



Title	近代医療からみる、病における社会的弱者：コロナパンデミックと関連して
Author(s)	伊藤, 光葉; 菊池, 康貴; 北山, 航 他
Citation	大阪大学歴史教育研究会 成果報告書シリーズ. 2021, 18, p. 1-24
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/91431
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

近代医療からみる、病における社会的弱者

ーコロナパンデミックと関連してー

伊藤光葉・菊池康貴・北山航・野口駿之介・平野裕大

序章

1. 新型コロナウイルス感染症の発生とその感染状況

2019年12月、新型肺炎が中華人民共和国湖北省武漢市で確認された。その後、新型肺炎は世界中に拡大し、パンデミックを引き起こしている¹。世界保健機関(WHO)は、その新型肺炎を「COVID-19」と命名した。「COVID-19」はニュース等で新型コロナウイルス感染症と表記されることから、本稿においても新型コロナウイルスないし新型コロナウイルス感染症の表記を用いることとする。

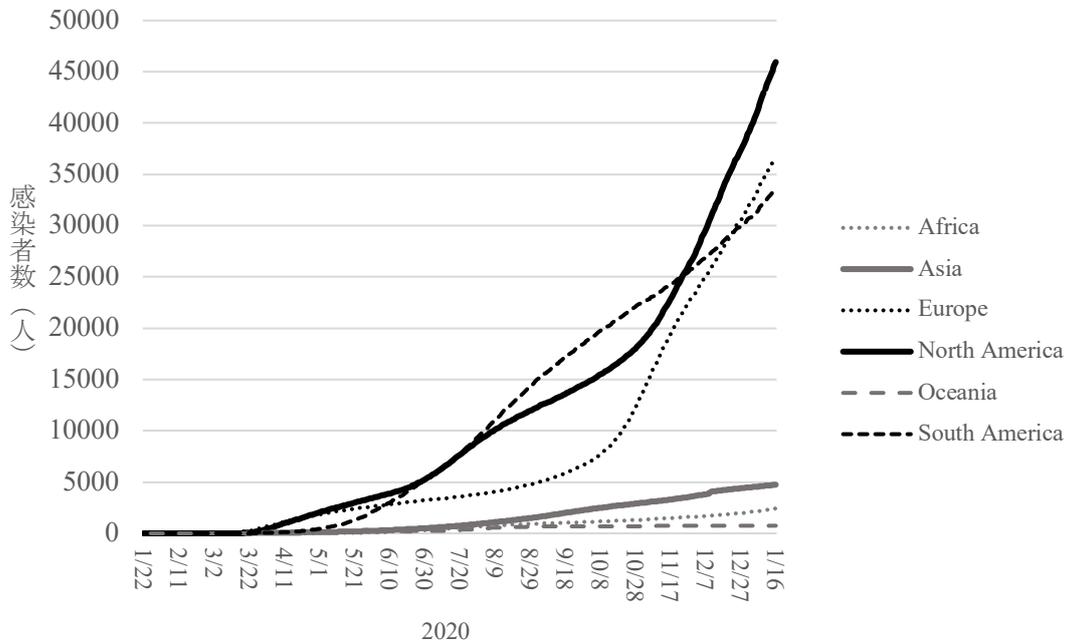
まずは、新型コロナウイルスの感染状況を簡単に整理したい。以下は各地域別感染者数の推移である。【グラフ1】によれば、南北アメリカ、ヨーロッパは感染者数が多く、世界的に感染者数が増加傾向にあるといえるだろう。

日本においても新型コロナウイルス感染者数は増加している。厚生労働省のデータを用いて、日本の感染者数をまとめると【グラフ2】のとおりである。はじめに4月に感染者数が増加し、8月に第二波、11月から2021年1月現在にかけては第三波の最中である。また2021年1月8日には、東京都をはじめとするいくつかの都道府県で再び「緊急事態宣言」が発出され、その実施区域は拡大している。

¹ [岡田2020、16頁]。

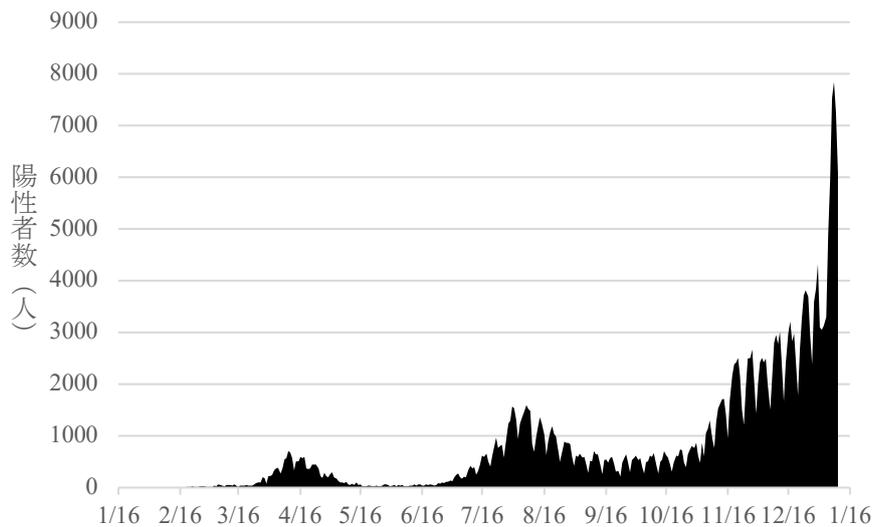
【グラフ1】新型コロナウイルス 国別感染者数の推移

‘COVID-19 Data Explorer’ in ‘Our World in Data’ <URL=<https://ourworldindata.org/coronavirus-data-explorer>> (2021/3/10) をもとに作成。



【グラフ2】日本におけるPCR検査陽性者数（単日）

厚生労働省「陽性者数 オープンデータ」<URL=<https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/open-data.html>> (2021/3/10) をもとに作成。



2. 新型コロナウイルスと社会的弱者

新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、多くの社会問題が取り上げられてきた。それは、差別の顕在化、失業者の増加、貧困の拡大や医療崩壊などに代表され、その中でも特定の職業や人々への差別が社会問題化している。日本では、次の3点が問題となっている。第一には、新型コロナウイルスに対する措置として実施された「特別定額給付金」制度である。この給付金は「すべての人に一律に支給」されるはずの制度であったが、住民票を持たない路上生活者、在留資格のない外国人、暴力団、性風俗業の従事者を対象外としており、経済的弱者への救済が行われていないことが指摘されている²。第二は、家庭内暴力（DV）の増加である。自治体が運営する全国の配偶者暴力相談支援センターと、政府が24時間メールや電話で受け付ける緊急相談窓口「DV相談+（プラス）」を合わせた相談件数は、5、6月にそれぞれ約1万7500件であった³。さらに、前年同月との比較をすれば、5、6月は約1.6倍になっており、7、8月では約1.4倍になっていることから、家庭内での問題が深刻化していることがわかる。第三には、失業者の増加である。労働政策研究・研究機構の調査によれば、新型コロナウイルスの感染拡大に伴い男性、女性ともに失業者が増加しており⁴、雇用環境が悪化し、経済的弱者が増加しているといえる。

世界に目を向ければ、アメリカ合衆国では、経済・医療格差により貧困層に感染拡大している⁵。その多くを黒人などの人種的マイノリティが占めており、人種問題が再燃した。また、ブラジルでは、劣悪な環境、医療不足を特徴とするスラム街で感染が拡大しており、イエメンでは、内戦で行政が機能しておらず保健システムが脆弱なために感染者数が増加している。これら各国の状況から、新型コロナウイルスの感染拡大以前から社会構造上差別されてきた人々がより感染しやすい環境にあるといえよう。

そこで本稿では、「感染症の流行以前から社会構造上不利な立場におかれていた人々」を社会的弱者と定義し、彼らに注目して次の2点に挑戦したい⁶。第一に「病と社会的弱者」の問題を歴史的に捉え、近代の医療が既存の社会的弱者にどのような影響を及ぼしたのか明らかにすることを目指す。さらに、2022年に新科目となる「歴史総合」では、現代の社会

² 原口侑子「性風俗産業は国に差別されてもしょうがない？」（『CALL4』2020年8月27日）<URL=<https://www.call4.jp/story/?p=1401>>（2021/3/10）。竹信三恵子「「10万円」給付金、なぜか「もらえなかった人たち」のヤバすぎる真実」（『マネー現代』2020年9月22日）<URL=<https://gendai.ismedia.jp/articles/-/75509?imp=0>>（2021/3/10）。

³ 坂田奈央「コロナでDV相談件数が1.6倍に増加 #8008（晴れば）に電話相談を」（『東京新聞 TOKYO Web』2020年10月9日）<URL=<https://www.tokyo-np.co.jp/article/60602>>（2021/3/10）。

⁴ 労働政策研究・研修機構「新型コロナウイルス感染症関連情報：新型コロナが雇用・就業・失業に与える影響国内統計：完全失業者数」（2021年1月29日）<URL=<https://www.jil.go.jp/kokunai/statistics/covid-19/c03.html#c03-2>>（2021/3/10）。

⁵ [國井2020、18-27頁]。

⁶ 強者と弱者の二項対立を強調したいのではなく、植民地現地住民などを含み社会的弱者を広義に解釈する。

問題を歴史的に捉え、議論する能力が求められている⁷。そこで、第二に本研究を歴史教育の現場において生徒同士が議論・対話できる材料として提供することを目指す。

3. 高校歴史教科書、『市民のための世界史』からみる病

次に本稿が「歴史総合」の材料の提供を目指す理由を説明したい。【表 1】は、高校で使われている日本史 B、世界史 B の教科書の中で病に関する単語が記述される回数を表している。また、大学教養課程向けの歴史教科書である『市民のための世界史』を比較対象とした。この表を見てわかるように感染症を含む病に関する記述は少ない。詳しくは後述するが、病は歴史を変える重要な要因の 1 つであった。また、歴史総合を意識した試行問題において、病に関する問題が大問の 1 つとして出題されている⁸。そのため、本研究は高校教科書で不足している点を補完することができると思う。

【表 1】各教科書の感染症に関する単語数（回）

『詳説日本史 B』（山川出版社、2006 年度検定）、『日本史 B』（実教出版、2017 年度検定）、『詳説世界史 B』（山川出版社、2006 年度検定）、『新詳世界史 B』（帝国書院、2017 年度検定）、大阪大学歴史教育研究会編『市民のための世界史』（大阪大学出版会、2014 年）をもとに作成。

	山川出版社 日本史B	実教出版 日本史B	山川出版社 世界史B	帝国書院 世界史B	『市民のための 世界史』
天然痘	1	1		1	3
ペスト			2	6	5
コレラ		1		1	2
結核				1	
マラリア				1	
梅毒					1
エイズ					2
新型インフルエンザ					2
黄熱病	1				
疫病	1	1	1		
伝染病		1	1	1	8

はじめに、高校歴史教科書に不足している歴史的な感染症を帝国書院の『世界史のしおり』に掲載された脇村孝平の概説をもとに整理したい⁹。歴史的なパンデミックの 1 つとして、14 世紀のペストが挙げられる。ペストによって、当時のヨーロッパの人口の 60%が失われ

⁷ [文部科学省 2018、56-78 頁]。

⁸ [早稲田大学 2019、65-73 頁]。

⁹ [脇村 2004、1-4 頁]。

た。世界全体では、7500 万人～2 億人が死亡したとされている。16 世紀には、「コロンブスの交換」によって、新大陸と旧大陸の間で様々なモノが持ち込まれたが、感染症もその 1 つであった。新大陸に持ち込まれた天然痘をはじめとする感染症は、現地の先住民を大量に死に追いやった。19 世紀半ばから 20 世紀初頭は、「第二次産業革命」や多角的決済機構の成立を背景に世界の一体化が完成に近づいた時代であったが、飢饉と感染症の時代でもあった。英領インドでは、ペストの流行によって多くの死者が発生し、その後の人口動態に影響を与えた¹⁰。また、「スペイン風邪」は世界的に流行し、1918 年の数か月間で 4000 万人近くの人々が死亡した¹¹。そして、21 世紀は 2003 年の重症急性呼吸器症候群 (SARS) や現在の COVID-19 など、コロナウイルスによる感染症が流行していることから、コロナパンデミックの時代と位置づけられると考える。

4. 各章とコロナパンデミックとのつながり

本稿の各章は、新型コロナウイルス感染拡大における社会状況に関心の発端としている。以下、各章の問題関心を簡単にまとめた。

第 1 章では、「セックスワーカー」に着目する。現在、飲食業をはじめとして、多くの業種や地域が苦境に立たされているが、その中でも「夜の街」は新型コロナウイルス感染拡大の要因の一つとされ大打撃を受けている。特に性風俗業は、民間の支援は存在するが、一部の公的支援の対象から除外されている。これについて「国民の理解が得にくい」「過去の対応を踏襲した」と理由が説明された¹²。この公的支援からの除外を性風俗業で働く人々に対する「国家の冷たいまなざし」として捉え、その歴史的沿革を考察する。

第 2 章では、公衆衛生と経済政策に焦点を当てる。新型コロナウイルスへの公衆衛生対策として都市や地域の封鎖 (ロックダウン) が多くの国で行われた。ロックダウンの影響でユーロ圏全体の経済活動レベルは低下し、多くの国で GDP はマイナス値となっている¹³。また、ブラジルやロシアでは、公衆衛生よりも経済が優先され、感染者が増加した。公衆衛生と経済政策は密接に関係しており、それらが相互に補完し合いながら感染症への対策が行われている。そこで、社会的弱者に対する公衆衛生と経済政策を歴史的に考察する。

第 3 章では、グローバル・ヘルスの前史として帝国医療を考察する。アメリカ合衆国のトランプ大統領は 2020 年 4 月以降、世界保健機関 (WHO) に対する批判的な姿勢を強め、「義務を果たさなかった」と主張し、7 月には国際連合に対し WHO を脱退すると通告し

¹⁰ 1871-1920 年の人口増加率は 0.37%にとどまった一方、1920 年代以降は 1%を超えた。

¹¹ [脇村 2004、4 頁]。

¹² 川口史帆「「助けて」言えない…コロナで大打撃の性産業 支援者が見た現状」(『西日本新聞』2020年9月12日) <URL=<https://www.nishinippon.co.jp/item/n/643902/?page=4>> (2021/3/10)。

¹³ 伊藤さゆり・高山武士「欧州経済見通し—ロックダウンの影響はどれほどか」(ニッセイ基礎研究所、2020年6月15日) <URL=<https://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=64723?site=nli>> (2021/3/10)。

た¹⁴。しかし、パンデミックへの対応には、国際協調が不可欠である。現在では、SDGs のSDG3に該当するグローバル・ヘルスに期待が寄せられており、具体的な活動として、国際的な協力によって感染症に対する体制を整えていく取り組みがなされている。

終章では、各章を近現代の医療行政の視点から整理し、近代以降の医療行政がはらむ問題を指摘する。

第1章 近代日本における公娼制度と差別 ―病と思想の観点から―

本章では、現代のコロナパンデミックでもみられる性風俗業における「国家の冷たいまなざし」について歴史的な背景から探り、このような差別的な「まなざし」が発生する構造について病と思想の観点から検討する。

例えば、2020年5月の緊急事態宣言下では「夜の町」が感染源であるとみなされ、国家から「冷たいまなざし」が注がれた。2020年12月から始まる「第三波」においては、会食を制限する取り組みにより、冷やかな視線が飲食業全般に対し社会から注がれるようになった。このような「まなざし」は、序章で取り上げた経済支援をめぐる政策的な議論の中でもみられる。この議論によって偏見や差別が再生産されることとなった。

そこで本章では、公娼制度という管理売春制度を検討対象とする。これは、公娼制度は「病」をめぐる国家の対応から始まったものにほかならないからである。つまり、淋病や梅毒などの性病の拡散を防ぐことを目的とした制度こそ、公娼制度であった。このような国家の制度が、いかに差別を再生産したかを明らかにする。

1. 公娼制度の成立

本節では上記の問題意識に基づき、近代日本における公娼制度の成立について述べる。ここでいう公娼制度とは、政府による公許があった売春宿のことを指す。この売春宿では、前借金契約により娼妓¹⁵を長期にわたって拘束することとなった。このような制度は、近代日本の帝国主義的拡大に伴って広がっていった。

このような制度の成立は、幕末維新时期にさかのぼる。開国によって設けられた海港場でイギリスやロシアの水兵を相手とする娼妓が増加した¹⁶。これらの国々が自国の兵士を性病から守るために、日本政府に梅毒検査を要請した。自国の兵士たちに不特定多数の売春婦による売春よりも、しっかりと検査された「安全な」売春を欧米各国が求めたのである。これを

¹⁴ 詫摩佳代「〔研究レポート〕コロナ危機で明らかとなったグローバル・ヘルス・ガバナンスの課題」(日本国際問題研究所、2020年9月4日) <URL=<https://www.jiia.or.jp/column/post-6.html>> (2021/3/10)。

¹⁵ 本章では、公娼制度の下で遊郭において働く女性を娼妓とする。他方、警察等の登録を受けず売春を行う女性のことについては娼婦として使い分ける [林 2015a]。

¹⁶ [宮崎 2005、175-221 頁]。

受けた性病管理体制の創設が、日本における管理売春のはじめとなった。しかし、一部の娼妓のみを性病検査の対象とするのでは不十分であったため、すべての娼妓を対象とする管理売春制度の拡充が目指された。

管理売春制度の全国的拡大のきっかけは、皮肉にも 1872 年の芸娼妓解放令である¹⁷。これは不平等条約改正を目指すために、奴隷的拘束制度を撤廃するものであった。これによって娼妓は、それぞれの「家」へ帰されることになる。ただし、売春そのものが禁止されたわけではなく、「自由意志」の形で個人の売春営業は許可されたのである。この制度のもとでは、娼妓に対して許可された貸座敷のみでの営業と月 2 回の梅毒検査が義務付けられた。また、貸座敷を設置する条件として貸座敷業者に梅毒院という検査施設の設置を義務付けた。こうして全国的な管理売春制度が成立した。

管理売春制度は、性病対策を目的として創設され、拡充した。これは、「富国強兵」を求める国家の要請から始まったものである¹⁸。国家だけでなく庶民の方も、自身が梅毒などの性病に娼妓から感染することを恐れて、梅毒検査の強化を求めるようになった。この庶民の意識は、上層エリートをも含む広範なものであった。

2. 公娼制度の拡大と輸出

本節では、管理売春制度としての公娼制度が日本の支配領域やその外へ拡大する様子を見ていく。梅毒検査制度は国家医学としての側面を持ち、日本帝国主義の拡大の中で利用された。これによって、国家医学としての売春が作り上げる差別がどのような形ででき上がったかを見ていく。そして、国家医学が娼妓に対する差別をどのような形で再生産していくかを検討する。

日本全国で、遊郭施設が確立した場所の一つが海軍の鎮守府や師団司令部などの軍隊施設である。これらの軍隊施設は、陸海軍ともに近代以降に新しく設置された場所が多く、ここに遊郭も併設された。遊郭設置と同時に、そこで働く娼妓らを対象とした梅毒検査体制も確保された。「軍隊に遊郭がつきもの」¹⁹とされた当時、軍隊は遊郭で働く娼妓らを「富国強兵」を妨害する性病を蔓延させる存在として恐れたのである。特に軍隊が懸念したのは、許可を得ていない私娼によって性病が拡大し、兵士の頑健な身体の確保が難しくなることであった。

梅毒など性病の拡大により軍隊が弱体化することを防ぐために、娼妓らに対する検査体制を強化することを目指したのである。遊郭の拡大に伴って、各地における管理売春制度も拡大することになったのである。これによって幕末維新期の性病対策としての梅毒検査が、広く日本全体の娼妓らを対象とするものとして確立をみることになった。

¹⁷ [松沢 2018、107-108 頁]。

¹⁸ [林 2017、486 頁]。

¹⁹ [松下 2013、210-211 頁]。

このような動きは、内国植民地²⁰ならびに朝鮮台湾などの海外植民地でも同様である。特に日清戦争後、日本人の進出が盛んになった朝鮮では、日本人の経営する遊郭が設置されるようになった。本来、朝鮮では日本のような遊郭の設置は禁止されていた²¹。しかしながら、日本人の経営する遊郭が公許された背景には、軍隊の時と同様に梅毒に対する恐怖心があった。売春によって性病に罹患する日本人が増加したことを受け、そのような事態を防ぐために日本が朝鮮に強い圧力をかけたのである。それまで朝鮮で隠れて行われた売春は、性病防止を名目に公認された。同様の動きは日露戦争後の満州でもみられた²²。

このように、日本帝国主義の拡大により、公娼制度は日本本土から海外植民地へも拡大をみることとなった。この背景にあったのは、国家と庶民双方の性病に対する恐怖である。政府が進める「富国強兵」政策を堅持するために、娼妓らの管理体制を拡充する方針を選択したのである。ここで問題とすべきは、売春そのものを禁止するのではなく、合法としながらも、娼妓らに梅毒検査を義務付ける管理売春を拡大したことである。このことから梅毒検査は、国家の制度として作り上げられた国家医学としてみることができる。

3. 売春を生業とする女性への思想

本節では、国家医学として梅毒検査を課され、管理売春によって拘束されていた娼妓に対する人々の「まなざし」を検討する。

芸娼妓解放令の背景には、売春を人身売買として悪とする西洋啓蒙思想があった。しかしながら、公娼制度として、娼妓の存在は社会的に認められる。公娼制度が認められた背景にあるのは、性病に罹患することに対する恐れであった。その正体は、性病に罹患することで性的不能になり、子供をなすことができなくなることであった²³。

ここで、不妊を恐れる社会の動きは、当時の「家」制度に由来する。1890年制定の明治民法によってつくられた「家」制度では、家父長制とそこから派生した一夫一婦制が重視された。そして、男性には家長として国民としての義務と規範を課し、女性にはそのような役割を課された男性の慰安を求めた²⁴。不妊の原因となる性病は、「家」の存続を妨げるものとみなされた。その原因を娼妓のみに帰すことで、「家」制度の維持が図られたのである。それに伴い、一般庶民の間に、娼妓に対する強烈な差別の「まなざし」が生じた。このような公娼制度を良しとする思想を、福沢諭吉ら啓蒙主義思想家も同様に持っていたのである。

このような思想のもとで娼妓らは、社会からどのような「まなざし」にさらされたのであろうか。ここでは、福沢諭吉の晩年の論説からみていきたい。

日清戦争後、福沢の思想の特徴は、明治天皇制を是とし、明治国家制度の枠組みから封建的諸制度を変えていこうとするものであった。これは、福沢が一貫して求めてきたものであ

²⁰ [吉見 2019、19-21頁]。

²¹ [朴 2015、158-173頁]。

²² [林 2017、489頁]。

²³ [林 2017、171-219頁]。

²⁴ [林 2017、490-491頁]。

ったと評価されている²⁵。この時期の福沢の女性観は、明治民法を是とし「家」制度の存続強化を目指すものであった。これは、明治以来作られた強固な国家制度を強化する当時の国家権力側の目線と類似するものであった。

こうした女性観を持つ福沢は、公娼制度をどのように評価したのであろうか。杉田聡によると以下のようにまとめることができる²⁶。福沢は、公娼制度について「良家の子女の淫奔」や「寡婦の和姦」を防ぎ「社会の安寧を保つの外あるべからず」と評価する²⁷。このような認識のもと、公娼制により一夫一婦制を存続させることを目指す。そのため福沢は、公娼制度などを「醜行」とみなしながらも、隠れて利用することは否定しなかった。このような考えのもと、公娼制度で働く女性たちを、福沢は表面的には「濁世のマルタル」²⁸とみなしながらも、「既に女子たるの榮譽を失」ったとしたうえで、「無知、無特、破廉恥の下等夫人」²⁹や「芸妓のことは固より人外」³⁰などと罵倒し表現した。

福沢の認識は当時の社会通念と類似するものと杉田は評価する。そして、明治国家を肯定する福沢の認識は、明治政府の権力側にも通ずる認識であっただろう。

しかし福沢の差別意識は、なにも福沢個人の特異な思想というわけではない。荻野美穂によると、公娼制度には「一般女性の貞節や純潔を守るためには男の性欲の「防波堤」としての売買春制度が必要だとする論理」があったと指摘する³¹。この指摘は、福沢の思想の中にみられる公娼制度が「良家の子女の淫奔」や「寡婦の和姦」を防ぐものであるとする考えとも類似する。この一般女性を守ろうとする論理は、福沢にみられるような娼妓に対する差別を内包していたのである。

明治以来進展する公娼制度をめぐる認識は、娼妓に対する強烈な差別を発生させた。こうした差別は、芸娼妓解放令以後の娼妓への「まなざし」によって強化されてきた。芸娼妓解放令により、娼妓らは「家」制度の「家」に帰された。このとき、一時的に借金による拘束はなくなったが、彼女らに対する金銭的な保障はなかった³²。そのため多くの場合、新たな前借金契約により娼妓らは公娼制度のもと、売春を行わざるを得なくなった。この前借金契約は、近代的契約関係にもとづくものであった。そのため、娼妓は世間から「自由意志」によって、公娼制度のもとで娼妓となることを選択したとみなされた。前近代的な拘束は実態としては残されたが、建前としては近代的な「自由意志」による契約とされた。そのため世

²⁵ [遠山 1970、241-267 頁]。

²⁶ [杉田 2015、243-244 頁]。

²⁷ 福沢諭吉 1899「品行論」（『福沢諭吉全集』第5巻、岩波書店、1970年、565頁）。

²⁸ 福沢諭吉 1899「品行論」（『福沢諭吉全集』第5巻、岩波書店、1970年、566頁）。

²⁹ 福沢諭吉 1899「品行論」（『福沢諭吉全集』第5巻、岩波書店、1970年、577頁）。

³⁰ 福沢諭吉 1899「新女大学」（『福沢諭吉全集』第6巻、岩波書店、1970年、518頁）。

³¹ [荻野 2015、224 頁]。

³² 前借金により身体的に遊郭へ拘束されていた遊女たちは、この「家」の家長のもとへ返されるが、彼女らに対する金銭的保障はなく、そもそも帰る先である「家」ですら貧困にあえいでいるケースが多かった。そのため、芸娼妓解放令の発布以後、再び新たな「契約」として公娼制度の娼妓になることを強いられた女性が多数存在した。この背景には、貸座敷の楼主が女性の親権者が持つ前借金を女性に肩代わりさせる契約を結んだことに由来する[林 2015a、178-179 頁]。

間は、福沢のような娼妓に対する強烈な差別意識を持つようになった。こうして公娼制度は、明治以降の社会通念の中で一種の「必要悪」として存立するに至ったのである。

4. 小括

本章では、公娼制度における差別を病と思想の観点からみてきた。明治期に、売春はその効能から支持されながらも、国民の庶民からエリートに至るまでの広い層が性病に対して強い恐怖を抱いた。そのため、権力側は国家医学として、強力な梅毒検査制度を持つ管理売春である公娼制度を確立した。これは、「富国強兵」政策を堅持するために衛生対策を進めたい政府の動きと一致した。このような医療体制の中で、「マルタル」としての娼妓らに対する強い差別意識が発生した。このような病と思想のもたらす差別は、医学によって国家が生み出した意識であるといえる。こうした差別構造は、何も国内だけでおさまるものではない。近代国家では植民地が拡大し、その結果植民地における病と国家医学も新たな形で立ち現れてくる。

なお、ここまで述べてきた公娼制度は現在では廃止されている。1946年、GHQによる娼妓取締令によって、公娼制度は廃止された³³。その後1956年に売春防止法³⁴が制定されたものの、性を売買すること自体は、風俗営業法のもとで現在も行われている。かつての公娼制度による遊郭は、ソープランドなどに業務形態を変えて残っている。そこで働く人々に対して注がれる蔑視あるいは異形視する「まなざし」は、明治以来脈々と続いている。現在のコロナ禍において、政府が「理解が得られない」として保証することをためらったのは、この故であろう。

第2章 感染症流行に対する公衆衛生政策と経済政策

—近代アジア植民地における状況比較を課題として—

前章においては感染症流行下における社会的弱者の一例として「社会的弱者としてのセックスワーカー」に焦点を当て、その歴史と実態について考察を加えてきた。本章でも感染症と「社会的弱者」の関係性についてさらに考察を深めていくが、その上で特に取り上げる主題を「近代アジア植民地における感染症流行」と設定する。世界における感染症の歴史を考える中で、19世紀以降の近代アジア植民地においてはコレラをはじめとする多くの感染

³³ [吉見 2019、232-237 頁]。

³⁴ [林 2015b]。この売春防止法は、売春の定義を同法第2条で「この法律で「売春」とは、対償を受け、又は受ける約束で、不特定の相手方と性交することをいう」と定めている。ここで「不特定の相手」との「性交」が売春であると定められたため、それ以外の性的関係は売春の対象外とされた。このような法解釈から売春禁止法は抜け道が多数ある、いわゆるザル法として知られる。これによって、公娼制度の娼妓に向けられたような強烈な差別の思想は、現代においてもセックスワーカーへの差別へと受け継がれている。

症の爆発的流行が繰り返されてきた。近年では、そのような近代アジア植民地における感染症の流行と宗主国が行った疫病対策の歴史が注目され始めている³⁵。

本論文における「社会的弱者」の定義が「感染症の流行以前から社会構造上不利な立場に置かれていた人々」である以上、植民地支配という文脈で考えた際の「社会的弱者」とは、「宗主国の支配下に置かれる現地の人々」にあたるだろう。宗主国は現地の人々に対して様々な政策を行ったことは言及するまでもないが、中でも植民地における感染症の流行と深い関係にあったとされているのが、「公衆衛生政策」と「経済政策」である³⁶。しかしながらこれら2つの政策はいずれの植民地でも同じような方針がとられていたわけではなく、宗主国によってその方針には大きな違いがあったことはあまり知られていない。よって本章では宗主国の違いによるこれら2つの政策を比較し、近代アジア植民地における感染症流行について考える契機としたい。

1. 植民地における公衆衛生政策と経済政策

そもそも「公衆衛生 (public health)」とはいかなる言葉であろうか。辞書的な意味で言えば、公衆の保健・衛生・福祉の向上および増進をはかる科学技術の総称。母子保健、感染症予防、成人病対策など」(小学館『日本国語大辞典』)となる。これを植民地支配の文脈で考えた場合、例えば齋藤修は宗主国が現地に行う保健政策の中でも「罹患ハザードと抵抗力双方に働きかける」施策であると定義している³⁷。すなわち宗主国は上下水道の整備等を通して病原体の伝播を抑えるとともに、健康診断や予防接種等を通して抵抗力を強化するのである。無論、このような施策の背景には植民地支配を進めるための宗主国側の事情も存在した。すなわち宗主国は発達した近代医学を「文明」、それが普及していない地域を「野蛮」と定義し、後者に近代医学に基づく公衆衛生政策を「強制」することによって自らの正当性を担保する原動力としたのである³⁸。

これに対し、各植民地には当然ながらそれぞれの経済政策が存在した。再び齋藤による定義では、植民地における経済発展とは国民総生産ないし所得が増加していく過程であり、そのプロセスで生じる工業化や都市化といった経済構造・社会組織上の変化も含意するものである³⁹。それぞれの植民地において、宗主国は植民地の経済発展、ひいては宗主国の利益を目指して特色ある経済政策を敷いた。経済発展による工業化は、必然的に原材料の供給地や生産物の市場を必要とする。よって当然ながら、経済政策の中において交易政策は非常に重要なウエイトを占めることとなる。宗主国と植民地の間、あるいは植民地相互の交易を通

³⁵ [飯島・脇村 2001、94-95 頁]。

³⁶ 英領インドにおける感染症対策を詳しく研究した脇村孝平は、植民地における疫病の歴史を考える上で公衆衛生政策の観点とともに経済史(社会経済史)の文脈で理解することが非常に重要であると論じている [脇村 2002] ([大木 2003、129 頁] を参照)。

³⁷ [齋藤 2001、53 頁]。

³⁸ [飯島・脇村 2001、78 頁]。

³⁹ [齋藤 2001、54 頁]。

して、それぞれの植民地は経済発展を目指していったが、これらの政策は宗主国の植民地経営の方針の違いによって明確な差が生まれていった。

2. 英米植民地間における公衆衛生政策の違い

さて近代アジアにおいては日本を含む多くの国々が植民地支配を行ったが、本章では特にイギリスとアメリカの植民地政策の違いに着目してみたい。イギリスは19世紀よりアジアの植民地化を開始し、ビルマ・海峽植民地・インド帝国などアジア全域に広がる広大な植民地を保有していた。一方アメリカによるアジアの植民地化は20世紀に入ってからであり、事実上フィリピンのみ支配であった。これら両宗主国によるアジア植民地を考えると、その領域と歴史には大きな違いがあったといえよう。

まず公衆衛生政策についてはどのような差があったのだろうか。イギリス植民地における特徴は、現地に対する不介入政策であった。脇村孝平によれば、英領インドには現地住民に対する介入をできる限り避けようとする傾向が存在しており、この背景には財政的な資源の限界という問題があったとされている⁴⁰。これに対し、アメリカ植民地は対照的な方針がとられていた。千葉芳広によれば、アメリカ領フィリピンの公衆衛生政策は非常に介入的なものであり、衛生行政の末端に至るまでアメリカ人官吏が入り込み、警察組織を駆使した衛生政策の”強制”が徹底されていたとされている⁴¹。これらの差異が生じる理由としては、両国の植民地支配における意識の違いが関係しているだろう。イギリスのインドに対する不介入の財政面以外の大きな要因として社会的・心理的な距離があり、イギリス人はインド人との協働を好まず、もっぱら病原体の研究に興味を傾いていたという⁴²。これに対しアメリカは、フィリピンの文明化を世界に対して誇示することを強く意識しており、また公衆衛生事業への介入はアメリカによるフィリピン統治の正当性の証明でもあった⁴³。

3. 英米植民地間における経済政策の違い

次に経済政策についてはどうだろうか。秋田茂によれば、近代アジアにおけるイギリス植民地では、非常に活発な植民地間貿易が行われていた。その典型例が英領インドにおける綿織物業であり、現地において機械化された工場で大量生産されたインド産の綿織物は海峽植民地やセイロン等へ輸出された⁴⁴。これに対し、アメリカ領フィリピンではアジア内貿易といった政策は基本的に行われず、専ら宗主国アメリカとの垂直貿易が行われることとなった。早瀬晋三によれば、アメリカがフィリピン獲得後にまず行ったことはフィリピンからイギリスを締め出すことであり、フィリピンはアメリカとのみの貿易を強いられた。フィリ

⁴⁰ [脇村 2001、209 頁]。

⁴¹ [千葉 2018、86-87 頁]。

⁴² [脇村 2001、210 頁]。こうしたイギリス人の意識については、木畑洋一が「帝国意識」という言葉を用いて説明している [木畑 2008]。

⁴³ [千葉 2018、86-87 頁]。

⁴⁴ [秋田 2012、167-171 頁]。

ピン内部の経済としても工業発達は進まず、アメリカからの輸入に頼る依存的経済が確立した⁴⁵。これらの差異についても、やはり両宗主国の植民地経営方針の違いが背景には存在していた。インドを含めて世界中に数多くの植民地を保有するイギリスは、いわゆる「自由貿易帝国主義」を推し進めていた。インドの工業化と商品輸出に代表されるような植民地経済政策は、イギリスによる国際分業体制の一環であり、自由貿易圏の構築には不可欠なものであった⁴⁶。しかし基本的にはフィリピンしか主だった植民地を持たないアメリカは、あくまでアメリカ-フィリピン間の垂直貿易を望み、フィリピンはアメリカに対し従属的な立場を強いられた。結局フィリピンは 20 世紀初頭にはアメリカ人による投資意欲も減退し、国際競争力を持たないまま保護され続けたのである⁴⁷。

4. 公衆衛生政策・経済政策と感染症流行の関係性

最後に、以上のような英米植民地間における公衆衛生政策と経済政策の差異は、実際の感染症の流行状況にどのように関係していたのかについてみていきたい。

公衆衛生政策における宗主国の介入度は、植民地における感染症流行に一定の影響を持っていたのであろうか。飯島渉はイギリスによるインド現地社会への不介入的な公衆衛生政策は感染症による現地の人々の死亡率を大きく引き上げており、インドに駐留するイギリス人部隊における死亡率と現地人社会における死亡率の間には対照的な差異があると指摘している⁴⁸。しかし千葉は逆に、スペインから植民地支配を引き継いだアメリカは介入主義的な公衆衛生政策を現地に強制したものの、結果としてコレラの死亡率を減らすことには失敗しており、20 世紀に入り穏健的な政策へ方針転換したことを指摘している⁴⁹。

経済政策の面について千葉は、近代アジアの各植民地における経済政策と感染症流行についてコレラを例に詳細な分析を加え、「東南アジア各地域の貿易・移民政策とこれら死亡率の間には明確な相関性および地域別対照性がみられない」と結論づけている⁵⁰。これは一見すると意外な結果に思われる。経済政策を優先し、感染症流行下においても貿易を積極的に推進する植民地は、そうでない植民地よりも感染症の流行が早まる傾向にあると予想されてもおかしくないだろう。例えば、飯島もアジアやインド洋交易圏における活発な交易が疫病拡大の要因となっていたことを指摘しており、そのような状況を「疫病の交流」と呼んでいる⁵¹。千葉はこの結果の理由として、必ずしも宗主国が望んだ交易政策が徹底実施されてはいなかったこと、すなわち検疫政策の不備を前提としつつ、感染症の疫学的動向には移

⁴⁵ [早瀬 2009、47-50 頁]。

⁴⁶ [秋田 2012、167-171 頁]。

⁴⁷ [早瀬 2009、47-50 頁]。

⁴⁸ [飯島・脇村 2001、83 頁]。

⁴⁹ [千葉 2015、47 頁]。

⁵⁰ [千葉 2020、295 頁]。

⁵¹ [飯島・脇村 2001、86-88 頁]。

民や貿易の推移に加えて、現地経済・現地住民の生活水準などの様々な要素が複合的に作用していたという可能性を提示している⁵²。

5. 小括

以上のように、宗主国が植民地に実行しようとしていた公衆衛生政策や経済政策は、必ずしも実際の感染症対策に明確な効果を上げたわけではなかった。これは意外な結果とも思えるが、換言すれば感染症対策においては「宗主国の意志」が絶対的に現地に影響を及ぼしたのではなく、そこには「社会的弱者」と捉えられてきた現地の人々の対応が大きな影響力を持っていたといえるだろう。例えば、貿易統制を加えようとしても密貿易や検疫逃れは起きるであろうし、近代医療を強制しようとしても現地の反発によって失敗することもある。植民地における感染症対策は、常にそのような「宗主国」と「現地の人々」との関係性に規定されていた部分が大きかったといえるだろう。

第3章 ドイツ植民地における帝国医療 — 「社会的弱者」に対する医療と支配—

本章では、帝国医療という視点から高校世界史教科書で扱われることが少ないアフリカを対象に分析する。本稿の冒頭で述べたように、近年のグローバル・ヘルスの取り組みにもかかわらず、アフリカにおける病との闘いは今なお現在進行形の問題である。例えば、マラリアは罹患者の92%、死亡例の90%がアフリカから発生している⁵³。また、アフリカ眠り病も常時30万人以上の患者がいると推定されている⁵⁴。このような問題を考えるうえで、その前史となる帝国医療の時代を対象とし、帝国医療がアフリカ現地住民という「社会的弱者」にどのような影響を与えたのかということについて検討するのが、本章の目的である。

1. 帝国医療の発展

まず、帝国医療とはいかなるものかを確認したい。宗主国が植民地に対して実施した医療を指す用語は、「植民地医学」と「帝国医療」に区分できる。植民地医学とは植民地において蓄積された医学・衛生学の医療の体系や学知のことを指し、帝国医療は植民地医学の定義を拡大させ、医療だけでなく植民地行政も含んだ医療・衛生事業全体を指す用語である⁵⁵。帝国医療は、19世紀末から20世紀初頭にかけての帝国主義の時代において発展した。そこには、ヨーロッパという「文明」によってアジア・アフリカという「野蛮」を、資本主義を理解し自立した消費者に変えるという「原住民の福祉」の言説が存在した⁵⁶。

⁵² [千葉 2020、295 頁]。

⁵³ [脇村 2020、343 頁]。

⁵⁴ [山内・北 2008、8-9 頁]。

⁵⁵ [飯島 2005、8-9 頁]。

⁵⁶ [磯部 2018、5 頁]。

以上のような植民地支配の時期に重なって発展したのが、細菌学の領域で行われた病原微生物の発見であった。ルイ・パストゥールやロベルト・コッホといった細菌学者は、19世紀初頭まで影響力を持っていたミアスマ説を打ち破り、顕微鏡を用いて感染症の原因が病原菌であることを明らかにした⁵⁷。特にコッホは、1906年にドイツ領東アフリカ（現在のタンザニア）の複数の地域に赴き、人体実験による治療成果を本国に持ち帰った⁵⁸。このように、細菌学の進展がヨーロッパ人の支配をアフリカ奥地にまで拡大させたのである。

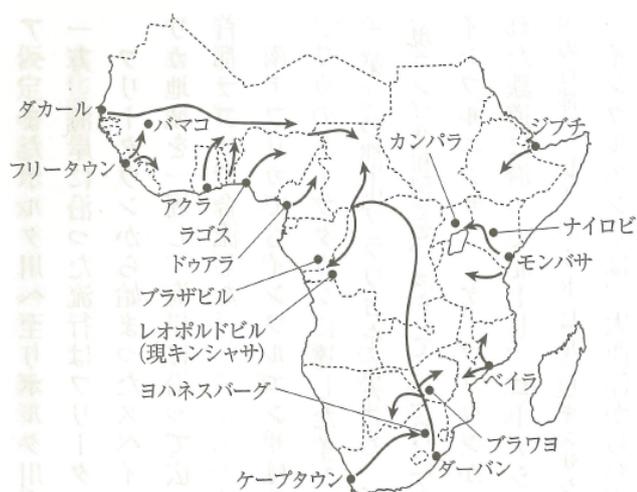
ただし、植民地支配は「文明」と「野蛮」の対立軸だけでなく、キリスト教宣教師のような中間に位置する人々も存在した。キリスト教宣教師は教育活動や医療行為を行い、植民地におけるドイツ企業の過酷な搾取を批判した⁵⁹。しかしながら、彼らもまたドイツの植民地支配そのものへの疑問は示さず、「文明化の使命」を共有していた⁶⁰。

2. ドイツ植民地の拡大

ヨーロッパ各国と同様にドイツ帝国も植民地領有に乗り出し、1884-85年に開かれたベルリン会議ではドイツに西南アフリカ（現在のナミビア）、トーゴ、カメルーンの領有が認可された。また、会議直後には東アフリカ（現在のタンザニア）も保有することになり、主要なドイツのアフリカ植民地が成立することになった。

ドイツの植民地省は交通インフラの整備を行い沿岸から内陸部に向けた鉄道を建設したが、これには大量の現地住民が強制労働に駆り出され、感染症の拡大を引き起こす要因となった⁶¹。例えば、第一次世界大戦では、戦闘にはアフリカ現地住民が動員され、大規模な人と

【図1】 アフリカにおけるスペイン風邪の流行経路
[山本 2011、119 頁]。



⁵⁷ ミアスマ説とは「熱帯」世界には人間の存在を脅かす何か＝「瘴気」が存在するという考え方のことである。「白人」の身体は「熱帯」地域に漂う「ミアスマ」に耐えられるのかという「気候順化」の問題は19世紀末に国際的にも関心が高まった。[磯部 2020a、182-183 頁]。

⁵⁸ [磯部 2018、31・36・42 頁]。1900年代初頭にはドイツ領東アフリカにおける眠り病の感染拡大が多数報告されるようになり、1905年にノーベル医学賞を受賞したコッホが自ら提案する形で東アフリカの調査が実施された。コッホが実施した調査の詳しい内容については、同書の第1章を参照されたい。

⁵⁹ ドイツ企業による植民地への搾取を批判した例として、カメルーンのバーゼル・ミッションや本国のカトリック中央党が挙げられる [栗原 2018、23 頁]。

⁶⁰ [栗原 2018、23 頁]。

⁶¹ 当初、植民地行政は外務省植民地局によって担われていたが、1905年に大規模な抵抗が東アフリカと西南アフリカで発生した。これに伴い、予算の大幅な増加の問題からドイツ帝国指導

物資の移動が発生した。大戦末期に世界的に流行したスペイン風邪はアフリカでも流行した。こうした状況下において、石炭の補給地であったフリータウンに患者を乗せたヨーロッパからの軍艦が到着したことで、スペイン風邪は港から鉄道と河川を通じてアフリカ内陸部にまで広がった⁶²。

上記のスペイン風邪以外にも、ドイツ植民地では多数の感染症が流行した。なかでもマラリアとアフリカ眠り病は双方とも現地社会に多大な影響を与えたという共通点を持ちながらも、治療対象や対策方法をめぐって相違点がみられた。また、現在においても広くその名が認知されているマラリアとは異なり、アフリカ眠り病は第二次世界大戦後長らく忘却された病で、世界保健機構（WHO）によって「顧みられない熱帯病（NTDs）」に指定されている⁶³。したがって以下では、マラリアとアフリカ眠り病という対照的な背景を持つ感染症を事例に、帝国医療の実態を検討する。

3. マラリア対策 ―白人のための帝国医療―

マラリアは、マラリア原虫を病原体としてアノフェレス蚊によって媒介される感染症である。高熱や頭痛などの症状を繰り返し、悪性の場合は脳マラリアによる意識障害や腎不全などを起こして死に至る。

19世紀末にはマラリアの根絶を目指して「媒介蚊対策」と「化学療法的対策」という2種類のアプローチが提唱された⁶⁴。前者はアノフェレスの幼虫が生育する水たまりを埋めることによって媒介蚊そのものをなくす方法であった⁶⁵。後者は感染源としての現地住民をヨーロッパ人の生活地域から離れたところに生活させる「隔離」＝「人種衛生」政策であった⁶⁶。

このようなマラリア対策の対象は現地住民ではなくヨーロッパ人に限定されていた。その背景には「獲得免疫」の問題があり、ヨーロッパ人は獲得免疫を得てマラリアの重篤症状を免れることが困難な一方で、アフリカ現地住民は獲得免疫によって重篤症状を免れることが可能とされていた⁶⁷。例えば、アフリカでは感染症に対する生物学的適応として、特徴的な二つの遺伝子変異がみられた。第一は「ダフィー陰性」と呼ばれる血液型の存在であり、この血液型の人には三日熱マラリアに罹患しないとされた⁶⁸。第二は「鎌状赤血球症」の存在

部が直接、植民地統治に乗り出すようになり植民地省が新設された。植民地省では植民地官僚育成、現地住民の労働力活用、商品作物の栽培計画、入植促進活動といった業務を担当した [栗原 2018、18-19 頁]。

⁶² [山本 2011、118-119 頁]。

⁶³ 眠り病に十分な対策が取られなかった要因は、製薬資本の問題にあった。治療に使用する薬剤は莫大な費用が掛かる一方、経済的に困窮するアフリカの人々からはその費用を回収できないという「市場の論理」が立ちはだかっていた [磯部 2018、260-261 頁]。「顧みられない熱帯病」については本稿の終章を参照。

⁶⁴ [脇村 2020、335-336 頁]。

⁶⁵ [脇村 2020、335-336 頁]。

⁶⁶ [脇村 2020、336 頁]。

⁶⁷ [脇村 2020、345 頁]。

⁶⁸ ダフィー陰性はサブサハラ・アフリカ以外の地域では全く見られない血液型であり、サブサハラ・アフリカの住民の大半が該当する [脇村 2020、343 頁]。

であり、これを有する者のうち「異型接合」（片親が鎌状赤血球）の場合は熱帯熱マラリアによる死の確率は 10 分の 1 に低下した⁶⁹。こうした遺伝子レベルの生物学的適応を前提としたうえで後天的な免疫の存在も認識されるようになり、ヨーロッパ人と現地住民の差異が強調された。このように 20 世紀前半において「獲得免疫」を有する現地住民に対するマラリア対策は等閑視されていた。「獲得免疫」の問題が現地住民への差別の正当化につながったのである⁷⁰。

4. 眠り病対策 — 「失敗」した帝国医療 —

アフリカ眠り病は、正式にはアフリカトリパノソーマ病という名称であり、ツェツェバエを媒介にしてトリパノソーマ原虫がヒトや動物の体内に入ること、風邪に似た症状や睡眠障害を引き起こす病である。眠り病は、前述のマラリアと異なり、感染者の多くがアフリカ現地住民であったために、「原住民対策」とみなされていた⁷¹。

眠り病に対しては「環境主義的アプローチ」と「薬学的アプローチ」が実施された。前者はツェツェバエと人間の接触を防ぐことを目的に、ツェツェバエの生息する草木の伐採作業や、人間をツェツェバエの生息域から遠ざける住民移住政策が実施された⁷²。しかし、アフリカの自然環境は草木の生長が速く、完全にハエを除去することが困難であった⁷³。また、植民地行政の財政不足から、除草作業に現地住民を動員する際の報酬支払いも不十分であった⁷⁴。さらに、住民移住政策においても現地住民が長年住み慣れた土地を離れることに反発したため暴動や逃亡が発生した⁷⁵。

一方、薬学的アプローチは眠り病患者を隔離し薬剤を投与するものであったが、このアプローチにおいても問題点が存在した。それは収容所に隔離することが住民の不満につながったことや、薬剤に含まれるヒ素化合物により失明や臓器不全といった深刻な副作用が現れたというものであった⁷⁶。さらに、ヨーロッパ人医師たちによる人体実験や眠り病の再発は、現地住民による検査拒否や集団逃亡につながった⁷⁷。以上のように、いずれのアプローチも眠り病を制圧することはできなかったのである。

眠り病対策は上記のように多くの困難を伴っていたが、根本的な問題は、現地住民の協力を前提としていた点にあった。眠り病患者の割り出しや収容所への移動監視は、植民地の深刻な人材不足のために現地人首長による臣下の動員が不可欠であった⁷⁸。しかし、彼らも常に植民地政府に従順であったわけではなく、感染地域と疑われる集落の住民の逃亡を隠べ

⁶⁹ 鎌状赤血球を有する人はサブサハラ・アフリカの住民の 25-30%である [脇村 2020、344 頁]。

⁷⁰ [脇村 2020、345 頁]。

⁷¹ [磯部 2018、9 頁]。

⁷² [磯部 2018、254 頁]。

⁷³ [磯部 2020b、271 頁]。

⁷⁴ [磯部 2020b、271 頁]。

⁷⁵ [磯部 2020b、271 頁]。

⁷⁶ [磯部 2020b、271 頁]。

⁷⁷ [磯部 2018、144-146 頁]。

⁷⁸ [磯部 2018、48 頁]。

いするなど、ドイツ植民地支配の脆弱性を見抜いて行動していた⁷⁹。アフリカ現地住民は帝国医療という「文明」に抵抗する主体性を持ち合わせていたのである。

5. 戦争と感染症対策 ―植民地喪失後の「成果」―

第一次世界大戦は、欧米列強が支配する植民地を通じて全世界に波及し、アフリカも例外なく戦場に組み込まれた⁸⁰。大戦中にはスペイン風邪が猛威を振るったが、その背景には兵士や物資の動員、前線における塹壕や密集した兵舎、植民地における現地人兵士や住民の戦争への関与といった、平時とは異なる体制が寄与していた⁸¹。また、マラリアの惨禍も著しかったが、戦時中はまだ流行が局所的であり、むしろ戦後、帰還兵が治癒していないまま本国にマラリアを持ち帰る事例や、かつての戦場が汚染されたまま放置される「戦後マラリア」の問題が深刻化した⁸²。

1919年にヴェルサイユ条約でドイツが海外領土をすべて失うと、ドイツはこれに激しく反発し、「植民地修正主義」を主張した。「植民地修正主義」とは、ドイツが「原住民の福祉」に関心があるにもかかわらず、連合国がドイツから植民地を奪ったことは不当であり、ドイツには植民地を取り戻す権利と義務があるという主張であった⁸³。この主張はドイツ製薬工業の「成果」を根拠として、ナチ時代の「人種」概念と結びつくことになった⁸⁴。

6. 小括

以上、本章では、ドイツ植民地における帝国医療が現地住民に与えた影響を考察した。アフリカ現地住民は、国際社会におけるドイツの覇権奪取のために利用される存在であったといえよう。近代医学は病の治療法や予防医学の発達といった「成果」をもたらしたが、この背後には植民地の現地住民の「犠牲」が存在していたのである。

ただし、帝国医療は「支配／被支配」の対立軸だけで説明できるものではなかった。磯部裕之が指摘するように、現地住民は必ずしも物言わぬ「客体」ではなく、暴動や逃亡によって自らの「主体性」を主張する存在であった⁸⁵。しかし、白人入植者という「強者」が現地住民という「社会的弱者」を支配・管理する帝国医療の構造は、近代医学の光と影の両側面を映し出していたといえよう。

⁷⁹ [磯部 2018、74 頁]。

⁸⁰ 戦局はドイツにとって思わしくなく、ドイツの植民地は 1915 年にトーゴ、1916 年にカメルーン、1918 年に東アフリカが連合軍によって占領された [山本 2011、118 頁]。

⁸¹ [山本 2011、123 頁]。

⁸² [山本 2011、146 頁]。

⁸³ [磯部 2018、228 頁]。

⁸⁴ ドイツの製薬会社バイエルは第一次世界大戦中の 1916 年にアフリカ眠り病の特効薬「バイエル 205」の開発に成功したほか、1924 年にはウィルヘルム・ローヘルとバイエル社の協力でマラリアの薬であるキニーネの代替薬として「プラスモヒン」が合成された [磯部 2018、230 頁] [橋本 1991、147 頁]。

⁸⁵ [磯部 2020b、282 頁]。

終章

以上、近代医療の展開が既存の社会的弱者に及ぼした影響について、近代以降の医療行政を歴史的に考察することで検討を加えてきた。最後にこれまでの検討結果を、現在に至る医療行政の歴史的展開の中に位置づけつつ、コロナ禍における社会問題について指摘したい。

1. 本稿のまとめと近代以降の医療行政

近代医療の展開は、医療・衛生を通じて個人と国家・社会が否応なく関係を取り結ぶ過程であるといえるだろう。第1章で述べたように、近代医学は「強い国家・健康な国民」を守るための国家医学として機能し、その過程で娼妓・娼婦への差別・賤視を正当化する側面を有していた。こうして国家医学が包摂する蔑視の構造は、近代医療が帝国医療として植民地支配に利用された際にも継続していく。そこでは、第2・3章でみたように、「宗主国＝科学・文明」と「植民地＝自然・野蛮」という二項対立的理解が基軸として存在しており、現地住民との関係性や病の流行等によって植民地社会との妥協を伴いつつ医療行政が展開していた。このように近代以降の医療行政は、「国民」や植民地住民に対する科学的見地に基づいた福祉という正の側面を有する一方、社会的弱者への差別意識を顕在化・正当化する負の側面として歴史的に存在していた。この両側面が絡まり合いつつ進行していたことに目を向けるべきである。

そこで注目しなければならないのは、現在のグローバル・ヘルスと呼ばれる国際的な医療協力体制においても、帝国医療との連続性が認められる点である。1919年に国際連盟内に設立された国際連盟保健機関(LNHO)は、これ以前の国際的医療活動とは異なって、非ヨーロッパ地域にも活動が及び、ロックフェラー財団などの非政府機関と連携していたこと等の点から、現在のグローバル・ヘルスの起点として評価されている⁸⁶。その一方、LNHOの活動は植民地における帝国医療の担い手によって支えられており、両者の間には連続性がみられた。こうした帝国医療との連続性は第二次世界大戦後にも継続している。例えば日本が戦時中に台湾・朝鮮・満州で蓄積したフィラリア対策の学知・人材を基礎に、戦後の国際的医療協力体制におけるイニシアティブを主張していたこと⁸⁷は、帝国医療を基礎として戦後の国際的医療協力体制が構築されたことを示している。またアフリカ植民地におけるマラリア対策について、「獲得免疫」問題が「人種衛生」の論理に基づいて差別の正当化に帰結したことを第3章で述べたが、1950年代には、「獲得免疫」問題に関する専門家の認識が「人種衛生」の論理から「現地の知」に基づいた判断へと変化しつつも問題視され続け、戦後に至ってもマラリア対策は低調だったとされる⁸⁸。これは、帝国医療時代の知識が現地社会との共存によって形を変えつつ、現在のグローバル・ヘルスの対応を規定した事例といえよう。したがって、現在のグローバル・ヘルスにおいては、帝国医療時代の〈帝国 - 植民

⁸⁶ [秋田・脇村 2020、12 頁]。

⁸⁷ [飯島 2020、322-326 頁]。

⁸⁸ [脇村 2020、351 頁]。

地) という枠組みこそ取り払われるも、人材・知識基盤の偏在や、外部（特に先進国）による途上国への医学的介入という構図では帝国医療と共通していると考えられる。

同様の事態は、第二次世界大戦後における開発援助においてもみてとることができる。水野祥子が指摘するように、イギリス帝国の植民地科学者は現地での経験を経て、在来知を取り入れた科学知や実践を科学者のネットワークで共有しており、そうした植民地科学者による開発の思想や実践が、第二次世界大戦後の国際連合による開発援助に影響を与えていた⁸⁹。第二次世界大戦後のグローバル・ヘルスや国際開発援助は共通して、植民地支配時代の遺制を部分的に引きずっているのであり、植民地支配時代との連続性を抜きにして戦後の国際協力体制を理解することはできない。

グローバル・ヘルスはこうした歴史的経緯によって形成されたため、関心や資金の多くが先進国の経済や安全保障に関わる病に注がれ、そうでない病との格差が広がる「注目の格差」と呼ばれる問題をはらんでいた⁹⁰。そのことを象徴的に示すのが「顧みられない熱帯病 (NTDs)」の問題である。WHO は 2000 年に採択したミレニアム開発目標 (MDGs) の中で「HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止」を掲げ、国際的な医療協力の活動指針を示した。しかしその後は、マラリアや HIV/エイズへ大量の資金が投入される一方、「その他の疾病」とされた熱帯感染症には十分な資金が投じられていなかった。現在では「顧みられない熱帯病 (NTDs)」という名称を用いて、熱帯感染症への注意も向けられ始めている。それでも十分な協力体制を築けているとは言い難く、アフリカを中心に多くの地域で複数の NTDs が同時に流行しているのが現状である⁹¹。このように、NTDs は現在でも深刻な健康被害や貧困の再生産をもたらす問題でありながら、グローバル・ヘルスにおいて十分な援助がされていないのである。経済先進国の関心に基づく「注目の格差」によって、グローバル・ヘルスにおいても掬いきれない問題が生じていることには注意を払うべきであろう。

2. 新型コロナウイルスをめぐる状況と今後の展望

では、こうした近代以降の医療体制の展開を踏まえた上で、現在のコロナ禍をめぐる状況はどのように理解できるのだろうか。序章で述べたように、性風俗業は政府からの給付金の対象外とされ、これに対してデリバリーヘルス運営会社やセックスワーカー支援団体からの抗議がなされている⁹²。こうした政府の対応は、セックスワーカーへの偏見のまなざしが病の流行や近代医療の展開に伴って顕在化・正当化されたという第 1 章の事例と連続的に捉えるべき事態であろう。特に性風俗業を給付金の対象から外した理由として、政府が「過

⁸⁹ [水野 2020、181-190 頁]。

⁹⁰ [託摩 2020、207 頁]。

⁹¹ [ホッテズ 2015、3-17 頁]。

⁹² SWASH (Sex Work And Sexual Health) 「新型コロナウイルス感染症による小学校休業等対応支援金に関する要望」 (厚生労働大臣等宛、2020 年 4 月 2 日) <URL=<http://swashweb.sakura.ne.jp/file/20200402.pdf>> (2021/3/10)。

去の対応を踏襲」「国民の理解が得られにくい」と回答していることから、過去に娼婦へ向けられた「まなざし」が現在のセックスワーカーにも継続していること、かつこうした対応によって差別・偏見が再生産されていく様相をみてとることができる。

さらに 2021 年 1 月現在では、新型コロナウイルス流行の第三波到来に伴う継続的な営業自粛要請によって、性風俗業などを含む「夜の街」だけでなく飲食業全般への経済的影響も大きく目立つようになっている。コロナ禍によって経済的に困窮する事業者が増える中、経済支援をめぐる議論がさらなる差別・偏見の再生産や拡大を引き起こすことも予想される。

また世界各国の対応をみると、国際的な医療協力体制下にあっても自国民保護の政策を徹底する傾向にある。日本国内における外国人への公的支援をめぐる批判的言説や、コロナ対策をめぐるアメリカと WHO や中国との対立は、「国家」や「民族」と関わる形で差別的言説や国家間の対立が顕在化していることを示している。特に WHO とアメリカ・中国との対立は第二次世界大戦後のグローバル・ヘルスが抱える問題を顕在化させたものといえるだろう。2021 年 1 月現在では、新型コロナウイルスの変異種発見に伴い、海外からの移動をより一層制限する動きが各国でとられている。こうして、第 2 章でみたような経済政策や国際関係と感染症拡大防止とのバランスが求められる状況が、より切迫した状態で現出しているといえるだろう。

以上、本稿の検討を踏まえてコロナ禍に伴う社会問題を振り返ってきた。近代医療の成立・展開過程を歴史的に把握することの重要性を十分に提示することができたと考える。現在巻き起こっている「病と社会的弱者」の問題は、コロナ禍において新たに発生したものではない。近代医療の展開と絡み合いつつ形成された社会的弱者への視線あるいは無視が、新型コロナウイルスの流行によって顕在化したという点にこそ目を向けるべきである。以上の結論を、「病と社会的弱者」の問題を歴史的に捉え、歴史教育の現場において生徒が現在の社会問題を歴史的に議論・対話できる材料を提供するという本稿の課題に対する回答とし、筆を擱きたい。

参考文献

序章

岡田晴恵

2020 『知っておきたい感染症—新型コロナと 21 世紀型パンデミック—』筑摩書房。
早稲田大学（編）

2019 『高大接続改革に資する、思考力・判断力・表現力等を問う新たな入学者選抜（地理歴史科・公民科）における評価手法の調査研究』（平成 30 年度文部科学省委託事業 大学入学者選抜改革推進委託事業 成果報告書別冊）

國井修

2020 「新型コロナ対策の成功国、失敗国」『Newsweek』35-38、18-27 頁。

文部科学省

2018 『高等学校学習指導要領（平成30年告示）解説 地理歴史編』。

脇村孝平

2004 「疫病と世界史」『高等学校 世界史のしおり』2004-1、帝国書院、1-4頁。

第1章

荻野美穂

2015 「性と生殖」久留島典子ほか（編）『ジェンダーから見た日本史』大月書店、224-225頁。

杉田聡

2015 『天は人の下に人を造る』インパクト出版会。

遠山茂樹

1970 『福沢諭吉』東京大学出版会。

林葉子

2017 『性を管理する帝国』大阪大学出版会。

2015a 「近代公娼制度と廢娼運動」久留島典子ほか（編）『ジェンダーから見た日本史』大月書店、178-179頁。

2015b 「売春防止法の成立と性売買の多様化」久留島典子ほか（編）『ジェンダーから見た日本史』大月書店、240-241頁。

朴定愛（渋谷知美訳）

2015 「朝鮮社会の公娼制導入過程」井上章一・三橋順子（編）『性欲の研究—東京のエロ地理編—』平凡社、158-173頁。

松沢裕作

2018 『生きづらい明治社会』岩波書店。

松下孝昭

2013 『軍隊を誘致せよ』吉川弘文館。

宮崎千穂

2005 「日本最初の梅毒検査とロシア艦隊—幕末の長崎港における「ロシア村」形成の端緒—」福田真人・鈴木則子（編）『日本梅毒史の研究』思文閣出版、175-221頁。

安川寿之輔

2016 『福沢諭吉と丸山眞男 増補改訂版』高文研。

吉見義明

2019 『買春する帝国—日本軍「慰安婦」問題の基底—』岩波書店。

第2章

秋田茂

2012 『イギリス帝国の歴史—アジアから考える—』中央公論新社。

飯島渉・脇村孝平

2001 「近代アジアにおける帝国主義と医療・公衆衛生」見市雅俊ほか（編）『疾病・開発・帝国医療—アジアにおける病気と医療の歴史学—』東京大学出版会、75-95 頁。

大木昌

2003 「書評 脇村孝平著『飢餓・疫病・植民地統治—開発の中の英領インド—』」『アジア経済』44-1、129-134 頁。

木畑洋一

2008 『イギリス帝国と帝国主義—比較と関係の視座—』有志社。

斎藤修

2001 「開発と疾病」見市雅俊ほか（編）『疾病・開発・帝国医療—アジアにおける病気と医療の歴史学—』東京大学出版会、45-74 頁。

千葉芳広

2015 「フィリピン公衆衛生政策の形成—スペイン・アメリカ両統治下マニラにおけるコレラ流行—」『社会経済史学』81-1、25-47 頁。

2018 「植民地支配と都市空間—アメリカ統治初期マニラの公衆衛生—」『東南アジア研究』56-1、67-89 頁。

2020 「コレラと公衆衛生—帝国植民地の比較史—」秋田茂・脇村孝平（編）『人口と健康の世界史』ミネルヴァ書房、287-309 頁。

早瀬晋三

2009 『未完のフィリピン革命と植民地化』山川出版社。

脇村孝平

2001 「アノフェレス・ファクターとヒューマン・ファクター—植民地統治下のマラリア防遏：インドと台湾—」見市雅俊ほか（編）『疾病・開発・帝国医療—アジアにおける病気と医療の歴史学—』東京大学出版会、185-212 頁。

2002 『飢餓・疫病・植民地統治—開発の中の英領インド—』名古屋大学出版会。

第3章

飯島渉

2005 『マラリアと帝国—植民地医学と東アジアの広域秩序—』東京大学出版会。

磯部裕幸

2018 『アフリカ眠り病とドイツ植民地主義—熱帯医学による感染症制圧の夢と現実—』みすず書房。

2020a 「ベルリン・ハンブルク・そして「熱帯」—ドイツ版「帝国医療」をめぐる考察—」『史林』103-1、177-214 頁。

2020b 「眠り病と熱帯アフリカ—近代医学の描く「文明」と「自然」—」秋田茂・脇村孝平（編）『人口と健康の世界史』ミネルヴァ書房、267-286 頁。

栗原久定

2018 『ドイツ植民地研究—西南アフリカ・トーゴ・カメルーン・東アフリカ・太平洋・膠州湾—』パブリブ。

橋本雅一

1991 『世界史の中のマラリア—微生物学者の視点から—』藤原書店。

山内一也・北潔

2008 『<眠り病>は眠らない—日本発！アフリカを救う新薬—』岩波書店。

山本太郎

2011 『感染症と文明—共生への道—』岩波書店。

脇村孝平

2020 「「帝国医療」から「グローバル・ヘルス」へ—マラリア対策に焦点を合わせて—」
秋田茂・脇村孝平（編）『人口と健康の世界史』ミネルヴァ書房、333-357頁。

終章

秋田茂・脇村孝平

2020 「人口と健康の世界史」秋田茂・脇村孝平（編）『人口と健康の世界史』ミネルヴァ書房、1-18頁。

飯島渉

2020 「フィラリアの制圧と二〇世紀日本の熱帯医学—風土病の制圧から国際保健へ—」
秋田茂・脇村孝平（編）『人口と健康の世界史』ミネルヴァ書房、311-332頁。

託摩佳代

2020 『人類と病—国際政治から見る感染症と健康格差—』中央公論新社。

ホッテズ, ピーター・J (北潔監訳、スリングスビー, BT、鹿角契訳)

2015 『顧みられない熱帯病—グローバルヘルスへの挑戦—』東京大学出版会。

水野祥子

2020 『エコロジーの世紀と植民地科学者』名古屋大学出版会。

脇村孝平

2020 「「帝国医療」から「グローバル・ヘルス」へ—マラリア対策に焦点を合わせて—」
秋田茂・脇村孝平（編）『人口と健康の世界史』ミネルヴァ書房、333-357頁。

執筆分担

序章 : 野口

第1章 : 平野

第2章 : 菊池

第3章 : 伊藤

終章 : 北山