

---

第1章

---

近代日本の身体感覚

栗山茂久・北澤一利〔編著〕

青弓社

戦前期東京における病気と身体経験

—「滝野川区健康調査」(昭和十三年)を手がかりに

鈴木晃仁

---

## 1 生理的身体・身体観・身体経験

現在の歴史系の学問で「身体（からだ）の歴史」と呼べるジャンルは盛況を極めているが、そのなかには大きく分けて三つのアプローチが存在している。第一に、身体そのものを研究する歴史家たちがいる。彼らは、出生や死亡といった人口学上の出来事のデータを計量的に分析する。あるいは、身長や体重などの歴史記録に残りやすい特徴に注目し、それらの時系列的な変動を吟味する。どの時代・地域であれ人間がヒトとして共有している生物学的な指標を取り出して、それを比較することができるといふ前提に立っている、という意味でこのアプローチは、普遍的な「生理的身体」を問題にしている。第二に、このような普遍的に実在する身体に対比される、局所的に構築される身体を問題にする歴史家たちが存在する。周知のようにこのヒストリオグラフィの最も大きなインスピレーションは、一九七〇年代のミシェル・フーコーのポレミックである。フーコーと彼に影響された歴史家たちが問題にしたのは、権力や学問や技術的な操作の対象として身体をまなざす作用、そしてそのような身体が構築される際の社会的・文化的な権力作用である。ここで問題にされているのは、対象として身体を捉える作用の歴史であり、語感はやや違うかもしれないが「身体観」の歴史であるといっている。第三に、九〇年代から現れてきた一群の先駆的な歴史研究は、身体をもつ主体自身が、自らの身体に関してもつ経験・感覚を分析することを試みてきた。彼らが

光を当てようとしているのは、主体の意識や感覚とは独立に存在する生理的な身体の変化の歴史でもなく、身体が外から構築され操作されるありさまの歴史でもない。内から経験され、感覚される身体（からだ）の歴史であり、親密に生きられた身体（からだ）の歴史、すなわち「身体経験」の歴史である。

第二と第三のヒストリオグラフィは、かつてはあまり区別されていなかった。マーク・ジェンナ（Mark Jenner）が指摘するように、身体に関する主体的な経験が研究されないうまま、身体を構築する力学だけが分析されて、それが身体（からだ）の歴史であると銘打たれることが多かった。内からの経験が不問に付されたまま外からの構築が注目される、いわばドーナツ型の枠組みのまま、フーコーの影響のもとで研究が華々しく進行していた。両者を明確に区別して扱わなければならない、という合意が歴史家の間に形成されはじめたのは、バーバラ・ドゥーデンの『女の皮膚の下』（井上茂子訳、藤原書店）やジェイムズ・ライリーの『Sick, not Dead』などが、当該時代の「身体観」から予想されるものとは全く違った「身体経験」が存在していたことを、それぞれ異なる時代・地域で全く異なる手法を用いながら鮮やかに実証したからだ。ドゥーデンは女性を、ライリーは労働者階級を対象にしたが、これらの対象はいずれも「身体観の歴史」での中心だった医者とは性別や階級が異なっているという意味で非エリートとくることができ、つまり彼らの仕事は、エリートがもっていた身体観とは異なった身体感覚を非エリートがもっていたことを説得的に証明することで、非エリートの世界はエリートによる操作だけでつくりだされるのではないという社会史の基本命題を再確認する意味ももっていた。

ドゥーデンやライリーの仕事を通じて、身体経験の歴史は身体観の歴史とは区別して探求されな

なければならないことがほぼ受け入れられ、かつて歴史家たちが漠然と前提していた命題の多くは、その妥当性が即座に否定されたわけではないが、新たな検証と分析を必要とする疑問に打ち直されることになった。血液循環論（＝身体観上の変化）のせいでヨーロッパ人の身体感覚が機械論的なものに変更されたせい（＝日本人の身体感覚が変化したなどという命題を、なんの疑問もたずに唱えることができる歴史家はいまや少数派だろう。かつての普遍的な身体と権力によって局所的に構築される身体という対立に加えて、外から構築される身体と親密に生きられる身体という区別が新たに立てられて、生理的身体—身体観—身体経験という三つの問題系があることが明らかになったからである。

この三つの問題系は、ほぼ同時期に医療の歴史が整理するに至った病氣—医学—患者という三つの問題系とほぼ同様に構造化されている。アメリカの医学史研究の泰斗であるチャールズ・ローゼンバーグは、「医術は三つのものから成り立っている——その三つとは、病氣と、患者と、医者である」というヒポクラテスの言葉を引いて、医学史はこの三つの問題を包摂して取り扱わなければならないことを改めて強調している。<sup>3</sup>この三者のなかで、病氣の歴史は、「疾病史」「疫学史」などという名称のもとで長い伝統をもった研究領域であり、近年の環境史の興隆の波に乗って再び急速に充実している。ここには、現代の生物学的な医学から導き出される知見はどのような地域・時代であれ適用できるはずである、という前提がある。ポッカッチョのフィレンツェであれ北里柴三郎の香港であれ、ペストはペストであって、その生物学的・疫学的なコアは原則として変わっていない

い、というわけである。一方で、この三十年ほどの医学の歴史の主流は、むしろこういった普遍史観に対抗して、相対主義・構築主義の立場をとっている。欧米はもちろん日本でも、少なくとも第一線の研究者たちの間では大なり小なり構築主義を意識した仕事がされている。この二つの問題系が医学史の研究領域として定着しているのに対して、患者の歴史という問題は、研究の視点として最も新しく導入されたものである。一九八〇年代にこの視点を最初に明示化して提唱し、患者の歴史を中心にして医療の歴史全体を捉え直した仕事を矢継ぎ早に発表したのは、ロンドンの旧ウェルカム研究所からイギリスと世界の医学史を牽引してきた故ロイ・ポーターである。ポーターが医学史に吹き込んだ新しい息吹は、「下からの歴史 (History from below)」と呼ばれた新しい社会史の方法とも重なって、九〇年代の欧米の新しい医学史研究の大きな駆動力となった。病氣という普遍的な生理学・病理学の言葉で語ることが（少なくともある側面では）可能な現象があり、それにかかった患者は、主体的な経験としてそれを病む。それを外から観察・理解する医学が、言説や操作的な介入によって病氣や患者を構成していく。先に述べた生理的身体—身体観—身体経験とはほぼ重なり合う構造をもつ三体問題を、近年の医学史は自らの問題として設定してきた。

言うまでもなく、この三分法はあくまで概念上の分類であって、現実には生理的身体—身体観—身体経験なり、病氣—医学—患者の三者は、複雑な仕組みでお互いがお互いを成立させあっているという関係にある。日本での身体感覚の近代化は（そう呼べる現象があったとして、そしてその内実がなんであれ）、生理的身体の近代化や身体観の近代化と無関係であると考える歴史家はまずいないだろう。常在する飢えや寄生虫、慢性的な痛みや不快感にさいなまれている伝統的な身体を内から

経験することは、私たちが現代の身体を経験するときとは根本的に異なった感覚を与えるのではないだろうか。また、身体観の変化に依じて、特に身体観が表現される語彙の変化に依じて、私たちの身体感覚も変化するのではないだろうか。疾病構造の変化は患者としての病氣の経験の様相を大きく変化させ、近代医学の概念は患者が病氣を経験する基本的な構造をつくりかえたのではないだろうか。身体・医療の歴史だけでなく、現象学を中心とする哲学的な考察、文化人類学者の観察などの蓄積のなかで、〈生理的身体―病氣〉〈身体観―医学〉、そして〈身体経験―患者〉の三者は密接に絡み合っていることが示されている。その一方で、身体経験―患者というのは、身体・病氣の生理的な側面や身体観・医学の概念に還元できない歴史的事象であることを繰り返し強調したい。生理から受ける規定と外から客体として身体を記述・構成する言説だけが、個々の人間が自らの身体を経験する枠組みを自動的につくりはしないからである。

以上のような抽象的な一般論から日本の身体史・医学史での〈近代化〉のヒストリオグラフィに目を向けたときに、生理的身体・身体観・身体経験の近代化の三つの問題群のうち、研究が進んでいて少なくとも大枠がわかっているのは、まず身体観・医学の歴史、ついで生理的身体・病氣の歴史である。江戸期に始まって明治期に本格化する西洋医学の日本への導入は、医学の近代化を語るときに最も重視されてきた枠組みである。この研究の充実については多言を要しないだろう。生理的身体が歴史学の本格的な対象として取り上げられることは意外に少なく、死亡率や身長データをを用いた斎藤修らの業績を除けば、その具体的なメカニズムが吟味されることは少ないが、近代から現代にかけて日本人の身体と病氣がどのように変化してきたかについて、私たちはおおまかなこ

とは知っている、あるいは知っていると思い込んでいる<sup>4)</sup>。第二次世界大戦後の平均余命の急激な伸長や体位・栄養状態の向上、疾病構造の転換などはわれわれの意識のなかで神話的なステータスを得ていると言っても過言ではない。それに対して、先に記したような意味での身体経験と患者の近代化の歴史は全く未開拓であると言ってもいい。

筆者がこの問題に取り組んでみようと思ったきっかけは、ある資料との出会いである。その資料とは、「滝野川区健康調査 傷病調査票」である。図1はこの調査票の片面である。このような調査票が、約二千枚残されていて、現在、東京都北区の小峯研究所が所蔵している。この詳細かつ膨大な調査票は、一九三八年（昭和十三年）五月一日から、翌年の四月三十日まで、東京の滝野川区（現在の北区の一部）でおこなわれた三百五十四世帯二千二百十五人を対象にした「滝野川区健康調査」を集計する過程で作られたものである<sup>5)</sup>。それぞれの調査票には、三つのカテゴリーの情報が記されている。①個人情報——どんな個人なのか、②世帯情報——その個人はどんな世帯に属しているのか、③傷病エピソード情報——いつ、どれだけの間、どのような傷病にかかり、どんな手段で治療して、どれだけのお金を使ったか。つまり、約二千人の個人について、その個人と個人が属する世帯の情報とともに、調査期間にどのように病氣を知覚し対処したか、という患者の行動を知ることが出来る資料である<sup>6)</sup>。この健康調査は現代の疫学の言葉で言うところの「主観的な」調査であって、調査の基本的な対象は、被調査者自身が自分は病氣だと主観的に知覚し、その判断に基づいて受けた療病行為の種類と内容である。主観的な疫学調査は、医師による診断に基づく客観的な調査と比べてその価値を低く見られることが多いが、その主観性を逆手に取って、患者の身体経験

日本の医療の「近代化」を、明治以降に本格的に導入された西洋医学に裏づけられた「専門化」と同一視していいとしたら、民間療法や信仰療法は、滝野川区健康調査にあげられた治療形態のなかでは非「近代化」的な医療の代表格だろう。正規の医学教育を受けた医者や神断ではなく、西洋医学が導入される以前から続いている伝統的な民間の知恵に基づく民間療法や、神仏の加護によって病気を治療しようとする信仰療法は、医学の近代化にとってのアンチテーゼと言ってもいい。小峯茂之による健康調査の報告書のなかでも、「原始的」「迷信的」「科学的根拠なき」といった、彼自身と当時の医者たちがこれらの療法を軽蔑していたことがうかがえる形容詞がふんだんに使われてい

## 2 民間療法と信仰療法

を分析することができないか、というのがこの研究の出発点だった。この資料の分析を通じて、傷病の自覚と治療の選択という患者の確病と受療行為から、身体感覚を読み取ることができるのではないか、そしてそれを生活水準や教育程度、職業、性別、年齢層といった指標と組み合わせる分析することで、ソリッドな実証の基盤をもつ身体感覚と患者の歴史を書くことが可能なのではないか。研究は端緒に終わったばかりだが、それでも一定範囲の結論を得ることはできた。そのなかから、近代日本の患者の行動とその背後にある身体経験に光を当てるような洞察のいくつかを選び、以下に点描的に提示する。

滝野川区健康調査 傷病調査表

図1 滝野川区健康調査 傷病調査表

る。

薬物・食餌・その他の民間療法で傷病を治療しているものは、人数でいうと千九百五十一人中二百七十五人（一四・一％）、エピソード件数でいうと四千五百五十九件中三百五十七件（八・六％）である。報告書の四十三表に「民間療法中薬物および家庭療法（民間薬物を含む）細別表」として掲げられているものを眺めると、風邪や咳など呼吸器系の疾患に「ミミズ」、下痢などの消化器系の疾患に「ゲンノシヨウコ」、感冒や麻疹（一九三九年「昭和十四年」の冬に滝野川地区を中心に流行した）に「金柑」などの民間療法として著名なものが目立つ。肺炎に「鯉の生き血」、肋膜炎に「蛇薬」や「スッポンの黒焼き」などの、現代の感性からするとグロテスクな、いかにも民間療法らしいものも見受けられる。しかし、数的に多いものは、「漢方薬」（内容は特定されていない）や「自分灸」など、買薬や療術などとの区別があまりないものや、「水・氷で冷やす」「カイロで温める」「塩水でうがい」といった単純なもので、民間療法と言ったときのステレオタイプに合致しないものである。むしろそういった「典型的」な民間療法はどちらかというと少数であると言っている。また、民間療法を用いたエピソードのうち、民間療法だけを使っているものは件数でいうと三百五十七件中百二件（二・八・六％）である。医師による治療と買薬による治療について同じ計算をしてみると、前者が六八％（七百四十七件中五百八件）、後者が八四・七％（三千百四件中二千六百二十九件）である。民間療法は、治療の中心として単独で用いられるよりも、ほかの型の療法と併用されて補助的に使用されることが多かったことがうかがえる。

いくつかの具体例も複合的・補助的な民間療法の使い方を示唆している。下田端の世帯番号十五

号のA家の妻B子（三十一歳）は、十二月からひびが切れて家庭薬のリスリンを二カ月使っていたが、症状が悪化して凍傷になると「みかんと卵とクチナシとキハダ」を混ぜて塗っている。同じく下田端二十四号のC家の妻D子（四十五歳）は、同じくリスリンと買薬のオゾを「ひびが切れた・しもやけ」に対して用いていたが、二カ月塗りつづけても治らないと、「柿のへた」を塗っている。これらは、薬では病状がなかなか好転しないときに民間療法を試してみる、という使い方がされていたことを示す例である。別の意味合いでの併用の例としては、下田端二十九号で工場を営む裕福なE家の長男で航空機会社に勤務していたF夫（十六歳）が八月に「風邪をこじらせて肋膜炎」になったときに、八円という大金を払って買った「蛇薬」がある。この民間療法は高価だったが、治療の中心というよりもむしろ、大規模でより高額な治療の試みの一つだった。長男のために、一家は思いつく治療法をすべて試みているかのような行動をとり、前述の蛇薬のほかに、医者にかかって、買薬を飲み、二十日間の転地療法をし、滋養物を取り、はては護符までもらっている。これらの費用を合計すると百二円十八銭にも達していて、費用の点から言っても蛇薬を買って服用するというアクションは受療行為の中心であったとは考えられない。

すなわち、一九三八年（昭和十三年）の滝野川での民間療法は、正統派医療に対抗するオルタナティブとしての旗印を鮮明にしていた十九世紀のイギリス・アメリカの代替医療とは異なり、明確な療法としてのアイデンティティをもたず、ほかのタイプの療法と組み合わせる折衷的に用いられていたと結論づけられる。そのせいか、町会費からみた生活程度と民間療法の使用頻度、あるいは世帯主の教育程度と民間療法の使用頻度の間には、明確な相関関係は表れない。民間療法は伝統的

表2 田端・下田端民間療法使用頻度（世帯主教育水準別）

下田端

世帯主教育水準	被調査人数	民間療法使用件数	一人当たり件数
小学校卒	243	22	0.09
専門・各種学校卒	22	3	0.13
中学卒以上	26	3	0.16
その他	19	1	0.05
合計	310	29	0.09

田端

世帯主教育水準	被調査人数	民間療法使用件数	一人当たり件数
小学校卒	180	14	0.08
専門・各種学校卒	32	1	0.03
中学卒以上	140	16	0.11
その他	-	-	-
合計	352	31	0.09

\*1、被調査者が所属する世帯の世帯主の教育水準を示した。  
 \*2、世帯主が女性のときには、高等女学校卒以上を中学卒以上とした。

一日十銭程度は必要だったことに比べると、非常に安価なものだった。こういった経済的な理由からか、あるいはなんらかの別の事情からか、G家は首尾一貫して民間療法を中心に治療行為を組み立てている数少ない事例である。一家の長男H夫が、大塚健康相談所で結核と診断されたときも、この一家は民間療法に固執して、百十一日間にわたってニンニク（結核の民間療法として一般的なものを）を用いた治療を試み、あるいは七十七日間にわたって電気療法（非医師による療術行為の一つ）を受けていた。入院という高度に医学化された、そして高価な処置をついに彼らが受け入れて選択したのは、警視庁主催の結核予防診療所で入院を勧め

表1 下田端民間療法使用頻度（町会費別）

町会費月額(円)	被調査人数	民間療法使用件数	一人当たり件数
0.0-0.25	105	7	0.07
0.3-0.4	103	10	0.10
0.5-	102	12	0.12
合計	310	29	0.09

\*1、被調査者が所属する世帯が支払っている町会費を示した。

ちで民間療法を用いている。いんだり、シヨウガをおろした汁に砂糖と湯を入れて飲むという、典型的な民間療法を多用するものだった。これらの民間療法の費用は一日当たり一銭から二銭で、G家がときおり用いていた買薬が

な習俗の残滓だという小峯の位置づけから予想される、所得が低い層や教育程度が低い層ほど民間療法をよく用いている現象はデータには表れていない。それどころか、下田端地区では生活水準が高い層のほうが若干多く民間療法を用いているし、田端・下田端の両地区で、教育水準が高いほうが頻繁に民間療法を用いている（表1、2）。所得水準や教育水準が高くなったからといって、医者がもつ民間療法への軽蔑と敵意を共有するようになるわけではない。

しかし、先にもふれたように、この調査の「民間療法」という分類自体に問題がないわけではないので、この分類を額面どおりに受け取ったデータの集計に基づく即断は禁物だろう。また、数は少ないが、受療行動を近代化する方向に向かっていない世帯が民間療法を多く用いている印象的な例もある。滝野川八十二号のG家がそんな世帯である。合計八畳の二間に夫婦と父、そして子供六人の計九人が暮らすという劣悪な居住環境にあって、G家は年間に一家で合計五十七件の傷病エピソードを記録しているが、そのうち四十四件はなんらかのかたその内実も、ミミズやドクダミ、あるいはスルメをいぶして臭気を嗅

表3 年齢階層別信仰療法利用者

年齢階層	人数
0-5	18
6-10	2
11-15	2
16-20	2
21-30	3
31-40	2
41-50	2
51-60	3
61+	1
合計	35

\*1. 田端・下田端・滝野川の三区だけを合計したものである。

な事例がどの程度一般的なのかという問題は、今後の分析にまたなければならぬ。

信仰療法については軽くふれるにとどめる。信仰療法の利用はきわめて少ないといっている。用いられたエピソードの件数でいうと四千五百五十九件中四十八件（一・二％）である。数のうえでは少ないが、信仰療法の利用には興味深い特徴が見取れる。一つは、特定の世帯が多数の信仰療法を利用した件数を記録していることである。たとえば「祈禱」を用いた三十一件のエピソードのうち、滝野川四十三号のI家が十八件、下田端四十七号のJ家が五件を記録し、この二世帯だけで七割以上を稼ぎ出している。この両家は、町会費から判断する生活水準ではともに低い。J家は消毒夫の夫以下、学校関係の記録がある三人（世帯主、妻、長男）はすべて尋常小学校卒という教育水準が低い世帯であるのに対して、I家は商店を営む母と娘二人がすべて高等女学校を卒業している高学歴世帯である。特にI家の女世帯主のK子（五十六歳）は、うがいをする塩も神社で加持を

してもらったものを使うという信心ぶりだった。I家の三人は年間で一度も医師にはかからず、民間療法と信仰療法を軸にすえて治療をおこなおうという、対抗的な医療の方針が明白に記録から読み取れる数少ない世帯である。もう一つの特徴は信仰療法がおこなわれた患者の年齢の偏りである。表3に掲げたとおり、信仰療法によって治療されたものの半分以上は五歳以下であり、この割合は全体の人口構成比と比べて著しく高い。信仰療法の対象は圧倒的に乳幼児に偏っていたと結論していい。一方で、同じ伝統的・非近代医学的な方法でありながら、民間療法の利用者にはこのような乳幼児への偏りは見られない。乳幼児の身体は信仰療法によって介入可能であり、いわば宗教的な力に対して開かれていたものとして捉えられていたのである。仮に、小峯らのように信仰療法を用いないことを近代化として捉えらるるとしたら、身体感覚の近代化は大人と子供では違うテンポで進んでいたのである。

### 3 買薬

薬の歴史は、近年の欧米での医学史研究の焦点の一つである。日本でも、好事家的だが確固とした研究の蓄積があり、その豊富な資料を素材に高水準の分析をおこなった研究が現れつつある。滝野川区健康調査は、これまでの研究が用いてきた薬そのものや処方、売薬の広告などの資料とは違い、利用者の状況が詳細にわかるユニークなもので、今後の分析によって薬の歴史の未研究の側面



表4 三区買薬利用件数

救命丸	116	良治散	24
メンソレータム	102	ウサイ角	23
実母散	61	赤玉	23
オゾ	46	ノーシン	21
トクホン	42	大学目薬	20
妙布	40	タコの吸出し	19
実効散	37	水絆創膏	17
ワカモト	32	六神丸	17
トヤマ風邪薬	28	アンマ膏	16
回効散	25	龍角散	16

\*1、田端・下田端・滝野川の三区だけを合計した。

をいくつか教えてくれる。まず、伝統薬と新しい薬の拮抗である。一位の救命丸と三位の実母散は、いずれもブランドネームとしては江戸時代に創業された薬である。江戸時代から配置薬の代名詞だった富山の売薬は、単品としては風邪薬が九位に入っているだけだが、「富山」と銘打ったさまざまな薬（腹薬、熱さまし、風邪頓服、腹頓服など）は、合計で二百二十六件も使われている。赤玉、六神丸などもブランドネームとしては古い。一方で、明治・大正期以降に発売されたメンソレータム、オゾ、トクホン、ワカモトなども上位に入っている。特に、第二位のメンソレータムは、アメリカのメンソレータム社から得た販売許可のもと、アメリカ人W・M・ヴォリーズが一九二〇年（大正九年）に売り出した、国産ではあ

に光が当てられるだろう。

民間療法と信仰療法が補助的でマイナーな治療形態だったのとは対照的に、買薬による治療は、健康調査の対象になった人々にとって治療の柱だった。買薬による治療件数がずばぬけて多かっただけでなく、「買薬のみによる」治療の割合が高く、買薬が単独で治療を担うことが多かった。『報告書』によれば、四千五百五十九件のエピソードのうち、買薬だけで対処されているのは二千六百二十九件で全体の三分の二弱を占め、買薬がほかの治療法と併用されているものも含めると三千四百四十二件、全体の四分の三になる。医師だけによる治療は五百八件、医師とほかの形態が併用されているものを含めても七百四十七件、それぞれエピソード全体の約一二％、一八％であることを考えると、いかに買薬が滝野川の人々の受療行為の中心だったかが浮き彫りになる。<sup>10)</sup>

買薬が医師に対してこのように優越している現況を、『報告書』のなかで小峯が批判的に捉えているのは当然だろう。患者が自由に購買するイニシアティブをもつ買薬という治療形態は、専門家支配にとつてきわめて目ざわりである。また、小峯自身が別の書物で書いているように、ことに当時の東京では開業医の黄金時代は過去のものになり、全国でも激しい医者たちの過当競争が起きていた。<sup>11)</sup>入院などの大口の収入がない多くの開業医にとつては、収入の主たるものは薬代であり、医師にとつて買薬は隠れた競争相手だった。さらに、小峯の言葉借りれば「民衆が疾病に対し薬物依存の観念よりして徒に慣習的に買薬を頼り、あれこれと服用し（略）遂にはその時機を失して疾病を悪化増進せしむるが如き」実態は、滝野川区健康調査がおこなわれたそもその目標である医療の統制経済にとつての躓きの石になる。「臨戦体制下の今日、かかるごとき医薬の浪費・無統

りながら半ば外来の家庭薬である<sup>(13)</sup>。想像をたくましくすると、主な有効成分であるメンソールが与える爽快感は、消毒用のアルコール（衛生材料）としてしばしば使われていた<sup>(14)</sup>が与える冷涼な感覚と重なると同時に、医学的な清潔感と共鳴したのかもしれない。

拮抗はしているが、新来薬と伝統薬の使われ方には大きな違いがある。切り傷や虫刺され、おできやしもやけなどの外科的な傷病にはメンソレータムやオゾなどの新しいブランドの薬が使われている、風邪や下痢などの内科的な病氣に対しては、救命丸と実母散を筆頭にする伝統あるブランドが使われている、というパターンである。外科的な傷病に対して伝統薬がなかったわけではないのだから、新製品の買薬の市場の占有は皮膚の表面につける薬から始まっている。ある疾患に対してどのようなブランドイメージの買薬を選ぶのかということが、人々の身体感覚の指標の一つであるという仮定をあえてすれば、皮膚の表面と体内では、身体感覚の西歐化の進み方が違ったということが出来る。

また救命丸と実母散という上位の伝統薬は、それぞれ乳幼児と成人女性について「万病に効く」薬だったことも注目に値する。内科系の疾患について使われたほかの薬で上位を占めているものについてはいえば、実効散は風邪、ワカモトと赤玉は胃腸系の病氣といった具合に、病氣の種類、あるいは不調の部位によってははっきりと買薬が使い分けられている。富山の何々と銘打たれている薬も、呼吸器系と消化器系に対してははっきりと区別して名前がつけられている。それに対して、救命丸は「風邪」「熱」「下痢」「お腹が痛い」などといった風邪系と消化器系の病氣にまたがって使われている、また実母散は「出産」による不快な症状や「風邪」「頭が痛い」「頭が重い」「体がだるい」な

どの多様な病氣と愁訴に対して用いられている。乳幼児と成人女性には万病薬が存在したのに対して、成人男性にはそれに対応する使用頻度が高い万病薬はないのである。

この特徴をどう解釈すればいいのか、現在の段階では即断を控えなければならぬが、示唆的な事実が一つある。それは、乳幼児の病氣が表現されるときには「虫が強い」、成人女性の場合には「冷え」という、古い医学的な語彙と概念が残っているが、成人男性にはそれに対応するものが見当たらないことである<sup>(15)</sup>。このことと乳幼児と成人女性には万病薬が存在したことをあわせて考えると、成人男性ではすでに消滅していた古い医学の語彙・概念とそれに基づいた治療法は、乳幼児と成人女性には残っていたということの意味するのかもしれない。信仰療法が子供に偏って使われたことも、女性と子供の身体経験は、成人男性の場合よりも近代化のテンポが遅かったことの一つの論拠になるだろう。もしこの推測が事実ならば、かつてジャック・ドンズロが主張したような医学的権力が家庭に浸透していくときのモデル、すなわち女性と子供、特に母親と新生児の身体のケアを突破口にして、家父長の権力にかわって医学専門家の権力が家庭に浸透するというモデルから予想される事態とは微妙なずれがある<sup>(16)</sup>。冒頭で、権力が規定する身体観に忠実に反応して身体経験のあり方が変わるのでないと述べたが、身体経験の構造線の一つが、身体をめぐる権力関係であることは確実だろう。啓蒙活動などのマクロな言説の網の目や、家庭内の意思決定のメカニズムなどのミクロな力関係と、女性・子供の身体経験の変化（あるいはその不在）を問う作業が必要であることを、大人と子供、男性と女性の治療行動の違いは改めて示唆している。

## 4 病気の閾値

最後に「病気の閾値」の問題についてふれる。病気の閾値という概念を医学史研究のなかで正面から取り上げて論じたのは、管見が及ぶかぎりではエドワード・シヨーターが最初である。シヨーターは十九世紀から二十世紀にかけて、人々が病気だと考える身体の変調の範囲が拡大した、と論じている。シヨーターが患者の近代化・ポスト近代化と呼ぶ過程に伴って、それまでは病気と見なされることなく我慢されていた、あるいは意識・感覚さえされなかったマイナーな症状が人々の意識に上り、病気だと知覚されるようになる。つまり、近代化された世界に住む人々は、自らの身体の不調に対してより感度が高くなっているのである。近・現代の医療では、病気のインフレーションが起きている、と言い換えることもできるだろう。かつては、耐えがたいほど激しい痛みなどを与えたり、あるいは生命を危険に晒したりするような深刻な症状だけが「病気」として知覚されたが、現在では比較的軽い苦痛、あるいは不快感しか与えないようなマイナーな不調も病気扱いされている。これは、病気と知覚されるための閾値が下がり、病気の範囲がインフレーションを起こして膨張しているためだというのが、シヨーターらの議論のあらましである。この議論は、客観的に観察・診断できる生理的身体の健康・病気状態と、主観的に感じられる身体経験における病気の基準は重なり合っていないという冒頭に掲げた図式の重要性を再確認させてくれる。

しかし、病気の閾値の歴史の研究には、方法論と資料の両面で根本的な困難がつきまとっている。「自分を病気だと思うかどうか」という心性の歴史の方法と「閾値の低下」を測定する計量的な方法という、現代の歴史学における両極ともいえる二つの方法論をどうやってつなぐのか、という方法論的問題、そしてそれを可能にする資料がそもそも存在するのか、という資料的な限界である。

滝野川区健康調査は、その豊かな情報量と二千人というサンプルの大きさから、病気の閾値を計量的に測り、それを所得や教育程度、職業などに結び付けて理解する、患者の歴史にとっての重要な突破口になりうる。それと同時に、これまでの病気の閾値の歴史研究につきまとっていた原理的な困難はやはり存在する。つまり、最も単純化して考えても、客観的な身体状態と主観的な意識が組み合わさって、ある身体の変調のエピソードを「病気」だと知覚して治療を求めかどうかが決まってくる。ある個人が頻繁に受療行動をとっていたときに、身体そのものが病弱なのか、それとも病気の閾値が低いからなのか、という二つの可能性が存在する。つまり、滝野川区健康調査で、ある個人の傷病と治療のエピソードの頻度は、(少なくとも)二つの変数が決めているのである。しかし、将来的には、たとえば同時代の「客観的」健康調査などを参考にして、この二つの変数を解きほぐして病気の閾値だけ取り出すことは、不可能ではないだろう。

まず、病気の閾値の問題が大きくかわって傷病エピソードの頻度に影響を与えていることが明らかなのは、年齢階層別の傷病の頻度である。表5は、年齢階層別に、滝野川・田端・下田端の三区を合計して、一人当たりの傷病件数(エピソードの数)と、一人当たりの傷病治療日数(治療日数の合計)を示したものである。そのうち、傷病件数をグラフ化すると(図2)、乳幼児期(〇―五歳)

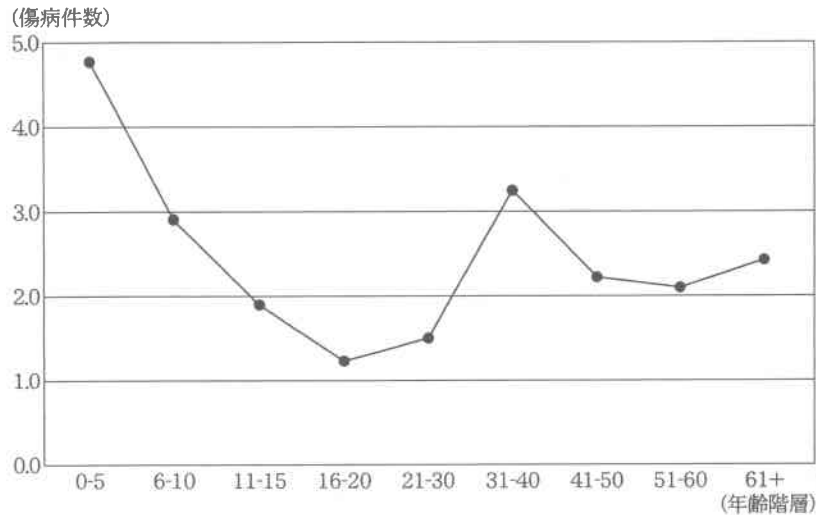


図2 傷病件数

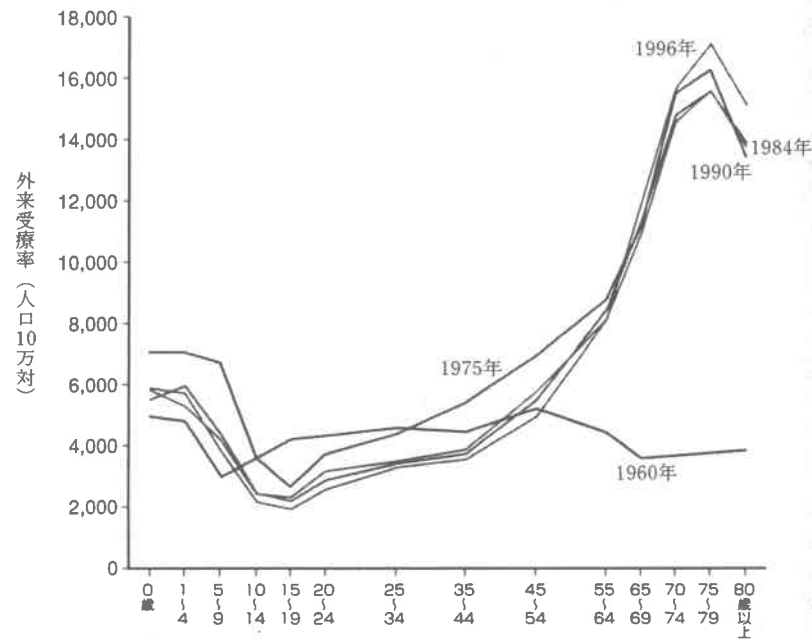


図3 年齢階層別の外来受診率

表5 一人当たり傷病件数と日数

年齢階層	傷病件数	傷病日数
0-5	4.8	52.2
6-10	2.9	34.4
11-15	1.9	23.8
16-20	1.2	27.0
21-30	1.4	30.6
31-40	3.2	59.1
41-50	2.2	51.5
51-60	2.1	52.6
61+	2.4	59.7
合計	2.4	40.4

\*1、田端・下田端・滝野川の三区合計。

査の傷病頻度と、戦後の厚生省による患者調査の外来受診率を単純に比較することはもちろんできないが、両者を比較すると、共通点と相違点が現れてくる。乳幼児期によく病気になる、というのが共通点であり、現代の患者調査に見られる高齢層での受診率の急激な上昇にあたるものが一九三八年（昭和十三年）の滝野川区健康調査には見られない、というのが相違点である。

滝野川区健康調査の傷病頻度と現在の外来受診率とはどちらも、おのおの年齢階層の客観的な健康と病気、あるいは生理的体の状態をそのまま反映したものではなく、いずれも病気の閾値の上下が関与したものだだろう。健康と病気の状態を客観的に測定することが可能だと仮定すると——これは反実仮想に近い仮定だが——、そのグラフの形はどちらかと言えば現代の受診率のそれに近いV字型になるだろう。年齢階層別の死亡率の推移のパターンは、乳幼児と高齢者は総じて不健康で

と壮年期（三十一—四十歳）に二つのピークがある型を描く。この年齢階層別の傷病頻度のパターンは、現在のそれと大きく違うものである。図3は、厚生省が実施してきた「患者調査」の年齢階層別の外来受診率である。たとえば一九九六年の外来受診率は、乳幼児期のピークから加齢に伴って下降し、二十歳代から反転して加齢に伴って加速度的に受診率は上昇してきて、全体としては、右辺が非常に高くなっている歪んだV字型になっている。滝野川区健康調

あり病気になりやすいことを示唆している。三十代の人間と五十代の人間の傷病頻度がほとんど変わらない、あるいは三十代のほうがかえって高いという滝野川区健康調査の結果は、二つのグループでの病気の閾値の違いがはたらいで、客観的な病気の状態が描くV字型が歪められているのではないかという仮説へとわれわれを導く。滝野川区健康調査の対象になった人口では、中年から高齢層の病気の閾値が高かったため、人生の後半部に当然見られるだろう傷病頻度の上昇が抑えられた、と言い換えることもできる。それと同時に、現代の高齢層に見られる指数関数的な受診率の上昇も、必ずしも客観的な病気の頻度そのものの上昇をそのまま反映してはいないこともほぼ確かだろう。このグループでは、さまざまな理由による病気のインフレーションも起きているのではないかと考えられるからである。

この考察が正しいとすれば、滝野川区健康調査でなぜ中年・高齢層の傷病頻度が低く抑えられたのか、という問いが成り立つ。当時五十代だった明治生まれの人間と、三十代だった大正生まれの人間の違い、という世代的なファクターもはたらいでいるかもしれない。歯を食いしばって刻苦勉勵して近代国家建設に邁進した世代と、大正デモクラシーの雰囲気の中で人格形成の時期を過ごした世代では、おのおの罹病行動と病気の閾値が異なるという説明は、少なくとも考慮に値する。しかし、図3の一九六〇年（昭和三十五年）の受診率が滝野川区健康調査の傷病頻度と似たようなV字の右辺の上昇が抑えられてつづれた形になっていることを考えると、世代的な説明とは異なった仮説、すなわち人生の後半部では加齢とともに病気の閾値が上がり罹病行動を抑えるような社会と世帯の力学がはたらいでいた、という仮説も成り立つだろう。

年齢階層別の傷病頻度をさらに性別で見ると、別の可能性と複雑さが示唆される。図4を見ると、乳幼児期から二十歳まではおのおの年齢階層で男女差はごく小さい。大きな差がつくのは二十歳以降である。二十一歳から三十歳で男性では傷病頻度の下降が続くが、女性ではこの年齢階層でカーブが反転して上昇が始まる。三十一歳から四十歳で男性の傷病頻度も反転上昇するが、さらに大きな伸びを見せる女性には追いつかない。男性・女性ともに、傷病頻度は三十一歳から四十歳がピークで、それ以降は六十歳まで下降していく。六十一歳以上のグループで、両性の傷病頻度は再びほぼ同じくらいになる。このパターンはさまざまな推測を誘い、ここでも生理的な身体と主観的な身体経験の問題は絡み合う。二十歳代というごく若い時期に、女性の傷病頻度だけが高くなるのはなぜだろうか？ この年齢階層で出産という生理的な営みを始めるようになることが関係していることは確実である。出産自体が傷病一回にカウントされることに加えて、出産の前には生理的な変化とそれが引き起こす不調が伴う。二十歳代で出産や流産をした十人（うち人工流産二人）の女性の傷病頻度は平均すると一人当たり四・二件で、それらを経験しない女性の傷病頻度（一・七件）に比べて約二・五倍の件数の傷病に罹患している<sup>18</sup>。しかし、出産という条件を取り除いても、なおかつ女性の傷病頻度には興味深いパターンが存在する。調査期間中には出産を経験しなかった二十代の女性の傷病頻度は、同年代の男性のそれ（〇・八件）の二倍以上であることをまず確認したい。出産という生理的な現象とそれに伴う生理的な変化だけが二十歳代の女性全体の傷病頻度を上げているのではないことは確かである。さらに、出産しなかった女性を、既婚・未婚と就業・無就業で分けてみると、結婚している女性は未婚の女性よりも傷病頻度が高く、職業についていると記載さ

表7 出産非経験者の傷病頻度

	人数	傷病件数	一人当たり件数
未婚	50	57	1.1
既婚	37	94	2.5
合計	87	151	1.7
本業あり	44	51	1.2
本業なし	43	100	2.3
合計	87	151	1.7

\*1、田端・下田端・滝野川の三区だけを合計したデータである。

れている女性は、記載がない女性よりも傷病頻度が低い(表7)。結婚には、女性を自らの身体の変調に対して敏感にさせて病気の閾値を下げ、より多くの病気を自覚させるような何かがあったのだろうか?あるいは、婚家に入って自身の身体の不調を表明することにはなんらかの疾病利得があったのだろうか?逆に職業は女性の意識を自らの身体からそらしたのだろうか?結婚と女性が賃金労働から離れるという現象は深く関連していたので、両者を区別して論じることが難しいが、いずれにせよ、二十代の女性の傷病頻度が急に上昇していることの背後には、彼女たちの生理的体身に起きた変化もはたらいっていたが、それと同時に、結婚や退職といった彼女たちの社会的な状況の変化からくる主観的な変化も大きく作用していたことは明らかである。

この論理を延長すると、出産がないという生理的なアドバンテージだけでなく、たとえば「就業」という状態がもっている病気の閾値を上げる作用が男性にもはたらいて、二十歳以降の男性(ほとんどが職業をもっている)の傷病頻度を女性のそれよりも低く抑えていたのだろうか?推測は尽きないが、現在の分析の段階ではどれも憶測に留まらざるをえない。しかし、男性と女性の傷病頻度の差においても、生理的身体と主観的な身体経験の双方が絡み合って、病気そのもの

表6 男女別年齢階層別傷病頻度

年齢階層	男			女		
	人数	傷病件数	一人当たり件数	人数	傷病件数	一人当たり件数
0-5	96	473	4.9	87	391	4.5
6-10	78	230	2.9	90	258	2.9
11-15	109	199	1.8	97	187	1.9
16-20	134	168	1.3	103	112	1.1
21-30	108	85	0.8	97	198	2.0
31-40	73	173	2.4	109	414	3.8
41-50	95	145	1.5	70	214	3.1
51-60	48	55	1.1	37	111	3.0
61+	32	63	2.0	28	75	2.7
合計	773	1591	2.1	718	1960	2.7

\*1、田端・下田端・滝野川の合計である。

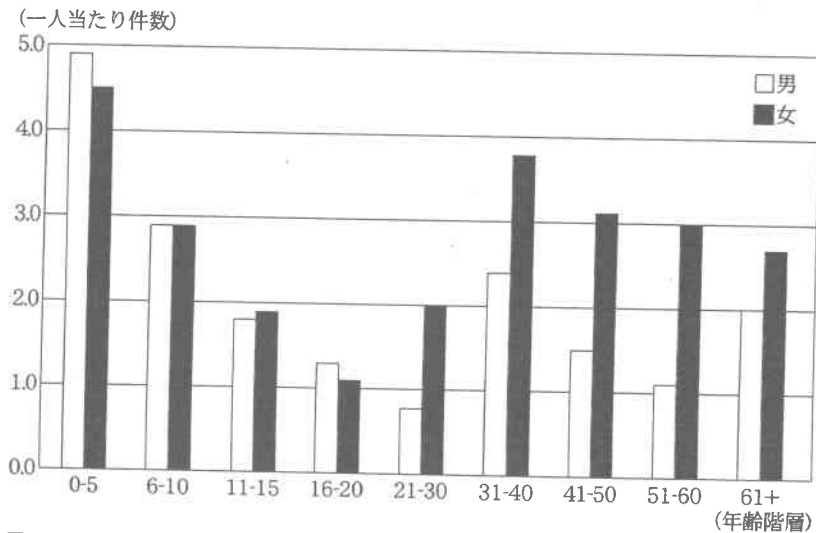


図4 男女別年齢階層別傷病頻度

とそれを知覚して病人になるという二つの問題系があったことは確実だろう。

## 5 まとめにかえて

以上に提示したのは、筆者の研究のきわめて初期の段階での途中報告と点描にすぎない。〈身体感覚〉あるいは〈主観的に経験された病気〉という曖昧模糊としたものを、病気を知覚してその知覚に基づいて行動するその質的な差異と豊かさを生かしたままソリッドな社会史の対象として扱おうというのが滝野川区健康調査を用いた筆者の研究の最終的な狙いであり、本章はその作業の速報的な性格が強いものである。この段階で明らかになったことは、〈身体感覚の近代化〉と呼ばれる現象があったとしたら、それは著しく複雑なメカニズムをもっていった、ということである。個人差はもとより、男性か女性か、職業があるのかないのか、大人なのか子供なのか、身体の表面なのか内部なのか、といった事情で、身体感覚の近代化の様相は大きく変わっていったにちがいない、ということ滝野川区健康調査のデータは示唆している。将来的には、このデータを精緻に分析すること、ほかの計量的・質的な資料を組み合わせて考察することで、日本の身体経験の近代化を明らかにしたいと筆者は願っている。

注

- (1) Mark Jenner and Bertrand O. Taite, "The Historiographical Body," in Roger Cooter and John Pickstone eds., *Companion to Medicine in the Twentieth Century*, Routledge, 2000, pp.187-200. 見田宗介／内田隆三／市野川容孝編『〈身体〉は何を語るのか』（新世社、二〇〇三年）、石塚久郎／鈴木晃仁『身体医文化論——感覚と欲望』（慶應義塾大学出版会、二〇〇二年）、武藤浩史／樽沼範久『運動＋（反）成長——身体医文化論Ⅱ』（慶應義塾大学出版会、二〇〇三年）など。
- (2) Barbara Duden, *The Women beneath the Skin: a Doctor's Patients in Eighteenth-Century Germany*, translated by Thomas Dunlap, Harvard University Press, 1991, James Riley, *Sick, Not Dead: The Health of British Workmen during the Mortality Decline*, Johns Hopkins University Press, 1997, Severine Pilloud and Micheline Louis-Courvoisier, "The Intimate Experience of the Body in the Eighteenth Century: Between Interiority and Exteriority," *Medical History*, 47, 2003, pp.451-472. ヴァーデンとライリーの仕事の意義については、以下の拙稿で若干ふれた。鈴木晃仁「医学と医療の歴史」、斎藤修ほか編『社会経済史学の課題と展望』（有斐閣、二〇〇二年、四二六—四三九ページ）。
- (3) Charles E. Rosenberg, *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine*, Cambridge U.P., 1992, p.305.
- (4) 日本でのこの領域の牽引者である斎藤の研究は多いが、比較的新しいものとして、斎藤修「開発と疾病」、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、二〇〇一年、四五—七四ページ）などを参照してほしい。
- (5) 「滝野川区健康調査」は、筆者が知るかぎりでは、歴史研究者によって分析されたことはもとより、

そういう調査が実施されたことさえ現在ではほとんど知られていない。現在、筆者はこのデータに基づく研究を準備している。調査の概要については、小峯茂之『滝野川区健康調査報告書』（一九四一年）を参照してほしい。

(6) この傷病と治療の記録はいわゆる日記形式によるもので、(1)各世帯が傷病に関する日誌をつける、(2)任命された調査員が定期的な世帯を訪問し、日記をもとに不明な点は各個人に質問して傷病とその治療の状況を記録する、(3)調査が終了したあとに、傷病の記録を一人につき一枚作られた「傷病調査票」にまとめて写し取る、というステップを経て作成された。それぞれの世帯がつけていた日誌と調査員が作っていたにちがいない中間的な記録はいっさい保存されていない。傷病調査票の完成とともに廃棄されたと推察される。

(7) 前掲『滝野川区健康調査報告書』九九―一〇〇ページ

(8) 歴史的な個人の情報の保護というのは難しい問題だが、この論文では、町会、世帯番号、世帯の職業（ぼかした言い方をしている）、世帯内の地位、年齢などは事実どおりに記し、氏名は創作するという方針をとった。

(9) 田代和生『江戸時代朝鮮薬材調査の研究』（慶應義塾大学出版会、一九九九年）が近年の優れた研究の好例だろう。

(10) このデータは、前掲『滝野川区健康調査報告書』第五表によった。

(11) 小峯茂之『我が国に於ける医療報酬及び医薬品統制』克誠堂書店、一九三五年

(12) 前掲『滝野川区健康調査報告書』九五―九六ページ

(13) メンソレータムについては、岩原侑『青い目の近江商人メレル・ヴォーリズ』（文芸社、一九九七年）を参照した。

(14) 「冷え」については、本書第2章を参照のこと。

(15) Jacques Donzelot, *The Policing of Families*, trans. by Robert Hurley, Hutchinson, 1979.

(16) Edward Shorter, *Doctors and Their Patients: a Social History*, 2nd. ed., Transaction Publishers, 1991. ショーター流の議論に対する批判については、Riley, op.cit., pp.197-202が優れている。

(17) 傷病一件当たりの治療所用日数は、〇歳から五歳が十・九日、三十一歳から四十歳が十八・二日、五十一歳から六十歳が二十五・五日、六十一歳以上が二十五・二日である。

(18) この傷病頻度の上昇は、しかし単純な生理的な変化だけに帰すべきではないだろう。妊婦や産婦が自分の体を大切にすることを奨励される、という社会的な病気の閾値の低下が絡んでいる可能性は高い。

(19) 病院での長い待ち時間に慣れている現代のわれわれは、仕事をしていると医者にいつている暇がなかったと考えがちだが、療病行為の約三分の二が短時間ですむ買薬だったことを考えると、このファクターははたらいっていないと考えていいだろう。