

Discussion Paper Series

RIEB

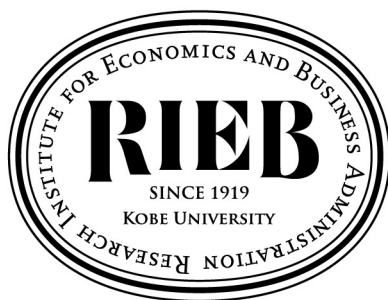
Kobe University

DP2021-J03

感染症の歴史から何を学ぶか？
—明治大正期の日本の経験から—

鎮目 雅人

2021 年 2 月 19 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

感染症の歴史から何を学ぶか？
—明治大正期の日本の経験から—

2021 年 2 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

2019 年末以降の新型コロナウイルス感染症（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、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。その際、近代日本における感染症流行とその対応、とりわけ約百年前のインフルエンザ大流行を振り返るとともに、感染症の大流行と同様に人間の営み（human agency）が外的なショックへの対応に大きな影響を与えた歴史的事例をも振り返りつつ、今日への含意について考えてみたい。

なお、前近代における感染症の大流行については、別稿を準備している²。その概要を示すと、以下のとおりである。

前近代においては、死亡率が流行地域の人口の数十%にも達する感染病の大流行がみられ、労働供給の大幅な減少につながったが、近代においては公衆衛生の普及と医学の発達による予防法と治療法の発達から死亡率は劇的に低下し、労働供給への影響も小さくなった。その際、企業活動など市場での取引を通じた感染症の死亡率低下効果はそれほど大きくはなく、死亡率を低下させるためには政府や非市場組織の関与が重要な役割を果たしてきた。

過去の感染症流行が社会や経済に与えた影響は一様ではなく、社会のあり方によって異なっていた。14 世紀のペスト大流行（いわゆる「黒死病」）の際には労働人口の減少により非熟練労働の実質賃金が上昇したが、他の感染症流行時には必ずしも実質賃金の上昇は観測されなかった。また、感染症の流行が資産や所得の分配面に与えた効果も区々であり、流行後に格差縮小が観測された事例もあったが、明確な影響が観測されなかった事例も多かった。結果的に資産や所得の格差縮小が観測された場合でも、その原因は、下部階層の資産や所得の相対的上昇による場合もあれば、下部階層

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)。

² 鎮目（2021）。

の死亡率が相対的に高かったために当該層に属する人口が相対的に減少したことによる場合もあった。

歴史的にみると、感染症の流行拡大が労働市場をはじめとする社会や経済に与える影響は、感染症そのものの特性だけでなく、制度や慣習といった社会のあり方、人口集積、政府の政策や個人、企業などの対応といった人間の営み（human agency）に依存する面が大きかった。近代以降の生活水準の向上や公衆衛生の普及などにより、感染症による死亡率が劇的に低下した今日においては、その傾向はさらに強まっている。

マスコミ等では、新型コロナ感染症の流行拡大とそれに伴う社会や経済への影響を指して、しばしば「コロナ禍」という表現が用いられるが、この言葉には、感染症の流行に伴うさまざまな影響を、人智の及ばない天災として扱う意識が感じられる。しかしながら、以下でみる感染症の歴史は、人類の対応如何によってその社会や経済に及ぼす影響が大きく異なることを示している。以下、本稿では「コロナ禍」という表現は用いない。

本稿では、こうした点を念頭に置きつつ、近代日本における感染症流行、とりわけ約百年前のインフルエンザ大流行を振り返るとともに、感染症の大流行と同様に、制度や慣習といった社会のあり方、政府の政策や個人、企業などの対応といった人間の営み（human agency）が社会や経済に大きな影響を与えた歴史的事例を含め、その含意を探る。

2. 近代日本における感染症対策

近代の日本では、感染症の流行拡大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³。

日本における近代的な感染症対策の嚆矢は、明治初年に欧州視察の後、内務省の初代衛生局長を務めた長与専斎（1838-1902 年）の事蹟である。長与は肥前大村藩の藩医の子に生まれ、1854（安政元）年に大坂の適塾に入門後、塾頭となる。1860（万延元）年に長崎

³ 近世以前の日本の感染症対策についても多くの先行研究があるが、ここでは近代的な公衆衛生と医学の概念に基づく対応を考察の中心に据えることとし、さしあたり検討の外に置く。近世ならびに近代初期の感染症の流行と政策的対応については、杉山（2001）、木下（2002）を参照。杉山は、「江戸に……疫病が流行しなかったということは、ヨーロッパの諸都市に比較して、江戸の環境が相対的に衛生的で、神田上水や玉川上水などの上水道の整備や廃棄物の処理について有効なシステムが確立しており、公衆衛生水準もヨーロッパの諸都市よりも高かったことを伺わせる」（杉山 2001：94）として、近世の日本の公衆衛生が欧州に比べて劣っていたわけではないことを指摘している。なお、本節の記述は、とくに断りのない限り、大霞会（1970、1971a、1971b、1971c）に依っている。

に赴き、ポンペに蘭学を学ぶ。1871（明治4）年に文部少丞となり、同年、岩倉使節団に随行して渡米後、視察団と分かれ欧州で医学教育・公衆衛生の視察・調査を行い、1873（明治6）年に帰国して文部省医務局長に任ぜられた。1875（明治8）年に内務省に新設された衛生局の初代局長となり、日本の公衆衛生の近代化に尽くした。なお、sanitaryの訳語に『莊子』から採った「衛生」という言葉を当てたのも長与自身であった（長与1980：139）。長与は後年、欧州で公衆衛生の概念に最初に触れたときのことを以下のように回想している（長与1980：133-135）。

英米視察中、医師制度の調査に際し、サニタリー云々、ヘルス云々の語は、しばしば耳聞するところにして、伯林に来てよりも、ゲズントハイツプレーゲ[Gesundheitspflege]等の語は幾度となく問答の間に現われたりしが、初めの程はただ字義のままに解し去りて深くも心を留めざりしに、ようやく調査の歩も進むに従い、単に健康保護といえる単純なる意味にあらざることに心付き、次第に疑義を加え、ようやく穿鑿するに及びて、ここに国民一般の健康保護を担当する特種の行政組織あることを発見しぬ。これ実にその本源を医学に資り、理化学、気象、統計等の諸科を包容してこれを政務的に運用し、人生の危害を除き国家の福祉を完うする所以の仕組にして、流行病、伝染病の予防は勿論、貧民の救済、土地の清潔、上下水の引用排除、市街家屋の建築様式より、薬品、染料、飲食物の用捨取締に至るまで、およそ人間生活の利害に繋れるものは細大となく収捨網羅して一団の行政部をなし、……国家行政の重要機関となれるものなりき。……一旦心付きたる上からは十分に詮索を遂げ本邦に齎して文明輸入の土産となすべし。……この健康保護の事に至りては東洋にはなおその名称さえもなく創新の事業なれば、その経営まことに容易のわざにはあらず。……私かに志を起こしその後もっぱらこのことの調査にかかりけるに、きわめて錯綜したる仕組にて、あるいは警察の事務に連なり、あるいは地方行政に繋がり、日常百般の人事に涉りてその範囲きわめて広く……欧州の事情に疎き浅学の余において容易なる業にあらず。

日本における本格的な伝染病予防措置は、1877（明治10）年からのコレラの流行が契機となった。開港後の日本は度々コレラの流行に見舞われ、安政年間に続き、1877（明治10）年から流行が始まった。コレラは致死率が高く、1879（明治12）年3月からの約1年間に患者数16万人、死者10万人余を数えた。その後も流行は繰り返され、とくに1886（明治18）年には患者数15万5千人、死者11万人の大流行が発生した。杉山（2002：108）によれば、1877年7月から1886年6月までの累計で、患者数401,690人、死者数264,725人であり、患者の致死率は65.9%であった。この間、対策の重点は流行防止のための公衆衛生措置に置かれた。

長与は 1876（明治 9）年、米国の独立百年万国博覧会・万国医学会に出張するとともに、米国における衛生行政の調査・視察を行ったが、1877 年以降のコレラ流行に際して「不十分ながらも予防の手続きを運び大なる不都合を」見なかったのは、米国視察の資するところが大きかったとしている（長与 1980：168）。

長与の回想によれば、1877（明治 10）年 7 月に清国厦門でコレラが流行しているとの領事からの急報を受け、検疫と港湾における患者の隔離を外務省に照会したが、「いかなる故にや船舶検査のことは英国公使に拒まれ、交渉往復に時日を費しぬるうち、病毒いつの間にか長崎港に入り、転じて横浜に伝わり、その他各処に散発して次第に流行の兆を現わし」たとしている。実際には、イギリス公使パークスが「防疫船舶の自由な航行を阻害する」として反対し、検疫の実施が見送られたのであった（杉山 2001：103）。不平等条約下における対外交渉の困難が伝染病予防に支障を生じさせていたことが分かる。

内務省では、虎列刺病予防法心得（内務省達乙第 79 号）を各府県に通達して、予防・治療費を予算計上するなどの対応を取った（大霞会 1971b：278）が、折しも西南戦争平定と時が重なり、九州から「神戸に帰着せる船艦の中、頓に多数の患者を生じて、朝野の驚慌一方ならず、十死に一生を得たる気鋭の軍人、今凱旋の際に臨みてひたすら上陸をのみ急ぎ、地方官吏の説諭制止も行なわれがたく、病毒はたちまち神戸・大阪・京都・大津に拡がり、延きて 11 年、12 年にわたり全国の大流行」となった（長与 1980：168-169）。

この時期の政府は総合的な伝染病予防法規の制定を目指していたが、1879 年のコレラ大流行を受けて急遽コレラに関する部分のみを抜き出して法制化することとし、同年、虎列刺病予防仮規則（太政官布告第 23 号）を發布した。その内容は、①コレラ患者発生の届出、②検疫委員の設置、③避病院（隔離施設）の設置、④患家の標示、⑤患家等の交通遮断、⑥汚物物件の処分禁止、⑦清潔方法・消毒方法の施行、⑧患者の死体の処置、⑨官庁等における予防方法等について規定したものであった。また、海外からの侵入を阻止するため、同年、海港虎列刺病伝染予防規則（太政官布告第 28 号）を一旦制定し、検疫停船規則（太政官布告第 29 号）に改正のうえ適用された（大霞会 1971b：278-279）。

政府は、1880（明治 13）年、総合的な伝染病予防法規として、全 24 条からなる伝染病予防規則（太政官布告第 34 号）を制定した。同規則では、①伝染病をコレラ・腸チフス・赤痢・ジフテリア・発疹チフス・痘瘡（天然痘）および地方官が内務省の許可を得て定める疫病とし、②上記 6 種の伝染病のすべてについて、医師の届出、避病院の設置、患者の収容、患家の標示に関する規定を設け、③伝染病ごとに排泄物等の焼却埋却、死体の埋葬方法、未消毒衣服器具等の使用授与販売の禁止、河川や上下水等の掃除清潔、船舶の検査、検疫委員の設置、群集の禁止等に関して規定を設けたもので、近代の公衆衛生学において必要とされる伝染病対策をほぼ網羅していた。また、同規則の付属法規として、伝染病予防心得（内務省達乙第 38 号）を定め、伝染病ごとに、清潔法・摂生法・消毒法を示した（大霞会 1971b：279）。その後、1882（明治 15）年には、患家の標示はむしろ患者隠蔽につながるとして廃止されるとともに、漢方医等による患者隠蔽防止のため吐瀉二

症ある患者はすべて届け出るべきとする、などの改正を経て、伝染病予防法に引き継がれた（大霞会 1971b：280）。また、市町村制・府県制の制定を受け、1890（明治 23）年、伝染病予防は原則的に市町村の事務であることとされた。

1897（明治 30）年に制定された伝染病予防法（法律第 36 号）では、①伝染病にペストおよび猩紅熱を加え、②国・府県・市町村・個人および医師の責務を明らかにし、③市町村に伝染病予防委員、府県に検疫委員を置く制度を定め、④府県・市町村および個人の負担すべき費用を明らかにし、⑤市町村に対する府県税または地方税の補助、府県税または地方税に対する六分の一の国庫補助の規定を設けた。

1875（明治 8）年から 16 年間（前身の文部省医務局長から数えると 18 年間）にわたり衛生局長を務めた長与専斎の下で、石黒忠恵⁴、後藤新平⁵、北里柴三郎⁶、長谷川泰⁷等が局

⁴ 石黒忠恵（1845-1941 年）は陸奥伊達郡（現：福島県）生まれ、幕府の医学所に学び、1871（明治 4）年、兵部省軍医療に入る。1885（明治 18）年に内務省衛生局次長、1886 年（明治 19）年に陸軍省医務局次長、1888（明治 21）年に軍医学校長、1890（明治 23）年に陸軍軍医総監（軍医の最高位）・陸軍省医務局長、1894（明治 27）年に医務局長在任のまま野戦衛生長官、1897（明治 30）年に休職、1901（明治 34）年に予備役となるが、1905（明治 38）年に大本営附臨時陸軍検疫本部御用掛、1907（明治 40）年に退役後、1917（大正 6）年に日本赤十字社長、1920（大正 9）年に枢密顧問官となった。

⁵ 後藤新平（1857-1929 年）は陸奥胆沢郡（現：岩手県）生まれ、福島県の須賀川医学校に学び、愛知医学校長兼愛知病院長を経て、1883（明治 16）年に内務省衛生局照査係副長、1892（明治 25）～1893 年と 1895（明治 28）～1898（明治 31）年に内務省衛生局長（この間、旧相馬藩主の精神病を巡り旧家臣間に生じた係争事件である相馬事件に連座したとして投獄され、その後無罪となるがその間に衛生局長を非職となり、1895 年に臨時陸軍検疫事務官長）、1898 年に台湾総督府民生長官、1906（明治 39）年に南満州鉄道株式会社総裁、1908 年に第 2 次桂内閣の通信大臣、1916（大正 5）年に寺内内閣の内務大臣、1918（大正 7）年に同内閣の外務大臣、1920（大正 9）年に東京市長、1923（大正 12）年に第 2 次山本内閣の内務大臣兼帝都復興院総裁を歴任した。

⁶ 北里柴三郎（1853-1931 年）は肥後（現：熊本県）生まれ、熊本医学校、東京大学医学部を卒業後、内務省衛生局に入り、1885（明治 18）年にドイツ留学、1886（明治 19）年からコッホに師事し、1889（明治 22）年に世界で初めて破傷風菌の培養に成功し、翌年破傷風の血清療法を開発する。1892（明治 25）年に帰国して私立の伝染病研究所を設立して所長を務めたが、同研究所の文部省移管に反対して辞職し、1914（大正 3）年に北里研究所を設立した。

⁷ 長谷川泰（1842-1912 年）は越後長岡（現：新潟県）生まれ、幕府の順天堂、医学所に学び、北越戦争に越後長岡藩の藩医として従軍した。明治維新後は、1876（明治 9）年に医学校済生学舎を創立して 1903（明治 36）年の廃校まで多くの医師を養成する傍ら、内務省で長与専斎を補佐し、後藤の後任の衛生局長に就任した。1890（明治 23）年、第 1

員として在籍していた。長与は 1891（明治 24）年に衛生局長から退き、1892（明治 25）年に後藤新平が衛生局長に就任した。後藤は中断を挟みつつ 1898（明治 31）年に台湾總督府民政長官に転じるまでの約 5 年間、衛生局長としてさらなる体制整備にあたり、後任の長谷川泰（1902＝明治 35 年まで在任）に引き継いだ。

1885（明治 18）年のコレラの流行に際しては、内務省から派遣された北里が、長崎において患者からコレラ菌を確認し、その前年にコッホが発表したコンマ状菌説を裏付けた（大霞会 1971b：280-281）。1894（明治 27）年の香港でのペスト流行に際し、政府は北里等を現地に派遣して調査にあたらせ、この調査によってペストの病原菌と考えられる細菌を発見した。当時からネズミや蚕などがペストを媒介することが解明されており、1899（明治 32）年には、日本で最初のペスト患者の発生が確認されたことに伴い、ネズミの駆除を全国的に実施した（大霞会 1971b：320-321）ほか、勅令により主務大臣は伝染病予防上必要があるときは物件の輸入を禁止することができると定め、同年、これに基づいてペスト媒介の恐れのある古綿・古着の輸入が禁止された。

日清・日露戦争に際しては、復員兵の検疫のために臨時検疫局を置き、成果を挙げた（大霞会 1971b：284-285）。このうち、日清戦争後の復員に伴う検疫については、野戦衛生長官（当時）であった石黒の提唱により検疫所を設置し、長与が臨時検疫局長官、後藤が同事務官長として指揮を執った（大霞会 1971b：285、国立国会図書館 2020a、長与 1980：185）。日露戦争時には、石黒は予備役となっていたが、大本営附臨時陸軍検疫本部御用掛に任ぜられて指揮を執った。

多人数が集合する公衆浴場、興行場、旅館、理容・美容所の衛生に関しては、警察行政の一環として、府県令等により地域ごとに取締りが行なわれており、例えば東京府では、公衆浴場や旅館、劇場等について、1882（明治 15）年から 1890（明治 23）年にかけて、衛生面の取締りの強化がなされたとされるが、具体的な内容は不詳である（大霞会 1971b：321-322）。

以上、みてきたように。明治期以降の日本においては、内務省衛生局を中心として、伝染病対策に対する知見が相応に蓄積されていたと考えられる。ただし、長与はその回顧録（1902 年発刊）の中で、警察主体の当時の衛生行政について、強権的な上から目線の方策では、却って住民の自発的な活動を抑制し、公衆衛生の実を上げることが難しいとして、次のような警句を発している。

地方衛生の事務は警察吏の一手に帰し了れり。されば中央の衛生局は直ちにその指導の下に働くべき手足もなくして空中に倒懸せるものの如く、悪疫流行の時に臨みてはただ焦燥するのみにして如何ともすること能わず、また流行地の実況を見るに、もっぱら形式にこだわって民情の斟酌行届かず、事理に疎き人民はただ慌て恐るるばかり

回総選挙で衆議院議員となり、3 期務めた。

にて官の焦慮をありがたしと感ずるものはなく、ついにその筋の差図を忌み嫌いて包み隠すの弊を生じたりと云う。

3. 1918 年からのインフルエンザ大流行

(1) 世界の動向

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）⁸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、ヨーロッパを経由して、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、急速に全世界に拡がった。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。

（表1）1918-20年のインフルエンザ大流行による死者数と死亡率

			死者数（千人）	死亡率（％）
世界			36,909-46,404	2.0-2.5
	アジア		24,232-32,498	2.5-3.5
		東アジア	4,664-10,305	0.9-1.9
		日本	453-517	0.8-0.9
		中国	4,000-9,500	0.8-2.0
		朝鮮	185-235	1.1-1.4
		台湾	26-53	0.7-1.4
		東南アジア	1,719-2,049	2.4-2.9
		南アジア	17,097-18,890	5.4-6.0
		うち英領インド	16,700-18,500	5.5-6.1
	北米		588-726	0.5-0.7
	中南米		900-1,053	1.1-1.5
	ヨーロッパ		4,997-5,694	0.5-0.7
	中東		1,800	7.5
	アフリカ		2,207-2,268	3.5-3.6

（出所）Athukorala and Athukorala (2020)。

⁸ 以下でみるように、当時のインフルエンザの発祥地はスペインではなく、第 1 次世界大戦で交戦国が自国内での感染状況を秘匿する中で、中立国であったスペインからの情報が世界に向けて発信されたことによる。誤解を避けるため、以下本稿では「スペイン風邪」という表現は用いない。

Athukorala and Athukorala (2020)は、1918-1920年のインフルエンザ大流行の規模について、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1）。それによると、死者は世界人口の2.0～2.5%に相当し、前近代における疫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37～46百万人の死者が発生した。このうちアジアにおける死者が24～32百万人と全世界の7割程度を占めた。中でも、英領インドの死者は1670～1850万人、死亡率は人口の5～6%に達した。一方、欧米での死者は、ヨーロッパが約500万人台、北アメリカが59～73万人と推定され、死亡率は人口の0.5～0.7%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（内務省衛生局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⁹。

(2) 日本での流行状況

(表2) 日本における流行に関する推計									
	内務省推計					速水推計			Athukorala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	453,000-517,000
1917年末人口比%			42.25	0.69				0.80	0.8-0.9
資料：内務省衛生局（1922）、速水融（2006）、Athukorala and Athukorala（2020）。									

⁹ 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)。

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¹⁰。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2）。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回流行以降は、世界の他地域と必ずしも時期は一致せず、日本での流行は感染の主地域にやや遅れた¹¹。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経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、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。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。

¹⁰ 同報告書記載の死亡数のデータについては異論もある（速水2006）が、統計として死亡数のほか発症数が道府県別に入手可能な点は、極めて有益である。なお、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。

¹¹ 世界的にみると、第1波が1918年3月～8月、第2波が1918年8月末～12月、第3波が1919年初～5月頃とされている（Athukorala and Athukorala 2020: 3）。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。

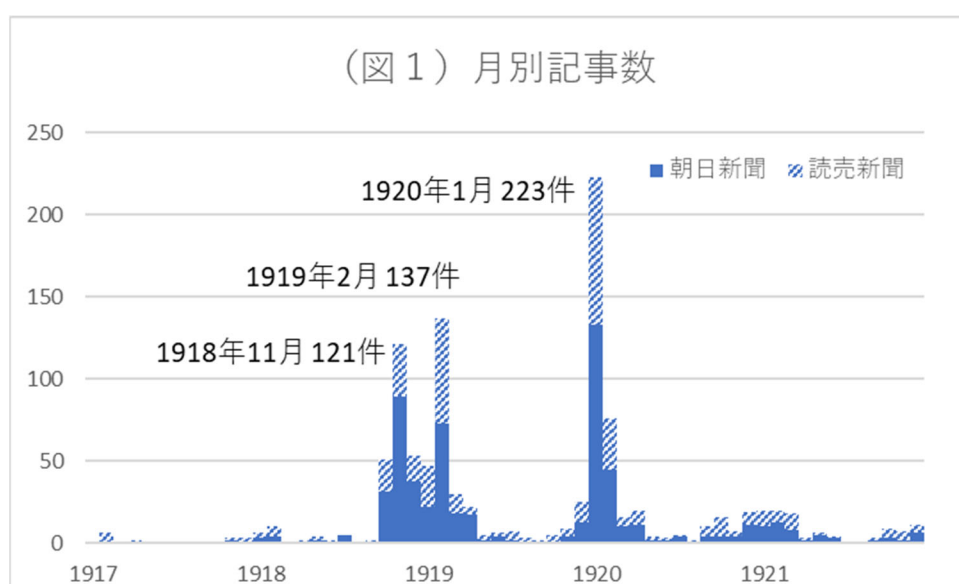
(表3) 死亡者の死因別内訳								
年	流行性感冒	肺炎及気管支肺炎	感冒・肺炎計	結核	下痢及腸炎	死亡者総計	前年末人口	死亡者／人口(%)
1917	2,390	99,236	101,626	124,787	129,585	1,199,669	55,673,431	2.2
1918	69,824	205,533	275,357	140,747	145,381	1,493,162	56,335,971	2.7
1919	41,986	151,063	193,049	132,565	136,585	1,281,965	56,667,711	2.3
1920	108,428	175,674	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
資料：内閣統計局（1924）『第42回日本帝国統計年鑑』								

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3）。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。

(表4) 「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

当時の新聞報道（表4）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）¹²。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：1918-1920年の事例

続いて、約百年前の日本におけるインフルエンザ対策についてみていく。あらかじめ要約すれば、第1回の流行に際しては初動に遅れがみられたが、第2回の流行に際しては、当時としては周到な準備が行なわれたことが見て取れる。しかしながら、多人数の集合するイベントの中止など対策が必ずしも徹底され得ない面もあったこと、今日有効な対策とされている手洗いは対策に含まれていなかったことなどもあり、感染拡大を回避することはできなかったと考えられる。内務省衛生局では、そうした反省点も含めて詳細な報告書を作成し、総括的な評価を行なっている。一方、経済活動を抑制してまで感染症対策を行

¹² 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。

うという発想はみられず、したがって、経済対策も発動されなかった。なお、当時の原敬¹³内閣の内務大臣は内務省出身の床次竹次郎¹⁴、蔵相は後に高橋財政で知られることとなる高橋是清¹⁵であった。

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。

¹³ 原敬(1856-1921年)は陸奥森岡(現：岩手県)生まれ、1876(明治9)年、司法省法学校に入学するが、1879(明治12)年に退学、『郵便報知新聞』、『大東日報』の記者を務める。外務省に入省して外務次官、駐朝鮮公使などを歴任、1898(明治31)年に大坂毎日新聞社長となる。立憲政友会(以下政友会)の結成に参画し、1902(明治35)年に衆議院議員、1914(大正3)年に政友会総裁、1918(大正7)年に陸・海・外務の3大臣以外の閣僚に政友会党員を充てた初の本格的政党内閣の首相となるが、1921(大正10)年に東京駅構内で刺殺された。

¹⁴ 床次竹次郎(1867-1935年)は薩摩(現：鹿児島県)生まれ。1890(明治23)年に帝国大学法科大学卒。大蔵省から内務省に転じ、地方局長、内務次官、鉄道院総裁を歴任。1914(大正3)年に政友会から衆議院議員となり、原内閣、高橋内閣の内相として、郡制廃止・選挙法改正を実現した。1924(大正13)年、政友会分裂に際し、政友本党総裁となり、立憲民政党顧問を経て1929(昭和4)年に政友会に復帰。1931(昭和6)年に犬養内閣の鉄相を務め、五・一五事件で暗殺された犬養首相の後継総裁の座を鈴木喜三郎と争って敗れた。1934(昭和9)年に党議に反し岡田内閣に逋相として入閣したため除名、翌年在任中に死去。

¹⁵ 高橋是清(1854-1936年)は江戸生まれ。アメリカ留学後、文部省、農商務省に出仕し、1887(明治20)年に特許局長となる。1892(明治25)年に日本銀行入行。1899(明治32)年に日本銀行副総裁。日露戦争の外債募集に手腕を発揮し、1911(明治44)年に日本銀行総裁。第1次山本、原各内閣の蔵相を務め、1921(大正10)年に暗殺された原敬の後を受けて首相・政友会総裁となる。1924(大正13)年に衆議院議員となり、第二次護憲運動に参加して、加藤(高明)内閣の農商務相、田中(義一)、犬養、斎藤、岡田各内閣の蔵相を歴任、二・二六事件で暗殺された。

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ましめざる様適切な方法を講ずること。
- 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、かぜを引いたなと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の場合は戸障子を開け放て。
- 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―他の為にも身の為にも、三、予防注射を一転ばぬ先に、四、含嗽せよ一朝一夕なに」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。

一方、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。なお、今日、有効な感染予防策として推奨されている手洗いについては、対策として挙げられていない。

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1930年代¹⁶⁾、インフルエンザの真の原因についても論争があっ

¹⁶⁾ 大阪府立公衆衛生研究所（2016）。

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：1918-1920年の事例

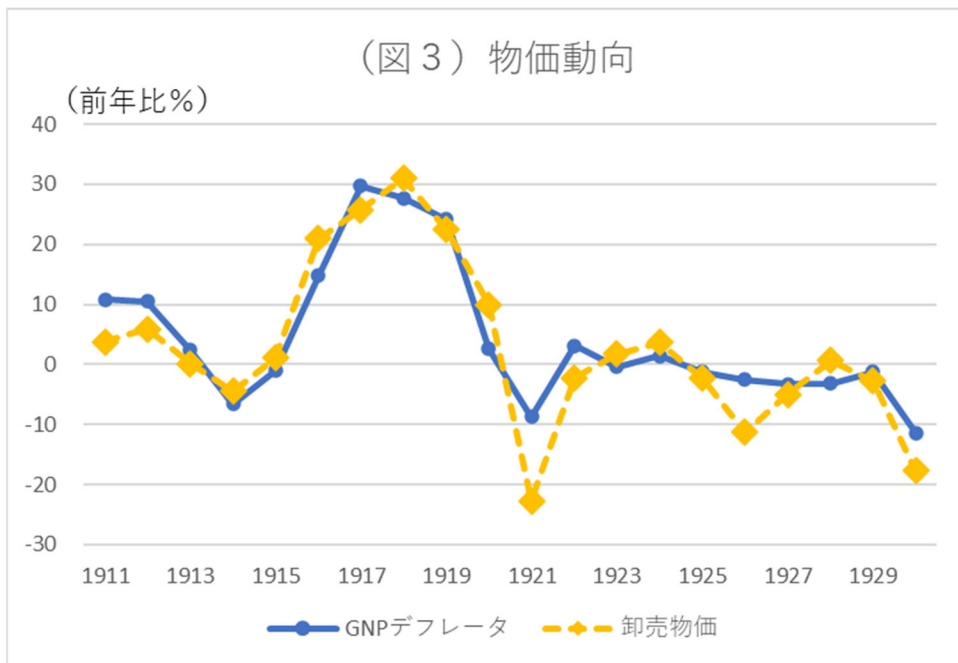
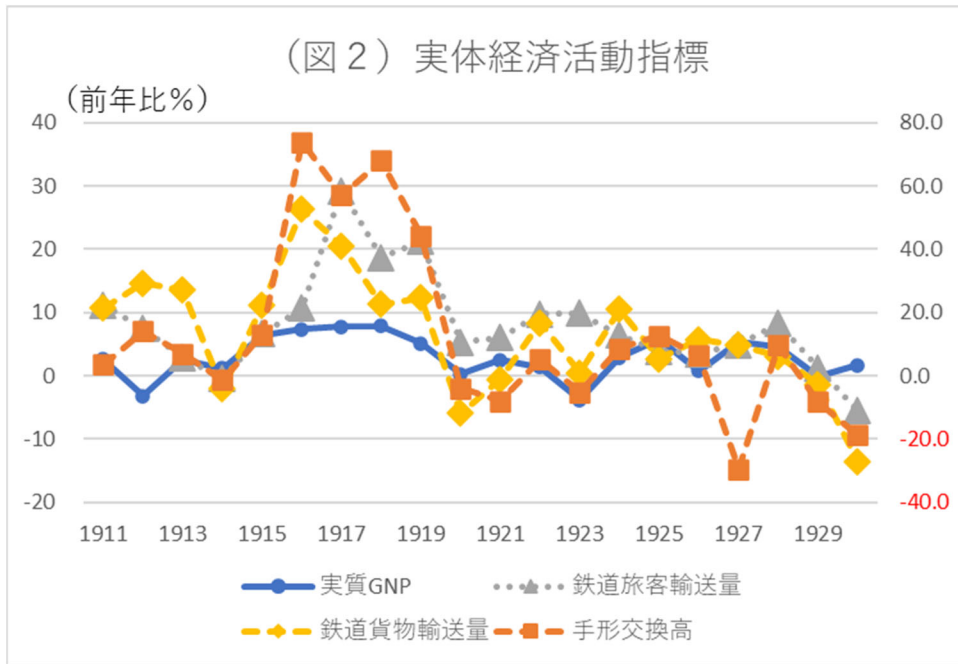
1918年から1919年にかけての日本経済は、第一次世界大戦中の好況が継続し、高成長、高インフレの経済であった。1920年春の反動恐慌により、低成長、デフレへと移行していった（図2、3）が、この間、インフルエンザの大流行が経済政策上の課題として議論されたことはなく、あくまで公衆衛生上の課題として扱われた¹⁷。

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5）。

このほか、「貧困にして治療を受くる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済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済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¹⁸。

¹⁷ 1918年～1920年のインフルエンザ大流行の経済的な影響については、別稿を準備している。府県別のパネル・データを用いた予備的な分析の結果からは、生産活動、雇用、投資に対して、インフルエンザの大流行による有意な抑制効果は観測されなかった（鎮目2020）。

¹⁸ 朝日新聞1919年2月8日付「済生会の大活動 施療券を無限に発行す」。なお、恩賜財団済生会は、明治天皇から下賜された資金に加え、内閣関係者や財界人が中心となって寄付を募って1911年に設立された施薬救済を目的とする団体。



(出所：図2、図3とも) Ohkawa et.al.(1979); 日本銀行(1966)『本邦主要経済統計』

(表5) 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	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	0.14
T7	(1918)		368	360	1,049	0	0.17
T8	(1919)		858	250	1,433	670	0.27
T9	(1920)		1,598	422	949	159	0.23
T10	(1921)		924	554	626	92	0.15
T11	(1922)		1,037	572	564	76	0.16
T12	(1923)		1,089	450	738	0	0.15
T13	(1924)		1,398	435	1,124	0	0.18
T14	(1925)		1,470	336	1,230	0	0.20
T15-S1	(1926)		1,464	205	714	0	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6) 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）		

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厳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¹⁹。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 6）。社会インフ

¹⁹ 日本銀行調査局（1933）847-851 頁。

ラをはじめとする物理的な資本設備の毀損に対して、その経済的な影響の甚大さを受けて、復旧・復興のための大規模な財政措置が発動された。

4. 今日への含意

(1) 百年前と今日の共通点と相違点

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にもかかわらず、短期間では感染が収束しなかったこと、などである。

これに対して政府は、公衆衛生の観点から、項目的には今日とさほど遜色のない対応を採っていた。裏返すと、公衆衛生知識の面では、今日においても百年前と比べて必要される対応に大きな変化はないとも言える。また、現場でのボトルネック発生を抑制し、個人と企業の行動変容を促進するように、事前の備えならびに流行発生時の対応を含めて、どれだけきめ細かな対応が採れるかが、流行を抑えるカギとなっていた。

一方、感染症流行という外的ショックが社会や経済に与える影響は、感染症そのものだけでなく、制度、政策、人口移動、個人や企業の行動といった人間の営み（human agency）に依存する面が大きい。したがって、疫学的にみると共通する面も多い感染症（百年前のインフルエンザと今回の新型コロナウイルス感染症）であっても、これが社会や経済に与える影響は大きく異なっている。すなわち、百年前のインフルエンザに対しては、経済活動を抑制してまで感染症の流行を抑える措置はほとんど実施されなかった。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）等の措置が導入され、これが経済活動を縮小させている。また、この点とも関係するが、百年前のインフルエンザ対策は、公衆衛生ならびに医学的見地からの予防・治療措置が中心であり、特段の経済対策の発動はなかった。これに対して今回は、インフルエンザ対策として打ち出された措置に伴う経済活動の萎縮にどう対応するかが重要な政策上の論点となっている。

当時と現代とで、感染症の社会的、経済的影響が異なる背景として、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）。

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²⁰。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）。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）。もっとも、戦後の日本においては、「総力戦」は忌避すべき体験として捉えられており、戦時期の経験が戦後の日本社会に対してどのような影響を与えたかは、政治史、経済史、社会史の分野でなお重要な研究課題とされている。

(2) どのような歴史的経験が参考となるか？

最後に、感染症流行を離れ、より広い観点から過去の経験をもとに現状の新型コロナウイルス感染症対応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り得るかを考えてみたい。この点については、本来であれば経済学や経済史の範疇を超えた視野からのより広範かつ詳細な検討が必要と思われるが、以下では、そうした検討を行うための手掛かりとして、いくつかの論点を提示することとしたい。その際、政策選択や行動の基準をどのように設定するかという問題と、いったん設定された基準に基づいて設定された目標をどのように実現していくかという問題とを、分けて考えてみたい。厚生経済学の用語では、前者は社会的厚生関数をどう定義するかという問題、後者は定義された社会的厚生関数をどのようにして最大化するかという問題と言える。

²⁰ 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)。

まず、社会レベルでの政策選択の基準は、各時代、各社会の主権者の価値観に依存しており、すべての時代や社会に一律適用可能な普遍的な基準が存在するのか、という問題がある。そもそも、個人のレベルでの行動の基準も、個人の価値観に依存しているわけであり、個人の集合体としての意思決定の問題は、政治学の分野では政治哲学、経済学の分野では公共選択の問題として扱われる。

その際、設定される基準は、複数の異なる次元からなると考えられる。例えば、経済的利益の追求（経済合理性）、個人の行動の自由の追求、プライバシーの保護、生命と健康の維持（生存権の保障）、文化的価値の保護などである。それぞれの次元の基準に基づいて行なわれる選択ないし評価の間には、しばしばトレード・オフの関係があり、主権者や個人は、歴史に規定された社会ないし個人の選考に基づいて、それぞれの次元における基準を明示的ないし暗示的に参照しながら、個々の政策や行動を取捨選択し、あるいは個々の政策や行動の成果を評価することになる。基準間の相対的な重みは、それぞれの社会の歴史に基づく主権者や個人の価値観に依存しているので、普遍的な基準を設定することは困難であるし、一個人や一社会の政治的決定においても、基準は通時的に変化し得る。

ある社会や個人が基準をどのように設定するかを分析するにあたっては、複数次元での基準が並立することを前提とすることで、政策や行動の決定の背景や、成果の評価の視点を可視化できるかもしれない²¹。例えば、百年前に比べ、経済的利益を犠牲にしても生存権を保障することに対する欲求が高まっているのであれば、死者を限りなくゼロに近づけるために経済活動の抑制を許容する決定がなされるかもしれない。日本において、戦時中の「総力戦」の経験を忌避して個人の自由やプライバシーの保護を重視する傾向が強いのであれば、自由権の侵害に踏み込む措置はそうした経験を有しない社会に比べ、より回避されるかもしれない。いずれにしても、過去や他国の経験は参考にはなるかもしれないが、それが現在の当該社会にとって望ましい政策へと導くとは限らない。

そのうえで、いったん設定された基準に基づいて設定された目標をどのように実現していくかという観点からは、目標に照らして、個々の政策あるいはその組み合わせの有効性を検討することが可能である²²。この点、本稿でみてきた明治大正期の日本では、今日のように感染症対策が公衆衛生を超えて経済政策を含めた枠組みとして立案・執行されることはなかったと言える。もっとも、戦後期を含めた近現代の日本において、主権者の価値観が問われる局面で経済政策の運営が重要な意味を持った事例がなかったわけではない。

²¹ 齋藤（2020：3-40）は、個人の内的な複雑性と社会におけるデモクラシーの関係について考察している。また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえた現代的意義についても言及している（齋藤 2020：325-334）。

²² 岩本 2021 は、この観点からみた感染症対策の評価について、厚生経済学の観点から理論的整理を行なっている。

その詳細な分析は本稿の視野を超えるが、以下では、参考となり得る事例を2つほど挙げたい。

現在生じている主たる経済問題として、“with corona”という言葉で表される行動変容に対する要請から、需要の質的な変化が発生している。例えば、対面による個人間の物理的接触を伴う消費から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おり、こうした潜在的需要を充足することは、経済回復にとって重要であると考えられるが、実際には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。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は短期的には国民生活を支え、社会不安を軽減する手段となり得るが、あくまで短期的対応であり、中長期の視点でみると、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が求められている。デジタル・トランスフォーメーション（DX）が叫ばれているが、実際には対応が難しい分野も数多く存在する。

こうした観点からは、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かもしれない。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、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）²³。さらに、戦後の日本は、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・主権回復を経て、政治の民主化と自由権の確立を達成した。

次に、資源を大量に消費する重厚長大型の製品構造・生産様式から、省資源・省力型の製品構成・生産様式への転換が要請されていた第1次・第2次石油危機時の経験も参考となるかもしれない。第1次石油危機後、狂乱物価と呼ばれたインフレ等の問題は生じたが、1970年代全体としてみれば、産業・生活の両面で省資源化、石油依存体質からの脱却が進み、省エネ家電や低燃費車等の非価格競争力のある製品への生産シフトにより“Made in Japan”の国際的評価が高まり、1980年代における世界第2位の経済大国の基盤となったとも言える。一方、この時期には、公害が社会問題化していたが、紆余曲折を経つつ、環境問題への取り組みが本格化していった。

²³ 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。

戦後復興ならびに石油危機への対処という戦後日本における 2 つの経験は、民主国家としての日本が、生存権や個人の自由を維持しつつ、目前の経済的困難への対応を行った事例として捉えることもできるのではないだろうか。

(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)
- Athukorala, Prema-chandra and Chaturica Athukorala. "The Great influenza Pandemic of 1918-20: An interpretative survey in the time of COVID-19" Working Paper in Trade and Development No.2020/21, Australian National University (2020).
- 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 A'. March 26, 2020, *the EHS blog* 1926 (2020a).
<https://ehsthelongrun.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://ehsthelongrun.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
- 岩本康志「感染症対策の厚生経済学：解説」CIRJE ディスカッション・ペーパーJ-299
- 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)
- 木下大志「徳川時代におけるクライシス期の死亡構造」速水融編『近代移行期の人口と歴史』ミネルヴァ書房、2002 年、23-43 頁
- 公益社団法人日本精神神経学会「相馬事件について」公益社団法人日本精神神経学会ホームページ、2015 年、https://www.jspn.or.jp/modules/forpublic/index.php?content_id=19 (2021 年 1 月 31 日アクセス)
- 国立国会図書館「石黒忠恵関係文書」国立国会図書館リサーチナビ、2020 年 a、<https://rnavi.ndl.go.jp/kensei/entry/ishigurotadanori.php> (2021 年 1 月 31 日アクセス)
- 国立国会図書館「後藤新平関係文書」国立国会図書館リサーチナビ、2020 年 b <https://rnavi.ndl.go.jp/kensei/entry/gotoushinnpei.php> (2021 年 1 月 31 日アクセス)
- 齋藤純一『政治と複雑性：民主的な公共性にむけて』岩波現代文庫、2020 年
- 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
- 鎮目雅人「感染症の社会経済史的考察：新型コロナウイルス（COVID-19）の感染拡大への含意を念頭に」早稲田大学高等研究所ウェビナー『ポストコロナの社会：学際的アプローチ』第 2 回 (2020 年 6 月 26 日開催)、2020 年、

<https://www.waseda.jp/inst/wias/news/2020/06/08/6997/>

(2021 年 1 月 31 日アクセス)

鎮目雅人「感染症の社会経済史的考察：労働市場への影響を念頭に」神戸大学経済経営研究所ディスカッション・ペーパーDP2021-J01、2021 年

杉山伸也「疫病と人口：幕末・維新期の日本」速水融・鬼頭宏・友部謙一編『歴史人口学のフロンティア』東洋経済新報社、91-112 頁

大霞会編『内務省史』第 1 巻、1971 年 a

大霞会編『内務省史』第 2 巻、1970 年

大霞会編『内務省史』第 3 巻、1971 年 b

大霞会編『内務省史』第 4 巻、1971 年 c

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

長與専斎「松香私志」松本順・酒井シズ校注『松本順自伝・長与専斎自伝』平凡社、1980 年

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