

## 「自然と共にある生——近代日本の公衆衛生史を書き換える」

西川 純 司

(神戸松蔭女子学院大学文学部)

それではよろしく申し上げます。神戸松蔭女子学院大学の西川と申します。今日は、先ほど美馬先生からもご案内いただきましたように、最近本『窓の環境史』を出しましたので、基本的にはその本の中に書いてあることをベースにお話をさせていただければと思っています。本日の報告タイトルが、「自然と共にある生——近代日本の公衆衛生史を書き換える」ということで、少し大きく出ていますが、それに向けての試論であるというか、ひとつの試みであるということをごんじいただけたらと思います。

『窓の環境史』というタイトルをつけてある本なのですが、ここでどういうことをしているかという、人間と自然との関係性から近代日本の公衆衛生史を書いてみたらどうなるだろうかということを試みています<sup>1)</sup>。ただ歴史を記述するだけではなく、それをいわゆるフーコーによる生政治の試み、その生政治のありようというものを分析してみたらどうなるだろうかというのが大きな趣旨です。

社会と自然という主題は、これまで社会学のなかでもなかなか論じられないというか、客体としての自然は論じられますが、それが人間や社会の暮らしとどのように関わっているのか、という視点では論じられません。本ではこのあたりの混ざり合いを描いてみたいというところでした。

本では対象としてはいろいろ取り上げていて、基本的には空間で割って章立てをしているのですが、最初に2章でサナトリウムを取り扱っていて、そのあとは3章の都市計画、4章の健康住宅という住宅の試み、5章ではその住宅の中での療養生活、そして6章ではさらに個別の部屋ということで書齋というように、空間ごとに区切って行って、自然とのかかわりを見ていくということになっています。これらを縦に貫くのが公衆衛生的な、衛生的な観点ということになります。

もちろんこれをすべてみていくわけにもいかないので、今回はそのなかでもサナトリウム（結核療養所）というものについてとりわけ見てみて、そこから自然と区別して公衆衛生の歴史を書くことはできないんじゃない

かということを考えていきます。

まず、本論に入る前に、これまで近代日本を対象にした公衆衛生史はどのように描かれてきたのかということころを簡単にまとめておきました。一つ目がいわゆる医療史とか制度史で描かれているようなもの、二つ目が歴史研究でされていること、三つ目は統治性研究という三つに分けています。本の中に入れられなかったものを含め、画像はスライドで提示するというかたちでいきたいと思っています。

それぞれ順番に簡単に書いておきましたが、まず一つ目の医療史や制度史がどういうものだったかという、基本的には行政、あるいは結核予防に携わっている公的機関などが書いてきた歴史です<sup>2)</sup>。当然それらの歴史は公衆衛生の政策や制度について書かれたものが中心になるかと思っています。要は「何年にどういう法律ができて、それによってこういうことになりましたよ」みたいなことを描いていく歴史です。ここではやはり「こういう政策を打ったことによってこれだけ効果がありましたよ」とか「こういうかたちで結核というのは最終的には撲滅とまではいかずとも、次第に感染者を減らすことができたんですよ」というような、いわゆる進歩の過程として描かれることが多いと思います。

それに対して、二番目に移りますが、1990年前後からいろいろな領域において、同時多発的に衛生史研究というのが出てきて、そのなかで次のような研究がされるようになっていきます。まず、公的機関などが出てきた歴史に対して、「一般の人々に対してどのように衛生観念が浸透していったのか。一般の人たちはどのようにして衛生の取り組みをしていったのか」という視点がとられていない、ということ言うわけです。そのうえで、どのようにして一般の人々がその衛生秩序みたいなものを受け入れていったのかを描いていく、こうした視点をゆるやかに共有した試みであったかと思っています。

それを国民国家というものが立ち上がる時期と関わらせることによって、人々の身体が衛生秩序を媒介にして国民化していく、あるいは標準化していく側面に着目します。振る舞いだけでなく内面ですね。衛生に対し

て価値をおくという、そういう内面性が形成されていく側面。もちろんこうした規範からの逸脱をとりあげているものも多いのですが、いずれにせよ、こうした議論を展開していったのが、この二番目の歴史研究であったと思います。

具体例をあげれば、成田龍一さんの研究や阿部安成さんの研究があるわけですが<sup>3)</sup>、それ以外にもさまざまなかたちで、「どうやって人々は教育されていったのだろうか」ということで、博覧会とか、衛生キャンペーンとか、そういう末端にまで衛生秩序がしみわたっていく対象を取り上げていく研究が多く見られます。

次に三番目の統治性研究があります。今言った二番目の歴史研究はどちらかというところフーコーの議論、さらにそのなかでも規律訓練の議論に依拠していたように思います。ただ、それ以降、本日も何度も話に出てきていますが、フーコーの生政治の側面というものが出てくることによって、生権力の観点からみて公衆衛生はどのように考えられるだろうかという研究が出てくるようになります。これも90年代には早くも登場してきています。

その代表は阪上孝さんの研究だと思えますが、住宅や衛生環境にどのように権力が介入していくかを捉えようとします<sup>4)</sup>。集団的な、あるいは「人口」としてとらえられた人々に対して介入が進められ、健康を向上し、最終的には国力を高めていくというところまでつなげていく議論であったかと思えます。

もちろんここから漏れているものもいくつかあるのですが、とはいえおおよそそういうかたちで、近代日本を対象にした公衆衛生史の研究はまとめられるかと思えます。

それに対して、こういう観点はまだしっかりとみられていないんじゃないかということで、既存研究の限界を三点にまとめてみました。

一つは、インフラストラクチャーですね。物質性という視点です。ここにあまり注意が向けられてこなかったでしょうというのが一つ目。二つ目が結核菌それ自体にもうちょっと焦点を当ててもいいんじゃないだろうか、という点。そして、公衆衛生を考えるうえで自然が果たしてきた役割がいまいち捉えられていないのではないかなというのが三つ目ですね。

順番にもう少し詳しく見ていきたいと思います。まず一つ目のインフラストラクチャーですが、これは具体的には環境衛生が果たした役割ですね。コレラや結核などの感染症の制圧において、もちろん個人の衛生観念、あるいは衛生的な実践が果たした役割はとても大きいわけ

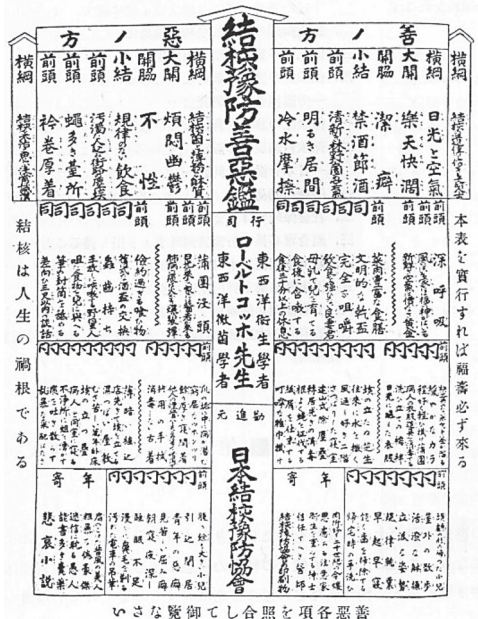
ですが、しかしそれだけではなく、身体をとりまく環境、すなわち空気や水、住居などの環境的な要因の改善がやはり大きく功を奏してきたはずであろう、と。けれども、先ほど言ったような二番目の歴史研究では、フーコーの規律権力論に依拠することによって、そうした点あまり見えなくなっていくのではないだろうか、というのが一点目になります。もちろん早くから環境衛生の重要性を指摘してこられた研究もあるわけで、こうした点はやはり見逃すことはできないだろうと考えています。

二番目の結核菌への着目という点ですが、これまで近代日本の公衆衛生史を描く場合、コレラに着目されることが多かったと思います。つまり、江戸末期から明治にかけて猛威をふるっていたコレラに着目することによって、それがどのようにして抑えられていったかという話を中心に公衆衛生史は描かれることが多いのですが、意外と大正・昭和初期に入ってから結核については十分な分析がなされてこなかったように思います。

コレラと結核を比べたときに、コレラに対する公衆衛生対策を見たら、結核についてもそれが当てはまるのかということ、そうではないところもあります。感染症の性格それ自体を考えてもらうとわかると思うのですが、コレラというのは消化器系の感染症ですよね。だから水や食べ物を介して消化器に不調をきたすのに対して、結核というのは呼吸器系の感染症ですから、当然そうすると感染する経路も変わってきます。空気やいわゆるエアロゾルみたいなものに注意をしないといけない、ということになるわけです。このあたり、同じ感染症であったとしても、コレラを見たから結核のことがわかるかということ、そうではないだろうというのが二点目です。見市雅俊さんが言うように、「病原菌それ自体としての歴史」を軽視してはなりません<sup>5)</sup>。

最後に三点目です。環境衛生の改善や健康増進に自然が果たした役割についても過小評価されるべきではないだろうと思います。とりわけ日光や風についてもっと焦点を当ててみてもいいのではないだろうかということで、本日の報告もそこが中心になるわけです。では、当時どれくらいその自然というものが重視されていたのかを、いくつか見てみます。

たとえば、「結核予防善悪鑑」といわれる、日本結核予防協会というところが出していた、「結核を予防するにはこういうことをしなさいね」とか「こういうことをしてはいけませんよ」みたいなことをわかりやすく番付表で表したものです<sup>6)</sup>。右側がよい対策、左側が悪い対策です。



「結核予防善悪鑑」(日本科学史学会編 1967: 140)

上段の右側、よい対策の「横綱」に位置づけられているのが「日光と空気」となっています。結核を予防するうえでいちばん大事なのは日光と空気だということを言っているわけですね。それ以外にももちろん、清潔が大事だとか規律正しい生活が大事だとか、そういうこともあります。同時に日光がよく当たるような明るい居間も大事ですよ、と書いていたりします。

あるいは、「結核予防デー」というのが当時、年に一回設けられていまして、その時期になってくると、いろいろな組織や団体が結核予防に向けての啓蒙活動を行っていました。そのなかの一つに『療養生活』という雑誌を発行していた関連団体が作成、配布していたリーフレットがあります。「結核予防療養生活スローガン」と言われるもので、たとえば、「持って生まれた結核なし」というものがあり、当時結核は遺伝だと信じられていたところがあったので、そうではないことを伝えようとしています。

このスローガンの中に、「清く明るき家に結核なし」や「口を開くな窓開け」、「転地より窓の開放」のようなかたちで、「日光を取り入れて換気をしなさいね」みたいなことを言おうとするスローガンがあったりします。あとこれも当時よく言われたことなのですが、「光線が入らないところには医者来る」という決まり文句のようなものがあるんですよ。これなども「日光を取り入れてないと不健康になって医者来ることになりますよ」ということを端的に伝えようとしています。

さらに、当時の紙芝居のようなもののなかで「日光に

触れましょう」とか「換気をしましょう」みたいなことが言われているものがあつたりします。あとは育児においての注意事項を述べた史料の中にも、できるだけ「縁側に子どもをおいて日に当てましょう」といったことが言われていたりするものもあります。こうした史料からも、いかに日光や空気が重視されていたかがわかります。

ところで、結核とはどのような感染症なのでしょう。結核は結核菌というものに感染することで起こる感染症の総称になります。当時はやはり肺結核が主だったと思います。治療薬がないので、感染してしまうと亡くなる確率も高いです。なので、戦前では長らく死亡原因の第一位でした。それゆえに「国民病」とか「亡国病」と呼ばれてもいました。

では、その結核がこれだけ蔓延することになった原因はどこにあるのかというと、やはり工業化や都市化によって人々の労働環境がとても悪くなるとか、居住環境がとても悪くなる、つまり密集した地や窓がないような家に住んでいるとか、あるいは栄養があまり摂れていないということが原因で感染が蔓延するようになります。その結果、もう一度言いますが治療薬がないわけですから、当然結核と共に生きていかなければならないというのが基本的には戦前の暮らしです。結核がつねにあるということを前提にしなければならなかったわけです。ここから、私は本の中でいろいろな空間について見ていきました。

当時の住宅というのも、やはり結核などの感染症予防のもとで「住宅のかたちを変えていきましょう」や「自宅で療養生活の際にこういうことに気をつけましょう」というようなことが啓蒙されています。また、感染してしまった場合、本当は個室で自宅療養生活したほうがよいのですが、個室がとれない場合がほとんどなので、「セパレートするための仕切りを作りましょう」ということになります。だからカーテンで仕切ったり、屏風で仕切ったり、あるいはたんすで仕切ったりする方法が提案されています。果ては家の中ではなくて、庭に専用の小屋をつくる療養生活小屋というものもあります。そこでは空気の流れや太陽の差し込む角度をもとに設計されています。さらには、「家の一室を日光浴室に変えましょう」ということも語られています。「日光を浴びることによって健康でいましょう」といって、部屋の中の一室を充てたり、縁側を拡張してサンルームにする案が当時出されています。

ただ、今回はサナトリウムに焦点を当ててみます。サナトリウムというのは改めて言うと、結核療養生所と言わ



れる施設です。医師の指導や監督のもとで厳格に療養・治療する施設として位置づけられています。また、結核患者を家族から引き離すことも大きな目的であったので、危険だとされる感染源を隔離するためのいわゆる社会防衛の施設であったとも言われています。

欧米に目を移してみますと、19世紀末から20世紀初頭にサナトリウムは作られていくわけですが、実はたんなる医療施設というよりは、自然の力を借りながら、結核をはじめとする療養者の生活全般を変えていく施設として考えられていたことがわかります。

ここも突っ込んでいくと話が長くなるのですが、当時の欧米では、工業主義や科学一辺倒の考え方に対する批判的な運動がいろいろ出てきます。たとえば生活改善運動というのもそうですし、田園都市構想もそうですし、あるいはいわゆる裸体文化、ヌーディズムもそうですし、菜食主義もですね。つまり、健康につながるように環境を整えていく、生活をしていく、みたいなものが盛んにされるようになっていったんですが、そのなかの一つとしてサナトリウムにおける自然療法が位置づけられていたことは重要だと考えています。

サナトリウムでされていた療法である自然療法は、日光や空気、あるいは水ですね、水に浸かるみたいなそういう療法がされていました。今から考えると、当然ながらそんなことをしても何も意味がないということになるわけですが、当時は本当に効くと思われていて、20世紀の前半にかけて西欧で普及した療法だと言われています。

また、自然療法は大学医学の対義語として位置づけられていたようで、当時起こってきた実験室医学に対するアンチの動きという意味合いもあるそうです。

ここで欧米のサナトリウムをいくつか見てみます。これはスイスのダボスというところに当時あったサナトリウムの写真(1907年)です。ホテルみたいなのですが、ベランダがあって、そこにベッドが置いてあって、ここで療養する。きれいな空気を吸ったり、日を浴びたりしていたようです。太陽の光を遮るような設備もちゃんとつけてある感じがあります。

ちょっと時代が下りまして、フィンランドにあるサナトリウムで、アルヴァ・アアルトという建築家がつくったサナトリウムなのですが、これを見てもやはりテラスみたいなものもあるんですね。建物の上のほうの階に大きなテラスがあって、そこで患者が並んで療養できるスペースがあります。建物の配置ですが、一列に病室が並んでいて、太陽の向きに合わせてつくっているというこ

とになります。

また、極端な例ですけれども、フランスの1930年に造られたサナトリウムですが、これがかなりユニークな形をしていて、垂直に立つT字の横棒の部分が一つ一つ療養の部屋になっています。患者はここに入りますが、この部分が太陽の動きに合わせて回転するらしいです。これでもできるだけ日を浴びられる時間を長くするという工夫のもとでつくられています。

このように欧米のサナトリウムは作られていくわけですが、では日本はどうかというと、明治の中頃からサナトリウムが設置されていきます。最初は海辺の私立サナトリウムから始まりますが、のちに都市部や平地や高原にも設置されていくようになります。

おそらく塩野さんの発表でより詳しくこのあたりは話していただけたと思うので、飛ばしぎみでいきます。当時、感染者数に比べて病床数がすごく少ないというのがありまして、大正末期でも全国に3000床ぐらしかなかった。それに対して結核の患者は50万人から100万人いたと言われているので、サナトリウムに入れる人はごく一部の人であったということ、まずおさえておきたいと思います。

このサナトリウムでどういう療養をしていたかという、何回も言いますが、根本的な治療法はないので、大気療法・安静療法・栄養療法といって、ゆっくりして、安静にして、きれいな空気を吸って、日光浴して、ちゃんと栄養のあるものを食べましょう、それによって自然治癒力を伸ばしていきましょう、ぐらしかすることがないという状況です。

それで、私は日光療法という療法に着目してみたわけですが、1920年代半ばまでには日本においても、日光に含まれる紫外線を活用するような療養所が見られるようになります。それが活発に行なわれたとされているのが富士見高原療養所というところで、正木不如丘という医師が取り組んでいました。これが1926年のことです。

日光療法とは何かというと、紫外線が持つ皮膚に対する刺激作用ですね、これを通じて新陳代謝を活発にしましょう、と。そのことによって抵抗力がつくというわけですね。当時はこの日光を浴びるということが本当にいろいろな効果を持つと言われていて、必ずしも結核だけではなくさまざまな病気にも効くので、サナトリウムだけでなく一般家庭でも広く実践できると推奨されるようになっていきます。

この様子について、少しだけスライドで画像を確認します。あるサナトリウムの「日光浴室」とキャプション



「日光浴室」(鳥潟 1923 : 巻頭)

が付けられた写真なのですが、窓辺、かなり大きなガラス張りのものになっていますけれども、そこで患者が寝そべっている様子が紹介されています<sup>7)</sup>。次に、結核療養所の設置を定めた法律ができて最初につくられた刀根山療養所の「日光浴の風景」という写真です。こちらは部屋というよりも外にちょっとした小屋みたいなものを作って、そこで患者が寝そべっている様子が写っています。このように、基本的には横臥して日光に当たるのが日光療法といわれるものです。

ただ、日光療法というのは、実際それを取り入れてやってみたらそれほど簡単ではないことがわかってきます。なぜかという、当然ながら日光というのは自然の光線なので、季節によってや時間によって、場所によって、あるいは気象状況によって、紫外線量が一定ではないからです。そうすると、「治療としてこれだけの光線量当てましょう」となったとき、医師がつきっきりになって、頑張っって時間を計りながら調整していくしかない、ということになります。とても大変な療法ということがわかってきます。もちろんそれ以外にも、たとえば曇りだったら「今日は治療できない」ということになっていくわけですから、日光療法は自然に大きく依存したかたちで行なわれていた療法ということになります。

また、日光療法では、いきなり全身に日光浴するとよ

くないということで、身体の部位ごとにちょっとずつ日を当てていきましょうみたいに、厳格に区切ってやっていったりしています。それゆえ規律的な生活を送るんです。すごく規律正しい生活をしているし、几帳面にちゃんと時間を計って厳密に管理してやっていく、そういう側面が日光療法にはあります。

さらに、欧米のサナトリウムと同じ建物を日本に作ればそれでよかったかという、そうではありませんでした。なぜかという、たとえばスイスにあるサナトリウムと比べて、日本のサナトリウムは日光がより高い高度から射すわけです。スイスでは低い高度から射すので、上の階から下の階までどこの部屋でも日光が当たりますが、日本の場合だとより高い高度から射すので、上の部屋の出具合が長かったり、ひさしが長かったりすると、下の階では日が当たらなくなります。このように、建物においても細かく調節をしています。

このあたりも重要なところ。ある技術が入ってきたときに、それで社会が一気に変わるかという全然そういうことはなくて、社会のなかですごく手間をかけて調節を繰り返してはじめて、ある効果が達成できるということになっています。これがまずサナトリウムを見ていくうえで重要なと思う一点目です。

もう一点は、正木に限った話ではあるんですけど、正

木不如丘が日光療法を施すにあたってすごく悩んでいる様子が彼の本に書かれています<sup>8)</sup>。なぜかという、日光療法は「効くことには効く」と本人は言うんですね。日光浴すれば結核はたしかに治っていくから効果はある、けれども、なぜその効果が生まれるのかが説明できないということはずっと言いつづけて悩んでいます。説明する理論がないということですね。だから知と技術との間にずれが生じているというか、説明できないということに悩んでいて、最終的に彼は、いわゆる一般的な近代科学と違って、自然というのは科学において一辺倒に扱われる対象ではないのだ、と強調するようになります。このように、科学一辺倒ではないスタンスをとるという点が彼の特徴だと思えます。

ここで、当時の欧米における大きな流れとして、やはり「世紀転換期」ですね、19世紀末から20世紀初頭にかけて、近代科学に対して一定程度距離をとる運動があって、そのなかの一つに「医学的ホーリズム」(medical holism)ということが言われていたことが理解の助けになります<sup>9)</sup>。医学的ホーリズムとは何かというと、人間が病気にかかっているとき、身体それ自体に原因を求めるのではなく、あるいは身体の中にある病原体に原因を求めるのではなく、環境との相互作用のなかで不調をきたすと考える、そういう考え方でした。したがって、日光療法や自然療法というのはおそらくこの考え方にもとづいているであろうと考えることができます。近代医学とは少し違うというところが重要です。

もう時間もなくなってきましたので、最後にまとめに入ります。

今回はサナトリウムの例を見てみました。何を言いたかったかという、戦前の日本において、人間を自然との関係からとらえるような知があったし、それにもとづく技術や実践がありました、ということです。しかし、こうした歴史はこれまでの公衆衛生をめぐる歴史記述のなかからは捨象されてきた部分なのではないかと思えます。

繰り返せば、「戦前されていた自然療法というのは現在からみると効果がまったくないものでした。抗生物質ができて戦後になってようやく結核というものは克服されていきますよ」みたいな歴史が、これまで言われてきたわけです。実際確かにその通りというか、抗生物質ができてBCGワクチンができるようになると、「家の中にサニールームを作りましょう」みたいな話は当然なくなってくるわけです。「家の中に日光浴室は必要ない」ということになってきますし、当然サナトリウムも次第にその役

割を終えていくようになります。そうして、戦後になって戦前にあった自然をめぐる実践の歴史はなくなっていくと思います。

これは今のコロナの状況を考えてもわかると思います。おそらく後年振り返って見たときに、「ワクチンができたのが大きかった」、将来的にもし治療薬ができれば、「治療薬ができたことによって完全にコロナというのが克服された」というストーリーになると思います。そのときに失われるのは、たぶん、今私たちがやっているような「室内の換気をどうするか」とか「マスクをつける／つけない」とか、そういう細々とした実践の歴史です。自然、たとえば空気をどのようにして管理していこうかみたいな歴史というのはおそらく残っていかないのだと思います。

したがって、自然と切り分けてきたような歴史記述というものを一度見直して、人間と自然との関係性から公衆衛生史を探っていくと、近代医学や治療薬ができるできないみたいな話とは別のところから公衆衛生史を描くことができるのではないだろうか、というのが私の考えです。

それは大きく言うと、近代医学を相対化するということになるかもしれません。生物医学に基づくような身体観とは異なる身体観があったのではないのでしょうか。それは環境と相互作用するような身体観であったと思いますし、そういう歴史があったんじゃないかということですね。こうしたことを考えられると思いますし、そこから跳ね返ってきて、では医学や近代医学をどのように考えたらいのかということ、別の見方で問えるようになるのかなと考えています。

その際、参考にできる議論はいろいろあります。今大きく議論されている、たとえば人新世やエコロジーの話も参考にはなると思いますし、もちろんそれを病いや健康の文脈で考えてみるような研究もあるわけですが<sup>10)</sup>、私はもう少しフーコーから拾える部分があるのではないかと考えています。それを言って終わりにしようと思います。

個人的に言えば、やはりフーコーは公衆衛生の歴史みたいなものを書いた人でもあると思うんですね。彼は「環境医学」(médecine du milieu)という言い方をするときが多いのですが、彼からすると、そもそも近代医学というものは社会を対象にした医学、社会医学なのだということからスタートします。

たとえばフーコーが書いている病院論を見てみると、病院は18世紀の半ばから医学化されていくと言ってい



ます<sup>11)</sup>。病人を含むさまざまな人を単純に閉じ込めていたような施設から次第に医学化が進んでいくのですが、その時に規律の力、規律権力が入ってくる。つまり、人々を監視したり個別に分けたりする技術が入ってくるということを言っているわけですが、ただそれだけではないという点が重要なと思っています。フーコーは個人だけではなく環境に介入するような医学も同時に入ってきたことで近代の病院がつけられたのだという議論をしています。

ここでいう環境医学とは何かというと、病気そのものに働きかけるような医学ではなくて、身体やその周辺環境を対象とするような医学です。つまり、病院において病人を空間的に分けると同時に、その病人が呼吸する空気や周辺の気温、水、食べ物など、周囲の環境を調整するようになりました、ということ論じています。そうして空間を分割しながら、つまり規律的に一つひとつ分けていながら、同時に開放状態にする必要があったと言っているんです。ここが重要で、「病院というのは規律訓練の場所である」だけでは済まないところがやはりあると思うんです。だから彼は、「分割しながら、かつ開放状態におく」ために、たとえばカーテンが使われるようになりました、みたいな議論をしています。こうした細かいところにまでフーコーはしっかり目を配っているのです、このカーテンに着目しているあたりを自然、空気をどのように調節するかという実践や技術の話として捉えて、もっと拾っていけば、まだまだフーコーもいろいろ論じようがあるんじゃないかと私は思っています。

そのときに、今回改めて美馬先生の本を読み返してみたわけですが、先生が『感染症社会』のなかで言われている「コンステイテューション」の概念はそれに近いのかもしれないと思いました<sup>12)</sup>。「コンステイテューション」とは、社会的因子だけでなく自然環境も含めた因子の複合のようなものと説明されています。これもフーコーから引かれているわけですが、なぜこうした概念が必要かというところで、人間とウイルスの二項対立で感染症は分析できない、ということを言われています。

そのうえで、これは引用ですが、「個別的で複雑な局面状況を、細部に目を配りつつ複雑なままに取り扱うことこそ、現代の人文知の役割である」、と。これはもう私もその通りかなと思っています。単純な要因に還元する、たとえばウイルスとか結核菌とか、そういうものに還元して説明するのではなくて、それ以外の要素もちゃんと取り上げていくことが重要なのではないか、ということだと思います。

このようにして読んでいくと、私が本の中で統治性に着目した理由が、一つにはそれが「非還元」をキーワードにしていたからだ、ということがより明確になります。ある大きな要因や概念に何か説明をすべて任すというようなこと、つまり、「社会がこのように変わったから病いや健康もこのように変化した」とか「ある病原体が入ってきてこのように社会が変わった」とか「ある技術が入ってきたら感染症は収束した」みたいなかたちで、ある特定の要因にすべてを還元するのではなくて、些末とみなされてきた知や、細々とした実践、そしてその絶えざる調整に目を向ける必要があります。技術が入ってきたらグロッと変わるのではなく、ではそれを使うためにはどういう調整がなされていたのかというあたりの細々としたことをやはり書いていく必要があるんだろうな、と改めて思ったという次第です。

ということで、時間もちょうどになりましたので、これで私の報告は終わりにさせていただきます。ありがとうございました。

#### 注

- 1) 西川純司, 2022, 『窓の環境史——近代日本の公衆衛生からみる住まいと自然のポリティクス』青土社。
- 2) 厚生省医務局編, 1955, 『医制八十年史』印刷局朝陽会。日本公衆衛生協会編, 1967, 『公衆衛生の発達——大日本私立衛生会雑誌抄』日本公衆衛生協会。
- 3) 成田龍一, 1995, 「身体と公衆衛生——日本の文明化と国民化」歴史学研究会編『講座世界史4 資本主義は人をどう変えてきたか』東京大学出版会, 375-401。阿部安成, 2001, 「「衛生」という秩序」見市雅俊ほか編『疾病・開発・帝国医療——アジアにおける病気と医療の歴史学』東京大学出版会, 107-129。
- 4) 阪上孝, 1995, 「公衆衛生の誕生——「大日本私立衛生会」の成立と展開」『経済論叢』156 (4): 1-27。
- 5) 見市雅俊, 1990, 「公衆衛生の発展と身体の規律化——ヨーロッパ近代」柴田三千雄他編『シリーズ世界史への問い5 規範と統合』岩波書店, 273-300。
- 6) 日本科学史学会編, 1967, 『日本科学技術史大系 第25巻・医学〈2〉』第一法規出版, 140。
- 7) 鳥潟豊, 1923, 『通俗サナトリウム療法』鳥潟保養院, 巻頭。
- 8) 正木不如丘, 1928, 『日光療法』至玄社。
- 9) Carter, Simon, 2012, "The Medicalization of Sunlight in the Early Twentieth Century," *Journal of Historical Sociology*, 25 (1): 83-105.
- 10) Nash, Linda, 2006, *Inescapable Ecologies: A History of Environment, Disease, and Knowledge*, Berkeley and London: University of California Press.
- 11) Foucault, Michel, 1978, "L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne," trad. D. Reynié., *Revista centro-*

*americana de Ciencias de la Salud*, 10, mai-août, 93-104.

(=2000, 小倉孝誠訳「近代テクノロジーへの病院の組み込み」  
蓮実重彦・渡辺守章監修, 小林康夫他編『ミシェル・フーコー  
思考集成 7 知/身体』筑摩書房, 90-105.)

- 12) 美馬達哉, 2020, 『感染症社会——アフターコロナの生政治』人文書院.

## 追記

本シンポジウムでは、立命館大学先端総合学術研究科の院生である塩野麻子氏とキョク・コウリン (QU Honglin) 氏の発表がありました。塩野氏は、「戦前期日本における「療養所不用論」と結核療養所の社会的機能をめぐる模索」として発表し、本シンポジウムでの討論を組み込んで、本特集の投稿論文「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」としてまとめています。

キョク氏は、「性・遊郭・公衆衛生 日本統治時代の台湾における娼妓の健康管理」として、日本統治時代の台湾での公娼制を取り上げ、公衆衛生の文脈の中で「性」の問題を位置づけるという視点から発表しました。台北市のデータを詳細に検討することで、娼妓に対する健康管理の制度とその実態を明らかにし、「内地人」、「本島人」、「朝鮮人」の間での差異に迫ることを目指し、梅毒検査について、「真正患者」、「仮性患者」、「有病者」、「有毒者」、「不患者」、「無病者」などの用語が使われていた点に、セックスワークと性行為感染症に対する差別意識を読み解き、梅毒治療を行っていた「婦人病院」への入院も娼妓たちにとっては日常の苦しみから離れる経験になり得ることを指摘する野心的な発表でした。特定の歴史的な文脈においては、弱い立場の者が「不健康」や「公衆不衛生」を戦略的に利用する可能性にまで議論は及びました。論文化されることが楽しみです。





### フーコー主義的には、 医学と公衆衛生学の関連をどう考えているか？

- 近代の医学は、個人の身体を対象とする医学（臨床医学）と集団の身体としての人口を対象とする医学（公衆衛生学）の二本立てと考えると理解しやすい。
- 前者は、規律や訓練によって、個人を良き市民（労働者や兵士や母親）にしようとする。
- 後者は、人びとの幸福を増大させるには、科学やエビデンスに基づいた合理的な計画で社会を統治して、秩序付けなければならないとする（「生政治」）。

### 1970年代以降の臨床医学は、 公衆衛生学の知識や方法を取り込んだ

- 正常と異常や病気と健康を二分法で区分するのではなく、その間を連続的に変化する数字、そこに影響するリスクファクターに関する知識が重視される。
- 病気の治療よりも病気にならないためのリスクコントロールによる予防が重視された結果、病院への入院による治療よりもクリニックでのチェックや健康増進が中心的になる。
- 人口を対象とする学知を個人に適用するための仕掛けとして、「リスク」が重視され始める。

2022年8月5日 3

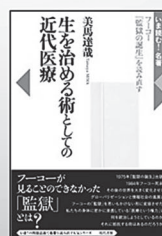
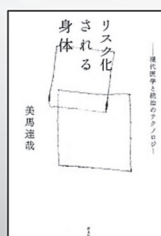
## 「リスクの医学」 (≡監視医学、新公衆衛生)の誕生

- 正常性の問題化: 健康調査や健康診断が広まり、医学的な監視の対象が、病人だけではなく健康人にまで拡大したこと
- 時間軸での変化: 医学的な監視で問題とされることが、病気になる前の段階(リスク状態)にまで拡大し、予防が重視される事態になったこと
- 身体外部への監視の拡大: 医学的な監視が、身体内部の病因だけでなく、食生活や運動習慣などのライフスタイルまでも対象として拡大したこと

2022年8月5日 4

## 「リスクの医学」はどこから

- 「病院医療への代案としての地域医療、治療的医療ではなく予防的医療という視点や、公衆衛生的アプローチなどの集会的身体のテクノロジーという近代医療の〈起源〉は帝国医療／植民地医療である」という仮説。



## 帝国医療／植民地医療の特性 ①個人の治療の軽視(他者への医療)

- 植民地において、非西洋社会の人々は、顔や名前の分かる個々人としてではなく、無名の他者の集合として表象される(「熱帯的他人性」)。
- 個人に対する治療という臨床医学の側面は弱く、住民人口の効率的・経済的な管理としての公衆衛生学が純化された形で展開される。
- 公衆衛生学を理解するには、非西洋諸国の医学史・公衆衛生史を調べる事が重要である。

## 帝国医療／植民地医療の特性 ②医療者ではなく役人が担う

- 帝国本国による医療行政は、権威的・教育的にしばしば住民全体（集合）を対象に、「進歩的な」植民地行政として行われた。
- 衛生教育や検疫は、文化的背景が異なる社会では、既存の文化慣習の破壊という側面を持つこともある。
- 医療は、医師への患者の訴えからではなく、植民地経営という行政上の必要性から始まる。
- 診断は統計データとして集積され、医学的治療よりも公衆衛生の行政的措置が基本的な対策となる。

## 帝国医療／植民地医療の特性 ③病院ではない場所

- 植民地において、囲い込まれるのは患者ではなく「健康で有用な人々」であり、兵舎、プランテーション、工場などは、そうした囲い込みの装置として機能する。
- 医療は、囲い込まれた人々の治療ではなく、囲い込むかどうかを選別する働きが中心となる。
- 囲いの内と外を生み出すチェックポイントや検疫所という帝国医療／植民地医療の医学モデルは、帝国本国での病院での（臨床）医学モデルとは異なる。

## リスクの医学は、帝国医療／植民地医療が、洗練された形で、帝国本国に回帰してきたもの

- リスクの医学が取り扱うのは、個人としての病人よりも、医療・看護・介護・ソーシャルワークなどの視点からファイリ化された病人に関する情報となる。
- リスクとは病気になる可能性の問題であるため、予防が目標とされ、治療の場としての病院という制度・施設のもつ収容という実践の重要度を低下させる。
- 発病した患者への対処ではなく、現時点では健康な人々への絶えざる検査による監視は、先制攻撃的なリスク予防となる。



## 人間の健康増進を超える

- 個人の身体でも集合的な身体（人口）でもなく、情報としての身体が中心化することは、医学や公衆衛生学に何を生み出すか？
- 病原体や環境などの人間以外の要素という観点から医学や公衆衛生学を見直したときに生まれる、脱人間中心主義の医学史・公衆衛生史はどのようなものになるか？

## 次世代医療基盤法 2017・2018年

- **医療・行政情報の集約センター**の設置  
= 認定事業者
  - 予測されてる成果
    - 医療研究促進+マネジメントの効率化
    - 生データ突合⇒匿名加工⇒ビッグデータ分析
    - 医療・行政・産業が連携してヘルスケア
    - ITと医療を通じた新たな産業の基盤整備
    - 生政治的な介入による高齢社会の統治

- **英国に10年強—英国かぶれ気味**
- **分野：社会学、Cultural Studie科学技術社会論**
  - ITと生政治—**医療情報の利活用をめぐって**
  - 文化政治—**家族と性・生・死をめぐって**
    - postcoloniaと医療
  - 文化表象—**生殖医療、脳死、臓器移植について**

Kaori Sasaki 佐々木香織

## ITを使った 医療・ 生政治の構 想

- 経産省 総務省 厚労省
- ITを用いて**個人のカルテや検診や学校や行政等の情報とマイナンバー等をひもづけて国民の健康サービス向上**
- **生政治**—国民の生のあり方の管理と統治

## ITとヘルスケアの産学・行政連携： A市での展開

### A市 市長による健康都市宣言

- 地方公共団体で初の次世代医療基盤法下による**自治体データ（国保や検診など）提供**
- **A市にあるC大学による地域医療と産業と連携**  
⇒ヘルス産業による「地域振興」  
⇒「揺りかごから墓場まで」健康管理

## A市の ステーク ホルダー の状況

- **行政** — 労働力の確保  
— 財政（医療費の削減）  
— ヘルスケア産業で地域経済活性化
- **医療** — 医師としての使命観・善意で健康寿命を延ばしたい  
— 研究を促進/加速したい
- **産業** — 健康ビジネスの展開
- **市民** — ???

フーコーの視座から：  
IT「生政治」における主体

■ ITのデータ分析

→ 主体の「生」のあり方を「evidence based」で個別化して助言・誘導

→ 主体による選択⇒習慣化=ハビトウス



**強化した牧人司祭権力による主体生成？  
=権力行使が新技術獲得？**

アガンベンの視座から：  
IT「生政治」における主体

個別化情報（e.g.個々の生活習慣や診療情報）を研究者の分析に基づいて個々の「生」のあり方を誘導

- データの生成に個人が関与が可能
  - 入力サボタージュ、提供拒否
- 誘導を受容しない would rather not
  - =個々の潜勢力を行使が可能か？（アガンベン）
    - 可能だけれど行わない/選ばない

バトラーの視座から：  
IT「生政治」における主体

■ 個別化情報（e.g.個々の生活習慣）を研究者の分析に基づいて個々の「生」のあり方を誘導

- 個々の身体による攪乱が可能か？（バトラー）
- 人間の非合理性=攪乱が無意識でおきるか？
  - ⇒司牧権力を攪乱し脱構築か？

⇒シン主体を形成か？



- ITによる生政治 = 産学・行政の期待 = 善意 + 経済
- シン司牧権力 = new big brotherモデル?  
= 権力行使「技術」が向上 = 生政治の洗練化  
(custom made, evidence based)
- 無意識・意識的に攪乱する主体の生成??
- 潜勢力を行使する主体?  
= IT生政治の「技術」を脱構築したシン公衆衛生?へ

まとめ 現在のITによる生政治

