

日本における結核療養所の歴史と 時期区分に関する考察

青木 純一

目 次

はじめに

1. 結核療養所史の概要とその要点

- (1) 療養所の誕生
- (2) 結核対策としての療養所
- (3) 戦時体制下の療養所
- (4) 占領下の療養所対策
- (5) 結核医療の変化と療養所の終焉

2. 結核史の時期区分と療養所史の課題

- ア. 青木正和の区分 (2004年)
- イ. 島尾忠男の区分 (2008年)
- ウ. 戸井田一郎の区分 (2009年)

3. 療養所における時期区分の検討

- (1) 戦前における時期区分
 - 1) 公立療養所の患者動向
 - 2) 公私別病床数の変化
 - 3) 公立療養所、完成までの日数
- (2) 戦後における時期区分

おわりに

はじめに

結核療養所はかつて結核対策の中心的な役割を担う施設であった。日本では19世紀末になると私立療養所が誕生し、20世紀に入ると公立療養所も生まれる。さらに終戦後はその数を増やし最も多いときは約700施設、26万床にまで及んだ。ところが、結核が治る病気になる

と今度は急激にその数を減らし、日本に残った最後の療養所も2013（平成25）年に閉院した。1889（明治22）年の須磨浦療病院から125年を経て日本の結核療養所は遂にその歴史に幕を下ろしたといえる。

療養所は膨大な患者数と入院期間の長さにおいて極めて特異な施設である。とくに都市部の公立療養所は患者、医者、看護婦、職員、家族、あるいは周辺地域を巻き込んだ大規模なコミュニティを形成する。結核療養所はその一面で隔離を目的とするが、決して社会に閉じた施設ではない。むしろ患者が生み出す文化や情報の発信力、政治や医療政策に与えた影響力において開かれた施設であったといえる。

いま結核療養所の歴史が終わろうとするとき、あらためてこうした療養所の特徴をまとめる必要がある。療養所ではどんな人々が療養生活を送るときに文化や情報を生み出したのか、あるいは社会に対し何を発信したのか、その果たした役割や意義をまとめることは結核史研究において重要な課題である。

本稿はこうした問題意識の手はじめとして療養所の歴史とその時期区分を検討する。療養所が誕生し120余年の歳月を経て後、その役割を終えるまでの過程で、人々は療養所に対して何を思いどんな気持ちを抱いたのか、こうした療養所に対する人々の意識の変化を通して療養所の時期区分を検討できないか、そこに本稿の目的がある。

一般に療養所に向けられた人々の意識は大きく2つある。ひとつが入所して治癒や快復を願うポジティブな意識、いまひとつが隔離される不安や恐怖、さらに死と裏表にあることへのネガティブな意識である。こうした意識は一般には個人的であるが、社会意識として特定の時期や年代に表れることもある。

そこで療養所の歴史を第一節で振り返ることにする。明治から現在にいたる療養所の歴史を追うことで第二節や第三節の基本となる知見をまとめる。第二節では代表的な研究者による結核史の時期区分をまとめる。療養所史は結核史を構成するひとつの要因であることから、結核史の時期区分が療養所史の分析に重要な示唆を与えると考えている。そして第三節で療養所史の時期区分を検討する。療養所に対する人々の意識において療養所史を画する時期とはいつか、その考察を試みたい。

なお、本稿が使う「療養所」とは結核患者のみを収容する専門病院を指す。よって、結核病床を有する一般病院をここでは「病院」と呼んで区別して使う。

1. 結核療養所史の概要とその要点

(1) 療養所の誕生

結核療養所はいつ頃できたのか、まず欧米の歴史について簡単にふれる¹⁾。療養所の歴史を遡るとそれは古代まで行きつくが、近代的な治療施設としての療養所は19世紀半ばに誕生した。1840年にイギリス人医師、George Bodingtonがバーミンガム近郊に開設したサナトリウムがその嚆矢である。1859年にはドイツ人医師Herrmann Brehmerも、現ポーランド南西部のシレジア地方Görbersdorfにサナトリウムを開設する。さらに1876年になると、Brehmerの弟子のPeter Dettweilerが、ドイツ南

東部のFalkensteinに同じくサナトリウムを開設している。

19世紀末になると、サナトリウムは米国にも広がり、米国人医師Edward Trudeauがニューヨーク市北東部のAdirondack地方にコテージ（のちのトルドー・サナトリウム）を開設したのが1884（明治17）年のことである。

日本の療養所は、トルドー・サナトリウムの翌年となる1885（明治18）年に現鎌倉市由比ヶ浜に開所した海浜院が最初であるが、すぐに一般のホテルに転身した²⁾。本格的な療養所はトルドー・サナトリウムから遅れること5年、1889（明治22）年に鶴崎平三郎が兵庫県須磨浦海岸に建設した須磨浦療病院がその嚆矢だといわれている。

鶴崎は1904（明治37）年の日本内科学会総会において、開所当時を振り返りながら次のように述べていた。

十九世紀ノ終リニ於テ、独逸国皇后陛下ハ肺結核ハ庶民病トシテ憂慮セラレ萬国結核撲滅會議ナルトモノヲ伯林府ニ開カレ（中略）此等會議ニ提出セラレタル論説種々アリト雖ドモ是ヲ治スルニハ婦スル所、ブレーメル、デッドワイレル氏原則療法ヲ以テ最上ノ方法トセリ、爾來欧米諸国ニ於テハ氣候療法的治肺院ノ建設ハ一層ノ熱度ヲ加ヘ或ハ富豪慈善的或ハ赤十字事業トシテ起ルモノ甚タ多ク目下独逸国ノミニテモ其数一百ニ達セントス、而シテ其結果彼諸国ニ於テハ既ニ 年々結核病ノ減少ヲ示スニ至レリ³⁾

第1回国際結核会議がベルリンで開催される1899（明治32）年当時、すでに患者の療養方法としてブレーメル、デッドワイレル氏原則療法（安静療法）が広く知られていたこと、また相当数の療養所がドイツに存在したことがわかる。

(2) 結核対策としての療養所

日本の療養所は19世紀末から20世紀初めまでは私立がその中心であった。その後、1914（大正3）年に「肺結核療養所ノ設置及国庫補助ニ関スル件」が公布されると、公立療養所も本格的に建設される。ところが各地で起こる反対運動によって療養所の建設は思うようには進まない。著名な結核医である遠山椿吉はこうした状況をつぎのように捉えていた。

（反対運動は）人民の智識が低ひので、伝染ウイルスの性質の如何を知らず^{みだ}に之を恐怖したのに基くものとは言へ、其の裏面には多く自ら為にするとところがあつて、扇動する徒があると言ひます、此の現象は将来に於て結核の予防上最も有力なる療養所の設立を阻害すべき一大弊風ですから、根本的に之を除かねばなりません、乃ち一方には人民の智識を啓発し、斯くの如き悪風は実に無意味にして非道なることを覺らせ、又一方には政府の力を以つて之を排除し、其成立を助成せしむるやうにしたいのである。⁴⁾

医師である遠山からすれば「人民の智識が低ひ」とみえるが、反対運動は結核を忌み嫌う人々の素直な気持ちの表れだともいえる⁵⁾。

結核予防法が成立する前年の1918（大正7）年8月、内務省衛生局は結核病院・療養所の全国調査を実施した⁶⁾。この調査によると病院が81施設（1,064床）、療養所が43施設（2,224床）で合計124施設（3,288床）である。これを道府県別の病床数でみると、最多が大阪（590床）で、ついで東京（545床）、神奈川（525床）、兵庫（277床）、福岡（206床）の順である。大阪は調査前年の1917（大正6）年に市立刀根山療養所（350床）が完成したことで病床数を押し上げたと思われる。1919（大正8）年に東京市療養所（500床）が完成すると東京が1千床を超えて最多となる。

表1は、この時期の東京における結核病院・療養所の一覧である。東京には病院・療養所のべ16施設（562床）があるが、結核専門の療養所は養生園（160床）と救世軍療養所（91床）の2施設のみであった。また病院は14施設（294床）があるが、比較的小規模な「10床以下」が6施設ある。となりの神奈川が7施設（525床）

表1 東京府における結核病院・療養所の実態（1919）

名称	設立年	収容人数	経営者名	所在地
1. 北里研究所付属病院	1917	9	北里柴三郎	芝区白金三光町
2. 養生園	1893	160	北里柴三郎	芝区白金三光町
3. 東京慈恵病院	1902	37	高木兼寛	芝区愛宕町
4. 恩賜財団済生会病院	1915	37	済生会	芝区赤羽町
5. 日本赤十字社病院	1886	30	日本赤十字社	豊多摩郡渋谷町
6. 東洋内科医院	1896	9	高田畊安	麹町区三番町
7. 済生会病院麹町分院	1914	23	済生会	麹町区富士見町
8. 聖研堂病院	1902	10	栗本秀次郎	浅草区蔵前片町
9. 赤坂病院	1883	7	ウィリアムラッフセルワトソン	浅草区氷川町
10. 杏雲堂病院	1892	82	佐々木政吉	神田区駿河台西紅梅町
11. 馬島病院	1912	5	馬島永徳	神田区北神保町
12. 日本病院	1911	2	磯部検三	神田区淡路町
13. 救世軍療養所	1916	91	日本救世軍	豊多摩区和田堀内村
14. 東京市施療病院	1911	30	東京市	京橋区越前堀
15. 海岸病院	1903	10	安藤勝四郎	京橋区新佃島東町
16. 東京帝国大学医科大学付属病院	1904	20	東京帝国大学医科大学	本郷区本富士町

注）内務省衛生局保健衛生調査室『結核病院及療養所並結核予防会概況』内務省、1919年より作成。

で病床数は東京とほぼ同じだが、療養所（482床）に対して病院（43床）と、圧倒的に結核専門の療養所が多い。1918（大正7）年における東京の肺結核死亡数が9,689人、神奈川はその3分の1にも満たない2,580人である⁷⁾。一見すると神奈川の施設の充実ぶりが伺えるが、県外からも多数の患者を受け入れる私立療養所の場合、その判断は難しい。また、全国的にみると結核病床をひとつも持たない道府県も多く存在し、北海道、宮城、山形、栃木、茨城、埼玉、山梨、富山、奈良、高知、長崎、宮崎の11道県がそれにあたる。

図1は1900（明治33）年～1990（平成2）年までの結核死亡数と病床数の変化を表している。ご覧のように統計のない戦争中の一時期を除けば戦前と戦後ではその特徴が明らかに異なる。結核死亡数140,747人と戦前の最初のピークとなる1918（大正7）年の病床数がわずかに2,229床で、死亡数145,160人とそのピークを超えた1936（昭和11）年でさえ病床数は11,718床であった。戦前の病床不足は慢性的な問題であると同時に

多くの患者にとって療養所は「高嶺の花」であり続けた。

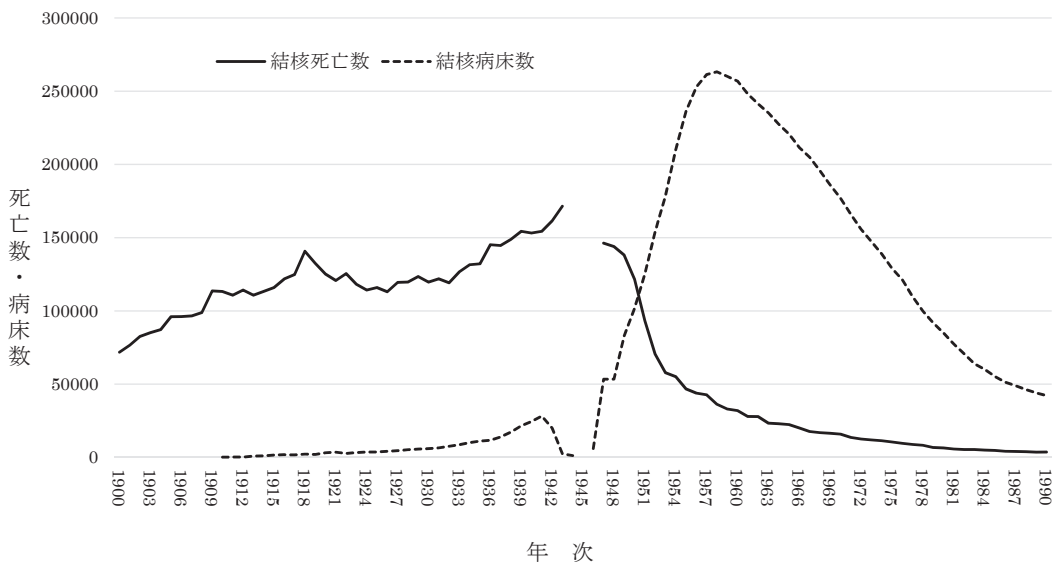
（3）戦時体制下の療養所

1931（昭和6）年の満州事変の頃から日本の結核対策は少しずつその体制を変えていく。1934（昭和9）年には保健衛生調査会が「結核予防の根本的対策」を答申、病床の整備を重要課題とし、「一箇年の結核死亡者と同数」⁸⁾を目標に「毎年三千床の増床」計画を示す。

日中戦争が始まる1937（昭和12）年には結核予防法が一部改正される。国による療養所設置命令の対象となる自治体を「五万人以上ノ市」から「北海道府県市」へ拡大するとともに、感染防止を目的に入所対象者を「療養の途なき」生活困窮者から「病毒伝播の虞ある」患者に変更した。それでもこの年の病床数が13,974床で、死亡数144,620人のわずか10分の1であった。

政府の対策がさらに強化されるきっかけとなったのが軍隊の結核である。とくに陸軍におけ

図1 結核死亡者と病床数の変化（1900～1990）



注）財団法人結核予防会『結核統計総覧（1900～1992年）』，1993年より作成。

る結核蔓延は深刻で除役軍人の受入先が大きな社会問題となる。1937（昭和12）年、第70回帝国議会衆議院の審議はその経緯を詳しく伝えている。

結核の為に軍隊から除役される者の数が、大體に於きまして一年三千人内外であると云ふ風に計算致して居ります、之に対する対策と致しまして、昭和十二年度以降五箇年計画を以ちまして、國立の結核療養所を建設することになって居ります、現在結核予防協会に於て、村松晴嵐荘と云ふ私立の療養所を經營して居りますが、之を國に全部寄付することになって居ります、昭和十二年以降之を國立に移管いたしまして、さらに十二年度に於きまして、五百床建設する、國立結核療養所を建設する予算が、只今御審議中になって居る訳であります、更に引続きまして二千床を増加して、三千床を収容する設備が、五箇年計画を以て、完成する訳であります⁹⁾

政府は新たに國立の軍人結核療養所、健康保険療養所を建設する計画を立て10年で4万床の整備を目標とした。この審議でもふれた軍人療養所村松晴嵐荘は1935（昭和10）年に日本結核予防協会が茨城県に開所するが、1937（昭和12）年5月に国へ移管され日本初の國立結核療養所となる¹⁰⁾。同年6月に出た國立療養所官制には「國立結核療養所ハ内務大臣ノ管理ニ属シ陸海軍下士官兵ニシテ結核ノ為、一種以上ノ兵役ヲ免ゼラレタルモノノ結核ノ療養ニ関スルコトヲ掌ル」と記されていた。戦時下においては軍人の結核対策こそまずは優先すべき課題であった。

太平洋戦争が始まる5ヶ月前の1941（昭和16）年7月、陸軍出身の小泉親彦が厚生大臣に就任すると国は積極的に医療事業の一元化を進める。

翌1942（昭和17）年には国民医療法のもとに日本医療団を結成した。日本医療団は国民の体力向上や医療の普及向上が活動の目的であるが、とりわけ結核対策はその中心であった。ところが戦局は相当に悪化し日本医療団による結核療養所の整備拡充もほどなく停滞する。日本医療団は1943（昭和18）年に公立療養所14施設（2,488床）を統合、療養所新設に際しては既存施設を転用し奨健寮のような簡易療養所で補うが、時すでに遅しであった¹¹⁾。しだいに医者や看護婦が不足し医療器具や医薬品も欠乏する。療養所を退所して疎開する患者が増えるとともに病院や診療所の休廃業も目立ち始める。1944（昭和19）年には衛生統計さえその集計が困難になっていた。

戸井田一郎は「戦況が悪化し、日本全土が空爆に曝され、配給される食料の質、量が飢餓線にも達しなくなった状況の下では、それ自体どれほど優れたものであろうと結核対策などは『絵にかいた餅』、不急不要の絵空事」¹²⁾だと述べたが、1945（昭和20）年3月の医療団傘下療養所の入所率が49.4%、終戦直後12月が31%で、そこには戸井田の言葉そのままの光景が広がっていた¹³⁾。

(4) 占領下の療養所対策

戦後の結核対策は連合国総司令部（GHQ）の監督・指令のもとに進められる。1945（昭和20）年11月、総司令部は「軍事保護院に対する覚書」「陸海軍病院に対する覚書」を発令し、軍人施設の一般開放を決めた。翌1946（昭和21）年9月、総司令部が結核患者及びその疑いのある者の検診、隔離、入院に関する命令を出すと、翌1947（昭和22）年3月、厚生省は結核予防対策の強化拡充計画をまとめている。総司令部はこの計画の柱である予防組織の強化、結核療養所の整備拡充、予防事業担当者の技術向

上、結核予防思想の普及徹底を受け入れると、直ちに「結核対策強化に関する覚書」を発令し迅速な対応をみせた¹⁴⁾。

終戦から5年を経た1950（昭和25）年4月、衆参両院は「結核対策確立に関する決議」をまとめる。この決議文は「今後五ヶ年乃至十ヶ年の間に、世界の最低水準にまで、その死亡率を低下せしめる」¹⁵⁾ことを目標に、療養所の整備拡充、在宅患者の医療保護、保健所の強化を謳っている。同年10月には政府の社会保障制度審議会が「社会保障制度に関する勧告」を出す、ここでも「結核病床は年次計画をもつて19万床を確保する」という大きな目標を掲げていた。

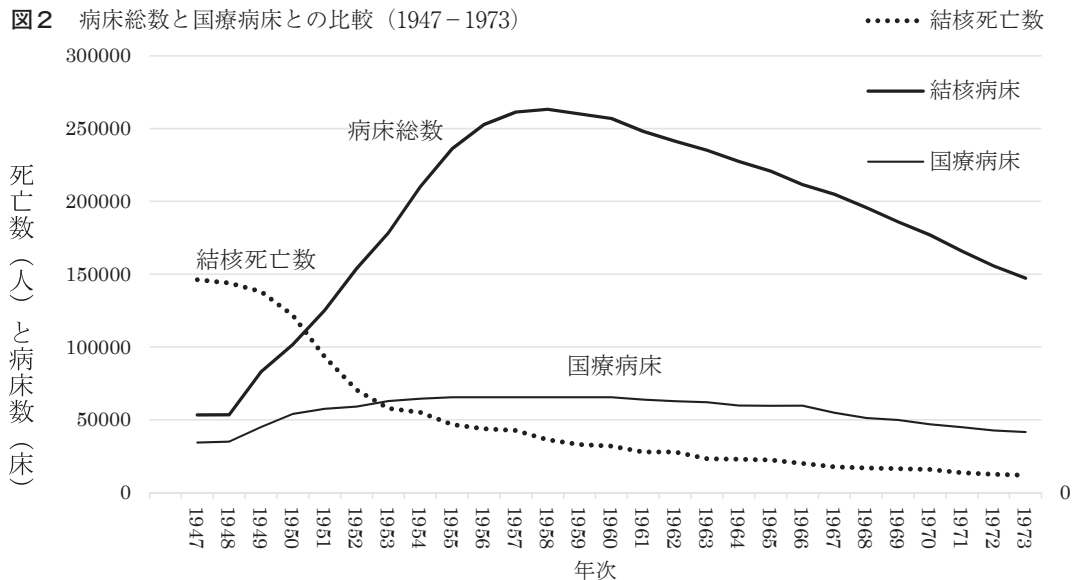
1951（昭和26）年になると新たに結核予防法が制定される。結核対策の一元化をめざすこの法律は、その根幹は結核病床の増強であると捉え、日本赤十字社や済生会といった「営利を目的としない法人に対しても補助し得る」¹⁶⁾規定を盛り込んだ。さらに、1954（昭和29）年に

は厚生省が結核対策強化要綱を策定し4年で26万床という大きな目標を示している。

終戦間もない1947（昭和22）年は、結核死亡数146,241人に対して病床数53,391床、その内の34,400床が国立療養所（以下、国療）である（図2）。病床全体に占める国療の割合は64.4%でおよそ全体の3分の2であった。ところが、7年後の1952（昭和27）年は死亡数55,124人に対して病床数は210,062床とおおよそ4倍の増加である。病床数急増には私立の病院や療養所、さらに国立病院が大きく貢献した。実際、国療の病床数は59,050床でその割合は全体の28%、3分の1以下にまで低下している。

順調な病床増に比してこの頃の病院や療養所はどれも満床である。1950年代初めの病床利用率をみても、1951年（95.6%）、52年（96.2%）、53年（96.1%）とその高さに驚く¹⁷⁾。これは結核死亡数の減少が必ずしも患者の減少には繋がらず、むしろ全く別の問題であることを示して

図2 病床総数と国療病床との比較（1947-1973）



注) 財団法人結核予防会『結核統計総覧（1900～1992年）』、1993年、および厚生省『国立療養所年報』（昭和24年～昭和48年）より作成。

いる¹⁸⁾。

これまで「患者は死亡者の10倍」という通説があった。結核予防会は、終戦翌年の1946（昭和21）年に愛媛県宇和島地区の調査や民間企業の集団検診の分析から、あらためて「患者は死亡者の10倍」という原則を確認する。その結果、1949（昭和24）年の患者数を約140万人と推計した¹⁹⁾。ところが、先にも述べたように、死亡数の減少に比して患者数が減る様子はない。死亡数から患者数を推計するこれまでの方法はすでに限界となっていた。

1953（昭和28）年になると厚生省は全国規模の実態調査を実施する。より正確な患者数を知るためのこの調査は、推計患者数292万人、入院治療の必要な患者137万人という驚くべき結果であった²⁰⁾。さらに驚くのはその5年後に実施した第2回実態調査（1958年）である。新結核予防法によって広範囲にBCG接種や健康診断が行われ、また外科療法や化学療法が普及・発展する中で、推定患者数297万人という

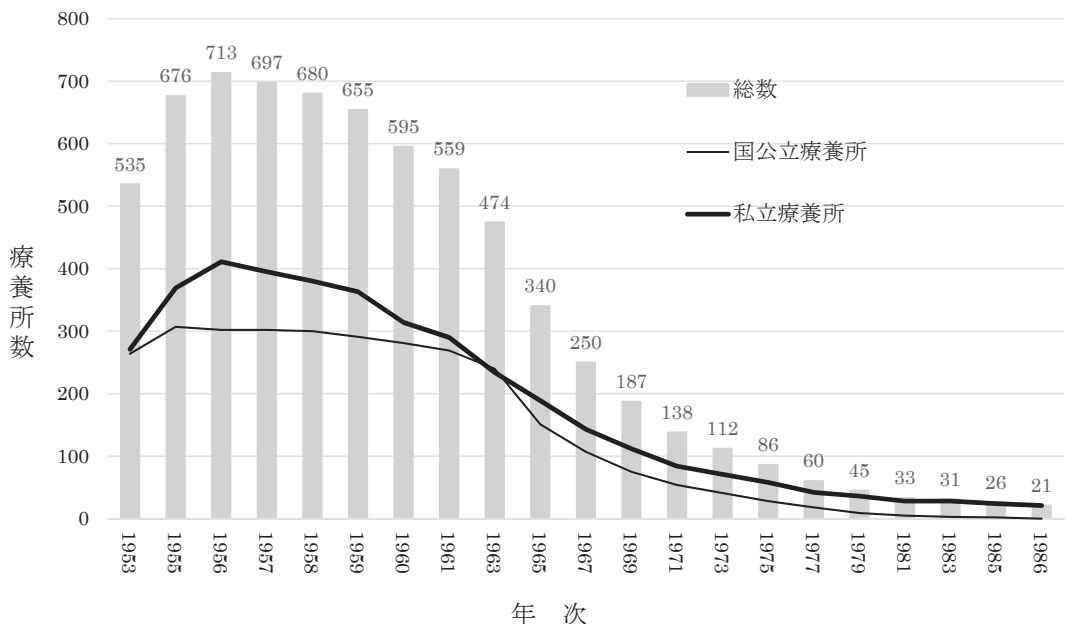
前回を上回る数字が示されたからである。こうした背景もあって1954（昭和29）年から1959（昭和34）年の間、療養所は600施設、25万床を優に超え、まさに最盛期を迎えていた。

（5）結核医療の変化と療養所の終焉

結核療養所は1960年代に入ると急速にその数を減らした。最多が1956（昭和31）年の713施設で、その10年後の1966（昭和41）年は283施設とすでに全盛期の半分以下となる。施設数と比べると病床数の減少はやや遅く、1958（昭和33）年の263,235床が半減するのが1975（昭和50）年で17年をかけている。

図3は施設数の変化を「国公立」と「私立」に分けて示したものだが、1953（昭和29）～1963（昭和38）年頃までの施設数の増減には私立療養所が大きく影響したことがわかる。私立療養所はおそらく病床数の少ない小規模な療養所で、患者数の増加とともにいち早く開所し、患者数が減少すると一般病院に転換したと推察

図3 結核療養所数の変遷（1953～1986）



注）財団法人結核予防会『結核統計総覧（1900～1992年）』1993年より作成。

する。

ちなみに1959（昭和34）年の結核療養所は655施設あるが、この経営主体をみると、「国立」が180施設（約28%）、「個人」が125施設（約19%）、「医療法人」が114施設（約17%）、「都道府県」が55施設（約8%）、「公益法人」が41施設（約6%）であった²¹⁾。また施設規模は「50～99床」（約22%）が最も多い。ついで「100～149床」（約16%）と「200～299床」（約16%）がほぼ同じで、「400床以上」（約11%）の大規模な療養所も相当数あった²²⁾。さらに病院・療養所の病床数平均を経営主体別にみると、「国立」（363床）、「公益法人」（225床）、「都道府県」（209床）、「市町村」（182床）の順で、「個人」は57床と極めて規模が小さい²³⁾。

結核療養所が減少した理由は、BCG接種や集団検診といった予防対策の強化、外科療法や化学療法のような治療技術の進歩によるところが大きいが、一方で、これまでの日本の結核医療がその根本から見直される事態も起きる。それが1964（昭和39）年に発表されたWHO（世界保健機関）結核専門委員会第8回報告である。

日本の療養所はこれまで施療患者や開放性患者を優先し、大気、安静、栄養の原則に沿って療養生活を送らせる。また退院後もしばらく安静を保つことが治療の常識であった。これに対しWHOは療養所治療の中止を求め、治療期間も短縮化するなど日本のこれまでの治療方針とは大きく異なる内容である（表2）。このほかにもX線検査による集団検診を否定し、喀痰塗抹検査を重視するといった方針も示されていた。日本は、WHO勧告はあくまで発展途上国を意識したもので現状の日本とは異なると解釈し治療方針の転換を先延ばしにしたが、こうした動きも療養所の衰退に拍車をかけたと思われる。

たとえば国療の新設は1954（昭和29）年が

表2 日本とWHOの治療方針の違い
（療養所関係事項）

日本の治療方針	WHO 勧告の治療方針
<ul style="list-style-type: none"> • 開放性結核患者は入院治療で。 • 治療期間はしばしば極めて長い。 • 治療終了後は3～5年は管理検診でチェックする。 	<ul style="list-style-type: none"> • 入院治療は不必要である。 • 療養所治療は中止すべきである。 • 外来・有効な処方・服薬励行が最重点。 • 治療期間は1年で十分である。

出典）青木正和『医師・看護職のための結核病学 結核対策史』財団法人結核予防会、2004年、76頁より作成。

最後で以降はない。1960（昭和35）年代に入ると国療においても統廃合や一般病院への転換など生き残りをかけた組織改革が進められる。こうした動きを1960（昭和35）年頃の変化から拾うと、1961年が「転換」6「統合」1、1962年が「転換」5「統合」3、1963年が「転換」3であった²⁴⁾。

1974（昭和49）年になると療養所は2桁ののべ99施設となる。1990（平成2）年が15施設、2000（平成12）年が3施設、2005年4月からは和歌山市にある神田病院が日本で唯一の結核療養所であった。しかし、この病院も2013（平成25）年2月28日をもって閉院した。鶴崎平三郎が須磨浦療病院を開所した1889（明治22）年から数えると125年目のことである。

2. 結核史の時期区分と療養所史の課題

結核史の時期区分には様々ある。その中から著名な3人の結核研究者の時期区分を取り上げ、さらに療養所に関係する重要事項を付した一覧が表3である。この図を参考にしながら3人の区分を振り返る。

ア. 青木正和の区分（2004年）

青木正和は近代以降の結核史を6期に区分し

表3 日本における結核史の時期区分比較

青木 正和	明治～ I 期 1913	II 期 1945	III 期 1960	IV 期 1973	V 期 2001	VI 期 現在
島尾 忠男	1889～ I 期 1918	II 期 1930	III 期 1943	IV 期 1975	V 期 現在	
戸井田一郎	明治～ I 期 1935	II 期 1945	III 期 1951	IV 期 1975	V 期 現在	
	<ul style="list-style-type: none"> ・須磨浦療病院の創設（89） ・大阪市立刀根山療養所開所（17） ・肺結核療養所設置及国庫補助二閣スル件（4） ・結核予防法を制定（19） ・第一回公立療養所所長会議（22） 	<ul style="list-style-type: none"> ・国立療養所官制を制定（37） ・村松晴風荘を国に移管（37） ・内務省、結核病床4万床を目標へ（36） ・保健衛生調査会「結核予防の根本的対策」答申（34） ・公立結核療養所を日本医療団に統合（42） 	<ul style="list-style-type: none"> ・新結核和予防法を制定（51） ・総司令部「結核対策強化に関する覚書」を発令（47） ・医療団傘下の療養所を国立へ（47） ・傷痍軍人療養所を一般開放（42） 	<ul style="list-style-type: none"> ・第一回結核実態調査を実施（53） ・WHO結核専門委員会第八報告を公表（64） ・国療、結核患者以外の受入を開始（64） 		<ul style="list-style-type: none"> ・国内最後の療養所が閉院（13）

注）青木正和『結核対策史』財団法人結核予防会、2004年、島尾忠男『結核の今昔』克誠堂出版、2008年、兼松・戸井田一郎『日本におけるBCGの歴史』『日本におけるBCGの歴史』出版委員会、2009年より作成。

た²⁵⁾。青木が各時期に付けたタイトルは、第Ⅰ期が「結核対策萌芽期」（明治～1913年）、以下は第Ⅱ期「生育期」（1914年～1945年）、第Ⅲ期「確立期」（1946年～1960年）、第Ⅳ期「最盛期」（1961年～1973年）、第Ⅴ期「転換期」（1974年～2001年）、そして第Ⅵ期「新結核対策実施期」（2002年～現在）である。

各区分の特徴をまとめると、第Ⅰ期は、明治になって近代衛生行政が確立し結核予防会の前身である日本結核予防協会が成立するまでの時期。第Ⅱ期は、公立療養所建設に関する法律の制定（1914年）から結核予防法（1919年）の成立、さらに戦時下の結核対策を経て終戦にいたるまでの時期である。そして、第Ⅲ期が占領下の結核対策から新結核予防法の制定（1951年）を経てその見直しが行われる1960年までの時期。この時期には日本医療団傘下の療養所が国に移管され、外科療法やSMやPASを使った化学療法²⁶⁾がめざましい発展を遂げる時期でもある。ところが、第1回結核実態調査（1953年）やその5年後の第2回結核実態調査

（1958年）は、戦後の結核対策に対する人々の期待をみごとに裏切る結果となる。こうした事態を受けて「結核対策最盛期」と名付けた第Ⅳ期が登場する。

1961（昭和36）年には結核予防法を再び改正し、新たな患者管理制度によって治療成績が大幅に向上する。すでに必要な病床数²⁷⁾も確保され、化学療法や外科療法が飛躍的に進歩した。さらに保健所網の整備が進んだのもこの時期である。

第Ⅴ期は、結核対策がこれまでの拡大一途から集約化へと向かう時期である。小中学生の健康診断の定期化（1974年）、BCG接種の定期化（1974年）、さらにWHO結核専門委員会の報告²⁸⁾を受けてX線診断から細菌学的診断へ、また入院治療から外来治療へと治療内容が大きく転換する。中学生までの化学予防²⁹⁾対象の拡大（1975年）、高校生の健康診断の定期化（1982年）、結核サーベイランス事業の開始（1987年）など、結核対策の近代化と呼ぶべき大きな変化の時期である。後半になると小中学

生の X 線検査の廃止や接触者検診の強化（1992 年）、短期化学療法の導入（1996 年）といった変化もあった。

最後の第Ⅵ期が、DOTS³⁰⁾の推進（2003 年）、小中学生のツ反検査や BCG 接種が廃止（2003 年）など、結核対策の効率化と重点化を進める現在までとなっている。

イ. 島尾忠男の区分（2008 年）

島尾忠男は死亡統計から結核史を 5 期に区分した³¹⁾。各区分に付したタイトルをみるとその時期の特徴がわかる。たとえば、第Ⅰ期は「主な被害者は若い女性」（1889 年～1918 年）、第Ⅱ期が「インフルエンザの大流行の影響で結核死亡率減少」（1918 年～1930 年頃）、第Ⅲ期は「結核は第 2 次工業化、戦時状態とともに再度増加」（1930 年～1943 年）、第Ⅳ期が「第 2 次世界大戦の影響と結核対策の成果」（1943 年～1975 年）、最後に第Ⅴ期が「結核減少の停滞、再増加」（1975 年～現在）である。

第Ⅰ期は、死亡統計が始まる 1889 年から結核死亡数 140,747 人、死亡率 257.1 人（10 万人比）で戦前のピークとなる 1918 年までの時期である。死亡数増加の最大の被害者が若い女性であると統計から裏付けている。第Ⅱ期は 1918 年にピークを迎えた死亡率が減少を続ける 1930 年までをその範囲とした。1918 年のインフルエンザ大流行が結核患者を巻き込んだことで死亡率は一時低下するが、1930 年頃を境に再び上昇に転じる。第Ⅲ期は、1930 年から戦時体制の混乱で統計把握さえ困難な 1943 年までの時期とした。とくに青年層への罹患がこの時期の大きな特徴だと分析する。

第Ⅳ期は 1943 年から結核死亡率が一桁（9.5 人・対 10 万人）になる 1975 年までとした。

結核死亡率低下の背景には戦争による患者の淘汰、BCG 接種の予防効果、新結核予防法の制定、さらに SM や PAS といった化学療法の普

及、外科療法の進歩など様々な要因があった。

1975 年以降の第Ⅴ期はまさに「結核減少の停滞、再増加」の時期である。日本で結核罹患率の減少速度が鈍化した背景には人口の急速な高齢化があった。結核罹患率が 1998 年に再び上昇し、翌年には結核緊急事態宣言を発する事態を招いていた。

ウ. 戸井田一郎の区分（2009 年）

戸井田一郎も青木同様に結核対策からその歴史を 5 期に区分する³²⁾。第Ⅰ期が「結核対策の移り変わり－明治から昭和 10 年代初期まで」（明治～1935 年頃）、第Ⅱ期が「戦争の拡大と国家意思としての結核対策」（1935 年頃～1945 年）、第Ⅲ期が「敗戦と占領下の結核対策」（1945 年～1951 年）、第Ⅳ期が「経済回復と『新・結核予防法』の成立－結核の急速な減少」（1951 年～1975 年）、第Ⅴ期が「結核減少速度の鈍化、“再興”と結核対策の見直し」（1975 年～現在）である。

第Ⅰ期は、明治期から戦時体制が始まる 1935 年頃までとした。第Ⅰ期には結核予防協会設立（1912 年）、肺結核療養所ノ設置及国庫補助ニ関スル件（1913 年）の公布、結核予防法制定（1919 年）と重要施策が並んでいる。

戦時体制下の約 10 年を第Ⅱ期とした。1934 年 2 月、保健衛生調査会が「結核の蔓延により国民の蒙る惨害は洵に寒心に堪へざる所にして速に其の防遏を図るに非ざれば国民の福祉を損傷し国力の発展を阻害する」³³⁾と国を挙げた結核対策を求めると、その後は結核予防法改正（1937 年）、厚生省新設（1937 年）、結核予防会創設（1939 年）、国民体力法制定（1940 年）と、国家規模の取組みが進められそれは終戦まで続いていた。

第Ⅲ期は、1945 年の終戦から新たに結核予防法が制定される 1951 年までの 6 年間である。占領下、総司令部（GHQ）の監督・指示のも

と強力な結核対策が次々と打ち出される。傷痍軍人療養所や軍事保護院など軍人施設の一般開放もそのひとつだが、1947年には結核予防組織の強化、結核療養所の整備拡充、結核予防事業担当者の技術向上、結核予防思想の普及徹底を骨子とする「結核対策強化に関する覚書」を発令した³⁴⁾。このほかにも保健所法、伝染病届出規則、予防接種法制定などにも深く関与し総司令部はこの時期の結核対策を強力にリードした。

第Ⅳ期は、1951年の結核予防法から結核罹患率が順調に低下した1975年までをひと区切りとした。この間に保健所網の整備、BCG接種の範囲拡大、あるいは結核予防法による新たな施策が打ち出される。また抗結核剤の効果もあって結核の蔓延は急速に改善へと向かう。1951年は結核死亡数が1908年以来43年ぶりに10万人を下回るとともに死亡原因の第一位を「脳出血」に譲る記念すべき年でもあった³⁵⁾。以後、1975年まで結核死亡率や罹患率は順調に低下する。

第Ⅴ期は、1975年から現在にいたる、文字通り「結核減少速度の鈍化、“再興”と結核対策の見直し」の時期である。1951年の結核予防法以降、順調に低下した結核罹患率も1975年を境にその傾向が鈍化する。さらに1997(平成5)年には新規結核登録患者数が38年ぶりに増加するなど、これまでの結核対策を見直す時期になっている。

以上3者の時期区分を簡単にまとめたが、療養所の時期区分を考える上で重要だと思われる課題をいくつか挙げてみたい。

第1は、青木や島尾が指摘する1910年代の区分は療養所に対する人々の意識においても画期となるかである。日本結核予防協会設立(1913年)、肺結核療養所ノ設置及国庫補助ニ関スル

件の公布(1913年)、結核予防法制定(1919年)と重要施策が並ぶこの時期が、そのまま療養所史に当てはまるとは限らない。

第2は、島尾や戸井田が区分する1930年代前半の評価である。戦時体制が進む中で国は率先して結核対策に取り組むようになる。厚生省が誕生し結核対策の中心組織であった日本結核予防協会が結核予防会へと変わる³⁶⁾。また公立結核療養所が軍事保護院傘下に統合される中で療養所をみる人々の意識において変化があったのか、それが課題である。

戦後になって日本の結核対策は大きく変化した。占領軍や政府が進める結核対策によって死亡数は減少し療養所はその数を飛躍的に伸ばす。ところが外科療法や化学療法が普及し結核が治る病気になると、今度は一転して療養所はその数を減らす。こうした変化は人々の意識にどんな影響を齎したのか、それは戸井田が指摘するように占領期が終わる1951年頃か、あるいは結核予防法が再改正され患者管理が徹底される1960年前後に求めるべきか、それが第3の課題である。

次節ではこうした課題を踏まえながら療養所の時期区分を考察する。なお、結核史において終戦となる1945(昭和20)年が時代を画する重要な年であることは、いまさら指摘するまでもない。先に図1で示したように戦前と戦後の死亡数や病床数の違いをみれば一目瞭然である。よって、ここではあえて終戦の意味にはふれず、専ら療養所史の時期区分を戦前と戦後に分けてその中から検討する。

3. 療養所における時期区分の検討

(1) 戦前における時期区分

結核療養所はその初期において裕福な人々が利用する特別な施設であった。ところが、1910

年代になって公立療養所が誕生しその数が少しずつ増えていくと療養所に対する人々の意識にも変化がみられる。その変化を1) 公立療養所の患者動向、2) 公私別病床数の変化、3) 療養所完成までの日数という3点から検討してみる。

1) 公立療養所の患者動向

公立療養所に患者が殺到したのはいつ頃からののか、ここでは日本最大の規模を誇った東京市療養所を例にその実態を探ってみた。東京市療養所が開所したのは1919（大正8）年で、以後、『東京市療養所年報』（以下「年報」）をみると療養所の実態や患者の動向がわかる。

開所当時、東京市療養所へ入所を希望する患者はさほど多くはなかった。開所後の数年間は定員500人に対して年間500人から800人の患者で推移した。ところが、1927（昭和2）年頃を境に目立って入所希望者が増加し待機者も増えていく。年報はその様子を次のように伝えている。

- 入所を希望して満員のため停滞せる者日々平均貳百名を算し前年来少しも緩和する所

なく寧ろ益々増加の徴あり（昭和2年）³⁷⁾

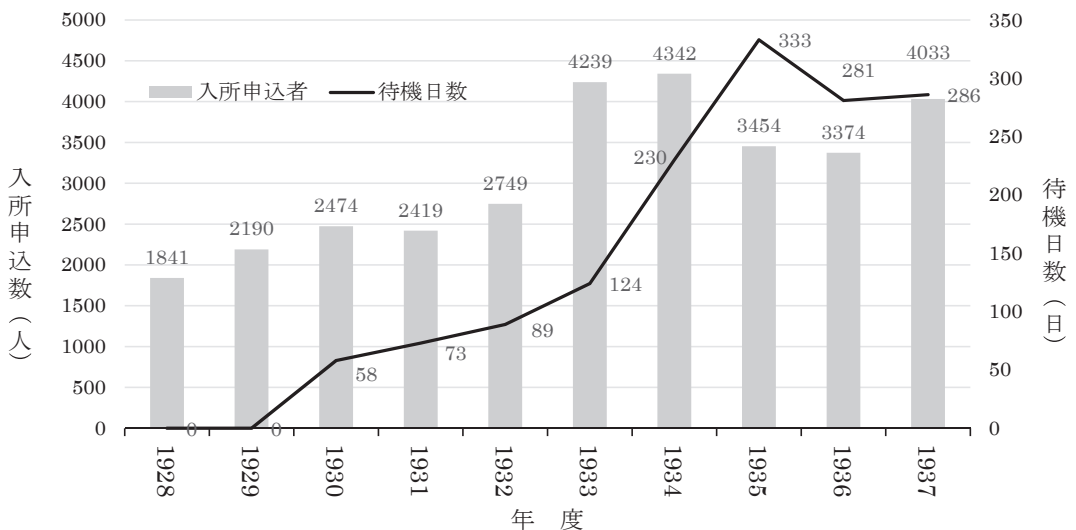
- 入所希望者の停滞せるもの依然として多数なり（昭和3年）³⁸⁾
- 本所の入所出願者はその停滞せる者常に二百名以上に及び、入所までに一ヶ月半或は二ヶ月近くも待たざる可らざる状況（昭和4年）³⁹⁾

こうした傾向は東京市と並んで大規模であった大阪市立刀根山療養所においても同じである。

- 入所希望申込者は年々増加し、殊に大正十四年四月市域拡張、人口増加の結果其傾向顕著となり、収容病床不足を来し未収容患者停滞し、希望者は容易に収容不可能なり（大正15年）⁴⁰⁾

図4は東京市療養所における入所申込者数と待機日数の変化である。1928（昭和3）年の入所申込者が1,841人、それが5年後には4,239人と倍増する。また待機日数も1930（昭和5）年の58日が5年後には333日と5倍増となり入所

図4 東京市療養所の入所動向（1928-1937）



注) 東京市役所『東京市療養所年報』（昭和12年）より作成。

までは1年も待つようになる。公立療養所に患者が殺到した背景には結核の蔓延があるが、一方で療養所がその利用しやすさも含めて公私立ともに人々の身近な存在になったためだと推察する。それは次項においても同じである。

2) 公私別病床数の変化

図5は1913（大正2）年から1940（昭和15）年までの病院・療養所の公私別病床数の変化である。

この図から病床数全体の変化をおよそ3つの時期に分けることができる。第1期が1913（大正2）年から1924（大正13）年頃までの小幅な増減を繰り返す微増期、第2期が1925（大正14）年から1935（昭和10）年頃までの安定的な増加期、第3期が1936（昭和11）年以降の病床数の急増期である。さらにこの図を丁寧にみると、病床総数を押し上げた原因は第2期が私立療養所、そして第3期が公立療養所の増加である。

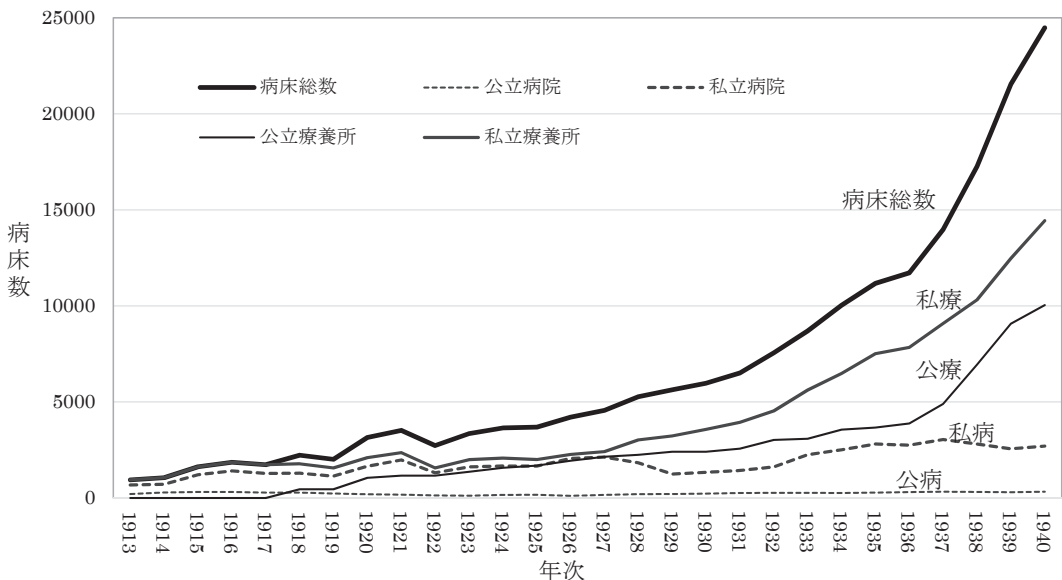
実際、私立療養所の数をみると、第2期の1928（昭和3）年が21施設、第3期前の1935（昭和

10）年が83施設とわずか7年で4倍増であった⁴¹⁾。ただし、私立療養所の規模は小さく、たとえば1938（昭和13）年の病院・療養所153施設中43施設（約28%）が「30床以下」で、その内の38施設が私立である。つまり、小規模な私立療養所が顕著に増加した時期が第2期であった。

私立療養所はなぜ増えたのか、その理由を考えてみたい。ひとつには蔓延する結核が療養所の新設や増床を促したと考えられる。経営を優先する私立にとって膨大な患者はそれだけで新設や増設を進める大きな理由となる。その一方で、私立療養所の変化も見逃すことはできない。かつてサナトリウムと呼ばれ一部の裕福な人々のみが利用した私立療養所が庶民に身近な施設として変化したと推察する。また、この変化の背景には公立療養所が大きく影響したとも考える。

設立当初、公立療養所は「療養の途なき」患者が対象であった。よって、私立は裕福な患者で公立は貧しい患者と、比較的両者の棲み分け

図5 公私別結核病床数の変化（1913－1940）



注) 内務省衛生局『衛生局年報』、および厚生省『衛生年報』より作成。

は容易であった。ところが公立療養所も途中から施設数や収容人数を拡大し有料患者の受入れを開始した。白十字会『日本結核予防事業総覧』によると、1936（昭和11）年頃の患者1日当たりの入院費は、私立の南湖院が2～10円、恵風園療養所が2.5円～4.8円であるが、公立は横浜市療養院（有料患者）が1円、東京市療養所（有料患者）が1.5円である⁴²⁾。これまで私立と公立の間にあった垣根が低くなったことで、療養所に対する人々の意識もしだいに变化したと思われる。

3) 公立療養所、完成までの日数

図6は公立療養所の設置命令から完成までの日数である。たとえば、図中の「1917年」は京都、横浜、名古屋の3市に設置命令が出された年で、それぞれ完成までの期間が36ヶ月、44ヶ月、61ヶ月を要したことを表している。

結核療養所の建設は簡単な話ではない。建設計画が明らかになると地域住民による反対運動が頻繁に起きた。自治体によっては建設計画を極秘に進める場合や利用目的を偽って土地を購入することもあったが、いずれも反対運動を恐れてのことである。図中の「1919年」は広島

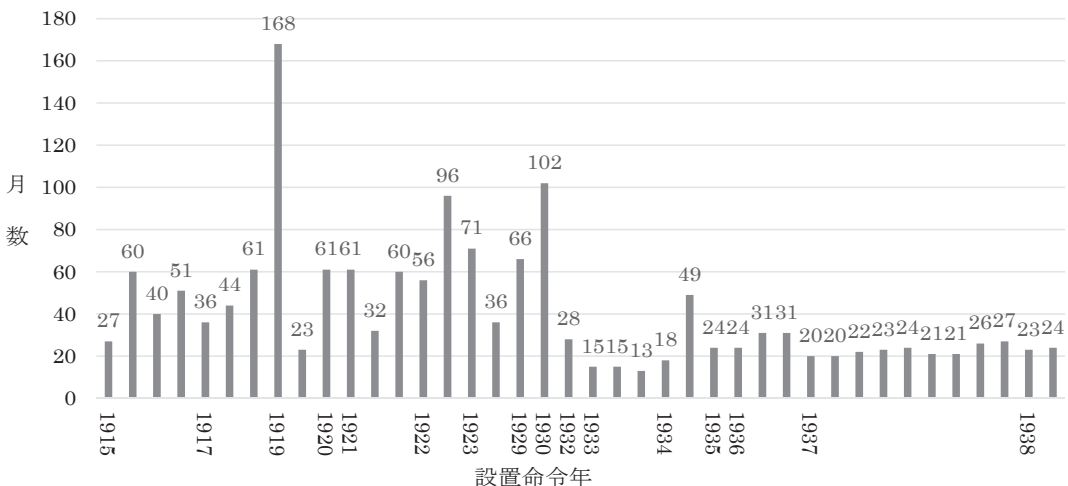
市畑賀病院であるが、反対運動によって168ヶ月という膨大な歳月を費やした療養所である。

ところが、これまでの調査によると、1930（昭和5）年頃を境にそれ以降は大きな反対運動が見当たらなくなる⁴³⁾。こうした傾向はこの図からもわかる。療養所完成までの日数は1930（昭和5）年頃を境に大幅に短縮した。そこで公立療養所を設置命令の前半と後半に分けて日数を比較すると、前半10施設の平均が57ヶ月に対し、後半10施設の平均は23ヶ月と半分以下になっていた。日数の短縮化は療養所の小規模化によるものではない。同じく前半と後半でその規模を比較すると、前半が平均136床、後半が平均192床でむしろ施設の規模は拡大していた。

なぜ短縮化したのか、ひとつには満州事変以降の戦時体制化によって国の施策が遂行し易くなったことが考えられる。人々からみれば国の施策に背くことは容易なことではない。いまひとつは療養所が人々の生活の中に定着したためだと思われる。先に挙げた2つの分析結果も併せて考えると十分に予想できる判断である。

以上、3つの視点から戦前の療養所へ向けら

図6 公立療養所の設置命令から完成までの日数



注) 厚生省予防局『公立結核療養所状況調』、1937年より作成。

れた人々の意識を検討した。その結果から療養所を区分する時期を推定すると、それは1910年代でも1930年代でもなく、1920年代後半に大きな区切りがあったと結論付けることができる。

(2) 戦後における時期区分

人々は戦後の療養所をどう捉えたか、ここでは病床数や病床利用率、さらに治療内容の変化を中心にみることにする。

終戦後しばらくの間、療養所は患者のいない閑散とした状態になる。戦後の食糧難や戦争による患者の淘汰によって入所希望者が減ったことが原因である。終戦後2年を経た1947（昭和22）年の新聞は、「政府はこの三年間に八万床の療養所を増設するということだが七万以上はあろう公私病床がその入院患者は定員の半分にも満たず、ある療養所のごときは三割程度だ」⁴⁴⁾と伝えている。ところが、患者が療養所に戻り始める1948（昭和23）年頃から病床数もしだいに増え、その後は1958（昭和33）年のおよそ26万床まで増加の一途を辿る。

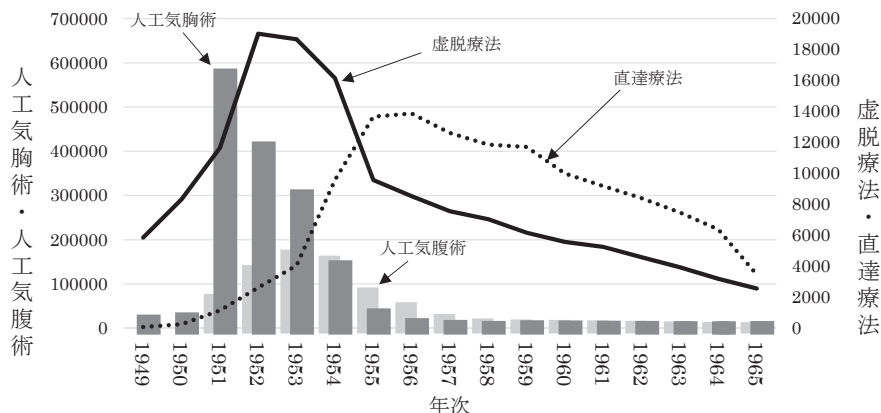
日本の療養所はそれまで年間死亡数を目標に増床計画を立てている。病床数が死亡数を上回る1951（昭和26）年は記念すべき年となるは

ずだが⁴⁵⁾、死亡数の減少に反して療養所はどこも満床状態であった。厚生省の調査によれば、1951（昭和26）年11月現在の平均待機日数が2.18ヶ月⁴⁶⁾、それから2年後の1953年においても、国立中野療養所を取材した新聞は「療養所入所、二、三年待たされる」⁴⁷⁾との見出しを載せていた。驚く数の入院希望者が療養所へ殺到したと考えて間違いはない。たしかに結核病床利用率をみると、1951（昭和26）年～1955（昭和30）年までは軒並み90%を超える⁴⁸⁾。結核のような慢性疾患の場合、患者の性別や手術等による病室のゆとりを考慮すると、85%～90%の病床利用率が適当だといわれる中でのこの数字である⁴⁹⁾。

患者が療養所に殺到した背景には治療成績の向上がある。当時、清瀬病院長だった島村喜久治が「『療養所とは肺結核患者を治療する病院である』という定義さえおかしくない時代がきた」⁵⁰⁾と述べるように、治療内容の変化とともに戦後の療養所は大きくその役割も変えたのである。

図7は国立療養所の治療方法や施術件数の変化である。この図をみると1950年代前半は胸きょう膜腔まくこうに空気を入れて肺を締め病巣の安静を図る

図7 国立療養所における外科療法の推移（1949～1965）



注1) 厚生省『国立療養所年報』（昭和24年～昭和40年）から作成。

注2) 「人工気胸術」の49年、50年は患者実数、それ以降はのべ送気回数。

人工気胸術やその応用である人口気腹術、さらに菌の発育を抑える虚脱療法（胸郭形成術、横隔膜神経捻除術、胸膜外気胸術等）が治療の中心であった。ところが、その後はしだいに病巣部そのものを除去する直達療法（肺切除術、空洞吸引術、空洞切開術）が増えていく。

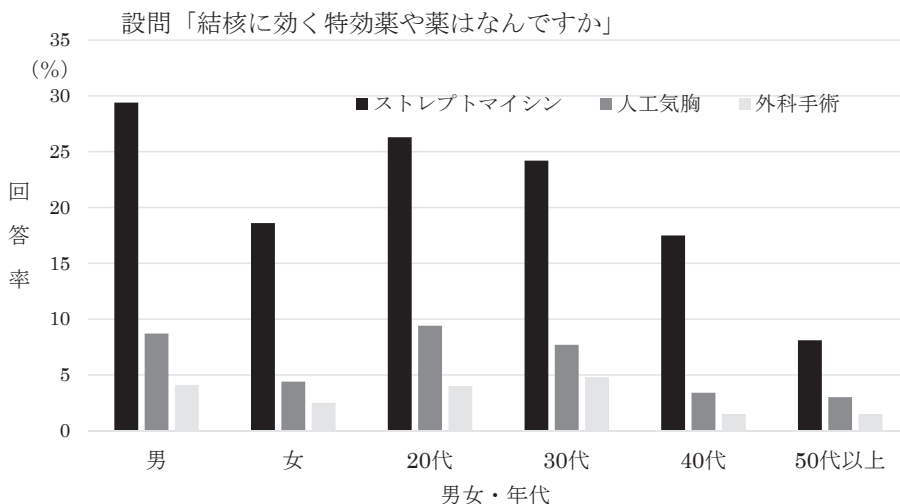
外科療法の進歩と併せて治療法に革命的ともいえる影響を及ぼしたのが化学療法である。戦時中に米国で発見されたストレプトマイシン（以下、ストマイ）は、日本でもすぐにその効果が話題となる。すでに1948（昭和23）年9月の新聞で予防衛生研究所梅沢浜夫は「結核性疾患に悩む人々が現在その最後の希望をストレプトマイシンにかけていることは誰でも知っている」⁵¹⁾と述べ、翌年12月になると結核予防会結核研究所隈部英雄は「ストマイは用いるにしてもあくまで従来の療法を行うと同時に試むべきものである」⁵²⁾とその治療法にまで言及した。ストマイの正式輸入が1949（昭和24）年2月、ストレプトマイシン研究協議会の慎重な審査を経て製造許可が下りたのが1950（昭和25）年10月、本格的な製造開始が1951（昭和26）年

である。ストマイへの強い関心はかなり早くからあったといえる。

結核予防会は1950（昭和25）年3月に結核に関する意識調査を実施した⁵³⁾。調査項目で「結核に特に効く薬や療法があると思いますか」と尋ねると、男性の47.5%、女性の35.6%が「ある」と答えている。また若い年代ほど「ある」の回答率が高かった。さらに「それはどんなもの（薬や療法）ですか」（括弧は筆者）と尋ねたその結果が図8である。ストマイは歴史のある人工気胸術や外科療法と比べてもかなり高い認知度であった。よって、特効薬ストマイを必死になって求める患者も多い。公務員の初任給5千円⁵⁴⁾の時代にストマイで完治するにはおよそ4万円の費用が必要である⁵⁵⁾。ストマイ1本を求めて「なけなしの着物や、タンスを売る」⁵⁶⁾者も現れる始末で、国内生産が始まる1951（昭和26）年頃までは闇売買も横行した。その後の化学療法普及は速くストマイの後にはパスやチビオンも使われるようになる。

1951（昭和26）年11月、厚生省は病院・療養所の患者5,194人に対して実態調査を実施す

図8 結核に関する男女・年代別調査（1950）



注) 財団法人結核予防会『日本における結核の実態 1950』、1950年、112頁。

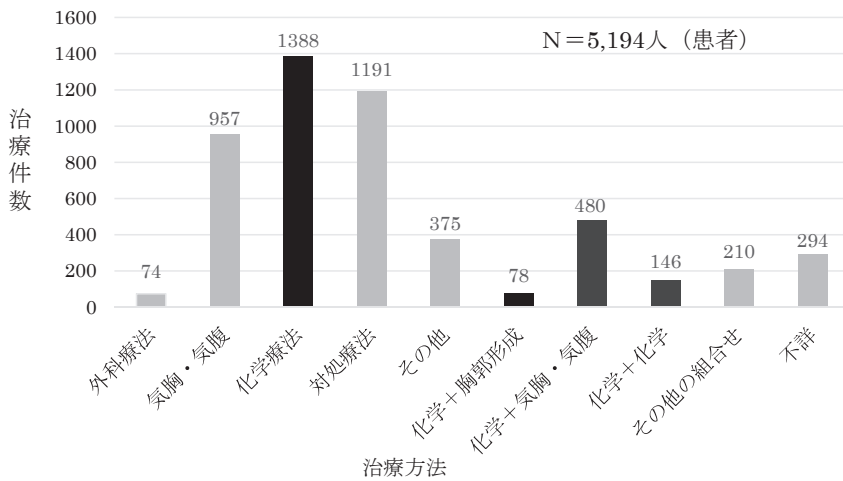
るが、その際の治療内容の内訳が図9である⁵⁷⁾。化学療法による単独治療やほかの療法との組合せを合計すると実に43%で化学療法が使われている。

ところが化学療法の普及は療養所の退潮を進める原因にもなる。図10から平均病床利用率と平均在院日数の変化をみると、平均病床利用率が90%代を維持するのは1951年～1955年のわずか5年間で1959（昭和34）年には80%を

割っていた。同じ病床率の変化を国療に絞ってみると、90%を割るのが1955（昭和30）年、80%を割るのが1964（昭和39）年で国療の減少幅の方がやや緩やかであったが大きくは変わらない。

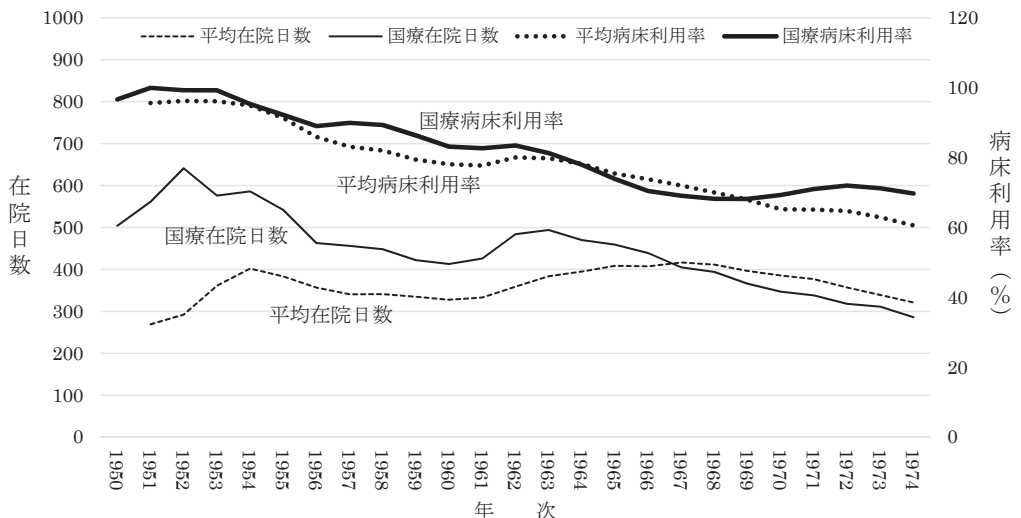
一方、在院日数をみると1950年代の国療は平均の倍近くある。先の施設数（図2）と併せて考えると、戦後しばらくの間、結核医療において国療の果たした割合は極めて大きかったこ

図9 施設内患者治療概況（1951）



注）厚生省『昭和26年11月 施設内結核患者実態調査報告』、1951年。

図10 在院日数及び病床利用率の変化



注）厚生省『国立療養所年報』（1950～1974）より作成。

とがわかる。

戦後における療養所の時期区分を考察する際に最も注目すべき点は、結核が治る病気になったことである。患者が快復を願って療養所に殺到したこの時期こそ、人々の療養所に対する意識の変化が象徴的に表れていると思われる。よって、戦後においては化学療法が登場する1950年頃の一時期が療養所史を画したと判断する。

おわりに

本稿は結核療養所の歴史を踏まえてその時期区分を検討した。まず戦前期は病床数や療養所数さらに待機日数や療養所完成までの日数などから考察し、人々の療養所に対する意識の変化を探った。また戦後期は治療内容の変化、病床数やその利用率などを使って同様の分析を試みた。

療養所の時期区分はこのほかにも様々なテーマを使って考察できる。たとえば、東京の清瀬にあった国立療養所清瀬病院の同窓会記念誌⁵⁸⁾は、1931（昭和6）年に東京府立清瀬病院が発足して以降の歴史を「患者」を軸に区分した。すなわち第1期「隔離と収容の時代」（1931年～1945年）、第2期「混乱を経て躍進の時代」（1945年～1956年）、そして第3期「安定それから転換の時代」（1956年～）である。さらに第2期を「荒廃と混乱の時期」（1945年～1950年）と「新しい秩序に向けた躍進の時期」（1951年～1956年）に分けている。「1956年」に着目した検討は本稿にはなく、何を視座とするかによって時期区分は大きく異なることがわかる。

冒頭にも述べたが、日本の結核療養所は膨大な患者数と入院期間の長さにおいて特異な施設である。結核療養所の情報発信力や社会的影響力を分析するという本研究の大きなテーマから

しても、今回の時期区分の考察を踏まえてさらに「患者」を軸とした時期区分の検討があらためて必要であると思われる。この点を今後の課題としてまとめとする。

〈註〉

- 1) 砂原茂一「第5章 療養所」有馬英二、今村荒男（他）編『日本結核全書』金原出版、1957年、第5章を参照。
- 2) 相原典夫「鎌倉海浜ホテル考」『鎌倉』第34号、1980年、参照。
- 3) 鶴崎平三郎「肺結核と転地療養」鶴崎範太郎（他）『須磨浦病院創立100年』、1989年、34-35頁。
- 4) 遠山椿吉『強肺健胃法』廣文堂書店、1916年、154頁。
- 5) 青木純一「結核療養所と反対運動」『社会科学年報』第43号、2009年。
- 6) 保健衛生調査室『結核病院及療養所並結核予防会概況』内務省衛生局、1919年
- 7) 内務省衛生局『衛生局年報（大正7年）』。
- 8) 厚生省公衆衛生局結核予防課『結核予防行政提要（上巻）』財団法人結核予防会、1967年、77-83頁。
- 9) 『第七十回帝国議会衆議院国民健康保険法案外二件委員会議録（速記）第六回』（昭和十二年三月十八日）、19頁。
- 10) 村松晴嵐莊規定によれば、入所は「主トシテ陸海軍ノ軍人中ヨリ結核ニヨリ除役セラレタル者」で、目的は「輕傷結核患者ヲ収容シテ治療ヲ施スト同時ニ療養上ノ智識ヲ與ヘ健康ニ伴ヒテ作業療養ヲナサシメ将来ノ生業ヲ指導」するためである（『財団法人日本結核予防協会沿革略誌』眞野準、1941年、213頁）。
- 11) 奨健寮は、「体力検査の結果、筋骨薄弱、輕症又は快復期の結核患者と判定された者をおおむね2か月間修練施設に収容し生活訓練及び療養指導」をする場で、その多くは民間施設を転用して使用した（日本医療団史編集委員会『日本医療団史』日本医療団、1977年、64頁）。
- 12) 兼松・戸井田一郎『日本におけるBCGの歴史』『日本におけるBCGの歴史』出版委員会、2009年、108頁。

- 13) 日本医療団史編集委員会『日本医療団史』日本医療団、1977年、75頁。
- 14) 厚生省公衆衛生局結核予防課、前掲書、103-104頁。
- 15) 『官報（号外）昭和二十五年四月二十五日』、832頁。
- 16) 『第十回衆議院厚生委員会議録 第十二号』（昭和二十六年三月十七日）、9頁。
- 17) 財団法人結核予防会『結核統計総覧（1900～1992年）』、1993年、227頁。
- 18) 国立療養所史研究会（編）『国立療養所史（結核編）』厚生省医務局国立療養所課、1976年、63頁。
- 19) 鈴木邦夫（編）『日本における結核の実態 1950』、1950年、23頁。
- 20) 第一回以降、結核実態調査は5年ごとに合計5回（53年、58年、63年、68年、73年）実施した。
- 21) 厚生省医務局総務課（編）『病院要覧—全国病院名簿—1961年版』医学書院、1961年、1頁。
- 22) 同前、3頁。
- 23) 同前。
- 24) 厚生省医務局国立療養所課『昭和53年 国立療養所年報』、1980年、11頁。
- 25) 青木正和『医師・看護職のための結核病学 結核対策史』財団法人結核予防会、2004年。
- 26) SMはストレプトマイシンの略、ちなみにPAS（パラアミノサリチル酸カルシウム）、INH（イソニアジド）である。
- 27) 日本の結核対策は年間結核死亡数をひとつの目安に病床整備に取組んできたが、1951（昭和26）年の結核病床数が125,204床で初めて死亡数93,307人を上回った。
- 28) WHO expert committee on tuberculosis. Ninth report. WHO technical report series No.552. Geneva : WHO.1974（青木正和、前掲書、104頁）。
- 29) 化学予防とは結核の発病予防を目的として抗結核剤を投与することである。
- 30) 直接服薬確認療法（directly observed treatment short-course）、通称DOTS（ドッツ）と呼ばれ、患者の薬の服用を医療従事者が目の前で確認する治療方法である。
- 31) 島尾忠男『結核の今昔—統計と先人の業績から学び、今後の課題を考える—』克誠堂出版、2008年、1-50頁。
- 32) 兼松・戸井田一郎、前掲書、100-112頁。
- 33) 保健衛生調査会答申「結核予防の根本的対策」（『医政八十年史』印刷局朝陽会、1955年、754頁）
- 34) 兼松・戸井田一郎、前掲書、111頁。
- 35) 同前。
- 36) 日本結核予防協会から結核予防会への組織変更の意味とは何か、今後検証すべき大きな課題である（戸井田一郎、前掲書、106頁）。
- 37) 東京市役所『昭和2年東京市療養所年報（第七回）』、1928年、緒言。
- 38) 東京市役所『昭和3年東京市療養所年報（第八回）』、1929年、緒言。
- 39) 東京市役所『昭和4年東京市療養所年報（第九回）』、1930年、緒言。
- 40) 大阪市『大阪市立刀根山療養所年報 第九（昭和元年 開所十年記念号）』、1927年、緒言。
- 41) 『衛生局年報』（昭和3年）と同（昭和10年）を比較。
- 42) 社団法人白十字会編『日本結核予防事業総覧（昭和11年版）』林止、1936年、15頁、30-32頁。
- 43) 青木純一『結核療養所反対運動を通じた社会意識に関する研究』（平成17～19年科学研究費報告書）、2008年。
- 44) 読売新聞、1947年3月28日、朝刊。
- 45) 政府は翌1952（昭和27）年5月28日、結核死亡率半減を祝して「結核死亡半減記念式典」を挙行了。
- 46) 厚生省大臣官房統計調査部『昭和26年11月施設内結核患者実態調査報告』1954年、16頁。
- 47) 読売新聞、1953年10月26日、朝刊。
- 48) 財団法人結核予防会、前掲資料、227頁。
- 49) 加倉井駿一「結核療養所のあゆみ」『結核年報 第3集』、1968年、5-6頁。
- 50) 島村喜久治『療養所』保健同人社、1956年、192頁。
- 51) 読売新聞、1948年9月28日、朝刊。
- 52) 読売新聞、1949年12月10日、朝刊。
- 53) 調査日時は1950年3月5日、調査対象は一般人1,000人（男472人、女528人）である（鈴木邦夫（編）、前掲書、93-118頁参照）。

- 54) 週間朝日編『続 値段の風俗史』朝日新聞社、1981年、159頁。
- 55) 読売新聞、1948年12月29日、朝刊。
- 56) 読売新聞、1949年12月10日、朝刊。
- 57) 厚生省大臣官房統計調査部『施設内結核患者実態調査報告』、1951年。
- 58) 同窓会記念誌編集委員会『雑木林 — 清瀬病院の憶い出』国立療養所清瀬病院、1984年。

[付記]

本稿は科学研究費補助金・基盤研究（C）「結核療養所の情報発信力や社会的影響力に関する歴史社会学的研究」（課題番号 26380705、研究代表者：青木純一）による研究成果の一部である。