

第三回 平成二十一年六月二十日



コレラと情報 ―十九世紀の国際社会―

尾崎 耕司

はじめに

今回は、市民講座のテーマ「時空を超えて」につきまして、私の専攻は、日本史、中でも近代史が専門ですので、その立場からお話しをさせていただきます。

私は、自らの研究課題として、日本近代史の見直しを、つまり教科書的なものとはやや違った切り口から、特に私の場合は個人々の生活に直接かわるような問題を取り上げて、その視角から社会全体の仕組みを考えることができないかなというところでテーマ設定をしています。そこで、今回選んだのが、今日は感染症と呼ばれます、一昔前まで「伝染病」という表現がなされていた現象について、なかでも十九世紀に大きく問題となったコレラを取り上げて、コレラと情報というような内容で議論をさせていただきますと思います。

1. コレラの日本来襲

コレラは、アジアコレラやエルトル小川型などがありますが、今回取り上げるのはアジアコレラになります。これは、ご存じの通り、そもそもインド、ベンガル地方の風土病であったものが、交通の発達とともに世界にひろがりパンデミー化した急性伝染病（感染症）です。コレラ菌が口などをつたって体内に入り、発症すると、高熱と脱水症状を起こします。今日では、重篤化する要因が脱水によるものなので、適度に塩分と糖分をまぜた水を補給すれば死には至らないそうですが、当時はそのような治療法も、それどころか、コレラがどんな病気がすら知られていませんでした。そのため、打つ手が無く重篤化を引き起こして死にいたるケースが後を絶ちませんでした。細菌が身体中の水分を吸い取って、高熱にもかかわらず顔が青くなるので「青い恐怖」と恐れられたものです。

日本では、コレラは世界中での第一次パンデミー（一八一七～一三三年）の末期にあたる一八二二年（文政五年）に上陸、以後ことあるごとに来襲しました。今、明治以降の全国の発症状況をあげてみると、まず、一八七七年（明治一〇）、これはコレラが長崎に上陸していたところを、ちょうど西南戦争が勃発し、その帰還兵士が感染して全国に広げていったものといわれていますが、患者数一万三〇〇〇人余で、そのうち死者が八〇〇〇人余ですから、死者の割合は六割近くに達しています。さらにこれが一八七九年（明治一二）になると、全国で患者一六万人、死者一〇万人を超え、ついで一八八六年（明治一九）にも、患

者一五万人、死者一〇万人と、猛威をふるっています。

2. 検疫問題と万国衛生会議のはじまり

さて、それでは以上のようなコレラの流行に対して、どんな対応がとられたのでしょうか。今回の議論で注目してみたいのは、それでは、日本政府がそうしたコレラの問題に独自で対応ができたのだろうかという話です。実は、残念ながらきちんとした対応をとることができませんでした。後手後手に回らざるを得ないところがあつたのです。

コレラは、世界中にひろがる感染症ですので、その予防策も一国単位ではできず、国際ルールにのっとらなければなりませんでした。しかし、その国際ルールそのものにも大きな問題点があつたのです。今回のお話の中心課題としたいのが、その国際的なルールづくりの問題です。今日で言うならば、WHO（世界保健機関）が中心に行うような感染症対策が、今から一〇〇年以上昔にどのようなようになされたのかということ、その一つの例として今回は、検疫問題をめぐって開かれた万国衛生会議と当時呼ばれた国際会議を取り上げてみようと思います。

万国衛生会議は、もちろん英語では *International Sanitary Conferences* でありますから国際衛生会議と訳せばよさそうなものですけれども、この時代、明治のころは日本人は「万国」という言葉が好きでした。

一八五〇年に万国博覧会というのがロンドンで始めて開かれるんですが、それ以来、万国という言葉を使いますので、この時代の雰囲気を出すために、その万国という言葉を使わせていただくと思います。

万国衛生会議は、一八五一年にフランスはパリで公衆衛生、特に感染症予防や検疫の問題を議論をしたことからはじまります。そこから、あわよくばその中でその感染症予防に関する国際標準ですとか、あるいは条約を結ぼうということで盛んに行われました。

検疫は、この当時であれば専ら船舶に対して、停船をして船内の感染者の有無を見ようというものです。先日のインフルエンザで空港での検疫が行われたことは記憶に新しいところですが、当時の検疫は悲惨でした。すなわち、検疫 (Quarantine) の語源がイタリア語で「四〇日間」を指したとおり、船を四〇日間完全に密閉して検疫を行い、その間患者がでなければ、ようやく入港が許可されるというものでした。四〇日間も、しかもこの当時は、患者とそれ以外の健康な人を分けるという概念がまだなく、一括して船中に留め置かれたわけですから、阿鼻叫喚となったことは想像に難くありません。そこで、一九世紀も後半に入りますと、このような検疫のあり方について、特に外国船の検疫について異論が出てくるようになります。フランスなど大陸諸国はあくまでもこの検疫を厳密に四〇日間行うべきだと主張したのに対して、イギリスは、自由貿易が華やかになりし時でしたから、その短縮を求めました。そこで、かかるヨーロッパ諸国間の対立を調整すべく開催されたのが万国衛生会議でした。

3. 万国衛生会議の推移

今回の講座では、この万国衛生会議について、一八五一年の第一回から一九〇三年までの一一回分を取り上げてみようと思います。一九〇三年のフランス、パリ大会に参加した国々で話し合いがまとまり、結果として、一九〇七年にはおなじくパリに国際公衆衛生事務局という、国際連盟の下部組織にあたる常設の機関が設置されるのです。

それでは、この都合一一回の会議の中にどのような特徴が見て取れるのでしょうか。表は、この万国衛生会議の開催の模様を表した一覧です。ここからその特徴を考えてみましょう。

まずは、開催地について。万国衛生会議の開催地は、第一回と第二回がともにフランスのパリです。そして後半、九回目と一一回目にもパリが出てきますように、この会議の主導

表 万国衛生会議一覧

回数	開催年	開催地	参加国数
1	1851 ~ 52	パリ	13
2	1859	パリ	11
3	1866	コンスタンチノーブル	16
4	1874	ウィーン	20
5	1881	ワシントン	29
6	1885	ローマ	28
7	1892	ベニス	14
8	1893	ドレスデン	19
9	1894	パリ	16
10	1897	ベニス	20
11	1903	パリ	23

尾崎耕司「万国衛生会議と近代日本」(日本史研究会『日本史研究』第439号、1999年)より

権を握っている国として、まずフランスが大きな役割を果たしています。パリに国際事務局ができることからしてもそうです。それに続いて開催数が多いのは、ローマやベニスですからイタリアですね。あるいは、ウィーンで開かれていますようにオーストリア、ドレスデンのドイツ、さらにはこの表には出てまいりませんが、オーストリアに対して開催を提案したロシアなどのように、ヨーロッパの中でも大陸の国々が多いようです。それに対して、イギリスは、毎回代表団を送ってはいませんが、自らが主催することはありません。イギリスは、少し距離を置いているようです。要するに、フランスやイタリアは地中海に面し、この当時の交易ルートのうち、地中海ルートに非常に神経をとがらせている国です。オーストリアやロシアは、黒海からドナウ川を通じてヨーロッパに交易が行われる際、利害関心を持つバルカン半島がその通点となることもあつて無関心では居ることはできませんでした。こうしたことから、専ら大陸諸国が中心となつて万国衛生会議が開かれたのです。

さて、この万国衛生会議の動きを見ていくと、少し興味深いことが分かってきます。例えば、参加国を見てみると、第一回目は一三ヶ国で、これは、フランス、イギリスをはじめ、まだ一八五一年ですのでイタリアとドイツは統一されていませんでしたが、その統一前のサルジニア、シチリアといった国々となり、要するに、ヨーロッパの国々と、そしてトルコという構成になります。第二回もほぼ同様な傾向があり、第三回、第四回ぐらいいから少し広がってきます。第四回、一八七四年のウィーンでの会議には、一八六九

年にスエズ運河が開通しましたので、それにあわせてエジプトがこの会議に入ってきました。

その後、一番多いのは第六回目のローマの大会で、二八ヶ国の参加をみ、その中には、アメリカ、あるいはそのアメリカ大陸に属するアルゼンチン、ブラジル、メキシコ、あるいはインドも宗主国であるイギリスとは別に代表者を送ります。そしてエジプトに、さらには当時の中国と清国そして日本と、世界のかなり広範囲から参加が見られるようになります。

一八八五年のローマ大会は、ロベルト・フォン・コッホがコレラ菌を発見した年ですが、それを受けて開かれたものであり、このころ参加地域ががぜん広がったのです。

ところが、これが第七回以降になると、また参加数が減少します。第七回のベニスの大会（一八九二年）は、わずか一四ヶ国の参加しか見られません。この時は、日本にも招請状が来ていません。結局、参加したのは、再びヨーロッパとトルコだけでした。以下も同様の状況が続きます。

実は、この傾向は、単純に参加国数だけではなしに、話し合われている内容にも大きな変化が出てきました。当初第一回から第三回目までこの会議は、そこで話されている内容は、検疫をどうするか、それだけでした。フランスは、検疫を強く望み、イギリスはこれを一〇日に短縮せよといった議論に終始しました。それが、以後拡大し、まず第三回のコンスタンチノープルと、次の第四回ウィーン大会にかけてになると、コレラとはそもそもどんな病気なのかといった病理論について、医師が代表として集まるようになります。

さらに第五回目や第六回になると、検疫をとつてみても単なる停船日数だけでなく、隔離という概念を確立し健康な人と患者とを分けることの必要性や、また消毒の重要性が唱えられ、さらに参加国個々の上下水道の整備をはじめとする予防措置の実施といったことがら、そして、何よりも重要なのは、感染症を防ぐために一番重要なのは情報である。どの国、どの地域でコレラ患者が起こっているかを、まず正確に把握すれば、それでもつてどういう対処をすればいいかが分かるので情報の共有をしよう、その情報の共有のために国際機関を組織しよう、そんな議論までができてきます。

要するに、今我々が知っているWHOのような考え方が既にあらわれる。これが、第六回目のローマの大会だったのです。ところが、これが第七回になると、こういった議論も立ち消えになります。そして、スエズ運河の検疫等、ヨーロッパへの物流の入り口の管理に話題が縮小され、一九〇三年に話し合いをまとめて、〇七年に先に述べたパリの国際公衆衛生事務局ができると言うようになります。

そうすると、これはどうしてでしょうか。ここに、その感染症の問題からみるこの当時の国際社会のいくつかの問題点がみえるのではないと考えます。

4. ヨーロッパ諸国間の対立と妥協

結論から言うと、この第七回以降の会議は、ヨーロッパが国際的に果たすべき責任を放棄をしたのでは

ないかと考えられます。少し極端な言い方です。

西洋医学という言葉が定着しているように、この時代の医学や医療技術をリードしているのはヨーロッパでした。そうした優れた医学や医療技術を持っていて、それを広めて世界中に感染症予防の体制を構築することができるのは、唯一ヨーロッパの諸国、特に西ヨーロッパの諸国でした。ところが、その西ヨーロッパの諸国は、そうした試みをあきらめてしまいました。

実は、こうした動きには背景がありました。先述の第六回ローマ大会は、日本も参加をしましたので、その会議内容を記した文献が、日本国内にも日本語で残されています。その文献からは、この会議でなされた議論、特に当時あったヨーロッパ諸国間の対立が見えてきます。なかでも対立をしたのは、一方はイギリス、そして他方はフランスとイタリアです。

一八六九年にスエズ運河が開削されて、七〇年代に本格的に使われるようになると、インドをはじめアジアの文物がヨーロッパにたどり着くスピードが、今まででより考えられないほどに短縮されました。すると、スエズ運河で盛んに航行が行われると、コレラなどが発生した場合、船の行き来の途中、一旦船を碇泊しますので、このスエズ運河界隈に人が大勢やって来て、その中で感染が進んだのです。スエズ運河の北端にポルトサイドという町がありますが、ここで患者が発生すると、このポルトサイドからは船に乗ればイタリアのナポリまで四日で、フランスのマルセーユでも六日です。当時、コレラの

潜伏期間は七日と言われていましたので、ポートサイドで感染する人がいても、船に乗ってしまったら発症する前にイタリアやフランスに上陸をしてしまう。そして、上陸をした後に発症するので防ぎようがありません。そこで、フランスやイタリアなんかは、死活問題として検疫を強化すること、特にスエズ運河でヨーロッパ諸国の合同での検疫所設置を求めるようになります。

他方、イギリスは少し事情が違います。イギリスの場合、スエズからは距離がありますから、仮にポートサイドあたりで感染者が出ても、イギリスにたどり着く前に発症するというのです。イギリスはこの当時、自由貿易主義を至上命題としておりましたから、貿易の支障になるような船の停船をすのは認められないという思惑もありました。そのため、フランスやイタリアとは相いれない立場となっております。

第六回ローマ大会でおこなわれた両者の論争は、さらには次のような問題にまで発展していききました。すなわち、イギリスの側は、検疫はあくまで水際対策の一つに過ぎないのであって、万全に予防をできるものではない。したがって、上下水道の整備や道路の舗装による水溜まりの除去等、総じて都市の改良を求めます。

すると、これには、自国の都市計画がロンドンほどには進んでいないというところがありますので、フランス、イタリアの諸国は一言も反発できませんでした。そこで、両国はイギリスに対して、こう言い返します。すなわち、感染症の予防は初発が肝心であって、そこで人や物の到着地点となるヨーロッパでは

なく、出発点であるアジアその他の改良が必要だというのです。フランスは、自らのトンキン（ベトナム）での衛生改革を例に挙げイギリスに迫りました。そうすると、これには逆にイギリスが口を閉じてしまいます。イギリスは当時、世界一の植民地保有国であったので、その持っている膨大な植民地に全部衛生改革を施すことにでもなれば土台不可能だからです。

以上のようにして、それぞれ自国内、あるいは植民地と、抜本的に衛生の改良をやるうという話になると、会議を主導しているはずのヨーロッパ各国が、いずれも積極的には提言をできなくなってしまうたのです。

この結果、第六回のローマ大会はほぼ物別れのママ終了となり、一八八五年から一八九二年まで七年間も経た後、ようやく開かれた第七回のベニス大会では、内政にも関わる衛生改革の議論は沙汰済みとなり、スエズ運河の検疫問題だけが妥協案として、最小限の日数の検疫と、そのための費用と人を関係諸国が出し合うと言ったことのみを定めて決着がつけられ、これを条約として締結しました。続く九三年のドレスデン大会では、ヨーロッパへのコレラのもう一つの流入口であるスリナという町（ドナウ川が黒海に注ぎこむ所）に関して、おなじように条約を結んで話し合いが終わります。

スエズをそしてスリナを共同で防衛して、あとは本国国内にせよ、植民地にせよ、各国に任せる、このヨーロッパで定めた内容が、今後は国際基準となっていきました。ここから、他の国々ではおよそ感染症

への対処ができないという問題が出てくることになります。

5. 日本への影響

日本は、もちろんヨーロッパの外にあるので、すなわち、スエズやスリナで検疫所をつくられても、コレラ流入を防ぐ手だてには全くならなかったのです。このようなヨーロッパ本位の取り決めが国際標準となると、たちまち困難に陥りました。検疫が空洞化したのです。

ヨーロッパ諸国が締結した条約は、検疫について、次の点でその他の国々を制約しました。それが、「流地認定の原則」です。

すなわち、コレラが明らかに流行している場所を「流行地」とし、各国が他国の船舶に検疫をおこなえるのは、「流行地」と認定された港から出たか、もしくはそこを通過したものに限定すること、流行地の認定が解除されれば直ちに検疫を解かないといけないこと、といったように、極力検疫を制限する形が取られました^①。そして、これを条約に加盟したヨーロッパ諸国以外にも、たとえば日本は、一八九九年に海港検疫法を定めますが、その中にも同原則が盛り込まれていたように^②、他の諸国諸地域にも広めていったのです。

ここからは、次のような問題が起りました。「流行地」を宣言するのは誰であったかです。

たとえば、コレラ菌を発見するコッホは、日本から派遣された石黒忠憲（陸軍軍医）に対して、そのインタビューに答え、インドにおけるイギリスの流行地認定の緩慢さを難じています。イギリス領ボンベイ（現、ムンバイ）において、一日一〇人、一五人のコレラの患者が出るのは風土病に過ぎないのであって、七〇人以上におよんで初めてコレラ流行を認めるといいます。ここからは、流行地認定が、植民地の場合、その宗主国の出先機関であり、問題がどうしても後手後手に回るといいます³¹。

この「流行地認定の原則」の影響をうけたのが日本でした。一八九一年（明治二四）六月の『大日本私立衛生会雑誌』が掲げた記事には、タイのバンコクでコレラの流行があり死亡者が沢山でているのに、タイは東南アジアの中にあつて独立を保った国であり、逆にヨーロッパ諸国の手が届いていないこともあつて内部の事情が伝わつてこず、近隣の在香港イギリス政庁がバンコクを流行地と認定しないので、バンコクや香港からやつてくる船舶には、実際に患者や死者がいけない以上検疫を実施できなかつたとあります。たまたまその時は、隣のシンガポールの政庁がバンコクを流行地認定したので、検疫を実施できるようになつたのですが、みられるように、流行地の原則が存在するがために、日本はほぼ手も足も出せない状態になつてしまつたのです。

ヨーロッパの場合は、スエズ運河やスリナで共同の検疫所をつくり、体制を整えているので、アジアから入ってくるコレラをそれなりに抑える方法があるかも知れませんが、日本の場合はそれがなく、直接患

者が入ってくる可能性があるのに、その船に対しても手が出せないのです。検疫はこうして役に立たなくなってしまう。こうして、日本の場合には、検疫が、そして感染症の予防自体が、一八九〇年代になっても、なかなか進まなかったのです。

おわりに

以上のような現実を背景に、日本では、当時内務省衛生局などが感染症対策の中心を担っていましたが、検疫に頼れない現状から、より強く国内の衛生改革に関心がもたれることになりました。たとえば、日清戦後の衛生局長となる後藤新平（後に大正年間、内務大臣として関東大震災で倒壊をした首都圏の復興計画を立てたことなどで知られる）などは、こうした問題に積極的に対処をしていきました。そこでは、水道を引くことや、都市計画を行うこと、病院をつくること等々、様々な衛生手段を充実をさせる、そのための「大きな政府」の実現を目指していくのでした。神戸市など、この明治の二〇年代に上水道が引かれるようになるのですが、それを可能にしたのは、中央で国の補助金を取ってくる後藤の政治力であったとも言われています。そのように、様々な日本の都市開発の問題が出てくることを指摘して今回の講座を終了させていただこうと思えます。

○司会　ありがとうございます。

皆様方、この際、先生の方にお尋ねしたいことがございましたら、どうぞ、挙手をお願いいたします。

○・・・　明治期のコレラ患者数の数なんですけども、一八七九年で十六万というところで、そう多くはないなという感じなんですよね。ということは、これ流行地は限定的で、全国に蔓延してないから、これくらいの数なんでしょうか、その辺だけお願いします。

○尾崎耕司准教授　まずは、一八七九年ですので、日本人の人口が、日本の人口は明治維新の直後で二五〇〇万人か三〇〇〇万人と、今より一億人少なかったわけですね。その後急増して、この時点だと四〇〇〇万人位かと思えます。そのうちの十六万ですから、今の数値と比べるとかなり割合は高いのではないかと考えます。

一八七九年のコレラに関しては、患者が集中したのは西日本、もしくはせいぜい東京から西だと言われております。東北の方は、必ずしも強くは出なかったような話を聞いておりますけれども。

○司会　よろしゅうございますでしょうか。

それでは、本日の公開講座を終了させていただきます。

どうもありがとうございました。

もう一度、先生に拍手をお願いいたします。

〔注〕

- (1) 「虎列刺（コレラ）流行時健康保護上共同処置ニ関スル一八九三年四月十五日附列国条約」
『大日本私立衛生会雑誌』No.127、明治二十六年十二月
- (2) 「海港検疫法」（一八九九年、『法令全書』）
「日本ノ虎列刺病予防ニ付独逸国大学教授コッホ氏トノ問答」
『大日本私立衛生会雑誌』No.67、一八八八年十二月。
- (3) 「海港検疫の実施」（『大日本私立衛生会雑誌』No.97、一八九一年六月）。

今回の講義内容は、尾崎耕司「万国衛生会議と近代日本」（日本史研究会『日本史研究』第四三九号、一九九九年）をもとに作成しました。本文中の数値や引用文は全てこの中に記したものを利用しています。詳しくは、同論文をご覧ください。