HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	1910年代の学齢児童のトラホームの状態と学校医の治療をめぐる問題
Author(s)	三井, 登
Citation	北海道大学大学院教育学研究科紀要, 83, 117-157
Issue Date	2001-06
DOI	https://doi.org/10.14943/b.edu.83.117
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/28824
Type	departmental bulletin paper
File Information	83_P117-157.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

1910年代の学齢児童のトラホームの状態と学校医の治療をめぐる問題

三　井　　登

The Situation of Trachom of School-Aged Children and Issues on the Medical Treatment by School Doctor (1910's)

Noboru MITSUI

目　　次

はじめに
1　学齢児童のトラホームの状態 …… 119
(1)　トラホーム罹患率の全国的傾向 …… 119
(2)　学齢児童のトラホーム罹患率とその親の階層 …… 124
2　校内治療をめぐる諸問題 …… 136
(1)　1908年文部省通牒による校内治療の開始と学校医制度の関係 …… 136
(2)　東京眼科医会の校内治療に対する建議をめぐる問題 …… 139
3　学校医の設置状況と待遇 …… 143
おわりに

はじめに

トラホームとは，伝染性慢性結膜炎のことである。病原体はクラジミアで，結膜の充血・肥厚，灰白色の顆粒の形成を来し，慢性化すると角膜の混濁，結膜の瘢痕化，視力障害・慢性涙嚢炎などを引き起し，視力の低下や失明することがある(1)。

トラホームは，1900年以降，青年層，学齢児童などの間で猛威を振るった。いくつかの地域で学童の3分の2がそれに罹患し，「法規どおり出席停止を行なうならば，学校教育が完遂できないというような事態」(2)が現れた。

1919年，国はトラホームの対策をはかるために，トラホーム予防法を成立させた。トラホームが国家的な撲滅すべき伝染病として浮上した背景には，産業，徴兵，移民，さらに教育など，これら国の骨格をなす分野で蔓延していたことによる。政府は，こうした事態を「国家的不利益」を来す問題として捉え，その対策のために予防法を成立させた(3)。

さて，当時トラホーム以外にも，結核，腸チフス，コレラ，赤痢，ペストなど，様々な伝染病があった。内務省は，伝染病の蔓延を防ぐため，1897年「伝染病予防法」(法律36号) を制定(4)した。これを受けて，文部省は，1898年9月28日，文部省令第20号「学校伝染病予防及消毒方法」を制定し，学校で予防すべき伝染病の範囲を規定した(5)。「学校伝染病」は伝染病の特徴によって分類され，その対処の仕方も異なっていた。トラホームは，文部省令第20号「学校伝染病」で分類された第3類の伝染性眼炎に含まれていた。トラホームの罹患率は，他の「学校伝染

病」よりも高かった。文部省調査に依れば，1910年代は，トラホームに罹患した児童の割合が減少していったが，罹患率は他の伝染病よりも常に高かった。

こうした学童のトラホームの対策に大きな役割を果たしたのが学校医であった。

学校医は，児童の健康状態の把握や健康を阻害する要因の発見など，学校全体の保健衛生の管理をその職務としていた。学校医は，文部省が，1898年１月８日，勅令第２号「公立学校ニ学校医ヲ置クノ件」を受けて，同年２月26日，文部省令第６号「学校医職務規程」並びに文部省令第７号「学校医ノ資格」を定めて学校医制度を整えたことにより，全国的に配置されることとなった。この制度の成立により，文部省は，学童の健康状態を学校医を介して全国的に掌握できる体制を確立した。

学童のトラホーム罹患率が非常に高い学校では，学校医が独自に校内治療を行っていた学校もあった。学校医の職務規程は学校医による学校内治療を認めていなかったが，1908年，文部省は道府県に対して，学校医によるトラホーム罹患児童の校内治療を認める通牒を出した。校内治療を認めたこの通牒は，学童のトラホームの予防と治療に学校医が最も重要な役割を担ったことを示している。したがって，学童のトラホーム対策とその展開をみる際，学校医の普及とその問題点を明らかにする必要がある。

学校衛生の研究状況について述べれば，依拠すべき既往の研究に，『学校保健百年史』[6]（以下『百年史』とする）がある。『百年史』は，学校衛生の制度的全体像を描いた唯一の通史である。『百年史』では，トラホームについては，日本に古くから極少数だが貧民窟や海岸生活者に存在し，その後，1900年前後に蔓延し，1900年代初期からトラホーム予防対策を府県が中心となって府県規則や訓令をもって進めたこと，後に学校内治療を文部省が認め，文部省がさらなる予防上の方法を検討し始めたことなどの概略を描いている。また，学校医については，その制度的変遷とトラホーム治療との関係が述べられている。本稿が対象とする1910年代について，『百年史』は，「トラホーム児童に対する対策が，第一に取り上げられ，学校に診療所を設置して，洗眼を実施する学校が増加してきた。児童のトラホーム対策の強化策として，学校看護婦が出現したのは明治三十八年で，これが現在の養護教諭の発端ということができる」[7]とした上で，1914年，文部省が学校医協議会に諮問したトラホーム予防方法に対する協議会の答申を資料として掲載し，1919年に成立したトラホーム予防法の概略と，予防法成立期のトラホームの罹患率を紹介している。

また，学童のトラホームについては，杉浦守邦が，1890年代後半から1914年までの時期を対象に，山形県のトラホーム予防に関する県令，県訓令などを利用しながら，学校で予防・治療が展開していった過程を整理している[8]。

いずれの諸研究も，トラホームが貧民病であることにふれているが，学童のトラホームと生活環境との関係を実証することが目的ではなく，学童のトラホーム予防・治療がどのように展開したかを制度を中心に描いている。

トラホームと生活環境の関連を重視した研究に，川上武の『現代日本病人史』[9]がある。川上は，トラホームと失明の関係，トラホームの原因が資本主義化に伴う国民生活環境の悪化にあること，学齢児童のトラホームの状態については，都市と農村の保健・生活状況の違いの説明として1933年の青森県各郡市の児童トラホーム患者数を掲げている。また，トラホームが社会問題となった契機が学童と壮丁のトラホーム蔓延にあったこと，学童のトラホームの蔓延が徴兵検査時のトラホーム患者の増加と関係し，「軍が主導してトラホーム対策（とくに予防）に力をそそぐ

ようになった」ことを『芝衛生会五十周年史』から「トラホーム予防の心得」を引いて指摘した[10]。

生活環境・労働環境とトラホームの関連を実証したものに河内信子[11]の研究がある。河内は，戦前期の岡山県の事例を労働環境と生活環境に着目し社会経済史的にアプローチした。すなわち，岡山県和気郡の耐火煉瓦工場を中心に，児童のトラホームの状態，労働者とトラホームの関係を県の統計をもとに，地理的特性や産業の発展と工場の労働環境との関係から明らかにした。河内が「特定の産業と労働者側の要因が，さらに子どもを中心にトラホーム感染が拡大していったことが推測された」[12]と述べているように，労働者の状態とその子どものトラホーム罹患状態の直接的関係を明らかにする課題が残された。

以上の諸研究を踏まえ，本稿では，罹患率が減少する1910年代の学童のトラホームの状態とそれをめぐる諸問題を検討する。1910年代は，医師のトラホーム診療・調査，労働者生計調査などが進展し，国民の健康問題が科学的に実証されることで，資本主義の発展にともなう健康破壊が社会問題化する時期であり，また，1914年にトラホーム予防協会が設立し，1919年にトラホーム予防法が成立することによって，ここに国のトラホーム対策の具体的な指針が確立した時期である。したがって，先の調査をもとに，予防法成立に至るまでのこの時期に，トラホームがどのような状況にあり，特に学童のトラホームの予防対策に学校医がどのように関与したのかを明らかにすることは，学校衛生史を検討するうえで重要である。

本稿では，まず，川上が提示したトラホームの蔓延の原因を生活環境の悪化に求めた視点に依拠し，1910年代前後の学童のトラホームの状態を，調査結果の報告をもとに具体的に明らかにしたい。そして，河内によって推測された成果を踏まえ，特に労働者のトラホームとその子どもへの感染の直接的関係や労働者家族の生計が子どもの栄養摂取に与えた影響（トラホームの蔓延する客観的条件）を明らかにする。さらに，学校医によるトラホームの校内治療をめぐる問題と学校医の普及の過程で生じた諸問題について検討する。

1　学齢児童のトラホームの状態

(1)　トラホーム罹患率の全国的傾向

学童のトラホーム罹患率は，日清戦争以前は約５－６％程度であったが，その後大流行した[13]。徴兵検査の結果による青年のトラホーム罹患率は，『内務省史』によれば，1879年23％，1915年18％と「漸減の傾向を示してはいたが，放置し難い状況にあった」[14][15]。トラホームの罹患状況は，1903年，第18回帝国議会衆議院本会議で，山根正次が，「慢性及急性伝染病予防ニ関スル質問書」の理由を演説した内容によれば，次のようであった。

> 壮丁ノ中ニモ「トラホーム」ニ罹ッテ居ル者ガ非常デアリマス，此「トラホーム」ニ罹ッテ居ル兵隊ノ検査ノ結果ハ，九千何百人ト云フモノガ一年ノ兵隊検査ノ中ニアルノデアリマス，是カラ推シテ見ルト，日本五千五百万人中ニ之ヲ割当テマスルト，八十八万何千人ガ「トラホーム」ニ罹ッテ居ルノデアリマス，之ニ対シテ学校衛生ノ部分ニ於テ，僅カニ此病気ニ罹ッテ居ル者ハ昇校ヲ許サヌ，教員デアッテモ，職員デアッテモ，生徒デモ，学校ヘ通ハレヌト云フヤウナ風ニナッテ居リマス，之ガ医者ニ依ッテ昇校ヲサセテモ，危険デナイト云フ所ノモノナラバ，之ガ許ヲ得テ，始メテ学校ヘ登ルヤウナ規定ガアリマス，然ルニ学校ニ於テ之ヲ予防スル所ノ方法ハ，一モ行ハレテ居リマセヌ…殊ニ奥州地方ニ於キマシテハ，非常デアリマス，軍隊ヲ採ルトキニ於テ「トラホーム」患者ヲ採ラヌト，軍隊ヲ編成スルコトガ

出来ヌ，既ニ此病気ガ蔓延ヲ致シテ居ルノデアリマス…欧州ニアッテハ「トラホーム」ノ如キハ，悉ク届出ヲ為サシメテ居ルノデアリマス[16]

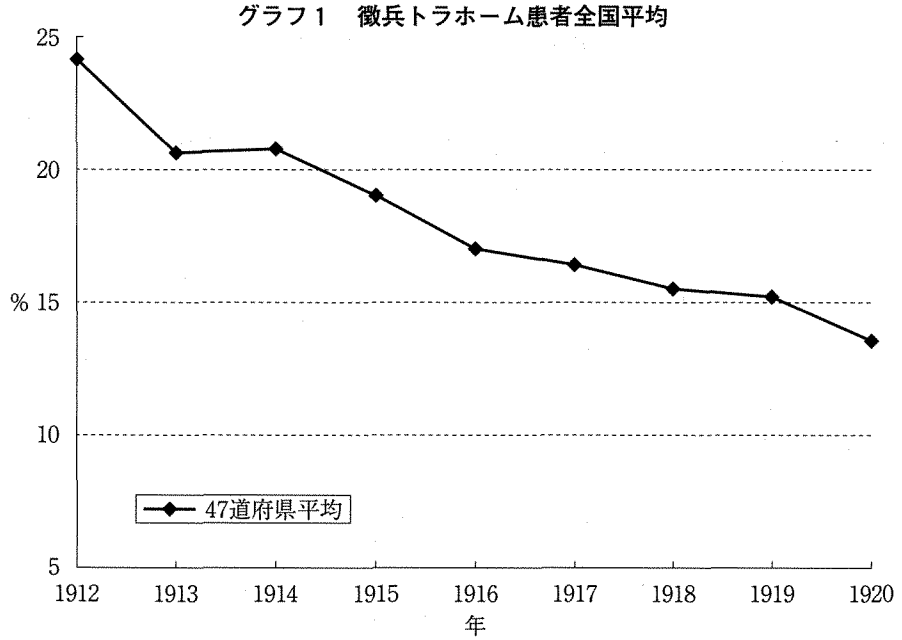
以上のような日清戦争後のトラホーム大流行に対して，その主要な原因を，「満州に進出した日本軍兵士が，現地の不潔な生活の中で罹患し，帰国後各地に病毒を蔓延させた」[17]ことに求める見解もあるが，こうした見解に対して川上が，「トラホームの本質からみて，了解しにくい意見であり，むしろ資本主義化にともなう日本国民の生活環境の悪化の方に誘因を求める方が適切ではないか」[18]と指摘した点は重要である。この問題については，(2)項で述べたいと思う。

ところで，本稿で対象とする1910年代のトラホーム患者数のデータには，徴兵検査，公立諸学校の調査，各地方の職業別，工場労働者調査などがある。これら各種データの内，トラホームが国民の間にどの程度蔓延していたのかをさらに具体的に見るために，徴兵検査時のトラホーム患者の割合と学齢児童のトラホーム罹患率の推移によって示しておきたい。

① 徴兵検査のトラホーム罹患率

徴兵検査のトラホーム罹患率の全国平均の＜グラフ１＞（道府県別＜表１＞）[19]より，罹患率は年々減少していることがわかる。罹患率の減少は，内務省衛生局のトラホーム講習会（1911年第１回），地方自治体，地方医師会，私立衛生団体や衛生組合等による衛生事業などによるところが大きい。しかし，この減少の数値に関して，三宅秀（医学博士，当時大日本私立衛生会評議員）の指摘を考慮する必要がある。彼は，1913年５月に行われた大日本私立衛生会の総会で「前年中内国衛生上の報道」（演題）を報告した際，内務省トラホーム講習会とトラホーム患者の減少の関連を次のように指摘した。彼は，内務省衛生局主催のトラホーム講習会の結果としてトラホームとその疑似症の鑑別が講習会以前よりも精密になったことによりその数が減少したのであって，トラホームそのものが減少したかどうかの結論を出すには早急であると指摘した[20]。

グラフ１　徴兵トラホーム患者全国平均



出所）宮城県警察部衛生課内宮城県私立衛生会『トラホーム講習会講義』（1922年）より作成。

表1　徴兵トラホーム患者割合数

	1912年	1913年	1914年	1915年	1916年	1917年	1918年	1919年	1920年
北海道	17.7	20.3	19.1	17.4	20.7	24.5	21.3	21.9	20.8
青森	47.0	51.9	50.2	50.0	43.0	40.4	38.8	38.4	30.0
岩手	30.6	28.7	24.2	24.9	19.8	25.2	28.1	17.9	14.9
秋田	26.3	27.1	30.7	29.4	29.0	22.4	21.4	21.7	18.5
山形	34.4	35.1	35.8	15.3	9.0	10.2	15.8	18.1	19.3
宮城	49.2	49.4	46.9	33.7	26.9	19.3	18.3	16.7	19.2
福島	52.7	36.0	35.2	16.0	14.7	12.1	13.4	17.5	20.6
茨城	30.2	19.6	15.9	20.9	14.8	15.7	23.3	15.1	11.7
栃木	34.4	27.9	17.3	39.9	32.2	23.3	19.2	14.8	14.2
群馬	21.8	22.8	40.5	42.0	27.8	10.5	13.6	12.1	10.1
埼玉	20.6	19.5	18.3	19.0	15.9	14.5	11.7	8.8	16.2
千葉	19.2	13.4	15.0	12.4	6.4	12.3	8.2	10.8	10.3
東京	15.8	12.2	17.2	12.9	8.4	9.0	6.2	5.2	6.4
神奈川	15.9	13.0	17.1	16.5	10.6	8.1	16.2	13.2	4.2
新潟	19.5	14.1	14.1	15.2	17.7	9.3	7.3	9.5	9.7
富山	9.4	7.2	14.4	9.6	12.8	9.0	6.0	8.1	11.9
石川	12.0	9.5	14.8	12.2	9.1	10.6	11.2	11.7	14.4
福井	17.5	15.1	13.4	11.3	9.5	8.0	12.9	10.7	12.7
長野	12.2	11.1	9.0	8.3	5.3	8.6	5.7	6.0	6.1
岐阜	11.2	11.5	11.5	9.2	11.4	13.8	15.5	10.3	11.7
滋賀	12.9	12.0	4.7	5.4	5.8	5.7	3.8	5.9	9.0
山梨	10.3	8.6	13.4	17.6	11.0	9.3	18.5	18.5	16.0
静岡	14.8	9.1	9.3	10.8	9.1	7.6	7.2	5.1	3.5
愛知	23.5	20.8	19.9	17.7	18.3	19.6	15.9	17.2	18.4
三重	18.7	18.6	16.1	14.8	15.0	18.3	8.7	11.4	13.9
京都	25.9	18.0	10.0	8.1	9.8	9.5	8.4	7.9	6.5
兵庫	30.0	24.3	29.3	19.5	20.8	21.9	16.7	18.4	16.7
大阪	21.5	22.4	18.3	25.4	23.0	24.8	16.5	20.5	17.5
奈良	27.0	21.5	16.7	18.1	23.5	22.4	20.3	31.2	21.0
和歌山	9.2	11.6	11.3	8.9	12.4	7.8	6.3	7.3	7.7
鳥取	14.8	14.5	18.2	17.1	12.1	12.1	13.1	10.6	10.9
島根	19.8	15.7	13.6	9.5	8.9	12.8	10.8	9.4	8.0
岡山	24.2	23.9	19.9	19.9	20.1	19.0	19.6	18.7	13.6
広島	21.3	22.2	16.2	12.0	13.6	11.6	14.8	13.9	13.3
山口	14.6	11.7	10.6	14.2	11.1	16.2	15.9	12.8	12.5
徳島	20.4	17.1	23.9	29.8	15.5	14.2	13.5	14.9	9.4
香川	27.7	22.9	22.5	21.6	22.4	23.6	17.5	17.4	20.4
愛媛	14.7	14.9	9.3	13.9	12.9	14.9	16.2	16.2	14.1
高知	11.1	8.7	9.1	5.2	6.5	7.8	12.3	9.3	8.5
大分	54.7	38.3	35.3	29.7	18.7	21.0	19.5	18.6	18.0
福岡	39.2	31.1	34.8	30.5	24.0	28.2	29.2	27.7	14.3
佐賀	38.0	25.1	26.9	24.0	22.5	24.8	19.8	17.1	14.5
長崎	39.4	13.2	18.3	18.6	19.8	21.6	17.2	15.3	11.4
熊本	19.6	23.4	23.5	22.7	25.3	24.9	17.5	16.3	11.7
宮崎	40.3	24.3	28.7	19.3	21.0	17.1	16.5	19.2	15.0
鹿児島	25.6	27.1	26.5	11.5	20.3	16.6	17.0	15.6	13.5
沖縄	17.8	22.6	27.9	32.1	26.8	30.3	21.4	28.8	14.3
47道府県平均	24.14	20.62	20.74	19.02	16.92	16.39	15.49	15.19	13.54

出所）宮城県警察部衛生課内宮城県私立衛生会『トラホーム講習会講義』(1922年）より転載。

三宅が指摘したとおり，罹患率の減少をそのままトラホーム罹患率の減少の実数として捉えることには注意を要するが，三宅は同報告の中で，「徴兵の際に『トラホーム』の減じて居る所などを見ますれば或は講習の結果で『トラホーム』の予防が行き届いたのではないか」[21]と述べたように，トラホーム講習会によるトラホームとその他の眼疾の選別基準，治療方法，予防対策の明確化と，それに対応した地方の県費や市町村費の援助を受けた予防・治療対策によって減少したことは間違いない。各地の治療による成果は，医学・衛生雑誌等で度々紹介されている。

壮丁トラホーム罹患率の減少傾向に対して，1916年5月15日，陸軍省において開かれた地方長官会議の席上で，大島陸相は訓示の中で次のように指摘した。

> 「トラホーム」，花柳病の予防施設が各位の尽力に依り漸次発達しつゝあるは本大臣の喜ぶ所なるも，壮丁にして「トラホーム」の為め現役に徴集し得ざる者，又は花柳病の為め入営後教育に支障を来す者尚少しとせず各位は益々予防施設の完成に勉むると共に国民の衛生思想及び青年の気風品性を向上せしむることに努力せられむことを望む[22]。

徴兵時のトラホーム罹患率は減少傾向にあるものの，1916年時点で未だ15％を越える高い水準を保っていることから，陸軍大臣は，健康な兵士の量的確保をさらなる予防施設の完成と衛生思想の向上などに求めた。

徴兵検査の際，トラホームに対して陸軍のとった対策は以下のようであった。

> 壮丁其者トシテハ実ハ陸軍デモ取締ガ困難デアリマス，此点ハ御承知ヲ願ヒタイ，唯々此徴兵検査ノ際ニ，検査員或ハ連隊ノ司令官ガ，壮丁ニ対シテ色々「トラホーム」ノ害ヲ避ケルコト、カ，其治療ヲ完全ニシナケレバナラヌト云フコトヲバ，ソレゾレ訓話ヲ致シテ居ルト云フ位ノ程度デアリマス，壮丁其者ニ対シテノ御答ハ其外ニハ出来マセヌ[23]

陸軍は，検査時にトラホームに関する訓話をすること以上に対策をとっていなかった。しかし，陸軍は徴兵検査に至るまでの期間，地方自治体と協力してトラホーム対策を主導していた。

例えば，1915年，陸軍の第14師団の管下である茨城，栃木，群馬，埼玉4県の衛生課長と警察医，軍医部長その他関係者による衛生主任者協議会を開催し，管下の壮丁トラホーム予防事務協議事項，すなわち，軍と県との連絡を取りトラホーム予防救治の実行を図ることが議論された[24]。

また，福井県今立郡では徴兵検査時の健康診断の成績を向上するために，1908年より郡の事業として今立医師会が壮丁予診を行った。1916年の2月の予診では，眼科担当，花柳病及び結核科担当の医師がそれぞれ2名ずつ立ち会い，郡書記，巡査部長が予診の現場に出張した。成績は，受検者数346名，体格甲種と認められた者251名，乙種83名，丁種3名，又トラホーム27名，疑似トラホーム5名，結膜カタル51名，肺尖カタル3名，花柳病1名，近視3名，片側失明1名，その他結核等11名であった。この予診で発見された患者に対して，2月16日から4月16日までの間，指定の病院で強制的に無料で施療するよう決められていた[25]。

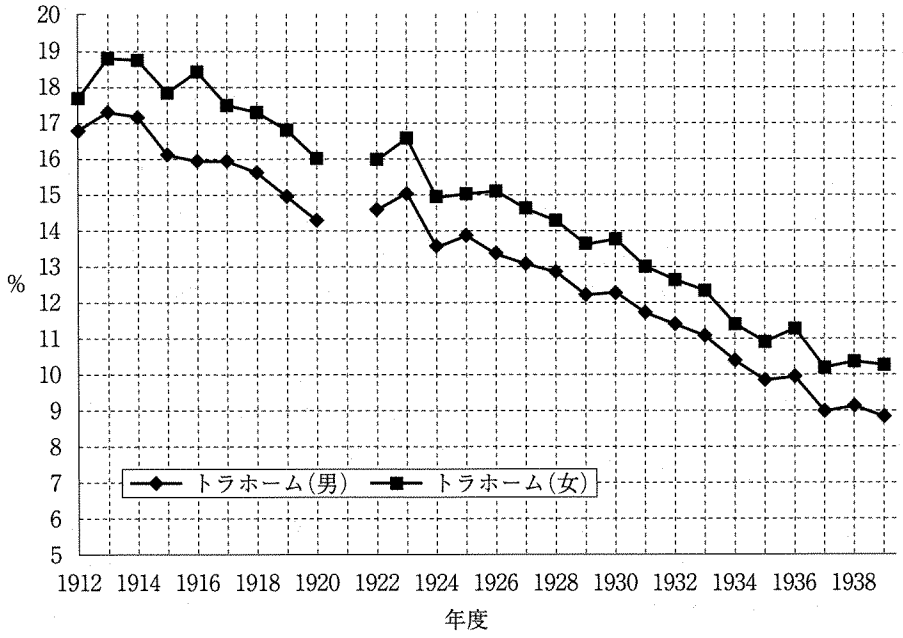
以上のように，陸軍師団とその管区の衛生課，警察医，医師会などがトラホーム罹患者を減らすための対策を推進した一方で，徴兵検査時のトラホーム罹患者のなかには，徴兵忌避を目的として敢えて治療しない者も現れた。トラホームを理由に徴兵忌避をはかっているという風説が流れた徳島県では郡市に対して，「罹病者に対しては期日迄に充分治療を」加へてこれまで同様「検査上不成績に陥ら」ないよう特に措置することを通牒した[26]。伝染病を理由とした徴兵忌避は一地方に限った問題ではなかった。陸軍大臣は先の訓示のなかでも徴兵忌避について触れ，トラホーム及花柳病のため「壮丁の徴募に応じ能はざる者多数あり如斯は国防上甚だ可憂ことに属す，而して壮丁検査に当り詐病を為す者あるを見る。是等の如きは国家的観念の薄弱なる結果に

外ならず」[27]，と「詐病」による徴兵忌避を打開するために，地方長官に対して予防の徹底と精神的訓育の強化を求めた。

② 学齢児童のトラホーム罹患率

学童のトラホーム罹患率を，『日本帝国文部省年報』（『日本帝国文部省年報』の学童トラホーム調査の記載は，1912年度～1939年度まで。以下『文部省年報』とする）のデータによって示したものが＜グラフ２＞である。＜グラフ２＞からわかるように，徴兵トラホームの患者比率と同様，1910年代は減少傾向にある。

グラフ２　公立私立小学校トラホーム罹患児童数



出所）『文部省年報』より作成。なお，『文部省年報』には1921年度のデータはない。

1912年度以前の学童のトラホームに限ったデータは『文部省年報』にはなく，トラホームも含めた眼疾者，かつ公立私立諸学校生徒を含めたデータとして，1908年度から1911年度までの「公立私立諸学校生徒及児童疾病百分率」がある。参考のため眼疾罹患率を掲げれば，1908年度－20.5%（男）・22.5%（女），1909年度－21.6%（男）・23.6%（女），1910年度－21.5%（男）・23.8%（女），1911年度－20.3%（男）・23.0%（女）であった。さらに，文部省が把握していた1908年以前の状況は，『文部省年報』の「学校衛生」の項にあるので，それに依ってトラホーム罹患の傾向を補いたい。

『文部省年報』で報告されたトラホームの状況の初見は，1900年度の第28年報からである。それに依れば，1900年以降，文部省が把握していたトラホームの状況は以下のようであった。

1900年度の状況は，「地方ニ依リテハ赤痢，トラホームノ如キハ未タ其ノ跡ヲ絶タス往々生徒又ハ児童ノ之ニ侵サル、モノアルノ状」[28]であった。1901年度は，「二三ノ地方ニ在リテハ前年

度ト同シク赤痢『トラホーム』ノ如キハ未タ其ノ跡ヲ絶タサルノ状アリ」[29]となり，1902年度は，「『トラホーム』ノ如キハ予防ノ周密ナルニ拘ラス地方ニ依リテハ蔓延ノ傾向アリ」[30]と，トラホーム患者の増加傾向を指摘した。1904年度，「地方ニ依リテハ『トラホーム』又ハ赤痢病ノ如キ未タ其流行ノ跡ヲ絶ツニ至ラスシテ生徒又ハ児童ノ之ニ侵サレシ者アルヲ認」[31]め，1905年度の状況が，「『トラホーム』ノ如キハ何レノ地ヲ問ハス之カ予防ニ尽力スト雖未タ其ノ流行ノ跡ヲ絶ツニ至ラサルハ最モ遺憾トスル所ナリ」[32]と，深刻な状況にあることを報告した。1906年度の報告では，「『トラホーム』流行ニ就キテハ訓令又ハ告諭ヲ発シテ鋭意之カ予防及治療ノ施行ニ努メ」[33]ているとして，文部省がトラホームの蔓延状況の打開を図っていることを報告している。

以上の報告から具体的な罹患率を知ることができない。しかし，1900年代にトラホームが学童の間で蔓延し，拡大していったことがわかる。ただし，学校医の設置によって，トラホーム患者を発見できるようになったことから，『文部省年報』の記述以上にトラホームが蔓延していたと思われる。

1916年，全国の学齢児童のトラホーム罹患率は依然として高い水準にあった。高田文相は，地方長官会議で次のように述べた。

> 就学児童の中にトラホーム罹病者の多数なるは夙に各官の了知せらるゝ処。本病の予防撲滅に関しては一層の施設に注意を要す。斯病の如きは其の予防法の適確なるを以て毎に校医を督励して長するの後迄も病根を胎すことなきを期すべし[34]

このように，高田は学齢児童の間で蔓延しているトラホームの予防撲滅を学校医に期待したのであった。

さて，トラホームを予防撲滅するためには，「児童の身体衣服特に手指，顔面，頭髪等の清潔保持を基礎条件として家庭生活に於ける伝染媒介の除去之に次ぐ学校に於て学校医の治療手段の外常に児童の身体の清潔保持の施設に対し一層の注意を払は」[35]なければならない。伝染を防ぐための一定の清潔状態や栄養状態は，いずれも家庭の経済的環境によって規定される。また予防対策は，「学校医，学校長及び二三の関係者（区，町長の衛生係，即ちトラホーム予防係，学務委員或は眼科医等）を委員として，学校トラホームの予防及び之に関係したる家庭と呼応して予防の方法を講ずることも必要である，云ふまでもなく家庭を無視したる学校衛生は不完全」[36]であった。

したがって，学童の健康問題を論ずる際に，欠くことのできない視点として，家庭の生活状態（特に親の職業と経済的状況）と学童の健康状態がどのような関係にあったのかという課題が設定されなければならない。

次項では，「トラホーム」の全国的状況を把握した上で，家庭の生活状態とトラホームの関係を検討したい。

(2) 学齢児童のトラホーム罹患率とその親の階層

伝染病の蔓延の状況と学校と家庭の関係は，1910年前後の医師達の調査によれば以下のようであった。

> 下層社会の児童にとりては学校は美はしき楽天地ならん，されど中流社会以上の家庭に成長せし児童にとりては学校は一種の塵埃函中に入るが如く又伝染病毒の培地に入るに異ならず，不潔より誘発さるる疾病は下層社会に多く学校は是等伝染病の媒介所たる観を呈す，殊に児童相互間の親密なる交際，遊戯，食事の際等に此の危険一層加はることあり，急性小児

伝染病たる「ジフテリー」，麻疹，百日咳，猩紅熱，水瘡等の如き或は慢性伝染病たる結核，トラホーム等が先づ学校に於て学童に伝染し，其児童より家庭に運び込まれ弟妹其他の家族に感染せしむる例は頗る多く為めに心ある家庭をして学校を呪詛せしむるに至らしむ，或は不潔なる機会に際会して消化器伝染病を伝播するあり通学せしむるに至れば此の危険に曝露するものと思はざるべからず[37]

不潔な下層社会に伝染病の巣があり，その下層社会の児童が通う学校が伝染病の「媒介所」となっているとの指摘である。

以下では，まず学童トラホームの罹患状態と家族の関係を具体的にみることにする。

①　トラホームの家庭的関係

医師丸尾七郎[38]は，1912年１月，静岡県不二見村全998戸について調査[39]した。

彼の調査によれば，トラホーム患者のいる家庭といない家庭の割合[40]は，患者のいる家庭が48.0%（470戸）患者のいない家庭が52.0%（528戸）であった。トラホームを有する家庭が半数近くにのぼった。

次に，子どもと家族のトラホーム罹患率をみる。まず，親子間におけるトラホームの関係(913組）は以下の通りであった。

親に有り子に有る者が71（7.8%）
親に有り子に無き者が71（7.8%）
親に無く子に有る者が246（26.9%）
親に無く子に無き者が525（57.5%）

家庭内の祖父母と孫におけるトラホームの関係（250組）は以下の通りであった。

①　祖父母に有り孫にある者　　25（10.0%）
②　祖父母に有り孫に無き者　　17（6.8%）
③　祖父母に無く孫に有る者　　73（29.2%）
④　祖父母に無く孫に無き者　　135（54.0%）

①と②，③より，丸尾は，祖父母が孫に感染の機会をつくる事が多く，そのことが一つの感染経路を形成し，従ってトラホームに罹患する者が多くなっていることを知るべきだ[41]と指摘している。当時の家族形態が，その家庭内で祖父母から孫へというトラホームの伝染経路の一つを形成していた。

家庭における学童の有無とトラホームの関係は以下の通りであった。

・学童を有する家庭（529）
内　トラホームを有する家庭　　284（53.6%）
　　トラホーム無き家庭　　245（46.4%）
・学童無き家庭（258）
内　トラホームを有する家庭　　87（33.8%）
　　トラホーム無き家庭　　171（66.2%）

「学童を有する家庭」において，その総家庭数の過半数がトラホームを有し，「学童無き家庭」において，「トラホームを有する家庭」はその総家庭数の約３分の１であった。よって，「学童を有する家庭」にトラホームが多く，「学童無き家庭」にトラホームが少なかった。それでは，学童を有する家庭（529）にトラホームが多いとすれば，トラホームは学童に多いのか，それと

も，学童以外の家族に多いのか。

家庭にトラホーム有り学童に無き者　132（24.9%）
家庭にトラホーム無く学童に有る者　75（14.2%）
家庭にトラホーム有り学童に有る者　77（14.6%）
家庭にトラホーム無く学童に無き者　245（46.3%）
学童中有る者　152（28.5%）
無き者　377（71.5%）
家族中有る者　209（39.5%）
無き者　320（60.5%）

学童の有無によるトラホームの家庭別では，学童にトラホームを有する家庭よりも，学童以外の家族にトラホームを有する家庭の方が多かった。

以上の諸結果を整理すると，次のようになる。

親子間におけるトラホーム関係は，親にトラホーム無き者においてはその学童にも無い者の方が多く（無525対有246），親にトラホーム有る者においてはその学童に有る者と無き者は同数であった。

祖父母と孫の間におけるトラホーム関係は，祖父母にトラホーム無き者においては，その孫に無き者の方が多く（135対73），祖父母にトラホーム有る者においては，その孫にトラホーム有る者の方が多かった（25対17）。

学童を有する家庭と有せざる家庭では，どちらにトラホームが多いかを比較すれば，学童を有する家庭の方がトラホームが多かった（53%対33%）。

学童を有する家庭にトラホームが多いのであれば，そのトラホームは学童に多いのか家庭に多いのかを調査した結果，学童以外の家族に多い家庭の方が多かった。

したがって，以上の丸尾の調査では，トラホームは学校ならびに家庭の両者に関係する伝染病であるということがわかった。

② 学齢児童トラホームと親の職業との関係

学童のトラホームが家庭に関係しているのであれば，その家庭がどのような生活状況にあったのかを，当時のトラホーム罹患児童と親の職業との関係の調査をもとに検討してみたい。

医師栗木は，名古屋市の学童トラホームとその家庭の生活程度を調査した（栗木菊次郎「我邦ニ於ケル児童『トラホーム』ト生活程度トノ関係ニ就テ」『好生館医事研究会雑誌』第18巻，第1号，1911年1月）。栗木が名古屋市各区役所納税簿に基づき5等に区別した結果は，以下の通りであった。

	検診人数	トラホーム罹患人数	トラホーム百分率
A	2770	735	26.5
B	203	48	23.6
C	118	31	26.3
D	149	28	18.8
E	342	47	13.7

注）A…市税年額2円10銭以下の者（人力車夫は同額を納める）
B…同A以上5円30銭以下の者

C…同５円30銭以上８円30銭以下の者
D…同８円30銭以上，所得税を納める者
E…所得税を納める者
出向)「我邦ニ於ケル児童『トラホーム』ト生活程度トノ関係ニ就テ」(『好生館医事研究会雑誌』第18巻，第１号，1911年１月，p.87）より作成。

市税年額８円30銭以下の者にトラホーム罹患者多く，高額所得者に罹患者が少ないことが分かる。

栗木は，学童のトラホーム罹患率をその親の職業に分けて整理した。それの依ると，労働が33.7%と最も多く，次いで農業の30.8%，雑業の24.3%，工業の24.2%，商業の23.2%，無職の19.5%，産業の13.3%，最後に吏員の7.4%という順になった。

医師安西は，1912年４月・1913年４月，下関市内全小学校・尋常小学校６校，高等尋常小学校１校の調査(「学童トラホーム」『国家医学会雑誌』第317号，1913年７月20日。）を行い，上記の２つの調査の職業区分を，下関市役所が全市民対象に行った各戸収入調査（県税戸数割等級より１等から40等の40級に区分）に基づいて，学童トラホームと親の職業を上記の調査よりもさらに細分化した。それは以下の通り。

第１類　官公吏及びこれに準ずる者
（検査人数759内トラホーム及疑似症患者93＝12.2%）
医師，歯科医師，軍人軍属，僧侶，教員，官吏（巡査を含む），公吏，公証人，弁護士，会社銀行員，新聞記者，店員，代書人，通弁。

第２類　雑業
（検査人数247内トラホーム及疑似症患者50＝19.5%）
物品問屋，四十物商，船問屋，運送及海運業，陸軍用達，請負業，仲買業，相場師，貸家業，金貸及質屋業，周旋業，組立業，工業主，精米所主，活版業主，鉱山業。

第３類　大商人
（検査人数220内トラホーム及疑似症患者32＝14.5%）
呉服太物，衡器，自転車，陶器，硝子，時計，材木，竹材，石材，船具，紙，金物，氷卸，雑貨，石炭，貿易，肥料，西洋家具，書籍雑誌，新聞読売。

第４類　小商人
（検査人数1047内トラホーム及疑似症患者300＝28.6%）
第３類以外の小商業。

第５類　警察取締営業
（検査人数269内トラホーム及疑似症患者47＝17.5%）
旅人宿，下宿，料理店，洋食店，飲食店，湯屋，雇人口入業，理髪，女髪結，仲居，芸妓置屋，貸席，遊芸稼人。

第６類　海及漁業
（検査人数586内トラホーム及疑似症患者179＝30.6%）
漁業，魚商，水先案内，海員，船乗，渡船，沖売。

第７類　農業
（検査人数139内トラホーム及疑似症患者45＝32.4%）

第８類　座職工

（検査人数284内トラホーム及疑似症患者73＝25.7%）

桶職，畳職，鍍金，箱製造，彫刻，下駄職，研手，三味線製造，鍼力，ペンキ塗，洗張，綿打，経木真田編，網スキ，靴工，画工，製本，表具屋，洋服和服仕立，足袋屋，カモジ，染物，紋屋，傘提燈，団扇工，竹細工籠屋。

第９類　立職工

（検査人数467内トラホーム及疑似症患者121＝25.9%）

大工，船大工，轆轤工，木挽，枌工，左官，手伝，石工，煉瓦工，鍛冶及機関手，植木，工夫その他の職工。

第10類　労働者

（検査人数821内トラホーム及疑似症患者240＝29.2%）

人力車夫，仲仕，日雇，馬丁，荷馬車挽，集塵夫，下水掃除夫，伝便，新聞配達，郵便集配夫，駅夫，使丁，夜警，灰及紙屑買，諸行商人，占，能楽師，鉄道赤帽，風呂焚。

第11類　無業

（検査人数170内トラホーム及疑似症患者47＝27.7%）[42]

この安西の調査を，トラホーム及び疑似症患者数の割合の少ない順に並び替えると以下の通りとなる。

①第１類・官公吏及びこれに準ずる者＝12.2%，②第３類・大商人＝14.5%，③第５類・警察取締営業＝17.5%，④第２類・雑業＝19.5%，⑤第８類・座職工＝25.7%，⑥第９類・立職工＝25.9%，⑦第11類・無業＝27.7%，⑧第４類・小商人＝28.6%，⑨第10類・労働者＝29.2%，⑩第６類・海及漁業＝30.6%，⑪第７類・農業＝32.4%

罹患率の最も高い職業は農業，次いで漁業，労働者という順であった。

上記のいずれの調査も，農業，漁業，労働者などの罹患率が高いという結果が出た。

また，安西は，新入学童の罹患率が他の学年の学童よりも高い傾向にあることを指摘し＜表２・３・４＞，新入の学童は学校での伝染の可能性がないことより，家庭において感染したのは間違いなく，トラホームが「学校病ニ非スシテ家庭病」であることを理解すべきだとした[43]。先の丸尾の調査が，トラホームは，学校ならびに家庭の両者に関係する伝染病としたのに対して，安西は，学校での感染も考慮に入れつつ根本的には家庭にトラホームの蔓延の原因があると結論づけた。

表２　学童トラホーム学年別表（下関全市尋常小学校）

	1912年４月検査			1913年４月検査		
	患者百分率	検査人員	患者数	患者百分率	検査人員	患者数
１学年	31.1	877	273	26.1	1085	309
２学年	23.6	898	213	22.3	842	188
３学年	23	919	211	19.2	904	194
４学年	22.1	923	204	19.2	928	178
５学年	21.7	802	174	13.2	877	116
６学年	21.6	772	167	11.8	771	91
高等１学年	18.2	450	82	16.2	517	84
高等２学年	19.5	390	74	19.8	353	70

出所）安西茂太郎「学童トラホーム」（『国会医学会雑誌』第317号、1913年８月、p.449）より転載。

表3　学童トラホーム年齢別（下関全市尋常小学校）

1913年4月調査			
	患者百分率	検査人員	患者数
7歳	22.3	1044	233
8歳	19.3	822	161
9歳	18.6	867	161
10歳	16.4	894	147
11歳	14.6	888	130
12歳	11.8	786	93
13歳	15.3	163	25

注）年齢7歳とは1913年4月において満6年1ヶ月より満7年に至る者。
出所）安西茂太郎「学童トラホーム」（『国会医学会雑誌』第317号，1913年8月，p.449）より転載。

表4　下関市小学校トラホームの学年別治癒成績表（1912年度）

	患者数	治癒数	治癒比率%
1学年	246	139	56.5
2学年	188	122	64.9
3学年	193	136	70.5
4学年	225	195	86.7
5学年	173	156	90.2
6学年	183	167	96.5
高等1年	73	70	95.5
高等2年	54	52	96.3
男	712	571	80.2
女	623	467	75.6
合計	1335	1037	77.7

出所）安西茂太郎「学童トラホーム」（『国会医学会雑誌』第317号、1913年7月，p.p.464－465）より転載。

安西は更にこの新入学童の親の収入について調査した。安西は，1913年4月，下関市の県税戸数割等級に準拠して新入学童877人の生活程度を月収により4つの階級に分け，新入児童のトラホーム患者の割合を区分した＜表5＞。＜表5＞によれば，親の階級「29円未満及日給生活者」の児童の罹患率が24%で最も多かった。

親の収入状況とその子どものトラホームの罹患率に関係があるという諸調査の結果から，当時の家族の収入とトラホームの関係について立ち入って検討することにしたい。

表5 学童トラホームと生活程度の関係（下関市小学校新入児童）

1913年4月調査							
	患者数	%	疑似患者数	%	計	%	検査人員
月収100円以上	1	3	3	9	4	12	33
100円未満50円以上	10	13	7	9	18	22	77
50円未満29円以上	19	18	7	7	26	25	104
29円未満及日給生活者	132	24	62	11	226	35	663

出所）安西茂太郎「学童トラホーム」（『国家医学会雑誌』第317号，1913年7月20日、p.451）より転載。

③ 労働者家族の生活状態と学齢児童の栄養状態

「親の階級29円未満及び日給生活者」の生活状態はどのようであったのか。以下では，学齢児童の健康状態・栄養状態を労働者家族の生計費との関係でみることにする(44)。

1912年，第6回社会政策学会で農商務省工務局長岡実は，工場の職工不足による労働力確保の問題と職工の健康破壊の関係を次のように指摘した。

> 先づ職工不足といふ現象が近頃頻りに生じて来て居る，殊に其結果としては幼少者或は不健康者までも工場で使ふといふことが始まって参って居る。といふのは如何なることかと申しますと職工が不足して居るから，例へば工場の医者が少しこれはどうも呼吸器が悪いとか，或は聴打診上稍結核性の疑があるとか，若くは目の工合がトラホームの疑があるとかいふやうな者，即ち通常ならば其工場に入れない者までも職工不足の為めに矢張り工場に入れるといふ傾が見えるのである。又職工の妹とか或は子供の如き者が，親とか姉とかいふ者が工場に這入る場合には，共に工場に来ることを欲するのである。通常の場合ならば，身体に故障ある者又はさう小さな者を連れて来ることは迷惑する，冀くは家に置いて貰ひたいといふのであるが，職工が不足して居りますから如何なる小弱な者でも其工場に併せて採用致し，小弱な者は又それぞれ出来る仕事を与へて不潔なる空気の中に此等を置くのであります。即ち品物の価は段々上って来て非常に能く売れる，然るにそれを造る職工の手が足りぬ，是に於てか職工に対して時間外に働くことをさせる，一割増し二割増し或は四割までも増す，職工の十時間働く所を十二時間とし，或は十二時間の所は十四時間働かせる，斯の如き傾向が一時よりも近時は尚ほ増して来る。職工賃銭の昂騰と共に将来の問題として起って来て居る。職工の生計には収入増加であるが同時に健康の削減である，是は将来如何にして防ぐべきか，十分研究をしなければならぬが，併し是は一言にして尽ることである。即ち工場法の施行を成るべく速かにすべしといふことに帰着する(45)。

次に，当時の社会調査，とりわけ家計調査の統計によりながら，上記のような職工の生活状態と健康状態の関連をみることにする。

岡実の先の報告の中で，1910年前後の職工の家計の標準を＜表6＞として示した。＜表6＞の支出の食料費が59%となっていることに対して，岡は「我国では収支の費額を見ると食料費は五割位といふことに居据りになって居ります」(46)と指摘した。

＜表7＞は，1916年，高野岩三郎による1カ月間の20人の職工家計調査である(47)。この調査から，支出の最大は米代で18.74%をなし，次に家賃が16.04%を占め，2つを合計すれば，34.78%となる。これは，総支出の3分の1強を占めることになる。さらに，食住の2項目を総合すれば，食が41.42%，住が17.56%で合計58.98%を成す。これに炭薪燈火費6.14%を加えると65.12%と

表6　製糸、紡織、活版、印刷、製紙等ニ従事スル職工ニシテ中位ノ収入アリ普通ノ借家ニ住スル者ノ平均収支概算

家族総人員4人（内訳　主人1、家婦1、小児又ハ老人2）					
毎月ノ収支					
収	入		支	出	
総計	21円000		総計	21円000	
内　訳		割	内　訳		割
夫所得	18円000	8.4	家賃	3円500	1.7
妻所得（手内職）	3円000		食料費	12円500	5.9
			被服費	1円000	0.5
			救済組合ノ掛金及信認積立金	0円600	
			教育費、医療費	0円300	
			雑費	3円100	1.9

出所）岡実「職工の生計状態」報告中「付録職工生計状態ニ関スル各種統計」（編集・解説中鉢正美生活古典叢書7　家計調査と生活研究』光生館，1981年，p.70）第1表より作成。

表7　東京に於ける20職工家計調査

収　入	1所帯に付き	収入総額割合（%）
所帯主	23円521	82.51
妻	2円259	7.92
子弟	2円1455	7.53
その他	0円5815	2.04
計	28円507	100.00
支　出		支出(13品目)総額割合(%)
(1)　飲食		
米類	5円226	
魚類	1円070	
肉類（鶏卵．牛乳を含）	0円480	
豆腐．煮豆．漬物類	0円667	
野菜．乾物類	1円309	
菓子．果物類	0円645	
塩．味噌．醤油．砂糖類	0円979	
煙草	0円534	
酒類	0円450	
茶．氷．サイダー類	0円182	41.42
(2)　住宅費（家賃等）	4円897	17.56
(3)　炭薪．燈火費	1円712	6.14
(4)　被服、身廻品費(蚊帳.帽子.足袋.仕立代.下駄.傘類等)	2円090	7.50
(5)　保健費		
(イ)　湯銭．理髪石鹸．紙類		
(ロ)　薬代（医師謝礼を含む）	2円278	8.17
(6)　育児費（小児小遣．学校費．玩具類）	0円919	3.29
(7)　交通費	0円703	2.52
(8)　通信費	0円134	0.48
(9)　会費．寄付金．衛生費の類	0円175	0.63
(10)　交際費	0円875	3.14
(11)　享楽費	0円362	1.30
(12)　雑費	0円738	2.65
(13)　負債費	1円451	5.20
以上計	27円878	100.00
(14)　貯蓄	3円070	
合　計	30円948	

出所）高野岩三郎「東京ニ於ケル二十職工家計調査」（編集・解説中鉢正美『生活古典叢書7家計調査と生活研究』光生館，1981年，p.p.98－100）より作成。

なる。すなわち，支出の約３分の２は生計必需費で占められる。さらに被服費，薬代その他の保健費も大きな割合を占めていた。これを算入すれば，総支出額の80.79％となる。

さて，先の岡の言う「食料費は五割位」について検討を要する。これについて，中鉢は，栄養学的必要量と1910年前後の職工の収入とエンゲル係数の関係から次のように指摘した。

中鉢は，1887年の消費者物価は総合指数で30.34，1912年では65.31であるから，実質生活水準の向上は４割以上となるが，食料費物価指数は23.99から69.59と総合指数の上昇を上回り，エンゲル係数の低下は食費支出の購買力をむしろ下げたとし，何らかの生活構造上の問題があるとした。さらに中鉢は，農商務省農務局が1909年に積算した支出総額（29円31銭）のうち，食費は20円20銭，エンゲル係数は68.9％に上っていることを用いて，20円の食費は食料費物価指数で換算すれば1887年頃の最低生活水準に近いと指摘した。彼は，「問題は，まさにエンゲル係数七五㌫という生活構造を維持してもなお栄養学的基準に達しない所得水準のもとで，あえて五〇㌫の生活構造をえらぶことなくしては，当時の工場労働者としての地位を築くことができなくなったというところにある」と指摘した[48]。

栄養学的基準に達しない所得水準とは一体どのような水準だったのか。

森本厚吉の「日米『最小生活費』論」[49]によれば，当時の日本人が１日労働するために必要とする栄養は，蛋白質が96ｇ，脂肪が20ｇ，炭水化物が450ｇ，総熱量2400カロリーであった。これは，内務省衛生局調査と同一の栄養学的必要量である。これを，東京市の小売価格に対照して１人１日分の最小食費を算出すると，衛生局標準食物では，1914年－36.5銭となる。森本自身の料理の研究から栄養を落とさずに算出した食費は，30.5銭まで下げることができた。また，最小生存食費を11.0銭と推算した。さらに最小生活食費を28.0銭とした。最小生活食費は，1916年－28.0銭，1918年－54.0銭と騰貴した。1918年の東京市の一家の食費を算出すれば，家族が大人２人に子供３人（大人に換算して1.3人）と仮定した場合3.3人となり，その１日の食費が約１円78銭となる。食費，被服費，住居費，その他を含めた，東京市の１家族１年間の最小生活費として算出したものが＜表８＞である。さらに，東京市の貧富所得標準に照らして，国民所得標準と戸数を示せば＜表９＞となる。これらの計算から，1918年現在，現在戸数は全部で970万戸で，貧民は98.4％の多数を占めた[50]。

表８　最小生活費（東京市１家族１年間）

費　　目		1914年		1916年	1918年
		百分率	金額（円）	金額（円）	金額（円）
食費	生存の標準	65	132	117	254
	生活の標準	35	336	299	647
被服費	生存の標準	6	12	15	27
	生活の標準	10	96	117	220
住居費	生存の標準	12	24	27	55
	生活の標準	17	168	186	385
その他	生存の標準	17	36	40	82
	生活の標準	38	360	399	824
合計	生存の標準	100	200	199	419
	生活の標準	100	960	1001	2076

出所）森本厚吉「日米『最小生活費』論」（編集・解説中鉢正美『生活古典叢書７　家計調査と生活研究』光生館，1981年，p.163）より転載。

表9　貧富の所得標準（東京市）

	1915年1戸の所得	1918年1戸の所得	現在戸数	総戸数に対する百分率
貧民　下	200円以下	550円以下	9007856	92.7
上	200－700	550－1000	556770	5.7
中流　下	700－1200	1000－2000	102663	1.0
上	1200－1800	2000－3000	25506	0.3
富者　下	1800－2500	3000－5000	16312	0.2
中	－	5000－20000	10517	0.1
上	2500以上	20000以上	812	微

出所）森本厚吉「日米『最小生活費』論」（編集・解説中鉢正美『生活古典叢書7　家計調査と生活研究』光生館，1981年，p.163）より転載。

表10　1日の接種カロリーと食費

家計主の職業	1日1家族の	1家1日	1日分収入に	成人男子	蛋白質量(g)	蛋白質量(%)
(1)　収入1円以下	総収入（円）	の食費	対する百分率	1日の熱量	成人1人1日	動物性蛋白質
雑巾刺	0.166	0.114	68.3	2374	84	－
紙袋張り	0.373	0.147	39.4	2209	76	3.4
車夫	0.778	0.515	66.1	1888	70	16.9
玩具工	0.827	0.582	70.4	2299	82	5.5
人夫	0.847	0.596	70.3	3161	131	22.7
人夫	0.906	0.985	－	2487	79	7.7
車夫	0.829	0.930	－	2360	89	1.8
毀屋	0.918	0.572	62.3	2214	78	4.0
平均	0.706	0.555	78.6	2374	87	
(2)　収入1円以上						
団扇張	1.063	0.471	44.3	1678	75	7.0
人夫	1.150	0.833	72.4	2702	103	13.6
製本	1.147	0.773	67.4	2663	79	12.7
人夫頭	1.623	0.832	51.2	2027	87	28.2
人夫	1.685	0.986	58.5	2685	104	1.9
平均	1.334	0.779	58.3	2351	89.6	

出所）暉峻義等「二三の社会的問題の医学的観察（下）」（『国家医学雑誌』第388号，1919年5月，p.234）より作成。

医師暉峻義等は，1918年，警視庁保健衛生調査室の担当者と共に東京本所と深川の下層民を調査した際，栄養摂取についても調査している＜表10＞。暉峻の調査では，熱量において2000カロリー，蛋白質においては60gを標準とした。年齢と摂取カロリー及びその価格の関係を示したのが＜表11＞である。シカゴの養育院の規定と大きな差がある。カロリーについて言えば，成人男子を比較すると1200カロリーの差があり，順次大きな差異がある。

これらの調査によって，暉峻は，下級労働者階級は，罹患率，死亡率が他の階級に比べて高いとし，特に幼児の死亡数，疾病数の多さに注目し，その理由を，住居，職業，食物など生活上の要件において不適当な状態にあると指摘した。さらに下級労働者自身の栄養状態はそう大して悪くないが，特に発育盛の青年，発育期にある者は明らかに栄養不足に遭遇し大いに顧慮する必要

各年齢層の摂取カロリー

	1918年			1916年
	職業	1日分食物価（カロリー）	1日分食費（円）	米国シカゴ養育院の1日分カロリー
成人男子	労働者	2363	0.227	3600
同上女子	家婦	1890	0.182	2600
15歳男子	工場又は戸外	1890	0.182	2800
同上女子	工場又は商店	1454	0.159	2400
13歳男子				2400
同上女子				2300
11歳男子				
同上女子		1419	0.136	2100
9歳男子				1900
同上女子				1800
7歳男子				1650
同上女子		1182	0.113	1600
5歳男子				1500
同上女子				1450
3歳幼児		945	0.098	1300
2歳幼児				1200
1歳幼児		709	0.068	1000

出所）暉峻義等「二三の社会的問題の医学的観察（下）」(『国家医学雑誌』第388号，1919年5月，p.p.337－338）より作成。

があることを指摘した。カロリーと食費については，1円以下の日収のもの8家族の平均食費は55.5銭であり，大人1日の食費を算出すれば19.1銭となる。それから得る熱量は2374カロリーであり，蛋白質は85g得られることになると算出した[51]。先の森本の1人1日分の最小生活食費1918年の54.0銭と比較すれば，暉峻の算出した食費55.5銭はそれにほぼ一致する。

以上のように，職工の生活状態は栄養学的にみて決して充分ではなかった。暉峻の調査は，さらにその子どもたちが栄養不足に遭遇していたことを明らかにした。

暉峻は，この調査報告の中で，子供の栄養問題の深刻な状況について次のように強調していたことは重要である。

> 労銀の過少にしましても，職業の見つからないものにしましても，其他家族の過多にしましても，それらの凡ては家計主は勿論，其家族全体の「食ふ」問題に関係して来るのであります，食ふ問題は即ち栄養問題になるのであります。栄養問題は労働意志の強弱と云ふことや，労働能率に関係いたしますることは勿論，特に重大な問題として吾々の眼に映じますのは，これらの家庭の乳幼児並児童，これからどんどん立派な発育を遂けて，家庭，社会，国家を支へて行かなければならない重要な地位にある子供の栄養問題であるのであります[52]。

さて，次に住環境について触れておきたい。1910年前後の工場労働者の住居は，長屋平家建，家賃3－5円のあわせて6－10畳の2部屋に住む世帯が，約7割を占め一般的な状況であった[53]。1910年代後半には，家賃は6－8円（細民世帯4－6円），住居は4－10戸建平家長屋が多く，8－10戸建長屋では畳数1人1.25畳，トタン張り，土台が無く，地面に直接たてられ，室内

は暗く，便所，炊事場とも20世帯ほどの共用であり，この種の長屋は工場街に集中していた[54]。

暉峻は，1918年当時の住環境とトラホームの関係について，次のように述べている。

> 眼病の多数なるは，住民や身体の不潔なことによることは勿論でありますが，彼等の多数は狭き光線の不足なる三畳の室内に於て焚火をして暖をとり，或は炊事用を弁じていますので，食事時に細民長屋に行くものは煙のために苦しめられることは，吾々の屢々経験することでありまして，彼等は絶えず塵埃と煙のなかに眼を用ひているのであります。即ちこれには余程，住居の施設及其構造が関係していると存じます。(眼病の一注三井) 六十六例中「トラホーム」は二十一例でありますが，これは一部分は専門家たる古瀬学士（庸）の厚意によって診断されたのでありますが，同学士の診断を経ない眼患者がありますので，綿密に検査しましたなら，もっと多くなることであります，少くとも眼患者の半数以上は「トラホーム」患者と見て誤はないのであります[55]。

医師安西茂太郎は，1910年代初頭，既にトラホーム患者の住環境について以下のように指摘していた。

> 蓋シ最下級ノ者ハ人家櫛比ノ採光換気共ニ不良ニシテ炊事ノ煙煤ハ室内ニ瀰漫スル陋屋ニ起臥シ，生活ノ許サザルタメ入浴ヲ怠リ，従テ身体衣服居室何レモ不潔ニ流レ，且其被服調度ハ多クハ全家族之ヲ共用シ，教育ノ普及セサル結果トシテ衛生ノ何者タルヲ解セス，従テ本病ノ懼ルベキ伝染病ナルヲ知ラス，亦罹病スルモ容易ニ医治ヲ需メス，徒ニ病毒ノ伝搬蔓延ニ委シテ毫モ顧ミザルカ如キ状況ニ在ル者多キニ因由スルモノナラン[56]

当時の「最下級ノ者」の生活環境，すなわち「身体衣服居室何レモ不潔」であったことを考慮に入れれば，次のような指摘は当時一般的であったろう。

> 元来トラホームは下層労働者，貧民等に多発するを以て，此の予防法（1919年，トラホーム予防法一注三井）は直ちに以て生活問題との交渉を生ずるにより，特に深甚の注意を払はざるべからざるなり。…
>
> 余はトラホーム治療に対する注意は，治療の方法よりも，寧ろ患者の治療時間及び治療費の問題なりと思ふ，されば労働者等には成るべく一定の時間を限りて通院の便利を計り，且つ治療費の嵩さまざるよう取計らうべく，殊に都合よきは均一制（薬価治療費等を合して毎日何程）なるべし，此等の方法に於ては世上幾多の方法に乏しからざるべきも，要するに下層社会に於て彼等の労働に差支へなく，且つ低廉なる料金を以て治療し得る方法を考究するにあり[57]。

トラホーム治療に費用がかかり，かつ治療日数が長期に渡ることから，途中で治療を受けない患者が度々現れた[58]。参考までに，治療回数は，下関市の小学校で行われた学童トラホーム治療（1911年度）の治療成績によれば，治療者の要した１人平均加療回数は19.8回であった。その内，治癒の比率は治療中止者を除くと79.9%で，費用は１人１回１銭２厘弱（内薬代平均１厘８毛弱）であった。1912年度は男35.4回，女40.0回であった。1919年に成立したトラホーム予防法の帝国議会委員会審議において，治療費の低廉化と強制的治療の可否が問題となったことは，トラホーム患者に下層労働者が多く，生活困難な状況の中で治療を継続的に受けることができない実態にあったからである。また，既述の通り生活困難な層は，保健医療費，被服費などが生計費を圧迫していたことなどから，「身体衣服居室何レモ不潔ニ流レ，且其被服調度ハ多クハ全家族之ヲ共用」しなければならないような状態にあった。つまり，トラホームの予防・撲滅は，生活状態の改善によらなければ困難であったことを示している。

1919年に成立したトラホーム予防法では，どのような費用負担になっていたのか。トラホーム予防法は「検診」の費用を道府県の負担とし（第４条），都道府県が支出する予防及び治療の費用に対しては６分の１を国庫で補助するとした（第７条）[59]。さらに，内務省令第13号「『トラホーム』予防法施行規則」（1919年８月23日）の第３条で，トラホーム予防法第６条の規定に依り，道府県が市町村に対して行う補助の割合は，治療に関する費用は支出額の４分の１以上，予防に関する費用は支出額の６分の１以上とした。但し市町村の支出額30円未満のときは補助しないことがあるとした。この支出額とは事業に伴う収入又は寄付金の額を控除した支出精算額のことを指す[60]。

治療費に対する国庫補助の割合の低さは，結局，道府県，市町村に費用を負担させるだけでなく医師と患者に治療費を負担させることになる。トラホーム治療費は，「貧民患者治療費ガ一人ニ付平均一日五銭，治療日数平均三十五日，此治療費一人平均一円七十五銭位ノモノデアリマス」[61]と試算されていた。しかし，予防法施行以後，患者の実際の点眼料は，各地の医師会の規定によって高低はあったが，「一回に付金二十銭乃至三十銭」で，「家族の一人が『トラホーム』であるために，一ヶ月六円乃至九円を支出することは一勿論医師にとっては極めて正当な報酬であるけれども一可なり重い負担」であった[62]。こうした高い治療費の負担は，既述の労働者の状態からみれば収入の低い者の治療の中断を余儀なくさせるに充分であった。

2　校内治療をめぐる諸問題

(1)　1908年文部省通牒による校内治療の開始と学校医制度の関係

文部省は，就学奨励による国民教育の普及（就学率の向上）を目指す一方で，学校がトラホームの媒介となったことへの対応を迫られた。

学校医の職務規程第４条は，学校医の職務を次のように限定した。

> 学校医ハ学校視察ノ際疾病ニ罹レル生徒ヲ発見シタルトキハ其病症ニ依リ欠課休学又ハ療治ヲ為サシムヘキコトヲ学校長ニ申告スヘシ[63]

学校医の職務は患者の発見と予防に限られ，校内治療を認めていなかった。この規程の特徴は，学校医はあくまでも視察，調査，予防の為の措置はするが，診察治療行為はしないという点にあった。この規程の草案にあたった三島通良（草案作成当時学校衛生主事）も，学校医は療病上の事に関係すべきではないとし，その診察治療を認めなかった。

例えばそれは富山県と文部省のやりとりからもはっきりしている。

> 明治三十一年勅令第二号学校医設置ニ関スル疑義（明治三十一年三月二日　内三発第六六号富山県照会）
>
> 本年勅令第二号ヲ以テ学校医設置方公布相成候処左ノ件々御省議承知致度候間折返シ電報ヲ以テ御報相成度此段及照会候也
>
> 第一　…
>
> 第五　本県尋常師範学校ニ於テハ従来生徒ノ疾病ニ係ル者アルトキ之ヲ診察施療セシメン為学校経費中ヨリ手当ヲ支出シ医師ヲ雇ヒ置ケリ就テハ本年御省令第六号学校医職務規程中右等ノ事務ニ関スル事項ナシト雖トモ学校医ヲ設ケタルトキハ右等ノ事務モ併セテ之ヲ診察取扱ハシメ差支ナキヤ尤差支ナシトスルトキハ其手当ノ如キハ之ニ相当スル額ヲ支給スルハ勿論ノ義ニ有之候[64]

富山県の照会を受けて，普通学務局が各地方庁へ出した通牒は次のようである。

右普通学務局回答（各地方庁へ通牒　明治三十一年三月二十六日　戌普甲四二〇号）

本月二日内三発第六六号ヲ以テ学校医設置ニ関スル件御照会ノ趣了承右ハ左記ノ各項ニテ御承知相成度此段及御回答候也

第一　…

第五　職務外ニ診察治療セシムルハ差支ナシ其手当ヲ要スルトキハ別ニ支給スル義ト御承知相成タシ[65]

この通牒では，職務中の診察治療を禁じている。

しかし，トラホーム罹患率の高い地域では，文部省令第20号「学校伝染病予防及消毒方法」（1898年９月28日）第３条（伝染性眼炎に「罹リタル職員生徒等ハ其病況ニ依リ医師ニ於テ適当ノ処置ヲ施シ伝染ノ虞ナキコトヲ証明シタルモノニアラサレハ昇校スルコトヲ得ス」）の出席停止規定をその通り実施すれば，授業が成立しない状況へと事態は進展していた。授業を成立させたいが，一方でトラホームの蔓延を防ぐ必要がある，就学率を向上させたいが，伝染病は防ぎたい，という状況が生まれた。授業を成立させながら，トラホームも治していく，就学率を向上させながら，伝染病を防ぐ方法をどのように解決したのか。そこから出てきたのが，独自に府県や市町村が行っていたトラホーム予防対策のための校内治療であった[66]。

各地方が独自に行っていた学童のトラホーム治療に対して文部省が下した判断は，以下のようである。

徳島県は，学童のトラホーム治療に対して文部省に回答を求めた。

学校ニ於ケル「トラホーム」患者治療上学校医ヨリ点眼ニ関スル技術練習職員点眼差支ナシ（明治四十年十二月十四日内学第一一三〇号ノ一四　徳島県照会）

学校点眼ニ就テハ往々医師規則違反等ノ議論アリト雖モ先年来之レカ実施ノ結果ニ由レハ其功果ハ鮮少ナラスト相認ムルヲ以テ以後益之レヲ奨励シ彼ノ頑固ニシテ実ニ恐ルヘキ疾病ヲ根絶センコトヲ期シ度就テハ大要別紙本県師範学校付属小学校ニ於ケル施設ノ如キモノヲ一般ニ実施セシメ度思考候得共為念右ニ関シ御意見ノ在ル処ヲ承知致シ置度候間何分ノ御回報相成度此段及御照会候也（施設方法略）[67]

この徳島県の照会に対して、文部次官は医師の業務との関係で問題がないかを内務次官に以下のように照会した。

右ニ付内務次官へ文部次官照会（明治四十一年二月十二日　未徳文一〇号）

学校ニ於ケルトラホーム予防及治療法ニ関シ別紙ノ通徳島県ヨリ照会有之候処当省ニ於テモ其予防及撲滅ノ方法等ニ関シテハ種々攻究中ニ有之候得共点眼ニ就テハ同県ノ規定セル如ク其方法ヲ練習シタル学校職員ヲシテ学校医ノ指揮ノ下ニ之ヲ施行セシムル儀ハ差支無之ト存ラレ候得共医師ノ業務ト関係上一応御意見承知致度候条何分ノ御回報煩度此段及照会候也[68]

これに対する内務次官の回答は以下のようである。

右内務次官回答（明治四十一年二月二十六日　文甲第五号）

本月十二日付申徳文一〇号ヲ以テ学校ニ於ケル『トラホーム』予防及治療ニ関スル件ニ付御照会ノ処右ハ大体ニ於テ差支無之ト認メ候条御諒承相成度此段及回答候也

追テ客年十二月十四日付徳島県知事ヨリ同文ノ照会有之本文趣旨ヲ以テ回答致置候条為念申添候也[69]

内務次官が「大体ニ於テ差支無之」と回答したことを受けて，文部次官は各地方長官へ以下の

ように通牒した。

右普通学務局回答（明治四十一年三月六日　申官文六号　各地方官へ文部次官通牒）
客年十二月十四日内学第一一三〇号ノ一四ヲ以テ学校ニ於ケル「トラホーム」患者点眼ノ件御照会相成候処右ハ御規定ノ如ク学校医ヨリ其技術ヲ練習セル一定ノ職員ヲシテ学校医ノ指揮ノ下ニ点眼ニ従事セシムル儀ハ差支無之ト存候内務省ト打合ノ上此段及回答候也[70]

このように文部省は，学校において学校医あるいは「其技術ヲ練習セル一定ノ職員ヲシテ学校医ノ指揮ノ下ニ」点眼治療することは差し支えないとした。

さて，学校医あるいは「技術ヲ練習セル一定ノ職員」の「治療」行為は，文部省がトラホームに限って例外的に認めたものであった。

1919年，第41回帝国議会衆議院「小学児童口腔衛生施設ニ関スル建議案」委員会における，文部省普通学務局長赤司鷹一郎の以下の答弁は，文部省が校内治療をトラホームに限定していることを明言している。

学校医ハ一般ノ衛生思想ヲ持ッテ居ッテ，衛生思想ノ指導官デアル，即チ治療ヲスル所ノ人デハナイト云フコトニ今日ハナッテ居ルノデゴザイマス，随ヒマシテ学校内ニ於テ治療ヲスル，例ヘバ「トラホーム」流行地ニ於テ学校デ治療スルト云フノハ変態デアリマシテ，本体トシマシテハ学校医ハ身体検査ヲ行ヒ疾病ヲ発見シタ場合ニ，適当ナル医者ノ処ニ行クヤウニト云フコトマデガ，学校医ノ職務ニ(ママ)ナッテ居リマス[71]

以上のように，学童のトラホーム治療は，トラホームの高い罹患率によって，この伝染病が学校教育上の障害となっていたことから，学童のトラホームの蔓延を防ぎ授業を成立させるための方法として行われた。

学童のトラホームの予防や治療に関する具体的方法は，1914年11月，学校医講習会（文部省主催）が行われた際，学校医の協議会が開催（大日本学校衛生協会の提唱）されそこで議論された。文部省は，協議会に「学校に於けるトラホーム予防上適切なる方法如何」を諮問した。協議の結果，答申は，就学前の予備治療，平時の注意，発病者の処置，病児の治療など８つの項目にわたった[72]。おそらく，この答申の予防方法が全国で展開したと思われる。

ところで，なぜトラホームだけに限って治療が認められたのか。あるいは，なぜ他の疾病は，校内治療が認められなかったのか。こうした学校医が治療行為を行うかどうかについての問題は予算の関係もあろうが，ドイツの学校医制度を参考にし，それを骨格に据えたことと関係している[73]。

内務省の野田医務局長（1916年）は，学校に於て児童の疾病を治療することの可否に就ては，「独逸に於ても貧民階級の学校に於て児童疾病の治療を行ふ所ありと，又た以て範となすに足るべし，独逸に於ても尚且然り，況や国民の経済力が彼れに比し十分の一に足らざる我邦の貧弱に於ておや」[74]，とドイツとの関係で学校医による治療の正当性を述べた。おそらく，学校医が校内治療を行うことについての可否はドイツの状況を調査したと思われる。

1941年当時，文部省体育課学校衛生掛長であった大西永次郎は，彼の著書『学校体育と学校衛生』（保健衛生協会，1941年）の中で，日本の学校医の職務を諸外国のそれと国民医療施設水準との関係で次のように位置づけている。

（ドイツではー注三井）原則として児童生徒の疾病の診療は，これを学校に於て行ふことを許されないのである。啻にそれのみではない，学校に於ける疾病の治療は学校医の職務にあらずとの建前を堅持して居たのである。しかし斯の如き考へ方は，国民の医療組織が十分に

完備し，疾病金庫制度に於て中産以下の階級に至るまで，医療の自由が保証せられた独逸に於て妥当であったとしても，独逸と別途の国民医療施設を持ち且つ国家の経済機構に於ても必ずしも同様でなかった英米両国に於ては，寧ろ児童生徒の疾病治療は，学校の内外に特設せられ，学校当局に依て管理せらるゝところの特殊の診療機関に於て，学校医または学校衛生官の職務に於て実施せらるゝのを普通として居るのである。即ち英国に於ては主として学校外に施設せらるゝ学校診療所を中心として発達し，米国に於ては主として学校内に設備せらるゝ医務室を中心として普及したのである。しかし国民医療施設の普及せる当時の独逸に於ても，児童生徒の疾病治療は，かゝる社会的治療機関では十分でなく，英米の如き学校診療施設も極めて必要であることは，独逸学校衛生指導者の常に主張して已まない点であった[75]

以上のように，文部省がトラホームに限定して学校医による校内治療を認めた問題は，学校衛生が国民医療体制に規定されて展開したことを象徴している。

(2) 東京眼科医会の校内治療に対する建議をめぐる問題

文部省が学校医によるトラホームの校内治療を認めたことで，東京眼科医会はそれに反発した。

1914年5月8日，東京眼科医会（会員数75名）の総会に，東京府の眼科専門医約40名が集合した。前回の総会から宿題となっていた学校トラホームについて，東京眼科医会委員会から報告があった。報告は「『トラホーム』眼炎救治上の建議案」についてである。この建議には2つの要望があった[76]。すなわち，一つは「学校医には眼科専門医を加へられんことを望む」で，もう一つは「学校医は『トラホーム』眼炎に対しては予防治療を為さゞらんことを望む」であった。建議の取り扱いについては「慎重の調査を要するものとして延期を主張する」者と，「委員会の決議を即決せんとする」者とに意見が分かれたが，結局，後者の意見が採用され委員会の決議を即決した[77]。その結果，建議を東京市長，同府知事，文部大臣に対して提出することになった。

建議案の内容[78]は以下の2点であった。

第1の「学校医には眼科専門医を加へられんことを望む」についての理由は次のようである。

学校医は学校衛生全般，児童の健康状態に注意するものであるが，とりわけ眼の衛生に関するものは眼科専門家によって始めて安全を期すものであるとして，学童は，トラホームが慢性にして潜伏性であることからその治療を怠り，家庭において伝染させている。よって「罹患児童が自覚的に知り得ざるが如き初期に於てよく之を発見し速に適当なる治療に就くは個人衛生公衆衛生何れの方面よりするも必要なることにしてよく此の任に堪ゆるものは眼科専門医なり，故に学校に眼科専門医を加ゆるは本病の予防撲滅上一日も等閑に附」してはならない，というものであった。

第2の「学校医は『トラホーム』眼炎に対しては予防治療を為さゞらんことを望む」についての理由は次のようである。

学校医は児童の衛生状態を視察することにとどまり，疾病の治療をするものでないことは文部省令その他によってみても明かである。学校医が学校で点眼，洗浄など施して，児童やその保護者，学校当事者がそれをもって直ちに根本的に治癒したもの，完全な治療であると信じて，敢えて専門の眼科医の治療を受けない者が殆どである。そのために治療の機を逃し，その後快復しない者がある。これを第1の建議でいう眼科専門医の校医によって発見し治療を行えば完全なる治癒を期待できる。よって，トラホームの病毒の伝播を防ぎ，撲滅することができる，というもの

であった。

トラホームを予防撲滅するためには，眼科専門医の専門的知識に基づいて治療すべきだ，というもっともな理由が掲げられ，その為に学校医に眼科医を位置づける必要があるという建議であった。

東京眼科医会は，さらに衆議院議員山根正及び鈴木万次郎を経て議会での質問を依頼した。1916年2月，第37回帝国議会衆議院本会議において，鈴木万次郎は「伝染病ニ関スル質問」，すなわち，「『トラホーム』眼病ハ壮丁又ハ小学児童間ニ逐年流行ノ度ヲ高ムルモノノ如シ然ルニ政府ハ却テ医師ニ非サル者ヲシテ之ヲ治療セシムルカ如キ益其ノ伝播ヲ助長スルニ対シ之カ改善ノ策ヲ講スルノ必要ヲ認メサルヤ」を質問した。質問演説の中で，彼は，眼の洗浄は内外科医者には技術的に難しく，眼科専門の医者に依らなければならない。しかも，先の文部省通牒では，学校医よりその技術を練習した一定の職員を，学校医の指揮の下で点眼に従事させることに差支ないとしたが，実際，学校医は立ち会っていない。したがって学校の先生は，その点眼によって伝染病の媒介者となっている。文部大臣や内務大臣は，医師法で，医師でないものが医師の業をなす者に対して罰するとしながら，今度は，医師でない学校教員に，「恐ルベキ伝染ノ速カナルモノヲ扱ハセルト云フコトヲ訓令ヲシテヤッテ居ルトハ何事デアル」，「斯ウ云フ馬鹿ナ訓令ヲ出シテ其侭打棄テ、置イテ，是デ『トラホーム』病ノ流行ヲ防グト云フ考ヲ持ッテ居ラル、カドウカ」と質問した[79]。

この質問に対して，政府の答弁は以下のようであった。

「トラホーム」ノ予防撲滅ニ関シテハ政府ノ常ニ留意スル所ニシテ各地方ニ於テモ近年大ニ努メツ、アルモ未タ其ノ効果ノ十分ナラサルハ遺憾トスル所ニシテ政府ハ今後益々適切ナル予防撲滅ノ方法ヲ講究シ其ノ効果ヲ挙ケムコトヲ期ス又小学校児童ノ治療ニ関シテハ市町村ニ於テ学校医其ノ他相当技能アル医師ヲシテ之ニ従事セシメツ、アルハ勿論尚必要ニ応シ学校職員ヲシテ之カ補助ヲ為スコトヲ許容セルモ此ノ場合ニ於テハ学校医ノ指示ヲ受ケ其ノ監督ノ下ニ之ヲ為スモノナルヲ以テ之カ為ニ病毒ヲ伝播セシムルカ如キコトナシト信ス

右及答弁候也

大正五年二月二十八日

内務大臣法学博士一木喜徳郎

文部大臣法学博士高田早苗[80]

答弁は，先の内務省と協議の上行った文部省の通牒通り，技術を能く鍛錬してやらせるのだから問題はないとした。

1916年4月1日に行われた日本トラホーム予防協会の発会式（会に対する祝辞には，内務大臣一木喜徳郎，文部大臣高田早苗，帝国教育会長澤柳政太郎，東京盲学校長町田則文，衆議院議員山根正次などが名を連ねた）の席上で，この問題が再び浮上した。そこでは，次のようなやりとりがあった。

出席会員の土生敦（東京眼科医会幹事）が「吾々眼科医者として，黙視すべからざることなりとてトラホーム予防協会の努力によりて，此の事を解決したし」と希望を述べた。

これに対しトラホーム予防協会幹部である野田理事は，「校医又は主治医の指示の下にやりさへすれば差支へないが，程度を越して往々これは重症であるとか，之は軽症であるとか，それによつて薬を選択するが如き事までやつてはならないかと思ひます」[81]と答えた。野田は，学校医あるいは主治医とその指導を受けた教員などによる点眼に対して差し支えないとして，先にみた

1908年文部省通牒の方針を継承した見解を延べ，治療上の現状の様々な問題点を挙げつつも，東京眼科医会の建議に対してトラホーム予防協会としては後押しできないと述べた。

ところで，東京眼科医会のこの建議に対して，医師の側から批判的見解がいくつか見られた。

この批判の注目すべきは次の2点にある。一つは，建議案が「実に我邦下層階級の現状に通ぜざる貴公子者流の夢想にして，到底言ふべくして行ふべからざる事に属す。勿論二三大都市に於ては其実行上格別の難事にあらざるべしと雖も，之れを汎く全国に及ぼすことの絶対に不可なることは前述の理由に依って明か」であること。もう一つは，その「問題の由って来る所も自家の経済関係より発程したるものにして（但し学校医は経済関係とは無交渉なり）決して国家衛生に対する至誠の念慮より出てたるもの」ではないことである[82]。

学校医を対象とした第3回学校衛生講習会（文部省主催，1915年）における中泉行徳講師（眼科担当）の発言にも触れておく必要があろう。講習会に出席したある学校医は，中泉の講義に対して次のような批判を寄せた。

> 中泉講師が「学校医は『トラホーム』の治療を学ぶの要なし」とて学校医が学校に於て「トラホーム」の治療に関与することを無用視せられたることに就ては，予等の最も感慨を深くする所にして，講習会中予等会員間に於ても一疑問とせし所にして，此事たる我邦学校衛生の前途の為，将た又た本邦「トラホーム」予防撲滅の消長に関する一大問題として誠に憂慮に堪へざるなり。…
>
> 徒らに唯だ高遠なる理想に馳せ其実行の伴はざるが如きは，恰も木に攀って魚を求むるの愚を演じ，何者をも捕捉すること能はざるの結果に陥らんのみ。然るに中泉先生の賢明にして尚ほ且茲に相到せられざるは，我邦学校衛生の前途の為，又た「トラホーム」予防撲滅に対して，返す返すも遺憾に堪へざる所なり[83]

文部省主催の講習会での中泉の発言，すなわち「学校医は『トラホーム』の治療を学ぶの要なし」とした点は，文部省通牒（1908年）の主旨に抵触する発言とも考えられ，出席した学校医が奇異な感想を持ったのは当然であった。

さて，東京眼科医会の建議は，結局受け入れられなかったが，一眼科医会の「経済関係」として片づけてしまってはならない。当時の医師達の境遇と深く関係していると思われるからである。

医師の境遇の問題は，学校医の普及と関係することから，ここではその問題を指摘しておきたい。

当時，学校医の社会的地位は高かったが，その待遇は低かった[84]。推測の域を脱しないが，学校医に接した学童やその親が，後に患者としてその学校医を訪れる可能性は十分考えられる。また，医師が学校医であることで社会的信頼を得て，患者への安心感を与えていたとも考えられる。つまり，学校医である開業医とそうでない開業医との間では，患者の獲得という点で前者が有利な位置にあったと思われる。東京眼科医会の建議は確かにもっともな意見であったが，先の批判にみられる通り，「自家の経済関係より発程したるもの」と批判されても仕方ない面もあった。東京眼科医会が，学校医による点眼によって「完全なる治療なりと信じ敢て専門眼科医の治療を受けざるもの」が殆どであるという指摘は，患者獲得という点から見れば大きな問題でもあったからだ。トラホーム予防協会発刊の雑誌『トラホーム』に，「『トラホーム』漫言」という欄がある。その中に，「余り『トラホーム』の予防を，やかましくすれば飯の種がなくなると云ふた大家が（？）ある，大丈夫ですよ，少なくとも貴下の一代だけは」[85]，という漫言は上記のことを示唆している。

この問題は日本の医療制度と深く関係した構造的問題として捉えるべきだと考える。日本の医療制度は,「営利性と自由開業制がその重要な内容をなしている」[86]開業医制をその基盤にしている限り,患者の獲得は当時の開業医にとっては死活問題であったからである。

『医海時報』(第1071号,1915年4月1日)が掲載した記事「開業医生活問題」は,開業医の生活を圧迫する原因を次のように指摘した。一つは,修学上の費用である。入学受験の費用と歳月,在学中の費用,予備実習の経費,更に「高級生活を為さんとするものにありては其地位を作くるが為めに,更に多年の研究を事とし,或は海外に遊学して莫大なる費用と労力」とが必要であること。いま一つは,事業上の設備投資である。「現今の医師は単に資格と地位とによりて晏如たること能はず。必ずや之に伴ふべき業務上の設備を有せざるべからず。学術の進歩と世運の推移とは医師の業務設備も日に新を競はしむるに至る。精を争はざるべからず。此点に於ける費用の多少は依りて以て自家の栄辱を来すが如き傾向あるが故に,之が生活上の圧迫の大なるや勿論也」。

また同記事は,開業医の生計を次のように計算している。開業医が1日平均約20名の患者を診ると仮定すれば,1名に付き平均20銭,1日平均収入4円,1ヶ月120円の収入となる。支出は,20円(物料),52円(食費1人1ヶ月6円50銭。開業医師の夫婦2名,その両親中何れか1名,子女平均3名,書生あるいは看護婦1名,女中1名として,1家族7名~8名が平均的形態),家賃を仮に平均25円とすれば,以上の支出で97円となる。税金等平均3円を加えると100円の支出となり,残額の20円で修養,交際,被服,雑費,子女の教育費を支弁することになり,これらは「必須的支出に属し,夫れのみにてすら計算上余裕ありとは」いえなかった[87]。

さらに『医海時報』(第1172号,1916年12月9日)は,医師過剰問題をとり上げ,医師生活難の原因と思われるもの,すなわち,医師の絶対的又は相対的過剰,非医者の跋扈,国民全体の経済的困難,官公立病院の設置,医業費の増大などを挙げた[88]。このなかで,医師の生活難と国民全体の経済的困難を指摘した点は極めて重要である。

医師数増加が医師の生活難を招いているのか,国民の経済的困難と医師の生活難が関係しているのかについては,川上が『現代日本医療史』の中で検討している。そのことについて触れておきたい。以下に掲げる表は,1920年までの医師数の年次推移である。

<医師数>[89]

	総数	学校卒業	外国学校卒	試験及第	その他
1884年	40880人	580人	8人	3313人	36979人
1898年	39859人	5511人	53人	9232人	25063人
1899年	40287人	5941人	87人	9884人	24375人
1900年	40924人	6349人	94人	10779人	23702人
1905年	35511人	8555人	102人	11981人	14922人
1910年	38055人	13488人	117人	13126人	11324人
1915年	43813人	18452人	61人	17113人	8187人
1920年	45488人	23261人	62人	16685人	5480人

出所)「表12 医師数の推移(その3)」(厚生省医務局編集『医制百年史』資料編,ぎょうせい,1976年,p.p.572-573)より作成。

1905年から1920年までの間に,医師の数は35511人から45488人へと約1万人増加している。しかし,人口も増加しているので,人口1万人当りの医師数でみれば,1910年-7.43,1915年-

8.05，1920年－8.13と７人から８人で推移している。1880年から1897年頃までは，その比率は10人であったことから，医師の生活難を医師数に求めるのは事実に即していない。川上は以上のことを踏まえて，医師の生活難の原因を，医療対象である国民の「窮乏化にともなって，一定の診療報酬の支払い能力をもった層が崩壊してきたことに求め」なければならない[90]と指摘した。

以上述べてきた医師の生活難を踏まえれば，東京眼科医が建議の理由に国家衛生の「至誠の念慮」を掲げていたにも関わらず，東京眼科医会に対して「問題の由って来る所も自家の経済関係より」生じたもので「決して国家衛生に対する至誠の念慮より出てたるもの」ではないという批判は，当時の開業医制の諸問題を反映していたと思われる。

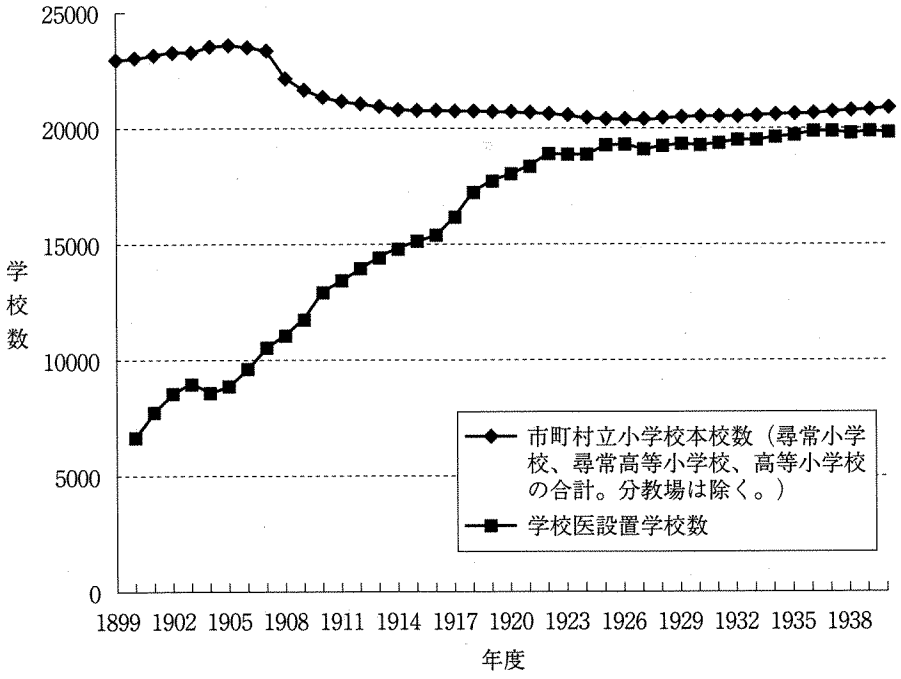
以上のように，学童のトラホーム治療をめぐる問題には，眼科医の思惑が働いた側面もあったのではないかと推測されるが，それに対する批判が出ること自体当時の医師の生活の状況を色濃く反映していた。

つまり，この問題は開業医制の中から出てきた問題であり，学童の疾病がこうした限界性の中で取り扱われたことを示している。

3　学校医の設置状況と待遇

学校医の設置の普及は，同時に学校衛生の普及過程である。トラホームについてみれば，学童トラホーム予防体制の普及を物語っている。そこで，学校医の設置状況を『文部省年報』のデータによってみることにする。

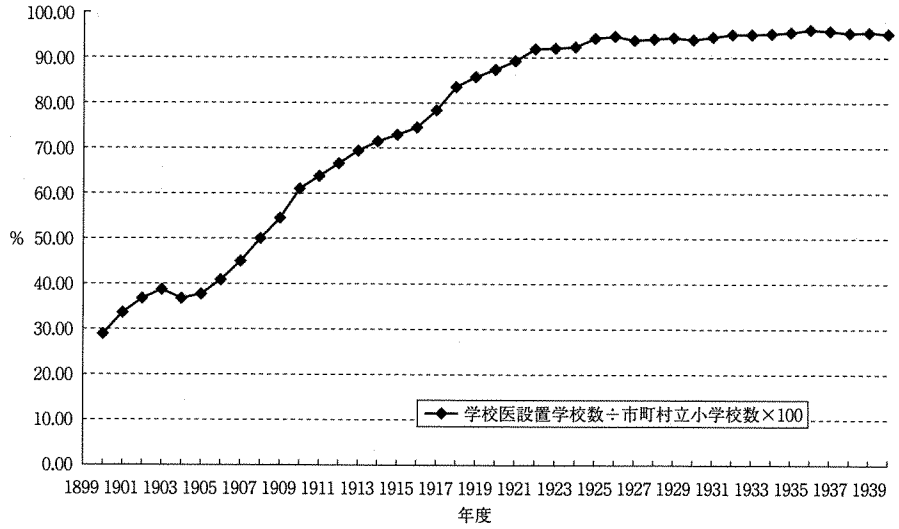
グラフ３　市町村立小学校本校数と学校医設置校数



出所）『文部省年報』より作成。

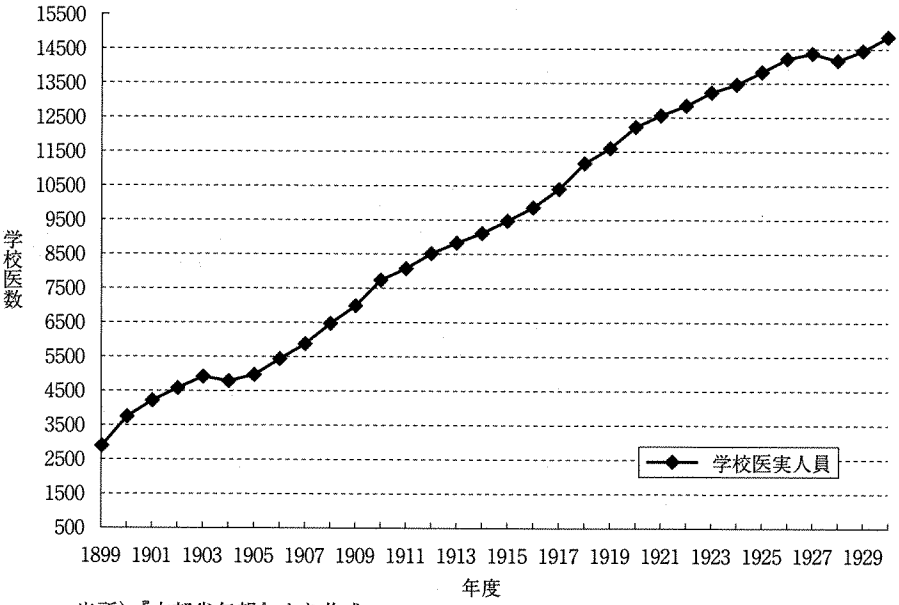
『文部省年報』では，学校医の設置校数を1900年度（第27年報）から掲載している。<グラフ

グラフ４　学校医設置校の割合



出所）『文部省年報』より作成。

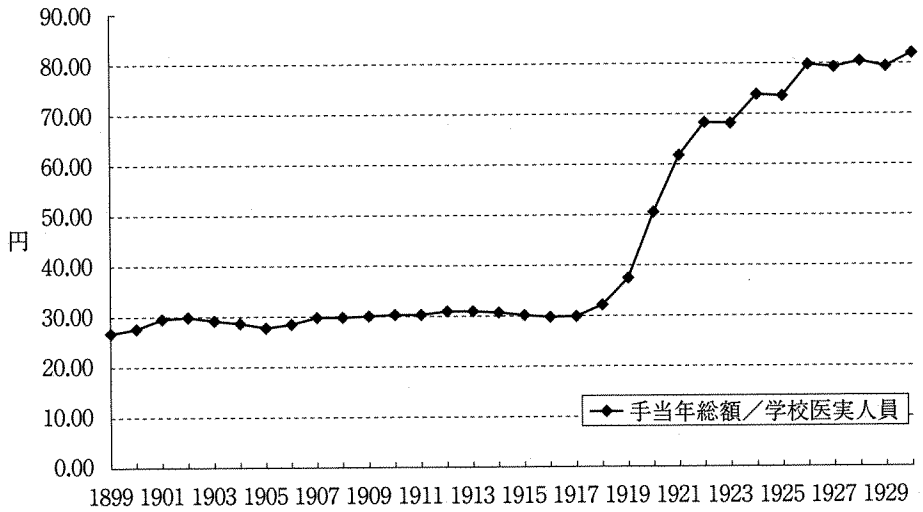
グラフ５　公立諸学校学校医実人員数



出所）『文部省年報』より作成。

３＞は，市町村立小学校数と学校医設置校数を示している。市町村立小学校の学校医設置校の割合を示したのが＜グラフ４＞である。これによれば，1898年に学校医制度が発足して以降ほぼ毎年増加し，1908年年度に49. 83%となり，約半数の学校で学校医を設置していたことになる。90%を越えるのは1922年以降で，それまでに制度発足から約24年を要した。設置数は，１人で２校以上を担当する者は，これを各校各１名として計算しているので，学校医の実際の人数（実人員数）と一致しない。そこで，学校医の実人員の数を示せば＜グラフ５＞のようになる。但し，実

グラフ6　公立諸学校学校医実人員1人当たり平均手当年額



出所)『文部省年報』より作成。

人員数は公立諸学校すべての学校医を含む。『文部省年報』で公立諸学校学校医の実人員が分かるのは，1899年度(第26年報)から1930年度までである。実人員は，学校医設置率が1922年に90%を越えて以降もなお増加し続けた。

文部省は，学校衛生の諸施設を各学校へ具体化する上で学校医が重要な役割を担っていることからその設置を奨励した。文部省主催第2回学校衛生講習会（1915年）で，高田文相は次のように訓示した。身体の健全なる発達を図る上で，「其効果を実現せんとする中枢機関は，学校医の施設に俟たざる可からず，今日学校医を設置せるは，全国小学校中約六割と雖も時勢の進運は，更に其の内容の改善進捗を期せざる可からず」[91]。文部省は，以上の主旨を地方長官会議や学校衛生に関する諸講習会，道府県の学校衛生を統轄する学校衛生主事の会議などで度々訓示した。実際の設置率は，先に見たように上昇していくが次のような問題が一方で現れた。それは，文部省が計画して普及しようとしている学校衛生は，「トラホーム予防，教員結核予防或は学校伝染病予防と数へ来れば殆んど防疫衛生のみ之を除けば残る所何者もなし」[92]と痛烈な批判が挙がっていた。また，「明治末期の学校衛生といえば，身体検査とトラホーム治療といわれるほどになった」[93]との指摘もある。もとより，学校衛生は上記の防疫や身体検査のみではない。学校医の職務の偏りがなぜ生じたのか。これは，学校医の待遇と関係していた。

市町村立小学校の学校医の手当は市町村費で賄われた。<グラフ6>は，学校医1人当たりの平均手当年額である。これに依れば，学校医発足当初から1910年代を通じて，学校医1人当たりの年額手当は約30円で推移していた。1919年以降急激に増加し，1926年以降から1930年代[94]若干の上下はあるがほぼ80円前後で一定であった。

例えば，1916年10月，滋賀県は，県訓令第46号「学校医嘱託に関する規定」で学校医の手当を次のように決めた。

滋賀県訓令第四十六号

郡市役所
県立学校

町村役場

学校医嘱託に関する規定左の通相定む

大正五年十月十八日　　滋賀県知事　池松時和

学校医嘱託に関する規程

第一条　学校医の嘱託に付ては県立学校に在りては学校長に於て其他の公立学校に在りては管理者に於て推薦すへし

第二条　前条推薦の場合に於ては其学校児童生徒の員数（学年始め現在に依る）及支給すへき手当金額を記し且つ履歴書を添付すへし

第三条　医師を開業する者に対しては二校以上の学校を嘱託せさるものとす但し特別の事情あるときは学校数三以内（付設学校は本校併せて一校と見做す）にして且児童生徒総数千名以内の場合に限り嘱託することあるへし

第四条　学校医の手当金額は左の標準に依るへし

児童生徒数	五百名未満の学校	年額　弐拾円以上
同	五百名以上八百名未満の学校	同　弐拾五円以上
同	八百名以上千名未満の学校	同　参拾円以上
同	千名以上の学校	同　四拾円以上

同上郡市町村学校組合立学校二校以上を兼する学校医の手当額は児童生徒数を合算し前項に依り之を差むることを得

第五条　本規程に依り学校管理者より知事に提出する書面は凡て郡長を経由すへし

附　則

本規程は大正六年四月一日より之を施行す

明治三十一年四月滋賀県訓令第二十五号及同年五月同第五十三号は本規程施行の日より之を廃止す[96]

さらに，公務に関する「郡市町村立学校医旅費支給規程」（滋賀県訓令第47号，1916年10月18日）によって旅費が支給されていた。1917年６月の調べによると，滋賀県の小学校学校医の設置待遇状況は，小学校数233校のうち，（イ）学校医を設置していない校数－11，（ロ）学校医を兼務し規程により手当共通－12，（ハ）専任学校医を置き嘱託している学校－21，であった。以上の３項の校数44校を除いた189校は１校１名の校医を設置していた。各手当額によって区別すると，（イ）手当20円の支給94校（内１校は23円支給），手当合計1883円（ロ）手当25円支給66校，同合計1650円（ハ）手当30円支給20校（内１校は36円，１校は37円），同合計630円（ニ）手当40円支給７校，同合計280円（ホ）手当50円支給２校，同合計100円となり，学校医設置校数（兼務を除く）189校，学校医手当総額4526円，１校平均手当額23円95銭となった[96]。

以上のような学校医の手当額に対しては，「医学を修得せし科学者が，一ヶ月二円五十銭，一年三百六十五日にて三十円の報酬とは，之も亦驚嘆に値せずや。斯く手当の僅少なる以上は，到底良き資格者を得可からざるのみならず，又た到底之に十分の責任を負はさしめ，真に学校衛生を遺憾なく行はしむる事能はざるは，寧ろ当然の事に非らずや。吾人は文部の学校医の報告を見て驚嘆を三たびし，殆んど言ふ所を知らざるなり。当局者は当に宜しく之が監督指導の機関を設置し校医の状態を一新すべし」[97]といった批判が相次いだ。また，道府県の学校衛生主事が毎年１回文部省に召集されて行われた学校衛生主事会議（第１回1916年）では，第１回～第５回会議[98]（第５回は1920年。なお，第３回会議録は未見。この会議では，地方の学校衛生諸事情に関して

幅広く議論された。）の中で各府県の最も多かった協議題は，学校医と学校医会についてであった。この会議でも，学校医の待遇の低さが，学校衛生の振興にとって深刻であるとの認識が一般的であり，待遇の向上が急務であるとされた。さらに，大日本私立衛生会が，北里会長の名の下に各府県に於ける学校衛生の改善方法４点のうち１つに，「学校医の待遇を向上せしむること」を挙げ，各地方長官に建議書を送致した[99]ように，学校医の待遇の向上の動きは，衛生会などからもその要求が出された。

こうした，医師の側からの待遇改善の要求は，医師にとっては生活費の補完として学校医を位置づけていた側面もあったようである。1912年７月６日の『医海時報』（第941号）は，文部省に，学校医の手当を増額することでその責任を重くすれば，現在の有名無実の学校衛生状況を改善できるとし，さらに，学校医の待遇改善によって「医権」を伸張することができ，医師の生活難を救済することにもなると主張した。

以上のように，学校医の設置率が向上していくなかで，学校医の仕事が伝染病予防と身体検査に偏り，極端な場合には，トラホーム検診と身体検査，年に２回学校に赴き身体検査をして終わるといった場合も見受けられた。この状況が一般的であったかどうかは知り得ないが，学校医制度を有効に機能させるためには，学校医の待遇を改善するほかはなかったと言える。確かに，一部の慈善的・献身的な学校医はいたものの，全国の学校衛生の内実を向上させるためには，またトラホームの校内治療を徹底させるためには，学校医の待遇を改善することが最も有効な手段であった。しかし，学校医設置数の表に依っても明らかなように，1910年代は手当の増加はなく，1920年になってようやく増額した。しかし，この上昇も物価上昇との関係でみたならば，必ずしも充分とはいえない待遇であったと思われる。学校医の待遇改善が進まない中，各市町村では優良学校医を表彰することで学校医の活動を推進しようとした。

おわりに

本稿で明らかになった点は以下の通りである。

トラホームの罹患率は，1910年代に減少傾向にあった。この減少傾向は，トラホームの診断方法が明確になることによって，トラホームと他の眼病を選別することができるようになったことにもよるが，内務省・陸軍省が奨励して各地方のトラホーム撲滅対策が進んだことに大きな要因があった。学童トラホーム罹患率の減少傾向は，1908年，文部省が学校医による校内治療を認めたことで全国的に展開したことと関係している。

トラホーム患者は，当時の医師らの調査によると下層労働者に多かった。そして，学童のトラホーム患者も親の階層は下層労働者層が多かった。家庭の生活状態が直接その子どもの健康状態を規定していた。このような生活にあるものは，生活困難な状況の中で治療を継続的に受けることができなかった。また，生活困難な層は，保健医療費，被服費などが生計費を圧迫し，「身体衣服居室何レモ不潔ニ流レ，且其被服調度ハ多クハ全家族之ヲ共用」しなければならないような状態にあった。つまり，トラホームの予防・撲滅は，生活状態の改善によらなければ困難であった。

学童のトラホーム罹患率の高い地域では，文部省令第20号「学校伝染病予防及消毒方法」第３条の出席停止規定をその通り実施すれば，授業が成立しない状況へと事態は進展していた。授業を成立させたいが，一方でトラホームの蔓延を防ぐ必要があるという状況が生まれた。こうした

状況は，学校医を中心とした校内治療の実践を生み出した。文部省は，学校医の校内治療をその職務として認めていなかったが，トラホームの蔓延を前にして，1908年，トラホームに限って治療行為を認めた。このことは，地域における学校の役割という点からみれば，学校医が学童だけでなく保護者も巻き込んで衛生知識の普及をはかり，学童のトラホームの治療を行ったことによって，学校が地域の保健衛生的機能を結果として果たしていたということもできる。また，学校医の職務に治療行為を認めないという文部省の方針は，学校衛生の骨格の範をドイツに採り，そのドイツの学校医制度が国民医療体制との関係で学校医の職務を規定していたことに関係していた。したがって，学校衛生，とりわけ学校医の職務を論じる際，国民医療体制との関係を無視することはできない。

学校医の普及は，学童のトラホーム治療の普及を見る上で重要である。学校医をめぐる問題はいくつか指摘できる。学校医による校内治療を文部省が認めたことで，東京眼科医会が反発したが，その背景には開業医制に基づく当時の医師の「生活難」が関係していたのではないかと推測された。それは，学校医の普及過程でもみられ，手当の低さが学校医の活動を限定した。学校医の手当を向上することで，医師の生活難を解消することもできるといった主張も現れた。文部省は，学校医を学校衛生の向上のための機動力として位置づけていたが，学校医の手当は市町村費で賄われていたので手当の向上は難しかった。文部省は，そうした事態を，学校医の設置奨励の訓示や各地方で優良学校医の表彰を行わせるなどといったことで打開をはかった。以上のように，学童の間でトラホームが蔓延していたなかで，その治療に当たった医師の生活状態によって学童のトラホームの治療が規定された。

最後に，国民衛生の観点から学童のトラホームがどのように位置づけられていたのかを，トラホーム予防法案の帝国議会衆議院委員会の審議からみておきたい。

政府委員の杉山四五郎は，産業，徴兵，海外移民などの国家政策を推進する上で，トラホームが「産業上ノ発達ヲ障碍」し，「国民ノ重要ナル軍事的活動ト云フモノヲ阻碍」し，「移民ノ目的ヲ徹底スルコットガ出来ナイ」といった「国家的不利益ヲ来シテ」いる現状を指摘した[100]。そして，学童のトラホームは，こうした国家政策遂行の観点に立てば，国民の間に「病毒」を拡散している存在として位置づけられていた。すなわち次のような指摘である。中村静興は，学童は「沢山ニ『トラホーム』病毒ヲ持ッテ家庭ニ帰リマスカラ，又壮丁ニナッテ兵役ノ検査ヲ受ケル迄ニハ沢山出来テ来ル形デ，換言セバ我国民ハ『トラホーム』病毒ノ中ニ埋ッテ居ルヨウニ考ヘマス，国家トシテハ之ニ対シテ余程熟慮ヲ要スルコト、考ヘマス」[101]と指摘した。

「『トラホーム』ハ貧民病デアリマシテ，救療ノ途ノナイ者ガ多クハ此病気ニ罹リマス」[102]と政府が認識していたように，日本資本主義の発展を支えた下層労働者の生活状態は，彼等の健康状態を悪化させトラホームを蔓延させる客観的な条件を形成し，結果として伝染病の病巣となっていた。そして，その子どもたちがトラホームに感染し，子どもたちが通う学校が「媒介所」となった。校内治療が開始されてから，その一定の成果を挙げたとしても，その家族のトラホーム患者からまた感染した。トラホームが，健康な眼であれば罹りにくいことを考慮すれば，当時の健康状態とそれを規定する生活状態を改善することなしに，根本的な予防，治療はできなかった。さらに，当時のトラホームの治療法（点眼洗浄）は根本的な治療ではなかった[103]。トラホームの根本治療が可能となったのは，戦後，抗生物質の服用によってである。

付　言

1910年代にトラホーム罹患率が減少傾向にあったにも関わらず，政府が予防法を成立させたことについて付言しておきたい。

トラホーム予防法は，既に1910年に当時の政府が議会に提出するため地方長官会議で議論にかけられていた。

> 兎も角其の補助額に付き最も関係深き地方長官の内意を聴くべく折柄開会の地方長官会議に附議したるに，其の当時の各地方官の意向は案の内容は極めて可なるも其任に当る医師なきを奈何せんとの事にて，為に政府は治療の任に当る医師の為にトラホーム講習会を設け九百余名の医師を九回に分ちて講習したる事なるが，翻って当時の案によって見れば負担の大部分は各市町村の負ふ事となり，補助支出額に就ては伝染病予防法に規程されたる国庫補助支出規程に準拠したるもの即ち六分一を限度としたるものなるが聞く処によれば今やトラホームの予防に関する智識を修めたるものは殆んど全国に普偏したるが如く，此際当初の如く該案を提出しても可ならんと，然る上は国庫支出額六分一にては少額なれば六分の二迄は国庫より支出して該案の実行を見るに至るべきかといふ(104)

会議では，トラホーム治療のできる医師の数が問題となった。

トラホーム罹患率が減少傾向にあったにも関わらず政府が予防法を成立させた背景には，以下の諸点が推測される。①トラホーム治療のできる医師数。すなわち，その絶対的不足が内務省のトラホーム講習会，各地の講習会などによって解消されつつあったこと。②社会政策的問題。すなわち，生産力としての労働者の蔓延がなお高い水準にあったこと。③地域差。各地方によって罹患率に差があり，非常に高い地域がなお多く存在していたこと。④国際的関係と第１次世界大戦との関係。1916年10月，後藤内務大臣が地方長官会議で訓示(105)した，日本の衛生施設は欧米諸国と比較すれば遠く及ばない状況で，伝染病が襲撃すればたちまち「所在惨状を逞うする」ような状況であったこと。また，1918年６月，内務省衛生局主催衛生技師会議に於いて小橋内務次官が訓示した，第１次世界大戦における欧州の国民保健政策が国民の健康上その成果を挙げていたこと(106)。⑤健康な兵士の確保，などがその理由ではないかと思われる。

(1)　トラホームは，，トラコーマークラジミアが再感染を繰り返した結果起こるとされている。クラジミアはウイルスと細菌のあいだに位置する病原体で，かつてはトラコーマ病原体といった。これは尿道炎，子宮頚管炎など尿性器の病気をおこす。STD（性的交渉によって伝染する病気）の一種とされてる。目に感染すれば結膜炎をおこす。経過は慢性（初期は急性，亜急性に始まる）で，数年ないし数10年にわたって瘢痕を形成して治癒するが，角膜潰瘍や慢性涙嚢炎などの合併症や瞼裂縮小・眼瞼内反・睫毛乱生などの後遺症のために視力低下を招くことが多い。また，さかさまつ毛になる場合があり，まつ毛が数本，いつも角膜を刺して流涙の原因になる（睫毛乱生）。その場合，そのまつ毛をとるか手術するよりほか方法はない。日本では現在ほとんどみられない。(『家庭の医学　国民医学大事典』保健同人社，改訂新版第２刷，1990年，p.420，p.1120。日野原重明編者代表『看護・医学事典』医学書院，第３版第２刷，1976年，p.655，を参照。)

なお，現在，病名は「トラコーマ」が使われているが，本稿では，1910年代に一般的に使われていた「トラホーム」の病名を使用する。

(2)　文部省監修，日本学校保健会編集『学校保健百年史』第一法規出版，1973年，p.117。

(3) 第40回帝国議会衆議院「『トラホーム』病予防ニ関スル建議案委員会議録（速記）第二回」（1981年3月6日）『帝国議会衆議院委員会議録』18，臨川書店，1983年，p.239。

1919年3月26日，「『トラホーム』予防法」（法律第27号）が成立した。勅令第413号「『トラホーム』予防法執行期日」（1919年8月22日）より1919年9月1日より施行した。

(4) 伝染病予防法制定に伴い，この年に内務省は日本国内の防疫に関する関係省令の諸制度を制定した。これによって防疫の制度が完成され，その後度々改正はあったが，現在まで「国内伝染病予防の中心法規」となっている。（大霞会内務省史編集委員会『内務省史』第3巻，大霞会，1971年，p.283。）

(5) 文部省令第20号「学校伝染病予防及消毒方法」は，1919年8月29日に文部省令第29号「学校伝染病予防規程」として改正された。

文部省令第20号「学校伝染病予防及消毒方法」の「学校伝染病」は，

第1類　甲に痘瘡及仮痘，ジフテリア，猩紅熱，発疹チフス，乙に百日咳，麻疹，流行性感冒，流行性耳下腺炎，風疹，水痘，肺結核，癩病，

第2類　赤痢，コレラ，腸チフス，

第3類　伝染性皮膚病，伝染性眼炎

の3つに分類された。

なお，伝染病に感染した際の処置を第2条以降に以下のように定めている。

第二条　第一条第一類甲又ハ第二類ノ伝染病ニ罹リタル職員生徒等ハ昇校スルコトヲ得ス

前項ノ職員生徒等其伝染病治癒シタル後昇校セントスルトキハ先ツ全身浴ヲ行ヒテ衣服ヲ更メ且ツ医師ニ於テ伝染ノ虞ナキコトヲ証明スルコトヲ要ス

第三条　第一条第一類乙又ハ第三類ノ伝染病ニ罹リタル職員生徒等ハ其病況ニ依リ医師ニ於テ適当ノ処置ヲ施シ伝染ノ虞ナキコトヲ証明シタルモノニアラサレハ昇校スルコトヲ得ス

（『官報』第4575号，1898年9月28日）

1919年8月29日に改訂された，文部省令第29号「学校伝染病予防規程」（『官報』第2121号，1919年8月29日）は，第1条で学校に於て特に予防すべき伝染病の種類を，以下の4つに分類した。

第1類　痘瘡，ジフテリア，猩紅熱，発疹チフス，ペスト，赤痢，コレラ，腸チフス，パラチフス，流行性脳脊髄膜炎，

第2類　百日咳，麻疹，流行性感冒，流行性耳下腺炎，風疹，水痘，

第3類　肺喉頭その他の機関の開放結核，癩病，

第4類　トラホームその他の伝染性眼炎，疥癬その他の伝染性皮膚病，

以上の疾病の疑似症に対しても必要に依って本令を適用するとした。トラホームは第4類に含まれ，文部省令第20号の「第3類　伝染性皮膚病，伝染性眼炎」という規程から，「第4類　トラホームその他の伝染性眼炎，疥癬その他の伝染性皮膚病」いう規程に改正された。文部省令第20号第3条では，伝染性眼炎の予防方法を「第三類ノ伝染病ニ罹リタル職員生徒等ハ其病況ニ依リ医師ニ於テ適当ノ処置ヲ施シ伝染ノ虞ナキコトヲ証明シタルモノニアラサレハ昇校スルコトヲ得ス」（『官報』第4575号，1898年9月28日）としていたのに対して，文部省令第29号では，その第3条で「第一条ニ掲クル伝染病ニ罹リタル職員生徒児童等ハ治癒シタル後ニ非サレハ昇校スルコトヲ得ス但シ第三類中ノ肺喉頭以外ノ結核又ハ第四類ノ伝染病ニ在リテハ学校医ニ於テ適当ト認ムル予防処置ヲ為シタル者又ハ病況ニ依リ伝染ノ虞ナシト認メタル者ハ此ノ限リニ非ス」とし，更に第5条（「学校長ハ必要ト認ムルトキハ学校医ヲシテ診断セシメ左ニ掲クル処置ヲ為スヘシ」）の4で「第四類ノ伝染病ナルトキハ学校医ニ於テ適当ト認ムル予防処置ヲ為シタル者又ハ病況ニ依リ伝染ノ虞ナシト認メタル者ニ対シテ昇校ヲ許スヘシ」（『官報』第2121号，1919年8月29日）

と具体的に昇校の基準を定め，学校医の役割を明確に位置づけた。

(6)　文部省監修，日本学校保健会編集『学校保健百年史』第一法規出版，1973年。

(7)　文部省監修，日本学校保健会編集『学校保健百年史』第一法規出版，1973年，p.56。

(8)　杉浦守邦「明治期山形県における学童のトラホーム対策(1)」『山形県医師会会報』第198号，山形県医師会，1968年2月，p.p.16－19。同「明治期山形県における学童のトラホーム対策(2)」『山形県医師会会報』第199号，山形県医師会，1968年3月，p.p.17－19。同「明治期山形県における学童のトラホーム対策(3)」『山形県医師会会報』第201号，山形県医師会，1968年5月，p.p.23－27。同「明治期山形県における学童のトラホーム対策(4)」『山形県医師会会報』第202号，1968年6月，p.p.15－17。

(9)　第6章「労働条件・生活条件と病人－地方病・ヨロケ・脚気・トラホーム－」川上武『現代日本病人史』勁草書房，1982年，p.p.458－466。

(10)　川上武『現代日本病人史』勁草書房，1982年，p.p.461－462。

(11)　河内信子「戦前期岡山県におけるトラホームについて－『岡山県統計書』にもとづく検討－」『岡山大学教育学部研究集録』第113号，岡山大学教育学部，2000年3月，p.p.29－40。

(12)　河内信子「戦前期岡山県におけるトラホームについて－『岡山県統計書』にもとづく検討－」『岡山大学教育学部研究集録』第113号，岡山大学教育学部，2000年3月，p.39。

(13)　杉浦守邦「日本学校保健史」『日本医史学雑誌』第21巻第3号，1975年7月，p.274。

(14)　大霞会内務省史編集委員会『内務省史』第3巻，大霞会，1971年，p.310。

(15)　罹患率は各地方によって大きな差があった。例えば，和歌山県の徴兵検査の成績をみると，1898年には壮丁5869名に対してトラホーム患者は皆無であったが，1900年に至って壮丁6386名に対して20名の患者，以来年々患者数が増加し，1908年には壮丁6069名に対して818名の多数を出すに至った。(『大日本私立衛生会雑誌』第394号，1916年2月，p.21。)

(16)　第18回帝国議会衆議院「衆議院議事速記録第五号　質問ノ理由ニ付キ山根君ノ演説」(1903年5月27日)『帝国議会衆議院議事速記録』19，東京大学出版会，1980年，p.55。

山根の質問に対する政府・内海内務大臣の答弁は以下のようである。

「肺結核癩病，トラホームノ予防措置及花柳病予防上現行法令以外ノ事項ニ関シテハ夙ニ其必要ヲ認メタルモ其関係スル所ノ範囲広汎ニシテ且ツ実行上困難ナル点尠カラス故ニ能ク地方ノ状況ニ鑑ミ時宜ニ適応セル措置ヲ実施センカ為メ目下其方法講究中ニ属セリ」(第18回帝国議会衆議院「衆議院議事速記録第九号　副議長ノ報告」(1903年5月31日)『帝国議会衆議院議事速記録』19，東京大学出版会，1980年，p.127。)

(17)　文部省監修，日本学校保健会編集『学校保健百年史』第一法規出版，1973年，p.95。

杉浦は，「日本学校保健史」(『日本医史学雑誌』第21巻第3号，1975年7月，p.274)で，同様の見解を述べている。

(18)　川上武『現代日本病人史』勁草書房，1982年，p.460。

(19)　宮城県警察部衛生課内宮城県私立衛生会『トラホーム講習会講義』1922年。国立国会図書館所蔵。

(20)　三宅秀（大日本私立衛生会評議員としての報告）「前年中内国衛生上の報告」『大日本私立衛生会第三十一次総会記事』1913年，p.p.37－38。

(21)　三宅秀「前年中内国衛生上の報告」『大日本私立衛生会第三十一次総会記事』1913年，p.42。

(22)　『国家医学会雑誌』第353号，1916年6月20日，p.409。

また，徴兵検査以前の疾患よりも，検査後の疾患数が入営人員と比較すると多くなっていることに対して，地方当局者は注意を促した。

「島根県当局者に於ては壮丁教育及衛生に関する訓示もあり島司郡市長に於て督励の結果逐年其の学力の増進とトラホーム，花柳病等の減少を示しつゝあるも近時連隊の調査に依れば体格等位に影響する疾患にして徴兵検査以前よりの疾患数と検査後に於て発生したる患者とを入営人員に比するに後者の数少なからず右は畢竟合格者中検査後不摂生を敢てする不心得の者ある結果として入営後之が治療の為休養を要するが如きは二年兵制実施の今日独り本人の不幸のみならず軍隊に於ても教育上多大の影響を及す訳なれば在郷軍人会及青年会等を指導し右等不心得者の生ぜざる様相当の施設をなさしめ疾患者ありたる時は適当の時期に於て特に検診治療を加ふべしと此程錦織内務部長より島司郡市長に向夫々注意する所ありき」（『大日本私立衛生会雑誌』第359号，1913年３月25日，p.41。）

(23) 第41回帝国議会衆議院「『トラホーム』予防法案委員会議録（速記）第七回」（1919年３月５日）『帝国議会衆議院委員会議録』21，臨川書店，1983年，p.336。

(24) 『医海時報』第1083号，1915年３月27日。

(25) 「壮丁予診成績」『大日本私立衛生会雑誌』第394号，p.37。

(26) 「既往の例に徴するも壮丁者中に未だ癒へざるに医師に全治の証明を強要し甚しきは徴兵忌避の目的を以て故ら治療を加へざる向もなしとせざるやの風説あり斯くては本病予防は勿論兵役義務の本旨にも反するを以て此際厳重督励を加へ斯の如き弊害なからしむるは固より近日より徴兵検査も開始さるべきにつき罹病者に対しては期日迄に充分治療を加へしめ従前の如く検査上不成績に陥らざる様特に措置すべしと徳島県に於ては郡市へ通牒したり。」（「徳島県の虎眼病治療督励」『大日本私立衛生会雑誌』第384号，1915年４月，p.47。）

茨城県新治郡の小学校医と町村医の協議会は，会の指示事項のなかでトラホーム予防撲滅に関して次のことを確認している。

「トラホーム予防撲滅に付ては相当措置せられつゝあること、信ずるも患者の治療成績不良にして壮丁中徴兵検査に際し多くの未治患者を出し又は新に発見する等のことあるは本病予防甚だ遺憾とする所なり将来トラホーム患者に対しては関係吏員と協力し予防上適切なる計画をなし特に壮丁に対しては常に治療を怠らざる様深甚の注意を払ひ予防の目的を貫徹するに力められたし。」（「茨城県通信」『大日本私立衛生会雑誌』第387号，1915年７月，p.62。）

(27) 「陸軍・文部両相の訓示事項」『医海時報』第1143号，1916年５月20日，p.20。

(28) 「学校衛生」『文部省年報』第28年報，文部省総務局文書課，1902年，p.117。

(29) 「学校衛生」『日本帝国文部省』第29年報（1901年～1902年），文部省総務局文書課，1903年，p.131。

(30) 「学校衛生」『日本帝国文部省』第30年報（1902年～1903年），文部大臣官房文書課，1904年，p.139。

(31) 「学校衛生」『日本帝国文部省』第32年報（1904年～1905年），文部省官房文書課，1906年，p.180。

(32) 「学校衛生」『日本帝国文部省』第33年報（1905年～1906年），文部省官房文書課，1907年，p.190。

(33) 「学校衛生」『日本帝国文部省』第32年報（1906年～1907年），文部省官房文書課，1908年，p.253。

(34) 「陸軍・文部両相の訓示事項」『医海時報』第1143号，1916年５月20日，p.20。

(35) 「群馬県下の児童トラホーム検診」『トラホーム』第20号，日本トラホーム予防協会，1920年12月。当時群馬県学校衛生主事だった大西永次郎の指摘である。

(36) 堤友久「トラホーム予防法の運用に就て」『トラホーム』第20号，1920年12月。

(37) 内務技師氏原佐蔵「発育期間と疾病の関係」『大日本私立衛生会雑誌』第394号，1916年２月，p.4。

(38) 丸尾七郎「トラホームノ家庭的関係ニ就テ」（『国家医学会雑誌』第309号，1912年11月20日。）は，静岡県不二見村全村998戸についての1912年１月調査。

本調査は，静岡県におけるトラホーム対策の一環として行われたものである。

「静岡県トラホーム予防状況　同県は明治四十年五月トラホーム予防規則を発布し医師に届出の義務を負はしめ又毎年二回各市町村又は各工場に於て検診を行はしめ患者に治療票を交付治療せしむるの規定を設けたるに予防費治療所其他の関係上幾多の支障あり明治四十三年検診を年一回に減し蔓延著しき市町村に対し其一部又は全部に特別の予防法を指示することに改正し，特に補助規程を設け，普通の場合は市町村内の検診費は四分の一特別予防を指示したる場合は其四分の三の県費補助を与ふること、せり，其特別予防法は町村住民の検診を施行し，発見したる患者には治療票を交付し治療の都度相当欄に医師の認印を受けしむ，時々講話会を開催し予防上の知識を普及する等にして此特別方法により四十四年度には富士郡大淵村安倍郡不二見村志田郡焼津町盤田郡梅原村の四ヶ町村に対し六十日間引続き実施せしめたるに患者の大部分は治癒するの成績を顕したるも尚大淵村不二見村焼津町梅原村等に一千二百七人未全治患者を残し之等未治患者中には数日間治療を継続せば全治の見込のものも不少により引続き十日間之を延期したるに合計二百八人の全治を見頗る好成績なりしといふ。」（『医海時報』第946号，1912年８月10日。）

(39)　丸尾七郎「トラホームノ家庭的関係ニ就テ」『国家医学会雑誌』第309号，1912年11月20日。

(40)　○家庭内トラホーム男女別（丸尾調査）

	被検人員	患者数	被検人員対%	男女%
男	2943	330	11.21	39.0
女	3037	518	17.05	61.0
計	5980	848	−	100.0

女性に多い理由については仮説であるが，子どもとの接触が多いこと，女性の栄養状態，女性の労働形態などと関係していたと思われる。

(41)　丸尾七郎「トラホームノ家庭的関係ニ就テ」『国家医学会雑誌』第309号，1912年11月，p.662。

(42)　安西茂太郎「学童トラホーム」『国家医学会雑誌』第317号，1913年７月20日，p.p.453−455。

(43)　安西茂太郎「学童トラホーム」『国家医学会雑誌』第317号，1913年７月20日，p.449。

(44)　本稿では，1910年代の労働者の状態について，主に，岩井サチコ・早川紀代「『生活貧困』と婦人労働・児童問題−1910年−20年の状態ー」（東京歴史科学研究会編『転換期の歴史学』合同出版，1979年，p.p.235−269）を参考にした。

(45)　岡実「職工の生活状態」『生活古典叢書７　家計調査と生活研究』光生館，1981年，p.57。

(46)　岡実「職工の生活状態」『生活古典叢書７　家計調査と生活研究』光生館，1981年，p.68。

(47)　職工20人の職業は，木工工場２人，鉄工場３人，製釘工場１人，機械製作工場３人，造船所１人，電気１人，瓦斯会社機械１人，護謨工場３人，織物工場１人，煙草工場３人，理髪業１人である。（高野岩三郎「東京ニ於ケル二十職工家計調査」編集・解説中鉢正美『生活古典叢書７　家計調査と生活研究』光生館，1981年。）

(48)　中鉢正美「家計調査と生活研究」『生活古典叢書７　家計調査と生活研究』光生館，1981年，p.p.20−22。

(49)　『生活古典叢書７　家計調査と生活研究』光生館，1981年。

(50)　森本の国民所得標準の算出方法（統計技術や資料操作）に関しては後に議論となったが，「森本の主張の内容を積極的に否定するものとはなりえなかったと判定すべきであろう」（中鉢正美「生活水準の国際比較」『生活古典叢書７　家計調査と生活研究』光生館，1981年，p.36。）とされていることから，データはそのまま転載した。

(51)　暉峻義等「二三の社会的問題の医学的観察（下）」『国家医学雑誌』第388号，1919年５月，p.340。

(52)　暉峻義等「二三の社会的問題の医学的観察（上）」『国家医学雑誌』第384号，1919年１月，p.6。

(53) なお，細民世帯では家賃１円50銭－２円50銭の４畳半から３畳１室であった。(岩井サチコ・早川紀代「『生活貧困』と婦人労働・児童問題－1910年－20年の状態－」東京歴史科学研究会編『転換期の歴史学』合同出版，1979年，p.240。)

(54) 岩井サチコ・早川紀代「『生活貧困』と婦人労働・児童問題－1910年－20年の状態－」(東京歴史科学研究会編『転換期の歴史学』合同出版，1979年，p.242。)

(55) 暉峻義等「二三の社会的問題の医学的観察（上)」『国家医学雑誌』第384号，1919年１月20日，p.29。

(56) 安西茂太郎「学童トラホーム」『国家医学会雑誌』第317号，1913年７月，p.452。

(57) T・T生「トラホーム患者の処置に就て」日本トラホーム予防協会『トラホーム』第21号，1921年３月。

(58) トラホーム治療費。

小学校トラホーム治療費－下関市小学校の事例（安西調査より）

○1911年度

＜治療成績＞

・治療回数　426回・加療人数　1430人・加療延べ人数　39102人・１回平均の加療人数　91.8人・治癒者数　1123人・治療者の要した１人平均加療回数　19.8回・転退学の為め治療を中止した者の人数　25人・年度末の未治者数　282人・治癒の比率　78.5%（治療中止者を除くと79.9%）

＜費用＞

・器具器械の新調に要した費用　186円42銭・薬品の購入に要した費用　70円26銭（１人１回の薬品費平均１厘８毛弱）・その他の費用　205円74銭・合計　426円42銭（１人１回の総費用平均１銭２厘弱）

○1912年度

＜費用＞

・器具器械の補給に要した費用　126円86銭・薬品の購入に要した費用　101円26銭（１人１回の薬品費平均１厘５毛弱）・助手給料　465円35銭・その他の費用　171円45銭・合計　864円92銭（１人１回の総費用平均１銭３厘弱）

学童トラホーム治療費（1911年度）は，市会の決議により423円が市の予算から支出された。

岡山県の一般トラホームの治療費は以下のようである。

「岡山県苫田郡　既記の如く去廿八日津山町郡会議事堂に於て開催，久原会長以下着席，事務報告，久山郡長は目下蔓延の状態にあるトラホームに対する措置上に付き諮問し，同時に貧民程度は町村長をして精査報告する所に基き施療者一般患者に対しても可成施術料を低減され度く，又衛生思想涵養の必要に際せる場合臨機講演会等を催ふされたしと希望せしに対し，久原会長は三月二日以来検診料規程を定め貧困者には施療，一般に対しては手術料一回金五十銭以内迄服薬一剤五瓦に付六銭以内洗浄薬一剤金二銭以内点眼一回一銭と定め実施せる旨を答へたり，…

因に同県に於ては既報の通り昨年十一月訓令を発しトラホーム予防施設上に関し本年一月以来準次管内各地医師会と連絡し之が予防撲滅に着手中なりと」。(『医海時報』第924号，1912年３月９日。)

トラホーム治療の検診医の日当は以下のようである。

「同県（岡山県ー注三井）真庭郡　既記の如く去る十日春期総会開会トラホーム検診其他に関する件を左の如く決議せり

一，検診医の日当を三円とすること一日間の検診人員百五十人迄，二，町村に於て検診日以外各自任意に検診を乞ふ者の検診料を一人に付き金五銭とすること三，洗眼料一回を金二銭とすること但し町村長の証明ある赤貧者に対しては施療すること，四，洗顔，点眼薬価は半額とすること五，手術は一日金四銭以上とすること」。(『医海時報』第926号，1912年３月23日。)

府県のトラホームの治療状況。栃木県の例。

「トラホーム団体治療　栃木県に於ては警察取締に属する諸営業者は逐年トラホーム患者減退の趨勢なるも壮丁及学校生徒等は反て増加の傾向あり其の原因主として家庭に於ける治療方法の不備なるを以て衛生組合等の当事者に諭し，部落団体に対する治療期間を設けしめ，部落の人口全部に渉り警察医参加の上検診を行ひ，患者に対しては三ヶ月の期間治療を続行せしむること、せしに其成績可良にして患者千七百二十一人中全治千七十七人なりしといふ」。(『医海時報』第943号，1912年7月20日。)

(59)　『官報』第1992号，1919年3月27日。

(60)　『官報』第2116号，1919年8月23日。

(61)　政府委員杉山四五郎の治療費に対する答弁より。(第41回帝国議会衆議院「『トラホーム』予防法案委員会議録（速記）第七回」(1919年3月5日)『帝国議会衆議院委員会議録』21，臨川書店，1983年，p.338。)

(62)　内務技師古見嘉一「本邦に於ける『トラホーム』の予防」『トラホーム』第28・29号，1923年4月，p.8。

(63)　『官報』第4393号，1898年2月26日。

(64)　『文部省例規類纂』第3巻，大空社，復刻版，p.141－142。

(65)　『文部省例規類纂』第3巻，大空社，復刻版，p.142。

(66)　府県の実践には，学校職員をして点眼させるもの，看護婦を雇って点眼・洗浄をさせるもの（後に学校看護婦へと発展），トラホーム治療表を交付し開業医のもとへ通院させて時々治療表を検閲し督励するもの，などのおよそ3種に分けられる。(『学校保健百年史』，p.98。)

(67)　『文部省例規類纂』第3巻，大空社，復刻版，p.p.661－662。

(68)　『文部省例規類纂』第3巻，大空社，復刻版，p.662。

(69)　『文部省例規類纂』第3巻，大空社，復刻版，p.662。

(70)　『文部省例規類纂』第3巻，大空社，復刻版，p.662。

(71)　この文部省普通学務局長赤司鷹一郎の発言は，第41回帝国議会衆議院「小学児童口腔衛生施設ニ関スル建議案」委員会において，秋山金也が小学児童の口腔衛生思想の普及，小学校内の口腔に対する治療所設置などの構想を文部省がもっているかどうかと質問したことに対して，文部省普通学務局長赤司鷹一郎が答弁した内容の一部である。(第41回帝国議会衆議院「小学児童口腔衛生施設ニ関スル建議案委員会議録（速記）第二回」(1919年3月24日)『帝国議会衆議院委員会議録』22，臨川書店，復刻版，1983年，p460。)

(72)　文部省監修，日本学校保健会編集『学校保健百年史』第一法規出版，1973年，p.p.98－99。

発病者の処置には，学校に於てトラホームに罹りたる児童を発見したる時は児童の家庭に通知し治療をなさしむること，眼分泌物ある時若くは重症者にして伝染の恐ある時期は登校を禁ずること，トラホームに罹り登校停止中の者再び登校に際しては校医の診断を経てその可否を決することなどであった。また，病児の治療に関しては，市町村をして学童を無料にて治療する方法を講ぜしむること，無料治療は之を強制せず保護者の依頼又は承諾を経ることなどであった。

(73)　日本の学校医制度は，ライプチヒ市の学校医制度をモデルとしたものである。(文部省監修，日本学校保健会編集『学校保健百年史』第一法規出版，1973年p.114。)

(74)　「第3回学校衛生講習会に対する感想」『日本学校衛生』第5巻第1号，1917年1月5日，p.p.30－31。

(75)　大西永次郎『学校体育と学校衛生』保健衛生協会，1941年，p.p.214－215。

(76)　『医事新聞』第904号，1914年6月25日，p.p.79－80。

(77)　『眼科臨床医報』第102号（第9輯第6折)，1914年6月10日，p.p.250－251。

(78) 『医事新聞』第904号，1914年6月25日，p.p.79－80。

(79) 『帝国義会衆議院議事速記録』32，東京大学出版会，1981年，p.712，p.p.723－726。

(80) 『帝国義会衆議院議事速記録』32，東京大学出版会，1981年，p.826。

(81) 「日本虎眼予防協会」『教育時論』第1123号，1916年6月25日。

「斯る国辱的なる一大国民病を予防撲滅せんには，国民挙つて之に当るの覚悟なかるへからす，…尚ほトラホームと下層社会ー労働問題の関係を研究して，如何にして其の目的を貫徹すべきかに注意すへし，従来の如き外観厳めしくとも国民に同情なき又誠意なき方法，機関は全然之を排し，又予防撲滅の中堅たる医師，医師会に於ても益々トラホーム予防知識を養成し，徒らに自己の都合を本位としたる打算的の謬見を打破し，須らく国家的観念を以て之を援助するに於ては，区々たる財政問題の如きは憂ふるに足らざるべし（下線ー注三井），斯くして始めて頑強なるトラホームの根底を覆へすの時に達すへきを思ふ，諸氏以て如何となす！？（T生）」(「日本のトラホーム問題」『トラホーム』第22号，財団法人日本トラホーム予防協会，1921年7月，p2。)

(82) 「第3回学校衛生講習会に対する感想」『日本学校衛生』第5巻第1号，1917年1月5日，p.p.30－31。

(83) 「第3回学校衛生講習会に対する感想」『日本学校衛生』第5巻第1号，1917年1月5日，p.p.29－32。

(84) 学校医導入期（1898年）の医師の反応は次のようなものであった。ここでは，鳥取県の小学校医の事例をあげたい。

「県下各小学校の学校医は近来続々任命せらる。而して之等に支給する俸給は，年額大抵五円内外のものにて，十円以上に及ぶもの稀なり。中には一円二円という低額のものさへもあり。嘱託と申すもの、余りといへば余りなり。若し果して此の支給額が，彼の労力に対する報償なりとせば，其の労力は甚だ僅少なるべくして，従って校医設置の旨趣，学校衛生の目的に副ふや否やは，疑はしといふものあり。而も学校医という名目の，彼等の社会に新奇なるにてか，無上の名誉職として，強望するの傾向あるは，吾等の社界に取りて幸福事とせざるべからず」。(『教育時論』第483号，1898年9月15日。)

学校医はその職務の内容から見て俸給は少額だった。しかし，その職に就くことによる社会的地位の獲得という点に，当時の医師達には意味があった。学校医の社会的名誉職的地位はその後も続いた。

「地方の町村に於ける開業医は押しも押されもせぬ第一流の人物であるから，町村会議員，学校医，学務員，其他公共の名誉職は殆んど悉く独占領の有様で，吉凶吊祭何れの時，何れの場所に赴くとも必ずや上席に薦められる。夫れであるから，衣裳は特に立派で風采は堂々たるが故に，其地方の宴会などでは大にもてる」。(『医海時報』第1071号，1915年1月1日。)

(85) 『トラホーム』第30・31号，財団法人日本トラホーム予防協会，1923年12月，p.p.44－45。

(86) 川上武『医学と社会』勁草書房，1968年，p.73。

(87) 『医海時報』第1071号，1915年1月1日。

これらの外にも開業医の生活を圧迫する諸原因を挙げている。

(88) 『医海時報』（第1079号，1915年2月27日）の記事「医師生活問題と総選挙」では，「少数の特別資格者と先祖伝来の財産を有して居るものは別として，少なくとも医術を今日の職業として執務する程のものに医師生活問題が日に月に犇々と押寄せて来ることを痛切に感じないものはない筈である。…勿論困難となった其の機転と云ふにもいろいろあるが，医師の社会的地位の向上と云ふことも，慥かに其の一，一般社会生活の進歩と云ふことも其の一，而して競争者が多くなったのも其の一，医師の生活領域を侵すものが多く現はれて来たのも其一」として，特に父兄から修業して，あるいは自ら修業して医師となった者の生活問題は最も深刻であるとしている。

(89) 「学校卒業」者数は，大学卒業者と官公私立（指定）医学専門学校卒業者の合算である。「その他」は，

奉職履歴者と従来開業（子弟を含む）者と限地開業者の合算である。

(90) 川上武『現代日本医療史』勁草書房，1980年，p.p.333－334。

(91) 『教育時論』第1100号，1915年11月５日。

(92) 「学校衛生の不振」『医海時報』第1084号，1915年４月３日。

(93) 『学校保健百年史』，p.117。

(94) 実人員ではなく学校医設置校数で年額平均手当を出すと，1910年代は10円代で推移し1926年以降は45円前後で推移した。その傾向は実人員の傾向と同様であった。設置数と年額手当の関係は1940年まで分かるので，1930年代についてはそれを元に実人員１人当たり年額手当の傾向を推測した。

(95) 文部省普通学務局『第二回学校衛生主事会議録』，1917年10月，p.p.31－32。国立国会図書館所蔵。

(96) 文部省普通学務局『第二回学校衛生主事会議録』，1917年10月，p.p.32－35。国立国会図書館所蔵。

(97) 『医海時報』第946号，1912年８月10日。

(98) 文部省普通学務局『第二回学校衛生主事会議録』，1917年10月，（第１回の記録は，第二回議録の付録として掲載してある。），文部省普通学務局『大正八年六月　学校衛生主事会議録』，1920年８月，文部大臣官房学校衛生課『大正九年十年　学校衛生主事会議録』，1921年12月。いずれも，国立国会図書館所蔵。

(99) 「衛生教育改善建議」『教育時論』第1151号，1817年４月５日。
他の３つは，「学校医会を設置せられたきこと」，「学校衛生主事を設置せられたきこと」，「教育者に学校衛生の知識を普及せられたきこと」であった。

(100) 第40回帝国議会衆議院「『トラホーム』病予防ニ関スル建議案委員会議録（速記）第二回」（1918年３月６日）『帝国議会衆議院委員会議録』18，臨川書店，1983年，p.239。

(101) 第40回帝国議会衆議院「『トラホーム』病予防ニ関スル建議案委員会議録（速記）第二回」（1918年３月６日）『帝国議会衆議院委員会議録』18，臨川書店，1983年，p.241。

(102) 政府委員杉山四五郎の発言。第41回帝国議会衆議院「『トラホーム』予防法案委員会議録（速記）第七回」（1919年３月５日）『帝国議会衆議院委員会議録』21，臨川書店，1983年，p.333。

(103) トラホームクラジミアは，「新生児の結膜炎の病原として最も高頻度に認められる。クラジミア陽性の母から生まれた新生児のおよそ30～50％が結膜炎になる。潜伏期は５～14日。これらの半数が鼻咽頭にも感染している。結膜炎の程度は様々で，ほとんど眼脂を認めない例から混濁した膿性分泌物，結膜水腫，ひいては偽膜形成まで伴ったものまである」。治療法は，「結膜炎に対してしばしば点眼薬が使用されているが，鼻咽頭感染の存在を考えれば，局所療法は不必要かつ不十分なことが理解できる」。（武内可尚「トラコーマクラミジア」『小児科臨床』第52巻第４号，日本小児医事出版社，1999年３月，p.p.640－641。）

(104) 『医海時報』第1079号，1915年２月27日。

(105) 大霞会内務省史編集委員会『内務省史』第４巻，大霞会，p.394。

(106) 「小橋内務次官訓示」『大正七年六月衛生技師会議ニ於ケル訓示並講演』内務省衛生局，1919年８月，p.p.１－２。国立国会図書館所蔵。