

Discussion Paper Series

RIEB

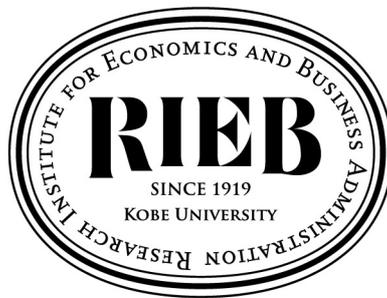
Kobe University

DP2020-J07

感染症の社会経済史的考察
—新型コロナウイルス(COVID-19)
感染拡大への含意を念頭に—

鎮目 雅人

2020年4月20日



神戸大学 経済経営研究所

〒657-8501 神戸市灘区六甲台町 2-1

感染症の社会経済史的考察
—新型コロナウイルス(COVID-19)感染拡大への含意を念頭に—

2020年4月
鎮目 雅人*

* 早稲田大学政治経済学術院教授 兼 神戸大学経済経営研究所リサーチフェロー
E-mail: masato.shizume<アットマーク>waseda.jp

1. はじめに (要約)

2019 年末以降の新型コロナウイルス (COVID-19) の世界的な感染拡大を受けて、過去の感染症流行への関心が高まっている。仮に病理学的に類似する感染症であっても、それぞれの時代や地域における社会のあり方によって、流行の社会的影響は大きく異なるため、過去の事例を現代に単純に当てはめることには慎重であるべきと考えられる。しかしながら、そのことは過去の歴史に学ぶことができないことを意味しない。とくに、それぞれの時代や地域における社会のあり方の違いが、感染症流行のような稀有の出来事の社会的影響にどのような違いをもたらしたのかを知ることは、現代に生きるわれわれに有益な示唆を与えてくれる。本稿では、過去における感染症の世界的な流行の事例について先行研究に基づいて概観したうえで、感染症流行の社会的影響について歴史的観点からの整理を試みるとともに、現代への含意を探る¹。

本稿の分析から得られる主な知見は以下のとおりである。

- ① 前近代においては、死亡率が流行地域の人口の数十%にも達する疫病大流行がみられたが、近代においては医学の発達と公衆衛生知識の普及による治療法と予防法の発達から、死亡率は劇的に低下した。その際、経済成長により生産性および所得水準が上昇したとしても、市場を通じた経済活動だけで感染症に対して有効な対策を採ることは難しく、死亡率を低下させるためには政府の関与が重要な役割を果たしてきた。
- ② 第 1 次世界大戦末期の 1918 年から世界的に流行したインフルエンザ (いわゆるスペイン風邪 : Spanish Flu) は、終息までに約 2 年を要した。この間の死者は世界人口の 1.4~2.2% に相当するもので、前近代における咳病大流行に比べれば死亡率は大幅に低下したが、それでも同大戦による死者約 1 千万人を大幅に上回る 25~39 百万人の死者が発生した。このうちアジアにおける死者が 7~8 割を占め、とくに英領インドの死者が全世界の約半数に上った。
- ③ 日本では、1918 年から 1920 年のインフルエンザ流行時には、終息までの約 2 年間に全人口の約 4 割にあたる 24 百万人が発症し、同じく 0.6~0.8% にあたる 35~45 万人が死亡した。日本の死亡率は、アジアでは例外的に低く、欧米諸国にほぼ匹敵するものであった。当時インフルエンザの病原体であるウイルスは未発見であったが、感染拡大の防止に向けた密閉・密集・濃厚接触の回避、マスク着用の徹底とうがいの励行、患者の早期隔離、ワクチン開発の試みなど、内容的には現代の予防・治療法と比べてもそれほど遜色ない感染症対策が試みられた。しかしながら、対策が後手に回

¹ 新型コロナウイルスの流行を受けて、経済史系英文ジャーナル 4 誌 (*Economic History Review*, *Journal of Economic History*, *Explorations in Economic History*, *European Review of Economic History*) は共同で、感染症の歴史に関する過去の掲載論文のサーベイを Web 上で公開するとともに、そこで引用されている論文をオープンアクセス (誰でも無料で閲覧可能) としている。Bogart et.al (2020a, b)。

り、また経済活動を規制する方策を徹底するには至らず、感染の蔓延を招いた。なお、感染症流行への対応として景気刺激や所得補てんなどの経済対策が発動された形跡はなく、感染症対策は、あくまで社会政策の一環として運営された。

- ④ 過去の感染症流行は、経済社会にさまざまな影響を与えてきたが、その現れ方は時代によって異なっていた。1918 年以來、社会的規範や政府の経済活動への関与のあり方が大きく変容していることから、1918 年当時の経験をそのまま当てはめることは適切ではない。
- ⑤ 現在、「社会的隔離」に伴う需要構造の劇的な変化が生じている。主たる問題は、需要と供給の量的不整合ではなく、質的不整合であると考えられる。また、生産設備や労働力が物理的に毀損しているわけではなく、むしろ、需給の質的なミスマッチのために遊休資源が存在していると考えられる。その意味では、軍需から民需への急速な需要のシフトが発生し、供給サイドの構造転換が要請される中で、供給面のボトルネックの解消に向けて政府がビジョンを示し、民間部門を誘導していった戦後復興期の経験が参考となると思われる。

2. 歴史上の主な感染症大流行

前近代においては、死亡率が流行地域の人口の数十%にも達する疫病大流行が繰り返された(表1)²。

このうち、古代末期のローマ帝国では、2世紀に天然痘、3世紀に出血熱とみられる疫病の大流行があり、前者では人口の10~30%、後者では同じく15~25%が死亡したとされる。

また、6世紀以降、3回にわたり世界的なペストの大流行が発生している。6世紀の第1次大流行では、ヨーロッパや地中海沿岸地域を中心に感染が拡がり、当該地域の人口の25~50%が死亡し、とくにエジプトなどの人口密集地域では、人口の50%が死亡したとされる。この流行は、8世紀中頃までに終息したが、14世紀中頃に、ユーラシア大陸の広範な地域で第2次大流行が発生した。この時は、おそらく中国から発生した流行がユーラシア大陸の大半を占めたモンゴル帝国の版図を西進してヨーロッパ、地中海沿岸、中東、中央アジアに拡がり、ヨーロッパおよび地中海沿岸地域では人口の35~60%が死亡し、黒死病(the black death)と呼ばれた。17世紀にもヨーロッパ各地で流行があり、当該地域の人口の数十%が死亡した。第3次大流行は、19世紀末から現在まで続いており、中国の雲南地方に端を発し、大英帝国の領域である香港からインドを経てヨーロッパ、南北アメリカ、アフリカへと感染が拡大した。とくに英領インドでは、1,250万人が死亡したとされる。一方、欧米での死亡率は、過去の大流行に比べて劇的に低下した。

² Alfani and Murphy (2017)は、先行研究に基づき前近代の主な致命的な感染症の大流行についてまとめている。本節の記述は、とくに断りのない限り同論文に依っている。

(表1) 世界における主な致命的伝染病

流行時期など	俗称	感染症	流行地域	推定死者数	推定死亡率（人口比）
古代末期の伝染病					
160-180年	アントニウスの疫病	天然痘	ローマ帝国	-	10-30%
249-270年	キプリアヌスの疫病	出血熱	ローマ帝国	-	15-25%
ペスト					
第1次大流行					
540-541年(おそらく北欧では550年頃まで)	ユスティニアヌスの疫病 ^(a)	ペスト	ヨーロッパ、地中海沿岸	全体で25-50百万人	25-50%（エジプトなど人口密集地域では50%）
第2次大流行					
1347-1352年(おそらく1331年頃に中国で始まる)	黒死病	ペスト	ヨーロッパ、地中海沿岸、中東、中央アジア、おそらく中国の一部など	ヨーロッパおよび地中海沿岸地域で最大50百万人、その他地域については不明	ヨーロッパおよび地中海沿岸地域で35-60%、その他地域については不明
1623-1632年		ペスト	中央・西ヨーロッパのほとんど(スペインや中・南イタリアを除く)	北イタリアで最大2百万人、フランスで最大115万人、スイスで最大25万人、オランダで最大16万人、その他地域については不明	北イタリアで30-35%、スイスで20-25%、南ドイツ・ラインラント・アルザスで12-15%、オランダで8-11%、その他地域については不明
1647-1657年		ペスト	アンダルシア、スペイン地中海沿岸、中・南イタリア	ナポリ王国で最大125万人、スペインで最大50万人、フランスで最大33万人、その他地域については不明	ナポリ王国で30-43%、アンダルシアで最低25%、カタロニアで15-20%、その他地域については不明
第3次大流行					
1894年-現在		ペスト	中国（雲南）、香港、インド、ヨーロッパ、アメリカ、アフリカほか	インドで1250万人、グラスゴーで16人、パリで39人、サンフランシスコで113人、2010-2015年の間にアフリカ中心に584人など	-
近世の大疫病					
1492-1650年 ^(b)	コロンブスの交換（ユーラシアからアメリカへ）	天然痘、発疹チフス、しかし、インフルエンザ等	アメリカ大陸	-	最大で80-90%（異なる伝染病の累積的影響。植民地化の直接的影響との区別が難しい）
1492-1550年 ^(c)	コロンブスの交換（アメリカからユーラシアへ）	梅毒	ヨーロッパ、アジア	ヨーロッパで最大2~5百万人 ^(d) 、その他地域については不明	ヨーロッパで最大4-5%、その他地域については不明
インフルエンザ					
1918-1919年 ^(e)	スペイン風邪	インフルエンザ	全世界	全世界で15百万人-1億人	全世界で0.8-5.5%

- 注 (a) ユスティニアヌスの疫病に関する計数は当初発生時のみで、750年に終息した「最初の疫病大流行」の全体像を示すものではない。
- (b) 人口全滅には至らなかったものの植民地化後の数世紀にわたり伝染病が蔓延し、特に当初150年間の人口への影響は甚大であった。
- (c) 16世紀中葉を過ぎると、梅毒の威力は弱まっていった。
- (d) 情報の制約により、梅毒の死者数の上限は不確定な部分が多い。
- (e) Patterson and Pyle (2017)は各種推計を紹介しつつ、自身は全世界の死者を24.7-39.3百万人、死亡率を1.36-2.17%と推計している。
- (出所) Alfani and Murphy (2017); Patterson and Pyle (1991).

15世紀末以降、ユーラシア大陸とアメリカ大陸との人的交流が行われるようになると、従来はユーラシア大陸に存在していた感染症がアメリカ大陸に持ち込まれる一方、アメリカ大陸に存在していた感染症がユーラシア大陸に持ち込まれ、相互に大流行が発生した。これをコロンブスの交換（Columbian exchange）と呼ぶ。ユーラシア大陸からアメリカ大陸に持ち込まれた感染症としては、天然痘、発疹チフス、はしか（麻疹）、インフルエンザ等があり、アメリカ大陸からユーラシア大陸に持ち込まれた感染症に梅毒がある。とくに、ユーラシア大陸からアメリカ大陸に持ち込まれた複数の感染症の複合的な影響は甚大であり、過酷な植民地支配とも重なり、当初1世紀半の間に最大で地域人口の80～90%が失われたとされている。

第1次世界大戦末期の1918年から約2年間にわたり、インフルエンザの世界的な大流行が発生した。Patterson and Pyle (2017)によれば、北アメリカから流行が始まり、大西洋経由でヨーロッパ、地中海沿岸地域、中東、アフリカへ、また太平洋経由とヨーロッパ経由でアジアへと広がった。その死者数については各種推計により15百万人～1億人までかなりの幅があるが、Patterson and Pyle (2017)は、先行研究による各種推計を紹介しつつ、全世界の死者を24.7～39.3百万人、世界人口比でみた死亡率を1.36～2.17%と推計している。この死亡率は、前近代における数十%に比べれば低いですが、それでも死者数は第1次世界大戦による死者の1千万人を大きく上回った³。この時の流行状況や各国の対応は、今回の新型コロナウイルスへの対応との比較において参考となる点が多いので、次節で詳しく分析する。

19世紀以降における感染症死亡率の低下の要因について、Easterlin (1999)は以下の3点を挙げている。

- (1) 19世紀中葉以降、公衆衛生知識の普及など、感染防止の方法が導入されたこと、
- (2) 1890年代以降、ワクチンの開発が進んだこと、
- (3) 1930年代以降、新たな感染症の治療薬が開発されたこと。

そのうえで、平均寿命の観点からみた産業化の功罪について、19世紀を通じて進展した産業化は所得水準と生活水準の向上には寄与した一方、産業化に伴う都市の衛生環境の悪化がその効果を打ち消すかたちで平均寿命が伸び悩んでいたが、(1)の要因により衛生環境が改善したことで、産業化に伴う所得水準ならびに生活水準の上昇の影響が勝るようになり、19世紀後半以降、欧米主要国を中心に死亡率の低下およびその結果としての平均寿命の伸びにつながったとしている。また、公衆衛生については外部性が強く、自由な市場活動は都市生活者の感染症に対する露出（exposure）を増やす方向に作用してしまい、これ

³ 当時の報道から、インフルエンザによる死者が第一次大戦のそれを大幅に上回ることは、同時代の人々にも認識されていたことが判明する。読売新聞1918年12月24日付（ロンドン発23日着電）「死者六百万人 十二週間に流行感冒と肺炎で 戦死者の数の五倍に達す」。

に対して婦人運動や自発的なコミュニティの活動と政府の介入が公衆衛生の改善に寄与したこと、ワクチンや治療薬の開発についても、大学や政府系の研究機関など市場の経済活動の外にある組織が主導した一方で、企業の貢献は限定的であったことを示し、市場での経済活動が感染症死亡率の低下と平均寿命の延長に果たした役割は限定的であったと評価している。

3. 1918年からのインフルエンザ大流行

(1) 世界の動向⁴

第1次世界大戦末期の1918年から世界的に流行したインフルエンザ（いわゆるスペイン風邪：Spanish Flu）は、終息までに約2年を要した。第1波は1918年3月頃にアメリカ中西部から始まり、ヨーロッパを經由して、7月までに北アフリカ、インド、中国、オーストラリアに到達した。最も激烈であった第2波は、8月末頃にフランスに始まり、急速に全世界に広がった。さらに、1918年冬から1919年春にかけて、世界の多くの地域で第3波が観測された。

Patterson and Pyle (1991)は、第1波と第2波の感染経路を推定するとともに、最も大規模な流行となった1918年秋の第2波について、先行研究をもとに死者数と死亡率の推計をまとめている（表2）。それによると、第2波による死者は世界人口の1.4~2.2%に相当するもので、前近代における疫病大流行に比べれば人口比でみた死亡率は大幅に低下したが、それでも同大戦による死者約1千万人を大幅に上回る25~39百万人の死者が発生した。このうちアジアにおける死者が19~33百万人と全世界の7~8割を占め、死亡率は地域人口の2~3%であった。中でも、英領インドの死者は1250~2000万人、死亡率は人口の4~7%に達し、全世界の約半数がインドでの死者であった。一方、欧米での死者は、ヨーロッパが約230万人、北アメリカが60万3千人と推定され、死亡率は人口の0.5%程度であった。

19世紀後半以降、第1次大戦前にはすでに衛生問題に関する国際協力の枠組みが構築されており、1907年にパリに公衆衛生国際事務局（Office international d'Hygiène publique; OIHP）を設置することが決定され、1908年末から年2回のペースで各国代表からなる常設委員会が開催されていた。しかしながら、第一次大戦中は同委員会の開催は中断され、感染状況をはじめとする各国の情報交換は必ずしも円滑ではなかった（1918年10月27日付読売新聞「素性の知れぬ疫病：各国共に外国病だと主張する」）。この間、各国はそれぞれ国内で研究と対策を進めていたが、1919年3月20日から31日にかけて各国の衛生担当者による国際会議がパリで開催され、インフルエンザに関する詳細な情報交換が行われた（内務相衛生局1922：42-48頁）。こうした活動を受け、「疾病の管理と予防に関する国際的な関心事項に対して対処する」ことが国際連盟の役割として位置付けられることと

⁴ 本小節の記述は、他に記載のない限り、Patterson and Pyle (1991)に依っている。

(表2) 1918年秋以降のインフルエンザ大流行における死亡者および死亡率推計

	死者数 (人)	死亡率 (人口比%)
世界	2470-3930万	1.36-2.17
アフリカ	190-230万	1.42-1.77
アジア	1900-3300万	1.97-3.42
アフガニスタン	32,000(?)	(?)
中国	400-950万	1.00-2.25
インド	1250-2000万	4.2-6.7
インドネシア	150万	3.06
日本	35万	0.64
フィリピン	70,000-95,000	0.68-0.92
西南アジア	215,000-430,000	0.5-1.0(?)
他の東・東南アジア	22-130万	1.97-3.42
ヨーロッパ	約230万	約0.48
イングランド・ウェールズ	約20万	0.49
フランス	24万	0.39
ドイツ	25-30万	0.42-0.5
イタリア	325,000-350,000	0.88-0.95
オランダ	23,000-29,000	0.33-0.42
ポルトガル	59,000	0.97
ロシア	45万(?)	0.28(??)
スペイン	15万	0.71
東南ヨーロッパ	462,800(?)	-
ラテンアメリカ	766,000-966,000	0.84-1.06
北アメリカ	603,000	0.53
太平洋地域	約85,000	-

(注) 1918年秋からの第2回流行のみ。

(出所) Patterson and Pyle (1991).

なった。もっとも、国際連盟に加盟しなかったアメリカが国際連盟の枠組みの下での活動に反対したため、公衆衛生に関する国際協力は当初から大きな制約に直面した⁵。

(2) 日本での流行状況

日本での流行の状況とその対策については、内務省衛生局（1922）が詳細な報告書をまとめている⁶。これによると、1918年夏～1919年夏、1919年秋～1920年夏、1920年夏～1921年夏の計3回の流行の山があり、合計39万人の死者が出ており、全人口（56百万人）比でみた死亡率は0.7%であった（表3）。この死亡率は、アジアでは例外的に低く、欧米の水準に匹敵するものであった。なお、日本における第1回流行は、世界的にみると第2波とほぼ時期が重なり、第2回流行は、第3波とほぼ時期が重なる⁷。日本における流行の経緯について、同報告書（103-104頁）では、以下のように記している。

船舶の往来、通商の繁劇を加へたる今次の流行に於て我国亦之が侵襲を受くるに至りしは到底免れ得ざる所なりしなり。即ち本邦に於ては西欧の流行に後ること三、四箇月大正七年八月下旬より九月上旬に至り初めて蔓延の兆を呈し忽ち急速なる勢を以て全国に蔓延し、爾来大正十年七月に至るまで三回の流行を反復せり。・・・本邦に於ける伝播の状況に就きても殆んど秩序ある系統を示さざるを以て海外よりの侵入径路並に其の内地に於ける原発地は全く不明なりと云ふの外なし。

この間の患者数は24百万人と、1917年末の日本の全人口の42%に達したと推計されている。また、これに基づき死者数を患者数で除した致死率は1.6%となる。このうち、第1回の流行では、患者数が21百万人に対して死者が26万人、致死率は1.2%であったが、第2回の流行では、患者数が2.4百万人と第1回の1割強しかなかったにもかかわらず、

⁵ 結局、両大戦間期には、公衆衛生を担当する独立した2つの国際組織（アメリカが加盟していたOIHPとアメリカが非加盟の国際連盟保健機関：Health Organisation of the League of Nations）が並立し、相互に協同することとなった。Brierly and Reynolds (1968: 263)、Tams (2014)、WHO (2020a, b)。

⁶ 同報告書では、朝鮮および台湾での流行と対策についても記述がある。

⁷ 先にみたPatterson and Pyle (1991)では、日本の死者は35万人、死亡率は0.6%となっている。一方、速水 (2006)では、第1回と第2回の流行をあわせて、45万人の死者が出たとしているので、これに基づく死亡率は0.8%となる。ヨーロッパの中でも、イギリス（イングランド・ウェールズ）、フランス、ドイツ、オランダの死亡率は0.5%以下であった一方、イタリア、ポルトガル、スペインの死亡率は1%近くであり、いずれの推計値を採るにしても、日本は英仏独蘭のグループと南欧諸国のグループの中間に位置している。

(表3) 日本における流行に関する推計

	内務省推計					速水推計			Patterson-Pyle推計
	始期	終期	患者数(a)	死者数(b)	致死率(b/a)%	始期	終期	死者数	死者数
第1回	1918年8月	1919年7月	21,168,398	257,363	1.22	1918年10月	1919年5月	266,479	
第2回	1919年10月	1920年7月	2,412,097	127,666	5.29	1919年12月	1920年5月	186,673	
第3回	1920年8月	1921年7月	224,178	3,698	1.65	-	-	0	
計			23,804,673	388,727	1.63			453,152	350,000
1917年末人口比			42.25	0.69				0.80	0.62

資料：内務省衛生局（1922/2008）、速水融（2006）、Patterson and Pyle (1991)。

死者数は13万人に達し、致死率は5.3%に上昇した。第3回の流行では、患者数は22万人、死者数は4千人弱であり、致死率は1.6%となっている。

無症状の感染者が存在していた可能性を考えると、実際の感染者は統計上把握されている患者数より多く、全人口の相当部分が感染していたものと考えられる。内務省衛生局（1922：107頁）でも、2回目の流行時の「感染者の多数は前流行に罹患を免れたるもの」であり、また、「概して前回激しき流行を見ざりし地方は今回は激しき流行を来し、前回に甚しき惨状を呈したる地方は本流行に於ては其の勢比較的微弱なりしが如し」としている⁸。第1回目の流行時における集団免疫の獲得がさらなる流行を防いだ可能性がある一方で、第2回の流行の方が致死率が高くなっていることは、症状がより重篤化する方向での変異がウイルスに発生していた可能性を示唆する。

次に、インフルエンザ関係が当時の死亡原因のどの程度の割合を占めていたのかをみてみよう（表4）。インフルエンザの大流行が始まる前年の1917年の死者は全体で120万人、前年末の人口（56百万人）に対する死亡率は2.2%であった。死因別でみると、「下痢及腸炎」が13万人（死者全体の11%）、次いで「結核」が12万人（同10%）であったのに対し、「流行性感冒」ならびにインフルエンザによるものが含まれているとみられる。「肺炎及気管支肺炎」をあわせた「感冒・肺炎」は、10万人（同8%）であった。1918年には死者が全体で149万人に増加（死亡率は2.7%に上昇）し、1919年は128万人（同2.3%）、1920年は142万人（同2.5%）となり、年間の死者は1917年に比べて3年間合計で60万人増加した。このうち「感冒・肺炎」の増加分が、1918年28万人、1919年19万人、1920年28万人となり、3年間の合計で45万人であった。つまり、1917年を初期値とした場合の1918年から3年間の年間死者数の増分の4分の3が「感冒・肺炎」によるものであったと推測される。死者全体に占める割合をみると、「感冒・肺炎」は、1917年の8%から1918年には18%へと増加し、1918年からの3年間を取ると、「結核」や「下痢及腸炎」を抑えて、インフルエンザ関係が死因のトップを占めたことになる。

当時の新聞報道（表5）をみると、朝日新聞、読売新聞の2紙（本社版）合計で「感冒」「流感」「インフルエンザ」のいずれかの語を含む記事（広告を含む）の数は、1917年には17件であったのに対し、1918年257件、1919年298件、1920年401件へと激増した後、1921年には101件へと減少した。月別では、1918年11月121件、1919年2月137件、1920年1月223件の3回のピークがあった（図1）⁹。1918年7月頃から海外でのインフルエンザの流行が伝えられていた（7月18日付朝日新聞「孟買インフルエンザ猖獗」など）が、10月に入ると、国内の軍隊や学校などにおける集団感染が伝えられた。例えば、「鯖江第36連隊の流行性感冒は其後益々患者を増加し目下200余名に上り」（10月

⁸ 池田ほか（2005）も参照。

⁹ 朝日新聞記事検索データベース「聞蔵IIビジュアル」ならびに読売新聞記事検索データベース「ヨミダス歴史館」から検索。

(表4) 死亡者の死因別内訳

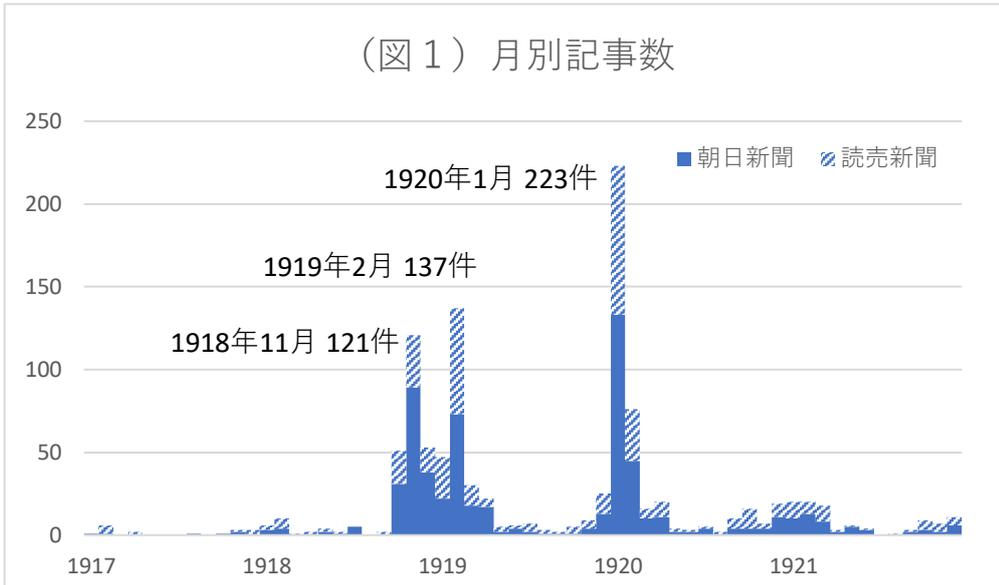
年						死亡者総計	前年末人口	死亡者／人口 (%)
	流行性感冒	肺炎及気管支 肺炎	感冒・肺炎計	結核	下痢及腸炎			
1917	2,390	99,236	101,626	124,787	129,585	1,199,669	55,673,431	2.2
1918	69,824	205,533	275,357	140,747	145,381	1,493,162	56,335,971	2.7
1919	41,986	151,063	193,049	132,565	136,585	1,281,965	56,667,711	2.3
1920	108,428	175,674	284,102	125,165	142,091	1,422,096	57,233,906	2.5
1921	10,304	113,709	124,013	120,719	154,679	1,288,570	57,918,671	2.2
1917年との差			(a)			(b)	(a/b)%	
1918	67,434	106,297	173,731	15,960	15,796	293,493	59.2	
1919	39,596	51,827	91,423	7,778	7,000	82,296	111.1	
1920	106,038	76,438	182,476	378	12,506	222,427	82.0	
1921	7,914	14,473	22,387	-4,068	25,094	88,901	25.2	
1918-1920計	213,068	234,562	447,630	24,116	35,302	598,216	74.8	

資料：内閣統計局（1924）『第42回日本帝国統計年鑑』

(表5) 「感冒」「流感」「インフルエンザ」を含む記事数

年	朝日新聞	読売新聞	2紙計
1917	6	11	17
1918	173	84	257
1919	158	140	298
1920	230	171	401
1921	54	48	102

(図1) 月別記事数



4日朝日新聞)、「愛媛県喜多郡大洲町にて約六百名の患者あり県立大洲中学校生徒百二十名郡立女学校寄宿生通学生を合し九十二名の多数罹病し」(10月16日朝日新聞)、「最近東京付近を襲った感冒は益々流行を極め学校生徒が之に冒されて休校する者頗る多く」(10月24日朝日新聞)とされている。その後は、都市部を中心に全国で急速に流行が拡大していく様子が数多く伝えられている。

(3) 日本におけるインフルエンザ対策

インフルエンザの大流行に対してどのような対策が採られたのだろうか。また、現代の知識からみて当時の対策はどの程度実効性を伴うものであったと考えられるだろうか。

大流行前の新聞紙上でも、インフルエンザ対策として「空気伝染をしますから、一家内に一人病人があれば、大抵免れぬものと見なければなりません・・・そこで予防としては知人親戚に此の病人があっても見舞は見合はせることにし、お母さんが罹ったら、子供を抱寝するなどは避けなければなりませんし、若しまた罹った場合には早く医師に診せて相当の手当をし軽く済むやうにしなければなりません」(1918年1月29日付読売新聞「婦人付録：空気から伝染する 杏雲堂病院医学博士小池重氏談」)といった記事が掲載されており、基本的な知識は周知されていたと考えられる。

内務省衛生局(1922:134-135頁)では、1918年以降の大流行時の同省の対応について以下のように記述している。

大正7年初秋の候本病流行の兆あるを認むるや本省に於ては之が対応策を講ずるの必要を認め内外学者の研究成績及医学会に於ける報告討論等本病に関する研究の程度に順応し海外諸国に於ける予防施設を参酌し大要左の方針に拠り順次之が実施をなしたり。

- 一、一般の注意を喚起する為に予防心得に関する印刷物又は絵画の配布其の他有効適切と認むる一切の方法を講ずること。
- 二、「マスク」の使用を奨励し「マスク」を得るの途なき者に対しては之を給与する方法を講じ殊に患者其の他感染の虞ある場所に於ては必ず之を使用せしむること。
- 三、劇場、寄席、活動写真館等の入場者又は電車、乗合自動車等の乗客に対しては流行の状況に依り呼吸保護器(引用者：マスク)を使用せざる者は可成入場若は乗込みしめざる様適切の方法を講ずること。
- 四、流行地に於ては可成多数の衆合を避けしむること。
- 五、一般に含嗽(うがい)及予防接種を奨励すること。
- 六、頭痛発熱等身体に異状あるときは必ず速に医師の診察を受け静養すること。
- 七、患者は可成隔離し全治に至る迄は外出を遠慮せしむること。
- 八、療養の途なき者に対しては相当救療の方法を講ずること。
- 九、予防並治療の効果を収むるの一方法として予め市町村の伝染病院又は隔離病舎を利用する方法を講ずること。

十、前各項を実行するに付地方団体、衛生団体、救療団体、学校、会社、工場其の他公私団体並篤志家等の活動を促すこと。

1919年1月には、一般向けに「流行性感冒予防心得」5万部を作成して各府県に配付したとしている。その内容（抜粋）は以下のようなものであった（内務省衛生局 1922：143-145頁）。

罹らぬには

- 一、病人又は病人らしい者、咳する者には近寄ってはならぬ。
- 二、沢山人の集って居る所に立ち入るな。
- 三、人の集って居る場所、電車、汽車などの内では必ず呼吸保護器を掛け、それだけでなく鼻、口、を「ハンケチ」手拭などで軽く被ひなさい。
- 四、塩水か微温湯にて度々含嗽せよ、含嗽薬なれば尚ほ良し。

罹ったなら

- 一、かぜを引いたなど思ったなら直に寢床に潜り込み医師を呼べ。
- 二、病人の部屋は可成別にし看護人の外は其の部屋に入れてはならぬ。
- 三、治ったと思っても医師の許しのある迄は外に出るな。

此外気を付くべきことは

- 一、家の内外を清潔に掃除し天気ของときは戸障子を明け放て。
- 二、寝具寝衣などは晴天の日には必ず日に曝せ。
- 三、用心に亡びなし、健康者も用心が肝心。
- 四、人前で咳や嚏をするときは公德を重じ必ず「ハンケチ」か手拭などで鼻、口を被へ。
- 五、病人の咯痰、鼻汁などで汚れたものは焼くか煮るか薬で消毒せよ。

1月19日には、上記心得の要点を「流感予防 一、近寄るな一咳する人に、二、鼻口を覆へ一他の為にも身の為にも、三、予防注射を一転ばぬ先に、四、含嗽せよ一朝な夕なに」という標語小札にして48万枚を各府県に配付したという（内務省衛生局 1922：156頁）。

今日において予防の要とされる3密（密閉・密集・密接）の回避という概念自体は、既に公衆衛生に盛り込まれていたといえる。このうち、「多衆の集合は最も危険なるを以て之に対する施設は実に重要なるも亦最も困難とする所なり」（内務省衛生局 1922：224頁）とされていた。府県によっては、学校の休校や工場の操業休止、各種興行の延期といった措置を講じた例もあったが、「禁止したる例は殆ど之を見ず」、会場におけるマスク着用や症状のある者の入場を拒絶した例もあったが、「単に予防心得書中に多衆の集合に対する注意事項を記載し一般の注意を喚起するに止まりたるもの少なからざりき」として、

対策が必ずしも徹底していなかったとしている。また、マスクの着用については、各府県において使用を奨励し、「県民汎く『マスク』を使用するに至れり」（埼玉県、内務省衛生局 1922：202 頁）という状況になったとされる。この結果、流行前の 1918 年 1 月の段階では、ニューヨークでの郵便配達夫や電車車掌のマスク着用について写真入りで「実に格好の悪いものだがニューヨークでは郵便屋さんでも電車の車掌でもみんな口へ布を巻いている」（1918 年 1 月 26 日付読売新聞）と紹介している状況であったものが、2 年後の 1920 年 1 月には、「第一高等女学校では・・・校長以下男女教員率先して同校女学生一同悉くマスクを着用する事に決めました」（1920 年 1 月 10 日付読売新聞）など、インフルエンザの大流行を契機としてマスク着用の習慣が日本で急速に広がっていったことが示されている。

ワクチンについては、複数の研究機関がワクチンの開発を試みており、北里研究所が桿状菌ワクチンを開発するなど、複数のワクチンが製造されていた（内務省衛生局 1922：374-389 頁）。ただし、この時点では病原体自体が発見されておらず（インフルエンザのウイルスが発見されたのは 1934 年¹⁰）、インフルエンザの真の原因についても論争があった（1918 年 11 月 25 日付朝日新聞「感冒の病原研究に就て学者二派に分る」）。内務省衛生局（1922：389 頁）では、「『インフルエンザ』予防の目的に向って『ワクチン』を使用するは今回の流行を以て最初となす」としたうえで、「其注射成績に至ては使用後日尚浅くして未だ充分なる効果の判定を下し得ず要するに『ワクチン』の予防的实施は尚試験的使用の域にありと云ふべし」としている。

なお、多くの地域で医師や看護師の不足が顕在化し、「患者益々頻発し医師は東奔西走終日診療に従事すると雖尚汎く患家の翹望（ぎょうぼう）を満すに足らず、医療を受くる能はずして空しく床上に呻吟するもの少からず、甚しきに至りては医師も亦本病の魔手に斃れ診療の途途絶えたる地方あり又は山間の僻地にして医師の来診を受くるに術なく運命の儘に只恢復を祈るの外なき地方もありき」（内務省衛生局 1922：230 頁）と、医療崩壊の状況に陥った地方もあったことを伝えている。

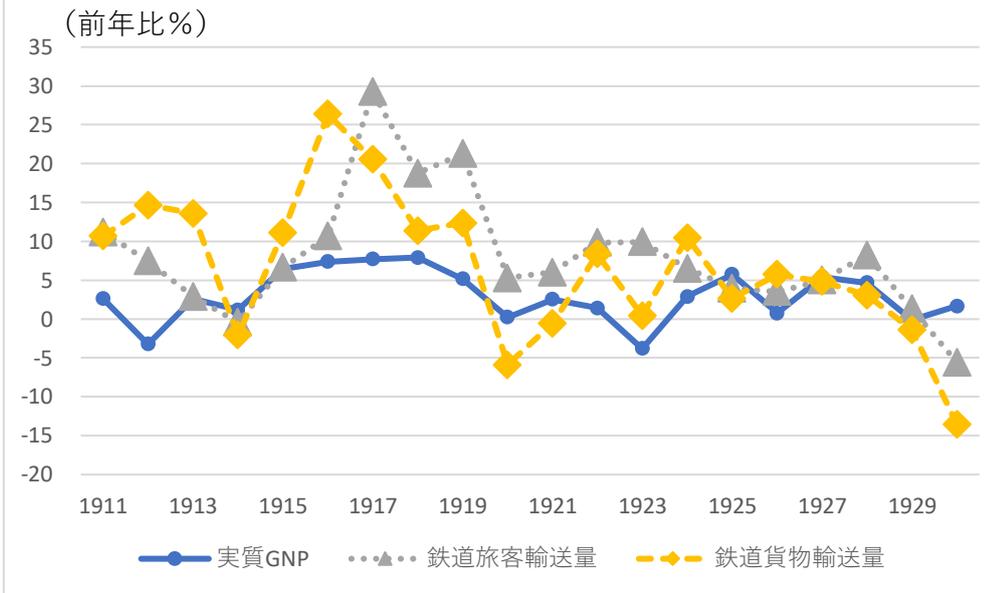
(4) 日本における経済対策

1918 年から 1919 年にかけての日本経済は、第一次大戦中の好況が継続し、高成長、高インフレの経済であった。1920 年春の反動恐慌により、低成長、デフレへと移行していった（図 2、3）が、この間、インフルエンザの大流行が経済政策上の課題として議論されたことはなく、あくまで社会政策上の問題として扱われた。

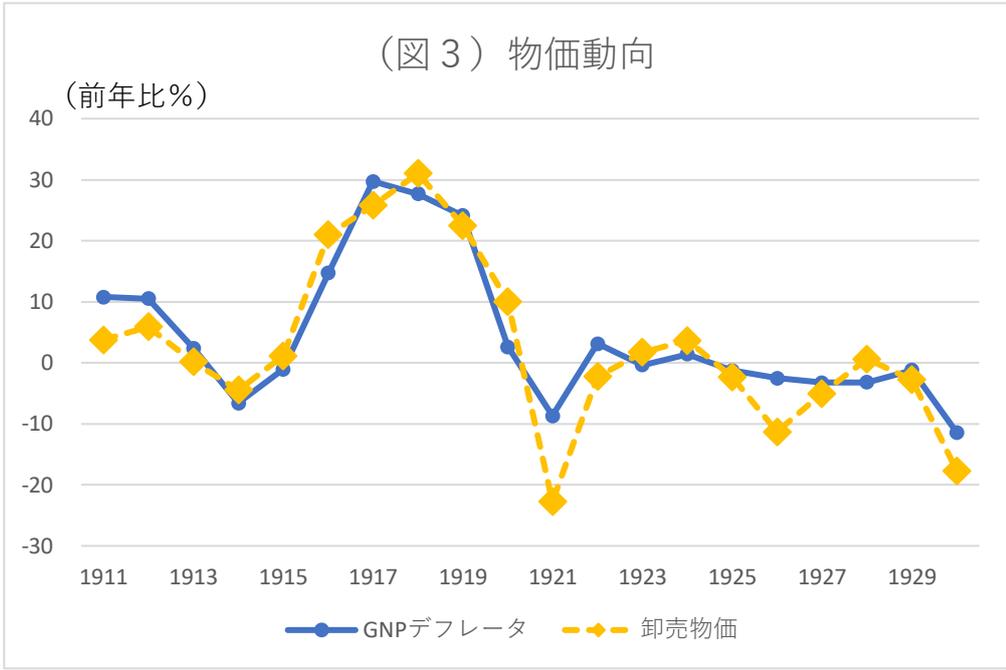
国の決算ベースでの感染症関係財政支出をみると、1917（大正 6）年度の 103 万円から 1919 年度の 321 万円、1920 年度の 313 万円へと 3 倍以上に拡大した。しかしながら、支

¹⁰ 大阪府立公衆衛生研究所（2016）。

(図2) 実体経済活動指標



(出所) Ohkawa et.al.(1979); 日本銀行(1966)『本邦主要経済統計』



(出所) Ohkawa et.al.(1979); 日本銀行(1966)『本邦主要経済統計』

(表6) 感染症関係財政支出 (国の一般会計決算、千円)

年度	内務省所管			陸軍省所管	合計	一般会計歳出 に占める比率 (%)
	伝染病予防費	衛生事業調査及 奨励諸費	衛生試験所	流行性感冒治療 諸費		
T6 (1917)	369	202	462	0	1,032	0.14
T7 (1918)	368	360	1,049	0	1,777	0.17
T8 (1919)	858	250	1,433	670	3,210	0.27
T9 (1920)	1,598	422	949	159	3,128	0.23
T10 (1921)	924	554	626	92	2,195	0.15
T11 (1922)	1,037	572	564	76	2,249	0.16
T12 (1923)	1,089	450	738	0	2,276	0.15
T13 (1924)	1,398	435	1,124	0	2,957	0.18
T14 (1925)	1,470	336	1,230	0	3,036	0.20
T15-S1 (1926)	1,464	205	714	0	2,383	0.15

資料：大蔵省（1937）『明治大正財政史』第4巻 歳計（中）、財政経済学会

(表7) 関東大震災関係財政支出 (千円)

応急施設	159,165
復旧事業	419,389
復興事業	361,531
地方事業の助成	411,379
保険会社の助成	63,584
租税減免等	32,109
合計	1,447,157

資料：日本銀行調査局（1933）

出の大半は感染予防と治療のための直接的な費用に限られ、一般会計歳出に占める比率は、0.1%台から0.2%台に上昇したに過ぎなかった（表6）。

このほか、「貧困にして治療を受くこと能はざる患者に対する救済策に関しては府県に於て恩賜財団済生会の活動を見たるもの多く或は診療を受けしむる上に種々なる多数を省き或は予算の許す範囲に於て各受持巡査をして治療券を携行せしめ随時救療を要するものに交付する等の方法を講じたるあり或は特に之が予算を増額して広く救療の目的に副はしめたるあり」（内務省衛生局 1922：230 頁）といった対応も行われた¹¹。

なお、使用が奨励されたマスクについて、一部の府県で供給が需要に追い付かず「不正の商人暴利を貪る等の事実あり・・・各警察署長をして之等不正商人の取締を嚴重に行はしめ一面家庭に於て之が作製を奨励」するなどの対応をとった（東京：内務省衛生局 1922：200 頁）。

これに対して 1923 年に発生した関東大震災への政府の対応をみると、民間・公的部門あわせて 45 億 7 千万円（うち民間部門 35 億 5 千万円、公的部門 10 億 2 千万円）の物理的損害が発生したとされ、これに対して 1923（大正 12）年度から 1930（昭和 5）年度までの 8 年間に 14 億 47 百万円の支出がなされた¹²。これを年平均に直すと 1 億 81 百万円となり、1922（大正 11）年度の一般会計歳出決算の 13%に相当する（表 7）。社会インフラをはじめとする物理的な資本設備の毀損に対して、復旧・復興のための大規模な財政措置が発動された。

4. おわりに：今日への含意

疫学的な観点から 1918 年からのインフルエンザの大流行をみると、今回の新型コロナウイルスの流行との共通点が多い。①グローバル化の進展により国境を超えた人的移動が活発化している中で、急速に世界的な感染が広がったこと、②当初は重症化のリスクがそれほど高くないとみられていたが、時間の経過とともに重症化するケースが増えていったこと、③公衆衛生上の観点から留意すべき点は認識されていた一方、流行の最中に病原体の特定ができず、有効な予防ワクチンや治療薬の開発がなされなかった（今回のケースでは現時点でなされていない）こと、などである。

1918 年に始まった大流行は、終息まで 2 年間かかった。感染の急激な拡大を防ぐことができずに短期間に多くの国民が感染したにもかかわらず、国民の多数が集団免疫を獲得して感染拡大が終息するまでに少なくとも 2 年間を要したのである。今回も、感染拡大の終息までには、ある程度の時間を要することが想定される。今日のわれわれにとって 1918

¹¹ 朝日新聞 1919 年 2 月 8 日付「済生会の活動 治療券を無限に発行す」。なお、恩賜財団済生会は、内閣関係者や財界人が中心となり 1911 年に設立された施薬救療を目的とする団体。

¹² 日本銀行調査局（1933）847-851 頁。

年の経験から得られる最大の知見は、流行が終息するまでにはなお時間がかかり、年単位の時間がかかることも覚悟せざるを得ない、という点ではなかろうか。

一方、1918年当時と現在とでは、社会的環境が大きく変化しており、その結果、社会的影響も異なってくると思われる。日本についてみると、1918年からのインフルエンザの大流行においては、総じてみれば、実体経済活動に大きな制限を与えるような規制は発動されなかった。これに対して今回は、企業活動や市民生活全般にわたり、個人同士の物理的接触を最小限に抑えるべく、社会的活動を大幅に抑制させる社会的隔離（social distancing）措置が導入され、これが経済活動を急激に縮小させている。また、この点とも関係するが、1918年からの数年間において、インフルエンザ対策は、社会政策的見地からの予防・治療措置、社会的弱者の救済等が主眼であり、マクロ経済的な見地から経済政策が発動されることはなかった。これに対して今回は、経済活動の萎縮にどう対応するかが重要な論点となっている。

当時と現代とで、感染症の社会的影響が異なる基本的背景として、社会的規範の違いが挙げられる。

第一に、第1次大戦前の世界では、経済活動に関しては自由放任主義が基本であり、企業の活動に制限を加えることは忌避された。第1次大戦前後から社会運動が盛んになり、ロシア革命やヨーロッパにおける社会主義の浸透もあり、政府内でも内務省を中心に社会政策重視の風潮が生まれつつあったが、それでも感染症予防のために工場の操業停止や映画、演劇などの興行中止を命じることは困難であったと前掲の内務省報告書は記している（内務省衛生局 1922：224頁）。

第二に、今回、世界各国の政府は、現代の社会的規範に基づき、自国民の生命を守ることを第一義的な目標として対応している¹³。日本国憲法では、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」（第25条第1項）という生存権の規定がある。歴史上、憲法に生存権の規定が初めて設けられたのは、1919年のドイツのワイマール憲法であった。また、戦後の日本国憲法の制定過程では、GHQの草案にも、日本政府の原案にも生存権に関する明確な規定がなかったのに対し、衆議院での審査の過程で社会党の森戸辰男等の提案によって追加された（谷口 2007：81-82頁）。このように、生存権が基本的人権として社会的に認知され、憲法に明確に規定されるようになったのは、比較的最近のことなのである。

第三に、両大戦間期以降の歴史において、実際に企業活動や個人の経済生活に政府が介入する際に有力な根拠とされたのは、第一次大戦中のドイツにおいて構想され、その後、日本にも輸入された「総力戦」という軍事思想である。世界大戦のように長期にわたり膨

¹³ イギリスのジョンソン首相が、一時国民への感染拡大を許容して早期に集団免疫を獲得することを表明したが、国民の生命を危険に晒すことに対する世論の反発を受けて、すぐに撤回を余儀なくされた。Matthews (2020)。

大な資源を消費する消耗戦において勝利を収めるために、所有する軍事力のみならず一国の経済社会全体を動員するという考え方で、日本では第一次大戦中から陸軍を中心に研究が進められ、1937年の日中戦争開始以降、本格的に導入されていった。その背景には、世界恐慌がもたらした資本主義体制への不信感、ソ連やナチス・ドイツの「計画」経済の成果に対する過大評価と自由経済を否定する思想の一般化があった（中村 1989：5-17 頁）。

次に、過去の経験をもとに現状への教訓を引き出す場合に、どのような歴史的経験が参考になるかを考えてみたい。

道義的観点をひとまず置いて、純粋に経済学的観点からみても、過去の戦時体制下での経験を今回と重ね合わせることは、慎重であるべきであるように思われる。第二次大戦中の日本の例をみても明らかのように、総力戦が想定していた戦時経済下では、戦争遂行のための需要を充足するために、統制を強化して民需を抑制しつつ総需要を管理することが第一義的な目標となっていた。すなわち、主たる問題として需要と供給の量的な不整合が根底にあり、生産資源の動員と民間需要の抑制によりこれに対処することが、経済政策の観点からみた最大の課題であった（中村 1989：8-9 頁）。

現在生じている主たる経済問題として、短期的には供給面における世界的な生産抑制、物流停滞によるグローバル・サプライ・チェーンの一時的寸断が発生しているが、社会的隔離政策が長期化するにつれてより大きくなると見込まれるのが、需要面の問題、とくに、医療に対する需要の急激な拡大に加え、政府からの「行動変容」の要請に基づく需要のシフトの影響である。具体的には、対面による個人間の物理的接触を伴う消費からインターネット等を通じた個人間の物理的接触を伴わない消費への需要の移行に対して、供給サイドがどの程度対応できるか、が重要な課題となってくると考えられる。もとより今後の政策対応如何でその影響の度合いは変わってくるが、主たる問題は、需要と供給の量的不整合ではなく、質的不整合であると考えられる。なお、戦時と異なり、生産設備や労働力が物理的に毀損しているわけではなく、現状はむしろ、需給の質的なミスマッチのために遊休資源が存在している状態と考えられる。

現段階（2020年4月18日時点）で政府は、医療崩壊を防ぐためのさまざまな施策を打ち出す一方、感染拡大を食い止めるため個人間の物理的接触を抑制することを目的として、個人ならびに企業等の「行動変容」を求めている。あわせて、「行動変容」を求められたがために休業を余儀なくされる事業者や労働者に対する資金繰り支援と所得補償を打ち出しているが、現時点での施策はいずれも短期的な政策対応の範囲を出ない。

中長期の視点で見ると、もし感染拡大が続く場合に政府が今後も長期にわたり個人や企業等「行動変容」を求めるのであれば、社会にとっての選択は、感染を抑えるために経済活動を抑制するか、それとも感染拡大をある程度許容して経済活動の再開に踏み切るかの二者択一ではなく、感染拡大を防ぎながら市民生活の維持が可能となるような経済社会モデルへの転換ではないだろうか。

すでに業界によっては、需要シフトへ対応するため、インターネット等を活用したオンラインでのサービス提供（教育関係等）や、対面での販売・サービス提供から持ち帰りや宅配等への切り替え（外食関係等）を図る動きもみられる一方、民間における自由な経済活動に任せていたのでは、こうした対応が難しい業種も数多く存在する。政府の経済対策を議論するにあたっては、金銭的給付の規模とそのため財政負担に焦点が当てられることが多いが、政府の役割として、「行動変容」に伴う需要の構造変化と供給面のボトルネックを想定してその解消に関するシナリオを提示し、事業計画や生活設計の見通しが少しでも立てやすくするという観点が求められているのではなかろうか。

こうした観点から、過去の日本の経験をもとに現状への教訓を引き出すとすれば、社会的規範が異なっていた1918年からのインフルエンザ流行期や、膨大な超過需要が存在していた戦時期よりは、むしろ、軍需から民需への急速な需要のシフトが発生するなかで、供給サイドの構造転換が要請されていた戦後復興期が参考となるように思われる。もとより終戦直後においては、現在とは異なり急激なインフレが大きな課題とされていたが、その一方で、実体経済面で大規模な構造転換が求められていた。政府は、経済安定本部を中心的な実施機関として、傾斜生産方式の下で復興計画を立案し、実行していった。戦後の混乱の中で紆余曲折はあり、また、占領下における制約もあったが、供給面のボトルネックの解消に向けて政府がビジョンを示し、民間部門を（統制するのではなく）誘導していくという方針で臨んだ。1948年頃には復興が軌道に乗り、これが高度成長期へと発展的に継承されていった（中村1989：38-47頁）¹⁴。

さらに、終戦直後の日本は、経済面で軍需から民需への経済構造の転換を実現すると同時に、占領下という事情はあったにせよ、政治の民主化と自由権の確立を達成した。終戦直後と今日とで環境が異なる面はあるが、成熟した民主国家としての日本が、生存権と個人の自由を維持しつつ、目前の経済的困難を克服することで、世界にモデルを示すことが求められているように思う。

（参考文献）

英語文献

Alfani, Guido and Tommy E. Murphy. 'Plague and lethal epidemics in the pre-industrial world'. *The Journal of Economic History* 77, no. 1 (2017): 314-43. <https://doi.org/10.1017/S0022050717000092> (2020年4月19日アクセス)

Bogart, Dan, Karen Clay, William Collins, Kerstin Enflo, Giovanni Federico, Carola Frydman, Christopher Meissner, Kris James Mitchener, Joan Roses, John Turner, Marianne

¹⁴ 第1次吉田茂内閣の大蔵大臣を務め傾斜生産方式を推進した石橋湛山は、インフレよりも復員者などの失業問題を重視し、需要抑制より供給拡大に重点を置いていた。中村（1989）：44-45頁。

- Wanamaker and Patrick Wallis. 'The long view on epidemics, disease and public health: Research from economic history, Part A'. March 26, 2020, *the EHS blog* 1926 (2020a). <https://ehsthealongrun.net/2020/03/26/the-long-view-on-epidemics-disease-and-public-health-research-from-economic-history-part-a/> (2020年4月19日アクセス)
- Bogart, Dan, Karen Clay, William Collins, Kerstin Enflo, Giovanni Federico, Carola Frydman, Christopher Meissner, Kris James Mitchener, Joan Roses, John Turner, Marianne Wanamaker and Patrick Wallis. 'The long view on epidemics, disease and public health: Research from economic history, Part B'. March 31, 2020, *the EHS blog* (2020b). <https://ehsthealongrun.net/2020/03/31/the-long-view-on-epidemics-disease-and-public-health-research-from-economic-history-part-b/> (2020年4月19日アクセス)
- Brierly, J. L. and P. A. Reynolds. 'Chapter IX – The League of Nations'. Mowat, C. L. editor. *The New Cambridge Modern History* (1968): 242-268.
- Cummins, Neil, Morgan Kelly and Cormac Ó Gráda. 'Living standards and plague in London, 1560–1665'. *Economic History Review* 69, no. 1 (2016): 3-34. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ehr.12098> (2020年4月19日アクセス)
- Easterlin, Richard A. 'How Beneficent is the market? A look at the modern history of mortality'. *European Review of Economic History* 3, No.3 (1999): 257-94. <https://academic.oup.com/ereh/article/3/3/257/448134> (2020年4月19日アクセス)
- Malanima, Paolo. 'Italy in the Renaissance: a leading economy in the European context', *Economic History Review* 71, No.1 (2018): 3-30.
- Matthews, Owen. 'Britain Drops Its Go-It-Alone Approach to Coronavirus'. *Foreign Policy*, March 17, 2020. <https://foreignpolicy.com/2020/03/17/britain-uk-coronavirus-response-johnson-drops-go-it-alone/> (2020年4月19日アクセス)
- Ohkawa, Kazushi and Miyohei Shinohara. *Patterns of Japanese Economic Development: A Quantitative Appraisal*. Yale University Press (1979).
- Patterson, K. David and Gerald F. Pyle. 'The geography and mortality of the 1918 influenza pandemic'. *Bulletin of the History of Medicine* 65, No. 1 (1991): 4-21.
- Tams, Christian J. 'From Islamic State to Ebola: how 1919's Paris Peace Conference still shapes world affairs'. *University of Glasgow Free Online Course* (2014). <https://www.futurelearn.com/info/blog/paris-1919> (2020年4月19日アクセス)
- World Health Organization (2020a). 'Archives of the League of Nations, Health Section Files'. https://www.who.int/archives/fonds_collections/bytitle/fonds_3/en/ (2020年4月18日アクセス)
- World Health Organization (2020b). 'Global Health Histories: Origin and development of

health cooperation'. https://www.who.int/global_health_histories/background/en/
(2020年4月18日アクセス)

日本語文献

池田一夫・藤谷和正・灘岡洋子・神谷信行・広門雅子・柳川義勢「日本におけるスペインかぜの精密分析」『東京都健康安全研究センター年報』第56巻、2005年、369-374頁
大阪府立公衆衛生研究所「インフルエンザの流行史」国立保健医療科学院・健康被害危機管理事例データベース No.9、2016年 <https://h-crisis.niph.go.jp/?p=82921> (2020年4月18日アクセス)

鎮目雅人「両大戦間期の日本における恐慌と政策対応」『日銀レビュー』2009-J-1、2009年
谷口陽一「社会法における生存権理論の変容」『創価大学大学院紀要』2007年、79-95頁
内閣統計局『第四十二回日本帝国統計年鑑』1924年

内務省衛生局『流行性感冒』平凡社（東洋文庫）、2008年（原書は1922年）

中村隆英「概説 1937-54年」中村隆英編『日本経済史 7 「計画化」と「民主化」』岩波書店、1989年、1-68頁

日本銀行調査局「関東震災ヨリ昭和二年金融恐慌ニ至ル我財界（未定稿）」日本銀行調査局編『日本金融史資料明治大正編』第22巻、1958年、737-1110頁（原本は1933年）

速水 融『日本を襲ったスペイン・インフルエンザ：人類とウイルスの第一次世界戦争』藤原書店、2006年