

3

総合討論

質疑応答① 廣川和花（専修大学）

私のほうからは主に鈴木淳先生のお話にごコメントするようにとのご指示をいただいています。両鈴木先生のご報告をたいへん興味深く拝見しました。両報告は、東京帝大附属医院の関東大震災対応について、それぞれ異なるタイプの医学資料から、光を当てたものです。どちらも、「学問としての医学（medical science）」の成果として刊行される医学者の著作や論文等ではなく、「実践としての医療（medical practice）」の場で生成された手書きの史料を用いているのが共通点です。しかし、両者には異なる点もあります。そのひとつが、使用された言語です。そこで第一の質問です。

（1）医学部と附属医院における「てにはドイツ語」の使用について

近代日本語史研究者の安田敏朗氏によると、「てには（てにをは）ドイツ語」とは「ドイツ語の単語を日本語の語順でならべ、それを日本語の助詞などでつなげたもの」とされています。これを、ドイツに留学し帰国した帝大の日本人教授らが、1880年代後半以降に講義に用いたといいます。「てにはドイツ語」は、第一次大戦後、ドイツの地位低下と「医学のナショナルイズ」の機運の中で批判されますが、1930年代末にいたるまで日本の医学教育の場、すなわち講義や教科書に根付いていました。日本語の医学用語の訳語の統一が図られていなかったことがその一因であったとされています。一方で、日本の医療実践の場では、患者には理解できない「上品な隠語」としての機能も有したといいます。

以上をふまえると、今回のお話の時期である1923年頃の東京帝大医学部では、「てにはドイツ語」による講義が行われていたと思われます〔安田2021、3章〕。

鈴木晃仁先生の使われたカルテ（病歴）は典型的な「てにはドイツ語」、一方で鈴木淳先生が読まれた第二外科医局の「当直日誌」は一般的な日本語による記述となっています。ここからは、東大医学部という空間の中で、異なる言語の体系が併存していたことがわかります。医学研究と医学教育、そして教育のための医療実践という営みが行われる大学医学部の重層性の中で、さまざまなタイプの

文書もまた、重層性をもって作成されたといえます。ただし、最も実践に近い場で作成されるカルテが「てにはドイツ語」であるということを考えると、《研究～実践》の間に、《ドイツ語～日本語》という単純なグラデーションがあるわけではないこともうかがえます。

なぜカルテは「てにはドイツ語」で書かれるのに、「当直日誌」はふつうの日本語で書かれるのでしょうか。そこには作成主体や作成目的の違いといった問題や、未曾有の災害に直面しているという特殊性もからんでいるのかもしれませんが。「当直日誌」は通常、医局員が書くものだと思いますが、日常的に日本語で記されていたのか、それとも非常時に日誌を「てにはドイツ語」で書くこと自体がナンセンスだったのでしょうか？

次に、鈴木淳先生のお話にてでくる塩田外科から近代日本の災害医療の歴史についてですが、これも日本の医学史のヒストリオグラフィを深く考えさせる素材です。

(2) 関東大震災における「災害医療」の歴史的位置

鈴木淳先生の『関東大震災 消防・医療・ボランティアから検証する』（ちくま新書2004→講談社学術文庫2016）を再読し、加えて今回の報告をうかがって、いざこの出来事を日本の「災害医療」の歴史に位置づけて考えてみようとしたときに、日本の医学史には「災害医療」と「外科学」の歴史のたしかな通史的叙述そのものが未だ存在していないことに気づかされます。というのも、欧米の医学史では外科の歴史は医学史の花形のひとつであり、かつ第一次世界大戦が輸血や整形外科をはじめ外科学に与えたインパクトの大きさについても重厚な研究蓄積があります。しかし日本では、日本独自の経験である関東大震災という災害が、日本の外科学、あるいは今回のお話にあったような東大病院という医療の現場や災害医療のあり方に与えた影響も、これまできちんと研究・評価されていないように思います。その意味でも、今回のお話は、災害緊急医療の実践を現場の一次史料から見通すことのできる貴重な事例です。

それでも一応日本の医学史の大まかな流れにあてはめてみると、やはり第一次大戦から第二次大戦までのつながりの中でとらえることができると思います。まず、第二外科を率いた塩田廣重という人じたいが、ご紹介があったように、第一次大戦時の連合国側への医療支援のために組織された救護班の医長としてフランスに派遣された経歴をもつということです。塩田はこのときに輸血を見学し、帰国して子宮筋腫の患者に日本初の輸血を実施しました。1930年に浜口雄幸首相が

狙撃された際に塩田が輸血で救命したことが、日本で輸血の重要性が社会的に認識されるようになった契機だといわれています [日比野1995]。ということはしかし、日本では第一次大戦と関東大震災のいずれもが、輸血の普及には直結しなかったということになるのかもしれませんが。

ただ少なくとも、塩田の第一次大戦の医療経験は、関東大震災対応において重要な意味を持っていたらと思います。その点について、鈴木淳先生におうかがいしたいと思いました。このときの塩田外科の活動に、何らかの第一次大戦時の経験の影響は見て取れるのかどうかということです。救護活動が軍部との連携の下に行われた形跡もあり、戦時医療との類似性もみてとれるのではないかと思います。

さらに塩田外科の救護に加わった塩田門下の絶対的エース都築正男も、ご指摘のあった通り、「原爆症第1号」の診断と広島原爆の災害調査でよく知られています [小高2011] (参考：[毎日新聞2005連載])。塩田から都築へと、東大第二外科の系譜をたどることは、そのまま近代日本の災害医療史のきわめて重要な部分をたどることと同義です。そのような意味で、両報告を非常に意義深くおうかがいした次第です。ありがとうございました。

○鈴木淳 一つは医局日誌の言語の問題ですね。確かなのは、非常時だから日本語だったわけではないということです。この医局日誌は前後の時期もあることがこの塩田先生の本から分かるのですが、これに復刻されているので見ると、前後の時期も、全て原則日本語で書かれています。ご指摘は非常にごもっとも思っていたのですが。

二つ目は軍事医療がどう関わったのかということです。第一次大戦の時、塩田さんも、当時連れて行った茂木（蔵之助）という助手—震災の時には慶應大学の出来立ての医学部病院の先生で、彼も災害医療で非常に活躍しているようなのですが、二人ともパリにいました。つまり前線の野戦病院でゴトゴトとやっているのではないので、そこは全然見ていないのです。毎日パリで五百何日間、一日の休みもなく治療しているような状態に置かれているわけですが、その役割は、ちょうどこの塩田外科が震災の時に主に果たしたような、傷を負ってから何日か経ってしまった人々に、根本的な治療をするというものです。逆にいうと、第一次大戦の経験がその部分だけだったわけで、関東大震災の時、どうやって初療を早くするかということについては、第一次大戦のヨーロッパ戦線の経験が全然ありませんでした。治療方法そのものには、輸血やX線の使用などいろいろ含めて経験が引き継がれているところがあると思います。

<引用文献>

小高健『日本近代医学史』考古堂書店、2011年

日比野進「日本における血液学・輸血学史の流れより」『日本医史学雑誌』41(2)、1995年

安田敏朗『「てにはドイツ語」という問題 近代日本の医学とことば』三元社、2021年

鵜塚健「ヒロシマから60年 幻のカルテを追う・ある女優の被爆死」1～18『毎日新聞』2005年7月11日～8月3日。連載第2回には、東大病院カルテについて次のような記述がある。「幕内は手術に追われた前夜の疲れも見せず言った。「カルテは病院にとってかけがえのないものです。古いものでも製本して保管していますよ」」「保管室には、背表紙が朽ちかけた明治期のものも並び、想像をはるかに超えるカルテが保存されていた。カルテは、入院時期ごとに数十人分がまとめられて製本されている。仲が入院していた1945年8月のカルテを出してもらった。厚さは5センチほどになる。カルテの大半は黄ばみ、破れかけているものも少なくない」

質疑応答② 北村紗衣（武蔵大学）

両鈴木先生の興味深い発表を伺いまして、どうもありがとうございます。

私のほうは、主に晃仁先生の発表を中心に質問をしたいと思います。2点ありまして、一つ目は、怪我をした箇所が患者の話にどう反映されているかということ、二つ目は、ランドマークがなくなるような状態で、患者をどういうふうに移送しているのかということについてです。いずれも位置と関係があることです。

一つ目の質問としましては、患者の佐藤さんと鈴木さんのカルテに書いてある内容量が違うということがとても興味深く、片方が学生であることが重要だという晃仁先生のご指摘もその通りだと思ったのですが、もう一つ気になりましたのが、怪我の位置のことです。

1人目の佐藤さんは腕に怪我をしていますが、2人目に出てきた鈴木さんは、足に怪我してしまっていて、恐らくほとんど移動ができない状態ではないかと思うのです。

今、画面の共有でお見せしているのは現在の地図ですが、この時のほうがもっと移動が大変だったと思います。佐藤さんは横綱に住んでいて、その後、2日の時点で橋場まで移動したと書いてありますが、おそらく徒歩で移動したと思います。

先ほど淳先生のご発表にもあったように、6日ようやく橋が開通して、患者さんが搬送できる程度に交通が良くなったということでした。佐藤さんは腕を怪我していたということですが、2日の時点で徒歩で橋場まで移動していたということは、川を越えられるくらい、つまりこれだけ歩けるだけの体力があったということです。おそらく情報収集するだけの体力があったので、患者がいろいろなことを語っているのではないかと思います。情報格差が生じているのではないかということも予想したのですが、どうでしょうか。このような状態だと、どこに怪我をしてどれくらい体力を失うかで、かなり収集できる情報の差が広がると思いますので、そのあたりが記述に反映されているかもしれないと考えました。

それからもう一つ。一つ目の疑問点にも関係があります。最初の表に出てきた7人目の患者さん—73歳雇い人という方が、住んでいるところは今の墨田区立花で、王子の職場で怪我をして名倉病院に運ばれたとありました。

これはGoogle mapの今の地図ですが、怪我をした王子がここで、名倉病院が多分ここにあると思います。本当にこのルートかどうか分かりませんが、川を伝って患者さんを運んでいるような感じがします。先ほどの佐藤さんの記述でも、川に出てというのがありました。ランドマークがなくなるような火災や建物の倒壊があったりする状態で、川に出てその幹線道路を使っていろいろなこと

をするというのは、おそらく初期の段階では、被災した方にはとても重要なことだったのだろうと考えました。簡単ですが、コメントはこの二つです。

○鈴木晃仁 いずれも素晴らしい質問だと思います。ありがとうございます。

まずは患者と家族・知人の問題があります。これは現代という時代に影響があることかもしれませんが、家族や知り合いが、かなり大切な役割をしています。だから患者個人のことだけを考えるだけでなく、患者とその家族・知人はどうなったかを考えることができます。

全部で10人のデータを出しましたが、やはり10人だと力がなくて、これが100人ぐらい出てくるとある程度力を持つと思います。この中で、家族がいなくなったから東京を去る人物が結構多いのです。代表的なものだと、5番目の女性。それから佐藤君も母親といとこがどこかに行ってしまっています。ですからランドマークの中に、どこにどんな知人が住んでいるかということが、大変重要なことなのです。娘が割と近くに住んでいて、その娘が住んでいるところに動くことができたという例もあります。こういうことが、ランドマークの問題を考える時に一つ重要なポイントになると思います。

それから、怪我をした箇所も非常に大切です。第一次世界大戦、第二次世界大戦でもそうですが、どこを怪我して、同僚や知人に背負って運んでもらうという圧力が非常に重要な状況だったと思います。

そこで、腕か足かということが非常に重要なポイントになります。そして、それによって患者が持つ情報の差が出てきますね。よく話していろいろな情報をもたらすことができる人物と、情報が少ない人物の差が出てくると思います。そこにどういう文化、社会、あるいは経済が関わってくるのかということを考えたいと思います。本当にありがとうございました。

③ Q&A

質問1 火災原因

医療からは離れますが、焼死の割合が多く、市街地焼失面積も広がったというお話に関連して、火災の原因についてわかれば教えていただけますか？

○鈴木淳 火災原因で一番多かったのは竈やコンロです。当時、ちょうどお昼時だったので、炊事で火を使っているところが多く、家屋が倒壊したために消火できなくて出火したという出火点が、市内に百数十箇所あった出火点の4分の3ぐらいだそうです。

その次に多いのが、薬品棚から薬品が落ちて出火した例で、30件ぐらいです。東大の構内では、3、4カ所あります。発災時は土曜の昼時で、また大学は9月の11日から新学期が始まるので、人があんまりいなかったせいもあって、初期消火されずに薬品出火で火災になっています。

質問2 初期の対応

一週間弱かかって患者の外部輸送が可能になり始めたということですが、それまでに患者の人数や症状を把握する一時対応にあたった人々は、どのような人たちが中心（赤十字等が到着するまでは特に）だったのでしょうか。

また、一般外来を中断した間の公費患者（病院でそうなる可能性のあった人々）は、どこにどのように振り分けられましたか。

○鈴木淳 当時、衛生の行政は、警察行政の一部でした。東京では基本的に、警視庁が衛生に関することを管理していましたが、それほど資源があるわけではなくて、他のことにも追われて、あまり対応できていませんでした。初期に外から来た応援部隊は、警視庁に行った人もいますが、東京府や東京市に行った人もいます。それぞれ勝手に振り分けられた面があり、初期の救護班の配置はあまりうまくいきませんでした。

9月3日に戒厳令の一部適用によって関東戒厳司令部が置かれ、それが機能しだすと、そこに司令塔ができました。戒厳司令部が直接に動かしたのは軍だけですが、首相を総裁として関連諸機関の活動を統括する臨時震災救護事務局も発足し、軍と警視庁、府、市、赤十字などとの連携もとられるようになります。

一般外来を受診した潜在的な公費患者はどこに振り向けられたかは分からないのですが、入院患者のなかには状況を見て一部退院した人もいます。震災救護自体は、東京帝大は無償でやっていたようで、経済的に恵まれない人も救護の対象にはなっていました。

質問3 将来への提案

将来の防災に向けて提案できることはありますか？

○鈴木淳 いろいろありすぎて……。一つだけ挙げると、病院は、それ自身が被災しないような場所や構造に作るべきだというのは、今でも通じる重要な問題かと思えます。関東大震災の時は、東大病院の他に陸軍の東京第一衛戍病院も、火が迫って全部退避して一時機能を失います。患者を連れて退避した病院がまた戻ってきて機能を回復するには、案外日数がかかるということは、当時の状況を調査していると分かります。

質問4 当直日誌の翻刻

斉藤溟「塩田外科時代」に収載された当直日記の翻刻は、一部のみ抜粋とのことでしたが、全体の何割くらいが翻刻されたのでしょうか。

○鈴木淳 9月1日の部分はほとんど翻刻されています。今回、我々が見られたのは大正12年だけですが、塩田外科の日誌は、大正11年からあるようです。大正12年の9月で、1日以外のところで翻刻されているのは10分の1ぐらい。ごく一部という印象です。

質問5 震災時の伝染病

私の祖父は下谷竹町（上野駅東側）に住んでおり、関東大震災では生き残りしましたがその後腸チフスに罹り亡くなったと聞いています。9月16日には伝染病患者収容の記述があったとのことですが、震災事後の衛生状態、伝染病感染状況、それに対する国や医療機関の対応はどのような状況だったのでしょうか？

○鈴木淳 今調べたのですが、大正12年の9月から12月までに、東京で腸チフスで亡くなった方が947名いらっしゃいます。その中の1名ということですね。この数は、前年の9月から12月までの1.5倍です。

赤痢で亡くなった方が9月から12月で768人、これは前年の3倍です。赤痢が3倍、腸チフスが1.5倍というのは、患者数もほぼ一緒で、その程度の倍率で前年に比べて伝染病が流行しました。そこで急遽、消毒班を作って消毒するとか、伝染病専用病院を作るといったことが行われます。

東京帝大の場合には、当初は救護所だった外来診療棟の半分を伝染病棟にあてながら、裏に作ったバラックに収容するといった対応がなされます。赤痢で3倍、

腸チフスで1.5倍っていうのを非常に大きいと見るかどうかは難しいところですが、明らかに平時を超えた流行が起こった。その一環として、帝大病院が伝染病患者の収容を求められて対応したということだったと思います。

質問6 医師と患者の非対称性と医療言語

医師と患者の二つのエージェントという点に関して、例えば小児科や後期高齢者や障害を持つ方、あるいは非常に重症である場合などは、患者の家族などもキーパーソンになると思いますが、その観点からは、どのような見方ができますか。

当時は、インフォームドコンセントなども不十分であったのではないかと、また患者と医師の非対称性もより大きいかと想像しますが、言語については、例えば日本語話者でない移民等の医療現場でのコミュニケーションや、そこにたどり着くまでの課題も近年注目されていますが、日本の医療言語に含まれる外国語言語という点については、どのように捉えていますか。

○鈴木晃仁 どれも重要なポイントだと思います。ご質問のように二つのエージェントや、疾病、障害の問題も考える必要があると思います。私が見た事例は、数日間、数週間程度の短期間を切り取った部分です。東京帝大の方針が、疾病を見るというより、短期決戦で何とかする、そこに対応するということでした。ですから、医師と患者だけではなく、疾病のスタイル、何をしようとしているかについても考えなければならないと思います。

患者と医師の非対称性についてですが、特に話がドイツ語になると、やはりバランスが変わり医師のほうが強くなるという印象を持っています。私の専門の精神医療と比べても、患者や家族が話したことが、かなりの重みを持っています。一方、患者が言ったことであっても、それをドイツ語に翻訳して記録すると、少なくとも記録においては、医者への圧倒的な言語的の力を感じることができます。

病院というのは、日本が近代になって持つことになった重要な組織です。それまではちょっとした病院みたいなものがあっただけで、キャパシティで言うと、ヨーロッパの100分の1、1000分の1ぐらいにしかならなかったと考えています。病院という組織ができていく時に、それが患者のスペースなのか、それとも医師のスペースなのかという問題も大きくなってきたと思います。

もう一つは言語についてですね。まだこれからというのが正直なところですが、一番良い方法は、諸外国でその国が学んだ外国語がどのように学ばれるのかを研究することだと考えています。たとえばヨーロッパの医学にはラテン語を使

うという伝統があって、19世紀になってもラテン語が使われています。あるいは、日本国内での伝統、たとえば中国語をどうやって日本語のカルテに反映したかとか、それから諸外国と比べるとどうかというような方法をとって国際的な視点で研究する必要があると思います。

質問7 医学用語のドイツ語

当時は全面ドイツ語での医学教育後の時期だと思いますが、日独混合のカルテに記載されたドイツ語部分は医学用語が多いと思います。邦訳が定着していない、あるいは学術専門用語として共通認識とされていたためでしょうか。

○鈴木晃仁 ドイツ語での医学教育については状況を把握していないのですが、別の視点でお答えすると、日本語とドイツ語の使い分けは、カルテを取り巻くいろいろな診療文化とも関連があると考えています。たとえば日本のカルテは、こよりで綴じる伝統的な方法が使われていることが多い。一方で、紙を折ったフォルダーの中にいろんな資料を残していくヨーロッパと同じ形式もあります。ですから、もうちょっと広い意味で、何を残すのかということの国際比較が重要だと思います。幸いなことに、日本では廣川先生を中心として、カルテの分類や機能に関する研究が進んでいますし、そうした流れのなかで言語についても国際比較を行うことができると思います。

質問8 医師による聞き取り

○赤川学（東京大学） 佐藤清さんのカルテについて質問です。特に9月1～7日の経緯を医者が書き取った「現在の疾病の始まりと経過」の部分は、たいへん詳細な経緯の記録になっているので驚きました。現代ならば、問診などで事前に聞き取るような事柄も多いように思います。この頃は、医者が直接、かなり詳細な経緯について聞いていたということなのでしょう。現代なら問診で看護師さんなどに聞き取っていただくようなことかもしれませんが、患者がいろいろ話しても、医者は聞いているだけで書かないような気がします。

医者が症状とは直接関係のないことまで細かく聞いていたのはなぜだったのか、わかりますか。

○鈴木晃仁 私が考えている根本的な問題とも通じるところです。つまり、医学史家の間でも、医者がしたことと患者の言ったことのどちらを強調するのか、ということは常に問題になります。

医者は良い意味でも悪い意味でも、患者に対して権力を持っています。医者の力が強く、深くなってきていると同時に、その範囲は狭くなっていると感じます。医療の領域が広がり、かなりの部分を看護師、栄養士、技師などがカバーするようになってきている。つまり広がった部分では、比較的新しい人たちが、病院をベースにして力を持つようになりましたが、医者の力が弱くなっているわけではなく深くなっている。それが20世紀から21世紀にかけて起きていることではないかと思います。

○赤川 ありがとうございます。ちなみに、石川県のこの町は鶴来町つるぎまちといって、この山路治三郎という人も、著作があるみたいですね。

○鈴木晃仁 ありがとうございます。

質問9 トリアージシステム

○本田洋（東京大学）震災時のトリアージシステムが、7人目の患者さんの事例を見る限りで東京帝大第二外科と墨東の民間医院との連携を含むものであったことを示唆されていたと理解しました。これは、ある時期の日本の医学界（今でも残っているのかもしれませんが）に見られた講座ごとの外部病院の系列化と関係があったのでしょうか。それともこの時期の東大外科、あるいは東大医学部自体にまだそのような系列化は顕著に見られず、何か別のネットワークに従ってトリアージのシステムが作られていたということでしょうか。

○鈴木晃仁 系列化との関係については調べていないのですが、どこにトリアージの原型があるのかは考えたいと思っています。

（韓国・朝鮮の社会・文化人類学がご専門の）本田先生には時間があれば、本当は、文字の異なる言語の混用についてお伺いしたいのですが……。日本は、漢字とひらがな、中国語と日本語を混用してきた文化がありますが、その中で、日本語とドイツ語を使うというのはどうなのか。それは、トリアージなど医療の運用に影響があるのかなども考えられるかと思います。ありがとうございます。

○司会 ありがとうございます。まだ多くのご質問をいただいておりますが、予定の時間も過ぎていますので本日はここまでとさせていただきます。ご登壇いただきました鈴木晃仁先生、鈴木淳先生、そしてコメントーターの廣川和花先生、北村紗衣先生、ありがとうございます。ご参加いただきました皆さま、ありがとうございました。