

座談会

医史学から展望する COVID-19 パンデミック

緒言

COVID-19 パンデミックによって、本学会でも学術大会や月例会の開催に大きな影響を受け、それも一因となって投稿論文の減少が危惧される状況となっている。また、われわれ本誌編集委員も医史学研究者として、未曾有の事態にあって何を思い何を考えたか、同時代の記録としてもぜひ何らかの行動をとりたいと考えてきた。そこで、各委員がそれぞれの専門と関連させたレビューを作成し、それを共有したうえで座談会を開催し、レビューとともに本誌に掲載することとした。テーマの専門性から考えれば、編集委員以外にもより相応しい方がおられると思うし、本来であればそういう専門家の意見を汲み上げる機会を作りたいとも考えたが、先ずはわれわれの試みが議論の呼び水になることを願って、編集委員に加えて坂井建雄理事長に出席を仰ぎ、オンラインによる座談会を開催した。以下、レビューに続いて、座談会記録を掲載する。各レビューのテーマは掲載順に次の通りである。

澤井 直：西洋の古代からルネサンスまでの感染症について

松村紀明：民間医たちのつくりあげた種痘ネットワーク

逢見憲一：わが国におけるインフルエンザ流行に関する認識と“スペインかぜ”流行に対する衛生行政の対応

渡部幹夫：近現代の感染症・予防と治療の史的概観

永島 剛：歴史から考える疫病と社会経済との関係

町泉寿郎：中国医学における流行性感染症に関する史料の紹介

(編集委員長 町泉寿郎)

西洋の古代からルネサンスまでの感染症について

澤井 直

順天堂大学医史学研究室

2021年2月に行われた2020年度医師国家試験では「世界的大流行を引き起こし、中世ヨーロッパでは黒死病として恐れられた感染症はどれか」という設問で「ベスト」を選ばせる問題が出題された。COVID-19の流行は過去の感染症への関心を引き起こし、時代が近いスペイン・インフルエンザについての言及は日本でもよく見られる。欧米では特に社会・経済・文明への甚大な影響を与

えた感染症として黒死病に対する言及が目立つ。本稿では西欧の古代や中世の代表的な感染症流行に関する研究を紹介する。

古 代

COVID-19のような、人類にとって経験のない新たな感染症に関する記録は古代から残されている。有名なところではトゥキユディデスの『歴史』

に紀元前 429 年のアテネの疫病の記載がある。スパルタと交戦中のアテネを襲った疫病は、アテネ市民と軍人に多くの死者をもたらし、アテネの弱体化につながったと記す。

トゥキディデスによる記載から、その疫病を特定し、病名を同定しようという研究がなされてきた。発疹チフス、麻疹、痘瘡、あるいは腺ペストや麦角中毒が候補として挙げられ、トゥキディデスが記載した症状との比較や当時のアテネのシラミの生息状況、アテネ以外でのより近い時代に起こった感染症流行の照応により、現在では発疹チフスと推定する見解が多数の支持を集めている。しかしながら、異論も多く提出している。

このような同定に関し、過去の疫病を論じる際の方法論に関する議論もなされてきた。医学は各種疾病を分類し、その原因を突き止め、対策を考案してきたが、その方法や知見を用いて、時間をさかのぼって文字記録から病気を同定することの妥当性が問題となった。高い死亡率に注目し、同様の死亡率を持つことが分かっている感染症と同定することには、免疫がない土地において新たな疫病が起こったために死亡率が高くなっていたという視点の欠如が指摘されている。死亡率がある程度高くなると、看護活動や衛生行政の崩壊を招き、それによってさらに死亡率が高くなることもあり、死亡率の高さには病原菌そのものに由来するもの、免疫的な弱さに由来するもの、社会経済的なもの、これらを区別して必要性があると主張されている。また、時間の経過とともに疫学的な特徴や臨床上の病態そのものも変化する可能性もある。現代の伝染病との 1 対 1 で対応させることを断念すべきであるという意見も出されている。

また、トゥキディデスの記述の正確性に対する疑問も出されている。疫病が起こってから 20 年以上経過してから、医師ではない者によって書かれた記録をどれほど信頼できるのか、症状を記載する際に用いた用語の選択は適切なものだったと信用できるのか、という疑義は同定の際のデータそのものの信頼性を崩してしまうものである。

上記のような同定に関する問題はアテネの疫病だけに限ったものではなく、過去の病気を扱う歴

史研究に常に付きまとうこととであろう。

ガレノスも新たな疫病の記録を残している。165 年に小アジアからローマ帝国全土に広がった疫病はアントニヌス・ピウス帝の 2 人の養子マルクス・アウレリウス帝とルキウス・ウェルス帝の共同統治時代のことだったため、「アントニヌスの疫病」と呼ばれている。この疫病は断続的に再流行を繰り返す、多くの死者を出し、ルキウス・ウェルス帝は疫病によって命を落としたと見られている。

ガレノスはこの疫病を特定の病名で呼ぶことはなく、疫病を意味する「λοιμός」（ロイモス）と呼ぶか、あるいはこの語に「大きな」「長い」などの形容詞をつけて言及している。ガレノスによる「λοιμός」の定義は、いつか同一の場所で同じようにして多くの人が亡くなることであり、特定の病気というより、災害としての現象を指す言葉だった。しかし、ガレノスが記す症状はかなり詳細である。

「この大疫病の初期に（終わりがあってくれればいいのだが）、罹って九日目の若者の全身に、生き残ったほぼすべての人と同様に潰瘍が現れた。その日、彼は少し咳き込んでいた。次の日に入浴すると、もっと咳が激しくなり、エフェルキス（傷の瘡蓋）と呼ばれるものを一緒に吐き出した。喉の近くの頸で粗面の動脈 [気管] に感じるものがあり、そのところで潰瘍化しているようだった。彼の口を開けさせて喉を調べると、そこに潰瘍があった。診察しているときには、そのような形でやられているようには見えなかった。いずれにせよ、潰瘍がそこにあったのならば、その患者は食べ物と飲み物の通路からこみ上げてくような感覚を覚えたことだろう。それでも、原因を明確に理解するために、彼に酢と辛子を食べるように与えた。これらのものは彼を傷つけることなく、頸ではっきりとした感じを与える。例の場所でムカムカするように感じ、咳込んだ。できる限り我慢して咳き込まないように促し、実際そのようにしてくれた。むかつきが収まったので、仰向けに寝

かせて乾燥薬を外から塗りこんで、潰瘍が治るようにいろいろとあらゆる手を尽くした。」(『治療法について』5.12, 10.360-63K)

ガレノスは、罹患者には喉頭、気管、食道の潰瘍や全身の丘疹が見られる、特定の症状を示す病気として扱っている。

ガレノスは大疫病の患者を数百人治療し、ポンベイ近郊のスタビアのミルクやアルメニアの土、少年の尿などが効果があったと記すが、疫病の猛威を止めることはできず、自身も奴隷の大半を失った。上記引用の冒頭にある「終わりがあってくれればいいのだが」という言葉は、疫病の終息を切実に願うガレノスの心情の表れであるが、このような感情の吐露は淡々と病状や治療を記載するガレノスの記述においては異例である。次のような記載もある。

「疫病だらけの状況下で、この手段は冒された人々を救うことができる唯一のものだと思われた……というも、あの疫病は、獣のように、わずかな人を殺すのではなく、市全体で猛威をふるって、壊滅すらさせたからである。」(『ピソスへのテリアカについて』16, 14.280-81K)

同時代の記録は多くないが、アエリウス・アリスティデスの『聖なる教え』などもこの疫病の被害について言及し、やはり多数の犠牲者があったことが伝えられている。

このアントニヌスの疫病に関しても、病名の同定が試みられてきた。トゥキユディデスとは異なり、医師であるガレノスによる信頼性の高い同時代の目撃・治療記録があり、ガレノスの記載を用いた同定が行われ、現在では天然痘だったという見解が強く支持されている。

しかし、アントニヌスの疫病の被害の規模に関しては、実際の死者数はそれほど多くなかったという意見や、別の時代にも同様の疫病流行もあったなかでガレノスが記載した故に過度に重視されているという見解も出された。このような見解に対しては、同時代の行政記録に人口減少や社会活動の停滞を裏付ける記録があることや、疫病発生

後に銀鉱山の採掘量が減少して経済活動が停滞していたことを示す証拠が氷床コアの鉛濃度の分析から得られるなど、疫病とは直接関係しない記録・証拠によって反証がなされている。

中世

中世では541年から8世紀にかけてのユスティニアヌスの疫病と1347年からの黒死病が甚大な被害をもたらした。この2つの疫病に関する歴史研究は現在も盛んに行われている。

20世紀でも両方ともペスト菌による疫病だったという見解が支持されてきたが、異論も多数提出されていた。現在は同定に関する異論はなくなってきている。このような状況に貢献したのは歴史学・考古学・科学の協働である。

ユスティニアヌスの疫病に関する研究は、やはり文字資料に基づく研究が主流だったが、200年にわたる疫病がどれだけ流行と再流行を繰り返し、どれほどの被害があったのかを正確に見積もるために考古学的な証拠が用いられた。

20世紀末のヒトゲノム計画に代表される、各種生物のゲノム解読は病原細菌に対しても行われ、21世紀になってペスト菌のゲノム配列が明らかになり、埋葬遺骨中でのペスト菌の発見が報告されるようになった。ユスティニアヌスの疫病の犠牲者を大量埋葬したところで出土した人骨のDNA解析によってペスト菌が見つかったことは、この疫病を同定する決定的証拠だと考えられた。しかし、同様にDNA解析によってペスト菌が見つかりながら、ユスティニアヌスの疫病とは別の時代のペスト菌が混入したことが明らかになった事例もあり、DNA解析による結果にも注意が必要であることも指摘されている。現在では文字資料・考古学資料・生物資料による総合的な議論が行われるようになっている。

さらに、木の年輪や湖沼堆積物の調査から、530年代以降の北半球では気候変動による寒冷化が起こって、これがユスティニアヌスの疫病に影響を与えたという見解も出された。大規模な気候変動が感染症流行に与える影響を疑問視する意見や、19世紀末のペスト流行では広範の気候変動よ

りも局所的な気候変動の影響の方が大きかったという研究もあり、ユスティニアヌスの疫病と気候変動との関連については否定的な意見が多い。

黒死病に関しては従来から関心が高く、欧米を中心に専門書でも一般書でも黒死病に関連する書籍の出版の勢いは衰えることはない。ヨーロッパの主要言語版の Wikipedia には黒死病が独立した項目となり、感染の拡大や社会・文化への影響、当時の医療などが詳しく記されている。それに対し、日本語版 Wikipedia では「ペストの歴史」の中で黒死病が扱われるのみで、欧米における黒死病への関心の度合いが反映されているように思われる。

黒死病に関する研究も文字資料中心の研究から多方面からの総合的な研究へと変化している。ユスティニアヌスの疫病よりも時代が近いこともあり文字資料も考古学的遺物も各地に残され、しかも年代特定が可能な遺物も多い。従来から黒死病の原因についてはペスト菌が原因だとする説が提出されていたが、炭疽菌単独で、あるいはペスト菌と炭疽菌が同時に襲ったという説も有力視されていた。2010年以降は埋葬遺骨のDNA解析によってペスト菌単独説に落ち着いている。

しかし文字資料や遺物に対する研究は継続され、黒死病の影響が明らかになってきている。例えば黒死病による死亡率の数値は従来はヨーロッパ全体で人口の3分の1とするのが定説となっていたが、現在は50%前後とする見解が支持されるようになってきている。3分の1という数値は、記録が残っている地域で人口の50%以上の死亡が記載され、記録がない地域ではそれほど死亡率が高くなかったという推測から算出されていたが、近年では都市・各地方の死亡・租税記録を用いた黒死病前後の人口変動の詳細な分析により、ヨーロッパの全人口8000万人のうち5000万人が死亡したという従来の倍近くの数字が出され、50%前後の死亡率と記載されることが多くなっている。

本稿冒頭で医師国家試験の問題を紹介したが、

ある医師国家試験解説本では「皮膚が黒くなる症状から「黒死病 (Black Death) と呼ばれた」という解説と「ペストの時のマスク (あの独特の形の) あったよねー」という受験者の声が記載されている。どちらも一般に広がっている黒死病の理解であるが、このような理解は歴史学の成果を正確に反映したものではない。

鳥のクチバシ型のマスクは14世紀の黒死病流行時の医師の装束として、その滑稽さから当時の病気理解の低さを嘲笑するかのように取り上げられることもある。しかし、中世の医師が装着していたという記録はなく、17世紀半ばに登場している。

「黒死病」という名称も14世紀の流行時に用いられていたものではない。16世紀以降に徐々に使用されるようになった名称であり、「黒」は患者の皮膚の色ではなく、「恐ろしい」「陰惨」などの比喩的な意味で用いられたと指摘されている。

COVID-19の流行により思いがけず感染症の歴史に対する関心が高まったが、過去の感染症に関する研究は現在も進行中であること、一般に広まっている黒死病の理解には疑わしいものがあるということにも注目してもらいたいと感じている。

参考文献

- Carmichael A. アテネの疫病. カイプル編. 疾患別医学史 I. 東京: 朝倉書店; 2005. p. 8-13
- スーザン・P・マターン. ガレノス: 西洋医学を支配したローマ帝国の医師. 東京: 白水社; 2017
- Eisenberg M, Mordechai L. The Justinianic Plague: an interdisciplinary review. *Byz. Mod. Grk. Stud.* 2019; 43(2): 156-180
- Campbell B. The Great Transition: Climate, Disease and Society in the Late-Medieval World. Cambridge: Cambridge University Press; 2016
- 石坂尚武. イタリアの黒死病関係史料集. 東京: 刀水書房; 2017
- ウィンストン・ブラック. 中世ヨーロッパ: ファクトとフィクション. 東京: 平凡社; 2021

民間医たちのつくりあげた種痘ネットワーク

松村 紀明

帝京平成大学ヒューマンケア学部看護学科／順天堂大学医学部医史学研究室

種痘＝天然痘という感染症に対する予防接種

かつて日本では疱瘡・痘瘡などと呼ばれていた天然痘は、天然痘ウイルスを病原体とする感染症の一種であり、全世界で猛威を振るっていた恐ろしい病気である。伝染力が非常に強く飛沫感染や接触感染により感染し、高熱などの初期症状のあと、全身に発疹が生じやがてそれらは化膿して膿疱となる。致死率は高く、既に8世紀頃には日本に侵入しその後何度も流行した。たとえ治癒しても膿疱の跡（癍痕・あばた）が残るのが特徴であり、幕末頃には日本人の実に1/3にあばたがあったといわれるほど、蔓延していた。藤原四兄弟、伊達政宗、豊臣秀頼、吉田松陰、孝明天皇、夏目漱石など、多くの著名人も罹患したと言われている。

天然痘に一度罹患して治ると二度とかかることはないことが経験的に分かっていたので、その起源は不明であるが、インド・中国・トルコなどでは、天然痘患者の痘漿や痘痂を健康な人に接種するなどが行われていた。これらは人痘種痘法と呼ばれる。さらに、1796年にエドワード・ジェンナーにより、牛痘の膿を接種するという牛痘種痘法が開発され、19世紀以降はそれによる天然痘制圧が進められてゆく。そして最終的には1980年5月、WHOにより根絶宣言がなされ、天然痘は人類がはじめて根絶した感染症となったのである。

すなわち、天然痘は我々の生活・生命を脅かしてきた感染症の代表であり、種痘という予防接種はそれを克服した近代的な医学・医療の象徴とも言える。それでは、我が国では天然痘はどのように克服されたのであろうか。

ふたつの種痘法の伝来

さきほど言及した人痘種痘法を日本で広めたのは秋月藩（福岡県）の緒方春朔（1748-1810年）で

ある。

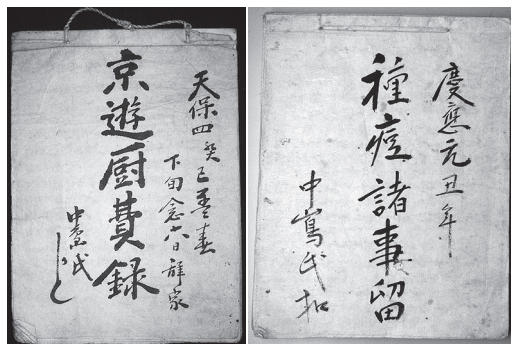
1789（寛政元）年から翌年にかけて秋月藩で天然痘が流行した際、春朔は人痘種痘法を行い後に『種痘必順弁』を著した。このときの春朔の種痘法はかさぶた（痘痂）を乾燥させたものを鼻のなかに吹き込む方法であり、清（中国）の医学書『御纂醫宗金鑑（医宗金鑑）』（1742（乾隆7）年）に基づいたものであった。『種痘必順弁』の巻末には28名の種痘医の名前が掲載されており、その分布は全国的であった。これをきっかけに各地の蘭方医が人痘種痘法を試みるようになった。

ヨーロッパでジェンナーにより牛痘種痘法が開発されるのは、この春朔の人痘種痘法の実施の後の、1796年である。牛痘種痘法の情報が伝えられたのは、ロシア・イギリス・清（中国）・オランダの4つの国経由であったが、大きな役割を担ったのはオランダと中国経由の情報であった。オランダ経由は蘭学のルートからであり、シーボルトなどが牛痘種痘法を実施したが、残念ながら善感せず失敗した。しかしながら、この新たな種痘法の情報も蘭方医たちによって広められた。また中国経由の情報は、たとえば中国の牛痘書『引痘略』（1831年）が小山肆成（1807-62年）の手で校刻され『引痘新法全書』として刊行されるなど、漢籍によって広められていった。

このふたつの種痘法のうち、牛痘種痘法は情報が伝わってから成功するには時間がかかった。何度も試みられ、それが成功し日本で広範に牛痘種痘法が行われるようになるのは、オランダ商館医オットー・モーニッケ（1814-87年）が1849（嘉永2）年に持ち込んだ痘苗まで待たなければならなかったのである。

牛痘苗という医療資源

人痘種痘法に比べ牛痘種痘法が成功するのにな



「京遊厨費録」
(在村医の京都遊学記録)

「種痘諸事留」
(在村医の種痘記録)

※いずれも中島医家資料館蔵

ぜ時間がかかったのであろうか。その理由のひとつは、接種を行う際に牛痘苗という特殊な医療資源が必要であった点であろう。

人痘種痘法の場合、患者からいつ痘痂を採取しそれをどのように加工・保存するのかなどの技術的問題はあったが、それらの採取は国内に多数存在する天然痘患者から可能なものであり、確保は容易であった。

それに対し、ジェンナーによって開発された牛痘種痘法の場合、牛痘にかかった牛から採取した牛痘苗が必要であった。厳密には、牛痘種痘法に用いられてきた「牛痘苗」は、牛痘の病原体の牛痘ウイルスではなく、馬痘ウイルスもしくはその近縁種のワクチニアウイルスであることが近年の研究によって明らかにされている。いずれにせよ、日本国内で牛痘種痘法を実施する際に用いる牛痘苗あるいはその代用品の発見・作成は、何人もの医師により試みられたが成功せず、輸入を待たなければならなかった。

牛痘苗という医療資源が特殊であった点は、それだけではない。この時代の牛痘苗がどのように受け継がれていたのかとすると、牛痘種痘を施したひとの腕に生じた痘疱（発疹）から、痘漿（膿汁）や痘痂（かさぶた）をとり、これを痘苗として直ちに別のひとに接種したり、あるいは一旦保管・輸送したのち別のひとに接種したりしていた。いずれの場合でも、時間の経過やひとからひとへと植継がれる間に、その効力が弱まったり失

われたりすることがしばしばあり、この頃の痘苗は常に劣化・枯渇の危険にさらされていたのである。実際、明治時代に入ってからでも、牛痘苗は何度も再輸入されている。また先に「シーボルトなどが牛痘種痘法を実施したが、残念ながら善感せず失敗した」と書いたが、これは輸入した痘苗の効力が失われていたと考えられている。

民間医師たちによる

医学知識・医療資源の流通ネットワーク

1849（嘉永2）年、輸入牛痘苗による牛痘種痘がようやく成功した。情報が入ってきてから実際に成功するまで何十年もかかったのとは対照的に、日本国内では短期間のうちに全国へと広まっていった。長崎・佐賀を起点として、輸入された牛痘苗は植継がれながら、半年ほどの間に京都・大坂、江戸、福井へと伝えられ、さらにそこから各地へと伝播していった。前述のように、牛痘苗という特殊な医療資源が必要であったにも関わらず、である。

それをなした主役は、公儀（藩・幕府）というよりもそれぞれの地域に住まう民間の医師（町医や在村医）であった。先ほど、牛痘苗の人から人への植継ぎに言及したが、一人の患者から取れる痘苗の量も限られこの時代には大量生産ができなかった。そのため、牛痘苗の接種だけでなくその確保・維持についてもそれぞれの地域の町医や在村医にその多くを依らざるを得なかったという訳である。

江戸中期以降、医師が職業として成立するようになり、民間の医師が各地で増加していったが、彼らはそれぞれの地域で孤立し活動していた訳ではない。そのなかのかなりの数が江戸・京都・大坂・長崎などへの遊学を行った。そしてある医師が遊学をする際、特定のひとりの医師のみに入門したわけではなかった。複数の都市・複数の医師への遊学・入門も決して珍しいものではなく、漢方と蘭方を同時に学ぶ漢蘭折中など、流派を越えた入門も普通に行われていた。さらに、遊学後に帰郷した医師は、同じ藩内の他の医師にその医術知識を伝えていった。このようにして、江戸期の

各地の医師たちはそれぞれの学統別のピラミッドというよりも、全国的なネットワークを形成していった。

地方分権的な江戸時代の徳川幕藩体制下において、全国をカバーする公衆衛生・医療施策はほぼ皆無であったが、既に形成されていたこの全国的な民間の医師のネットワークが、牛痘種痘法・牛痘苗の維持・実施・拡散に大きな役割を果たしたのである。

明治初期の種痘システム

維新を迎えると、未だ流行が続く天然痘に対して明治新政府は真っ先に新たな施策を打ち出していく。種痘に関する法令としては、1870(明治3)年の「大学東校種痘館規則」、1871(明治4)年の「東校中ニ種痘局ヲ設ケ規則ヲ定ム」、1874(明治7)年の「種痘規則」、1876(明治9)年の「種痘医規則」、1885(明治18)年の「種痘規則」などが挙げられる。

これらは、はじめて近代的な公衆衛生・医療施策を体系的に示した「医制」(1874(明治7)年)、医師の免許や資格試験を定めた「医師試験規則」(1879(明治12)年)や「医師免許規則」・「医術開業試験規則」(1883(明治16)年)に先んずるものであった。

しかしながら、少なくとも明治10年代前半までは前述の民間の医師のネットワークが大きな役割を果たしていたことが分かっている。たとえば、明治3年の「大学東校種痘館規則」では、種痘の資格と施術場所を厳格に定めて公的に管理する方針が示されているのに対し、明治4年の「東校中ニ種痘局ヲ設ケ規則ヲ定ム」と明治7年の「種痘規則」では、資格は他の種痘医に個人的に入門しての技術習得も可とし、種痘の実施も医師の自宅で行うことを認めるという方針転換をしている。実際、いくつかの地域医療側の記録史料からもそのことが裏付けられており、たとえば東京では「種痘積善社」・岡山では「種痘勸善社」といった民間の種痘医の結社が、転換後の政府の方針に則り種痘活動を行っていたことが判明している。なぜ、このような時代に逆行するかのような方針転

換が行われたのであろうか。

その謎を解く鍵は、先ほど言及した牛痘苗という医療資源の特殊性にある。

江戸時代から用いられていたひとの腕から腕へと植継ぐやり方では、絶えず未種痘児を確保せねばならないことや痘苗の大量生産ができず多くの者に効率よく種痘できないこと、さらには植継ぎを続けると効力が減衰するという問題点があった。それに対応するために、1874(明治7)年6月には東京に牛痘種継所が設立され、全国への牛痘苗の配布が行われるようになる。この牛痘種継所では、牛に植え戻してから痘苗を製造し(再帰牛痘苗)、それまでの牛痘苗の伝達・維持・拡散に対する不安・問題の解消を目指したのである。

しかし、痘苗に関する問題はこの牛痘種継所によって一気に解消はしなかった。再帰牛痘苗はそれまで用いられていた痘苗に比べて効力が弱く(厳密には施術の問題であることが後に判明する)また保存性が低いこと、加えて生産量が十分ではなかったことなどがあり、結局はそれぞれの地域で一旦それをひとに植え戻してから種痘せざるを得なかった。そして、従来の一とからひとへ植継ぐ人伝牛痘苗が全廃されるのは、痘苗の生産能力や施術方法の改善が達成された1892(明治25)年まで待たねばならなかった。

つまり、種痘に必要な十分な痘苗を製造しそれを配布し施術するには、明治初期の時点ではまだまだ民間の医師の力が必要不可欠であり、そのことに気付いた新政府が先ほどの「時代に逆行するかのような方針転換」を行ったというわけである。

実際、明治7年の「種痘規則」と明治9年の「種痘医規則」において、種痘医の責務について前者では「種痘医タル者ハ其術ノ普及ヲ主トシ且務メテ新鮮有力ノ痘苗ヲ得ンコトヲ要スヘシ」、後者では「種痘医タル者ハ其術ノ普及ヲ主トシ且務メテ新鮮有力ノ痘苗ヲ撰フヘシ」と書かれている。すなわち、国ではなく種痘医の責務として、その技術の普及と痘苗の確保・選定が謳われているのである。このような条文が消えるのは、明治18年の種痘規則であった。

種痘においては再帰牛痘苗という新しい技術の

成熟と法整備の両方が揃ってはじめて、明治中期以降の国が主導する近代的なシステムの移行が可能となったのである。

結 語

以上、日本における人痘・牛痘種痘法という予防接種の導入過程について概観した。そこから見えてくることは、医療が様々な要素や段階によって成立しているということである。

たとえば、医療行為を行う際には多くの場合何らかの医療資源が必要となるが、種痘においてはそれは痘苗でありそれをどのように入手・製造・維持するのかという問題があった。

また、医療は各地に住まう民衆を対象としそれぞれの地域の医師がそれを行うものである。それぞれの地域にどのように医療資源を届けまた医療を行うのか、という問題がある。江戸時代においてそれを可能にしたのは、各地に住まう町医・在村医の存在と彼らによる全国的なネットワークであった。

また、これらの自然発生的な近世的医療体制をどのように近代化するのかという問題があった。日本においては、地方分権的な江戸時代には一部の藩レベルを除き全国的な公衆衛生・医療施策が皆無であった。それ故にどうしても明治維新に始まる近代的・中央集権的な医療関連の施策に目が行きがちである。しかしながら、たとえば種痘に

おいては、それを管理する法整備だけではなく、それに見合う牛痘苗製造の態勢が揃ってはじめて近代化が可能になったのである。

もちろん他にも、前述以外の技術革新（種痘針・接種方法などの改良）の問題、民衆による種痘の受容の問題、副作用の問題など、いくつかのクリアすべき問題があったことは言うまでもない。

このように、医療はその性格上、科学技術の他の諸分野と比べ、関係するいくつかの要素や社会環境にも大きく左右される。その進歩は、たとえば種痘であれば、人痘種痘法から牛痘種痘法へ、人伝牛痘苗から再帰牛痘苗へという技術の進歩・革新によってのみ成立しうるものではないし、また逆に明治7年の医制に代表される近代的な医事法制が成立しさえすれば、あとは自動的に進んでゆく、というものでもないのである。

参考文献

- 青木歳幸・大島明秀・W・ミヒェル編. 天然痘との闘い 九州の種痘. 岩田書院；2018
- 海原亮. 江戸時代の医師修業. 吉川弘文館；2014
- 加藤四郎編. 小児を救った種痘学入門. 創元社；2016
- 厚生省医務局. 医制百年史. ぎょうせい；1976
- 添川正夫. 日本痘苗史序説. 近代出版；1987
- 中島文書研究会編. 備前岡山の在村医 中島家の歴史. 思文閣出版；2015
- 松村紀明. 明治種痘の研究—補完する種痘積善社と対立する種痘勸善社—. 日本医史学雑誌 2021；67(1): 3-15

わが国におけるインフルエンザ流行に関する認識と “スペインかぜ” 流行に対する衛生行政の対応

逢見 憲一

国立保健医療科学院生涯健康研究部

はじめに

2020（令和2）年、新型コロナウイルス（COVID-19）が世界的に流行した。この流行にも関連し、100年前の世界的流行である“スペインかぜ”流行と

衛生行政の関わりから、現代への知見を得ることができるものと期待される。そこで、本稿では、わが国における“スペインかぜ”を含むインフルエンザ流行の歴史を追い、わが国におけるインフルエンザ流行に関する認識を検討した上で、“スベ

インカゼ”流行へのわが国の行政、専門家、住民の認識とわが国の衛生行政の問題点を検討した。

わが国におけるインフルエンザ流行の歴史と インフルエンザに関する認識

富士川游は日本における医学史・疾病史の泰斗であり、膨大な文献をもとに古代から近代にいたるわが国の疾病の歴史を「日本疾病史」に著している(富士川 1912)。富士川(1912)の記述する件数を数えてみると、ヨーロッパでは文献によって確認されるインフルエンザ流行の記載が1600年から1649年の50年間に3件であったものが、その後増加し、1800年から1849年の50年間に32件、年あたり0.64件となっていた。1850年から日本で明治時代が始まる1868年までの19年間には5件であり、年あたりでは0.26件とその頻度は半分以下になっていた。一方、日本ではインフルエンザと考えられる流行の記載が1600年から1649年の50年間には1件であり、その後も件数は微増するに留まり、19世紀に至っても1800年から1849年の50年間でも8件、年あたり0.16件に留まっていた。ところが、いわゆる鎖国の時代が終わり日本で明治時代が始まる1850年から1868年までの19年間には、インフルエンザの記載はヨーロッパと同じ5件、年あたりでは0.26件とその頻度はヨーロッパとは反対に増大していた(図1)。

もちろん、これらは文献によって確認される、インフルエンザと推測される記述の件数であり、文献の量と質に左右される。しかし、ヨーロッパ

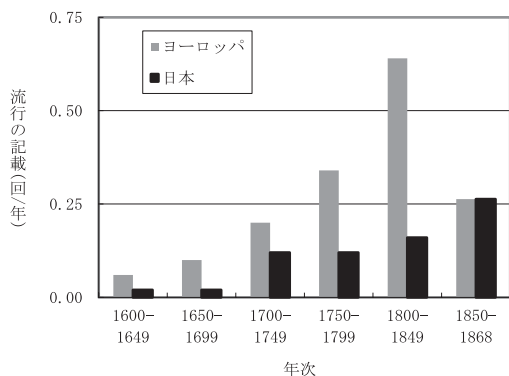


図1 文献によって確認されるインフルエンザ流行の記載
出典：富士川(1912)

で19世紀後半に文献の量が減少するかあるいは質が低下することなどは考えにくく、ヨーロッパにおいては、19世紀前半が、コレラと同じく、世界的流行(パンデミック)のピークであったと考えられる。一方で、日本においては、特に18世紀以降の江戸社会においては識字率も高く日記などの文献が豊富に残されていることを考えると、1700年以降の時期にインフルエンザの記載が不当に少なかったとは考えにくい。日本には持ち込まれなかったインフルエンザの流行が、開国と明治維新により、流入するようになったと考えても良いように思われる。

さて、日本において「インフルエンザ」を意味する「流行性感冒」の言葉は、1889-91年の世界的流行(パンデミック)の際に造語されたもので、それ以前は、単に「かぜ(風, 風邪)」と呼ばれていた。ただ、大きな流行があった場合には、その時に流行していた芝居、風俗、髪型、相撲取り、あるいは原因と考えられた神仏の祟りや流行源と考えられた地域の名などから取った名前がつけられていた。しかし、1831-32年の流行は「琉球風」、1854年の流行は「アメリカ風」と名前づけられており、漠然とではあるが、それぞれ沖縄、アメリカからの外国人の来訪と結びつけて考えられていたのではないかと考えられる(表1)。

さて、1889-91年にロシアで始まり、わが国に1890(明治23)年春にもたらされたインフルエン

表1 わが国におけるインフルエンザ流行と名前(1700年以降)

	呼称
1769(明和6)	稲葉風
1776(安永5)	お駒風
1784(天明4)	谷風
1795(寛政7)	御猪狩風
1802(享和2)	アンボン風, お七風, 薩摩風
1808(文化5)	ネンコロ風
1821(文政4)	ダンボウ風
1827(文政10)	津軽風
1831(天保2), 1832(天保3)	琉球風
1854(安政元)	アメリカ風
1890(明治23)	お染風
1918(大正9)	(小姓風)

出典：逢見(2009), 富士川(1912)



図2 はやり風用心 1890 (明治23)年
出典：内藤記念くすり博物館 (2001)

ザの流行は、その強力な感染力から“お染風”の別名を持ち恐れられた。お染とは、当時流行していた不義の恋を描いた芝居のヒロインである。当時その恋の相手であった丁稚久松が留守である、という張札を家の門前に貼って疫病除けとすることが流行した (図2)。

また、“スペインかぜ”流行時にも、「この頃(ごろ)至る所の軒並みに変な貼札(はりふだ)を発見する。最も種類の多いのは『お七留守』というので、そのよって来たる所は、今度の感冒を『小姓風』と命名して、その相手のお七を持ち出したもの」という「大阪毎日新聞」の記事があった(毎日新聞 2009)。

“スペインかぜ”流行に関する わが国の行政、専門家の認識

速水融は、2006年の著書、『日本を襲ったスペイン・インフルエンザ』で、与謝野晶子が“スペインかぜ”流行初期の1918(大正7)年11月10日の横浜防疫新報に寄せた「感冒の床から」と題した文章を挙げている(速水 2006)。速水によれば、与謝野は、「その伝染性の強さから説き起こし、自分の一人の子供が小学校で感染したら家族全員に伝染したことを述べ、ついで、日本の対応の遅さに怒りをぶつけている。政府はなぜ早くから、伝

染防止のため、『大呉服店、学校、興行物、大工場、大観覧会等、多くの人間の密集する場所の一時的休業を命じなかったのでせうか』。一方では、警視庁の衛生係ではなるべく人ごみに出るなど警告していることを挙げている。このような政府における意志の不統一は多くの国民を危険にさらしているのだ、と気焰をあげている。彼女が我慢ならなかったのは、『日本人に共通した目前主義や便宜主義の性癖』であった」という(速水 2006)。

このような意見に対し、わが国の行政における認識はどうだったのであろうか？ 与謝野の文章の翌年、“スペインかぜ”の前流行の渦中であった1919(大正8)年の年頭の大日本私立衛生会雑誌1919(大正8)年2月号に掲載された「感冒問答」で、当時の内務省衛生局長杉山四五郎は、国会における質問に答え、「政府は各地方長官に對し豫防の方法を訓示せり要は各自の豫防自覚を促すにあり」「豫防に就ては、病の性質上、個人間の警戒注意最も肝要」と述べ、予防法の訓示と住民各自の予防自覚を強調していた(感冒問答. 大日本私立衛生会雑誌 1919)。また、「或は集會を禁止せんとも考へたるも之をなすためには電車をも禁ざるべからざるものにして實行し難し」と述べ、上述の与謝野晶子の述べた集會の禁止は、検討はしたものの、電車を禁止しなればならないので

実行しがたい、と述べていた(感冒問答. 大日本私立衛生会雑誌 1919).

また、同じ記事で、衛生局長杉山四五郎は、「今回の感冒には飲酒家多く之に與らざるが如し是れ大岡議長も云はれ杉山衛生局長も亦同様の辭を洩らされしが飲酒に依りて感冒の感染を避け得べしとせば是れ豈に便法に非ずや敢て感冒と飲酒の關係を問ふ」と、杉山衛生局長自身が、飲酒家は“スペインかぜ”に罹患しない、との俗言を漏らしていたことが指摘されていた。

一方で、同じ大日本私立衛生会雑誌1919(大正8)年2月号で、専門家である東京市衛生連合会は、「國民(市民)の大危難を目視しながら官民共に極めて靜肅手を束ねて自然の消長に一任するが如きの状あるは誠に遺憾の極みに有之」と官民ともに手を拱いている状況を憂い、「最近に至り當局は僅に一片の注意書を發したりと雖這般猛惡無比の傳染病に對しては宛も大火に灌く一滴の水にも似て斯る緩和の方法を以て果して所期の効果を收め得べきや覺覚なく候」と、衛生当局が一片の注意書きを發したに過ぎないこと、そのような微温的な方法では効果が覺束ないことに警鐘を鳴らし、内務大臣に「閣下速に大英斷を行ひ完全有力なる豫防法を實行せられ」ることを建議していた(市衛生聯合會建議. 大日本私立衛生会雑誌1919).

なお、上記の衛生局長杉山四五郎は、同じ大日本私立衛生会雑誌1919(大正8)年2月号から5月号にわたって、「衛生の本義」と題した文章を掲載しているが、そこでは、「緒言」「第一章 衛生とは何ぞや」「第二章 個人衛生」「第三章 民族衛生」「第四章 食糧問題」「第五章 國民疾病保險問題」において、「スペインかぜ」流行についての論及はなく、「第六章 國際衛生」において、「今回の流行性感冒の如きは、世界を風靡した最も手近かな例である。自分の國に是が流行れば、それが他の國にも傳はるのであるから、之を防遏しなければならぬ」と、國際衛生の観点で、論及していたに過ぎなかった(杉山四五郎. 大日本私立衛生会雑誌 1919).

また、衛生局長杉山四五郎の後任の潮恵之輔

は、大日本私立衛生会雑誌1919(大正8)年6月号に掲載された、新任「所感」において、“スペインかぜ”流行についての直接の論及はほとんどなく、「近頃或る地方の人が見えたときの話に極く東京に近い所で流行性感冒が流行つたときに村の者が鐵砲を打出して空砲を天に向つて打つたといふことで、風の神を拂ふには之に限るといふことであつたといふことであります」「世間一般の醫事衛生といふことに關する思想は進みながらも非常の幼稚な所があるのではないかと思ひます」と、迷信深く愚かな民衆の例示に用いられていた。その上で、「併し私が斯う申すからと言つて政府の者が何もせず居つて國民の衛生思想が普及せぬ徹底せぬというて如何にも國民に責任を負はせるやうに聞かれては私の趣旨と違ひます、國民が假りに幼稚であるならばそれだけ其局に當るものが一層力を用ひなければなりませぬ」と、國民が幼稚であることを前提に、國民に責任を負わせる行政の姿勢を否認していた(潮恵之輔. 大日本私立衛生会雑誌 1919).

一方、当時は、インフルエンザを「かぜ」として軽く考える見方があったことに対して、高野六郎(1912)は、一般向けの著書「悪性感冒」の中で、流行性感冒は「かぜ」ではなく、より悪性の傳染病であると述べている。そこでは、「流行性感冒」の訳語について、「インフルエンザの特性の一部だけを字面に顯はしたので却て窮屈である」とし、「インフルエンザは世界的流行を來し、且多數の死亡者を作る所からいへば悪性感冒の方が寧ろ當っている。」と述べて、かえて「悪性感冒」の語の方が当たっているとまで述べている。

“スペインかぜ”流行に対しての わが国衛生行政の問題点

逢見(2021)は、日本医史学会2020(令和2)年11月例会で、スペインかぜ当時のわが国衛生行政の問題点の生まれた背景として、(1)「明治19年の頓挫」により、地方の衛生行政は警察の所管となつて取締行政の性格が強くなり、住民との乖離が大きくなっていたこと、(2)大正3(1914)年の「傳染病研究所移管事件」によって、感染症研究の

世界情勢に通じた北里柴三郎一門が、内務省所管の伝染病研究所から一斉に下野してしまっていたこと、などが考えられることを述べた。また、当時の伝染病予防法は、コレラ対策を基準としており、感染源の特定や感染経路の追跡、感染者の隔離といった、現代でいう“ハイリスク・アプローチ”が有効であることを前提としていたのに対して、スペインかぜはそれらの対策が無効で、人々の理解と行動という“ポピュレーション・アプローチ”が必要であったのに、当時の内務省衛生局は、それに適応できなかったのではなかろうか、と述べた（逢見 2021）。

本稿では、さらに、その背景として、わが国におけるインフルエンザ流行に関する認識を検討した。わが国では、江戸時代を通じて、インフルエンザと考えられる流行の記載数が、ヨーロッパと比較して少なかったと考えられること、また、通常の“風邪”とインフルエンザを区別せず、流行があった際に「～風」というよう呼び名をつけたように、通常の“風邪”と区別しない認識であった。また、この「～風」の呼び名は、1889-91年の旧“ロシアかぜ”の際にも流行し、1918-20年の“スペインかぜ”の際にも、少なくとも一部の地域には存在していた。

一方で、北里柴三郎の高弟で、専門家である高野六郎は、流行性感冒は「かぜ」ではなく、より悪性の伝染病であることを強調しており、また、専門家の団体である大日本私立衛生会『予防注意書』でも、同様に「たゞの『かぜ』ではありません、怖ろしい傳染病です。」ということ強く訴えていた。また、やはり専門家団体の東京市衛生連合会も、官民が「國民（市民）の大危難を目視しながら」「極めて静肅手を束ねて自然の消長に一任する」状況を慨嘆し、内務大臣に「大英斷」を行うよう建議していた。

しかし、非専門家である当時の内務省衛生局長の杉山四五郎あるいはその後任の潮恵之輔の言動

は、“スペインかぜ”流行の最中にあっても、当事者意識の乏しいものであった。

今回論じた、“スペインかぜ”流行に対してのわが国衛生行政の問題点としては、逢見（2021）が論じた、公衆衛生の専門家が衛生行政に対するヘゲモニーを失っていたことに加え、衛生行政のヘゲモニーを握っていた衛生局長を始めとする非専門家の衛生行政担当者の認識が、江戸時代以来のわが国に一般的であった、インフルエンザと通常の“風邪”と区別しないものであったことが挙げられよう。

現代へ活かされるべき知見としては、逢見（2021）が論じたことではあり、また、反面教師的ではあるが、古今東西を問わず、公衆衛生の基本中の基本である、

(1) 行政、専門家と住民との信頼関係の維持、と、

(2) 公正で科学的な情報の速やかな共有、が、なにより重要であることを、“スペインかぜ”流行と衛生行政の関わりは示しているものと考えらる。

参考文献

- 富士川游. 日本疾病史（東洋文庫133）. 東京：平凡社；1969（初版は明治45（1912）年）
- 高野六郎. 悪性感冒. 東京：三省堂；1921 p.1-11
- 速水融. 日本を襲ったスペイン・インフルエンザ. 藤原書店；2006. p.335
- 感冒問答. 大日本私立衛生会雑誌. 1919；37(2): 106-107
- 市衛生聯合會建議. 大日本私立衛生会雑誌. 1919；37(2): 96-97
- 杉山四五郎. 衛生の本義. 1919；37(2): 123-37(5): 249
- 潮恵之輔. 所感. 大日本私立衛生会雑誌. 1919；37(6): 340-342
- 逢見憲一. スペインかぜ流行とわが国の衛生行政—内務省衛生局『流行性感冒予防心得』と大日本私立衛生会『予防注意書』の比較を中心に—. 日本医史学雑誌 2021；67(1): 113-114
- 毎日新聞. 2009年5月19日 東京朝刊 1面

近現代の感染症・予防と治療の史的概観

渡部 幹夫

順天堂大学

中国武漢発とされる COVID-19 のパンデミックは WHO の宣言後 1 年を経過した。2021 年 5 月 28 日 ジョンス・ホプキンス大学公衆衛生大学院の時々刻々改訂されている HP (<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>) (COVID-19 ダッシュボード) では世界の感染者 168,970,971 人 死者 3,511,375 人と表示されており、単純な計算で致死率を計算すると 2.0% となる。世界に冠する CDC を擁するアメリカ合衆国が感染者 33,218,042 人 死者 593,288 人 致死率 1.8% となる。Brexit を経た英国は感染者 4,489,552 人 死者 128,020 人 致死率 2.9% であり、EU の各国はそれぞれの国による都市封鎖を繰り返しながら必死に感染拡大を防ごうとしてきた。しかし、フランス 感染者 5,697,076 人 死者 109,327 人 致死率 1.9% ドイツ 感染者 3,674,013 人 死者 88,192 人 致死率 2.4% イタリア 4,205,970 人 死者 125,793 人 致死率 3.0% とヨーロッパは 2 年前の平和には程遠い状況であり、EU の結束の強さは見ることができない。国内での感染爆発を抑え込んでいる少ない国家もあるが、世界のグローバル経済が物流・人的交流を含めて以前のように戻ることを期待すると、全く不透明といわざるを得ない。ちなみにこのパンデミックの初発となった中国での感染者 102,932 人 死亡者 4,846 人 致死率 4.7% となっている。

日本では感染爆発の 4 つの波を 3 度の緊急事態宣言を発して人的活動の制限を行って抑えることを試みてきたが、感染者は 735,302 人 死者 12,691 人 致死率 1.7% となる。

一方で、日本では 2020 年 2 月 1 日より指定感染症 2 類相当として届出対象疾患となった、新型コロナウイルス感染症 (疑い含む) の感染症発生動向調査の公表値では 2020 年第 53 週までが 35,385 人、2021 年第 11 週 (3 月 15 日から 3 月 21 日まで) の累計は 279 であり昨年と合わせて 35,664 人であ

る。その後、日本での感染症動向調査の公表からは外れている。各国の人口規模による蔓延度の判断や統計上の問題は本稿ではさけておく。

第二次世界大戦後の地球上のヒトは、冷戦下の平和とそれに続くデタント、その後の宗教や民族の問題からのテロリズムと局地的な対立・戦争はあるものの、人的・物的なグローバル化の進行はとどまるどころを知らないように見られた。その中でエボラ出血熱の出現や HIV 感染症の問題はあったものの人口の爆発的增加を可能とするような世界であった。今回の新興コロナウイルスのパンデミックに先立ち、新興感染症の脅威を警告する発言は、間断なくされてきた。コロナウイルスは 2002 年 SARS、2012 年 MARS として世界的に感染者の発生をきたしたが日本を含まない一部の国にとどまった。むしろそれ以前から注意されていたインフルエンザが 2009 年世界的流行をきたしたが恐れられていた高い致死率をみるものではなかった。SARS や MARS の流行が世界の一部にとどまったことの体験が、コロナウイルスに対する初期の対応に世界が失敗した理由とも思われるが、真実はそれほど簡単ではないと考えられる。後日の医学史にどのような記録が残るのか、この時代を経験しているものの考えを残しておきたい。

疫病 (はやり病) の流行には、それぞれの国、地域による社会としての理解と不理解が存在してきた。そして世界中で流行を繰り返してきた天然痘に対して牛痘種痘による予防が可能であることを初めて報告した Edward Jenner の著書は “An Inquiry into The Causes and Effects of The Variolae Vaccinae, A Disease Discovered in Some of the Western Counties of England, Particularly Gloucestershire, and Known by The Name of The Cow Pox” とあり、英国の片田舎の Barkley にて地方の地域医療の中から発展した Jenner の牛痘種痘は英国、ヨーロッ

パ大陸から世界中に広がった。当初、英国王立協会に受け入れられなかったため上記の書物は1798年ロンドンで自費出版されたものであり、英国ではその後も支持派と反支持派があり、Anti-Vaccination League が結成されたりして、ナポレオン戦争下の大陸の方でむしろ速やかにこの方法を取り入れたという歴史もある。Jenner の発想が、乳しぼりの娘たちが牛痘を軽く患い、その後の天然痘の流行時にも罹患することなく過ぎるという地域の言い伝えに基づくことはよく知られたことであるが、本人はすでに英国に移入されていた人痘接種を幼少期に受けていたようである。免疫概念の科学的始まりと考えてよいだろう。日本でもようやく1849年に牛痘痲疫の輸入による接種に成功しそれから植えつなぐことにより牛痘種痘が広がり、その後の日本の近代化、西洋医学優位の医学教育導入につながる事となった。

しかし予防接種という医療手段は、その後には体系的なものとしては100年の時を経て、1870年代にLouis Pasteur の発想で広く広がることになるまで種痘をのぞいてなかった。元来Pasteurは醗酵学を研究していた化学者であることはよく知られている。蚕の病気の原因が微生物によるものとして、強い病気を起こすものから弱い病気を起こすものを作り出しそれにより弱い病気にかからせて強い病気を予防するという考え方で、1877年にニワトリコレラ、1881年炭疽病、1886年狂犬病に対する免疫を付けることに成功し、それらにVaccineという言葉を与えることによりJennerの牛痘種痘発明に始まるとした。この方法はその後多くの感染性疾患に試みられるようになり免疫学の成立を見た。

この時代、微生物・細菌が顕微鏡により見えることとなってきたが、ウイルスが見えたわけではなく、現象としての予防接種の効果が先にあった。

顕微鏡という光学機械の発展による微生物学・そして培養という細菌学の進歩を待って、医学の大きな部分を占める感染症が感染（伝染）する病として定義されたのはRobert Kochにより提唱された4原則を否定することができない時から始まったと考える。念のために簡潔に述べると

- 1) 疾病の原因となると考えられる微生物が病巣から証明されること。
- 2) この微生物が分離できること。その微生物がその病巣に独占的に存在すること。
- 3) 分離培養した微生物の接種により感受性のある動物に病変を発生すること。
- 4) その病巣から同じ微生物を証明できること。

このコッホの4原則により結核菌感染が結核症の原因と発表された1882年以降大きな医学における位置を細菌学が占めてきた。細菌学が進むとともに、感染の履歴が罹患後の者の血清に抗体として残っていることがわかり、これをPasteurの免疫の考え方と共有するものとして血清学が発展した。細菌感染による毒素による症状の発現と考えられる疾患に対して、1890年のBehringのジフテリア毒素の接種による抗毒素の発現の発見、Behringと北里柴三郎の破傷風抗毒素の発見以降、その抗毒素療法が始まり、そのほかの感染症に対しても予防接種だけでなく抗体を含む血清による血清療法が始まり、化学療法や抗生物質のない時代の感染症治療の主体であった。現在の日本の医療現場では抗血清として商品が残るものはハブとマムシの咬傷による中毒に対するものだけであるようだが、抗生物質のない時代の医療としての抗血清に頼ることは非常に多かったと考えられる。著者は以前米国議会図書館において旧日本陸軍の軍医手帳を見て、帯行薬品として多数の種類の抗血清があったことに驚愕したことがある。

一方細菌学の研究者Alexander Flemingの細菌培養の研究からブドウ球菌の培地に偶然生えたカビがブドウ球菌のコロニーを溶解することが発見された。すなわちペニシリンの発見は1928年であるが、その抗生物質の医療への広い提供は第二次世界大戦の時代以降となる。細菌に対する効果はその後の新しい抗生物質の発見・合成も進み人類は細菌感染症に対する大きな武器を持つことができたこととなった。

感染症の病原因子をすべてウイルスvirusと称した時代もあったようであるが、ラテン語の毒液Venomに由来するという。光学顕微鏡の発展により多くの細菌をはじめとする病原体が見えるよう

になってきた中でも見えない病原体は濾過性病原体・超顕微鏡の病原体・不可視性病原体などと呼ばれていた。植物ウイルス・動物ウイルスの存在がみとめられるようになったのが1892年のタバコモザイク病ウイルスの証明以降のことであり、RNA結晶体としての分離が1935年にされ、電子顕微鏡によるタバコモザイクウイルスの可視化がHelmut Ruskaにより1940年に報告されて以降にウイルス学の新たな進歩が始まった。

一方生物学の基本は1953年のWatsonとCrickのX線解析により遺伝子がDNAの2重らせん構造よりなることの発見から全く別な次元を呈して行くこととなった。

分子生物学に連なる遺伝学、免疫学、薬学を含めて臨床医学にも今までの多くの知見の確認と疑問が起こる時代が到来した。そしてコンピューター技術の進歩が遺伝子工学として多くの成果を上げてきたことは否定できない。

ウイルス学の研究は血清学という古い方法から始まる感染の履歴として持つ免疫にかかわる抗体を調べることに始まる学問体系であるが、遺伝子解析の急速な進展と分子生物学の補完により、歴史的に蓄積された知識の検証が進むこととなった。近代医学の成果であったワクチンも抗生物質も遺伝子情報を抜きには語れない時代となっている。

1980年には世界から天然痘は根絶されたことがWHOにより宣言されたが、世界的に根絶された感染症は稀有なものである。牛痘をもちいて始まった種痘の前身には人痘接種の東洋医学の歴史があり、根絶の時にもちいられていたワクチンはVaccinia Virusであり牛痘のウイルスでないことなどなぞは以前のウイルス学でも指摘されていたが、遺伝子解析によってもいまだなぞは多い。

加えて1983年にKary Mullisにより開発されたDNAの複製反応PCR (polymerase chain reaction)によりDNAの痕跡の存在を確認することができるようになった。PCRはRNAの確認にも使えるようになり細菌学、ウイルス学の分子生物学と臨床医学現場での共同的な道具となっている。生物学は遺伝子の塩基配列やその発現を議論するとこ

ろとなり、感染症の診断にもPCRという遺伝子の一部の存在を確認することでなされる時代となり、古典的な感染症学とは全く異なるものとなっている。元来は見えない病原体であったウイルスによる感染症学は、ふるくから知られていたはやり病の病原体だけでなく、B型肝炎、C型肝炎、そしてHIV感染症を含めて、ウイルスによる疾病がある程度コントロールしうる医学的基盤を持つようになった。

元来、感染症の成立には次の3つがそろえることが必要とされ、医学医療分野における教育、臨床、研究では同意が得られてきた。

- 1) 病原体
- 2) 媒介するもの
- 3) 感受性のあるヒト

このトライアングルを断つことが感染症の成立を防ぐことになるわけである。

結核菌を発見したKochが世界的に猖獗を極めていた結核の治療に有効であろうとしたツベルクリンは臨床的には有効なものとはならなかった。結核の高度の蔓延を日本より早く経験した欧米の先進工業国では結核の蔓延を、主に患者をサナトリウムや療養所へ隔離することで、日本より早く患者の減少に成功している。有効な治療手段を持たなかった結核症に対して、第二次世界大戦後までの日本は慢性感染症としての結核症が猖獗を極めた。欧米の先進諸国が第一次世界大戦期のインフルエンザの流行を経て結核死亡率の低下を見たことと大きく異なり、日本は国を挙げての結核発症の予防に取り組んだことで敗戦後、占領期を経ての結核発症低下の経験を持つことができたと考えられる。弱毒菌であるBCGがひろく結核の予防ワクチンとして世界で使われるようになって現在に至るが、日本におけるBCGの導入には第二次世界大戦に向かう1937年日本学術振興会第八部会第八小委員会(結核予防)が設置され、軍部の研究とともに長年の研究の蓄積がされていた。

2020年12月の本学会学術総会にて示したスライドの一葉にて、なぜ日本が戦間期に結核予防接種としてのBCGに多くの資源をさき研究をせねばならなかったかを示した。100年前の統計にお

いても歴史的資料としては意味があると考えてその図を示しておきたい。

1944年の Waksman のストレプトマイシンの発見による結核菌に対する有効な抗生物質の発見以降に人類は治療手段を持ったように考える。

しかし、感染症学の大きな進歩をすすめることができた結核菌の発見から140年を経過して治療手段も手にしている人類であるが、肺結核症はいまだ地球上では年間約1000万人を超える発病があり約160万人の死亡がある。日本の感染症発生病動向調査の2020年の届け出も17,108人にのぼる。世界的な結核症の制圧はまだ道が遠そうである。

幸い現在の日本の COVID-19 による人的被害は世界の諸国に比べると、経済的なことを別にとすると少ないと考えられる。しかしワクチン接種による感染予防や発病防止が世界的には黎明をわずかに見せているものの、国内にワクチンが供給できない国を含めて、世界がいわゆるコロナウイルス感染症の時代にどのようなようになってゆくのか全く予測ができないと考えるのが賢明であろう。グローバル化した世界において明らかな感染蔓延の違いがあることの意味は大きい。

感染症の大流行は人類の歴史の中で珍しいこと

ではなかった。ただし今回の COVID-19 のパンデミックにおいて日々の世界の情勢・情報を知ることができるようなことは、以前の医学の世界でもなかったことのように思われる。PCR というウイルス感染を証明する科学の中で世界中が混乱をきたしているとも言えるが、その混乱が犠牲を少なくするように動くことを期待したい。世界は国際政治家が動かしているわけではなく、情報と体制が動かしているように思われる。このような中で自然な集団免疫を目指した国家が失敗し、交流遮断した国が成功しているように見えるが、このことの歴史的な評価はまだわからない。有効性の高い治療薬のないところで、回復期血漿の利用という先祖がえりの古典的発想が現実に行われ、その創薬の可能性もあるようだ。それ以前にワクチンとしては mRNA ワクチンという今までわれわれが製造、接種の経験のなかったものが1年もかからずに遺伝子工学的手法で開発され接種され短期的には効果がありそうであることに光明を認めるが長期的な成果は不明といわざるを得ない。

2021年5月末において日本の COVID-19 に対する日本でのワクチン接種は世界の他の国家に比較して非常に少ない。日本が予防接種、ワクチンの

各国の人口一万人に対する結核死亡累年比較

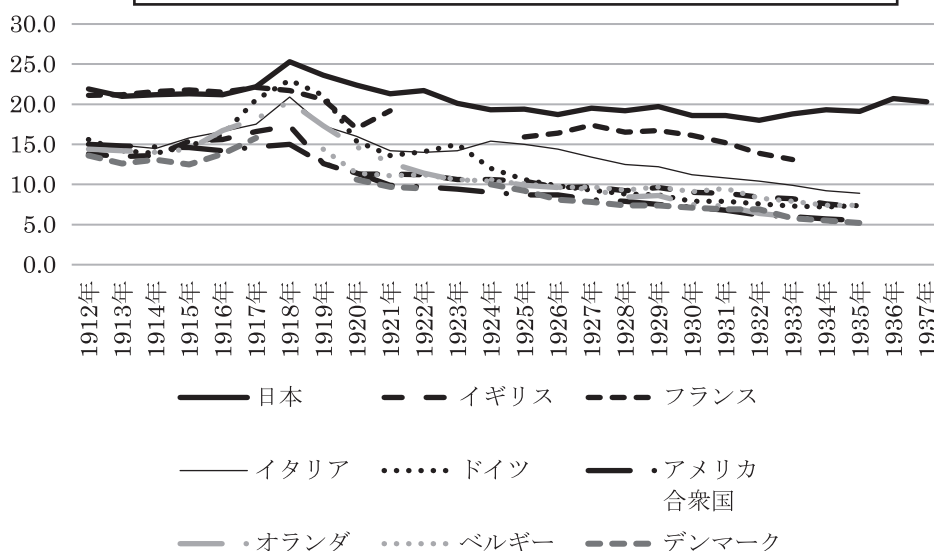


図 松田道雄『結核』昭和15年刊付録より筆者作成

後進国だという表現が多いが、歴史的には現在がそのように見えるだけである。第二次世界大戦後の占領下に世界で最も強力な予防接種法を施行して実施したのは日本であり、そのワクチンも国産されていたものである。その強力な法は占領下の日本であったからつくられたものであったし、その強力すぎる法による予防接種の事故などの頻発、国家を被告とする裁判の結果などを経て、日本が予防接種の後進国化したことは事実である。国民の安全を守るという意味での基盤である医療そしてそれを支える材料などは基礎的生活物資として島国の日本ではつくられていなければならぬものであろう。これは食料自給についても同じことと考える。

参考文献

- Edoward Jenner. An Inquiry into The Causes and Effects of The Variolae Vaccinae, A Disease Discovered in Some of the Western Counties of England, Particularly Gloucestershire, and Known by The Name of The Cow Pox. Printed, For the Author: London; 1798 (Special Edition が The Classics of Medicie Library として 1978 年 Gryphon Editions, Birmingham, Arabama USA として出版されている)
- 松田道雄. 結核. 東京・京都: 弘文堂; 1940
- 川喜田愛郎. 近代医学の史的基盤 上・下. 東京: 岩波書店; 1977
- 小林力訳. モートン・マイヤーズ著. セレンディピティと近代医学. 東京: 中央公論社; 2015
- 結核予防会. 結核統計総覧 (1900~1992). 東京. 結核予防会; 1993
- 兼松・戸井田一郎. 日本における BCG の歴史. 東京. 「日本における BCG の歴史」出版委員会. 非売品 (日本ビーシージー製造株式会社); 2009
- 渡部幹夫. わが国の予防接種制度についての歴史的一考察. 民族衛生 2007; 73 (6): 243-252

歴史から考える疫病と社会経済との関係

永島 剛

専修大学経済学部

新型コロナウイルス感染症流行下における大きな論点の一つに、「防疫重視か、経済重視か」というものがある。緊急事態宣言のもとでの休業要請・営業制限・人流抑制は、経済活動に直接的な負の影響を与えるため、不安・不満の声もあがっている。歴史的にもくり返し問われてきた論点だった。

ここでは、検疫と商業活動との関係を論じた Mark Harrison (2012) など、これまでの研究の蓄積を手掛かりに、西欧、とくにイギリス史に関して、少しふり返ってみたい。

近世における国際商業と検疫

14世紀半ばにペストが襲来した際、地中海の海港都市で、流行地からの船舶を40日間停船させたところから、中世から近世の西欧では、ペスト防疫の手段として quarantine (検疫) が広まったこと

はよく知られている。防疫態勢の強化は中央集権的な行政、すなわち公権力の強化と連動していた。そして検疫の根拠となる etiology (病因論) としては、contagion (接触伝染説) が重視されていた。

東方貿易 (レヴァント貿易) によって病気がもたらされるという漠然とした認識が contagion 説の根底にあった。流行時にはアジア方面からの人や輸入品の自由な流入を阻止し、感染が疑われる人を収容する施設も作られた。病人にたいする献身的な看護に記録がある一方で、差別や迫害の温床となったことには注意が必要である。また、足止めされた人々やモノを収容する施設や倉庫などがビジネス化するという状況もみられたという。貿易商からすれば検疫は厄介なものだったが、検疫が一般化し、検疫を前提にそこから利益を得ていた人もいたということで、検疫と既得権との関係はなかなか一筋縄ではいかないものだった。経

済的・商業的利害と一口に言っても、実態は複雑だった。

医学史的観点から興味深いのは、この contagion 説は、水・空気・場所の状況が人間の humour（体内バランス）をこわして病気がおこるとする伝統的な医学理論とは、必ずしも収まりがよくない関係にあったことである。多くの内科医たちが医学理論にもとづいて積極的に検疫を主張したというより、経験的な観点、あるいは政治・社会的な観点から、検疫という手法が広まったといえるかもしれない。「公衆衛生」「医学」の側も、一枚岩ではなかったことには留意する必要がある。

西洋史において、16～17世紀は「商業革命」の時代といわれ、スペイン、ポルトガル、オランダ、フランス、そしてイギリスなどが、重商主義政策のもと、覇権を争った時代だった。覇権をめぐる争いという、軍事力増強や戦争、あるいは保護関税や産業振興など保護主義的経済政策について語られることが多いが、検疫政策も、諸国間の緊張・対立や交渉の論点になっていた。ライバル国で疫病が発生すれば、それはそのライバル国の商船を規制する（検疫対象とする）格好の口実となりえたという。つまり各国にとって、疫病を発生させないために検疫や国内の公衆衛生の保全にとめることは、ライバル国に対して隙を見せないという国際政治経済上のインセンティブもあったことが考えられる。つまり検疫が経済的利害を阻害する側面とともに、検疫には自国経済を保護するという意図も含まれていたことになる。

18世紀の検疫懐疑論

イギリスでは1665-66年、西欧全体でも1720年のマルセイユでの流行を最後に、ペスト大流行はみられなくなっていった。東方や北アフリカなどでは依然としてペスト流行が頻発していたので、たとえばオーストリアがオスマン帝国との国境にしいた「防疫線」など、検疫政策がペストの西欧への侵入防止に一定の効果を発揮したという説もある。ただ、ペスト菌、中間宿主たるノミ・ネズミ、そして人の生態環境の変化は複雑に絡み合っているため、はっきりと西欧におけるペスト減少

の要因を特定できるわけではない。

当時においても、検疫への懐疑論はつねに存在していた。ペスト流行が途絶えていた18世紀イギリスでは、とくにそうした懐疑論の高まりがみられた。東インド会社と並ぶイギリスの特権貿易会社だったレヴァント会社など、地中海を活動域とする商人たちは、とくに検疫措置の影響を受けやすく、イギリス政府に措置緩和を請願している。1760年代、イギリス政府は一部の船舶（検疫がしっかりしていると認められた地中海諸港からイギリスに寄港した船）については例外措置を認めたものの、基本的には、ペスト流行地とみなされた地域からの船に1月前後の停船を義務化する措置を続けた。18世紀後半には、アメリカ・カリブ地域の黄熱病の流行地からの船舶にも同様の措置がとられるようになっていた。

商業上の利害関係者のみならず、人道主義的立場からの検疫への批判も出るようになった。その代表論者がジョン・ハワード（1726-90）である。監獄の非人道的状況の改善を主張した人物として有名で、同様に避病院などに人々を強制的に隔離する非人道性を問題にしていた。また、検疫を「中世的な（前時代的な）」不合理な制度として、非難する向きもあった。多大な経済的損失につながる現行の検疫は、本当に理にかなったものなのか、というわけである。当時の検疫とは、流行地から来た船に一律でかなりの長期間（数週間から数ヶ月）、停船隔離を命じるといって、かなり粗っぽい適用が主流だったことはたしかであろう。

医者たちの見解も、けっして contagion 一辺倒ではなかった。トマス・シデナム（1624-89）に象徴されるように、ヒポクラテス以来の水・空気・場所の状況を考慮しながら病気の発生状況を観察する医学の伝統は17～18世紀においても続いていた。そのため、気温や湿気など、気候・風土や人々の生活環境を、疫病の要因として重視する医者も多くいた。病気が人やモノによって伝播することまでは否定しないとしても、その土地で大流行するかどうかには、気象条件や衛生状態などが影響すると考える医師は多かった。たとえば高温多湿が問題だとすれば、アジア・地中海地域より

も涼しい気候のイギリスでは、そもそも流行リスクはそれほど大きくなく、国内の衛生環境の保全につとめたほうが、多大な商業的・人道的損失を出してまで検疫を実施するよりも、合理的ではないか。こうした医学的議論にもとづく検疫懐疑論が、イギリスでは18世紀をつうじて形成されていた。病気の伝播要因がはっきりしない状況下では、医学的言説は必然的に政治経済的なインプリケーションも纏うことになっていた。

19世紀における衛生改革

懐疑論はあったが、19世紀に入ってから、他の西欧諸国と同様に、イギリスでは流行地から来港する船舶に対する海港検疫の施行は維持されていた。

医学史家アッカークネヒトの古典的な分類によれば、19世紀中頃の西欧において、上からの権威主義的な政治支配が続く大陸諸国では、contagion説が優勢で、強権的な検疫実施が続く傾向にあったのに対し、よりリベラルな政治文化をもつイギリスでは、自由の侵害への忌避から、contagion説よりもミアズマ説など環境要因を重視する考え方にもとづき、上下水道整備など国内の衛生環境改革への志向が強かったという対比がなされている。たしかに概括的には、そうした対比ができるかもしれない。しかし、感染症対策の傾向を二分化して、その国の政治経済体制に還元して捉えることは、単純にすぎるかもしれない。

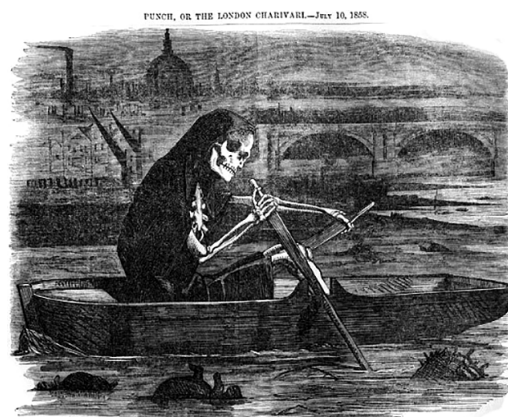
イギリスでも19世紀をつうじて、とくにペストや黄熱病の流行地からの船舶にたいしては厳しい検疫が施行されることになっていた。そして19世紀に数度にわたりパンデミック化したコレラにたいしても検疫は適用されていた。しかし結局は1831-32年、1848-49年、1853-54年、1866年には大流行してしまったこともあり、海港検疫の効果についての疑念をさらに高めることになった。

1842年に『イギリス労働者階級の衛生状態に関する報告書』を著わし、1848年公衆衛生法の成立に尽力したエドウィン・チャドウィックも、自由貿易を阻害する海港検疫に懐疑的だった人物の一人である。彼がミアズマ説にもとづき、汚染物

質・状態の除去を主眼とする、衛生査察の実施や上下水道など衛生インフラの整備を提言したことは、比較的よく知られている。国内の衛生環境を改善・保全するほうが、海港検疫を厳格化するよりも、合理的だというわけである。

海港検疫の緩和という側面だけを切り取れば、チャドウィックの改革路線は、自由貿易・国際商業の利害を重視したものといえる。しかし国内的にみれば、インフラ整備による増税や、営業の自由への介入をとまらぬ改革路線であり、経済的自由を侵害するものとして強い反発を招いた。こうした反発のため、チャドウィック自身、1854年には官界からの引退を余儀なくされている。現実の経済社会のあり方をふまえれば、経済か防疫か、という単純な二項対立の図式では、両者の関係は捉えきれないことの一例といえる。どのような政策が、誰に、いかなる影響を与えるかを丁寧にみていく必要があるわけである。

短期的には経済への負荷が大きい防疫対策も、中長期的には経済を健全化するために必要なものである、というような言説も、19世紀後半をつうじて一定の広まりをみせたことが観察できる。ここに掲載した画は、1858年7月に『パンチ』誌に掲載されたものである。同誌には、テムズ川の汚染をはじめ、ロンドンの衛生状態の悪化についての有名な風刺画が何点か掲載されているが、これもそのうちの一枚だ。標題は「The Silent High-



THE "SILENT HIGHWAY"-MAN.
"Your MONEY or your LIFE!"

「お金が大事か、命が大事か！」Punch (10 July 1858)

way Man (静かなる追い剥ぎ)」。骸骨に装束をまとった追い剥ぎが、汚染のひどいテムズ川上で、「Your money or your life! (お金が大それた、命が大それたか!)」と問いかけている。短期的な経済への影響や出費増を嫌って、中長期的な人々の健康への影響を軽視して公衆衛生改革に抵抗する人々を念頭においた風刺画となっている。

防疫強化に賛同する立場からみれば、「お金よりも生命」ということだったであろう。ただし一方的な防疫の強制は、反発を招く。建前上は代議制民主主義や地方自治の原則を謳うイギリスでは、防疫対策についての市民にたいするアカウントビリティ、「民主的」な政策決定プロセスのあり方もまた、問われることになった。そして経済的弱者にとっては、防疫強化による経済への影響が収入減につながるとすれば、病気にかからなくてもそれは死活問題である。格差社会のもと、社会的な負担のシェアのあり方についても議論が必要になっていた。現在の状況に照らしても、この風刺画にはいろいろ考えさせられる。

19世紀コレラ流行時には内地の衛生改革に力点がおかれ、海港検疫については懐疑論の高まったイギリスだが、正確にいえば、検疫を行なうこと自体への懐疑というより、不当に長く(たとえば数週間以上とか)、不当に広範な(数週間の航海中に全くコレラ患者が発生していない船にまで適用されるような)停船検疫への反発ということだった。19世紀をつうじて、この正当/不当を判断する根拠として重要視されるようになったのが医学であり、医師の調査・判断だった。1872年の公衆衛生法では、港湾衛生当局とその医官の設置が義務化され、医官が medical inspection を行なうことにより、停船隔離の必要性を判断するという手続きがとられるようになった。一律停船ではなく、医学的検査を行なうことにより、不必要とみられる停船を減らし、商業活動への影響を最小限に抑えることがめざされたわけである。つまり19世紀イギリスで検疫自体が廃止されたわけではなく、医師の検査を条件に手続きの簡略化が図られたということになる。このイギリス式の検疫の考え方の是非は、19世紀後半以降、たびたび開催さ

れた国際衛生会議の焦点の一つとなった。

そして、こうした医師の判断を重視する動きの背景には、医師たちの専門職としての確立(およびその社会的認知)も関係していると考えられる。細菌学上の発見が相次いだのは1880年代以降だが、それ以前からの疫学的な知見の蓄積も勘案する必要がある。政策決定プロセスにおける「専門知」の位置づけも、歴史研究の重要な論点であろう。

現在へのインプリケーション

近世から19世紀にかけての西欧、とくにイギリスについて概観したが、当時と現在とでは政治・経済・社会、そして医学・科学のあり方も異なっており、時代的文脈を無視して、単純に教訓を引き出すことには慎重であるべきであろう。しかし歴史が、現在の参照系となることはたしかである。過去と現在の類似点だけでなく、何が違うか明らかにすること自体も重要な論点になりえる。歴史をふり返ることで、現在の状況をどう考えたら良いか、とくに防疫と経済活動との折り合い方をどのように考えたら良いか、どのようなことに目配りが必要なのかなどについての、何らかのヒントを得ることはできるはずである。この雑駁なレビューからもわかるとおり、「防疫」にもいろいろあるし、「経済活動」にもいろいろある。歴史をふり返ると、「防疫か経済か」という単純な論点の設定の仕方だけでは不十分にも感じられる。「過去と現在との対話」をめざしつつ、経済・社会領域との接点にも目配りする医史学研究が、今ますます求められているように思われる。

参考文献

- Ackerchnecht EH. Anticontagionism between 1821 and 1867. *International Journal of Epidemiology*. 1948, reprinted in 2009; 38 (1): 7-21
- Harrison M. Contagion. How Commerce Has Spread Disease. Yale University Press; 2012
- Maglen K. The English System: Quarantine, Immigration and the Making of a Port Sanitary Zone. Manchester University Press; 2014
- Nagashima T. Meiji Japan's encounter with the 'English system' for the prevention of infectious disease. *The East*

Asian Journal of British History. 2016; 5: 191–205
 小川眞理子. 病原菌と国家—ヴィクトリア時代の衛生・科学・政治. 名古屋大学出版会; 2016
 永島剛. 19世紀イギリス公衆衛生の経験—ローカルな公共の形成をめぐる. 公衆衛生 2014; 78(1): 28–31
 永島剛. モノ・カネ・人そして病原体の移動—国際経

済と疫病の世界史. 井上幸孝・佐藤暢編. 人間と自然環境の世界誌—知の融合への試み. 専修大学出版局; 2017
 永島剛. 疫病と公衆衛生の歴史—西欧と日本. 秋田茂・脇村孝平編. 人口と健康の世界史. ミネルヴァ書房; 2020
 見市雅俊. コレラの世界史. 晶文社; 1994

中国医学における流行性感染症に関する史料の紹介

町 泉寿郎

二松学舎大学

医事制度の変遷

長い歴史を持つ中国伝統医学において、流行性感染症とその治療に関しても多くの蓄積を見出すことができる。但し、流行性感染症と言ってもその病因として細菌・ウイルスを想定していない以上、疾病に対する基本的なとらえ方は現在とはかなり違っていた。

伝統的中国社会において、官職は理想の古典古代である周代の制度に淵源を持つという発想があり、医学医療、保健衛生に関する官職もまた、漢代成立の『周礼』（天官）に、医師・食医・疾医・瘍医・獸医の五階等（先に記述される者が上位にある）の記述がある。「医師」は医薬行政官で、薬物を調製・供給し、医療従事者を監督・査定し、傍ら王室・卿・大夫らの医療にも従事する。「食医」は天子に供する食事の管理栄養士で、四季に応じて主食・副菜・飲料が人体に及ぼす寒冷温熱の作用を考えて献立を作る。「疾医」は季節性の流行性感染症（「四時皆有癘疾」）など一般人の各種内科的疾患の治療に当たる。「瘍医」は一般人の各種外科的疾患の治療に当たり、「獸医」は農耕と軍事に有用な牛馬の治療に当たり、それぞれ治療実績を医師に報告する義務を負う。

歴代王朝による医療および医学教育の制度は、6世紀前半までは職掌が未分化で古代の官名を襲称し、隋唐の律令体制下において皇帝の医務を担当する尚薬局と医学教育および宮廷官人の医療を

担当する太医署が置かれた。宋代には、皇帝直属の学芸家組織である翰林院に医療行政を担当する翰林医官院が置かれ、皇帝の医務・薬物を担当する部局として御薬院・尚薬局が開設された。医学教育を担当する部局は、太医局と改められ独立した医学教育機関となった。

宋王朝の行った医書・本草書の校正版刻事業は、医学知識の普及に寄与した。専門部局として「校正医書局」が開設され（1057年）、主要医書が続々と刊行された。また先行医書の収載処方や民間処方まで集成した大部の医方書が編纂された（『太平聖恵方』100巻（992年）、『聖濟総録』200巻（1118年頃））。また一般向けの薬剤頒布所が開設され、その処方集が編纂刊行された（『和劑局方』5巻（1107–10年頃）、『太平惠民和劑局方』10巻（1241–52年頃））。これらは宋朝歴代皇帝が「經世濟民」の観点から医薬学に高い関心を寄せたことを示す。

元朝は医療・医薬・医学に関する中央機関として医学提挙司を置き、宮廷医務と医官教育だけでなく、各地の医学学校や惠民薬局の管理を行った。明朝による医療行政および医学教育の制度は、元朝を踏襲して始まった。清朝の制度も基本的に明朝を踏襲した。明清期は科挙の制度化が進んだ時代であり、太医院の医学教育と選抜においても細かな規程が定められた。

歴代中国の医事制度は、特に唐代までは為政者に奉仕することに主眼があり、為政者のための医

療においては既に発病した病気の治療よりも、発病を回避するための日頃の健康管理や予兆を知る診断が重視された。流行性感染症の治療は、為政者のための医療と言うよりどちらかと言えば民間人のための医療の性格が強い分野である。

傷寒と陰陽五行

古い流行性感染症の記録として先ず想起されるのは、2世紀末の張仲景が自らの一族200人あまりが196（建安元）年以来10年を経ずしてその2/3が死亡し、その死亡原因の70%が傷寒であったと述べている記述である（『傷寒論』自序）。傷寒とは「時気」に依って発症する発熱性の流行病の総称であり（富士川游『日本疾病史』1912）、多紀元胤の病名辞書『疾雅』には傷寒の部に中風・熱病・温病・天行病・時疫・感冒・傷風など極めて多くの用語が収録されている。傷寒に現代医学の病名を当てはめることは困難であるが、本来は細菌またはウイルスによる何らかの流行性感染症であることは疑いない。中風は一般的には脳血管障害を指すことが多いが、一部に流行性感冒も含んでおり、西洋医学的な視点に立てばここには混乱があるように見えるが、漢方の立場では「証」（病態）によって病気を分類し経験知に基づく対症療法を行うのである。『傷寒論』においては、傷寒の進行状態を①太陽病→②陽明病→③少陽病→④太陰病→⑤少陰病→⑥厥陰病の六段階の病期に分けて、それぞれの証に対応する治療薬が記されている。流行性感染症の治療を説いた専門医書として極めて注目すべき医書である。

一方で、張仲景は自序の中で、天は五行（木火土金水）の理によって万物を動かし、人は五常（五行の気）を受けて五臓があり、それが陰陽の理と合わさって限りなく変化すると記している。天人相関は古代中国以来の発想であるが、漢代には施政が適切を欠くと災異が起こるという時令思想が生まれ、『漢書』には異常気象・自然災害・飢饉等の災異を記録した「五行志」という篇がある。以下、歴代正史の「五行志」にはしばしば疫病が記録されている（『後漢書』志第17、『新唐書』志第26、『明史稿』志第4等）。「五行志」の疫病記

録は年次・地域・死者数などに止まり、病気の記録としては簡略に過ぎるものの、疫病が「時気」に依って発症する災異の一つと考えられていた証拠であり、傷寒という流行病に対する理解もその例外ではない。

六朝時代の流行性感染症の記録と治療法

六朝時代の葛洪（281–341）原著・陶弘景（456–536）増補の『肘後備急方』は、その巻2に疫病・流行病とその治療法を収録する。「治傷寒時氣温病方第十三」「治時氣病起諸復劣方第十四」「治瘴氣疫癘毒諸方第十五」がその部分であり、第十三の中にみえる「虜瘡」は天然痘に関する記載の初出とされている。また「温病」は『黄帝内経素問』に冬期の寒邪が遅れて暖熱期になって発症する病氣（「生氣通天論」：冬傷於寒，春必病温）とあるのに由来する。前述のように傷寒は発熱性の流行病の総称であり、温病はその中の一つと考えられていた（『難経』58：傷寒有五，有中風，有傷寒，有湿温，有熱病，有温病）。

隋唐時代の流行性感染症の記録

隋代には、疾病分類において後世に多大な影響を与えた画期的な医書が現れた。巢元方等が610年に編纂したとされる『諸病源候論』50巻である。疾病を病因・病症・病態について67門1739種に分類整理して記述しており、疫病・流行病とその治療についても豊富な記述を持つ。疫病・流行病と考えられる病気としては、傷寒（巻7・8）・時氣（巻9）・熱病（巻9）・温病（巻10）・疫癘（巻10）・瘡疾（巻11）・痢病（巻17）等が該当するであろう。巻7傷寒病諸候上を例にとれば、33に及ぶ病態が記述されているが、治療法・処方については説いていない。傷寒のように発病後の日数を追って病態を記している疾病には、他に時氣、熱病、温病がある。唐・王燾編『外台秘要方』40巻（752年自序）においても、傷寒（巻1・2）、天行（巻3）、温病及黄疸（巻4）、瘡病（巻5）、霍乱及嘔吐（巻6）とその治療が説かれている。

宋代における医学医療の普及

唐末五代は中国史の転換点とされる。医学分野における思惟の新展開は、『素問』『運氣七篇』を基盤とした運氣論や、『傷寒論』研究の盛行に見出だせる。運氣論は五運（木火土金水）と六氣（風熱火湿燥寒）の循環理論およびその人体への影響を理論化した考え方で、劉温舒は『素問入式運氣論奥』3巻（1099年成）を著し、徽宗の時に官刻した『聖濟総録』（1117年頃）でも「運氣論」はその巻頭に置かれている。後漢末に成立した『傷寒論』は西晋の王叔和が編集の手を加えて以降どのように伝承されてきたかを証する資料は殆どなく、北宋代に版刻されたテキストが現伝本の起源と考えられている。『太平惠民和劑局方』では、諸風附。脚氣（巻1）、傷寒附。中暑（巻2）の治療のための処方 が列記されている。

金元時代における医学の刷新

宋代に印刷医書が出そろった後、金元時代には内経（生理病理）と方論（治療学）と本草（薬理）の典籍間の理論統合が進んだ。主に民間で活躍した四大家（劉完素・張從正・李杲・朱震亨）が金元時代の新医学を代表する。劉完素は運氣論に通じ、昔の治療法で今の病気を治すことは難しいと考え、『黄帝素問宣明論方』『素問玄機原病式』において運氣論と方論を結び付けて病理と治療を説明し、熱性病の治療に新生面を開いた。張從正（1156-1228）は『儒門事親』において外邪を汗・吐・下によって体外に排出する攻撃療法を多用した治療を説いた。劉完素に学んだ李杲（1180-1251）は『内外傷弁惑論』『脾胃論』において従来の外邪に侵されて発病するという外傷論に加えて、新たに不摂生や過労などによって脾胃が内傷して発病すると考え、脾胃を補う治療を唱えた。朱震亨（1281-1358）は『格致餘論』『局方發揮』において劉完素・李杲の医説を更に進めて滋陰降火の治療を多用した。

金元四大家が主張した医論・治療法は各々相違したが、彼らの医論・治療法の刷新は、その時代の戦乱や王朝南遷、都市化等に伴う流行性感染症

を含む新しい病気に対応したものであった。この時期に初めて「感冒」（南宋・王頌『易簡方論』）という表現が現れ、流行性感染症の症状の記載は精細さを増した（楊子瀛『仁斎直指方論』等）。元・王履『医経溯洄集』は傷寒と温病の区別を初めて説き、次代の流行性感染症治療に道を開いた。

明清時代の温病学

古くからあった傷寒とは異なるタイプの流行病の治験や医論が蓄積され、流行性感染症の治療が専門化するの明代のことである。『明史稿』には疫病大流行の記載があるが、『傷寒論』の治療法ではもはや対応できなかったことは次のような言葉からも窺える。「疫氣之発、大則流行天下、次則一方、次則一郷、次則偏著一家、悉由氣運鬱発、仲景無治方」（虞搏『医学正伝』）。明・呉有性（1592-1672）は初の温病専門書『温疫論』を著し、風・寒・暑・湿・燥・火など従来考えられてきた外邪とは別に、「戾氣（癘氣）」という一種の異気に感染して温病が起ると説いた。呉有性は戾氣が口鼻から侵入し、空気感染や伝染があることを説き、攻下剤によって戾氣を駆逐する治療を説いた。

清代に入ると、葉天士や呉鞠通が温病学を更に発展させた。葉天士（1667-1747）の『温熱論』は、温疫が衛・氣・營・血に侵攻する四段階における弁証論治を説いている。呉鞠通（1758-1836）の『温病条弁』は、これに三焦（人体を上・中・下の三部に分ける）を加味して弁証論治を更に進めた。流行性感染症に対して温病学が新たに医論と治療法を打ち立てたことにより、清代においては温病派と傷寒派の対立が生まれた。

江戸時代の日本でも温病学は多くの医家に学ばれた。京都で開業した漢蘭折衷派の荻野元凱（1737-1806）は呉有性『温疫論』をたびたび版刻してその普及に努めた。荻野は幕府の命を受けて江戸医学館で『温疫論』を講義した際に、戾氣が体内に入り「膜原（隔膜）」に着いて発病するという箇所を、『素問』に由来する「膜原」の解釈と読みについて目黒道琢（1724-1798）との間で論争となった（募原論争）。一方、医学館を主宰した多紀

元簡（1755–1810）は『四庫全書総目提要』において『温疫論』は体裁が整っていないと評されていることを受けて、劉奎が改編した呉有性原著『瘟疫論類編』（1802）を版刻している。医学古典を重視する考証学者たちは、山田業広『医学管錐外集』・森立之『温疫論笥記』・岡田昌春『天行彙説』（1880）等をはじめとして温病を傷寒の一種であると考え、これを新しい感染症の考え方と治療であると説く明清の温病学者の説に批判的であることが多かった。

遅く刊行された呉鞠通『温病条弁』（1813）をはじめとする清代温病学書は、同時代日本の医界で注目されることは少なかったと見られるが、清代における理論と治療が発達した温病学の弁証論治

は現代中医学の形成にも貢献している。清代に発達した温病学に対する立ち位置の差異は、現在の中国と日本の伝統医学を見るうえで一つのポイントになると思われる。

参考文献

- 富士川游. 日本疾病史：1912
宮下三郎. 宋元の医療. 宋元時代の科学技術史. 京都大学人文科学研究所；1967
北京中医学院主編. 中国医学史講義. 燎原書店；1974
神戸中医学研究会. 中医臨床のための温病学. 医歯薬出版株式会社；1993
傅維康主編・川井正久訳. 中国医学の歴史. 東洋学術出版社；1997

座談会記録

日 時：令和3年6月14日（月） 17:30～19:37

場 所：オンライン

司 会：渡部幹夫編集委員

参加者：坂井建雄理事長，町泉寿郎編集委員長

澤井 直，松村紀明，逢見憲一，永島 剛（以上編集委員）

○町（編集委員長） 日ごろ日本医史学雑誌の編集に携わっている者として、昨年からのCOVID-19のパンデミックが続く中で、我々も何かできることはないかという気持ちがあり、それぞれの立場から話題を提供して、意見交換する座談会の開催を企画しました。最初に、本日の趣旨説明を、司会を勤めていただく渡部幹夫先生からお願いいたします。

○渡部（司会） それでは、提案をした者として趣旨の説明と司会もさせていただければと思います。去年の末に、COVID-19のパンデミックについて、医史学会の中には感染症と歴史の領域に詳しい方もおられるから、座談会をしたらどうかという提案をしました。しかし日本では正月後に感染の山が来てしまいました。例会をZoomでやりしておりまして、同じようにできるかな

とも思ったのですが、会員の方々に大勢参加してもらうのはなかなか難しいということで、まずは編集委員と坂井理事長に入らせていただいて開催してみることになりました。本会に先立ち各委員にはそれぞれの主題についてレビューを書いていただき、共有いたしました。この座談会記事の前に掲載しますので、併せて読んでいただくとわかりやすい座談会の内容になるかと思えます。

2021年5月、去年のWHOのパンデミック宣言から1年と少し過ぎて、世界で1億7,000万人の感染者、死者が350万人となっています。一番ひどいのがアメリカ合衆国で、感染者3,300万人、死者が59万人ということですから、3億人の国で3,300万人、10人に1人は感染者となっているという。一方日本は、今のところ73万人の感染者、死者が1万3,000人くらいということで、アメリ

カに比べると桁違いの少なさなのですが、社会的な影響は計り知れないものがあると思います。日本でこのような感じですから、西欧諸国、そしてインド、アジア、アフリカ等でどうなっていくのか、本当に心配です。

今日の座談会は、編集委員の方々にレビューをそれぞれ出していただきました。それぞれの編集委員は本雑誌の編集を担っているわけですが、その研究領域は少しずつ違うわけで、その違う領域でこのCOVID-19のパンデミックという世界的な事象に対してどんなふうに考えておられるのかを含めて書いていただきました。そのレビューについてお話しいただき、質疑をする形で進めたいと思います。最後には総合討論もしたいと思いますが、短い時間で充分にお話が聞けるかやや心配でもあります。順番としては澤井委員、松村委員、逢見委員、渡部、それから永島委員、町委員長ということで進めさせていただきます。

昨日(2021年6月13日)の、ある新聞の朝刊に、歴史家の磯田道史さん池上彰さんが、政府の専門家会議にどうして歴史学者が入っていないのだということを書いておりました。これは、今の時期だから言えるのかもしれませんが、やっぱり政治・経済全て人間の歴史があると思うので、同感しております。

では、澤井先生、先生の「西洋の古代からルネサンスまでの感染症について」から始めてください。お願いします。

○澤井 私は古代と中世の代表的な感染症流行に関して紹介することにいたします。医学の概念あるいは医療の水準に関して現在とかなり違う、そういう古い時代を見ることで、感染症とか伝染病とかの歴史を扱う際に何に気を付けるべきかとかということが浮彫りになるのではないかと考えています。

トッキュディデスが記したアテネの疫病、ガレノスが治療し記録も残したアントニヌスの疫病、中世に起こったユスティニアヌスの疫病と黒死病、いずれも大規模な被害をもたらした疫病とされていますが、その正体は何だったのかという疑問に答えようとする研究が行われてきました。古

代の場合にはほぼ文字資料のみを手がかりにして、症状の記録や現在知られている感染症との類似性をもとに同定が試みられましたが、方法論上の問題点も指摘されています。

中世の場合には考古学的資料も用い、さらにはそのような資料のDNA解析が行われ、疫病による死亡の原因となった病原体がこの20年で特定されるようになりました。

疫病に関する研究は病名の同定だけでなく、どのような規模の被害があったのか、疫病が政治・経済・社会・心性・風俗にどのような影響を与えたのか、など多様な視点から研究がされています。このような研究も蓄積が進み、過去の疫病に関してかなり詳細なことが明らかになり、また新たな説の定着を見えています。

COVID-19の流行は、思いがけず、西欧の古い時代の感染症への関心を高めることになりました。医師国家試験にも過去の感染症の出題がされるほどです。ただ、その出題に対する解説書の記載に関して示したように、病名の同定の有力とされる見解もごく最近になって定着したこと、言い換えれば、古い時代のものであっても感染症の歴史研究は現在進行中であること、また、一般に広まっている理解やイメージには誤りも含まれているということを伝えておきたいと考えています。

○渡部 ありがとうございます。

エジプトのラムセス5世のあばたは天然痘ではなかったんじゃないかというような最近の遺伝子学的な研究も出てきたりしている時代で、ユスティニアヌスの疫病の記録に相当する人骨からベスト罹患らしいというレビューの内容がよく分かりました。

ちなみに、先生、国家試験の形は、普通は5択か4択ですね。

医師国家試験で、「世界的に大流行を引き起こし、中世で黒死病として恐れられた感染症はどれか」という設問で、ベストのほかにはどんなものが挙がっているんですか。

○澤井 ほかは、結核と、コレラと、天然痘と、発疹チフス。

です。ですので、どれも確かに世界史のどこかで聞い

たかもしれないというものを挙げていますね。

○渡部 『歴史は病気で作られる』というリチャード・ゴードンの名著がありますが、国家試験では皆さん多くはペストを選ぶのでしょね。これは、不適切問題にはならなかったのですね。

○澤井 はい。これはかなり正答率は高いみたいです。

○逢見 最後のほうで書かれていた「Black」が実際の性状を示す意味ではなかったというのは、現代でいう Black Monday とかいう感じの意味合いだったんでしょうか。

○澤井 そうです。私も同じように理解しました。

○渡部 政治、経済、全部暗転するという「Black」なわけですね。

また総合討論で話が戻るかもしれませんが、次に進めてよろしいでしょうか。

松村先生、お願いします。松村先生には「民間医たちのつくりあげた種痘ネットワーク」ということで、江戸末期から明治初期の日本の民間医たちの種痘活動についてです。お願いします。

○松村 皆さん御存じのとおり、種痘は天然痘に対する予防接種ですけれども、幕末から明治という医療も含む近代的な諸体制が形成されはじめる時期にどのように種痘が行われていたかを振り返ることは非常に示唆に富むものではないかと考えています。

この種痘、古くからは人痘接種が、そしてジェンナーによる牛痘接種が行われるようになって、それが日本に入ってきます。

この中で非常に興味深いことは、江戸期はまだ医師免許制度もありませんし、一部の藩を除き医療システムと呼べるものが全くなかった。全国的レベルの公衆衛生とか医療システムはなかった時代なわけですね。ところが、その時代においてこういう種痘というのが非常に広範に行われるようになっていき、維新时期を超え明治10年代ころまで江戸期のやり方が続けられていました（拙論参照）。これは非常に興味深い事実ではないかと思えます。

そういうことを見ると、COVID-19でも現在ワクチン接種が全国規模でなされようとしているわけですけれども、そういうシステムが国から示さ

れば、それがすぐにスムーズに進んでいくという訳ではないことがわかるわけです。

こういう点から考えますと、特に現代の日本というのは医療システムが非常に整っている国ですので、どうしてもそういうシステムティックに完成している医療システムを想像しがちですけれども、実は医療というのはそのようなものが最初からできるような簡単なものではなくて、様々な要素によって成り立っていて、地道な積み重ねによってでき上がっていくものだと思うんです。

例えば今行われているワクチン接種とかも、大規模接種会場が非常にガラガラであるといったニュースが流れたりもしましたけれども、なかなかうまくいかないということは恐らくあると思うんですよ。そこが医療というものの難しさといえましょうか、我々のような歴史研究者から見るとそれが非常に面白いところでもあるわけですけれども、そういったところが種痘の歴史からも垣間見られるのではないかと思います。

○永島 明治の日本で、種痘に対する抵抗運動はどの程度のものであったのでしょうか。日本の場合、抵抗運動は19世紀のイギリスほど強くはなかったという印象があります。上から政府が種痘を施行するといっても、今、松村先生のご説明にあったことをふまえると、そんなにすぐにはできなかったわけではなくて、徐々に状況が整っていった、明治後期によりやく軌道に乗り始めたというようなことが幸いしていたのかもしれないですね。受ける人々の側も徐々に——まあ、個々には非常に抵抗を示す人はいたと思うんですけれども、種痘を受入れる猶予期間があったのかもしれないと感じました。19世紀のイギリス、ジェンナーの国ですけれども、種痘反対運動のため、公的な接種実施は結構難航しました。というわけで、日本でも抵抗運動はあったのか気になりました。

○松村 日本でももちろん抵抗はありました。接種による副作用・不利益があるということは当時から医者たちも把握していましたし、民衆たちもある程度はそういうことも分かっていた。

特に牛痘接種の場合はどうしても植え継ぐということがあったりもするので、例えば自分の子供

が単に接種を受けるだけだったらいいんですけれども、場合によっては自分の子供からなんでも痘苗をとって別の子供に植え継いでいかなければいけないということもあるんですよ。そういうことを嫌がる親も大分多かったようです。別の子に植え継ぐ基になると、その子にもやはりかなりの負担がかかるわけですよ。民衆がどういうふうに反応していたのかというのはいろいろなレベルであって、かなり細かく見ていかなければいけないだろうと思います。つまり、迷信とか、例えば牛痘接種を受けると牛になるとか、そういう反発ももちろんあるんですけれども、何に対して民衆がどのように反応したのかは細かく見ていく必要もあるのかなと思っています。

○町 追加としてひと言。松村先生がレビューの中で書いておられることとも思いますが、牛痘接種が当初あまりうまくいかず、成功するまでに時間がかかる間に、1790年代から秋月藩の緒方春朔は人痘種痘である程度の成果を上げている。邵沛さんが『日本医史学雑誌』に論文を書いておられますが、人痘種痘がある程度知識として浸透していたことが、牛痘がうまくいったひとつの背景であると論じていますね。

○坂井(理事長) 永島先生から日本とイギリスの国際比較に関することで御質問がありました。最近のコロナの感染症でも、マスクを着用するかワクチンを利用するというのも国によって差があるわけですが、反対意見や賛成意見は、どこにでも多少はあります。それをどうやって定量的に、客観的に評価するのがいつも難しいところです。最近では例えば接種率であるとか、マスクの装着率であるとかエビデンスがありますが、19世紀中頃というとなかなか難しいでしょうね。

○渡部 私から1つだけよろしいですか。松村先生、痘苗、いわゆる牛痘の苗を子供から子供へうえ継ぎながら、子供を連れて蝦夷地まで行った、桑田立斎や深瀬洋春が、集団接種をしていますね。それは江戸で種痘所が完成する前の話になるわけです。そういうふうなうえ継ぎで行ったのが、明治になって再帰牛痘という形で牛の体でつくられるようになったということですが、その頃

に種痘医という免許が医師免許とは別に与えられていたという、これも面白いことだなと思いました。

先生に質問したいのは、1つは、この痘苗を植えるということは、その費用としては一般庶民が払えるようなお値段なのか。それとも、ボランティアに医師・種痘医が行ったのか、その辺は明らかなのでしょうか。

○松村 はい。種痘にどれぐらいお金がかかるのかということに関しましては、明治時代は結構分かっています。これは深瀬泰旦先生による先行研究がありますが(日本医史学雑誌 第22巻4号)、10銭とか20銭とか、そういったようなことが明らかになっています。それは、当時の薬の値段、一日の薬のお金からすると多少高めではあるんですけれども、そんなに極端に高いわけではありません。

あと、お金を取らずにやるということも結構行われているんですよ。それどころか、木下浩先生の研究によると、種痘だけでは利益が上がりたはずなのに活動範囲をめぐってお互いにもめたりしている。これはなかなか非常に興味深いところだと思います。医者たちが種痘というものを自分たちが患者を囲い込むための手段としていたという節があります。

つまり、日本というのは医者数が近世の段階でもかなり多かった。大体1,000人に1人とかそういうレベルで医者がいたということは明らかになっていますけれども、恐らくかなり競争が、医者同士の営業活動が激しかったのではないかと。そういうこともあって、「医は仁術」とかいう言い方もされもちろん医者使命感とかそういったこともあったんでしょうけれども、非常に実利とうまく結び付いたといえましょうか、それが牛痘種痘が急速に広まっていった理由にもなるのではないかと。

日本で種痘が本当に急速に広まって、日本に牛痘苗が入ってきて全国に広まっていくまでに半年とかからないわけですけども、それは多分恐らくいろいろな要素があって、もちろん例えば藩主が自分の息子に種痘するとか、そういったような

上が模範でやるということもありますし、医者たちのつながりが強かったということもあるでしょうし、さらには医者同士の競争があったり、そういう様々な複数の要素が非常にうまく組み合わさって急速に広まっていったのではないかなと思っています。

○渡部 それでは、次は逢見先生、「わが国におけるインフルエンザ流行に関する認識」ということでお願いします。

○逢見 それでは、前のお2人のお話からは大分時代が下って、100年前のパンデミックでありますスペインかぜを中心に、その背景はどうであったかということをお話していきたいと思います。

先月の月例会などで、100年前のスペインかぜに対する対策、行政の中心であった内務省衛生局の出した「流行性感冒予防心得」と、在野の専門家の団体であった大日本私立衛生会が出した「流行性感冒予防心得」の違いから、当時、行政当局と専門家の集団の間で対策に関して結構齟齬があったというような話をしたんですけども、今回は、専門家と行政だけではなくて、住民・一般の認識、それまでのインフルエンザ——流行性感冒ですね——に対する住民の認識、住民専門家、そして行政の認識がどうであったのかということで、衛生行政の在り方というものを考察していきたいと考えております。

まず、図1を見ていただきますと、古来、「咳逆」という形で言われていたかと思うんですけども、富士川游の文献『日本疾病史』に記載されている、インフルエンザと現代では推定される病気の記載というものを比較したのがこのグラフになりまして、江戸時代、1600年以降を通じて19世紀の前半まで、ヨーロッパではインフルエンザの流行の記載が非常に多くなっていくということがあります。それに比べて日本では、いわゆる江戸時代、鎖国と言われたような時代を通じて、流行はそんなには多くない。それが幕末の1850年から1868年に至って、一旦同じ頻度になります。

そのためかどうなのか、江戸時代に流行した、数としてはあまり多くない流行においても、一貫して「かぜ」という言われ方をしている、大きく

流行したものに関しては「稲葉風」「お駒風」「谷風」という感じであだ名がついています。これは当時の習俗などを基にしてつくられたものが多いんですけども、幕末に近い「琉球風」「アメリカ風」などに関しては、琉球あるいはアメリカからやってきたということ、多分庶民の中でも流行の変遷といいますか、場所が変わってくることに漠然とではあるけれども認識されていたのではないかなと思います。ただ、そこではやっぱり、一貫して「かぜ」と言われていましたし、もうちょっと下の1890年の旧ロシアかぜ、あるいは1918年のスペインかぜにおいても、「お染風」あるいは「小姓風」という形であだ名がついています。

そして、図2を見ていただきますと、旧ロシアかぜの「お染風」というのは、当時はやっていた「お染久松」の芝居で、商家の娘のお染が丁稚の久松と道ならぬ恋をするということで、久松は留守だよという張札をすることがはやったということで、インフルエンザに関して「風」という名前をつけて、あるいはそういう芝居の恋愛を「恋の病」のような形でなぞらえているということで、ユーモラスではあるんですけども、裏返して考えると、それを単なる「かぜ」として軽く見ていた、舐めてかかっていた、ということも伺えます。これはもしかしたら、先ほど言った流行の頻度そのものがいわゆる鎖国によって隔てられていて、あまり大きくなかったのではなからうか、とも言えると思います。

もう一つは、西洋ではインフルエンザはいわゆる common cold とは別のものとして捉えられていたのに対して、日本では言葉がすべて「かぜ」で、インフルエンザと風邪を分ける習慣がなかった。症状が軽かったから区別をしなかったのか、あるいは言葉の上の区別がなかったから全部一緒くたで脅威を感じなかったのか、ということは分かりませんが、そういう循環があったように思われます。

その後で行政・専門家と住民の認識ということを考えていきますと、まず、住民に関しては、与謝野晶子などが、自分の子供が亡くなったという

こともあるんでしょうけれども、なぜ政府を挙げて呉服店とか学校や工場などを閉鎖しないのか、休業を命じないのかというふうに、糾弾するような内容のものを書いています。住民の間では、あだ名をつけたりと軽く見る傾向もあったけれども、中には脅威を感じて、政府へ対策を要求するというような立場もありました。

それに対して行政のほうはどうであったかといいますと、国会の問答などでも、当時の衛生局長が「或は集會を禁止せんとも考えたるも」と言いながら、そのためには電車を止めなければいけないので実行しがたいというようなことで、閉鎖とか集會の禁止というのは、考えても実行できないものと決めてかかっていた。また、その問答の中で、当時はお酒をたくさん飲んでいてインフルエンザにかからないというふうな俗説がありまして、そういう軽口を、どうも衛生局長自らもしていた節が見受けられます。

また、同じ衛生局長杉山四五郎が、大日本私立衛生会雑誌に、「衛生の本義」という長大な論文を書いているのですけれども、その中でもごく軽くしか、当時猖獗していたはずのスペインかぜに対して論及しておらず、どうも扱いが軽い。

また、その後任の潮恵之介という局長もやはり、住民がスペインかぜに対して、空に鉄砲を撃って風の神を追い払うというような迷信じみたことをして困ったものだということを言いつつ、ただ国民に責任を負わせるように聞かれては趣旨が違いますが、やっぱり国民は幼稚であるというふうな趣旨のことを言っていて、住民に対するちょっと侮った態度というものが透けて見えるし、事の重大さというのに対してやはり危機感が足りないのではなからうかと思われま

す。その一方で、高野六郎——これは北里の高弟ですけれども——などは、やはりインフルエンザというものは風邪とは違うということを強調していますし、その「流行性感冒」という言い方自体も、風邪の一種のような言い方になってそれはよろしくない、と言っています。インフルエンザは風邪とは違って恐ろしいものだということを非常に強調していますし、東京市の衛生連合会など

もやはり、当局是一片の注意書きを発したにとどまっているということで厳しく批判しています。

このように、風邪、流行性感冒に関する認識として、専門家の危機感に対して行政の方は非常に危機感が薄い。責任感がないというよりは、風邪という、インフルエンザと分けて考えない、それまでの認識に引きずられているのではないか、ということが考えられるのです。昨年の月例会でも言いましたけれども、衛生行政と専門家の認識の間に大分違いがあって、それは、やはり当時、長興専齋、後藤新平、長谷川泰という、衛生局長が医師であった時代が19世紀末までで、20世紀の初めにはもう法科万能主義になってしまっていて20年たっているというような状況で、実践としての衛生行政が、少なくとも衛生行政のトップにはどうも伝わっていなかった。いわゆる専門知としての衛生行政がどうも通用しづらい状況になっていて、インフルエンザに関する認識も甘くなっていたのではないか、ということが考えられるわけです。

前回の月例会と同じですけれども、スペインかぜの例は反面教師的ではあるんですけれども、衛生行政・公衆衛生においては、行政は、特に専門家、あるいは住民と、信頼関係を持ってコミュニケーションをきちんと取る、公正で科学的な情報をきちんと共有する、ということがやはり大事であって、それがどうも、スペインかぜに際しては上手くいかなかったのではなからうか、ということを教訓として考えております。

○渡部 ありがとうございます。逢見先生のお話、例会でも一度していただいて抄録が本誌に出ていると思いますが、今回レビューをもっと深く書いていただいているので、いろいろ興味があります。「悪い風に当たらないように」という言い方が、日本では風邪ですね。ただ、流行史が結構あって、明治以降は記録が何年かおきにあると思うのですが、多くの方が亡くなってしまうような風邪が約20年おきにはやったようですね。私はこのスペイン・インフルエンザも、医学生になってから、昔はインフルエンザでたくさん死んだという話を聞いたときに、そういうことはこれから

はあまりないだろうというふうに実は思っていたのです。インフルエンザ後の肺炎、これはウイルス性肺炎であったり、それからその後の混合細菌感染だったりすると思うのですが、今の先生のお話で、「かぜ」というくくりであまり重症なものとしては、インフルエンザが、従来使われていなかったというのが分かりました。総合討論のところ、またもっとお話が出ると思います。

1つだけ私から追加させていただきたいのは、この1918年、ちょうど第一次世界大戦のときですけども、そのときに小酒井不木という東北大学の助教授が官費で留学しています。彼はニューヨーク、ロンドン、グラスゴー、パリ、各地で、もともと結核病みの人ですが、それを抱えながら留学して、各地でインフルエンザにかかっているのです。急性期から治って日本によく帰ってきたのですが、教育職に復帰できず、その後作家になった人です。その人の本『闘病術』『私の病歴』を読むと、インフルエンザは全く重要な病気と認識しておられない。この人は医学者ですから、不思議な感じがして読んでいました。

○坂井 この頃、インフルエンザの病原体はまったく不明でした。コレラなど病原菌が幾つか分かかってきていましたが、ウイルスというものの存在がまだ全く分からない状態でした。細菌か何かなのだろうけれども、中途半端で、まだよく分からないという状態でしょう。

○逢見 実はその辺が、当時、北里柴三郎一門は、原因菌は“プファイエル菌”，今インフルエンザ菌と言われているもので、これで決まりだというふうに言っていましたし、それに対して東大の伝染病研究所の人たちがそうとも言い切れないと言って論争が行われていたところでした。当時まだ、細菌ではない何らかのものということも言われつつはあったんですけども、スペインかぜに関しては、細菌説を北里一派がかなり言ったということもありまして、細菌が原因だろうということになっていたのではないかと思います。

○坂井 今のコロナが出始めたところみたいに、正体不明で怖いよねという、不安感は当然あったと思います。

○渡部 坂井理事長、この9月号の表紙絵に流行性感冒ワクチンの広告、国会図書館のデジタルアーカイブから許可をとって『中外医事新報』の写真を載せさせていただきます。そこには、流行性感冒の原因かと考えられていた各種の細菌に対するワクチン広告が星製薬から大々的に出されています。効いたかどうか分かりませんが、複合感染に関してはちょっと効いたかもしれません。面白い広告を『中外医事新報』から見つけましたので、それを表紙絵に組んでもらうことにしました。

それでは、次は私・渡部の順番です。私は「近現代の感染症・予防と治療の史的概観」ということで、コロナまではなかなか来られないのですが、それ以前のところの話を、もうこれは教科書レベルで、研究者の方、それから専門家の方には笑われてしまうかもしれないのですが、まとめてみました。いろいろな参考書というか、一次資料というよりも二次資料が多いのですが、少し聞いてください。

コロナについて1つ不思議だなと今思っているのは、去年の2月1日より日本では指定感染症2類の届出対象疾患となり、毎週の感染症動向調査に公表がされていました。これが昨年中に患者として3万5,385人、それから今年の第11週（3月半ば）までに279人で、合わせて3万5,664人しか患者公表はないわけです。PCRを発明してノーベル賞をもらったキャリー・マリスさんは2019年に亡くなっておりませんが、いわゆる感染症の診断にPCRを使ってはいけないとが述べているということです。臨床医学では感染と感染症の発症が違ふということ、この届出患者数に注目していたのですが、3月の半ばから全く発表がなくなったのです。何のインフメーションもなしに、感染症発生動向調査のほうからなくなってしまったところが不思議で、感染研にメールを出しましたが、なしのつぶてです。日本の情報公開として、マスメディア経由の情報だけでいいのかなというふうにいつも思っております。

それと、今回のこのコロナについては飛沫感染と言われていますが、人口が増えて都市に人が集まって、どうしてもそういう人口密度が高くなる

ところは、空気の汚染度も上がるわけです。「空気感染」と言うと、医学的用語としては間違いかもしれませんが、そのような可能性はあるのだと思います。

新興感染症の脅威を警告する発言は、研究・教育・臨床の医学の世界・専門家の領域ではずっと広がっていたのですが、このような形で起こるとは、思われていなかったかと思います。SARSやMERSは同じコロナウイルスが原因ですが、ある程度初期の対応にて、ある意味成功したのに比べて今回のCOVID-19は失敗してしまったということです。これはなぜだろうというところが疑問として残ります。

いわゆるはやり病の流行というのは、国や地域が独立していた時代には、ある程度地域に局限して、時期をずらして起こったのだと思うのですね。ジェンナーの牛痘の最初の報告書「An Inquiry into The Causes and Effects of The Variolae Vaccinae」は、これはグロスタシャーの地方病だというような書き方で書いております。英国の王立協会には受け入れられないで、最初に自費出版したのが1798年です。ジェンナーの発明した、この牛痘接種というのは世界的には当時ナポレオン戦争下の大陸のほうに先に広まって、永島先生がおっしゃったようにイギリスではAnti-Vaccination Leagueができたりして、なかなか法律になるのに時間がかかっています。その、法律としての種痘法も、日本の明治の種痘法よりもずっともっとヒューマニティーのある法律のような気が私はいました。

ジェンナーは、これからお話が出ると思うのですが、中国・インド由来トルコからもたらされた、東洋由来の人痘術を既に受けていたということです。これは1721年、トルコのイギリス大使夫人モンターギュがロンドンに伝えていた人痘法であり、当時の医療に携わっている人の多くにはそういうことがあったようです。

その後、近現代になってくるわけですが、パスツールが、「同じ病に二度かかることがない」という人間の知恵から、前もって病に軽くかからせることにより罹患した病の重症化を防ぐ方法を多く

の疾病で実現して、その予防接種にジェンナーの業績として「Vaccine」という言葉を全てに使うことにしたということになります。何か病原体があるのだということに気付いて、いわゆる細菌・微生物ではないもの、当時は見えないウイルスによるものにも、例えば狂犬病の発症予防などにも成功しているわけです。

そして現代の医療につながるものとして、私は興味を持ってきたのは結核の問題なのですが、結核が感染症だということが分かったのもそんなに古い話ではなくて、コッホが1882年にコッホの4原則とともに、結核菌を見つけて発表してからということになります。この結核に対してはたくさんの治療法とか対応がとられたわけですが、私のレビューの図（各国の人口一万人に対する結核死亡累年比較）を見てください。一番上が日本です。1918年の山がインフルエンザ、世界を襲ったスペイン・インフルエンザのときの山ですね。結核死亡が日本は全然減らないできて、第二次世界大戦までいってしまうわけです。減少が遅かったのはフランス、イタリア。そのほかの国々は、第一次世界大戦で、インフルエンザの戦病死も含め、戦争中に市民で失われた数も多いと思うのです。ですがヨーロッパは、いわゆるサナトリウム、それから療養所をたくさんつくるといって抑え込む。それから生活環境の改善というのもあったと思うのですが、抑え込んでいたわけです。日本はここでの、それ以外の方法での対応となるわけですが遅かったと思います。結核にかかった兵隊がたくさんいては困る、国中で特に若い人が結核になってしまうことが困るということで、特に強くBCG研究がされました。これは生ワクチンですね。この研究が、ある意味では戦争後、新結核予防法ができて、国民皆保険に先がけて、結核予防法には療養の給付もつくような形でつくられ、ストマイの提供も受けて、外科手術後にペニシリンも使うことができるようになったこともあると思うのですが、やっぱり日本の結核の抑え込み、戦後の成功は、第二次世界大戦の前、戦中の研究が続いたところにあるような気が私にはしています。一方戦後早々にGHQの指令を受けて予防接

種法ができて、予防接種が相当強く行われた。日本人に使うワクチンは日本でつくれ、ということで、日本でみんなつくったわけです。だから、世界一厳しい予防接種法でした。

話が長くなってしまふとまずいのですが、今日は急性感染症 COVID-19 のテーマの会ですが、慢性感染症はいろいろな問題をずっと持ち続けるのだらうと思っております。今回、ワクチンは日本でできないが、輸入が充分できることになり、少し余裕ができて、台湾やほかの国にも提供しようなどという話になってきていますが、ワクチン・医薬品とか食物など、基本的なその国の人間を生かすためのものは、やっぱり国内でできるようになっていないとまずいと考えます。政治・経済は国民を向いていないといけないのではないかなと思っております。

1つ、逢見先生のお話の中でインフルエンザの話を追加したかったのですが、スペインかぜの30年くらい前に、明治の20年代だと思のですが、かぜの大流行がありました。

○逢見 旧ロシアかぜですね。

○渡部 そうですね。私の家族では、私の父の両親は、スペインかぜで亡くなったのです。その前のロシアかぜを生き延びた世代の曾祖父母、すなわち、おじいちゃん、おばあちゃんに、父の兄弟7人は育ててもらった。そういう話って私の家だけかなと思っていたら、ある知事さんが同じようなことを言っておられました。やっぱり風邪じゃないのだと思いました。

時間ないので、レビューのほうでは少し詳しく、細菌学とウイルス学から分子生物学、遺伝子解析のところまで、要点だけは書き込んでおきました。読んでいただくと幸いです。以上です。ありがとうございました。

永島さん、Anti-Vaccination League、イギリスは結構強力でしたね。大陸のほうが先に種痘がどんどん広まっていく。

○永島 そうですね。イギリスではようやく1850年代に乳児期の接種が義務化されたのですけれども、組織的な抵抗運動がありました。政府が「個人の自由」の領域に介入することへの反発とい

う、自由主義的な思潮との関連で論じられることが多いですね。

○渡部 1つ質問していいですか。牛痘の痘苗の話ですが、再帰牛痘苗でつくられるようになって、その後、明治30年代に朝鮮の仁川で自然発生的に牛の乳房にできた牛痘の痘漿を持ってきて、それと混ぜて痘苗を牛に植えてつくっていたというような記載を井口乗海の本で読んだのですが、最終的に世界から根絶されたときのウイルスは世界各国で少しずつ違うだらうと思うのですが、天然痘ワクチンはひとくくりにしていいのでしょうか。

○松村 ワクチンも単に打てばいいということだけではありませんし、もちろんワクチンの種類という問題もありますし、あと接種する技術も違いますよね。やっぱり打ち方によっても効いたり効かなかったりとかはありますから。そういう技術的な側面も、かなり相当丁寧に見ていかないとけないのかなという気はしています。

○渡部 ありがとうございます。永島先生、お願いします。永島先生には「歴史から考える疾病と社会経済との関係」ということで、これは非常に大局的なお話を伺えると思うのですが、よろしくお願いします。

○永島 私は経済学部で経済史の授業を担当しております。私自身の研究の出発点は産業革命期イギリスの経済社会ということでした。ただその中で、ロンドンなどの都市で上下水道などのインフラ整備や公衆衛生政策がどう進められたのかに興味を持ったことが、保健医療分野にも少し関わる研究の出発点になりました。それ以来、感染症と社会経済のあり方の関係について、研究者としても関心がありますし、経済史の授業の中でもそういう話を少し入れられないかということでやっております。そこで、その辺りのことを大雑把にまとめた文章を、今回座談会用のレビューとして提出させていただきました。

疫病と社会経済といっても、いろいろな論点がありえますが、大きくいえば、1つは社会経済状況とか経済発展のあり方が感染症流行にどんな影響を与えたか。例えばそれは、大航海時代以来のモノや人の動きであるとか、産業革命期以降の工

業化・都市化が、ペストやコレラのパンデミック化にどう影響を与えたか、あるいは腸チフスや結核など、常在型の感染症の消長とどう関わっていたか、などです。他方、感染症流行が当時の経済社会にどのような影響を与えたかという、その方向性の議論もしていく必要があると思います。

現在のコロナウイルス感染症の流行下で時に尖鋭的な対立として取り上げられることもある論点は、「感染症対策か、経済重視か」というものです。こういう問いの立て方は、歴史的にもずっとあったことでした。なんとか両者の折り合いをつけていくしかないわけですが、経済社会のあり方も、また医学をめぐる状況も現在とは異なる過去から、短絡的に教訓を引き出そうとすることには慎重であるべきと思う一方で、歴史を振り返ることは、やはりいろいろヒントを与えてくれるのではないかと思います。

私のレビューで取り上げたのは、先ほどの澤井先生のお話の後の時代になりますけれども、おもに西欧近世の重商主義の時代以降の検疫と経済活動との葛藤・協調の諸相の一端です。工業化や国際貿易の発展した19世紀のイギリスでは、とくに検疫に対する懐疑論が広まったようです。イギリス商工業界の自由貿易志向を背景に、検疫懐疑論を主張した一人が、エドウィン・チャドウィックでした。「検疫」対「経済活動」というところだけを切り取ってみれば、チャドウィックは明らかに経済活動のほうを重視しているわけですが、ただご承知のように、チャドウィック自身は国内で強力な衛生環境改革を進めようとしたので、その限りではチャドウィックは経済的自由主義の観点から批判を受ける存在でもありました。

端的に言えば、感染症対策といってもいろいろあるし、経済活動といってもいろいろあると。誰の、どういう活動に、いかなる感染症対策が影響するのか、というようなことを、丁寧に考える必要があるのかと思います。そのヒントを探ることは、医史や経済史を含む歴史研究の重要な役割となるのではないかと思います。

○渡部 ありがとうございます。これはなかなか結論の出ないことかもしれませんね。防疫にど

れくらい比重がおかれるかは、時代や状況によって異なることもあるということでしょうか。スペインかぜのときの日本についても、いろいろ断片的な記録はありますが、逢見先生がおっしゃったように、行政は、そんなことよりも第一次世界大戦の戦勝国になってうれしくなっていたようです。内務省の『流行性感冒』の報告書は今も東洋文庫で出ていて読むことは出来ますが、ヨーロッパ留学中の小酒井不木も、インフルエンザにかかって、と書いているだけなのですね。結核にかかりながら留学した人としては不思議な気がします。

○坂井 医学医療と社会・経済との関わりを非常に興味深く、新鮮な話として聞かせていただきました。現在の医学医療は、ここ30年ぐらいい経済・社会との関わりがますます深くなって、切り離せなくなっています。昔、医学だけを勉強して医者になれたわけですがけれども、今は医療費がどこから来るか、コロナで経済と医療とのせめぎ合いも先鋭化しています。今から10年、20年、30年たつと、高齢化で医療費は膨れていくに違いないので、それを誰がどうやって捻出するのかなども極めて大きな問題です。それを経済の面から、医学史の面から、永島先生に攻めていただけると面白いかなと、ちょっと欲張りかもしれませんが思いました。

○永島 論点がいっぱいあるので、ちょっと欲張り過ぎると結局何も論じないままになってしまうという……。

○松村 「論点がいっぱいある」ということですが、私が問題だと思うのは「科学(医学)・技術の正しい在り方があって、それを何か間違った考え方がねじ曲げてしまう」とか、そういう考え方で、例えば医学・医療が感染症に対するにはこういうやり方が正しいんだというふうに決め付けてしまうというのが一番危険なことだと思います。我々歴史家は、それこそいろいろな要素・論点があるということを明らかにしていくということこそが重要なのではないかなとは思っています。

○渡部 ありがとうございます。

では、町先生には、世界の中で東アジアの一番

東にある日本のルーツ、医学とか歴史のルーツはやっぱり中国だと思うのですが、「中国医学における流行性感染症に関する史料の紹介」というレビューです。大変に密度の濃い、これから勉強する人のために大変有意義な史料の紹介をさせていただいていると思いますので、この時期の話として、今日の最後を縮めていただきたいと思いますのですが、よろしくお願いします。

○町 レビューに記したことと重複を避けて、ポイントだけ補足的にお話します。古い流行病（感染症）の記録としてまず思い浮かべるのは2世紀末に張仲景によって著された『傷寒論』です。本来は何らかの流行病の治療のための書かれたのですが、読み継がれてくる中で、「傷寒」をすべての発熱性の流行病に当てはめて考えるようになったため、『傷寒論』の原型をとらえることを難しくしています。しかしこれは『傷寒論』に限った事ではない、洋の東西を問わず、古典には多かれ少なかれある問題であろうと思います。

傷寒という病気の原因は外から人体に侵入して進行すると考えられていますが、一方で、季節の巡り気の運行と関わっているとも考えている。人体内において病邪が進行する進行理論と説くとともに、病邪自体も陰陽五行に基づく季節の気の運行から影響を受けているという考えも当初からあります。

今日的な意味に近い意味で、いわゆる流行性感染症のための専門書が現れるのは、明代からと言われます。『傷寒論』は古くからありましたが、宋代に版刻されて漸く普及します。金元時代の戦乱や人口増加によって、従来の治療法では対応できない新しい感染症が頻発したらしく、そこから新しい医学理論が生み出され、流行性感染症の専門書としては明代に呉有性『温疫論』が生まれます。それが清代にも引き継がれて、温病学がさらに発展します。

清朝では温病学の細やかな理論化が進みますが、日本では温病学がさほど熱心に学ばれずに明治維新を迎える面があるように思います。それが今日、日本の伝統医学と中国の中医学との間に距離が生じている一因となっているように思います。

○渡部 町先生、ありがとうございました。中医と漢方の違いの1つ、日本は漢籍で江戸時代も西洋医学を勉強していた中で、この温病のところは日本ではそれほど根を張らなかつたような感じが、今の日本漢方と中医の違いだったことが初めて分かりました。ありがとうございました。

1つ質問をさせていただきたいのですが、人痘術についてですが、中国は、つい比較的現代まで——近代と言っているのか、それまで人痘のほうも行われていたというようなことも日本医史学雑誌の邵沛論文にもあるのですけれども、中国はいわゆる早苗法ですね。インドみたいに刀尖で切って痘苗を植えるのではなくて、かぶせたりかがせたりという方法だと思うのですが、これはいつ頃からあるのですか。

○町 松村先生のレビューの中にもありますが、典籍としては清代の『医宗金鑑』（1742）が人痘術の場合によく参考にされたと言われています。

○永島 中国史における感染症理解・治療法ということで、たいへん興味深いお話でした。これはありがちな質問になってしまっていますが、患者個人への治療のみならず、集団としての予防に言及している医家はいたのかどうか気になるところです。西洋史をやっていると、今の公衆衛生政策につながるいろいろな社会としての予防措置というのはヨーロッパ発祥であるというような感じで論じてしまいがちなのですが、果たして中国でそういう議論はなかったのかどうかを伺えればと思います。

○町 きちんと考えなければいけない問題ですけれども、従来の中国医学通史において「公衆衛生」が立項されてくるのは、今あげた清の『医宗金鑑』あたりからです。では、それ以前に公衆衛生的な考え方がなかったかと考えれば、「養生」＝セルフケアの考え方や技術は、これはもう中国医学の発生とともにあると言ってもよい古い考え方です。だから、養生と公衆衛生をどこでどう切り分けるのかという、その場合の論点をどのように考えたらよいか、私の方も教えていただきたいと思います。

○永島 大きな論点ですね。ありがとうございました。

○坂井 「傷寒」が何に当たるかについて、古くは流行性の感染症だとか、最近単に白血病だとかというようないろいろの同定がありました。そういう漢方の概念とヨーロッパ発の西洋医学の概念を結び付けるのは、非常に注意を要するし、困難なのは当然なことです。西洋医学の中でも、18世紀以前の西洋伝統医学での概念と現在の近代医学の概念が食い違っています。

疾患と症状と徴候というのは、現在、我々は疾患が病気の本体であって、症状と徴候というのはそれを診断するための手がかりというふうに思っていますけれども、実は18世紀までは疾患と症状が病気の本体でした。症状というのは下痢とかノドの痛みなど身体の機能の異常でこれが病気の本体とみなされ、疾患はその原因となる構造の変化とされるものですが、観察できない想像上のものでした。徴候というのは、それを診断するための手がかりでした。19世紀に入ったところから、同じdisease(疾患)、symptom(症状)、sign(徴候)と言われているものの意味が変わってしまいました。古い医学文書を読むときに大きな問題になってくるところです。

我々は「感染症」というテーマで話していますが、感染症というのは病原体が感染するということが前提となっています。病原体が見つかる以前は、感染症と呼ぶことに先ず問題があります。「流行病 epidemic disease」とか「疫病 plague」という形の現象としてまず知られて、何らかの伝染をすることが分かって「伝染病 contagious disease」になり、病原体が見つかった段階で「感染症 infectious disease」と断定できます。そうすると、中国医学の「傷寒」というのは、現在から見れば恐らく感染症だったのだろうけれども、中国医学の中でこういう病状の人たちというのを見たときに、それは果たして「感染症」と言っているのだろうかということに気にして見えています。

○渡部 坂井先生、私も頭の中を整理できたところです。澤井先生のところから始まって町先生のところまで、全部貫くような考え方を示していただいてありがとうございました。

坂井先生、1年後には世の中がまた変わって

るかもしれないような時代になってしまいました。最後に何か、締めていただければと思います。

○坂井 コロナの感染症で、本当に災難というか、大きな不幸でしたが、医学・医療がすごく社会から注目されるようになったというのは、一つ大きなことだと思います。

これから医学・医療と社会との結びつきがますます強くなる時代の中で、我々は医学の歴史をどのようにとらえていくのか。今から30~40年ぐらい前から医学がすごく大きく変わってきています。それ以前は病気がなかなかよく治せなかった。例えば、がんになっても、多くが死んでしまうという前提で、がん告知ができなかったのです。現在は画像診断や内視鏡で早期発見ができて、外科手術、抗がん剤、放射線などいろいろなあらゆる手だてを使って、がんがある程度治る、あるいはがんと共存して生きていく時代になりました。ちゃんと情報を患者に伝えて一緒に病気と闘っていかよという時代になってきたわけです。その結果、何が起こってきたかという、病院に行けば必ず病気を治してもらえると社会の側が思い込んでしまいました。

そういうところに新型コロナがやってきて、現代医学でも分からないんだ、大変だと、誰もが恐怖におののいていたのが去年の2~3月頃。だんだんコロナの正体や対処法が分かってくると、去年の2~3月より患者数や重症者数が多くなっても、比較的落ち着いています。感染者数が東京都で300人だったのが「少ない」と言って安心するぐらいの状態になってきています。

要するに、分からないことがすごく怖い。今は医学のエビデンスがあって、こういう治療手段があると言ってくれると、だんだん安心してくる。昔はそういうものがない時代が何百年、何千年も続いていて、その時々、医者はそれぞれ一生懸命治療をしていました。中国医学の理論であるとか、西洋古代の理論であるとか、そういう理論に基づいて教えられると、何となく信頼感を持って、それである程度治るものは治ります。ただ、しょせん治らないものだという前提があったので、不幸があってもじたばたしないという時代が

実はうんと長く続いていました。それが最近の30～40年は、医療技術が進歩して医学・医療で病気が治るようになってきたものだから、逆に医療・医学が少しでもうまくいかないことがあると、医療者が叱られることになり、医療・医学で分からないことが出てくると、みんな不安になってきます。

医学の長い歴史から現在の新型コロナを見ていると、あまり慌てなくていいのではないかと、医学・医療を信じましょう、そういうことを私は言いたいなと思っています。

○渡部 ありがとうございます。あまり慌てないほうがいいという気がしてきました。

日本は本当にそういう状態ですけれども、メディアの報道するヨーロッパの状況とか、ブラジル、インド、どうするんだということになっていたと思うのですが、何とかこのレベルから収束していくことを、1年足らずでワクチンができて、どのくらいの期間有効かはまだ不明ですが、重大な副反応もそれほど起こっていないようです。これは日本では国の予防接種法による臨時の予防接種で、それは国がちゃんと責任を取るという前提です。今のところ予防接種を受けることで重症化しないという様なことも言われ、何か日本では議論されながらも続けてきたBCGと同じようなものになってきたように私は感じております。

○永島 これまでの議論、そして今の坂井先生のお話を伺いながら考えさせられたことを少しだけ。医療関係者以外の一般の人々——私自身もその一人ですが——にとって、医学・医療の領域が、ある種ブラックボックスになっていて、何かそこに投げれば自動的に正しい答えが返ってくるのでは、というような感覚もあるかもしれません。ただ医学の中にも論争があり、医学者・保健医療関係者の間にもいろいろ見解の相違はあるし、わからないこともある。そういったことの歴史的なダイナミズムについて、医学史の研究者の中だけではなく、その外側にも議論が広がっていかねばよいな、というようなことを少し考えておりました。今さらながらの感想ですみません。

○渡部 このような座談会を会員の方々と行い記事にしたらどうかと編集委員会で発言したことが、編集委員と理事長で一応実現しました。歴史の学会として今後の意見の交換が発展する事を期待します。今日は、準備の段階から事務局の花輪さんどうもありがとうございました。理事長参加ありがとうございました。皆さん、お忙しいところにご苦勞かけました。

○町 それでは、これで座談会を閉じたいと思います。皆様、ありがとうございました。