

ジェイムス・ライリー著／門司和彦・金田英子・松山章子・駒澤大佐訳

『健康転換と寿命延長の世界誌』

大 森 弘 喜

一七九一年に三五歳の若さでモーツアルトが夭折したのを、私はずっと早すぎる死と思っていたが、本書を読むと、当時としては平均よりも幾分長生きだったらしい。というのは、一八〇〇年頃、地球の人口は約十億人で、その平均寿命はおよそ三〇歳だったからである。「本書六頁」ところがその二百年後の現在では、人口は六〇億人、平均寿命は六七歳に達した。我々がかつてない長寿の時代に突入したのである。

本書でいう「健康転換」とは、死亡率が傾向的に低下し、人の寿命が明瞭に延長する事態を指す。著者のライリーは、この地球規模での寿命延長を概観し、その要因を本書で探ろうとする。これは大胆な試みであり、人口学、医学、公衆衛生学、経済史学など広範囲にわたる膨大な研究蓄積なしにはなし得ない。

『健康転換と寿命延長の世界誌』

本書の構成は大略次のようになっていて、そして著者によれば、公衆衛生以下の六つの要因は、健康転換に影響を与えた重みの序列だという。

序章 寿命の地球規模革命

第一章 健康転換小史

第二章 公衆衛生

第三章 医療

第四章 富、所得、経済発展

第五章 飢餓、栄養不良、食生活

第六章 家庭と個人

第七章 識字と教育

まとめ

以下、順次本書の内容を掻い摘んで要約し、その章ごとにコメントを付す。

序章「寿命の地球規模革命」では、本文で展開される内容が予備的に簡潔に要約されるだけでなく、著者の見解も披瀝される。健康転換の国家レヴェルでの研究の嚆矢は、かの人口学者マックオウンの研究である。訳者は「マキューン」と表記しているが、これは昔のもので、近年では「マックオウン」と表記するのが普通である。マックオウンは、イングランドとウェイルズにおける死亡率減少にもっとも寄与したのは、公衆衛生の改

善や医療の進歩ではなく、栄養改善であると主張した。低栄養からの解放による免疫力の増進が、ヒトを病気に罹りにくくし、その寿命延長に寄与したと説いたのである。

著者はマックオウンのこの説が妥当なものでどうか、またそれが妥当なものであるとして、それが他の地域や他の時代にも当てはまるのかどうかを、検証するという。

健康転換というのは、人口学と疫学の研究成果を衝き合わせたところに生まれた概念であるが、マックオウンの研究に触発されて、その後幾つかの研究が続いた。著者が注目するのは、アブダル・オムランの「疫学転換」という考えである。それは死因となる病気の変化に注目したもので、かれによれば、二〇世紀には、感染症による死亡から慢性臓器疾患による死亡への転換、すなわち「疫学転換」が起こったという。著者はオムラン説を土台に、自説で補正して、疫学転換から生まれた寿命延長、すなわち「健康転換」をつぎの四つのステージに区別する。

第一ステージは、一六七〇年から一七五〇年までの間で、腺ペストやチフスなどの疫病による死亡が緩和された時代。だがまだ寿命へのそれらの影響は限定的だという。

第二ステージは、一七五〇年から一八九〇年までで、幼児と若者の感染症死亡の減少が見られる時代。天然痘、猩紅熱、百日咳など感染症全般の死亡率が低下した。ただ一歳児以下の乳児と六五歳以上の高齢者の死亡率は、まだ劇的な変化は見られない。

第三ステージは、前後のステージと重なるが、一八五〇年頃以降で、呼吸器系疾患、とくにインフルエンザにおける結核死亡と、乳幼児の死亡が急激に減少する段階。

第四ステージは、北西ヨーロッパで一九〇〇年頃に始まり現代まで続く段階で、感染症死亡が減り、乳幼児の死亡率が低下する反面、癌や循環器系疾患が主たる死因となる時代である。これを表現する「生活習慣病」なる語が人口に膾炙する。

右の段階区分は、北西ヨーロッパでの経験をもとにつくられたものだが、著者は「十分に満足のいく描写である」「一五頁」と、自画自賛している。しかし、よく読むと幾つかの点で疑問を覚える。

まず、段階区分が曖昧で重複している。とくに第二ステージは長すぎて、第三ステージと重なることが気になる。そして、第三ステージの最後の年代がはっきりしないことも不満である。

もっと根本的には、第一章「健康転換小史」で叙述されていることが、右の段階区分の説明と合致しないことである。第一節「健康転換」いつ、どこで、と題された箇所で、「健康転換は一八世紀の北西ヨーロッパで、時には中断されながらも寿命の持続的延長というかたちで始まった。」と述べる。「三〇頁」十分な立証なしに、この「一八〇〇年頃に始まった寿命延長」が以後の議論の前提となる。これは正しいのだろうか。

著者自身の掲出したデータや図の内容をもとにこの点を吟味してみよう。

図一 一は、「スウェーデン、イングランド、フランス、オランダの一七三五年、一八二五年の粗死亡率」「三三頁」である。これを見ると四力国のなかでは、イングランドがもっとも粗死亡率は低いが、それでもこの期間を通じて傾向的に低落しているとは決して云えない。一七三五年頃のそれが二六%、その後は、二五、三〇%の幅の中で変動していると看取される。最後の年一八二五年でもイングランドの粗死亡率は、この表で見る限り、

二五%のままである。フランスは変動の振幅が大きく、一七五〇年頃四〇%、その後はいくぶん死亡率は低下するが、しかし三〇%前後である。スウェーデンも変動幅が大きい、この九〇年間に死亡率の傾向的低落が生じたとは断定できない。

次に、図一三「余命増加の速度」(三四頁)は、一七九〇年以降のイングランド・ウェイルズ、一八八〇年以降の日本、一九一五年以降のインド・ケララ州について、「死亡率低下開始以後の年数」と平均寿命との関係を示している。イングランド・ウェイルズでは、一七九〇年の平均寿命三五歳強が、「離陸」(これは私の表現だが、要するに「停滞していた平均寿命が上昇し始める時期」を指す。)するのは、九〇年から一〇〇年後、つまり一八九〇年以降であることが示されている。すなわち一七九〇年頃の平均寿命三七歳前後が、一八九〇年頃には四五歳前後になる。とはいえ、本格的な寿命延長は、イングランドでも開始から一五〇年後、つまり一九四〇年代であることが読み取れる。

日本は一八八〇年の平均寿命が三六歳程度だったが、その五〇年後に最初の離陸が起こり、さらにその二〇年後に二回目の離陸が生まれている、と読める。つまり、一回目の離陸は一九三〇年頃で、日本人の平均寿命は五〇歳近くになり、戦後一九五〇年頃に生じた二回目の離陸で、平均寿命は六〇歳を超えるようになったことがこの図から分かる。

要するに著者の掲げるデータからは、第一ステージ(一六七〇～一七五〇年)に、死亡率の低下や健康転換が起こったとはとても云えないし、また第二ステージの一七九〇年頃から寿命延長が始まったことも確認できない。それは著者自身も認識しているように、「一八〇〇年以前、あるいは一九〇〇年以前には世界の多くの地域では、

信頼できる寿命のデータはほとんどない。「三〇頁」からである。したがって、「一七五〇年ころに疫学転換が始まった」、あるいは、「一八〇〇年以前に北西ヨーロッパで始まった持続的な寿命延長は、一九世紀初頭に他の地域にも広がっていった。」「三二頁」というのは、推測の域を出ない。

私の乏しい研究によれば、イングランド・ウェイルズで明瞭な死亡率の低下が認められるのは、一九世紀後半、著者のいう第二ステージ後半である。すなわち一八五一年から六〇年までの平均死亡率は二一・二%であり、その五〇年後のそれは一八・一%であるから、およそ一五%減じたのである。これに貢献したのは、肺結核、腸チフス、胃腸病、熱病、猩紅熱、天然痘などの病死率の低落であった。だが、コレラや麻疹、赤痢、百日咳などの感染症は目立つた減少を記録していない。⁽¹⁾

つまり、最も早く健康転換が起こったと思われる北西ヨーロッパですら、どんなに早くとも一九世紀半ば以降ではないかと思われる。

日本についても、著者は東欧やアメリカ、ラテン・アメリカのいくつかの国々とともに、一九〇〇年までには健康転換が始まったと断言するが「三一頁」、これも右に見た通り怪しい。その三〇年後ではないかと思われる。

その日本の健康転換は、「和魂洋才」つまり伝統的な方法と西洋医学など外来技術がうまく融合して成し遂げられたという。「四五頁」明治政府による医療・保健政策は、西洋医療の技術的導入により、種痘やコレラなどの伝染病死を抑制し、専門医よりは一般医の養成に重点をおき、その反面では国民に公衆衛生観念を教育し、従来の「養生」論を活用した。それが、欧米よりはるかに貧しい日本でも寿命の延長が実現した秘密であったという。この点は我々にも理解できるし、妥当な見方だと思つ。

第二章は「公衆衛生」である。この觀念自体が都市化と緊密に結びついている。限られた都市空間にかなり人間が住むことは、疫病の被害をこれまでより遙かに甚大にするのである。著者はとりわけヒトの排泄物の危険を指摘する。その不適切な処理が細菌や寄生虫の発生と増殖を招き、腸疾患を増加させるといふ。

著者は不思議なことに、ミアズマ説なる用語を用いずに、ゴミや有機物の腐敗、淀んだ水などの危険を云い、悪臭が病気をもたらすと信じられていたと語る。この辺りの本書の説明は散漫で、ミアズマ説とコンタギオン説を用いて、病因学説とそこから導き出される公衆衛生対策を論じてくれたら、読者ははるかに理解しやすかったと思われる。

「衛生革命」は著者によれば、一八四九年と五四年のロンドンにおけるコレラ流行を解明したジョン・スノウに帰せられる。スノウはよく知られたように、テムズ河下流域で取水され供給された飲み水が、コレラの発生源であることを疫学的に立証したのである。テムズ河にはコレラ患者の排泄物や衣類を洗濯した水が捨てられていたのだが、ある水道会社はそうと知らずにこれを取水し、ロンドン南部地域一帯に給水していた。その水を専ら飲む住民にコレラ被害が集中したことが、かれの研究で明らかにされ、コレラが水系伝染病であることが疫学的には証明されたのであるが、スノウはその病原菌を発見することはできなかった。とはいえコレラ流行とスノウの飲み水説は、疫病対策としての上水道の敷設と水洗トイレの普及、そして密閉型下水道の敷設を後押ししたと著者は云う。

「衛生革命」が厳密に定義されていないので難儀するが、著者によれば、ヒトの排泄物がいくつかの病気の原因と認識し、これを衛生的に処理することを指すと解される。「五七頁」具体的には上水道・下水道、そして下

イレの水洗化であろうか。だが私に云わせれば、これは過度の表現であり「衛生改革」くらいの表現が妥当ではないか。

では本題に戻って、イングランドの衛生改革は著者の云うように、ジョン・スノウのコレラ水系伝染病説に基づいて進められたのだろうか。答えは「ノン」である。アッカークネヒトを筆頭に進められた研究によれば、スノウ飲み水説は、イングランドあるいはロンドンでも、医学者や衛生家に受け容れられることはなかったのである。かれの説が広く認められるのは、一八八三年のコッホによるコレラ菌の発見と、一八九二年のハンブルクにおけるコレラ流行に際してであった。だからスノウの飲み水説に基づいて、イングランドで衛生改革が進められたという著者の説は誤りである。

そのことは著者自身も薄々気づいているようで、結論部分では次のように述べている。「本稿で論じた保健の諸施策は、経験にもとづき明確な目的をもった理論の応用である。しかしながら、衛生の改善につきものなのは、死亡対策の願いの強烈なあまり、新しい説を十分に調べ熟考することなく実施に移してしまうことである。ヨーロッパの人々は病原体説の実証を待たずに、これらのシステムが感染症全般を防止するものとの期待から、衛生システムの構築を始めた。」(六九頁)

この引用文はそのまま読み流してしまいそうだが、注意深く読むとかなりの問題を含むことが分かる。著者は、イングランドでなされた衛生改革が、「新しい説を十分に調べ熟考することなしに実施された」と述べる。「新しい説」は、スノウの飲み水説を、あるいはその後のパストゥールとコッホによる病原細菌学説を指すと思

われるが、いずれにしても、これは前述した自説の否定である。

では、イングランドやフランスで実施された衛生改革が、医学的知見とくに病因論とは関係なく進められたのか、と云えば、それは「oui et non」。つまり「半ばは然り」であり、「半ばは然らず」である。

「半ばは然らず」というのは、上水道、とくに下水道敷設は日常の必要に迫られて進められたからである。パリでもロンドンでも、人々は中世来の慣行として日常の「ミシ」尿管の一部、家庭廃水などを道路に捨てていた。

「すべてを道路へ」である。だが人口密集地の大都會でこの方式による汚物処理は、雨が少ないことも手伝って限界に達していた。それゆえ、一八世紀以前にすでに着手されていた下水道敷設が一九世紀に入ると精力的に進められたのである。パリでは一八三〇年代にランビュトー知事により開始された下水道埋設が、第二帝政期にオスマン知事とベルグランによる暗渠式下水道回廊に引き継がれた。ロンドンでは、一八四〇年代にチャドウィックにより計画された下水道網の建設は、一八五〇年代末の「幹線下水道」により完成したのである。

では、この事業が医学的知見とは関係なく進められたのかといえはそうではない。そのきっかけを与えたのは疫病の流行、とくにコレラ流行であった。

そしてこれを契機に「半ばは然り」の状況が生まれたのである。コレラの原因解明の過程で、昔からあったミアズマ説（瘴気説）が勢いをまし、よとんだ水、動植物の腐敗、動物や人間の排泄物の腐敗などから立ち上る「臭い空気」が、体液の不調をおこし、コレラなどの病気に罹らせると主張されるようになった。ミアズマ説は折からの自由主義的思潮にも援護されて支配的な病因学説になり、病原細菌学説が確立した後まで影響力をもっていた。つまり、「悪臭」を発生するものを除去することが、公衆衛生事業の中核になったのである。それは下水や

汚水を地上から地下の暗渠式下水道に導き、一定の速度で流出させることであつた。

これがライリーの云う「ヨーロッパの人々は病原体説の実証を待たずに、中略 衛生システムの構築を始めた。」真の理由である。それにしても、「病原体説の実証を待たずに」という表現は、「歴史の後講釈」を感じさせる。コッホによる病原細菌の発見よりも半世紀も前に始められた都市衛生事業が、生まれるかどうかも分らない「新しい説の実証を待つ」必要など微塵もないからである。歴史家としては軽率である。

さらに云えば、衛生システムの構築が「感染症全般を防止するとの期待から」始められたというのも正確ではない。「感染症」という認識すら当時にはなかつた。一九世紀の前半、「コレラだけでなく多くの流行病(はやり病)は、ヒトからヒトへうつるといふ確たる証拠はなかつた。それらは「醗酵性病」と呼ばれ、ミアズマにより発症すると考えられていたのである。

この章の後半では一九世紀に猛威を振るつた肺結核が叙述されるが、著者の説明は私にはゆるく思える。「当時の公衆衛生は結核予防の主要な活動の舞台だつたわけである。」「六六頁」と云うが、その公衆衛生の自身が見えてこない。また「一九世紀末頃まで、発病者は療養所や病院に隔離されることのほうが多かつた。」「六七頁」と云うが、これも正しくはない。庶民の結核患者の大部分は自宅で、ひっそりと死を待つほかはなかつたのである。ドイツを除くと、イギリスでもフランスでも、そして日本でも一握りのブルジョワや富裕層だけがサナトリウムで療養できたのである。⁽³⁾

ただ著者の言で注目さるべきは、「下水道なしで水系感染症対策」が効果を挙げた経験が語られる箇所であ

る。確かにイギリスやフランスの下水道ネットワークの構築とその維持管理は、膨大な経費がかかるので、後発国がこれを導入するのは難しい。それなしで効果が挙げられるならそれに越したことはない。その例が日本で、簡易便所や簡易汚水処理でもって、水系感染症の罹患や病死を減らすことができたという。「六八頁」

だが、これを採用できるのは、先進国でも後発国でも農村部に限られるように思う。都市の多層階の集合住宅や店舗、公的施設などで、水洗トイレや下水道網なしではとても生活できないのは自明の理である。ヒトの集住する場所に西洋式の衛生システムが不可欠なことは変わらない。

第三章医療は要領よく描かれている。洋の東西を問わず、近代までは「伝統医学」が人々の健康を診てきたが、「一九世紀後半から西洋医学（生物医学）が出現した」という。著者は、おそらくは病原体説（病原細菌学説）を念頭にそう記したに違いないが、川喜田愛郎『近代医学の史的基盤』（岩波書店、一九七七年）を紐とくまでもなく、一九世紀後半よりも前に西洋医学はかなりの蓄積があることは明瞭であり、この辺りにもやや軽率なところが認められる。

それはともかく、「伝統医学から西洋医学への転換は、ヨーロッパでは比較的スムーズにいったという。それは一九世紀の半ば頃までに大学医学部を卒業した正規の開業医たちが、伝統的医術者ら（接骨医、刺絡医、産婆、教区聖職者）にとって代わったからである。これが決定的になるのは、医師免許法の制定であった。とはいえ多くの国や地域では、庶民はすぐに伝統的医術を見捨てたわけではないし、現在でもアフリカのボツワナでは、住民は伝統的医術と西洋医学を使い分けしているという。」「八六頁」

パストゥールとコッホという二人の巨人により切り開かれた病原体説（私は病原細菌学説の表記がよいと思う）により西洋医学は確固たる地位を占め、ヒトの病気を治療し、その寿命を伸ばすことに貢献した。ワクチンの開発、血清療法、そして抗生物質の発見により、不治の病気の治癒とひいては死亡率の低下に寄与したことに異論あるまい。ただ著者のいうように、ヨーロッパではこれらの特效薬の開発以前に、その薬がきく病気、例えば肺結核や梅毒の死亡率が低下していたので、「劇的な効果を發揮した」とは云えないが、後発国においては、それらは死亡率を大きく下げのりに貢献したのである。著者は、ナイジェリアでは一九六三年から八〇年にかけて平均寿命が十四年も延びたという。「九六頁」

西洋医学が病原細菌学に依拠し、さまざまな医薬と医療器械により人々の死亡率、発症率を引下げ、疾病期間を短縮させ、ひいては寿命を延長させたことは紛れもない事実である。その反面、有病率を大きく引き上げることに繋がった。これは我々日本でも実感できることで、それはそれで別の問題、例えば延命治療や医療費の増大などの問題などをひき起こしている。

西洋医学システムの導入には、かなりの投資と経費が嵩むことがネックである。そこで途上国では、母親と子どもを中心に「基礎的健康ケア」を実施し、効果をあげているという。

著者はバランスよく伝統医学や医術を叙述している。西洋医学のもつ技術的側面と伝統医学の精神的、文化的面での不健康を扱う側面とを使いわけることの大切さを訴えているが、この点は首肯できる。

第四章「富・所得・経済発展」は、健康や寿命と経済的豊かさの関係を扱う。常識的には、豊かになれば死

亡率は下がり、寿命は伸びると誰しもが考える。これを著者はいくつかのデータをもとに検証する。図四 一は「ヨーロッパ一〇カ国の一人当たり国内総生産と粗死亡率」（一八二〇年）を示すが、これを見る限り、確かに著者の云うように、富と死亡率の間に密接な関連性は認めがたい。しかし、思うに一八二〇年には死亡統計も経済統計もきちんと整備されていた訳ではないので、元のデータそれ自身の信憑性が問われる⁴。

むしろ、図四 二「ヨーロッパ六カ国の一人当たり国内総生産と粗死亡率」（一八三〇～一九二〇年）の方が私には示唆的である。これによれば、イタリアとスペインを除き、フランス、ドイツ、ベルギー、スウェーデンでは、一人当たりの富が増大すれば死亡率は反比例的に低落していることが窺える。ところが、著者はこれをなぜか否定してしまう。「結論としては、一九世紀のヨーロッパの横断的、時系列研究のいずれによっても、所得と生存率との持続的ないしは密接な関連性を得ることはできない。」という。「一二頁」ここで突如として「生存率」が出てくるのも解せないが、ところが、その二頁後ろでは「一九世紀のヨーロッパで認められる所得の増加と高い生存率との間にある弱い相関」と述べて、両者の相関を認める。

さらに著者の掲げる二〇世紀の平均寿命と所得の関係を示すいくつかの図、図四 四（一九四〇年）、図四 五（一九六〇年）、図四 六（一九九七年）を見ると、所得と平均寿命との間にかなり明瞭な相関が読み取れる。例えば、図四 六（一九九七年）を見ると、四八カ国のかんりの国々では一人当たり所得と平均寿命の間にプラスの相関、すなわち所得が高ければ、寿命も長いという関係が認められるのである。もちろん例外はあって、例えばガボンでは、所得が高いのに寿命は短い。このカテゴリーに入るのは、ジンバブエ、ウガンダ、ブルキナファソである。反対に、所得が低いのに平均寿命が長いのは、フィジー、スリランカ、アルバニアなどである。こうし

た一般傾向から逸脱した諸国にはそれぞれ特有の事情、例えば前者であれば、戦争や内乱などが絡んでいると思われる。

それはともかく、一般的に云うなら、豊かな国の住民は平均寿命が長いと云つてよさそうである。だからこそ著者も暗々裡に、寿命が「予想値」以上とか、「予想値」以下という表現をしているのである。これを一国内の富の分布と寿命とに当てはめれば、富裕層は寿命が長く、貧困層は寿命が短いということになる。その推論は一九世紀以降のイングランドでは証明される。そこでは富裕層と貧困層の社会格差は、寿命の点でも身長点でも明瞭に看取されるという。「一三三頁」

それにしても、この辺りの叙述や記載には不備が目につく。先に紹介した一九世紀の寿命と所得の関係を探る図(図四 一と図四 二)には、データの豊富なイングランドが抜け落ちている。これは訳者も指摘しているが、まったく不思議なことで、本文の叙述とつまく合わない。さらに一二二頁の小見出しは「先進国の二〇世紀の寿命延長」となっているが、図四 四から四 六までで扱われる諸国の大半は、いわゆる後発国である。タイと合わない。しかも残念ながら、それらの国々が図中のどれに該当するかが明示されず、一部しか記載されていない。私が知りたい日本、フランス、中国などがどれなのか、分からない。まことに残念なことである。

そうした不備をさておき、コールドウエルの「経済の足枷を解く」という視点は興味深い。つまり、経済的豊かさを欠いた地域や国でも、平均寿命を延長させることは可能であることが、インド・ケララ州における調査研究で判明したという。そこでは女性の社会的地位の向上と女性の識字率の向上が鍵らしい。

第五章は「飢餓、栄養不良、食生活」と寿命の関係を扱う。マルサスはその人口学原理のなかで、飢餓は人口増加の調節機構だと述べたが、著者によれば、ヨーロッパでは一八世紀末には飢餓による死亡率上昇の危機は姿を消した。それは、穀物の貯蔵法やその運搬手段の改善が作用していただけではなく、ジャガイモと豆類など食用植物の普及も、大きな役割を果たしていたという。「一四四頁」

この章でも著者の筆はあちこちに飛んで、まとめるのに難儀するが、一八世紀までのヨーロッパ人の食生活は量的には十分だったが、単調でバランスの悪いものだったという。一九世紀にはいると、食物の種類が豊富になり栄養状態が改善される。それは成長期に病気にかかる度合いが減ったことを通じて、寿命延長に寄与したと考えられた。この部分は、先の死亡率低下に低栄養からの脱却が作用したと主張するマックオウン説と共鳴している。

とはいえ、この段階ではまだ栄養と寿命の関係は定かではなかったようである。一九世紀末に栄養学が確立して初めて、カロリー摂取だけでなく、ビタミン類やミネラル類が健康に重要な作用を持つことが判明してくるのである。「一五六頁」こうして、ビタミンCと壊血病、ビタミンDとクル病との関係が解明された。

さらに二〇世紀も後半になって、それまでの前提に修正が加えられる。すなわち「栄養不良や栄養失調が深刻であれば、病気に罹りやすい」と自明の理のごとく考えられてきたが、研究により、栄養不良や失調は、主に「病気の予後に影響を与える」ことが判明したという。「一五〇頁」

ところで、二〇世紀にも飢餓は起きている。アフリカなどでは自然災害に伴う飢餓が幾度か生じている。著者の叙述で興味深いのは、政治の失敗による飢餓が社会主義国で生まれたことである。ソ連では一九三三年から三

四年にかけて、農業集団化の強制による収穫激減で飢餓が生じた。中国では一九五八年から五九年にかけて大規模な飢餓が生まれ、通常年より二六〇〇万人も多くの人命が失われたという。

現在、世界には約八億人が栄養不良に苦しんでいる。それが途上国における乳幼児の死亡率を押し上げている。これを解決するには、先進諸国による多様な援助が必要だが、そのあり方に一般法則はないと、著者はいう。さらに興味深いのは、そこでの乳幼児死亡率の減少に関連するのは、女性の政治的、文化的な地位の向上だということ。女性が出産と育児にイニシアティブをもつことが鍵らしい。

他方で、栄養過多という事象が生じている。かつての肉体労働が頭脳労働に変化したことや、食の好みが穀物から高脂肪食物へと変わったことが関与している。肥満とそれに付随する病気、例えば心疾患、糖尿病などが増えている。面白いと思っただのは、こうした現象は決して先進国に特有なものではなく、途上国でも増えている事実である。一九八〇年代のブラジルでは、「痩せ過ぎ」の人が激減し、逆に「太りすぎ」の人が急増したという。「一五九頁」 先進国ではこれに貧富の差が関与しており、富裕層は自らの食事を見直し、運動をとりいれ、肥満防止に努め始めているが、貧しい層は相変わらず栄養過多の食生活を続けているという。

それにしても著者の掲げる図は分かりにくい。図五 一は「乳幼児死亡率（一九九六年）」を示すが、横軸の「一一九カ国のHDI配列」は何を意味するのか。本文を読むとこの略字は「人間開発指数」を指すらしいが、それはどんな意味か、私は寡聞にして知らない。しかもその一一九カ国がどこか、註にもないからほとんど理解できない。もう少し読者のために優しい註記がほしい。

第六章「家庭と個人」も興味ある事柄が語られる。まず一九世紀のヨーロッパで不衛生な住居が、いかに住民の健康に害を及ぼしたか、である。パリでもロンドンでも過度の人口流入で住環境は急速に悪化した。ロンドンではスラム、パリなどでは「不衛生住宅」群（ヒドンヴィル bidonville）があちこちに生まれた。著者はとくに過密居住が結核、猩紅熱、ジフテリアなどの空気感染症を蔓延させたことを強調している。

この方面の改善はヨーロッパでも二〇世紀に入ってようやく実を結ぶのである。公的な投資による高層アパルトマンの建設、居住面積の拡大、汚物処理技術の改善、上下水道の普及、暖房の普及などがその内実である。一九世紀に中産ブルジョワジーの生活文化が、ひとつの規範をつくるというのは的確な指摘である。それは簡素と快適を求める文化であり、水道、水洗トイレ、風呂などを整え、居心地のよい空間をつくらうとする。これはブルジョワの婦人たちにより進められた。食事に使つた食器は、シロメ（錫に少量の鉛を加えた合金）製のものが、順次陶器に取って代わられる。衣類は木綿が普及し、容易に洗濯できるようになり、蚤・シラミの被害が少なくなり、石鹸の使用が普及した。それに伴い、ヨーロッパにも入浴の習慣が定着するという。

著者は、「一八五二年にパリの住人たちは二八〇万回公共風呂に通った。大人一人当たり年間三・七回行ったことになる。」「一七六頁」と記し、いかにもパリジャンが身体衛生に熱心だったかのように描くが、苦笑を禁じえない。当時のパリの人口は百万人余だから、確かに大人だけをとってみれば、年間四回程にはなるが、果たして年に四回程の入浴で、身体の清潔さが保てるなどと、著者は本気で云うのだろうか。日本人はアシケナージと並んで世界でも稀な「入浴好き」だと著者も指摘するが「一七六頁」、それにしても年四回程の入浴で身体衛生が改善されたとは云えまい。しかも「公衆浴場」（翻訳の「公共風呂」は「公衆浴場」と記すのが常識である）は

温浴は少なく、例えばセーヌ河に浮かぶ船のなかに設けられたそれは、浴場というよりもプールであり、時には社交場でもあった。概してヨーロッパでは入浴はブルジョワの文化であり、警沢なことだったのである。入浴の習慣化は二〇世紀の末によくやく定着するのであるが、それでも女性の三八%、男性の二二%が「一日一回入浴する」程度である。「一七六頁」

ここで、パリの貧民住宅を調査したのが「医師のバヤード」と記されているのが気になった。出典が示されていないので断言はできないが、内容からしてこれは恐らく「アンリ・バイヤール Henri Bayard」だろう。訳者にフランス史の専門家がないので、仕方ないかもしれない。

この章の後半では、乳幼児死亡率の減少に果たした母親の役割が述べられている。ヨーロッパ社会では、ブルジョワジーの婦人たちが労働者階級の母親たちへ、育児や家事全般を教育したと著者は云うが、これは妥当なところである。私などは「パテルナリスム」というカテゴリーで、こうした労働者の福祉事業を扱うのだが、その副次的内容に、主婦学校などが入る。経営者と幹部職員の人々による労働者の妻女の教育である。それは広範な内容で、家計のやりくり、家の清潔保持、育児、料理などを教え込んだのである。著者はわけても授乳の大事さを云う。つまり滅菌した安全な牛乳を与えることが乳幼児ケアの柱だったらしい。

二〇世紀後半になり先進国を中心に問題となるのは、死因の変化で、天然痘の撲滅、結核の撲滅を経て、代わって心臓疾患の増加である。高血圧、高いコレステロール（この人口に膾炙した語が、本説では「コレストロール」と何度も出てきて、私の覚え違いかと驚かされる。不注意による単純なミスだと思いが失望する。）、肥満、喫煙、運動不足、そして過度の飲酒など、リスク要因が追跡される。著者は心疾患のみをいうが、私は脳疾患も加えるのが受

当ではないかと思うが、それらと危険因子との関係が解明されて、いわゆる「生活習慣病」なる觀念が生まれたのである。そこでライフスタイルの見直し、主に個人の責任においてなされてゆくのである。前述したように富める国々の富める階級では、すでにこうした危険因子を遠ざけるライフスタイルが実践されていること、わが国を見ても諒解される。

本章の結論で、ライリーは、西洋社会は、このように獲得された健康管理に関する恩恵を、「分かち合うこと」に失敗している。」という。ひとつは社会的弱者の存在で、かれらは中産層の生活パターンを享受できないという。もうひとつは、非西洋社会の貧困層であるという。これについては、私は必ずしも賛成できない。西洋社会の社会的弱者の生活は、現代福祉国家の社会保障システムで、かなりの程度改善されてきたのではない。標準的な住宅、医療保険制度、家族手当や児童手当などの福祉施策などで、庶民もそれなりの健康維持が可能になったと思う。非西洋社会における貧困層の存在は、もちろん西洋社会の責務ではないのだが、著者の云わんとしている所は、住環境インフラの整備よりも、もっとカネのかからず済む飲料水の浄化とか、予防接種の実施、女性の識字率の向上のほうに、効果があるということらしい。

前章の結論に続くのが、第七章「識字と教育」である。健康転換以前の時代については、例えばイングラント史上、国民の識字レベルと寿命の關係を示唆する明確な証拠はないという。「二〇四頁」初等公教育が実施される前、地域社会が子供の教育に深い関心をもっていた。庶民は病気に懸かったとき、あるいは身体の具合がよくないときどのような情報をもとに対処したか、といえば、「口承の伝統的民間療法にたよるか、医者などの書い

た一般向けの本にたよったという。だが、この著作では、一九世紀ヨーロッパでは、親の識字能力と死亡率との関係は証明されないという。

これが明瞭なプラスの相関を見せるのは二〇世紀の途上国の事例である。ナイジェリアやニカラグアの研究によれば、母親の識字能力がその子供らの生存率にも、死亡率にも深く関係しているという。子供が下痢しないように飲み水に気をつけたり、疫病に罹らないように予防接種を受けさせたり、あるいは病気に罹ったときに早く医者に見てもらふなどの処置ができる、できないは、まさしく母親の識字能力にかかわる。つまり啓蒙的な教育の重要性であり、これは確かに説得力ある。

だが著者の云うように、イスラム原理主義などは女性の識字能力の向上を歓迎しないどころか、妨害する。それが伝統文化の破壊につながるからだと主張するのである。最近起きたアルカイダによる学問好きな少女銃撃事件で、イスラム原理主義の男尊女卑があかるみになった。時代錯誤もはなはだしい。

以上健康転換に關与する度合いの強い順に、諸要因を紹介しコメントを付した。著者の視点と概念は新鮮で刺激的であるが、本稿で吟味したように、健康転換が一八世紀の早い時期に北西ヨーロッパで起こったという著者の説は、十分に証明されたとは云いがたい。諸要因の分析で明らかにされたように、死亡率が傾向的に低下し、寿命が延長してゆくには、経済が持続的に成長し、人々の所得が着実に増大することが前提となるのである。これに見合う時代は著者の云う第三ステージ以降、具体的には一九世紀後半と見るのが至当であろう。この時代になって初めて、イングランドでもフランスでも、社会衛生のインフラが本格的に構築され、庶民も徐々に

その恩恵に浴するようになる。上水道、下水道の整備は消化器系疾患の死亡率を大きく減ずることに寄与する。ただ住環境の整備は、カネも時間もかかるので二〇世紀まで持ち越される。

病原細菌学の確立により、医学が病気の治療、手当てなどに力を発揮するようになる。これまたその絶大な効果が発揮されるのは、ヨーロッパでは二〇世紀半ば以降になるのだが……。庶民の可処分所得は経済発展よりいくらか遅れて増大するのだが、これも差し当たりは食生活の改善に向けられたようで、カロリーがまず満たされ、次いで栄養バランスが獲得されてゆくようである。

先進国における健康転換は、著者の主張通りにはいかなかったと思われるが、後発諸国の事例はまことに説得力を持つている。そこでは先進ヨーロッパの衛生装置を導入整備するのは、財政負担の上からも無理があるので、既存の伝統医学をベースに、より実践的なきめの細かい方針で死亡率低下と寿命延長が達成されたというのである。そしてこの鍵を握るのが、女性とくに母親だった。彼女らの社会的地位の向上、とくに識字率の向上がさしあたりは乳幼児の死亡率を大きく引き下げるのに貢献したという。これは傾聴に値する。

最後に訳者諸氏には翻訳の労を多としたい。ぶつきら棒で概括的な表現の多い原文だから、その苦勞は察して余りある。とはいえ、私の率直な印象を云わせてもらえば、訳者に若い学究が多いせいもあるつか、その訳文は直訳的でこなれの悪い表現になっている。もう少し流暢な日本語の表現がほしかった。幾つか挙げれば、「寿命は延長傾向に収斂している。」「三二頁」は、「傾向」と「収斂」が重複気味である。「他の予防対処方法の一部であった西洋医学」「四四頁」は、「対処予防法のひとつであった西洋医学」くらいか。「公衆衛生の勢力の多くが向けられた」「六六頁」は、「公衆衛生の努力」ではないのか。

「食事のため農村貧困者でいくらか多く排出され、排便もより頻繁である。」「七二頁」は一読して分からない。これは恐らく「農村の貧困者は食事のせいで排便は都市民よりも頻繁で、その量も多い」ということだろう。

「人類におけるサル痘の症例は根絶について、ときおり警告を発しつつけた。」「七三頁」も理解できない。「サル」の天然痘がヒトにも発症し、根絶したと思われる天然痘が生存しているかもしれない、と警告している「のだらうか。それにしても」ときおり「発し」「つつけた」は矛盾している。

「……では痰唾を吐くことへの反対について論じ、携帯型を含む痰壺を示している」「七四頁」は、直訳的過ぎて分からない。文意は「危険な吐痰の禁止を論じ……」であろう。

訳者には難解な用語についても適宜解説を挿入してほしかった。前記した「人間開発指数」とか、「損失人年」など、どれほどの読者が理解できるだらうか。「コレストロール」、「インフレンザ」などケアレスミスにも注意されたい。

註記

(1) こうした事実、とりわけ肺結核の著しい死亡率低下については、マックオウンは前述のように、公衆衛生や医療の役割よりも、低栄養からの脱却の貢献を説いたのである。この点については、大森弘喜「フランスにおける結核流行と公衆衛生」(『経済研究』第一八一号、二〇〇八年)、第四節「ロンドンにおける肺癆蔓延」および、肺癆死亡率低下とその原因をめぐる言説、を参照されたい。

- (2) ジョン・スノウのコレラ飲み水説については、差し当たり次の拙稿を参照されたい。大森弘喜、「一八三二年パリ・コレラと『不衛生住宅』」一九世紀パリの公衆衛生 『経済研究』第一六四号、二〇〇四年)
 - (3) フランスにおける結核流行と公衆衛生については次の拙稿を参照せよ。大森弘喜、「フランスにおける結核流行と公衆衛生」(一)～(四)、『経済研究』第一八一号、一八七号、一九〇号、一九四号、二〇〇八年～二〇一二年。
 - (4) ロンドン市民の出生と死亡に関する人口統計を扱う「登録本署 Registrar General」が設立されたのは一八三七年のことである。これ以降人口統計はようやく信頼性を帯びることになった。
- 「二〇一四・一・一八脱稿」

(明和出版、二〇〇八「二〇〇一」、二二六頁、三二五〇円)