたのは欧米なんですよ。先ほど言及したように、工業主義的なものに対するアンチですね。だから、工業主義にもとづく近代的な生活とは別のあり方を探すという文脈で日光浴もしてみる、というのもあったように思います。

ただその一方で、日本の場合は、やはりそこまでの主義主張はないのかなと思っています。もちろん日光療法でもそうなのですが、今日の発表では取り上げなかった住宅においても同じです。この時代、健康住宅という居住者の健康に配慮した設計の住宅が作られているのですが、これもやはり欧米では先ほど言ったような文脈の中でつくられています。設計した医師や建築家の人たちも、精神分析などを参照したりしながら、理性、近代的な理性みたいなものに対してのアンチという文脈でつくっています。しかし、健康住宅を日本で実践していた人の著作を読んでもあまりそういう文脈はなくて、純粋に技術的な問題か個人的な問題のなかで取り組まれているというところに大きな違いがあるのかなと考えています。

もし付け加えるとすると、分析をする段階で、この自然というものを考えたときに、あまり社会的な文脈を意識しすぎると、社会構築主義的な話にどうしても近寄っていくので、ここが自分としては難しいというか、未だに悩んでいます。どの部分であれある程度は文脈によって変わりますよ、でも別の部分に関してはそうではない部分もありますよ、というところが重要な、と。自

然を扱うからこそ、こういう悩ましいところが出てきたというのはありますね。

美馬：次は、塩野さん、お願いします。福祉と隔離の絡まり合い、社会政策と救貧政策との関連みたいなところが、川端先生の指摘された論点かと思いました。

塩野：ありがとうございます。

「「貧困でかつ病気がある」という、家族やコミュニティにおける社会的リスク、あるいは社会的に何かよくない影響を与えるものだというふう考えている」という川端先生のご指摘について、先生のおっしゃるとおりだと思います。「隔離」という言葉を聞いたときに、私たちはまず漠然と、社会防衛的なものを思い浮かべますが、実際には、この言葉を用いながら議論している人たちにとって、社会防衛よりも、むしろ患者家族らの福祉の方が重要な問題だったのかもしれませんが。もしそうならば、結核患者の収容についても、急性伝染病に対する防疫的な対応とは異なったものとして、考え直さなければいけないと思いました。

川端先生は、結核政策における衛生事業と社会事業の重なり合いについても言及されました。これは衛生行政に関する多くの歴史研究で指摘されています。しかし、結核政策における複数の事業の重なり合いがどのような様態をとっていたのか、十分に解明されていないのではないかと私は考えています。結核予防法（1919年）など結核にかかわる施策が社会事業を兼ねていたことは、法文からみても明らかです。西川先生の取り上げられた福田眞人『結核の文化史』（1995、名古屋大学出版会）も、結核予防法が「工場法を嚆矢とする社会立法の一環」（333頁）であったことを明記しています。しかし、施策の中身、例えば結核療養所の「実態」に目をむけたときに、研究の焦点が、患者が療養所等でどのような生活を送っていたのか、患者向け雑誌等で病気の経験をどのように語ってきたのかなどに移ってしまう。結核患者の「経験」を復元し、患者を歴史の主体として引き上げようとすることに関心が集中していたように思われます。そうしたなか、もう一度、結核対策にかかわる制度設計に立ち返ることは、決して無意味ではないと思います。

結核は、とくに20世紀初頭から、近代社会の人口のほとんどが実は結核の感染を経過していると考えられていた点において、きわめて特殊な伝染病です。病原菌と人々を遠ざけるという方針は、結核にはほとんど通じないことがわかっていた。そうしたなかで結核対策にかかわ

る制度を設計しようとするとき「隔離」という公衆衛生用語をどのように、意味をすり替えながら使おうとしてきたのか、十分に調べる必要があります。それが、結果的には先行する研究と同じような道筋をたどるかもしれないのですが、その結核対策ならではの特徴を見つけることができたらと考えています。

美馬：精神障害との関連で、社会防衛というところで、一つコメントしておきます。社会防衛の一つの意味は、本人が何らかの意味で社会にとって危険であるということです。その危険とは、犯罪率が高いか低いかに関わらず、犯罪を起こしそうとのイメージや偏見かもしれないし、病気を伝染させるかもという不安かもしれない。

もう一つその、戦後の文脈でいうと、精神障害の場合は、生産疎外因子っていう考え方がありました。つまり、家族が精神障害者を介護していると、労働ができないから生産性が落ちるってことです。だから、社会が病院を提供して、そこに収容しないといけないという話の筋もありました。

言い換えれば、隔離は本人が危険だから行われたという発想は、すごく狭い感染症を中心にした見方で、隔離とか収容の全体像の見方をゆがめてしまうのではないかと、思います。同じような状態の人たちを一か所に集めて管理すると、大量生産工場のように、産業的にやれるので、供給側としてはものすごく楽なんです。今の老人ホームとかそうなっていますね。逆に言うと、個別で在宅でみるという方法を重視しない選択を、社会的にしていることになります。

社会学の文脈でいうと、アーヴィング・ゴッフマンは、トータルインスティテューション、日本語では全制的施設という表現をしています。収容者の生活すべてを閉じ込めて過ごさせる施設という意味です。その例としては、病院もですが、修道院と軍隊も好例としています。同じような境遇や状態の人を同じところに集めることは効率がいいという意味では、隔離や収容こそ近代的な合理性そのものだという議論にもなるわけです。フォーコー的な見立てですね。

次は、キョクさん、回答お願いします。たいへん野心的な発表でした。

キョク：はい、まず川端先生の質問に回答したいと思います。

梅毒はどういうふう検査するのか、真性と仮性をどういうふう判断するのか、正直わからないです。とく

に、検査がどのように実施されたのか。資料はまだ見つかっていないものが多く、先行研究の中では、1909年の東京府警視庁の検査手順の資料が使われています。でも日本のルールを台湾にそのまま使ったのかということについて、個人的に懐疑的な立場をとっています。

梅毒検査と娼妓身体検査の統計を見ると、ずれがあります。梅毒検査の時代、その明治38年に患者数は1893人です。真性は83人で仮性は1810人です。他方、その娼妓身体検査の時代、すなわち、明治39年の梅毒の患者は83人です。仮性患者は本当に梅毒の症状があるのか、あるいは別の可能性があると思います。そもそもビジュアル的の症状はないけれども、問診などによって、梅毒の疑いがあるかもしれない。明治39年以降はずっと100人程度200人程度維持していて、仮性患者というのはどんな人たちかというのは、実は大きな疑問だと思います。

次の問題は、植民者は本島人の娼妓たちを検査したくないのではないかと、という質問ですね。実際にはいろいろ総督府警務局の出版物をみると、本島人の私娼に批判的な態度が見えた。総督府の公文書によると、私娼をコントロールしたい欲望がかなり窺えます。色々行政の実践があったが、資格化の問題が大きな一つです。医者と同じようになぜ、伝統医学の医者が資格が必要なのか。ということと同じように、なぜ娼婦は資格を求められたのか。対照的に考えると、面白いと思います。

さらに、用語の次元について、よくわからないですけど、今、人事について調べておまして、長崎医学から東大医学への転換がその理由の一つではないかと考えておりますが、明確にお答えできなくて、すみません。

美馬：徴兵検査で男性の場合は、ペニスをぎゅっと握る検査で、しこりがあるかどうか見ますが、その後、有名な血液検査のワッセルマン反応などどういう検査をするかは時代によって違うのでしょうか。女性の梅毒の検査は、ロシア船員の相手をするセックスワーカーに対して、ロシアの医師がヴァギナに潰瘍などないかチェックしたのが始まりですね。女性が抗議したエピソードがよく語られます。

植民地の話で言うと、誰が誰の身体を検査できるかっていうのは、人種的な問題に関わります。明治期だと不平等条約の問題もありますが、たとえば「白人」を入国時に日本の医者がチェックすることはできないわけです。台湾は植民地なので、出入りのとき、日本人は台湾人をチェックできるが、台湾人は日本人をチェックできないということもあります。

キョクさんが可能性として指摘した点、梅毒で入院したり休業したりする「不衛生」に、ある種の抵抗を見出すのはおもしろい議論だと思えます。

江戸時代だと日本は梅毒つまり瘡（かさ）が極めて多かったことが知られています。海外から来た人が、日本人は梅毒を重大な病気と思ってないことに驚いたという記載がたくさん残っています。日本だけなのか、台湾も含めて東アジアの梅毒に対する見方は、現在の意識や西洋からの目線とは異なったものであるかもしれません。

あとは、台湾の娼妓の客が誰かという問題も、関連しますね。日本軍ないし日本人が主なのか、台湾人の金持ちも含まれているのかという点ですね。余談ですが、少し後の慰安婦の資料などみていると、朝鮮人でも台湾人でも日本の着物や割烹着を着せて、日本風のコスプレをさせている写真が残っています。その意味では、日本からの内地人への受容が多かったのかもしれないですね。

質問と言うよりは、思いつきのコメントになってしまいましたが、キョクさん、どうでしょうか。

キョク：美馬先生のご質問について、娼妓、貸出屋の接客の対象について、調べていますけれども、台北のほうでは、日本人の娼妓たちが日本人を接客していますが、台南のほうでは、全国遊廓案内という本によれば、本島人娼妓が日本人を接客して、という記録があります。

ちなみに、日本統治時代の末期は台南しか本島人の公的な資格のある娼妓、つまり、公娼がいましたが、そのほかの地域はなかった。今の先行研究によれば、地域統治論という理論、すなわち、地域それぞれの統治能力によって本島人の娼妓が公娼化できるかどうか、が地域の統治水準によって異なります。しかし、台南より、台北政府のほうがヘゲモニーが強かったのに、台北では全然（本島人娼妓の）公娼化が実現しませんでした。でも台湾では実現した、ということが謎の一つではないかと思えます。もう一つ検討すべき点は、人権問題です。新聞記事などをみると、娼妓たちが人権侵害を理由として、検査を受けないという記述があります。でも果たしてそうなのか。もう一つの疑問点です。

つづいて質問してもよろしいですか？

佐々木先生が提示しているのは、われわれは生政治に抵抗するため、不合作の、すなわち、データを公的部門に提供しないという方法があります。逆に攪乱という概念を導入すると、嘘の情報、間違っている情報を提供するのが、これも生政治の、生政治、今のビッグデータ化に抵抗するための一つの方法ではないかと思っております。

す。これについて佐々木先生はどう考えていますか？
おうかがいしたいと思います。

佐々木：データの攪乱というのも、もちろんあると思っています。たとえばウェアラブルデバイスをつけて走るという場合、たとえばイヌにつけて走らせて、すごい「おー、走っとる走っとる」とやらせることです。他には、何かを食べたというデバイスでも、イヌとかネコとか、もしくは自分の子どもとかにつけて、あたかも自分が食べたようにするとかもできます。このような形で、データを攪乱できますし、つけたとしても、まじめにやらない人はたくさんいると思います。それは、今の病院でも薬を毎日飲まない人いっぱいいます。それから、「それを食べなさい」と言われた食事を自分の奥さんに食べさせて、自分はおいしいものを食べている糖尿病患者の男性の方とかもいると聞いています。そういった意味でも、本人のデータとされているけれども、実は本人のデータではないということもあると思います。

あと、データを提供しないっていう権利もいちおう日本では保障されているので、そうするともう提供しない人っていうのも出てくる可能性も否定できないでしょう。

キョク：ありがとうございます。

イギリスのNHSシステムが、個人の医療情報を匿名化して自然にビッグデータのプールに入れています。すなわちそのデータは患者に開示を拒否する権限はないです。匿名なんですけども。このように実際的には、日本のほうが患者の権利は重視してますね。今思いついたことです。

佐々木：イギリスも匿名で患者が参加しない権利を有しているのですが、でも一部はオプトアウトしても、一部は強制的に公衆衛生の目的で強制的にデータは使用されることもあります。一方、日本はここが議論されていなくて、イギリス的にやるのか、患者さんが嫌だと言っているものは、すべて除外してデータ分析をするのか、そのへんが微妙で、ほんやりしている感じです。

キョク：ありがとうございます。

佐々木：日光浴のところで。私長くイギリスに住んでいたのですが、イギリスの人はめちゃくちゃ日光浴が好きです。で、あとサンルームがかなりいろんなおうちにあ

り、おうちで日光浴しているのです。それはやはりこの時期のなごりなのかどうなのかというのが一点目の質問です。二点目が、私の祖母が孫たちに日光浴をさせたがったのです。で、どちらもいちおう高等女学校と、もう一人の女子専門学校みたいな高等女学校の上の学校も出ているのですが、大正時代は女子教育で「良妻賢母」教育が盛んでしたよね？で、すると子育てをするときには日光浴をしろというふうに教育をしていたのかどうかという点が気になっています。うちの母が「そこまで日光浴させたら逆に体悪くなっちゃうし焦げちゃうよ」みたいなレベルで日光を浴びさせようとしたので、ちょうど時代が重なるので、日光浴と教育という関連でも、と聞いてみたくなりました。

西川：ありがとうございます。現代的な文脈での話をよく知っているわけではないですが、日光浴をさせたがる(したがる)という話は聞きます。もちろん日本とイギリスとではそれこそ文脈が違いますが、とくにヨーロッパの北の方は太陽が出ている時間がそもそも少ないというのがありますし、イギリスでは産業革命以降に結核がすごく増えていくわけですけど、その環境的な要因の一つに煤煙があります。工場からの煙で日光が遮られるということがあって、そのなかから日光をもっと浴びなさいというような話が出てきます。

そのとき結核もそうなんですけれど、もうひとつ、くる病と言われる病気の予防目的ですよね。太陽に当たってビタミンDが生成されないと骨が弱くなるとか、足が曲がるということが当時かなり問題になっていたと聞いています。当時のこうした病気の話を知っている人からすると、日光を浴びることはいいことだという考え方が強くあるのかもしれない。

もちろん今の科学的な知識からすれば、紫外線って害になる部分もあるので浴びすぎるのはよくないんですけど、当時やその流れを知る人にとっては、「日光を浴びなさい」というのはとてもよくわかるアドバイスなのかなという気はします。

それで、質問の一つ目のほうですが、日光浴室があったというのは現在でもあったということですよ？

佐々木：はい。

西川：ですよ。それもやはり、ヨーロッパのしかも北のほう、緯度が高いところになると、日光に対する欲みたいなのが強くて、たとえば公園に出てできるだ

け日光を浴びなさいという話は多いと思っているので、家の中にサンルームがあってもおかしくはないかな、と。

ただ、日本の話にはなるのですが、戦後になって家の中から消えた空間というのがいくつかあって、その一つが日光浴室だと考えています。今でも現存する古い建物に行くと、やはりサンルームってありますよね。室内をタイル張りなどにしていて、わりとこう病院っぽい造りをしているところも多くあります。また、さきほど発表の資料で見たように、当時縁側ってすごく古いものの象徴だったので、生活改善運動のなかでそれをもうなくしましようみたいな議論が起こってくるんですけど、そのなかには単純になくすのではなくて、そこをガラス張りにして日光浴室にしたらいいじゃないか、みたいな議論も出てきていたりします。このように、戦前はわりと日本でも住宅の中に日光浴室やサンルームをつくりましようというのはあったのですが、やはり戦後になると……。まだしっかりと調査はできていないのですが、ただ住宅誌などを見ていると、あまりサンルームって言わなくなっているのかなと思っています。もちろん、ヨーロッパと日本で違いがあると思いますが、住宅の中にサンルームが今でもあるというのは、ちょっと意外な気がしましたね。

美馬：西川さんに一つお伺いしたいことがあります。日本で、一軒家の窓は南向きが好まれるっていうのは西川さんの扱われた時代からでしょうか、もっと前からでしょうか？

西川：やはり明治期に入ってからです。いわゆる在来住宅批判というのが起こって、昔ながらの家は暗いし、とくに台所などは暗いところであって不衛生なので改善すべきであるという議論が起こってきます。これはちょうど近代家族をつくり上げていこうとする流れと合流して、来客重視の、いわゆる家長制にもとづいたような家ではなくて、近代家族が暮らす家族本位の住宅となっていくときに、その居間を中心に置きましょう、そして南に置きましょうということになっていきます。その時から明確に「南向きの窓」や「日当たりのよい居間」というものの価値が大きくなったのかなと思います。

美馬：日本独特ですよ。前にアメリカに留学するので、家を探していたら、日本人に特化した不動産業者で、「日本人は南向きの窓を好むけど、アメリカは違うんだ」と言っていました。中国文化圏だと風水によるので、南と

は決まってませんよね。

キョク：たぶんそうだと思います。

美馬：塩野さん、どうですか。

塩野：先ほど佐々木先生のお話で、ある種の抵抗の手段として、たとえばネコに走らせる、イヌに走らせるというのが挙げられていましたが、これを聞いて思い出したのが、糖尿病患者たちの生活世界を文化人類学の視点から描いた浮ヶ谷幸代『病気だけど病気ではない』（2004、誠信書房）です。この本のとくに第4章では、医師による治療指導をそのまま受け入れるのではなく、自身のライフスタイル等に応じてずらしてしまう、治療を自己流にアレンジしてしまうような糖尿病患者の実践がかかれています。医師から受けたアドバイスを取捨選択しながら、自身の生活に取り込んでいく。そのような実践は、私たちにとっても身近なものになり得るのではないかと思います。というのも、医師に限らず専門家のアドバイスを聞き入れるときに「ここは取り入れてもいいけど、ここは取り入れなくてもいいのかな」という選別が、攪乱を意図したものであるかどうかは別として、自然と行われているものであるような気がするからです。「統治」する側が目指している個々人のセルフ・コントロールが常に達成されない、ということは十分にありうることかと思えます。

もうひとつ関心をもったのが、データで把握される身体をどのようにとらえるかについてです。デジタル化されたかぎりでは、自身の身体を認識し、配慮することができなくなるのだろうかと思う一方で、データのみで己の身体のすべてを把握することはやはりできないだろう、デジタル化をすり抜ける要素は必ずあるだろうとも感じます。データ化、デジタル化によって身体の認識のあり方がどれほど変わり得るのか、あるいは、それほど変わらないものなのか、ということについても先生方へおうかがいできればと思います。

佐々木：ありがとうございます。

私としては、データで健康管理をする際に糖尿病の人が食事の管理を適当にやるというのと、健康な人がリスクを回避するためにやるのでは、少し文脈や意味合いがちがってくるかなと思うところがあります。健康な人が病気へのリスクを下げるためにやりなさいという助言や指導をされるという点は、特に気になっているところで

す。

そこもう一つはデジタル化される身体です。もうライフログみたいなものもぜんぶつけていきますし、体重や食事や運動などぜんぶ毎日とります。そうやっていくと、ほんとデジタルな数字だけで自分の身体が可視化されていくのです。それから運動能力もどんどんデジタルに入力されていきます。そうすると、数値化されるものはどんどん身体への介入というか指導が入り、数値化されないものは取り残されていく、ということが起きます。そのため何が数値化されて何が数値化されないかで、ある意味でちょっといびつなハイブリッド構造の身体ができる可能性もあると私は気にかけてみています。

あと幸せかどうかみたいな概念も、ウィルネスという数値で計ろうとする試みがあります。この幸せの指標というものが、何になるのかで、人間の主体や生き方への指導が変わるかもしれないと思います。その辺りのデジタルと数値化という点が気になって見えています。

美馬：一つコメントしておく、デジタル化されたら生身の身体性ではなくなるかということ、デジタル化の進展と共にデジタル化そのものが身体化されていくというねじれも起きています。デジタル化した数字を毎日のように見ていると、そこにやっぱり愛着がわいてきて、身体化されて、この数字のときはこういう気分や体調ということになってくることもあります。そうすると、西川先生が指摘されていた「自然と人間」とか「自然と人工」の絡まり合いが、内面化というか生の感覚になるという状況が生まれてきます。

あと、糖尿病の人と健康人の違いを当然視するのは、医療化された見方ではないかと私は思っています。たとえば1950年代ぐらいまでの糖尿病とは、たまたま検査したときの血糖値が高いと糖尿病になるんですね。で、そうすると前の日に絶食しておいて、診療所に行って調べると、「血糖低いですから、治ってますね」となってしまう。1980年代ぐらいに技術革新があって、過去1か月分の血糖の平均値がわかるヘモグロビンA1c (HbA1c) っていう検査法が出現すると、一日だけ絶食するというズルはきかなくなる。そうすると糖尿病の人は「血糖値の低い人」ではなく、「HbA1cの低い人」として再定義されます。さらに、その前の19世紀だと、尿に糖分が出ているので尿にアリが集まる人を指していました。つまり、社会的・歴史的な文脈の応じて生物医学的な定義も変わることですね。

川端：オンラインの人にも質問しましょうか。

美馬：オンラインのほうからでも、チャットに入力するか、手を挙げてください。

その合間で、日光浴との関係でもう一つ質問というかコメントです。海水浴についても歴史研究はいくつかありますが、海水浴と日光浴の日本への導入は重なっていますか？基本的には、海辺で水産業に携わる人は、わざわざ泳ぐことを好んだりはしないですね。また、現在の海水浴場では、泳ぐというよりも、日光浴という側面が大きいですし。

佐々木：すいません、私の祖母たちが、海水浴もすごく勧めました、日光浴と海水浴というのは、明治から大正生まれのおばあちゃん世代に対してそういう女子への子育て教育があったのでしょうか？

西川：十分ありうるかと。つまり同じ「浴」ということです。すみません、私は直接的にはわかりませんが、ただ、今おっしゃったようにおそらく戦前から海水浴はされていますから、それが健康上の目的でされていたというのは十分ありうるのかなと思いました。そのあたりはどうですか？ 川端さん。

川端：どうですかということについて、もう少し説明してもらえますでしょうか。

西川：海水浴のことを何かご存知でしたらってことです。水と関わりがあるのかなと少し思ったのですが。

川端：海水浴も完全に外部からの輸入ですよ。たとえば、今でいう大磯ロングビーチのある海水浴場も、松本良順が日本で海水浴場をつくらうと思ってという話が有名だと思います。日光浴もそういうところ昔はありますよね。海外からの完璧な輸入で佐々木先生や西川先生がおっしゃっていたようにヨーロッパとか、イギリスとかとくにそうですけど、緯度が高いところは夏は日照時間長いですけど、秋から冬にかけては朝の7時も真っ暗みたいなことがあたりまえにあるわけで、それはやっぱり限られた夏を楽しむというような感じで日光浴という文脈が出てきます。

そういう意味では日光浴にしても海水浴にしても、それは海外から日本に輸入される際には、やっぱり、医療行為として導入されたところが大きいと思います。海水

浴は、レジャーや、またべつの文脈ともつながってるところがあるんでしょうけど。言われてみたら確かに日光浴と海水浴って合わさったような感じのところがあるので、なるほどなと思いました。

美馬：やっぱり、そういう意味づけなのですね。

西川：ちょっと感想でもいいですか。いちおう今回のこのミニシンポジウムの大きな趣旨というのは、いわゆるフーコー的な切り方で公衆衛生をどのようにみていけるだろうか、みたいなものがありつつ、そこに科学技術社会論を併せてみていくという問いかけがされていたと思います。感想なのですが、これまでというところちょっと怒られるかもしれないですけど、やはり規律訓練と生権力は対峙されるようなところがあるし、少し前の議論では「規律から管理へ」みたいな感じで、ある特定の一つの施設に閉じ込めて監視していく方向からデータで管理をしていくという、ドゥルーズを経由した管理社会論の観点から公衆衛生も論じられることが多かったと思います。

でも、今日のお話をいろいろ聞いていて、たとえば検査などを通じて数字のデータにしていくときの技術に着目してみると、こうした流れにもっていく必要はないのかなと思ったんですね。

検査するときに、たとえば先ほどの婦人病院の例だと顕微鏡の話が出てきたと思います。ある人が病気がとか、あるいは感染しているということを確認するとき、そういう技術が入ってくる。結核に関しても、最初は単純に肺の音からそれを感じるだけだったものが、エックス線を通してや、ツベルクリン反応検査を通して感染しているかどうかを確かめていくようなところがあります。また、現代的な文脈では佐々木先生がおっしゃっていたように、データを管理するにあたってデバイスというのが出てくるわけですよ。身につけることによってデータ化していくと言ったらいいいですかね。こうしたことって、やはりSTS（科学技術社会論）や、それこそラトゥールが「インスクリプション」という言葉でずっと言ってきたところなので、その議論と噛み合わせていくと、データ管理の議論に落とすことなく、公衆衛生を論じることもできるのかなと思いました。

美馬：あと、数字というデータについて、その意味をどう解釈するかという問題も関わりますね。医療専門家がその数字の意味を説明して正常か異常かという解釈を提示しないと、「素人」にはわからないと、これまでは思わ

れていました。が、実はそうではなく、素人の側も数字を何度も眺めるうちにいろいろな解釈をしたり、意味付けしたりできる。さらに、ネット情報と照らし合わせたりすると、正確で最先端な知識とつきあわせることも可能かもしれない。

ほかには何かありますか？

オウ：すみません、ご発表ありがとうございます。

先端研の生命領域の オウユウシンと申します。西川先生の話、日光浴のお話を思い出したのは、1903年のノーベル生理学・医学賞の獲得者ニールス・フィンセンの物語です。フィンセンは、猫を治療するために日光浴をする様子を観察していたという噂がある。そして、フィンセンは尋常性狼瘡を治すための光線療法を発明しました。ノーベル賞で、医学に新しい道を開いたことが評価されました。これは、ヨーロッパで結核治療のために日光浴が流行していたこととも関係があるかもしれません。

西川：すみませんが、前半部分が十分に理解できなかったかもしれないですけど、光線療法で1903年に？

オウ：1903年に、ノーベル賞を受賞した内科医のニールス・フィンセンです。光線療法によって、尋常性狼瘡が治りました。

西川：その時の光線というのは具体的に？

オウ：太陽光線から分離されたUV光線です。

西川：ありがとうございます。そうなんです、その光線といっても実はいろいろあって、自然光線としての太陽の場合と、あと途中から紫外線療法みたいなものが出てきています。さきほど言ったみたいに、太陽だと自然条件によって全然安定しない、光線量が一定ではないので、人工的な紫外線発生装置みたいなものを作っていて、家の中でそれを使いましょうみたいなものがあるので。それで何の光線かなという確認をしたということです。はい、ありがとうございます。

佐々木：あのほんと一つキョクさんに、ちょっと情報提供だと思うのですが、蘭学から東大の医療へというところの話です。あの、花柳病とかそういったものの研究をしてきた、「性の健康医学財団」をご存知ですか？

あそこにはけっこういっぱい資料が残っています。チラシとか過去のものも、いろんなもの集めています。「性の健康医学財団」に行って、資料を集める際にとっても親切的な団体なので、きっと助けてくれると思います。

キョク：すみません、ぼくの理解がまちがいなければ、この性の健康医学財団は当時の花柳病予防会という機関ですね。

佐々木：そうそうそう。

キョク：確かに、ぼく調べているところで、花柳病予防会は、台湾に東京で開催する花柳病予防講習会に参加の要請を出しました。こういう経緯があります。ありがとうございます。

佐々木：戦前から今に至るまで、資料がいっぱいあるみたいなので、相談するとよいと思います。

キョク：はい、ありがとうございます。

美馬：もう一点、西川先生へのコメントです。自然療法の話をされましたけど、自然療法の位置づけが西洋的文脈と日本的文脈で異なりますね。西洋的には近代化に対抗する反近代やロマン派と結びついています。が、日本に入ってくる時には、西洋から導入された最新の西洋由来の何物か、文明開化よりも新しい最新のすごい科学というイメージになってしまいますね。念力や念写などの超心理学もそうですし、大正期に増えてくる民間療法のもとになったさまざまな理論ですね。西洋的にはオカルトだけでも、最新のすごい科学として日本に紹介され、いつの間にか日本のオカルトになっていく、ねじれた関係性がありますね。

西川：そうですね。そこは日本がおもしろいところでしょうか。西欧のホーリズムに関しては、当時はもちろん真剣にされていて、それは反近代的・反科学的な一つの療法だと思ってやっているのですが、日本に入ってくる段階で「それが最先端だ」みたいな起用の仕方というのはやはりあったのかなと思います。

ただ、今日から見ると、どうしても非科学的なものとして、「当時の人はわからずにやっていたんだよ」みたいな語りになってしまうので、そこをどのように救っていくかということですね。そこを歴史記述するときは大

事にしたいと思っています。

美馬：たとえば、日光の場合、それを科学的に分析して、その重要な要素として、紫外線とみたり、もう少し後の時代だとオゾンとみたりすることもあります。それと、ホーリズム的に、太陽光線としての「日光」そのものが良いという考え方は少し違いますね。そのあたり、成分と全体性のどちらに重きが置かれるとありますか。

西川：両方あったと思います。まず、先ほど少し触れたように、日光のなかでも紫外線に限定して利用していくようになります。当時、紫外線が流行語になっていくのですが、紫外線だけを出す装置を作っていたりして、より科学的な感じがするわけです。他方、みんながみんなそう思っていたかというところでもなくて、太陽だからよいとか、やはり自然が一番というか。今回取り上げた正木不如丘という人がそれに近いのですが、自然と一体になることがいいんだっていう、純粹に自然だから効きますみたいなことを考えている人も一方ではいます。結核の場合ははっきりと療法が出ていないなかでの、こうしたぐちゃぐちゃ加減というのがとくにあったのだろうな、と。同時に、そこがおもしろいところかなと思います。

美馬：会場から特に質問はないようですから、登壇者のお一人ずつ、最後に一言お願いします。

キョク：まずは西川先生の本を拝読しまして、きわめておもしろかったと思っています。西川先生の発表の中にちょっと触れたいんですけど、ホテルと、サナトリウムはきわめて似ている施設です。英語の、Hotel と Hospital の語源は同じですね。

今のホテルは、大浴場とかプールとか、さらにトリートメントとテラス、ジムと合わせて、スパと呼ばれますね。さらに食事の場所、レストランもあります。ということは、近代的なホテルはサナトリウムをモチーフとするケア施設ではないかと思っています。現在の病院を逆にホテルをモチーフとして、見直すとうどうでしょうかね。

さらに、僕は公衆衛生に対して、全般的に批判するべきではなくて、やっぱりその変質した部分をちゃんと見て、批判すべきだと思っています。すなわち、医療というのは、病気を治療する学問です、この中に、公衆衛生を加えると医学という言葉になります。何か変質していますね。公衆衛生ということの内実をさらに解体して、

おかしい部分をちゃんと見直すのが、僕が考えていることです。ありがとうございます。

塩野：感染症予防の歴史を振り返るとき、周囲の環境へのはたらきかけ方がどのように語られてきたのかに注目することの重要性を強く感じました。とくに西川先生のご講演をお聞きし、日光や空気など自然にはたらきかける実践が結核の療養と予防を兼ねていた点が、印象に残りました。療養のための患者の実践と、予防のための健康者の実践との重なり合いは、健康と病気がはっきり区別できない時代の衛生実践を考察する重要なポイントのひとつです。周囲の環境から病気のリスクを感知し、その環境の絶えざる調整に邁進する、こうした営みを「シン公衆衛生」のなかでどのように位置づけるのか、今後さらに考究したいと感じました。本日は貴重な機会をいただき、まことにありがとうございました。

西川：私は全体に関しては、先ほど感想として言ったところを感じました。ここまで触れられなかったのですが、塩野さんの発表でまとめていただいている通り、サナトリウム研究は入院している人がどのように暮らしたかというあたりを書いていく研究が多くて、その実態や実際の運用に関する研究となるとあまり見たことがないなと思いました。だから今日の発表もそうでしたし、以前学会か何かで発表されているものを聞いた時にも思ったのですが、塩野さんが史料にもしっかりもとづいて議論されているあたりは本当にすごいなと思っています。私みたいに理論的な話とすぐに結びつけることをあまりされていないところがよいところかなと思っていますので、ぜひサナトリウム研究を今後も着実に進めていただけたら、私も勉強になりますという感じです。ありがとうございました。

佐々木：ありがとうございます。あの、サナトリウムの話を聞いて、またキョクさんのあのホットな話を聞いてすごく思ったのが、私ヨーロッパにいたときに、いわゆるサナトリウムみたいなところに1週間ほど滞在したことがあります。ちょっと体の調子を壊したときにイギリス人に勧められて行ったので。都会の喧騒を離れたスコットランドのすばらしい自然の中に、すごいお庭があって、そこでお散歩をする、お医者さんがいる。そこで、水泳をしたり、ぜんぶオーガニック食の食事が提供されたりするという、療養生活を10日ぐらいしたことがあります。けっこう多くの、ちょっと都会で疲れたサラ

リーマンとか、来ているのです。だから、日本にはなくなってしまうのかもしれないですけど、プチサナトリウムの生活がイギリスには残っていて商業的にちょっと成功していました。レガシーとして、今この話を聞いて思いました。

そういう施設のうちの一つがやはり結核の、金持ちのサナトリウムのレガシーを活かしてつくっているというのを聞いたことがあります。

ともあれ、科学技術社会論的に考えても、このテーマはとてもおもしろいです。しかし、科学技術社会論と公衆衛生を結びつけるのは、難しいです。そのへんも模索は、私もしています。今がんばっています。以上です。

川端：本日は大変貴重なお話いろいろありがとうございました。公的な文脈と公衆衛生の話は当然ながらすごく関連しているからこそ、研究として、どういうふうアプローチしていくかとか、どのような切り口で自分のオリジナリティーを探していくかとか、自分が院生のころはすごい大変だったなど、研究対象とどう距離をとったらいいのか、距離を詰めたらいいのかとすごく考えながら研究をやっていたなということを思い出しました。一方で、新型コロナウイルスと関連しますが、現在ではデータ化が、10年前20年前とは異なる勢いで、ビッグデータ化されています。しかも状況が刻一刻と変わっていて、今はその許可が求められたり、あるいは、今回のご発表の中でおっしゃったように、この部分に関してはもう無許可でデータを全部取られるというような、非常にわかりやすい、ある種の新しい統治の側面に入ってきたんだということが非常にわかるようなシンポジウムだったと思います。

貴重な機会をいただきありがとうございました。参加していただいたみなさんもありがとうございました。

美馬：佐々木先生は先端研での集中講義と今回の発表ありがとうございました。西川先生も来ていただいてありがとうございました。塩野さん、キョクさんの発表も良かったです。生存学研究所の川端先生とお手伝いしてくれた院生の宮内沙也佳さん、情報保障として文字通訳をしてくれたゆいの方々にもお礼を申し上げたいと思います。

会場：(拍手)

注

- 1) Mitman, Gregg, Michelle Murphy, and Christopher Sellers, 2004, "Introduction: A Cloud over History," Gregg Mitman, Michelle Murphy, and Christopher Sellers eds., *Osiris, Vol. 19: Landscapes Exposures: Knowledge and Illness in Modern Environments*, Chicago: University of Chicago Press, 1-17.
- 2) 森貴史, 2017, 『踊る裸体生活——ドイツ健康身体論とナチスの文化史』 勉誠出版.