

論文

戦時期日本における結核集団検診と「既感染健康者」の生成*

塩野麻子**

キーワード：医学史、結核、集団検診、総力戦体制、身体管理

はじめに

本稿は、戦時期日本の結核集団検診およびそれによる被検者の分類について検討するものである。1930年代から終戦までの戦時期において、国家的な対応を行うべき問題として結核が注目されるようになり、結核に対する国の取り組みが急速に進んだ。1940年に国民体力法が制定されてからは、従来の感染防止を主とした施策に代わって「集団検診」による結核病者および発病危険者の「早期発見」といった積極的な対策が推し進められた。

近代日本の結核対策については、1930年代までの結核対策について検討を行った青木純一¹⁾、結核政策と医学研究体制との関わりを検討した常石敬一²⁾、結核病者の療養環境に着目した北川扶生子³⁾などの研究成果がある。これらの研究は、それぞれの観点から近代日本の結核対策の諸相を明らかにした点において注目される一方で、その射程は戦時期の結核対策に及んでいない⁴⁾。

その点で重要な意味をもつのが、ウィリアム・ジョンストンの研究である⁵⁾。ジョンストンは明治期から戦後にかけての結核政策について包括的な記述を行い、結核が国家の存亡をわける問題として認識された戦時期に初めて対策が本格化した経緯を明らかにしている。一方で、ジョンストンの記述は問題提起としての側面が強く、その内容も概説的なものにとどまっている。そのため、戦時期の結核対策がどのように展開したのか、それがどのような意味をもったのかについて、微視的な検討を加える必要がある。

以上を踏まえて、本稿では戦時期の結核対策のなかでもとくに集団検診に注目し、全人口的な集団検診が実現する経緯を明らかにするとともに、人口を分類し国民の健康を管理する技術がどのような意義をもったのかを考察する。

まず、集団検診の背景として、1930年代における衛生政策の方針転換を概観するとともに、結核をめぐる日本の医学的研究、具体的には、結核の初感染発病説の確立とX線間接撮影法を用いた結核検診に関する研究を検討する。日本の結核史に関する先行研究では、結核をめぐる医学的認識、医療技術と実際の結核政策との関係は分析の俎上にのせられることがなかった。しかし、後述するように、結核に関する日本の医学研究は欧米とは異なった経緯をたどっている。政策としての集団検診のみではなく、その医学的文脈も検討することで、戦時期日本の結核政策の特質を明らかにすることができる。

* 受理日：2021年11月30日 採択日：2022年4月21日

** 立命館大学大学院先端総合学術研究科／日本学術振興会 Email: asanono1546@gmail.com

そのうえで、国民体力法下の集団検診がどのように準備され実施されたのかを検討する。これまで、国民体力法を基本法とする国民体力管理制度は「健兵健民」政策の一環として取りあげられ、運用のあり方については、被管理者の対象設定やその基底にある「軍国主義」的な理念に関心が集まっている⁶⁾。一方、高岡裕之は「健兵健民」政策のもとで行われた施策として、筋骨薄弱者・結核要注意者の養護と体力強化をめざした健民修練事業（1943年）にも着目している⁷⁾。また、美馬達哉は総力戦体制と「リスクの国民化」を論じるなかで国民体力法下の結核対策に言及し、これを「健常人に対する医学的監視の拡大」として位置づけている⁸⁾。しかし、集団検診を基軸とした全人口的な監視が結核の医学との関係でどのように構築されたのかについては、実証的には明らかにされていない。

そこで本稿では、国民体力法下の集団検診で設けられた「既感染健康者」という分類項に着目する。後述するように、戦時期の集団検診は、病気の罹患や異状の有無、そして病原菌の感染状況に応じて被検者を分類した。そのなかで、結核に既に感染しており病気に対する「免疫」をもつとされた「既感染健康者」は結核予防上もっとも望ましい状態にある者として重視された。そのため「既感染健康者」に対しては、単に結核を発病する可能性が低いのみではない、特別な意味が付与された。結核に対して最も安全と目された者へのこのような意味づけから、戦時期の結核集団検診の特質について検討する。

1. 来るべき総力戦への準備と結核「早期発見」への模索

1.1. 1930年代における衛生政策の転換

第一次世界大戦における戦争形態の抜本的な変化を目の当たりにしてから、日本は来るべき「総力戦」のための備えに迫られた。第一次世界大戦が国家のあらゆる人的・物的資源を動員する「量の戦争」⁹⁾となったことは、日本の指導者層を震撼させた。今後の戦争はより徹底された「総力戦」になるという予測は日本でも共有され、来るべき戦争で動員する国民総体の力を常に把握しかつそれを向上させることが国家の喫緊の課題として浮上した¹⁰⁾。そうしたなかで結核は、国民総体の力の向上を妨げるものとして注目を浴びた¹¹⁾。

それまでの結核対策は、結核予防法（1919年）を含めて、あくまで消毒や結核罹患接客業者の従業禁止、公立療養所の設置による結核患者の「隔離」といった感染防止策に終始していた。結核死亡率が頂点に達し、結核の蔓延は近代化のもたらした政治的・社会的問題であることが知識人から糾弾された1910年代においてさえも政府は結核に高い関心を示さなかった。W. ジョンストンはこれを指摘し、政府が疫病を対策すべき脅威とみなすかどうかは社会的文脈に左右されるものであると論じている¹²⁾。1930年代に入りようやく結核の蔓延が国家の問題として注目されると、それまでの「ささやかな感染防止」¹³⁾が見直されるようになった。

1931年6月に東京市が大塚健康相談所を開設したのを皮切りに、全国各地に公立健康相談所が設立され、行政主導の結核予防相談事業が本格化した¹⁴⁾。健康相談所は欧州の結核予防相談所「ヂスペンサリー（dispensary）」をモデルとしたものであり、結核に関する相談や診療、患者の入院斡旋、患者やその家族の保健指導、結核予防に関する知識の普及などを担った¹⁵⁾。健康相談所の設立は、結核対策の中心を病者や発病危険者の早期発見、そして発病危険者の発病防止に移行させる土台のひとつになった。

また結核の蔓延が国民体力の向上を妨げることを憂慮した政府は「結核の根本対策を早急に検討して実施すること」とし¹⁶⁾、1933年1月21日に内務大臣は保健衛生調査会に対して結核の根本対策を諮問した。翌年2月27日、保健衛生調査会は答申を行い、結核病床の増床、結核予防相談所の拡充、結核発病防止施設の拡充など10項目について建議した¹⁷⁾。保健衛生調査会による答申は

結核対策を国策として遂行すべきことを強調したものであり、のちの結核政策に役立てられた。

1937年には結核政策に関する2つの法律、改正結核予防法と保健所法が制定された。改正結核予防法は「環境上病毒伝播ノ虞アリト認ム」患者の届出などを新たに課したほか、従来は貧困患者のみだった公立療養所の入所対象者を「環境上病毒伝播ノ虞アル結核患者ニシテ予防上特ニ必要ト認ムルモノ」まで拡大した。しかし法の「感染防止」という基本的な性格は変わらず、実効性はほとんどなかったという¹⁸⁾。

結核対策の新たな基礎として期待されたのは、むしろ保健所法とこれに伴う結核予防相談事業の法制度化だった。保健所法は全道府県に保健所の設置を定め、結核予防に関する保健指導の体制を整えた。保健所は健康相談所の機能を引き継ぎ、結核対策事業の前線に立った。このころから結核の早期発見・早期治療のスローガンが強調され、保健所は、予防医学的な局面を担う機関として期待された。

このような結核政策の一連の進展について『医制百年史』は、同年代の母子衛生行政や栄養行政などとあわせて、防疫を根幹とし取締りに重点を置く「消極的衛生行政」から、国民の健康増進を目的とし保健指導に重きを置く「積極的衛生行政」へ転換したと評する¹⁹⁾。上記にみた過程を踏まえるならば「積極的衛生行政」は人々の健康を国家の介入すべき領域に移行させたとみることができる。このようにして国民全体にはたらきかける結核対策の土台が整えられた。

1.2. 初感染発病説の提唱

結核集団検診が実現した背景としてもうひとつ重要なのが、日本の結核病学界における結核の感染と発病に関する新たな学説「初感染発病説」の提唱である。

20世紀初頭からの西欧では、ツベルクリン反応（以下ツ反）を用いた疫学調査で小児に高い陽性率が認められたことから、人口のほとんどが小児期のうちに結核菌に感染し、青年期に体内の菌に対する抵抗力が弱くなるか再び結核菌に感染することで発病するという、結核の小児期感染説が支持されていた。日本でも、人口のほとんどが結核感染を経過するというこの説が受け入れられ、行政が行う防疫的な結核対策とは別に、すでに体内に潜伏している結核菌を生涯にわたって統御する結核の発病予防の方途が模索された²⁰⁾。同時に、国内でもツ反を用いた疫学調査が行われ、年齢別、地域別のツ反成績が蓄積された。しかしそれらの成績は、結核の小児期感染説に反して、日本では必ずしも小児期に結核感染を完了しないというものだった²¹⁾。

結核の小児期感染説が適用され得ないとする仮説は様々なかたちで検証された。大正末期に、当時東京市療養所医員だった岡治道²²⁾は病理解剖を通じて結核の初期変化群に関する調査を行い、その成績から、少なくとも日本では青年期に結核感染を受け感染に引き続き発病する者が多いという仮説をたてた²³⁾。また海軍軍医の小林義雄²⁴⁾はツ反を用いて海軍入隊者の結核感染および発病を追跡し、入隊時は隊員の半数以上が結核未感染者だったこと、結核を発病した隊員はツ反陽転後2-4ヶ月後に病症が現れていたことなどを確認した²⁵⁾。発病を誘発する要因としては、過度の労働などによる身体的・精神的「過労」が考えられていた。

これらの調査研究をうけて1932年に岡は結核の感染と発病に関する国内外の研究を総括し、結核の発病は初感染に引き続き起こるものであるとする初感染発病説を確立させた²⁶⁾。この総括で岡は、集団的なツ反検査等結核検診による初感染の追跡、およびツ反陽転後の養護・生活指導を中心とした過労防止による結核予防体系を提唱した²⁷⁾。岡の「体系」はのちの結核政策、すなわち集団検診による初感染者の早期発見とその発病防止の理論的土台になった²⁸⁾。

2. 「結核集団検診」の体系化とその試験的運用

2.1. X線間接撮影法の開発と「集団検診」研究

岡による結核予防体系の提唱を受けて、国内でも集団的な結核検診の方途が摸索されるようになったが、その方向性を決定づけたのが1936年のX線間接撮影法の開発である。間接撮影法とはX線像を蛍光板に写しそれを写真機で縮小撮影する方法である。間接撮影法はフィルムに直接X線像をつくる直接撮影法に比して設備が小型で、撮影にかかる費用が安価だったため、短時間で大人数の撮影を行うことができた。

X線間接撮影法は1936年頃にブラジルと日本で開発された。まずブラジルでは医師マニュエル・ド・アブルーがX線間接撮影法を用いた結核検診を実施した。ド・アブルーの撮影法はほどなくして西欧で紹介され、これを用いた集団的な検査が行われるようになった²⁹⁾。その代表例がナチス親衛隊(以下SS)放射線技師ハンス・ホルフェルダーによる結核検診である。ホルフェルダーはSS作戦本部内にSSレントゲン大隊(SS-Röntgensturmbann)を創設し、1938年にはSSレントゲン大隊が親衛隊員約1万人に対して、翌年にはメクレンブルク州とポメラニア州の住民約64万人にX線間接撮影を行った³⁰⁾。

日本では東北帝国大学の古賀良彦がX線間接撮影法を開発しこれを1936年の日本結核病学会総会で報告した³¹⁾。結核の早期発見・早期治療が叫ばれていたなかで開発された間接撮影法は、ひろく注目を集めた。古賀の撮影法は大学や陸海軍などでいち早く試用され、X線間接撮影法の技術的改良が進められた³²⁾。

こうしたなか、X線間接撮影法を用いた集団的な結核検査を「結核集団検診」として体系化したのが、大阪帝国大学の今村荒男³³⁾である。1937年に『日本医事新報』に掲載した論考で今村はReihenuntersuchung、Gruppenuntersuchung、Serienuntersuchungを「集団検診」と訳し、欧米で徐々に試みられている結核の集団検診を紹介した³⁴⁾。当時、欧米においてもひろく健康者を対象とした検診は未曾有の試みであり、集団結核検診の普及自体は1940年代を待たねばならなかった。そのため、国外で行われつつある集団検診を日本語で紹介し、集団検診が今後の結核対策の鍵を握るという見通しをたてた今村の報告は、国内の医学者らに歓迎された³⁵⁾。

つづいて1940年の日本結核病学会で今村は、疫学調査のため自らが1930年代に行った検診(32集団106842人)に関して宿題報告を行った。報告では、X線間接撮影法を活用することで一見健康と思われる集団から短時間で「結核患者」を抽出できること、未感染者の少なくない日本においては、事前にツ反検査を行い間接撮影の対象をツ反陽性者にしぼることで検診の能率が向上することを今村は報告した³⁶⁾。そこで今村が「全診療機関ハ、患者ノ来ルヲ待タズ、進ンデ之ヲ捜シ出シ、早期治療、発病予防、伝染予防等ヲ講ズル」という、全人口的な集団検診の理念を打ち出した³⁷⁾。

このようにして今村は、国内で結核の集団検診が実用化される際の検診手順やX線撮影対象者の選定方法などを体系化した。今村が体系化した「結核集団検診」は、今村による訳語である「集団検診」とともに、戦時期日本の結核検診に採用されることになった。

2.2. 令旨奉体結核予防国民運動

1938年、国民体力の向上を狙いに厚生省が発足し、それまでは内務省が担当していた衛生行政は厚生省に移管された。厚生省の当面の使命は、結核病者・発病危険者の早期発見を基軸とした結核対策の樹立に向けられ、集団検診の実用化にむけた取り組みが推し進められた³⁸⁾。しかし、前述したように、健康人も巻き込んだ集団検診は世界的にみても未曾有の試みであり、その運用上の問題は欧米でも議論されていた³⁹⁾。そのため日本でも、実用化を前に試験的に集団検診を行うこと

が強く求められていた。

こうしたなか 1939 年 4 月 28 日、香淳皇后から、結核の予防ならびに治療に関する資金 50 万円とともに「近時結核ノ蔓延甚シク其ノ国力ニ及ホス影響ノ大イナルニ鑑ミ誠ニ憂慮ニ堪ヘサルナリ」との令旨が発せられた。この令旨を受けて、政府は結核予防行政の強化のため、結核予防会、国民精神総動員中央連盟とともに結核予防に関する知識の普及を図る「令旨奉体結核予防国民運動」の実施を決定し、同年 11 月 14 日から全国に展開した⁴⁰⁾。

令旨奉体結核予防国民運動の主な内容は結核予防に関する啓蒙の徹底、住環境の改善、心身鍛練や規則正しい生活の推進だったが、これに「健康診断の励行」が含まれていた。同運動では、既存の健康相談所や保健所を最大限に活用するとともに健康相談所の新設をすすめ、ひろく健常者に健康診断を受診させることが目指された⁴¹⁾。

そのため、令旨奉体結核予防国民運動にあわせて各地で、官公署や会社の勤務者、工場労働者、学校生徒など集団生活者に対する結核検診が試みられた。例えば厚生省では、職員 1438 人に対して結核検診が行われた。検診では職員全員にツ反検査を行い、陽性者に対しては X 線透視を、透視で何らかの異状を認められた者に対してはさらに X 線撮影を行った⁴²⁾。この試験的運用の様子について『日本公衆保健協会雑誌』に掲載された記事「厚生省内結核調査」には、次のようにある。

先づ、ツ反が行はれて、赤血球沈降速度検査のために血液が採取せられた。課員は夫々内ひどく動揺してゐる。X 線透視が行はれた。益々戦々兢兢として来た。陽性がいゝのか、陰性はどうか？ 自分のが如何だか、聞いて来て呉れないかと質問急である⁴³⁾。

この記事から、無自覚の疾病なるものを診断することが被検者の目にいかに異様にうつっていたのかをうかがい知ることができる。厚生省の検診では 148 人の結核病者（内開放性結核病者 24 人）が検出され、発病に気づかない「無自覚性結核」病者が顕在化したことが関係者をひどく驚かせた⁴⁴⁾。検診の試験的運用によって、集団検診こそが結核病者を摘出し国民全体の健康を増進させるという確信が深まった⁴⁵⁾。

3. 国民体力管理制度と結核集団検診の実用化

3.1. 国民体力法

ここまで述べてきた一連の準備を経て 1940 年から始まったのが、国民体力法を基本法とする国民体力管理制度である。国民体力法は未成年者の体力管理を制度化した法律として知られるが、同法の制定は結核対策においても「非常に大きな転換」と評すべきものだった⁴⁶⁾。結核の初感染発病説が施策の基盤となり、ツ反検査による初感染の特定そして X 線間接撮影による発病者の早期発見が制度化されたからである。

国民体力法は、未成年者に対する毎年 1 回の体力検査（身体計測・運動機能検査・疾病異常検診）を定めた。国は体力検査の結果に応じて被検者に「必要なる措置」を行うことができるとされた。疾病異状検診としてはとくに結核に重点が置かれ、被管理者に対するツ反検査、ツ反陽性者に対する X 線間接撮影が義務づけられた⁴⁷⁾。同法では体力検査および体力向上や療養に関する指導などを担う国民体力管理医が設置された。国民体力管理医に専任される者の多くは開業医・開業歯科医であり、2 年の任期のあいだ体力管理の医務に従事した⁴⁸⁾。

施行に際しては勅令によって対象者が満 17 歳から 19 歳男子に絞られた。これについて先行研究では、青年男子の優先と「健兵」のイデオロギーとをひもづける理解が一般的である⁴⁹⁾。たしかに国民体力管理制度は戦時政策の一環で実現した制度である。しかし、審議の過程を振り返ると国民

体力管理制度を「健兵」のイデオロギーのみに還元することは難しい。当時厚生大臣だった吉田茂は第75回貴族院国民体力管理法特別委員会でのように発言している。

今日考へて居リマスコトノ概要ヲ申上ゲテ置キタイト思ヒマス、初年度ハ17歳カラ19歳迄、其ノ次ノ年ニ下ノ方ヲ広ゲマシテ14カラ19ト云フ所ニ致シマス、其ノ次ノ年ニハ乳幼児ノ方ハ満1歳未満ノ者、ソレカラ併セテ少年以上ハ矢張り14カラ19ノ者、是レ両方ヲヤル〔中略〕10年後ニ於キマシテ全部、赤ン坊カラ19歳迄、男モ女モ見ヨウ、左様ナ心構ヲ持ッテ居ルノデアリマスガ、是ハ唯今持ッテ居リマスホンノ試案デゴザイマシテ、明年度17カラ19迄ノ男ダケヲ診ルト云フコトハ、是ハ予算計画ト併セテ今日考へて居リマスル⁵⁰⁾

吉田の述べるところによれば、10年がかりで被管理者の範囲を0-19歳男女まで拡大させるのが政府の計画であり、予算の都合上まずは満17歳から19歳までの男子から集団的な体力検査を施行するというものであった。政府は、徴兵の有無に関わらず未成年男女を体力管理・結核管理の対象にすることを見据えていた。

このことは、厚生省による結核予防法改正の取り組みからもうかがうことができる。厚生省は1940年秋ごろから結核予防法の全面的な改正を企図し、法案を準備していた。その内容は結核集団検診の対象者拡大、すなわち工場・鉱山など集団作業を行う労働者、結核患者の家族、寄宿舎などで集団生活を行っている者、理髪店、劇場、デパートなど「蔓延伝播のおそれある場所」で勤務する者に対する結核検診の義務化を含んでいた。厚生省は改正結核予防法案を1941年1月に開かれる第76回帝国議会で提出することを目指した。

改正結核予防法案はメディアからも高く注目された。例えば朝日新聞は、1940年10月13日の1面に「結核予防法、全面的に改正 積極的対策を採用」と題する記事を掲載し、改正結核予防法案を「従来の消極的態度を一擲、積極的予防対策を採用することとなつたもの」と評価した。ひろく集団生活者にはたらきかけた積極的な結核政策に朝日新聞は大きな期待を寄せていた⁵¹⁾。

しかしながら、法案の提出は実現されなかった。それは第76回議会在、新体制運動が開始して初めての議会だったことと関係がある。1月22日の本会議で衆議院は、政府は戦時体制の強化に注力し議会もこの目的に協賛すべきとする「戦時体制強化ニ関スル決議案」を可決し、国务大臣の指針方針演説に対する一般質疑を取り止めた⁵²⁾。決議を受けて政府は、提出予定法案を大幅に削減した。これによって改正結核予防法案は提出が見送られた⁵³⁾。

以上からは、法改正の実現には至らなかったものの、青年男子に加えて不特定多数の人々と接し得る集団生活者に対してひろく結核集団検診を行うことが目指されていたことがわかる。実際に、国民体力法が施行されて以降、ツ反とX線撮影による結核集団検診は様々な集団に拡大していった。徴兵身体検査⁵⁴⁾、児童・学生等の身体検査⁵⁵⁾、工場法にもとづく健康診断⁵⁶⁾、官業従業員に対する健康診断⁵⁷⁾はそのごく一部である。当時技術院参技官だった山岡克巳は、定期的な集団検診とそれにもとづく生活指導の体制を「健康管理」と名づけ、次のように評価した。

要するに健康管理は最新の医学的予防方法を総合して、これを家庭生活、集団生活、広くは国民生活と緊密に結合させ、これを統制ある有機的な組織に編成して、結核予防を完遂しやうとする企図であつて、今後の結核予防は正にこの大道に沿つて進めらるべきものである⁵⁸⁾。

山岡の述べるところによれば「健康管理」とは人口全体の健康を結核予防の見地から管理する体制である。そのような「健康管理」の性格は1941年に集団検診方法が統一されることで一層強固な

ものになった。

3.2. 検診方法の統一と「既感染健康者」の登場

1941年12月8日、厚生省は各地方長官に対して「結核二関スル集団検診規準ノ件」を通知した（1941年12月8日予発第914号庁府県長官宛厚生省予防局長、厚生省人口局長、厚生省労働局長、保険院社会保険局長通牒）。この通知は、結核の集団検診が実用化されたのを踏まえて、検診方法やこれによる被検者の分類を統一したものである⁵⁹⁾。

「結核二関スル集団検診規準ノ件」（以下「規準」）は検診の方法を次のように定めた。まず、被検者全員に対してツ反検査を施行する。ツベルクリン注射から48時間後、発赤部位の直径を測ることで反応の結果を判定する。発赤径が10mm以上は陽性、5mm以上10mm未満は疑陽性、5mm未満は陰性と判定される⁶⁰⁾。以前の検診で陽性だった者はツ反検査の必要がない。

陽性ないしは疑陽性と判定された者に対してX線間接撮影（やむを得なければX線透視）を行う。間接撮影で異状が確認された者に対してはさらにX線直接撮影・赤沈検査・聴打診検査を行い、病変がみられた場合は喀痰検査等によって菌の存在を確認する。以上が検診の大まかな手順とされた。

検診によって、被検者は4つの区分、①「未感染者」（ツ反陰性者、ツ反疑陽性者で病変が認められない者）②「既感染健康者」（ツ反陽性転化後一ヶ年以上経過して病変が認められない者、既往の結核病変が「完全治癒」したと認められた者）③「結核発病ノ虞アル者（陽性転化発見後一ヶ年以内ノ者／肋膜炎回復後一ヶ年以内ノ者／結核ヲ疑ハシムル陰影消失後一ヶ年以内ノ者）」④「結核患者（非活動性患者・非開放性患者／活動性患者・開放性患者）」に分類された。

この分類は、ふたつの点において画期的であった。第一に、以前は医師の裁量に任されていた被検者の分類に統一的な規準が設けられたことである。第二に、これがとくに重要な点だが、未感染者ではなく、初感染から1ヶ年を無事に越した者に初めて「健康者」の名を与えたことである。未感染者は、たとえ病原菌の侵入を受けておらず特別な異常がないとしても、将来発病する可能性が残されている以上、あくまで仮初めの健康者に過ぎない。

このような認識は、厚生省が一般国民向けに「規準」を解説した「集団検診 結核予防を組織的に」（1941年）⁶¹⁾で明確に打ち出されている。この解説で、厚生省は「規準」で定められた分類「未感染者」「結核発病ノ虞アル者（陽性転化発見後一ヶ年以内ノ者）」「既感染健康者」をそれぞれ「まだ結核に感染して居ない人」「結核に感染したばかりの人」「結核初感染を無事に経過した人」と、一般国民に分かりやすい表現に言い換えている。そのうえで各区分の生活方針や必要な注意を次のように提示する。

まず、検診の結果「まだ結核に感染して居ない人」は、勤労や鍛錬を行うことに問題はないが「時々ツ反を調べて結核感染の有無に注意」しなければならない。ツ反が陽性に転化した「結核に感染したばかりの人」は、結核発病の危険がもっとも高い時期にある。そのあいだは鍛錬を控え「無理をせず休養睡眠を充分にとる」。心身の過労は結核の発病を誘発するため、自身の疲労に注意を払わなければならない。同時に「時々エックス線検査等の精密健康診断を受け」発病を監視する必要がある。このようにして初感染後1年を異状なく過ごせば「結核初感染を無事に経過した人」に移る。

「結核初感染を無事に経過した人」は結核に対して「最も安全」である。結核の発病について注意すべきことは特になく「思ふ存分働くがいい」。すなわち「結核初感染を無事に経過した人」は、結核発病の心配がほとんどないため、心身の疲労等をさほど気にせずに勤労や鍛錬に邁進することができるという。このように説明された「既感染健康者」という人口集団は、戦時期の結核対策においてどのような意義をもっていたのか。次節では、集団検診の啓発に目を転じ、集団検診に関する知識が国民にどのように発信されたのかを追うとともに、啓発的な言説が「既感染健康者」にど

のような意味を付与していったのかを検討する。

4. 集団検診の啓発と「既感染健康者」

4.1. 集団検診に対する国民の「誤解」とその是正

わずか2-3年で急速に拡大した集団検診を遂行するにあたって喫緊の課題となっていたのが、国民に検診に関する「正しい知識」を身につけさせることであった。集団検診が始まってからまもなく、国民のあいだに結核検診とくにツ反検査に関する誤った理解が広まったことが問題になっていた。すなわち、多くの被検者がツ反陽性を結核の罹患と捉えてしまったのである。国民体力管理医として検診に携わっていた戸田亨は、自らが「感染すなわち発病」という被検者の思い込みを解くために奔走する様子を次のように書き記している。

最近私が国民体力検査に際し、マントウ反応陽性なる壮丁に対してその〔引用者注——陽性になった〕理由を試みに尋ねてみると殆んど全部が肺結核に感染してゐると自覚し悲痛な面持ちをなし憂慮に堪えぬといふ恐怖者となつてゐる事実である。〔中略〕何等杞憂すべきものでもないことを懇々説明してやつて程々安堵した顔であるが、中には非常に興奮して神経質になつてゐる者も見受けられた⁶²⁾。

このように記しながら戸田は「この国民体力検査に使用するツベルクリン皮膚反応は精神的に全国壮丁に対し甚だしき打撃を与へるものではないか」と嘆息する⁶³⁾。

ツ反をめぐる国民の誤解という問題は全国の公衆衛生従事者にも共有されていた。1940年6月の地方衛生技術官事務打合会議では、厚生省に対して「ツ反陽性即ち結核と云ふが如き誤解を生じ易い。一般向きの解説の如きものを本省に於て作成されし」との要望が出された⁶⁴⁾。またツ反の陽性転化者すなわち発病危険者に対する養護などについても具体的な法的規定がなく、検診の結果に応じた健康管理をどのように国民に実践させるのかも課題になっていた。

そこで翌1941年から、厚生省や結核予防会などが中心となって一般向けの啓発書や小冊子を刊行し、結核の集団検診に関する知識が積極的に発信されるようになった。例えば、結核予防会『工場会社の結核を集団検診に依り治癒ませう』(1941年)は集団検診について「本人の自覚や、検査を受け度いといふ希望などの有無に係らず、又外見が丈夫さうに見えやうが弱さうであらうがその様なことにも関係なく」集団の構成員全てが検診を受けることの意義を強調する⁶⁵⁾。ツ反検査については次のように解説している。

先づ集団の全員に就てツベルクリン検査を施行すれば、その集団生活者は結核に感染してゐる人と、未だ感染してゐない人とに二大別される。反応の出ない人は仮令瘦せてゐても、又微熱などがあつても、先づ結核ではないと云ふことが出来る。反応の陽性者は結核に感染したところのある人であるが、結核の場合、感染しても発病する人はむしろ小部分で他は発病せず、従つてツ反が陽性でも結核患者ではないのである⁶⁶⁾。

この記述は、2点の重要な指摘を含んでいる。第一にツ反陽性は病気の発病を意味しないこと、第二にツ反検査による裏付けがない限り外見や自覚的な「異状」は結核の症状として認められないことである。とくに第二の点について厚生省『健康報国療養道』(1942年)は、結核集団検診の役割は無自覚の結核患者を抽出するとともに、自身を結核患者であると信じ「大事な仕事を放擲してブラ／＼してゐる」「所謂新結核恐怖症」者の盲信を一掃することにあるとしている。

4.2. 「既感染健康者」への期待

戦時期の新たな結核管理において、集団検診による分類に応じた発病予防を行うことが国民には期待される。それでは、分類に関する知識は国民にどのように伝えられたのか。集団検診上の用語として産み出された「既感染健康者」にどのような意味が与えられたのか。前節では厚生省「集団検診 結核予防を組織的に」(1941年)をとりあげ、分類の位置づけ方の全体的な方向を概観した。本節では、一般向けの結核書などによる集団検診に関する知識の啓発に目を転ずる。

厚生省の提示した発病予防の方針は、一般向けの結核書でも広く国民に啓発された。1940年代には、初感染の特定を重視する新たな結核予防を解説する書籍が多数刊行された。書籍の執筆者は、医者や医学者のほかに、国の衛生行政に関わる技官たちであった。

山岡克巳（技術院参技官）『結核予防の体系』(1942年)は、結核集団検診の手順やその結果による結核予防の方針について詳細に解説している。同書で注目されるところは、未感染者についても「将来に於ていづれ一度は結核感染する機会があると見なければならぬ」としている点である⁶⁷。結核患者の散在する我が国においては、感染防止に終始することは現実的でない。むしろ一生に一度の初感染とその直後の発病防止によって病気に対する免疫を得ることが肝要であると山岡はいう。発病防止の方法としては、十分な睡眠、勤労・学業等における過労の防止、鍛錬の禁止、空気・栄養等生活環境の整備が挙げられる⁶⁸。免疫を得た「既感染健康者」について、山岡は次のように書いている。

結核に関する限り最も安全な健康者である。発病の虞は比較的少いから特に身体に異状でも感じない限り、一年に一度の健康診断で充分である。日常生活は普通とし、鍛錬や勤労強化にも耐へ得る。ある程度の免疫があるから、結核患者に接近する場合もあまり恐れる必要はない⁶⁹。

身体的・精神的疲労に耐えうる「既感染健康者」への期待をにじませた記述は、同時期に刊行された近藤宏二（日本医療団結核課長）『人体と結核』(1942年)にもみられる。近藤は、自らが厚生省で結核予防の公務にあたった経験を背景に、集団検診による初感染者の特定とその養護に関する記述に大きく紙幅を割いている。

近藤によれば、初感染者は勤務時間の短縮や体操・教練の休止を行い、比較的自由になった時間をできるかぎり休養に活用しなければならない。「ツ反応陽転後の一年間の適度の休養は、将来の健康を確保し、結核の初感染を征服して、他日の雄飛を図る上に必要なる生命の貯蔵」である⁷⁰。いうまでもなく、雄飛すべきは「既感染健康者」となった者である。「既感染健康者」は「結核菌に対しては或る程度の免疫が成立してゐる関係上、将来再び結核菌の侵襲を受けてもこれによつて発病するやうなことはない」。そのため、疲労への配慮などにはさほど気をかけなくともよい⁷¹。

このような書きぶりは、近藤が終戦直前に執筆した『青年と結核』(1946年)ではより明確になっている⁷²。同書で近藤は、結核の初感染を「子供から一人前の人間として、成熟する過程」で臨む「人生の難関」として語る⁷³。この難関を突破するには勤労や学業、不摂生、精神的煩悶などによる心身の過労を防止し、十分な休養をとらなければならない⁷⁴。そのうえで、初感染を無事に経過した「既感染健康者」について、次のように記す。

既に発病しない道へと方向の定まつた青年たちは、その後一生結核に対して安定な身体として、たとへ再度結核菌を身体に受入れても、特別な場合を除けば結核の脅威に曝されることなく、人生の旅を無事に続けて行くことができる⁷⁵。

ここからは、結核の感染を経て「人生の旅を無事に続けて行くことができる」真の健康者となった青年たちへの祝福をうかがうことができる。近藤は「既感染健康者」に自身の能力を国や社会への貢献のために最大限に活用することを期待した。

結核の発病は初感染当初の約一年間であるから、結核の感染を既にすませた既感染者や、嘗て発病しても完全に癒つてゐる全治者は、結核に結びつけて過労を恐れる必要は毛もない。かういふ人々は、時局の要望に應へて大いに働いて差支へないのである⁷⁶⁾。

近藤の述べるところによれば「既感染健康者」は、初感染を常に警戒しなければならない未感染者、発病するか否かの瀬戸際に立つ初感染者とはちがひ、身体的・精神的疲労を恐れることなく生産に邁進することができる。ここにおいて「既感染健康者」とは、単に結核に既に感染した者を意味しない。「既感染健康者」は、感染とその直後の発病の危機を経て真の健康なるものを獲得した人口集団として語られた。

このようにして、結核の集団検診とその結果による分類に関する知識が一般国民に発信されるとともに、分類上の用語、とくに結核予防上もっとも理想的な区分である「既感染健康者」に特別な意味が付与されていった。最後に、結核の集団検診が戦時中の結核政策に応用された例として健民修練事業、BCGの集団接種を取りあげ、これらが国民を「既感染健康者」に安全に移行させるための国家事業という側面をもっていたことを確認する。

5. 結核集団検診の応用

5.1. 健民修練事業

国民体力管理制度が設けられてから、日本医療団の創設、国民健康保険制度の普及など、保健医療体制の構築がますます推進された。こうしたなか1942年8月11日に新たに「結核対策要綱」が閣議決定され、結核対策の徹底強化が取り決められた。具体的には、国民とくに国民体力管理制度の被管理者がそれぞれ体力検査の結果に応じて結核対策を遂行できるような環境を国が整備し「国民生活ノ全分野ニ亘リ多角的ナル諸対策ヲ全面的ニ実施スル」ことが定められた⁷⁷⁾。この閣議決定にもとづいて翌年度から実施されたのが健民修練事業である。

健民修練事業とは、体力検査によって判定された「筋骨薄弱者」「結核要注意者（ツ反陽転者・軽症結核患者）」を、寺院や旅館などを利用して設置した全国各地の「健民修練所」に収容し、約2ヶ月間の生活教練を施すものである。1943年度の予算定員は筋骨薄弱者29万人、結核要注意者11万人であった⁷⁸⁾。「健民修練所設置要綱」は、事業の目的を次のように記している。この事業は、筋骨薄弱者・結核要注意者に体力増強に関する知識と方法を教導し「自奮自励日常責務トシテ合理的ナル健民生活ヲ強クニ実践体得セシメ、以テ国防上産業上国家ノ要請スル真ニ剛健ナル心身保有者タラシムルヲ目的トスル」⁷⁹⁾。

その目的を達成すべく、筋骨薄弱者と結核要注意者それぞれに異なった修練が施された。筋骨薄弱者には体錬（体操・行軍・武道・水泳など）、そして勤勞（農耕・養畜など）による「体力錬成」が課された。これに対して結核要注意者の修練は静臥や午睡といった休養を主であり、新鮮な空気を充分にとり入れた「健康生活」に重きがおかれた⁸⁰⁾。初感染直後の過勞が結核の発病を引き起こすという認識が修練内容に色濃く反映されていたといえる。休養こそが結核要注意者の「合理的ナル健民生活」であり「国防上産業上国家ノ要請スル真ニ剛健ナル心身保有者」になるための実践であった。ここでいう「真ニ剛健ナル心身保有者」とはすなわち、もはや発病の心配のない「既感染健康者」である。

5.2. BCGの集団接種

日本におけるBCG（Bacille de Calmette et Guérin）研究はBCG株が日本に持ち込まれた1924年から始まったが⁸¹⁾、これが組織的に行われるようになったのは1938年、日本学術振興会に第8小委員会が設置されてからである。BCGは結核対策の切り札として注目され、5ヶ年の長期予算のついた第8小委員会では、BCGの有効性に関する共同研究が行われた⁸²⁾。この研究には大規模なBCG人体接種試験が含まれていた。第8小委員会は、5ヶ年の研究期間で、100万人を超える人々に試験的にBCGを接種し、BCG既接種者および未接種者の結核発病率および死亡率を比較した。その結果BCGの接種によって発病率が1/2に死亡率が1/8に低下することが確認された⁸³⁾。第8小委員会は最終年度の1943年に報告書を提出し、BCG接種が初感染結核の発病防止および病勢阻止に有効であることを答申した⁸⁴⁾。

第8小委員会の最終報告に先立つ1942年、厚生省は国民学校修了後就職を希望する児童に対してBCG接種を行うことを定めた。さらに報告が公表された翌1943年には対象者を工場労働者、学生・児童、結核患者家族等に拡大した。この1ヶ年に1000万人もの人々がBCG接種を受けたという⁸⁵⁾。

当時、BCGの有効期間は約1年ときわめて短かった。それはBCGが、種痘のように「生涯にわたる」免疫をもたらさないことを意味していた。そのためBCG接種はあくまで一時的な措置であり、自然感染し免疫を得るまでBCGを繰り返し接種することが想定されていたと考えられる。また政府がBCG接種を勧奨したのに対して、免疫期間の短さや安全性の不確かさから、慎重な評価を行う医学者が少なくなかった⁸⁶⁾。

このようにしてBCGは、有効性や安全性に対するある種の「疑念」を孕みながらも、人々を一時的に「既感染健康者」に擬態させ、来るべき自然感染へ安全に移行させる役割が与えられた。集団検診とBCG接種による新たな結核管理はきわめて有効な方策として期待されたが、これは終戦によって一度途切れることとなる。

おわりに

本稿では、戦時期日本の結核集団検診およびそれによる被検者の分類について検討してきた。結核の感染と発病をめぐる日本の医学的認識・医療技術を土台とした集団検診は、結核の感染・罹患状況に応じて人口を分割し、初感染者の発病防止に重きを置いた。集団検診は国民体力法下の被管理者から、官公署や会社の勤務者、工場労働者、学校生徒など、ひろく集団生活者へ急速に対象者を拡大させ、国民総体の健康を結核予防の見地から管理する体制が構築されていった。

結核集団検診は人口を「未感染者」「結核発病ノ虞アル者」「既感染健康者」「結核患者」に分類した。未感染者はいずれ結核菌の感染をうける将来的な発病危険者と目され、「結核発病ノ虞アル者」は、たとえ健常であろうと、病者と同様に勤労や鍛錬の軽減、十分な休養などといった配慮の対象として数えあげられた。一方「既感染健康者」は、既に感染し病気に対する「免疫」を得たため発病する危険がほとんどないとみなされ、唯一「健康者」の名を与えられた。「健康」をめぐる評価軸に病気に対する安全の程度が深く関わるようになったといえることができるだろう。

集団検診が実用化された当時、人口の多くが結核の感染を経過するものであり、発病するか否かは初感染直後の身体的・精神的疲労の統御にかかっていると考えられていた。その意味では、結核の初感染とは一生に一度直面する「危機」であった。

「既感染健康者」には、そうした危機を乗り切った者として、多大な期待が寄せられた。「既感染健康者」は、結核に対して「最も安全」である点において肯定的にとらえられたばかりでなく、それゆえに鍛錬や勤労による身体的・精神的疲労に耐えうる強靱な身体を行使することができると思われた。このような「既感染健康者」という人口集団を重んじる姿勢は、後続する健民修練事業

やBCGの集団接種といった、より積極的な介入を伴った施策にも生かされた。

このようにして、戦時期の結核集団検診は国民ひとりひとりの初感染を追跡し、初感染直後の心身への配慮に国民の意識を向かせた。集団検診ではとくに国民の免疫獲得が重視され「既感染健康者」という人口集団を想定した新たな結核管理が構築されようとしていたことが、本稿の検討から明らかにされた。最後に「既感染健康者」という分類項が戦後の結核対策にどのように引き継がれやがて途絶えたのかを概観し、今後の展望を述べる。

30歳未満の国民に対する毎年のBCG接種を定めた予防接種法(1948年)、ストレプトマイシンなど化学療法剤の出現などを経て、1951年にいわゆる新結核予防法が制定された。同法は、戦時に構築された結核予防体系を踏まえ、発病防止に重点を置いた結核対策を改めて制度化したものである。新結核予防法は、結核検診の対象者として新たに工場、事業所、学校、社会福祉施設等の集団生活者および結核蔓延地区の住民を加えたほか、30歳未満の国民および集団生活者に毎年のBCG接種を義務づけた⁸⁷⁾。

しかしながら、この予防体系は思わぬかたちで崩れ去ることになった。その最も大きな要因は、皮肉なことに、BCG接種の普及にあった。BCG接種の義務化は、ツ反によって自然感染の有無を知る方法を無効にし、初感染時期の特定をきわめて困難にさせた。「既感染健康者」を判定する手段そのものが失われたのである⁸⁸⁾。

また1950年代半ばにはすでに既感染者からも逐次発病者がでることが明らかにされ、結核の発病を初感染のみで説明することができないと考えられ始めた⁸⁹⁾。この頃から、病原菌の感染から相当の年数を経た高齢者が結核を発病する「老人結核」が増加し、結核対策上の新たな課題として注目された。1970年代末には「結核患者のおよそ95%はいわゆる既陽性発病と推定され」⁹⁰⁾、初感染直後を無事に過ごせば結核に罹患する心配はないという従来の理解はもはや通じなくなった。かくして「既感染健康者」は幻のものとなった。

国民の免疫獲得を重視する結核対策が戦後の施策にどのように影響しているのか、あるいは断絶があるのかについてさらに検討を行うことが次なる課題である。

謝辞

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

文献と注

- 1) 青木純一『結核の社会史——国民病対策の組織化と結核患者の実像を追って』御茶の水書房、2004年。
- 2) 常石敬一『結核と日本人——医療政策を検証する』岩波書店、2011年。
- 3) 北川扶生子『結核がつくる物語——感染と読者の近代』岩波書店、2021年。
- 4) なお、結核の文学表象については福田真人、人口史の観点による日本の結核蔓延と工業化・都市化との関係の検証については花島誠人の研究がある(福田真人『結核の文化史——近代日本における病のイメージ』名古屋大学出版会、1995年、花島誠人「工業化・都市化と結核」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年、191-218頁)。
- 5) William Johnston, *The Modern Epidemic: A History of Tuberculosis in Japan* (Cambridge: Harvard University Press 1995)。同書は、結核の通史的な記述(第1部)、結核の文化的・社会的側面(第2部)、近代日本の結核対策(第3部)の3部から成る。本稿では、検診体制を検討するために、第3部の記述を参照した。
- 6) 鹿野政直『健康観にみる近代』朝日新聞社、2001年、前掲3)、ほか。
- 7) 高岡裕之『総力戦体制と「福祉国家」——戦時期日本の「社会改革構想」』岩波書店、2011年。
- 8) 美馬達哉『リスク化される身体』青土社、2012年。
- 9) E.ホプズボーム(河合秀和訳)『20世紀の歴史——極端な時代上』三省堂、1996年。
- 10) 瀧川厚『増補版 総力戦体制研究——日本陸軍の国家総動員構想』社会評論社、2018年を参照。1915年陸軍省内

- に臨時軍事調査委員会が設置され、第一次世界大戦における参戦諸国の戦時体制の把握と総力戦に対応するための動員に関する調査が行われた。臨時軍事調査委員会は1920年に『国家総動員に関する意見』を出し、国家総動員の準備として国民を含む「国防資源」の計量が必要であることを提言した（臨時軍事調査委員『国家総動員に関する意見』陸軍省、1920年）。
- 11) 近代期における全結核の死因順位は、1899年から1934年までは第2位ないし第3位、1935年以降は第1位であった（『日本帝国人口動態統計摘要』および『人口動態統計』を参照。死因順位に用いる項目は『人口動態統計 昭和33年』より設けられた「死因順位の選びかた」による）。ただし結核死亡率は、1909年（人口10万対234）・1918年（人口10万対257）に頂点に達してから1930年代に入るまでは、ゆるやかに低下していた。
 - 12) 前掲5), 298-299。
 - 13) 岩崎龍郎『日本の結核——流行の歴史と対策の変遷』財団法人結核予防会、1989年、55頁。
 - 14) 行政主導の結核相談事業のはじまりそのものは、1923年に東京市立江古田療養所の分室として大塚に設けられた「健康相談所」である（厚生省五十年史編集委員会編『厚生省五十年史』中央法規出版、1988年、217頁。）
 - 15) 寺尾殿治「健康相談所の運用」実験治療社編『紀元二千六百年記念結核予防及治療医学講演会講演集第1冊』実験治療社、1941年。
 - 16) 前掲14)、292頁。
 - 17) 保健衛生調査会編『保健衛生調査会第18回報告書』保健衛生調査会、1934年。
 - 18) 結核予防法改正の経緯については、前掲1) に詳しい。
 - 19) 厚生省医務局編『医制百年史 記述編』ぎょうせい、1976年、187頁。
 - 20) 塩野麻子「戦前期日本の通俗医学書における結核の発病予防をめぐる言説」『コア・エシックス』第16巻(2020年)、97-108頁。
 - 21) 草野春平「就学児童ニ試行セルピルケ氏反応ニ就テ」『岡山医学会雑誌』第24巻第264号(1912年)、55-66頁、井上東「小学児童ノ結核調査及「ツバルクリン」皮内反応ニ就テ」『結核』第4巻第4号(1926年)、257-281頁、有馬英二、菊池清一、松田操「学齢児童ノ結核ニ就テ」『結核』第8巻第2号(1930年)、229-243頁、ほか。
 - 22) 岡治道(1891-1978)は結核病学者。1917年東京帝国大学卒業後1927年東京市療養所医員、1941年結核予防会研究部長、1946年7月結核予防会結核研究所所長などを経て、同年9月東京帝国大学教授。1952年の定年退官後、国鉄中央健康管理研究所・結核予防会結核研究所顧問。結核の初感染発病説を提唱したほか、肺結核のX線診断学を確立した人物として知られる（泉孝英編『日本近現代医学人名事典1868-2011』医学書院、2012年、129頁）。
 - 23) 岡治道「結核初期変化群研究補遺」『東京医学会雑誌』第43巻第2号(1929年)、208-241頁。
 - 24) 小林義雄(1888-1933)は海軍軍医。岡治道とともに結核の初感染に関する調査研究を行った。「陽性転化」という語は小林が考案したものである（小林義雄「結核初感染に継発する胸膜炎」『海軍軍医会雑誌』第16巻第2号(1927年)、40頁）。
 - 25) 小林義雄「ツバルクリンアレルギー」ト肋膜炎(肋膜炎ノ結核感染早期発病論)『結核』第9巻第10号(1931年)、1291-1395頁、小林義雄「青年期ノ結核感染ト肺結核発病トノ時間的關係」『結核』第10巻第7号(1932年)、431-450頁。
 - 26) 岡治道「結核予防問題ト其体系」『結核』第10巻第1号(1932年)、39-51頁。日本内科学会100周年記念号である『日本内科学会雑誌』第91巻第6号(2002年)では、内科学に対する「日本人の貢献」のひとつとして初感染発病説が取りあげられている。執筆者の棟方充は、欧米に先駆けて日本が独自に初感染発病説を確立し、この学説が日本の結核対策の方針を定めた点を積極的に評価している（棟方充「結核初感染発病論」『日本内科学会雑誌』第91巻第6号(2002年)、1708-1709頁）。
 - 27) 同前、49-51頁。
 - 28) 前掲5), 280。
 - 29) M. de Abreu, "Verfahren und Apparatur zur kollektiven Röntgenphotographie (Indirekte Röntgenaufnahme)," *Zeitschrift für Tuberkulose*, 80(1938): 70-91. X線間接撮影法を用いた集団的な検診に関する最近の歴史研究に、Solveig Jülich, "In the Light of Media Mass Miniature Radiography Surveys for Tuberculosis in Sweden, c. 1940-1970," *Media History*, 22, no. 2 (2016): 201-216.
 - 30) ホルフェルダーおよびSSレントゲン大隊については、R. N. プロクター（宮崎尊訳）『健康帝国ナチス』草思社、2003年、109-110頁を参照。

- 31) 古賀良彦「レ線深部写真法及び間接撮影法ノ応用」『結核』第14巻第5号(1936年)、447-449頁、ほか。
- 32) 相川武雄「東大学生に就ての集団レントゲン検査報告書」『臨床ノ日本』第7巻第6号(1939年)、677-685頁、清野寛、井上数雄、平福一郎「集団胸部「レントゲン」検査二就テ(其一)」『軍医団雑誌』第321号(1940年)、115-134頁。
- 33) 今村荒男(1887-1967)は結核病学者。1911年東京帝国大学卒業後1922年伝染病研究所技師、1925年大阪府立医科大学教授、1931年大阪帝国大学教授などを経て1946年大阪帝国大学総長。退官後1959年大阪府立成人病センター所長。1929年日本で初めてBCGの人体接種を行ったほか1937年日本学術振興会にBCG研究準備会を設置、翌年BCG接種研究委員会を発足させるなどBCG接種の実用化に寄与した(前掲22)、75-76頁)。
- 34) 今村荒男「肺結核に関する集団検診」『日本医事新報』第794号(1937年)、4-6頁。
- 35) 後述する集団的な結核検診に関する研究論文の多くが「集団検診」の語を用いている(苅部一衛、勝部 鎮雄「過敏性体質ト結核(其ノ四)「ツベルクリン」皮膚過敏性ト結核性機転トノ関係ニ就テノ臨床的統計的研究」『結核』第19巻第7号(1941年)、512-520頁、ほか)。
- 36) 今村荒男「結核ニ関スル集団検診」『結核』第18巻第6号(1940年)、291-339頁。
- 37) 同前、337頁。
- 38) 1939年4月に厚生省予防局に結核課が新設され、都市部の小児結核予防所設立、農村部の結核予防指導事業など、行政主導の結核対策の拡充強化が図られた。(前掲19)、329-330頁)。
- 39) 前述34)は集団検診をめぐるドイツでの議論を紹介している。それによれば、ドイツでは検診による被検者の不利益すなわち「検診を受くる事によりて神経衰弱を起さしめる、或は個人の権利侵害」をめぐる懸念について論争が繰り広げられていた。
- 40) 結核予防会は香淳皇后からの下賜金をもとに厚生省内に設立された。これにともない、大正期に設立され結核予防に関する啓発活動などを担っていた結核予防協会は結核予防会に合流するかたちで解散した。
- 41) 厚生省予防局「令旨奉体結核予防国民運動実施に就て」『内務厚生時報』第4巻第10号(1939年)、9-13頁。
- 42) 近藤宏二、澄川吉郎、芦田定蔵「某官庁ニ於ケル集団健康診断成績」『結核』第18巻第6号(1940年)、555-558頁、澄川吉郎、近藤宏二、芦田定蔵「某官庁ノ集団健康診断ニ於ケル「ツベルクリン」検査実施成績ニ就テ」『結核』第18巻第6号(1940年)、559-561頁、近藤宏二「結核の集団検診に関する考察」『日本公衆保健協会雑誌』第16巻第5号(1940年)、223-229頁。この検診におけるツ反陽性者は全体の86.15 ± 0.92%、発見された結核罹患者は148人(内開放性結核症者24人)だった。
- 43) YN「厚生省内結核調査」『日本公衆保健協会雑誌』第15巻第12号(1939年)、712頁。
- 44) 近藤宏二、澄川吉郎、芦田定蔵「某官庁ニ於ケル集団健康診断成績」『結核』第18巻第6号(1940年)、555-558頁。
- 45) 近藤宏二「結核の集団検診に関する考察——庁員の健康診断実施成績に鑑みて」『日本公衆保健協会雑誌』第16巻第5号(1940年)、3-9頁、ほか。
- 46) 前掲13)、55頁。
- 47) 国民体力法施行規則は、疾病異常検診は主として結核性疾患、「トラホーム」、花柳病、寄生虫病、精神病、栄養障害、脚気、歯疾及び形態異常について行うと定めた(「国民体力法施行規則」『官報』、869-878頁)。また1942年4月30日に規則が改正され、これに精神薄弱、心臓病、腎臓病、痔瘻が加わった。ただし、結核性疾患、花柳病など一部を除いて、具体的な検診規定がなく、すべての疾病が実際に検査されたのかは不明である。
- 48) 「国民体力法」『官報』第3974号(1940年4月8日)、364-365頁。
- 49) 前掲7)、261-263頁、藤井渉『障害とは何か——戦力ならざる者の戦争と福祉』法律文化社、2017年、61頁、ほか。なお、勅令によって1941年度は15歳以上20歳未満男子、42年度は15歳以上26歳未満男子が被管理者と定められた。
- 50) 『第75回帝国議会貴族院国民体力管理法案特別委員会速記録第2号』(1940年3月4日)、7-8頁。
- 51) 「結核予防法、全面的に改正 積極的対策を採用」『朝日新聞』第19591号(1940年10月13日)、1頁。
- 52) 『第76回帝国議会衆議院議事速記録第4号』(1941年1月23日)、28-29頁。貴族院もこれに同調し、27日の本会議で「時艱克服ニ関スル決議案」を全会一致で可決した。
- 53) 「提出議案半減に決定 選挙法改正、産業団体系等、不提出」『朝日新聞』第19690号(1941年1月23日)、1頁。
- 54) 「陸軍身体検査規則改正」『官報』第5000号(1943年9月10日)、225頁。

- 55) 「国民学校修了者ノ職業指導ニ関スル身体検査実施ニ関スル件(職発第712号)」『内務厚生時報』第7巻第1号(1942年)、172-175頁、「学校身体検査規程(文部省令第33号)」『官報』(1944年5月17日)、261-267頁、ほか。児童・学生の身体検査については、日本学校保健会編『学校保健百年史』第一法規出版株式会社、1973年を参照。
- 56) 「工場法施行規則中改正」『官報』第4525号(1942年2月10日)222-224頁、「労働者健康診断施行標準(1942年2月25日厚生省告示第80号)」山口正義『生産工学 健康管理』河出書房、1942年、192-196頁、所収。
- 57) 「庁員等ノ結核予防ニ関スル件依命通牒(厚生省発予第26号)」『内務厚生時報』第7巻第5号(1942年)、56-58頁。
- 58) 山岡克巳著、結核予防会編『結核予防の体系』大日本教化図書、1943年、107-108頁。
- 59) 「結核ニ関スル集団検診標準ノ件(予発第914号)」『日本公衆保健協会雑誌』第17巻第12号(1941年)、635-636頁。
- 60) 疑陽性と判定された者のなかには結核感染者と未感染者が混在していると考えられた。そのため疑陽性はX線撮影の対象になるが、異状がみられなかった場合は次回の検診で再度ツ反検査を行われなければならないとされた。
- 61) 厚生省「集団検診 結核予防を組織的に」『公衆衛生』第59巻第5号(1941年)、309-311頁、所収。
- 62) 戸田亨「肺結核恐怖症」『東西医学』第8巻第10号(1940年)、725-729頁。
- 63) 同前、726頁。
- 64) 「地方衛生技術官事務打合会議事録」『日本公衆保健会雑誌』第16巻第7号(1940年)、340-341頁。
- 65) 財団法人結核予防会『工場会社の結核を集団検診に依り治癒ませう』財団法人結核予防会、1941年、11頁。
- 66) 同前、13-14頁。
- 67) 前掲58)、104頁。
- 68) 同前、80頁。
- 69) 同前、104頁。
- 70) 近藤宏二『人体と結核』岩波新書、1942年、71頁。
- 71) 同前、67頁。
- 72) 近藤によれば『青年と結核』は「戦争中に書いたもの」であったが、1945年5月に印刷工場が戦災に遭い紙型と印刷用紙が消失したために刊行が断念された。終戦まもなく出版社が近藤へ改めて出版したいと通知し、残っていた初版刷りを材料に1946年に同書が刊行された(近藤宏二『青年と結核』岩波新書、1946年、185頁)。
- 73) 近藤宏二『青年と結核』岩波新書、1946年、13頁。
- 74) 同前、29-30頁。
- 75) 同前、17頁。
- 76) 同前、20頁。
- 77) 「結核対策要綱」赤沢史朗、北河賢三、由井正臣『資料日本現代史12』大月書店、1984年、373-374頁。なお、病者に対する措置としては「悉ク之ヲ結核病床ニ収容スルコトヲ目途トス、之ガ為日本医療団ノ事業ヲ大イニ促進スルト共ニ結核病床増設五箇年計画ヲ三箇年計画ニ改変スルコトヲ目途トシテ措置スルコト」とされた。
- 78) 厚生省健民局「第八十四回帝国議会関係(健民局)・第二冊」1943年。
- 79) 厚生省健民局「健民修練所修練要綱」日本臨床社編『健民修練の指導』日本臨床社、1944年、123頁、所収。
- 80) 厚生省健民局「健民修練所修練要項」日本臨床社編『健民修練の指導』日本臨床社、129-139頁、所収。
- 81) 前掲2)、90頁。
- 82) 委員長は長与又郎のちに熊谷岱蔵。第8小委員会には、今村荒男など34名が参加した。
- 83) しかし100万人分の資料の全てが観察・分析の対象にはならなかった。その理由は、BCG接種者の対照群となるべき未接種者すなわちBCG接種者と同様な環境におかれた未感染かつ未接種者群を十分に確保できなかったためである。よって「正確に批判し得る資料」を分析の対象にしたという(日本学術振興会第8小(結核予防)委員会『結核予防接種に関する報告書』財団法人結核予防会、1943年、5頁)。
- 84) 前掲83)。しかしこの報告書には、BCGは発病防止に有効とする委員会の答申とは異なる解釈が導きうるような調査結果が存在している(前掲2)、122-129頁)。
- 85) 前掲14)、455頁、ほか。
- 86) 例えば額田豊は、BCGによる免疫は「自然感染の様に一生続くのではな」く「その予防的価値も左程強いものではない」と評価する(額田豊『結核と其予防及治療法——健民健兵の心構へ』1944年、朝陽社)。

- 87) 「結核予防法 (昭和 26 年法律第 96 号)』『官報 (号外)』第 27 号 (1951 年 3 月 31 日)、21-26 頁。
- 88) ツ反陽性が自然感染によるものか BCG 接種によるものかを判別することの難しさは問題視されていたものの、BCG の予防効果への期待から、接種自体は継続された。1974 年に BCG 接種は乳幼児 (4 歳未満)、小学校 1 年生、中学校 2 年生の 3 回に定期化された。2005 年には接種対象者が乳児 (生後 6 ヶ月まで) に限定され、さらに事前のツ反を省略する直接接種となった。
- 89) 木下次子 「ツ反既陽性発病に関する臨床的研究」『結核』第 34 巻第 2 号 (1959 年)、114-122 頁、ほか。
- 90) 青木正和 「わが国における結核の感染・進展の最近の様相」『結核』第 54 巻第 11 号 (1979 年)、527-531 頁。

Tuberculosis Mass Screening in Wartime Japan and the Formation of “Previously Infected Healthy Individuals”

Asako SHIONO

This paper examines how mass screening for tuberculosis was implemented in wartime Japan. A tuberculosis mass screening program for the entire Japanese population began with the National Physical Fitness Management System (1940). This approach reflected the latest theories in Japanese tuberculosis pathology that primary infection would develop into an active disease more frequently. Under the total war system, the mass screening program divided the population according to the status of tuberculosis infection and contraction, with a focus on the prevention of the disease in those infected for the first time. Those classified as “previously infected healthy individuals,” a term introduced for screening, were considered more desirable than the uninfected because they were supposed to have gained “immunity” to the disease after a certain period of time had passed since the primary infection. They were not only said to be the safest against tuberculosis but also as those who had overcome the danger of developing tuberculosis and acquired a strong body that could endure discipline and labor. This paper argues that the tuberculosis mass screening program emphasized the acquisition of immunity and that the new tuberculosis control system was built based on the concept of “previously infected healthy individuals.”