感染症と「生体管理」
――ドイツ植民地におけるハンセン病対策――

磯部裕幸

1　はじめに

本稿は、一九世紀末から二〇世紀初頭、ドイツ領アフリカ植民地でとられた感染症対策、とりわけハンセン病患者の収容と隔離の歴史を概観しながら、植民地社会における「生体管理」のあり方を考えるものである。

一九世紀後半、顕微鏡の改良に伴い、研究分野として急速な発展と制度化を遂げた細菌学は、感染症の原因を微小生物に還元することで、感染や発症のメカニズムの「可視化」に成功した[1]。すると医学には、そのプロセスを何らかの形で遮断し、感染症の拡大を未然に防ぐ予防策を講じることが求められるようになる。感染者の体内から原因微生物を薬剤で除去するにせよ、健康体にワクチンを接種し抗体の生成を促すにせよ、あるいは病原微生物の中間宿主（マラリアにおけるアノフェレス蚊やトリパノソーマ病におけるツェツェバエ[2]など）を駆除するにせよ、目指すはそれ以上感染者を増やさないことである。

しかし、近代医学はこうしたことにいつも成功するとは限らない。何かしらの理由で病因微生物のコントロールに失敗した場合、行政や警察、ときには軍隊も動員し患者を収容、隔離にあたるだろう。またそれでも感染症の封じ込めができないときは、感染者と非感染者の区別なく人々の移動を制限しようとするだろう。このとき医学的な知見は、政治権力と結びつくことで、強制力を持った「（検疫）政策」となって立ち現れる[3]。

一九世紀後半に原因となる細菌が特定された感染症に「ハンセン病」がある。古くは「らい病」と恐れられ、古来より洋の東西を問わず患者に対する差別や迫害の歴史をもつこの病気[4]は、（もはや「天罰」などといった漠たるものに原因を帰すのではなく）近代科学の名のもと「正しく恐れる」ことが許されるかのように思われた。

しかし実際は、一九四〇年代に特効薬（プロミン）が開発されるまで、人類は患者を隔離することでしか、この病に対処する方策を知らなかった。それまで神仏による「劫罰」とも「天恵」とも解釈されてきたこの病は、近代細菌学によって絶対的「異常」の烙印を押された。患者は近代以前と同様、自ら住む共同体から隔離されたが、今度はそうした措置が「科学的に正しいこと」として人々に承認された。つまり、一ヶ所に収容される患者は新たな差別と偏見に苦しむことになったのである[5]。

こうした差別や偏見が、特効薬が開発された後もなお、一般市民は言うに及ばず、医療従事者の眼をも曇らせてしまったことは、我が国のハンセン病対策の歴史[6]をみれば明らかである。

一八八四年に始まり、第一次世界大戦による敗北で終了したドイツの植民地統治においても、対策の中心はやはり患者の隔離であった。植民地統治機構が脆弱な中で、対策は徹底さを欠くが、そこで「なされたこと」あるいは「なされようとしたこと」「思考されたこと」を検証することは、ハンセン病の歴史自体はもちろんのこと、この病気が広く植民地主義や帝国主義一般の文脈でいかなる意味を持つのかについても、有益な示唆を与えるに違いない[7]。

2　ハンセン病とは何か

ハンセン病とは、抗酸菌の一種である「らい菌」が皮疹や皮膚末梢神経の障害を引き起こす感染症である。初期には感染部位に白斑や赤斑が見られ、症状が進行すると皮膚の顕著な損傷や身体の変形などが起きる。ただし菌自体に毒性はなく、皮膚の損傷は主に他の化膿細菌によるものである。さらに「らい菌」の感染力は非常に微弱で、増殖スピードも極めて遅い。しかし上に挙げた「目に見える」症状によって、古代以来患者に対しては憐憫と差別意識の入り混じった視線が注がれてきた[8]。

ヨーロッパでは十字軍遠征の混乱もあり、一三世紀以来この病気の大流行が見られた。しかし北欧地域を除き、一六～一七世紀に入ると患者が激減、消滅したと考えられるようになった。その一方、北欧諸国では近代に入っても症例報告が続いており、その原因をめぐってさまざまな憶測が飛び交った。ある者はこの病気を「ミアスマ（瘴気）」によるものだとし、また別の者は遺伝が関係していると主張した。

そのような折、ノルウェーの医師アルマウエル・ハンセンは、患者の皮膚から「らい菌」を発見、この病気が感染症であることを突き止める。二年後の一八七五年、彼はノルウェー政府から対策責任者に任命され、国内患者の隔離政策を指揮した。その結果ノルウェーでは、それまで常に三千人近い患者を抱えていたのが、その数は一八八六年までに千人以下に減少する。この病気の感染性は明確となり、患者隔離の有用性が医学界の常識となった[9]。

上述の通り、ハンセン病は中西欧において長らく消滅したものと思われていた。ところが一九世紀末、ドイツ帝国領内、プロイセン東部のメーメル（現リトアニア領クライペダ）で約三〇名の患者が発見された。この知らせにドイツ医学界に動揺が走る。すぐさま学界の重鎮ルドルフ・ウイルヒョーやローベルト・コッホらが呼びかける形で、「第一回国際らい（ハンセン病）会議」がベルリンで開催された（一八九七年）[10]。

この会議では、欧米はもとより日本からも代表者が出席し、ノルウェーでの実践が高く評価された。出席者のほとんどがこの病気が伝染病であるとする見方を支持し、患者の隔離が感染を防ぐ「最良の方法」であることが決議された[11]。

当時、アフリカや南洋（太平洋）諸島に植民地を有していたドイツ帝国は、この決議を受ける形で、植民地でのハンセン病対策を本格化させる。メーメルでも、収容所への患者の移送が始まろうとしていた[12]。ドイツ国内、植民地を問わず、対策の目指す方向は一致していた。すなわち「細菌学の祖」で、メーメルでの疫学的調査を指揮したコッホが主張するように、この病気が「不治の病」である以上、患者の完全な隔離こそが唯一の解決策だと思われたのである[13]。

ではドイツのアフリカ植民地において、コッホの打ち立てた方針はどれほど実現したのだろうか。当時の「植民地状況」を踏まえながら、次節以下で検証することにしよう。

3　ドイツ領東アフリカ植民地の状況

ドイツ植民地におけるハンセン病対策に共通して言えることは、当地の保健衛生当局がこの疾病への対処を、決して「喫緊の課題」とは見なさなかったということである。患者の容体を急激に悪化させ、死に至らしめる「熱帯病」（天然痘・眠り病・マラリア・赤痢など）に比べ、病状の進行が緩慢なハンセン病に対し、当初植民地行政府は何も行なわな

かった。植民地医療に対する予算や人員が極めて限られていたことを考えると、至極当然な対応だった。

状況に変化が生じたのが、上述した「第一回国際らい会議」の開催だった。会議の前後からハンセン病が伝染性の疾患であることが明らかになり、現地に駐留する軍人やドイツ人移民に患者が出る可能性が指摘されると、行政府もようやく重い腰をあげた[14]。

ドイツ領東アフリカ植民地（ほぼ今日のタンザニアに相当）において、ハンセン病の感染が懸念されたのが、インド洋沿岸地域やニヤサ（マラウイ）湖周辺である。一八八五年の植民地統治開始以来、ドイツの実効支配が進むにつれ、罹患状況も明らかになっていった。

東アフリカ総督府は一八九七年、ザンジバル島の対岸に位置するバガモヨ（Bagamoyo）、翌年に沿岸南部のキルワ（Kilwa）、そして一九〇一年には同じく沿岸南部のリンディ（Lindi）、に「収容所（Lager）」を設置した。

このうち、バガモヨではすでに一八八〇年代末にカトリックの宣教団がハンセン病患者のための収容施設を設置していたが、植民地行政府はこれを閉鎖させ、公的機関が指導的役割を果たすという姿勢を鮮明にした。キルワとリンディでは、いずれも近くを流れる川の河口にある離島（中州）に施設を建設し、容易に患者が逃げ出さないようにしている[15]。

これら三ヶ所の収容所には、東アフリカ植民地全土から患者が移送されてきた。例えばバガモヨ収容所では、当初一七人の患者が収容されたが、その後収容者数は平均して二五名程度になり、患者の発見と移送が進んだ一九〇九年以降、百名近い現地住民が収容所で暮らすようになった[16]。

この急激な収容者数の増加は、コッホが提唱した患者の「一括管理」という発想が影響している。すなわちハンセン病患者はどこの出身であるかを一切考慮されず、その共同体から切り離された。そして「アスカリ」と呼ばれる現地人兵士の監視の下、不自由な生活を強いられた。

食料は植民地行政府から支給されたが、患者は家族との面会を禁止された。またキルワとリンディでは土地がやせており耕作もほとんどできない。収容所は有刺鉄線やサボテン（バガモヨ）、あるいは川や海など天然の障害物（キルワとリンディ）に取り囲まれていて、たとえ監視の目を潜り抜けても脱走は難しい。しかもドイツ人医師は多忙のためほとんど収容所を訪れない。患者にできるのは、ただ症状の進行を黙って耐え忍ぶことだけであった。

収容患者が増加するにつれ、患者の生活コストが次第に植民地行政府の財政を圧迫し始めた。また「アスカリ」による監視を潜り抜け、脱走する患者も増えてきた。ドイツの植民地支配が内陸に及ぶと、さらなる感染者の増加が懸念された。

早くも一九〇五年に入ると、植民地行政府は患者の集中一括管理を断念した。その代わり新たに「ハンセン病療養村（Lepradorf）」を設置することとした。この「療養村」は、収容所を分散化することで、一ヶ所当たりの患者数を減らし、かつその患者に農耕（自給自足）を促すことで、収容所コストの軽減を目指していた。

軽症患者には、そのための営農スペースが設けられた。また患者の住居は、その出身住民集団によってグループ分けされ、まさに「自分の村と同じように」生活できるよう配慮されていた。さらに患者が希望すれば、家族との面会や一時帰宅も可能となった。

こうして従来の「絶対隔離」ではなく、患者が自発的に「療養村」

へ入所するような環境づくりが目指された。いわば「相対隔離政策」への転換である。そこでは以前、植民地行政府によってハンセン病対策から締め出されたキリスト教宣教団にも、積極的な参加が呼びかけられた[17]。一九〇七年までに設置された「療養村」一一ヶ所のうち、実に八ヶ所が宣教団の拠点近くにつくられたのである。その運営は公費で賄われたが、施設の運用や患者のケアは宣教師が受け持つことになった[18]。「療養村」は一九一二年までに植民地全体で四八ヶ所が設置され、入所者は三千八百人にのぼった[19]。

患者の信頼をつなぎ止め、「療養村」の試みを成功させるためは、近代医学が彼らを「治療」できるかどうかにかかっていた。しかしすでに指摘したように、ハンセン病に対する特効薬が開発されるのは一九四〇年代のことである。現場の医師たちは、効き目も分からない既存薬を手あたり次第患者に投与し、何とか効果のある化学物質を探そうとしていた。

その中でも最も多く投与されたのが、「大風子油」と呼ばれた「チャウルムーグラ油（Chaulmoograöl）」である。これは植物の種子（大風子）の種皮を除去してから圧搾した脂肪油で、人体に筋肉注射で投与する際、その部位が化膿するなど激しい副作用を起こすことがある。当然のことながら、この薬剤は期待された治療成績を収めることはできなかった[20]。

宣教団の診療所でも、医師の資格を持つ宣教師が、患者に「ヨードフォルム（Jodform）」（＝トリヨードメタン。防腐剤や消毒薬に使用）を注射したところ、患者に「とてつもない痛みを引き起こした」という[21]。結局さらなる投薬実験の結果、効果が見られないとして使用中止に追い込まれた。

バガモヨの療養所では、一九〇七年九月頃から新薬「ナスチン（Nastin）」の投与が始まった。これは抗酸性トレプトスライシン（Treptotricheen / treptothricin）から抽出した中性脂肪で、抗生物質に使われるが、一方で高い毒性も示す危険な薬剤であった。

この療養所を担当するドイツ人医師が、試験的に五人の患者に投与したところ、一人は三回の皮下注射の後に突然死亡し、一人はその苦痛に耐えかねて脱走し二度と戻らなかった。残りの患者も注射部位にひどい腫れと痛みが起き、「苦痛のあまり、再投薬を頑なに拒むようになった」という。この医師は当初の皮下注射に代えて筋肉注射を実行したが、それも効果なくただ患者の苦しみを増やすだけだった[22]。

このように東アフリカの療養所では、各地で効果のよく分からない薬剤を用いた「人体実験」が、ドイツが植民地を喪失する第一次世界大戦前夜まで続けられた。すでに指摘したように、「療養村」においては患者に対する「強制力」の行使が極力回避されたため、投薬の苦痛に耐えきれない患者が次々と療養所を脱走した。しかし、現場の医師たちはそれがイスラム教に洗脳された「原住民の忍耐力の欠如」と考えていた[23]。まさに「患者ファースト」を掲げて始まった「療養村」は、こうした「植民地状況」に至ってその馬脚を露わしたのである。

4　ドイツ領トーゴ植民地・カメルーン植民地の状況

「絶対隔離政策」の挫折と、家族との接触や一時帰宅および収容所での営農を認める「療養村モデル（「相対隔離政策」）」の導入は、他のドイツ植民地においても見られた。

トーゴ植民地では、一九〇〇年前後からハンセン病対策が本格化した。そのきっかけはトーゴ植民地総督府に勤務する医師が、内陸部で行

なった調査だった。その医師が二四の集落を訪れ、そこで住民を調査したところ、百人ものハンセン病患者を発見したのである。この医師は、自分が管轄する地域（内陸部のミサホーヘ地区）では、恐らく千人もの患者がいるだろうと警告したため、総督府内部では収容所を設置する計画が浮上した。

ところが、収容所のあり方をめぐって、ロメの植民地総督府の意見は容易にまとまらなかった。医師は「絶対隔離政策」を実現するべく、収容所は管理のしやすいロメ近郊の海上島に建設するべきだと主張した。その一方で植民地行政官たちは、そのような場所はトーゴ植民地には存在せず、また多数の患者を一括管理する予算や人員は充当できないとして反対した。

植民地支配を安定化させ、現地社会の治安を維持する必要がある行政官にとって、強制力を伴う隔離政策は現地住民の理解を得られないばかりか、彼らが患者を隠匿することにつながると判断したのである。[24]

結局、医師と行政官双方の意見を折衷する形で、バギダ（Bagida / Baguida）に「療養村」を建設することになった。総督府のあるロメにも近く、かつ三一ヘクタールにもおよぶ営農エリアを備えた収容施設は、東アフリカと同様に患者を出身グループごとに区画された「村落」に収容することとし、患者は「故郷の村（Heimatdorf）」の雰囲気を感じられるとした。

また営農スペースにおける耕作で、食料は充分に手に入るものとされ、余剰農産物は重症患者に販売することも認められた。さらに患者に付添人を認め、入所者にはタオル、マット、毛布や蚊帳などが支給された。労働不能の重症者には、食料（または食費）が支給された。[25]

しかし一九〇六年に運用が始まると、バギダの収容所も東アフリカと同じような問題に直面する。患者の収容は基本的に現地住民の自己申告により行なわれたが、収容所に集められるのは手足の自由がきかない重症患者ばかりであった。労働可能な軽症者が、自ら進んで収容所に足を踏み入れることは決してなかった。

時折、行政府の命令で軽症患者が移送されたが、ほとんどが数日で脱走してしまう。実際に一九〇七年三月末の段階で、定員二百名の「療養村」に収容されたのは、たった一三人であった。翌〇八年に収容者は四〇名に増えるものの、一九一〇年になると再び一〇人台に減少した。そしてトーゴ植民地ではこのあと、医療関係者の関心が天然痘や眠り病に向かい、彼らが執筆し本国へ提出される医事報告書には、ハンセン病の名前がほとんど出なくなった。東アフリカと同様にトーゴでも、収容所では重症患者に対する（実験的な）投薬が行なわれていたと考えられるが、詳しいことは分からない。いずれにせよ、ドイツの統治下でハンセン病はまさに「顧みられない熱帯病」となったのである。[26]

カメルーン植民地においてハンセン病対策が始まったのは、一九〇二年に総督府医師ハンス・ツィーマンが書いた報告書がきっかけである。それによると、カメルーンでは病気が沿岸部から内陸部に向かって蔓延しており、早急な対応が必要だという。そこで植民地総督府内部で検討した結果、沿岸部最大の経済都市ドゥアラ（Duala / Douala）、内陸部ヤウンデ（Jaunde / Yaoundé）、内陸北部のガルア（Garua / Garoua）の三ヶ所に対策の拠点をつくり、全土から患者を集め、集中的に管理することになった。

このうちドゥアラでは、一九〇二～〇三年にハンセン病患者二五名が見つかり、直線距離で約一五キロ離れたマノーカ（Manoka）に隔離施設を建設した。この収容所は、ちょうど岬の先端に位置しており、陸

上からのアクセスが極めて困難な位置にあった。建設費用は、ドゥアラの現地人指導者（「首長（Häuptlinge）」）たちと協議した結果、彼らが全額（六千マルク）を負担することになった。ツィーマンによれば、現地住民もハンセン病の脅威について認識していたという[27]。

その後、ドゥアラ近郊では患者が多数発見されたため、全員をマノーカに収容することができなくなった。そこで一九〇九年、ドゥアラの西方、ギニア湾に浮かぶモンドレ島（Insel Mondoleh）に新たな収容所が設置された。ここは離島という自然環境を利用して、患者の完全な隔離を目指したが、同時に畑作や自生するヤシの実の収穫、家畜の飼育を通じて彼らが自立できるよう計画された[28]。

カメルーンにおけるドイツの実効支配が内陸地域にもおよぶと、ツィーマンの懸念した通り、ハンセン病患者が多数見つかった。そこで一九一〇年末までに、ヤウンデ、エボロワ（Ebolowa）、ガルアにも収容所が設置された。この地域はイスラム教徒が多く、キリスト教宣教団の活動が活発でない上に、ドイツ統治の日が浅く治安維持にも不安が残った。そこで行政当局は、これら三ヶ所に設置される収容所を「開放的な村落」にすることとした。

入所者の生活コストは、その人が所属する住民集団の「首長」が負担することになったが、軽症患者はキャッサバ、トウモロコシ、ピーナッツ、ジャガイモなどを栽培して、できる限り自給自足の生活をすることが求められた。こうした配慮が功を奏したのか、当初この三収容所には、合わせて二百人近い患者が入所した[29]。

さらに内陸部では、イギリス領ナイジェリア植民地との境界に近いオシディンゲ（Ossidinge。現マンフェ（Mamfé））にも、患者の増加により収容所が置かれた（一九一〇年）。

軍医大尉でこの地域を管轄するアルフレート・マンスフェルトは、ハンセン病にも大きな関心を寄せ、欧米における最新の医学的知見を熱心に研究していた。彼は、一九〇九年ノルウェーのベルゲンで開かれた「第二回国際らい会議」の議論[30]から、「らい菌」の感染力が当初恐れられていたほど強くないと考えていた。

そこでマンスフェルトは、「相対隔離」の方針を取り、計画の段階から営農スペースを確保し、入所患者の自立を図ることにした。また内陸でドイツ人行政官の数が不足していたため、施設の管理は入所者自身に任せた。他方で、この病気が伝染性であることに鑑み、収容所の周囲（約二キロ）を柵で囲んだ。また入所者にはナスチンが投与され、薬効が検証された。

収容所の運営費は年間六千マルクにのぼったが、総督府（ブエア）はその負担を拒否したため、マンスフェルトは管轄下に住む住民すべてに「らい病税（Leprasteuer）」を課して費用を捻出した。他の収容所でも「首長」と呼ばれる現地指導層に金銭的負担を求めた例はあったが、周辺住民すべてに課税するのは極めて珍しい。

こうした政策には、マンスフェルトのある「戦略」があった。従来収容所の運営費や収容患者の生活費は、その患者が属する「出身グループ」が負担することになっていた。しかしこれでは、各集落が金銭的な負担を嫌って「身内」の患者を隠匿してしまうかもしれない。それでは病気の蔓延は避けられない。そこでマンスフェルトは、自らが管轄する地区すべての住民から税負担を求めることにしたのである。

この運営方法は、そのユニークさから「マンスフェルト・システム」と呼ばれた[31]。ただし、このシステムの導入には、「首長」層だけではなく一般住民との信頼関係醸成が欠かせない。それは多分にマンスフェル

トの政治力によるところが大きく、カメルーン全土で一般化することはなかった。

それは裏を返せば、カメルーンにおけるハンセン病対策が、現地住民からほとんど信頼を得ていなかったことを意味する。事実、最も地理的に隔絶されたモンドレ島の施設でさえ、軽症患者は地元住民の船を借りてまで脱走した。他の収容所も患者の度重なる逃亡によって、重症患者しか残らない事態になった[32]。ハンセン病対策はここでも、予算と人員不足によって生じる医療政策のほころびを突く形で、現地住民は巧みに植民者たちを翻弄したのである。

5 「マージナル」なものの重要性——むすびにかえて

本稿は、ドイツ植民地におけるハンセン病対策を例に、現地における「生体管理」のあり方を考えてきた。当時のヨーロッパ人にとって、アフリカ（または「熱帯世界一般」）は、その地理、気候、動植物、そして病気、さらにはそこに住む人間さえも、近代「文明＝主体」によって支配（克服）されるべき「自然＝客体」であった。「植民地支配」とは、「文明」の足下にあらゆる「自然」を屈服させてゆく過程であった。

しかし、アフリカの現地住民は決して物言わぬ「受動的存在」ではない。彼らは支配者の都合に唯々諾々と従う「管理されるだけの身体」ではない。自ら意志を持った「生ける身体」である。支配する側とされる側のこの認識のズレこそが、植民地医療をめぐる問題の中心にある。「アフリカ」は、ヨーロッパの近代「文明」が考えるほど単純ではなかった。「文明」の側が、そこに暮らす住民を置き去りにして一方的に「療養村」の構想を策定しても、所詮それは独善的な「まがい物」に過ぎなかったのである。

重要なことは、こうした植民地医療の「失敗」の原因が、植民地支配という「特殊状況」にあるのか、それとも近代医学そのものの営みにあるのかということである。

我々は往々にして前者の立場、すなわち医療それ自体は「善」であり、それが失敗に終わるのは、実行に移す際の「やり方」、つまり当事者に課された物質的、精神的な「制約」に問題があったからだ、という前提に立つことが多い。植民地医療における非人道性を、いわば植民地主義の非人道性と同一視する立場である。

確かに植民地主義がはびこっていた百年前の世界よりも、それを許さない今日の方が「善」の実現可能性は大きくなっているし、医療の技術的進歩は、過去の制約を除去することに役立つだろう。しかしそうであれば、人類の歴史は「善」の増大という「大きな物語」に回収されていくのだろうか。

その様な主張は、恐らく百年前と現在との「断絶」を強調し、自分たちは植民地主義とは無関係であることを装うに違いない。それに対する反論は、有名なマックス・ウェーバーの警鐘に言及するだけで充分である。

> […] こうした文化発展の最後に現われる「末人たち」[…] にとっては、次の言葉が真理となるのではなかろうか。「精神のない専門人、心情のない享楽人。この無のものは、人間性のかつて達したことのない段階にまですでに登りつめた、と自惚れるだろう」と。[33]

植民地で見られたような、診断する医師と診察される患者との「認識の齟齬」、「身体管理」をめぐる「理解の地平」の欠如は、決して我々と無関係ではない。むしろそれは、「公式な植民地支配」が消滅した現代の世界にも残る、医療をめぐる我々の葛藤である。

ドイツ近現代史において、植民地の歴史はたしかに「マージナルな」ものだった[34]。それは一九世紀末にようやく開始され、そして第一次世界大戦の敗北であっけない幕切れを迎えた。植民地統治の基盤が弱い中でなされる医療は、予算も人員も貧弱であり、その意味では「失敗の歴史」だったに違いない。しかしそうしたドイツの植民地支配ですら、あるいはその中で展開された植民地医療の営みですら、フーコーのいう「監獄の誕生[35]」にとって充分すぎる養分を供給したのではないだろうか。

注

（1）ピエール・ダルモン（寺田光徳・田川光照訳）『人と細菌――一七～二〇世紀』藤原書店、二〇〇五年。ポール・ド・クライフ（秋元寿恵夫訳）『微生物の狩人（上・下）』岩波文庫、一九八〇年。

（2）マラリアやトリパノソーマ病（眠り病）と中間宿主の関係を扱ったものとして、それぞれ以下を参照。飯島渉『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、二〇〇五年。磯部裕幸『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、二〇一八年。

（3）この問題を帝国主義や植民地主義の文脈で論じたものとして、以下を参照。見市雅俊・斎藤修・脇村孝平・飯島渉（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、二〇〇一年。

（4）T. S. Miller / J. W. Nesbitt, *Walking Corps: Leprosy in Byzantium and the Medieval West*, Ithaca 2014. 藤野豊（編）『歴史のなかの「癩者」』ゆみる出版、一九九六年。尤も古代・中世における「差別」が、近代におけるそれと同じ意味を持つのかについては、さらなる考究が必要だと思われる。なお、本稿では原則としてこの病気を「ハンセン病」と表記する。それはいわゆる「らい病」とされる病気が、前近代においてはアルマウエル・ハンセンの同定した菌によらないものも含むことがあるためである。

（5）田中等『ハンセン病の社会史――日本「近代」解体のために』彩流社、二〇一七年、四五頁。

（6）日本におけるハンセン病患者の差別を取り上げた研究は数多くある。さしあたり以下を参照。澤野雅樹『癩者の生――文明開化の条件としての』青弓社、一九九四年。畑谷史代『差別とハンセン病――「柊の垣根」はいまも』平凡社現代新書、二〇〇六年。藤野豊『ハンセン病と戦後民主主義――なぜ隔離は強化されたのか』岩波書店、二〇〇六年。無らい県運動研究会（編）『ハンセン病絶対隔離政策と日本社会――無らい県運動の研究』六花出版、二〇一四年。藤野豊『日本ファシズムと医療――ハンセン病をめぐる実証的研究』岩波オンデマンドブックス、二〇一五年。田中等『ハンセン病の社会史』。さらに、ハンセン病の歴史に関する膨大な文献を整理紹介したものとして、以下を参照。佐藤健太ほか『ハンセン病を学ぶためのブックガイド――ハンセン病は「人間とは何か」をいうことを問いかけている病である』紀伊国屋書店新宿南店「ハンセン病をめぐるブックフェア」用パンフレット、二〇一六年。

（7）ハンセン病と植民地主義や帝国主義との関係を論じたものとして以下

を参照。R. Edmond, *Leprosy and Empire: A Medical and Cultural History*, Cambridge 2006. M. J. Moran, *Colonizing Leprosy: Imperialism and the Politics of Public Health in the United States*, Chapel Hill 2007.

（8）神美知宏・藤野豊・牧野正直『知っていますか？ハンセン病と人権――一問一答』解放出版社、二〇〇五年、七－一八頁。

（9）犀川一夫・森修一・石井則久『世界ハンセン病疫病史――ヨーロッパを中心として』皓星社、二〇一二年、一七六頁以下。

（10）森修一「ハンセン病対策の歴史と現状――日本と世界」『日本ハンセン病学会雑誌』八七（二〇一八年）、七三－九〇頁とくに七六頁。また以下も参照。森修一・石井則久「ハンセン病と医学Ⅱ――絶対隔離政策の進展と確立」『日本ハンセン病学会雑誌』七六（二〇〇七年）、二九－六五頁。

（11）E. Muir, First Congress of the International Leprosy Association: Fourth International Leprosy Association, in: *International Journal of Leprosy* vol. 5-No. 1 (1937), S. 87-91, hier, S. 88.

（12）メーメルの収容所が運用を開始したのは一八九九年のことである。M. Kirchner, Die in Deutschland und den Schutzgebieten seit 1897 ergriffenen Schutzmaßregeln gegen die Lepra, in: *Klinisches Jahrbuch* 22 (1909), S. 1-28, hier S. 2.

（13）コッホは、ノルウェーの実情も調査し、ハンセンの隔離策もまた、徹底さや強制性を欠いた「手ぬるい」ものだと考えていた。R. Koch, Die Lepra-Erkrankungen im Kreise Memel, in: *Klinisches Jahrbuch* 6 (1897), S. 239-253.

（14）S. Harflinger, *Die Geschichte der Lepraarbeit in Ostafrika: ein Vergleich der Entwicklung in Tanzania, Uganda und Kenya* (Dissertation der Universität Bonn), 2012, S. 32.

（15）W. U. Eckart, *Medizin und Kolonialimperialismus Deutschland 1884-1945*, Paderborn 1997, S. 319-324. Harflinger, *Die Geschichte der Lepraarbeit in Ostafrika*, S. 33,

（16）O. Peiper, Die Bekämpfung der Lepra in Deutsch-Ostafrika, in: *Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene* 17 (1913), S. 104-105. Harflinger, *Die Geschichte der Lepraarbeit in Ostafrika*, S. 35.

（17）「絶対隔離政策」と「相対隔離政策」については、以下を参照。森修一「世界のハンセン病政策に関する研究Ⅰ――ハワイにおける絶対隔離政策の変遷」『日本ハンセン病学会雑誌』八六（二〇一八年）、一八九－二一一頁。なおこの論文でも、「絶対隔離」から「相対隔離」への転換において、キリスト教宣教団が重要な役割を果たしたことが指摘されている。

（18）ドイツ領東アフリカ植民地では、キリスト教宣教団がカトリック、プロテスタントの区別なく活発な布教活動を展開した。彼らはまた医療・介護の分野にも積極的に参入し、一九一二年の段階で領内に二つの大規模病院、五つの中小規模病院、多数の小規模診療所を設置していた。これについては以下を参照。Eckart, *Medizin und Kolonialimperialismus*, S. 326-336.

（19）Harflinger, *Die Geschichte der Lepraarbeit in Deutsch-Ostafrika*, S. 37f.

（20）「大風子油」については、以下を参照。犀川・森・石井『世界ハンセン病疫病史』二〇〇－二〇三頁。「大風子油」やそこから抽出した物質は、一九一〇年代以降ハンセン病の初期段階での治療薬として有効だとされたが、かなりの高い確率で再発が見られたという。

（21）Eckart, *Medizin und Kolonialimperialismus*, S. 338,

社、一九七七年。

（いそべ　ひろゆき・中央大学准教授）

（22）Eckart, *Medizin und Kolonialimperialismus*, S. 338.
（23）Eckart, *Medizin und Kolonialimperialismus*, S. 339.
（24）Eckart, *Medizin und Kolonialimperialismus*, S. 152-154.
（25）Eckart, *Medizin und Kolonialimperialismus*, S. 156f.
（26）Eckart, *Medizin und Kolonialimperialismus*, S. 157-160.「顧みられない熱帯病（Neglected Tropical Diseases：NTD」については、長崎大学熱帯医学研究所HP（http://www.tm.nagasaki-u.ac.jp/multiplex/phase1/ntd.html）を参照（二〇二〇年三月二三日現在）。
（27）Eckart, *Medizin und Kolonialimperialismus*, S. 208f. Kirchner, Die in Deutschland und den Schutzgebieten, S. 25f.
（28）Eckart, *Medizin und Kolonialimperialismus*, S. 212.
（29）Eckart, *Medizin und Kolonialimperialismus*, S. 213.
（30）これについては、以下を参照。川﨑愛「空間論から見た日本のハンセン病史」『流通経済大学社会学部論叢』二八（一）（二〇一七年）、四一－五三頁特に四四頁以下。
（31）Eckart, *Medizin und Kolonialimperialismus*, S. 213-215.
（32）Eckart, *Medizin und Kolonialimperialismus*, S. 212f.
（33）マックス・ウェーバー（大塚久雄訳）『プロテスタンティズムの倫理と資本主義の精神』岩波文庫、一九八九年、三六六頁。
（34）L. H. Gann, Marginal Colonialism. The German Case, in: A. J. Knoll / L. H. Gann (Hg.), *Germans in the Tropics: Essays in German Colonial History*, New York 1988, S. 1-17.　磯部裕幸「『マージナル・コロニアリズム』から『マダガスカル計画』へ――ドイツにおける植民地の記憶」『現代史研究』五六（二〇一〇年）、一九－三四頁。
（35）ミシェル・フーコー（田村俶訳）『監獄の誕生――監視と処罰』新潮