

国際的検疫制度の成立 ：第1、2回国際衛生 会議(上)

永田尚見*

目次

はじめに

1、先行研究

2、分析視角と問題設定

I、予備的議論—流行病・学説・予防措置

1、流行病の伝播

2、流行病の性質—瘴気説と伝染説

3、予防措置—検疫措置と衛生措置

4、地理的位置と対外貿易の特徴

5、予防措置に対する基本的立場

II、国際保健の組織化—第1回国際衛生会議（1851年）

1、会議開始時の諸国の立場と係争点

2、会議の構成

3、討議の内容と合意点

III、国際保健の組織化—第2回国際衛生会議（1859年）

1、会議の構成

2、討議の内容と合意点

結び

*神戸大学大学院国際協力研究科助手

はじめに

19世紀のヨーロッパにおいて、人・商品・船が活発に移動しはじめ、流行病が急速かつ広範に伝播するようになった。従来の一国の検疫措置では、人・商品・船の国際的移動を妨げることなく、流行病の危険にこまかく対処することは不可能になった。国際的制度として、検疫措置が適切に運営されること、あるいはこの措置に取って代わるもの（衛生措置）が必要とされた。もはや、病気の発生した港・国家・地域、およびそこからくる人・商品・船を全体として、危険とみなすことはできなかった。このような時代の要請を受けて、国際衛生会議が開かれた。

第1回会議（1851年）は、コレラの世界的流行（1831-1848年）によって地中海諸国の検疫措置が強化されたことに対して、このような一国的措置から国際的移動の自由を保護するために、統一された最小限度の国際検疫制度を確立することを目的とした。地中海に利害関係を有するヨーロッパ12ヶ国（英国、フランス、オーストリア、ロシア、スペイン、ポルトガル、サルディニア、両シチリア、教皇領、トスカナ、ギリシア、トルコ）が、外交官と医師の代表を派遣し、約6ヵ月の長い議論を経て、11ヶ条の協定と137ヶ条の規則を、留保と批准を条件として調印した。この協定・規則では、検疫措置の対象となる病気、船舶入港拒否の禁止、健康証明書の義務、検疫措置の最大・最小期間、検疫措置の対象となる商品、病院と同待遇の検疫所、検疫料金の統一化、衛生当局の構成、オリエントへの

ヨーロッパ衛生官の設置等が規定された。しかし、この協定を批准した国は、フランス、サルディニア、ポルトガルだけであった。

第2回会議（1859年）は、第1回会議で成立した協定・規則を改正し、各国政府の批准を促進することを目的とした。第1回会議と同じヨーロッパ11ヶ国（両シチリアを除く）から外交官だけが参加し、44ヶ条の協定案を作成した。しかし、ギリシャとトルコはこの協定に調印せず、調印した国も批准しなかった。

本論では、初期の国際衛生会議（第1、2回）の議事録に拠って、当時の国際的検疫制度の成立につき、合意事項と問題点を整理し、あわせて世界規範の萌芽を見出していく。

1、先行研究

第1、2回会議に対する評価はあまり高くない。先行研究において、いずれの会議も、政治的・経済的・科学的対立を克服できなかったと評価されている。グッドマンは、「この協定（第1回会議）は大半の諸国にとって時機尚早であり、英国にとって不十分なものであった」「新たな協定（第2回会議）も基本的な不一致を除去していない」と評価する（Goodman, 1971, p.46, 49, 54.）。シェーピンとヤーマコフは、会議の実際的結果があまり重要でない理由として、「貿易と運輸に関する複雑で敵対的な政治的・経済的利益、古い検疫制度に対する大半の国の忠誠とその効果に対する盲目的な信頼、ペスト・黄熱病・コレラの性質と伝播方法に関する知識の欠如、

国際的な規模で疫学情報を収集する中央システムの不存在」を挙げる（Schepin and Yermakov, 1991, p.72.）¹。

その反面、会議の開催と決議の一部は、積極的に評価されている。グッドマンによると、「初めて12ヶ国を公的に代表する医師と外交官が、集合して保健問題を話し合い」「検疫手続の統一性を促進する国際規則を具体化した最初の国際衛生協定が作成された」そこでは、「多数の重要な原則（完全健康証明書、検疫措置の最大・最小期間、出発港の衛生措置、病院と同待遇の検疫所、船舶の入港拒否の禁止など）が合意されて、後に、それらは、国際検疫慣行のなかで具体化された」（Goodman, p. 49.）。シェーピンとヤーマコフは、「技術的問題については高く評価されるべきである。会議の諸決定は、大半のヨー

1 当時の政治的状況についてみると、ウィーン会議（1815年）後、革命とその反動によってヨーロッパ諸国の国内は不安定であった。1820年に両シチリア王国とスペインで、1821年にサルディニアで民主主義革命が勃発したが、いずれも鎮定された。フランスで1830年に7月革命、1848年に2月革命が起こった。オリエントにおいては、トルコの衰退が顕著になり、1829年にギリシャが独立した。会議との関係でいえば、第1回会議の年に、ナポレオンによるクーデターが起こり（1851年、12月2日）、第2回会議の年には、フランス・オーストリア・イタリア戦争（1859年、4月29日）が勃発した。経済的状況については、英国がほぼ産業資本主義を達成し、フランスがこれに続き、オーストリア、ロシア、イタリアが遅れて同じ道をたどり始めていた。電信・鉄道・蒸気船など通信・輸送手段が発展し、商品と旅行者の数が増加した。第1回会議の年には、英国で万国博覧会があり、英国とフランスが電信で結ばれた。科学的状況に関しては、ペスト・黄熱病・コレラの病因論をめぐる、伝染説と瘴気説とが対立していた。このことは本文で述べる。

ロッパ諸国に肯定され、多数の国の医学新聞が、非常に詳細に議事録を掲載したのは、偶然ではない」と論じる(Schepin and Yermakov, p.73.)。

しかし、先行研究には、次のような問題点がある。第一に、この会議が国際保健の問題として十分取り扱われていないことである。19世紀の国際的移動のおかげで流行病に対する危険の認識が変化したことを踏まえて、検疫制度全体を捉えていく視点が重要である。それによると、コレラに対する検疫措置の可否だけでなく、国際的制度としてどのような検疫措置が求められたのかが検討される必要がある。第二に、協定の締結・批准という法的・政治的な問題に批判の重点がおかれて、事実上の成果である機能的な問題の評価が十分でないことである。国際保健にとって、知識と信念こそ、人々の規範意識に影響を与えるのである。その点で、知識と信念のあり方を検討する必要がある。第三に、この会議の構成・討論が決議に与えた影響が、ほとんど考慮されていないことである。会議は、政治的・経済的・科学的背景をそのまま反映するのではなく、独自の機能を営むことを忘れてはならない。それによると、参加国が、どのような妥協の仕方をしたのかが詳細に検討される必要がある。

2、分析視角と問題設定

本論は、国際関係論の視点から、国際保健の組織化、および国際保健の世界規範の成立を検討しようとするものである。その際、国

際衛生会議という特殊な国際会議の構成と運営が会議の結果に及ぼした影響についても考察してみたい。

(1) 国際保健—国際文化論を基礎として

世界的病気に対する予防措置を論ずる以上、国際関係において人間・健康・保健を規定する必要がある²。まず、健康を、最も基本的な意味、すなわち、生命・身体の安全と定義しよう。生命・身体の安全は、性別、年齢、職業、生活環境によって異なる(人間の多様性)。この安全は、衣・食・住の生活だけでなく、社会的・経済的活動からも影響を受けている(健康の多面性)。従って、この安全は、時間的・空間的に複雑な因果関係の中で、維持・実現されるものである(保健の複雑な因果性)。このように、健康は、実に様々な内容を含んでおり一義的に定めることは困難である。

2 国際関係における人間を考えるうえで参考となるのは、平野健一郎の論文である。それによると、モーゲンソーの「一枚岩の国民国家論」では、人間は、突如「地域的身分的な隔離」を打破し、「抽象的普遍的」存在になり、「国民」として国家に帰属する。「多元的国家論」では、人間は、経済的・政治的利益集団の帰属するが、それらの集団は多数決原理の適用によって比較的容易に国民として統合される。これに対して、新しい民族・国際関係論では、人々は文化的独自性を存在理由とする集団に帰属し、政治・経済的要求を実現するとき「国民」になる(平野,1989,p.9,pp.26-7.)。

この見解は、集団の帰属から人間をとらえている。帰属する集団の複数性は、人間が健康を実現するために必要である。しかし、ここでの関心は、その帰属する集団が健康のために何を提供できるかである。やはり、あらためて、健康という観点から人間をとらえる必要があるように思われる。

しかし、他方で、人間は、危険を意識し、それを除去、または回避できると信じられることで、安全と意識できる（健康の主観性）。このように、健康を危険の認識で捉えると健康に関する一定の関係が浮かび上がってくる。

まず、何をもって危険を除去・回避できるのか。物的な豊かさであろうか。確かに、お金があれば人は余裕を感じるだろう。しかし、それはお金がいざという時に、必要としているものに転換できるからである。前述した健康の複雑な因果関係を考慮するとき、富だけで健康は維持されない。生命・身体の安全に転換できる能力が必要である（主体の転換能力）³。

この能力があると信じるには何が必要か。知識だけで十分であろうか。確かに、医師の専門的な説明は説得力がある。しかし、実際にはそれだけですまされないことが多い。それが、信念（価値観・信条の合成）に支えられているとき、我々はいっと安心するだろう。人間を安心させるのは、知識と信念である（知識と信念）。ブロッキングのいうように、「健康は、絶対量ではなく、様々な場所で、知識の獲得および文化的な諸目的にしたがって基準が絶えず変化していく概念である」（Brockington, 1967, p. 4.）。

しかし、人間の多様性、および健康の多面

性を考慮すると、社会的状況によって危険の認識が変化し、それに応じて能力は分化する傾向がある（能力の分化）。さらに、これらの能力は相互に、争う可能性がでてくる（能力の対立）。しかし、保健の複雑な因果性からみると、これらの能力は、相互に関係しており、一方が他方に完全に代替できるものではない。一方を完全に否定するよりも、両方をバランスよく保つほうが多様性を確保し、一層の効果を期待できる（相互関連性）。したがって、これらの能力を調整して、1つの保健システムが確立される（システム性）。この一連のプロセスは、人間が健康に生きていこうとするかぎり繰り返される（プロセスの反復性）。

国際関係においては、この能力が国境を超えて分化するので、これらの能力が結び合わさって、1つの国際システムが形成される。換言すれば、国際保健は、国家的または超国家的パワーを分解し、各主体に適切な能力を割り当てるシステムといえる。

これまで述べてきたことは、国際文化論（平野健一郎）を基礎としている。この理論によると、文化は「生きるための工夫」である。文化は、4つのシステム性をもつ。すなわち、（1）文化全体は、文化要素から構成される、（2）文化は、境界をもち、それを維持する、（3）文化要素は特有の機能をもち、全体は特有の構造をもつ、（4）文化は平衡力のメカニズムをもつ（平野, 2000, pp.11-15.）。

この理論では、健康は次のように説明され

3 このことは統計からも明らかである。すなわち、一人当たりGNPと平均寿命の相関関係を調べてみても、一人当たりGNPがあまり高くないにもかかわらず、平均寿命が先進国並みの国（スリランカ、コスタリカ）がある。このような国では、識字率・就学率が相対的に高い。

る。健康を生命・身体の安全に転換する能力とすれば、健康も1つの文化要素である。しかし、他の文化要素と異なって、この能力は、知識と信念から構成されている。この能力は文化全体の基礎になり、他の文化要素と多面的・因果的關係もつ。その結果、この能力は、状況に応じて、分化・対立するが、相互関連しているので、1つのシステムを形成できる。

健康を国際文化論で説明する最大の利点は、知識と信念を文化要素として捉えることである。一般に、この知識と信念それ自体は、静的で不変なものであり、外的なパワーによって左右されると考えられやすい。しかし、知識と信念は、人間の生活の営みから生まれ、それと共に変化してきた。したがって、知識と信念は、それ自体固有のダイナミズムを有している。この動きを把握するためには、分析枠組としての基本的な単位が必要になる。文化要素という枠組で捉えることによって、知識と信念それ自体が、状況に応じて、政治化・非政治化していく過程が明らかになる。

このような健康に対する考察をもとにして、会議の参加者の主張、すなわち流行病と予防措置の関係を検討したい。本論では、19世紀の国際的移動のおかげで危険の認識が変化したことを踏まえて、第一に、ペスト・黄熱病・コレラの危険を一般的に回避するために、国家が生命・身体の安全に転換する能力として、どのような予防制度が必要かが問題となる。ここでは、予防制度の原則を検疫措置におくか、それとも衛生措置におくかを検討する。第二に、このような予防制度の運用にあ

たって、人・商品・船に伴う病気の危険を具体的に回避するために、どのような能力を誰に委ねるかが問題となる。そのために、検疫措置、衛生措置、衛生行政に分けて検討する必要がある。

(2) 国際保健の組織化—E・B・ハースのレジーム論を参考にして

国際衛生会議は、国際保健の組織化を促進することを目的とした会議である。国際保健の組織化とは、国家的または超国家的パワーを分解し、各主体に適切な能力を割り当て、一つの国際システムを形成することをいう。一般に国際会議の機能について述べておく。まず、国際機構の機能は、(1) フォーラムとして機能、(2) 情報収集・分析・提供機能、(3) 基準設定機能、(4) 規範創設機能、(5) 規則実施(適用)監視機能、(6) 現業的機能である(最上敏樹, 1996, pp.79-81.)。国際会議の機能とは、これらの機能から(5)と(6)を除いたものである。国際会議のこのような機能は、国際会議の固有の構成と国際会議に入ってくる国際関係の諸勢力との相互作用によって定まる。

国際会議は、政治的・社会的・経済的背景を反映するだけでなく、その構成と討議によって、参加者の認識をできる限り広げ、信頼できる合意を形成していくことに貢献する。国際会議は一定の構成をもち、参加者を拘束する。彼らは、好き勝手な主張が常にできるわけではない。その構成は、主催者、参加者、事務局、議長、委員会、提出資料、議事手続

き、決議方法、決議態様などである。さらに、国際会議は、討議をおこなう場である。この過程で、参加者は、互いの主張を明らかにし、相互に結びつけ、さらには、それを超えて、新たな価値を生み出す可能性をもつ。

本論において、この会議の構成に特に注意を払う必要がある。国際衛生会議は、現在の国際会議とは異なる特殊な構造を有している。すなわち、第1回会議では、参加者は各専門分野の代表であり、決議方法は個人投票である。それにもかかわらず、決議形態は、国家を拘束する協定とその執行方法を規定した規則の締結となっている。第2回会議では、決議形態は、協定のみには絞られている。参加者は政府代表だけであるが、個人投票であることにはかわらない。このような学術会議と外交会議の中間形態が、会議の討議に重要な影響を及ぼしている。

会議の討議は、国際保健の組織化を促進する。それは、生命・身体の安全に転換する諸能力が、調整されて一つのシステムを形成する過程に注目する。この能力は、知識と信念で構成されるので、この過程の探求は、両者の関係を検討することになる。この関係について、一般に次のようなことがいえよう。知識（例えば、三徴候説（心拍停止、呼吸停止、瞳孔散大・対光反射消失）による死）は、信念（臓器は本人のもの、遺体に傷をつけたくない）と結合して、社会に受け入れられる。しかし、この知識は、新たな信念（臓器提供による生命の維持）によって、その真偽を問われる。従来の知識が、この信念によって承

認されなければ、新しい知識（脳死）が必要とされる。従来の知識と新しい知識は、相互に関係づけられ（脳死は不可逆的に心停止に至る）、この知識を基礎にして、従来の信念と新しい信念は、その妥当範囲を見出し、相互に結びつく（事前承諾・厳格な脳死判定を経た臓器移植）。

このような知識と信念の関係では、E・B・ハースのレジーム論、および国際組織論が参考になる。彼によると、レジームは、問題領域を規制するために合意された規範・規則・方法であり、政治的目標の性質と専門家の知識の共有度によって決定される。この立場では、知識の共有度が大きくて、政治的目標が「連結・拡大」的な場合⁴には、レジームのイデオロギーが形成される。しかし、それ以外の組み合わせの場合には、弱いレジームが形成されるか、レジームは全く形成されないことになる（E.B. Haas, 1980, pp.379-86, pp.404-5, 永田, 1999, pp.130-1.）。

さらに、彼は、国際組織によるレジームの変化について、フィードバックに対する反応として、学習と適応のプロセスをあげている。アクター間において、政治的目標が「連結・拡大」的である場合には、知識の共有度が大きければ、レジームのイデオロギーの境界が変化する（学習）。知識の共有度が小さければ、その境界は変化せず、個々の政治的目標がこのイデオロギーに結びつけられる（適応）（Haas, 1990, pp.33-6, 永田, 1999, p.134.）。

4 政治家が、種々の社会目的を一組の順序立てた事項にまとめる場合である。

しかし、本論では、国際保健の組織化において、知識と信念がよりダイナミックに作用することを強調したい。信念のなかには、政治的意味の弱いもの（例えば、病気の恐怖）と政治的意味の強いもの（例えば、国家の威信）とが存在する。政治的意味が弱い場合には、対立する信念は、具体的に解釈されて、双方の接点が見出される。この解釈の基礎として、知識が提供される。したがって、ハースの理論と異なって、知識の共有度が大きければ、信念の解釈も促進される。

政治的意味が強い場合には、信念は具体的に解釈されず、知識は、政治的目標（信念）を正当化するイデオロギーの形成に貢献するにすぎない。したがって、ハースの理論と同様に、知識の共有度よりも、政治的目標（信念）自体の連結・拡大性が重要になる。しかし、この場合でも、信念によっては、政治的意味の強いものでも、信念の解釈や基礎となる知識が、討議の内容を豊かにし、政治的目標（信念）に一定の影響を与える場合があることに注目する。

以上のように、知識と信念は、それ自体ダイナミズムをもち、相互に関係する。ここに、知識と信念を文化要素の概念で捉える意義がある。国際会議それ自体を、国際文化論における国際文化交流の視点から捉えることもできる。国際文化交流とは「文化触変を意図的に起こそうとする活動」である（平野, 2000, p.179.）。文化触変とは、外来の文化要素の呈示・伝播、拒絶・黙殺、選択、受容、抵抗、再解釈、再構成という過程である⁵。ここで

は、国際会議も一定の構造を持った文化とみて、会議での相互作用もまた文化触変と捉える。その過程では、委員会または参加者の文化要素の呈示、拒絶、選択、再解釈が繰り返される。通常文化触変に比べて、それは短期間かつ複数回である。これまで結合していた文化要素（知識と信念）が分離され、国際会議の目的に合わせて、それらは新しい文化要素（知識と信念）と結合する。こうして、国際的な文化要素が形成されて、それが、外来の文化要素として自国に呈示されて、第二の文化触変が始まる。

このような国際会議に対する考察をもとにして、会議の討議の結果、参加者の主張がどのように変化し、合意が導かれたのか検討したい。本論では、第一に、会議の構成、すなわち、個別代表という参加形態、協定と規則という決議形態、委員会の機能、議長のリーダーシップ、協調の精神が、知識と信念の関係にどのような影響を与えたのかが問題となる。第二に、討議自体が、この関係にどのような影響を与えたのかが問題となる。

（3）世界規範—人間の安全保障をめざして
国際衛生会議が国際保健の組織化を実際に促進するためには、少なくとも、この会議の

5 通常、国際会議は、この過程の一部を構成するにすぎないようにみえる。すなわち、国際会議の参加者が、会議で意見を述べ、会議の決議事項を自国に伝えることは、外来文化要素の呈示・伝播でしかない。それは、自国の文化と外国の文化との接触という前提に立っている。しかし、それでは国際会議で生じる新たな価値の創造は捉えられない。国際社会における文化の可能性を探る必要がある。

決議が世界規範として人々に受け入れられる必要がある。ところで、世界規範を国家間規範と捉えれば、国家間規範の形成・実施は、通常、協定の成立・批准で捉えられる。しかし、このように世界規範を、法的・政治的問題として捉えるだけでは、この規範が、国家パワーまたは超国家パワーを分解し、各主体に適切な能力を割り当て、一つの国際システムを形成しようという動機付けになりにくい。

本論では、世界規範を人類規範で捉えたい。人類規範となるためには、できるだけ多数の人々が自発的に共通の合意に拘束されることが必要である。そのためには、人々が幾度となく相互作用を繰り返し、自ら選択した容易に変更できない関係を確立していくことである。その際、人々の規範意識に影響を与えるものは、パワーよりも、パワーを利用できる知識と信念である。人々が共通目的の実現に対して行動を起こすには、少なくとも自分の行為がその実現に不可欠であると確信することが必要だからである。

このような考察によって、国際保健における世界規範の成立の可能性を探りたい。それは、保健システムの形成プロセスの繰り返しによって、新しい価値が形成される可能性に着目する。前述したように、生命・身体を守る能力は、分化・対立し、やがて調整されて一つのシステムを形成する。この過程は繰り返されて、分化した能力は、様々な主体に担当されるようになる。こうして、人々が、生命・身体に対する危険の回避は自己の能力しだいであると認識したとき、人々の規

範意識は高まり、行動を起こすようになる。

ここで述べたことは、人間の安全保障論に接近する。この理論によると、脅威を感じると、人々は、早期予防のために、潜在能力の向上に駆り立てられる。そのためには、脅威の回避と個人の潜在能力の関係を認識させる情報の提供が必要となる（永田, 2001.）。しかし、本論では、この理論をもう一步推し進めて、個人は、裸の抽象的な概念ではなく、情報によって脅威の回避と潜在能力の関係が異なる、複数の集団に帰属していると考える。

国際会議においては、人々の規範意識の向上を考察することは、間接的・部分的な方法によらざるを得ない。通常の国際会議では、国家の利益が前面に出されるので、その観察は極めて困難のようにみえる⁶。しかし、前述したように、国際衛生会議（第1回会議）は、政府代表と医師代表から構成されている。彼らが、必ずしも純粋に国家の利益を代弁するとはかぎらない。彼らは、外交官、領事、医務官、科学者、あるいは一般人であり、知識と信念によって、脅威の回避と自己の能力の関係を意識し、各自の規範意識を調整して、世界規範を形成していく可能性がある。協定の署名・批准、個々の決議内容、審議の長さ、提供資料の数、知識と信念、それ以降の会議との比較などから、世界規範の形成程度を推し量ることができるかもしれない。

6 しかし、今日の国際的な相互依存の状況において、国際会議で、政府の代表が国家の利益を完全に代弁しているのかは疑問である。彼らは、各省庁の一員であり、そのなかでも国際関係に通じた人物だからである。

この問題を、国際文化論における複合的アイデンティティの形成で説明することもできる(平野, 2000, pp.191-5.)。すなわち、意識的ないし無意識的文化触変を通じて、国際社会の構造が重層化し、個人は異なる次元上の複数の集団に、同時に帰属することを意識する。このように、複合的なアイデンティティをもつ個人は、1つの内側の文化として適合的と考えられる文化要素と、その外側の集団の文化として適合的と考えられる文化要素との矛盾を、彼の内面において調整していく。

このような考察に立つて、世界規範の形成の可能性を検討する。第1、2回国際衛生会議で、世界規範が成立する可能性は少ない。しかし、全くその可能性を否定することもできない。第一に、従来から合意できていたものを承認するという形で、世界規範が一部形成されている可能性がある。第二に、討論・決議の態様のなかに、将来、世界規範の成立の可能性を示唆するものがあるかもしれない。

I、予備的議論—流行病・学説・予防措置

第1、2回会議を検討する予備知識として、流行病(ペスト、黄熱病、コレラ)の伝播、学説(瘴気説、伝染説)、予防措置(検疫措置、衛生措置)、地理的位置と対外貿易の特徴、および予防措置に対する基本的立場を概観する。

1、流行病の伝播

(1) ペスト

ペストは、ペスト菌によって発生する急性伝染病の中でも最も危険なものといわれている。元来、ペストはノミを宿主とし、このノミが寄生するネズミなどのげっ歯類がペストの本来の保菌者であった。そこに、人が介入して、この菌は人から人へと伝播するようになった⁷。

ペストは、インド・アジア南部から次第に北上し、アフガニスタン・イランからカスピ海沿岸へと進み、さらに西進し、13世紀の半ば、東西交流の活発化するなか、蒙古人とともにヨーロッパに侵入している。14世紀には、1400万から1500万人が犠牲になり、その数はヨーロッパ人口の5分の1から6分の1に相当した。ヨーロッパ諸国の人口が元に戻るには、少なくとも110-120年かかった。14世紀の流行が緩和された後、様々な国で突発的な事例が記録されているが、流行の地域は限定

7 人間が皮下にペスト菌がもちこまれると、1日から6日くらいの潜伏期を経た後、発病する。39-41℃前後の高熱が続き、頭痛・悪寒が始まり、眩暈・随意筋麻痺がおこり、脈拍が弱くなり、強度の虚脱、精神錯乱となる。やがて、腋の下や股の付け根などのリンパ腺に腫脹がおこり、この腫脹は破れ化膿し、皮膚が乾き、黒紫色の大きな斑点ができ、死に至る。これが流行の初期に現われる腺ペストである。流行が長引くと、血液に入った菌が肺に達し、そこで増殖し、血痰・咯血を伴う肺ペストを起こす。これが腺ペストから続発する二次的肺ペストであるが、さらに飛沫感染によって人から人に菌が感染し、発病することもある。これは人の病気中の中で最も致命率が高い。普通、死亡する場合は3日ないし5日目で、死亡率は腺ペストで50-70%、肺ペストはほとんど100%である。今日では血清療法・抗生物質が開発されて、治療率は80-100%といわれる(バーネット, 1966, p.268, p.271, p.274, 立川昭二, 1971, pp.64-5.)。

されていた。16世紀には、しばしばドイツ、ネーデルランド、イタリア、ロシアの都市でペストが発生した。17世紀後半から18世紀初期までに、西ヨーロッパの大半の諸国で大流行は終わっていた。その後は、様々なヨーロッパの港で突発的な事例が記録された。1720年のマルセイユのペストは特に重要で、厳格な検疫措置にもかかわらず、約87万人が死亡した。

19世紀前半には、南ヨーロッパ、中近東、北アフリカの諸地域と町でペストの発生が記録された。しかし、19世紀半ばまでに、ペスト侵入の問題は、もはや主要な衛生学 (sanitary science) の仕事ではないという意見がヨーロッパで徐々に有力になりはじめていた。それでも、多数の人々が、この病気の侵入する危険がまだ相当現実的なものであると信じていた (Schepin and Yermakov, pp.2-4, p.30.)。

(2) 黄熱病

黄熱病は、サルに対する病原性を持ったウイルスによって起こる伝染病である。アフリカと南アメリカのジャングルで、ウイルスはサルに寄生して存続し、森林の蚊によってサルからサルへと伝播されていた。そこへ人が介入して、ある蚊を媒介にしてこのウイルスは人から人へと伝播するようになった⁸。

黄熱病の本拠地は、アフリカ西海岸であった。この地域で、黒人にはこの病気がほとんど見られないのに、ヨーロッパ人には酷い損害を与えた。そこは、「白人の墓場」の悪評

を受けることになった。この地域から、黒人奴隷がこの病気をアメリカにもたらし、黄熱病は、カリブ海地方の流行病になった。西インド諸島の住人たちは、この病気に侵されたが、やがて免疫力を持つようになった。しかし、よそから新しくこの地域に入ってくる人々はこの危険に直面しなければならなかった (バーネット, 1966, p.291.)。黄熱病は、繰り返しアメリカおよび西インド諸島から到着する船舶によって、ヨーロッパに侵入し、海岸地帯または主要な海港で発生した。1649年に西インド諸島からジブラルタルに侵入し、1723年にリスボンで大発生し、1730年にはカディスで記録され、その後、スペインの多数の町で記録されている。

19世紀には、黄熱病は、スペインとポルトガルで繰り返し記録されて、英国の港でも、発生することがあった。1800-4年のあいだに、スペインの多数の地方に拡大し、発病者4万8千人中1万人が死亡した。1804年に、レッグホーン (イタリア西部の港町) でも発

8 この蚊は、主として家の中に見られるもので、吸血後は家から出て行くことはほとんどない。蚊が感染するのは発熱後3-4日以内の患者の血液を吸った場合であり、伝染力を持つようになるまでには約10日間の潜伏期がある。患者の血液中にウイルスが存在する期間が短いために、長い間病気の全くない時期の後に、突然流行が始まる。感染した蚊に刺されると、ウイルスが血液中に注射され、血液を介して全身に広がる。好んで増殖する場所は肝臓で、これが障害されることによって黄疸が起こり、このために「黄熱」という名がつけられた。患者が完全に回復すると、血液中には大量の抗体が出現し、それは非常にゆっくりと減少しながら、ほぼ生涯にわたって存続する。この病気は蚊の退治と予防接種によって予防されている (バーネット, p.94, p.146, p.292.)。

生し、他のヨーロッパ諸国に深刻な不安を感じさせた。1820年には、バルセロナで、ハバナからきた船員の間で発生し、スペインの他の地域へ伝播した。しかし、19世紀の半ばまでに、黄熱病は、南ヨーロッパ諸国（スペイン、ポルトガル、フランス、イタリア）で、散発的な流行が記録されるだけで、ヨーロッパでは人々の関心をほとんど引かなくなっていた（Schepin and Yermakov, pp. 4 -6, p.30.）。

（3）コレラ

コレラは、コレラ菌の感染によって起こる消化器系急性伝染病である。病原体のコレラ菌は口から入り、糞便とともに排泄される。それが再び何らかの経路で口に入り、人から人へと伝染していく⁹。

コレラは、主に中央アジア、特にベンガルに限定される病気と考えられていた。しかし、

9 コレラ菌は、普通、飲食物を介して人の口に入る。口から侵入したコレラ菌は胃を通過すると小腸の中で増殖を開始し、それが大腸に送りこまれ、異常に増殖する。腸内常在菌でこれに対抗できるものはない。このビブリオによって生み出された一種の内毒素が長官壁の粘膜細胞にある種の傷害作用を及ぼし、それが激しい下痢を引き起こす。さらに腸管からのナトリウム再吸収が不能となり、細胞内の水が腸管腔内に排出され、いわゆる脱水症状を起こす。こうした水分欠乏が進行すると体力が急速に消耗し、血行が傷害され、血圧が低下し、脈拍が減弱し、虚脱状態から死に至る。放置しておけば約75%の致命率となる。ビブリオは、腸管の排出物と一緒に体外に放出され、不衛生な条件の下では流行地の井戸や河川は病原体で汚染され、それが病気の広がるもととなる。今日、コレラワクチンなどによる予防・治療法が進歩し、施設の良い所であれば致命率1-2%にすぎない。しかし、今日でも、伝染経路の巧妙さと伝染速度の迅速さが脅威の原因となっている（バーネット、pp.275-6、立川、p.172.）。

19世紀になると、交通手段の進歩によって、この病気は国際交流の波に乗り、世界的流行を繰り返した。第1回の世界的流行（1817-23年）では、コレラはヨーロッパに達しなかった。第2回の世界的流行（1826-37年）のあいだに、この病気はインドからペルシャに伝播し、ヨーロッパ諸国を襲った。第3回の世界的流行（1840-49年）のときには、その勢力は、インドから中国、ヨーロッパ、アメリカまで拡大した。この流行は、ヨーロッパとアメリカで、中世のペストの時期に相当する犠牲者を出した。それは、工業生産の強化によって、労働者および貧農の衛生条件が悪化したこと、および大半の諸国の大都市では、上下水道の十分な制度が存在しなかったことが原因とされる（Schepin and Yermakov, p.31.）。

以上から、19世紀半ばのヨーロッパにおいて、病気の伝播からその危険を比較すると、オリエントからの脅威を除いて、ペストは当面の危険ではなかった。黄熱病が発生する地域は限定されていた。コレラは、当時、世界的流行を繰り返していた。

2、流行病の性質—瘴気説と伝染説

流行病に対する危険の認識は、病気の性質の「理解」にもかかわってくる。現在では、ペスト・黄熱病・コレラが、細菌またはウイルス性の伝染病であることは、周知の事実である。しかし、19世紀半ばでは、ウイルスはおろか細菌すら発見されていなかった。ペスト菌は、1894年にフランスのイエルサン

(Alexandre Yersin) と北里柴三郎によってそれぞれ独立に発見された。1900年には、アメリカ黄熱病委員会によって、黄熱病が蚊に媒介されることが証明されたが、このウイルスが発見されたのは、1929年のことである。コレラ菌は、1884年にコッホによって発見された。

19世紀半ばのヨーロッパでは、これらの病気に対して、2つの見解が対立していた。

瘴気説は、流行病は大気のある特定の条件下で生じると主張する。この見解は、中世疫学の原理の1つであって、ヒポクラテス (Hippocrates) にさかのぼる。彼は、流行病の消長とその季節的・年次の発生の相異を決定する要因として、気象学的変異と季節的特性を強調した。17世紀になって、英国のシーデナム (Thomas Sydenham) が、特定の大気の状態が続くかぎりその流行病が発生し拡大すると考えた。この大気の変化は、地上に発生する瘴気に基づくものと信じられた。19世紀のあいだ、この説は一般に、悪化した環境衛生の条件が、流行病を起こす局地的大気状態を生み出すという変形説になって主張された。この説から、流行病を予防するために、環境衛生の改善が奨励される (ローゼン, 1973, pp.66-7, p.205.)。

伝染説は、流行病は病原体が人から人へと伝播することによって生じると主張する。この見解は、1546年、フロカストロ (Girroloma Fracastro) によって、体系的に打ち出された。彼は、感染が原因で流行はその結果であるとし、流行病は、伝播性と増殖力をもつ微細な

伝染性物質に起因すると理解していた。さらに、このような疾病の因子は、個々の疾病に特定のであり、同種の因子が同種の疾病を生み出すとみていた。19世紀になると、生物に似た何らかの因子による特定のな感染こそ、伝染病の唯一の源泉であると主張された。英国のスノー (John Snow) は、組織的な調査をおこない、コレラの原因は水によって運ばれるとしたが、その感染因子の確認はできなかった。この見解は知られていたが、コッホがコレラ菌を分離してはじめて、その正当性が立証された。この見解から、流行病を予防するために、検疫による障壁が必要になる (同前書, p.68, pp.203-4.)。

この論争において、瘴気説が19世紀の後半まで優勢であった。各理論について、実在の証拠を基礎にしてどちらが正しいかの判定を明快に下すことは、ほぼ不可能であった。両説とも、信頼できない情報、および偏見を伴った観察によっていた。しばしば類推という危険な知的操作が用いられ、実験方法の適用と判断が不適切であった。さらに保菌者とか昆虫宿主という伝染の鎖の重要な環についての知識がなかった。その科学的立脚点は、しばしば政治的、経済的、または社会的要因と関係していた。瘴気説の主唱者には、専制主義と反動に対して、個人の自由を求めて闘った自由主義的改革者が多かった。これに対して、伝染説は国家の威信と官僚主義によっていた (同前書, p.206.)。

以上から、予防措置として、伝染説は、検疫措置を支持し、瘴気説は、衛生措置を支持

する。逆に、検疫実務に関係するものは、伝染説に立ち、環境衛生に関係するものは、瘴気説にたつともといえる。

3、予防措置—検疫措置と衛生措置

(1) 検疫措置

検疫措置は、歴史的に古い予防措置である。かつて、商業の発展に伴って、感染地域から非感染地域への人または商品の流入が、流行病を侵入させるという考えを基礎にして、多様な形態で共同体の隔離がおこなわれた。そのなかには、感染地域からきた人または商品の流入をすべて妨げるものがあった。630年から5年間のあいだ、ゴールのクレモンテ司教は、プロヴァンスからカオールの教区の路上に、武装兵を駐屯させた。1720年のマルセイユのペストでは、相互に連絡できるような緊密な見張りで感染地域を囲み、逃亡者を追跡・捕獲・連行し、見せしめにその頭を割った。しかし、このような共同体の完全な隔離の試みはほとんど成功しなかった。

そこで、貿易と交流の形態を考慮した共同体を保護する衛生的障壁の可能性が模索された。14世紀に、感染地域からきた人または商品の流入を許可する前に、一定期間隔離することによって、潜在的な病気の侵入から共同体を保護する措置が導入された。この措置の根底にある考え方は、時間の推移が潜伏期間にある病気を明らかにし、感染地域からきた人または商品がもたらす感染を追い払うことである。このような衛生的障壁が検疫措置として知られるようになった。

検疫措置には海上検疫と陸上検疫があるが、ここでは前者に焦点をあてたい。検疫 (quarantine) という言葉は、1403年、ヴェニスで強制された40日の隔離期間に由来する。黒死病の出現後、ヴェニスが最初にオリエントのペストから都市を守る措置をとり、この検疫制度が、他国のモデルとなった。すなわち、1348年に、3人の貴族からなる衛生協議会 (a special three-man council) が設置され、1423年には、最初の検疫所 (lazaret) が建てられ、さらに1484年になると、常設の衛生当局が開設された。その後、ジェノア、マルセイユその他の海港にも検疫所が建設された。1585年に、英国で、1683年には、フランスで検疫措置に関する最初の一般規則が導入された。こうして、19世紀までに、ほとんどすべてのヨーロッパ諸国で検疫制度が採用されるようになった (Goodman, pp.27-31, Schepin and Yermakov, pp.10-11.)。

検疫措置は、主要な流行病 (ペスト、黄熱病、後にコレラ) に感染している、または感染していると疑われる船舶・人・商品を、一定期間強制隔離するものであった。16世紀半ば、検疫措置を回避して自由通航を獲得する手段も発展した。それは、健康証明書 (bill of health) を到着港の衛生当局に提出することである。この証明書は、出発港が流行病から免れていることを証明する公的文書である。通常、出発港の衛生当局が発行し、目的国の領事が、証明書の情報が正しいことを保証するために査証 (visa) する (Goodman, p.31.)。

検疫措置の手続は一般に次のような手順で

行われた。すべての船は港に接近すると、黄色の旗を掲げる。船長に停泊の場所を指示するために、衛生当局の役人が船舶に乗り込む。役人が書類を検査し、すべての公的文書と手紙を燻してから、船長は、役人に付添われて衛生当局にいき、航海の性質、寄港した港、船内の病者の存在について尋問される。健康証明書、乗客の状態、貨物が特に慎重に検査される。衛生当局が、船は健康な場所から到着したと確証し、船舶の状態に満足すれば、乗客は都市に入ることが許される。ペストに感染しているか、または感染が疑われる地域から到着したと料されると、次の措置がとられる。すなわち、乗客と貨物のリストが作成される。伝染性のある貨物（毛皮、絹、羊毛、綿、髪、箱、すべての種類の容器）は、埠頭に下ろされ、浄化（通風、換気、配置替え、消毒）のために検疫所に送られる。乗客は、全員検疫所に入る。彼らの手荷物は開けられ、風にあてて浄化される。ペスト患者は特別な診療所に送られる。健康な人は、40日の検疫の下におかれ、この期間に彼らの間に病気が発生すれば、彼らはさらに40日の検疫に従うことになる（Schepin and Yermakov, pp.12-3.）。

19世紀前半まで、検疫措置は、繰り返しオリエント諸国からもたらされた流行病に対して、自国を保護する一国の全く国家的意思の表現であった。オリエントから直接くる船が寄港できるのは、検疫所のある特定の港（マルセイユ、ツーロン、マルタ、ジェノア、ヴェニス、トリエステ、ラグーサ、メッシナ、

リボルノ、バレンシア、バルセロナ、カディス、ジブラルタル）に限られていた（図1）。検疫所は、軍事的拠点（防塞）および貿易の倉庫という役割も担っていた。（D.Panzac, 1986, p.33, p.36, p.55.）。

検疫制度では、政府の保護の下で、しばしば活動の手段と方法の選択は無規制であった。多数の検疫立法によって、人・商品・船舶だけでなく、国家全体に対しても、最も野蛮で過剰な措置の行使が許されていた（衛生当局の濫用）。出発港の衛生的・疫学的状態に関する主観的判断のために、健康証明書の情報をめぐって、関係国の商人と衛生当局間に深刻な紛争が生じていた（正確な情報の欠如）。科学的知識が確立されていないために、個々の国だけでなく同じ国の港でも、検疫措置の態様は不統一であった（科学的知識の欠如）。被検疫者は、他の人々から鉄格子で隔離され、検疫所自体は医療施設というよりも、牢獄に似ていた（検疫所の不適切な待遇）。検疫料金は、しばしば貨物の35%にまでのぼり、船主に重い負担を負わせた（莫大な検疫料金）。最後に、19世紀の人・商品・船の移動が活発になるほど、商人・船主・政府の負担は増大した（Schepin and Yermakov, pp.24-7.）。

例えば、1743-44年に、ルソーは、乗っていた小型帆船がメッシナに基地をおく英国艦隊に横付けされたという理由で、ジェノアで検疫を受けなければならなかった。1813年に、マルタで流行病を隠したために、船長が銃殺された。1825年の英国検疫法では、検疫中の船と連絡をとった者は、死刑に処せられた。

1841年には、沈没した船の完全健康証明書が海底にあるという理由で、その船の生存者に20日の検疫が課せられた(Goodman, pp.34-6.)。

検疫措置は、船・人・商品の国際的移動を阻害するものではなく、この移動に伴う危険を回避しながら、むしろこの移動を促進する制度として発展すべきものであった。しかし、当局の権限の濫用、知識・情報の欠如、これまでにない国際的移動の活発化によって、本来の検疫措置の目的が達成できなくなっていた。従来の検疫措置は、国家を防衛し、外来の病気への恐怖を鎮めるという信念に合致していた。しかし、それは、国際的移動を促進するという国際関係の新しい信念を満たすことはできなかった。そのために、両者を調和させる検疫措置が求められた。このように、検疫措置には、2つの立場がありうる。国家の安全・病気の恐怖を重視する立場からは、従来の国家的な検疫制度の維持が主張される。病気の恐怖と国際的移動の調和を重視する立場からは、従来の検疫制度の改革、すなわち当局の濫用防止、正確な情報の獲得、科学的知識の確立、ならびに後述する衛生措置による検疫措置の緩和・代替が主張される。後者の立場は、検疫制度を国際的制度として確立することである。ここで「国際的」制度の意味には、各国に共通の基準を確立すること、および各国に協力的行為を要請することの2つの意味が含まれている。

(2) 衛生措置

19世紀の前半から、英国で環境衛生改革が

本格的に開始された。産業革命によって、英国の諸都市には、人々が集中し、衛生状態は悪化し、病気が蔓延していた。労働者は、大部分が臨時雇いであったので、生活の糧を得る機会を失わないために仕事場の近くにいななければならなかった。金持は、密集した地区を労働者に譲り、郊外や農村に移住した。このため、過密、密集、貧困地区の放置を助長・延引した。環境衛生施設は、金銭的に報いられるとは考えられなかったもので、そのような施設にはほとんど関心が払われなかった。どの広場も共同の汚物溜かごみの山で一杯になっていた。貧困街の家に水洗便所はなく、便所のない家も多かった(ローゼン, pp.148-151.)。

このような都市が発達するにつれて、だいに人々は都市の新しい強力な特色を意識するようになった。1801年から10年ごとに人口統計調査が始められていたが、そこに1837年から出生・結婚・死亡の強制登録制による情報が付け加わったうえで、そのうちの一部が発表されるようになった。都市の状態に関する関心は、1831年と1832年のコレラの流行によって高められた。この病気は貧困地区である環境衛生の最も放置してある場所、つまり、屎尿やごみの堆積によって汚染されている地域に頻発することが判明した。さらに、この病気は下層階級に限定されたものではないことも明らかになった。

しかし、都市衛生の問題を喚起したのは、何よりも1834年の新救貧法である。この法律は、労働市場による貧困者の吸収を目的とし

たが、同時に、都市社会の生活をどのように組織するかという大きな問題を提起した。救貧法委員会 (the Poor Law Commission) のメンバーであるチャドウィック (Edwin Chadwick) は、救貧率の低減だけでなく、貧困の原因についてもより深い認識を持っていた。すなわち、貧困の多くは個人の責任に帰せられない疾病の結果であるので、疾病は救貧率の負担を増加させる主要因子である。したがって、疾病の予防措置は経済的に採算のとれるものになるという。さらに、彼は、健康は、物理的・社会的環境によって良くも悪くも影響されると説き、正確な統計数字は疾病の予防に極めて重要であることを指摘した (同前書, pp.152-5.)。

こうして、環境衛生改革が開始された。その手段には、調査が利用されて、健康問題の体系的な研究が重視された。1839年、救貧法委員会は、イングランド・ウェールズ全体の労働人口の健康調査をおこない、伝染病は、不潔な環境をもたらす排水、給水、家屋や街路からのゴミ収集の欠如と明らかな関係にあることを立証した。一切の有害な汚物を町から除去する安価で効率的な方法は、医師ではなく土木工学者の科学的助言によらねばならないとされた。さらに、工学の知識と技術を応用して、効果的で首尾一貫した予防計画を担当する行政機関が必要であるとされた (同前書, pp.157-8.)。

この報告を受けて、1843年、都市と人口過密地区の状態を調査する王立委員会 (Royal Commission) は、大都市の環境衛生を規制

する基本措置の実施を指導監督する権限を中央政府に与えること (保健省の設置)、および各地方における排水、舗装、清掃および十分な上水の供給は単一行政庁の管轄下に置かれることを勧告した。しかし、政府側は、状況改善を急がず、当面の政治的理由と私有財産不可侵の要請によって、この改革は遅れた。

その間、全国に都市と町の住民の健康、特に労働者の福祉への関心が次第に増大した。改革者達は確固として手近な仕事に立ち向かっていた。1830年から1840年代に指摘された状態を改善しようと、多数の様々なグループが種々の活動を開始した。労働者階級住宅改善首都協会 (the Metropolitan Association for Improving the Dwellings of the Industrious Classes) と労働者階級生活改善協会 (the Society for the Improvement of the Condition of the Labouring Classes) は、貧困者へのよりよい住宅の供給を目的としていた。貧困者清潔増進協会 (the Association for the Promotion of Cleanliness among the Poor) は、ロンドンのイースト・エンドに、モデル浴場を設置した。都市保健協会 (the Health of Towns Association) は、都市の実態を周知することにより、公衆衛生改善のための立法を促進する世論を組織化して環境衛生の改善に献身的に働いた (同前書, p.159.)。

やがて、政府は、事態の圧力によって譲歩せざるを得なくなり、制限された範囲でいくつかの立法措置をとった。1848年のコレラ流行を契機に、5年の有効期間を条件として公衆衛生法 (the Public Health Act) が成立し、

保健総省 (the General Board of Health) が設置され、都市に保健医官 (medical officer) が任命された。しかし、この法律の規定は、大半が任意的なものであり、保健総省の中央集権的傾向は、人々の反発を買った。1854年に、議会は公衆衛生法の継続を拒否し、保健総省は閉鎖された (同前書, pp.161-2.)¹⁰。

これに対して、フランス、スペイン、オーストリア、イタリアなどの大陸諸国は、温情主義路線にそって、公衆衛生制度を発展させていた。この路線は、18世紀に、警察措置としての社会医学を提唱したフランク (Johann Peter Frank) にさかのぼる。彼の考えは、啓蒙君主が人民を国の天然資源とみなすことから生じる。彼は、チャドウィックと異なって、貧困の原因を病気とみるのではなく、病気の原因を貧困と考えていた。これらの国では、フランクの思想を発展させて、中央集権と官僚への依存という状況下で、病院の建設や治療が重視され、健康保険が奨励された (Brockington, pp.133-5.)。

英国の衛生措置には、徹底した調査に基づきながら、一方で、環境衛生を工学として捉え、強い行政機関を求める傾向がある。他方で、この措置には、労働者・貧困者の啓蒙に

よって、大衆の参加を求める傾向がある。19世紀半ばの英国においては、主に、啓蒙的な衛生措置が重視され、英国以外のヨーロッパ諸国では、国家的な衛生措置が奨励されていた。

しかし、国際的移動が進展するなかで、このような従来の国内的な衛生措置に、新しい国際的な性格が加わる。それは、衛生措置を都市・家屋だけでなく、船舶・港湾に拡大することである。当時の船舶・港湾では、都市の最も不潔な地区の住民の死亡率よりも、船員の死亡率が高かったのである (La Conférence Sanitaire Internationale, 1851, No.33, pp.8-9.)。しかし、到着時の船舶の衛生措置は従来の検疫措置の一貫としておこなわれてきた。重要なことは、病気の中心地から出発・航海・到着までの一連の衛生措置によって、到着港の検疫措置が緩和され、ひいては、この衛生措置が検疫措置に取って代わることである。いわば、それは、検疫措置の緩和・代替手段としての国際的な衛生措置である¹¹。

以上から、検疫措置と衛生措置を比較すると、検疫措置は、船・人・商品の移動から生じる危険に対する対外的制度であった。それは、歴史的に古くから存在し、人々の経験に

10 しかし、その後も、保健総省の存続は期限1年ごとに再延長され、その作業が継続した。1858年に、保健総省は最終的に廃止され、公衆衛生事業の管轄は枢密院に移された。1871年に、イングランドの環境衛生行政を研究する王立委員会の勧告を受けて、自治省が創設され、すべての保健事業がここに移管された。1875年には、公衆衛生関連法の統合と地方衛生機関の性格の統一化が実現された。こうして、英国の公衆衛生行政は、初めて国家的に整えられた (ローゼン, pp.167-8.)。

11 1849年に保健総省が発行した「検疫措置に関する報告書」によると、基本的に衛生措置が検疫措置に取って代わるとした上で、海上で流行病が発生した場合には、船荷主の経済的利益になるように、乗客が健康な状態で航海を終える責任を彼らに負わせること、および停泊中の船に対しては、都市の家屋と同様に流行病の拡大を予防する措置をとることができるという (General Board of Health, 1849, p.126.)。

支えられた制度であり、国家の法律と官僚機構で守られた権力的な制度であった。衛生措置は、人の密集から生じる危険に対する国内的な制度であった。それは、産業革命以後に出現し、統計と調査にもとづく制度であった。それには、市民・専門家を中心とした非権力的な側面と、強い行政機構による権力的な側面の両面があった。しかし、19世紀半ばに求められた国際的検疫制度は、一方で、国家的な検疫制度を改革して、正確な情報の提供、科学的知識の確立、ならびに権限濫用の防止を実現し、他方で、国内的な衛生措置を船舶・港湾に拡大し、検疫措置を緩和・代替するものであった。

4、地理的位置と対外貿易の特徴

予防措置の態様は、特に、各国の地理的位置と対外貿易の内容（取引先、商品、取引額）にも影響される。

ペストとコレラは、オリエントの近隣諸国（ギリシャ、両シチリア、教皇領、トスカナ）は勿論、地中海に面するサルディニア、フランス（マルセイユ）、地中海に植民地を保有する英国（マルタ、イオニア）にどっても脅威であった。しかし、オリエント周辺国と、そこから比較的遠いサルディニアとフランス、単に植民地を保有する英国では、危険の程度におのずと差異が生じた。

黄熱病は、特定の季節・地域にしか発生しなかったもので、危険の程度は低かった。しかし、南欧のポルトガル（オポルト・リスボン）、スペイン（カディス）、およびフランス

南部にとっては、この病気は不安の種であった（図1）。

対外貿易は、ヨーロッパ、特に英国にとって非常に重要であった。1850年の登録商船トン数をみると、英国は357万トン、フランスは69万トン、ギリシャ27万トン、オーストリアは26万トン、スペインは25万トンであった（B・R・ミッチェル, 1984, pp.641-6.）。オリエントは、重要な貿易相手だけでなく、そこにはアジア（インド・中国）への通路が存在した。当時、綿産業の発展期を迎えていた英国は、合衆国だけでなくエジプトからも原綿を輸入し、綿製品をヨーロッパ、さらにオリエントを経由（スエズ地峡・シリア・メソポタミア・ペルシャ湾）してインドに輸出していた¹²。

フランス、スペイン、ポルトガルは、メキシコ湾・小アンチル諸島・ヴェルデ岬と商業関係にあった。1849年の貿易相手国別輸入額をみると、フランスでは、アメリカ合衆国（147百万フラン）、イタリア（103百万フラン）、英国（59百万フラン）であった。スペインではフランス（32百万ペセタ）、キューバ（26百万ペセタ）、英国（25百万ペセタ）、アメリカ合衆国（15百万ペセタ）であった（ミッチェル, p.586）。

12 1840年の英国の相手国別綿布輸出をみると、アメリカ大陸（合衆国を除く）は279万ヤード、ヨーロッパは200万ヤード、インドは146万ヤード、トルコ・エジプト・アフリカは75万ヤードであった（田中穰, 1956, p.30）。

図1 1850年代のヨーロッパ諸国と主要な海港都市



出典：Norman Howard-Jones, *The Scientific Background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938*, Geneva: World Health Organization, 1975.p.13 および D. Panzac, *Quarantine et lazarets Aix-en-Provence*: Edisud, 1986, p.80 を合成

5、予防措置に対する基本的立場

このように、流行病に対する予防措置は、病気の頻度、性質、予防措置の内容、地理的位置と対外貿易の特徴によって左右される。全体として、3つの主要な立場があるといえる。

第一は、対外的制度としての検疫措置を重視する立場である。これは主として、オリエント近隣諸国（ギリシャ、両シチリア、教皇領、トスカナ）、各国の検疫実務家、ならびに伝染説論者の立場であり、国家を防衛し、

外来の病気への恐怖を鎮静するという信念に合致する。

第二は、国内的制度としての衛生措置を重視する立場である。これは、主として、英国、各国の商人、環境改革者、ならびに瘴気説論者の立場であり、国際的移動を促進するという信念に合致する。この立場には、国家的制度としての権力的な衛生措置を求めるもの（衛生検疫・衛生警察の考え方）と、人々に知識を提供し、彼らを参加させる啓蒙的な衛生措置を求めるものがある。

第三は、国際的制度としての検疫措置・衛生措置を重視する立場である。これは、主に、フランス、サルディニア、トルコの立場であり、病気の恐怖と国際的移動の調和という信念に合致する。この立場には、共通の基準によって国家を超国家的に拘束することを求めるもの、および情報・知識の提供によってアクターが相互に変化することを求めるものがある。

Ⅱ、国際保健の組織化—第1回国際衛生会議 (1851年)

1、会議開始時の諸国の立場と係争点

前述のように、国際衛生会議の開催以前に諸国はすでに流行病に対してそれぞれ一定の立場を表明していた。ここで、会議の本論に入るまえに、予防制度の原則についての各国代表の基本的立場と、予防制度の運用での係争点を整理しておこう。

(1) 予防制度の原則についての各国代表の立場

ペストと黄熱病については、各国は検疫措置を予防制度の原則とすることではほぼ一致していた。しかし、コレラについては、19世紀にまさに世界的流行を繰り返し、ヨーロッパ諸国の脅威の中心であったが、いかなる措置を原則とするかに合意はなく、4つの立場があった。

第一に、コレラを伝染病（外来病）と捉えて、ペストと黄熱病と同様に、検疫措置を原則とする立場である（後述の国際衛生会議の

参加国でいえば、教皇領、両シチリア、トスカナ、ギリシャ、ロシア、スペインの態度）。

第二に、コレラを流行病（土着病）と捉えて、検疫措置を否定し、衛生措置を原則とする立場である（後述の英国医師、ポルトガル医師、オーストリアの態度）。

第三に、コレラの性質に触れずに、隔離を含む衛生措置を認め、衛生措置を原則とするが、そのなかでも国際的な衛生措置を重視する立場である（後述のフランス、サルディニア、英国領事の態度）。

第四に、コレラを条件付き伝染病（外来病）と捉えて、検疫措置を原則とするが、そのなかでも地域的な検疫措置を重視する立場である（トルコ医師の態度）。

(2) 予防制度の運用面での係争点

検疫措置を予防制度の原則にするとしても、この制度のどの部分を強化、あるいは緩和するかは問題である。ここで前述した予防措置の基本的立場（主に、対外的制度としての検疫措置と国際的制度としての検疫措置・衛生措置）の違いが明らかになる。

① 検疫措置（病気の情報、検疫の対象、検疫期間）の係争点

病気に関する正確な情報は、検疫措置にとって不可欠な情報である。その情報源は、出発港の衛生当局に限定されるか、それとも目的港の衛生当局、あるいは目的国の領事にまで拡大されるかが争点となる。

不完全健康証明書の船で到着した商品と人

をすべて危険とみなすことはできない。そこで、検疫措置の対象となる商品の区別が問題となる。しかし、商品の伝染性に対する科学的知識は確立されていないので、検疫所の慣行、科学者の知識、一般人の判断のいずれに頼るのが、争点となる。

検疫措置の対象となる人と商品は、一定期間、船または検疫所に留置され、衛生措置が実施される。この検疫措置の最大・最小期間が問題となる。ここでは、潜伏期間の科学的知識は確立しているので、外来の病気への恐怖をどの程度考慮するかが争点となる。

②衛生措置の係争点

船舶・港湾は、感染源の中心であるから、出発港と船舶でその危険が減少すれば、到着港の検疫措置は緩和されてもよい。そこで、出発・航海・到着にいたる一連の衛生措置が奨励される。しかし、船が常に危険とはいえず、船の運行を阻害しないことが望ましい。ここでは、特に、出発港における荷積み後の査察が問題となる。その際、衛生当局の査察を認めるのか、それとも船長の申告に基づいて、必要ときに査察を認めるか、さらには、この規定が国家を直接拘束するものか、それとも知識の提供による国家の相互変化を求めるものが争点となる。

③衛生行政の係争点

検疫措置・衛生措置が有効に機能するためには、これを支持する諸制度が確立されている必要がある。これまで、これらの諸制度で

は、行政による濫用が絶えなかった。検疫所の運営、検疫料金、衛生当局において、この濫用をいかに規制するかが問題となった。

④ヨーロッパ諸国以外との関係での係争点

オリエントはベストの風土地帯であり、アメリカ（カリブ海）・アフリカ（西海岸）は黄熱病の風土地帯である。したがって、これらの地域にヨーロッパ内の関係はそのままではまらない。しかし、オリエントは、ヨーロッパにとって貿易の中心地であり、そこにどの程度ヨーロッパと同様の関係が認められるかが問題となる。アメリカ・アフリカについては、危険の程度、および貿易の利害の点で、スペイン・ポルトガル・フランス除く他のヨーロッパ諸国にとって重要性は低い。オリエントと同様の関係がこの地域に認められてよいかが問題となる。具体的には、これらの地域の完全健康証明書に自由通航の保障を認めることができるかが争点である。

2、会議の構成

会議の構成について、主催者、参加者、事務局、議事運営、議事手続、資料・調査、決議形態の順に検討する。

1851年7月21日、午前11時半、フランス政府の提案による国際衛生会議は、パリの外務省の建物で開催された。

参加国は、オーストリア、両シチリア、スペイン、教皇領、フランス、英国、ギリシャ、ポルトガル、ロシア、サルディニア、トスカナ、トルコの12ヶ国である。当時の地図で見

るとおり、これらの国は、地中海（ロシアは黒海）に面する領土を保有する国か、あるいは地中海に植民地を保有する国（フランス、英国）である（図1）。エジプトは、トルコから事実上独立していたが、主権国家ではなかったもので、参加を認められていない。ウィーン会議以後19世紀前半まで、バルカン半島を除くヨーロッパでは、国内の革命と反動に翻弄されながらも、比較的長く国際平和が保たれていた（岡, 1955, p.91.）。第2回会議よりも安定した討議がおこなわれたのは、この背景に負うところも多い。

実際の参加者は、各国2名で、政府関係者¹³と医学関係者¹⁴から構成されている。

政府関係者は、ポルトガルとフランスを除いて現職の領事であり、フランスのダヴィド（David）氏もキューバ駐在の元領事であった（La Conférence Sanitaire Internationale,

1851, No.17, p.3.）。領事は外交官と異なって、健康証明書の査証、赴任先の衛生協議会への参加、査察の立会等に深く関与している。したがって、抽象的な国益よりも検疫措置の実務について、有益な情報を提供できる。

医療関係者は、政府顧問（オーストリア）、衛生当局のメンバー、（両シチリア、スペイン、教皇領、英国、ポルトガル、ロシア、サルディニア、トルコ）、大学教授（フランス、ギリシャ、トスカナ）である。彼らからは、純粋に理論的な意見、実務的な意見、あるいは政治的な意見までが提出される。

会議がフランス代表ダヴィド氏を全会一致で選任した後、議長はフランスの外務大臣と農商大臣が指名した3人の書記を選任した（Ibid., No.1, p.2.）。常設の国際機構の事務局がない以上、主催者側の職員を選任することが、仕事を円滑にする。

外務大臣と農商大臣による演説によって、

13 オーストリアは駐マルセイユ総領事（consul generale）ラヴィゾン（Lavison）、両シチリアは領事ファルコン（Falcon）、スペインは領事セゴヴィア（Segovia）、教皇領は総領事エスカロン（Escalon）、フランスは特命全権公使ダヴィド（David）、英国は駐ブレスト領事ペリエ（Perrier）、ギリシャは駐マルタ領事ヴィタリス（Vitalis）、ポルトガルは公使館のアタシェ（Attache）シルヴェイラ（Silveira）、ロシアは駐パリ総領事エベリング（Ebeling）、サルディニアは駐リオン領事マグネット（Magnetto）、トスカナは総領事セコーニ（Cecconi）、トルコは駐パリ総領事ハルファン（Halphen）を派遣した。ニコルソンによると、アタシェには、①一般に高級官吏であり、特別な任務のために、使節団に配属される陸海空武官または商務官、②大（公）使館書記官の最下級の者を意味する外交官補、③大学を出て実生活につくまでの一定期間を大（公）使館で過ごす名誉随員がある。ここでは、問題の重要性和他国の領事クラスの派遣からみて、①のアタシェと考える（ニコルソン, 1968, p.222.）。

14 オーストリアはダルマチアの元医師で政府顧問のメニス医師（Menis）、両シチリアはナポリ衛生協議会書記のカルボナーロ医師（Carbonara）、スペインは元王立衛生協議会書記で現在マドリッド地方衛生協議会のメンバーのマンロウ医師（Manlau）、教皇領は高等衛生協議会のメンバーのカペロ医師（Cappello）、フランスは国立医学アカデミーおよび公衆衛生顧問委員会のメンバーのメリエー医師（Melier）、英国は全国衛生協議会の検査官サザーランド医師（Sutherland）、ギリシャはアテネ大学のコスティ教授（Costi）、ポルトガルは衛生協議会のメンバーのグランデ医師（Grande）、ロシアはセント・ペテルスブルグ衛生協議会のメンバーのローゼンベルグ医師（Rosenberger）、サルディニアはジェノア大学教授で全国海洋衛生協議会のメンバーのボー（Bo）、トスカナは全病院の監督長で医学部外科教授のベティ医師（Betti）、トルコはコンスタンチノーブル衛生協議会のメンバーのバトレティ（Bartoletti）を派遣した。

この会議の趣旨が明らかにされた (Ibid., No. 2, pp.2-5.)。その意義は、主催者の意向を示して会議の大枠を決めたことである。それは、会議の円滑・効率化にとって重要であるが、何よりも、会議の「境界」—ここでは、公衆衛生と国際的移動の調和という境界—を設定したことになる。

その結果、議事運営では、参加者の間に協調 (conciliation) の精神—公衆衛生と国際的移動の調和—が貫かれていた。どんなに意見が分裂するときでも、参加者、議長、委員会のいずれかが、必ずこの精神に注意を促し、妥協を目指そうとした。そこには、一種の「平衡回復的安定」がみられる。それは、会議の「システム性」を意味する。

議事手続に関する種々の提案がだされて、それらは全会一致で採決された (Ibid., No.3, pp.2-3.)¹⁵。問題となったのは、国家として投票するのか、個人として投票するのかである。

個人投票に反対の立場は、この会議 (conférence) を外交的会議 (congress) とみる¹⁶。スペイン領事セゴヴィア (Segovia) は、「会議を構成する2つの要素は一つの機関でしかない」と指摘し、「2人

の代表が常に反対に投票する場合には、国家は代表されない」と批判する。英国の医師サザーランド (Sutherland) は、意見が異なっても「この差異は政府の問題である」と述べ、同国の領事ペリエ (Perrier) は、「意見が異なる場合でも、各代表は審議前に同僚と意見を調整しあえる」と反論する。

賛成の立場は、この会議を外交的会議とはみていない。議長は、「外交的会議の中に外交の要素だけ存在するわけではない」と説明し、サルディニア医師ボー (Bo) は、「我々は命令的委任を与えられていない」と主張し、トスカナ医師ベティ (Betti) は、「政府は、我々の決定したことを自由に拒否することができる」と反論する。

このように、外交的会議と一線を画した上で、この立場はさらに2つに分かれる。すなわち、この会議に外交的会議よりも低い評価を与えるものがある。ギリシャ医師コスティ (Costi) は、「国家による投票を認めると、医師に余りにも多くの力を与えることになる」と警戒し、両シチリア医師カルボナーラ (Carbonara) は、「会議は議論することにとどめるべきである」と慎重である。

他方で、この会議を積極的に評価するものがある。サルディニア領事マグネット

15 それは、要求してから演説すること、演説者は中断されないこと、連続して2つの異なる意見を聞くこと、議事日程は予め常に議長によって定められること、十分に問題が議論されていない考える時、議長は、協調のために最終決議を延期できること、すべての決議は絶対多数決がとられること、会議によってこれこれの決議が採択されたことを無条件に議事録に記録すること、予め要求するか、事務局に理由を通知しなければ、棄権できないことである。

16 ニコルソンによると、「これら二つの言葉の間には、一般に認められた相違というものは存在しない。コンGRESはコンファレンスより重要なものである。すなわち、「コンGRES」という言葉は、大戦の後で領土が再配分されるときとか、実際に全大国が参加するときに用いられるということが主張される。だが、歴史上このような区別は実際になされていない」(ニコルソン, pp.227-8.)。

(Magnetto) は、「科学と行政は、時々対立する」と指摘し、「我々の政府が科学の代表と行政の代表をここに派遣したのは、この対立を終わらせるためである」と説明し、「一方での知識と他方での経験が追求する改革にとって都合のよい決定を生じさせる」と期待する。トスカナ医師ベティは、「個人の投票は友好的な妥協を導く最高の手段であり」、「自由な思想の表明は、相互を補完する」と述べる。フランス医師メリエ (Melier) は、实际的に、異なる意見を持って会議に向うとき、国家としての投票による場合、「一方が他方を犠牲にし、団長による投票となる」と警戒する。

議論が尽くされ、会議は、圧倒的な多数によって個人としての投票を決定した (Ibid., No.3 pp.3-6.)¹⁷。この会議の性格がここによくあらわれている。会議は、外交的会議のように国益を調整する場ではなく、また、学術会議のように単に研究発表をおこなう場でもない。それは、上述した地位・職種の参加者から、知識と経験が提供されて、参加者の認識を広げた上で、信頼できる合意を達成する特別な過程となった。

資料として、フランスが予め、会議の前に各国に送付しておいたプログラムが議事の叩

き台となる。会議の開催後では、主催者側および参加者が関連する資料を随時提供できた¹⁸。

調査・研究のために、7つの委員会が設置された。問題が重大な場合には、さらに特別委員会が設置された¹⁹。プログラム委員会は、フランスが予め各国に送付した提案を、原則とそれ以外に分けて、会議が協定案として決定すべき条項を提案する。他の委員会は、この条項をもとにして、各分野から規則となる詳細な事項を会議に提案する。

いずれの委員会も領事と医師の7名から構成され、その中から議長とラポラトゥール

18 この方法によると、資料が参加者によって後から、後から提供されて、議論が終わらないことがある。後述するとおり、商品がベストを伝染させるかについて、英国、ロシア、教皇領からの資料提出が採決後もしばらく継続した。

19 プログラム検討委員会 (トスカナ (医)、サルディニア (医)、ギリシャ (医)、仏 (医)、およびオーストリア (領)、英 (領)、スペイン (領))、仲裁裁判所に関する特別委員会 (英 (領)、オーストリア (領)、スペイン (領))、衛生料金票草案を準備する委員会 (トスカナ (領)、教皇領 (領)、ポルトガル (領)、両シチリア (領) および教皇領 (医)、オーストリア (医)、スペイン (医))、オリエントの公衆衛生業務の組織化を研究する委員会 (サルディニア (領)、トルコ (領) (後にトルコ (医) と交替)、ギリシャ (領) およびロシア (医)、英 (医)、両シチリア (医)、ポルトガル (医))、検疫所に付与すべきより適切な組織を研究する委員会 (サルディニア (医)、ギリシャ (医)、オーストリア (医)、ロシア (医)、およびスペイン (領)、トルコ (領)、両シチリア (領))、衛生措置制度を提案する委員会 (英 (医)、ポルトガル (医)、スペイン (医)、トルコ (医)、オーストリア (領)、教皇領 (領)、ギリシャ (領))、公衆衛生行政の組織を検討する委員会 (ロシア (領)、英 (領)、トスカナ (領)、スペイン (領)、サルディニア (医)、ポルトガル (医)、仏 (医))

17 その他に、公開か秘密については、会議は、大半を挙手でおこない、メンバー3人が要求してはじめて投票で行うことを全会一致で決定した。演説者の名前を記録については、多数決で、演説者の名前を常に議事録に記載することを決定した。同票数における議長票の優位も全会一致 (3名棄権) で可決された。委任による投票は全会一致で否決された (Ibid., No.3, pp.6-8.)。

(rapporteur) が選任される。委員会の議事は多数決で採決される。委員会の目的に応じて、大国、利害関係国、推進者、専門家、実務家が参加するのは、会議の叩き台となる一つの強固な意見を築くためである。しかし、それは決して、大国意志の支配を許すという意味のものではない²⁰。

委員会は、報告書を作成し、この報告書は、会議の討議の基礎となる。討議の過程で、委員会の案に対して、意見が分かれて、種々の修正案がでると、会議の議長のリーダーシップで、委員会が再招集され、討議されて、新たな案が出される。原則として、会議では、委員会の議長とラポラトゥールが委員会の機関として行動する。しかし、委員は、たとえ議長からラポラトゥールであろうと、会議において委員会とは異なる意見を表明することは制限されていない。それは、委員会の提案が覆りやすい反面、妥協の機会が広がることにもなる²¹。

最後に、会議の決議形態についてみると、協定文を採択するか、それとも規則集を採択するかで意見が分かれた。協定を要求する立場は、政府を拘束することを重視し、規則を

要求する立場は、社会の認識が広がることを重視する。

政府の拘束を重視すると、抽象的な原則の採択が必要になり、社会の認識を重視すると、具体的な条項が必要になる。議長は「2つの形態を同時に採択するのが適当であり、諸原則を定めた協定と適用の詳細事項を定めた規則である」という。結局、「衛生規則の付随した国際協定文」が採択されることになった (Ibid., No.4, pp.2-6.)。

こうして、この会議に新たな性格が追加された。すなわち、この会議は、社会の認識を具体的に広げるという啓蒙的機能だけでなく、抽象的な原則を政府に承認させるという超国家的機能も営むことになった。

以上のように、この会議の構成は、これまでの国際会議にはない画期的なものであった。すなわち、関係者を参加させ、個人投票を認め、柔軟かつ信頼できる委員会を選任し、議事では協調の精神が貫かれている。それは、多少とも議事が長くなりやすいが、参加者の主張を明らかにし、相互作用によって各人の認識を広げるのに適切な構造である。

しかし、決議形態を協定にしたことによって、これまでの構成に異質なものが挿入され、参加者の認識を広げることが制限された。そ

20 専門的知識を要する委員会には医師が一人多く、実務を要する委員会には、領事が一人多い。どの委員会にも大国（英、仏、オーストリア、ロシア）が参加し、重要な委員会（プログラム、衛生行政）には、その参加が多い。しかし、その数は3名を超えない。オリエント委員会には、利害関係国（トルコ）が参加し、衛生措置委員会には、推進者（英国の医師サザーランド、スペイン医師マンロウ、ポルトガル医師グラント）がいた。仲裁裁判所に関する下部委員会はすべて領事で占められた。

21 委員会の参加者は、会議の半数（特別委員会ではその半数）であり、任命された委員の立場が明確に出て、意見が一致した時には、委員の間に相当な団結心と拘束力が生じる。それが、委員会の報告の信頼性を付与することになる。しかし、委員会は、会議において、参加者の認識を広げて合意の形成を促進する役割をもつ。委員会の意見には暫定性と柔軟性が必要とされる。

れは原則と適用に分けることになるのだが、原則は国家の基本的姿勢を示すものであるため、参加者は決議に慎重にならざるを得ない。このことが、後述するとおり、会議の討議に少なからず影響を与える。すなわち、具体的な事項を規則に送って、原則の内容を希薄にするか、あるいは原則に具体的な条件を付与するかのいずれかによって、はじめて合意が形成される。

協定と規則を一緒に定め、規則を協定の適用の細目事項としたことも、このような傾向に拍車をかけた。規則も具体的すぎると、政府を著しく拘束するため、一般的な表現が好まれ、規則の啓蒙的機能は損なわれることになった。

しかし、決議方法が個人投票であることを考えると、この協定自体が政府をどの程度拘束できるかは、そもそも疑問である。結局、協定による政府の規制は、この時点では時機尚早であって、内容はともかくこの協定は多くの国から「拒否・黙殺」される運命にあったといえよう。

参考文献

- バーネット『伝染病の生態学』紀伊國屋書店、1966年。
 Fraser Brockington, *World Health*, London: J. & A. Churchill Ltd. 1967.
 Richard N. Cooper, "International Cooperation in Public Health as a Prologue to Macroeconomic Cooperation," in R. N. Cooper, eds., *Can Nations Agree?*, Washington: 1989.
 General Board of Health, *Report on Quarantine*, London, 1849.
 Neville M. Goodman, *International Health*

- Organization and their work*, 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1971.
 Ernst B. Hass, *The Uniting Europe*, Stanford: Stanford University Press, 1958.
 Ernst B. Hass, *Beyond the Nation-State*, Stanford: Stanford University Press, 1964.
 Ernst B. Hass, "Why Collaborate?: Issue-Linkage and International Regimes," *World Politics*, 1980.
 Ernst B. Hass, *When Knowledge is Power*, Berkeley: University of California Press, 1990.
 Peter M. Hass, "Introduction: epistemic communities and international policy coordination," *International Organization* 46, 1, Winter, 1992.
 平野健一郎「民族・国家論の新展開—『人の国際的移動』の観点から—」『国際法外交雑誌』第88巻 第3号、1989年8月。
 平野健一郎『国際文化論』東京大学出版会、2000年。
 Norman Howard-Jones, *The Scientific Background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938*, Geneva: World Health Organization, 1975.
 H. L. S. Lyons, *Internationalism in Europe, 1815-1914*, Leiden, Netherlands, 1963.
 マクニール『疫病と世界史』新潮社、1985年。
 Ruth D. Masters, *International Organization in the Field of Public Health*, Washington, D. C.: Carnegie Endowment for International Peace, 1947.
 見市雅俊『コレラの世界史』晶文社、1994年。
 R・B・ミッチェル編『マクミラン世界歴史統計 (I) ヨーロッパ篇 (1750-1975)』原書房、1984年。
 David Mitrany, *A Working Peace System*, Chicago: Quadrangle Books, 1966.
 最上敏樹『国際機構論』東京大学出版会、1996年。
 永田尚見「E・B・ハースの統合論：利益・イデオロギー・国際制度」『国際協力論集』第7巻、第1号、1999年。
 永田尚見「人間の安全保障—国際保健活動の形成と発展」初瀬龍平、定形衛、月村太郎編『国際関係論のパラダイム』有信堂高文社、2001年予定。
 H・ニコルソン『外交』東京大学出版会、1968年。
 岡義武『国際政治史』岩波書店、1955年。
 Daniel Panzac, *Quarantines et lazarets: l'Europe et la peste d'Orient, X^{VI}e-X^Xe siècles*, Aix-en-Provence: Edisud, 1986.
 La Conférence Sanitaire Internationale, *Procès-verbaux de la Conférence sanitaire internationale ouverte à Paris le 27 juillet 1851*. Paris: Imprimerie nationale, 1852.
 La Conférence Sanitaire Internationale, *Protocoles*

de la Conférence sanitaire internationale ouverte à Paris le 9 avril 1859. Paris: Imprimerie impériale, 1859.

ローゼン『公衆衛生の歴史』第一出版、1973年。

Oleg P. Schepin, Waldemar V. Yermakov eds., *International Quarantine*, Madison: International Universities Press, 1991.

アマルティア・セン『不平等の再検討—潜在能力と自由』岩波書店、1999年。

城山英明『国際行政の構造』東京大学出版会、1997年。

立川昭二『病気の社会史』日本放送出版会、1971年。

田中穰『英国綿業論』東洋経済新報社、1956年。

The Formation of the International Quarantine System: The First and the Second International Sanitary Conferences

Naomi NAGATA*

Abstract

The purpose of this paper is to explain how and why the international quarantine system was established at the international sanitary conferences in 1851 and 1859.

In the nineteenth century, the development of foreign trade brought European countries closer to the endemic sources of plague, yellow fever and cholera. The fear of the cholera infection in particular precipitated collective international efforts to put epidemics of infectious diseases under international surveillance and control.

There was a heated debate between two doctrines (the contagionist and the anticontagionist) over how to prevent these diseases. The former doctrine, believing that epidemic diseases came from foreign countries, supported quarantine measures for preventing the further spread of the diseases. The latter, grounded in the theory that epidemic diseases resulted from unsanitary housing, proposed sanitary measures.

The real difficulty was how to reconcile the fear of these new epidemics with the smooth movement of ships, people, and merchandise. Quarantine legislation in a number of countries sanctioned the use of the most brutal and excessive measures. Arbitrary judgement concerning the sanitary conditions of departure port of ships led to serious conflicts over health documents between the sanitary authorities and the captains or owners of ships. The absence of scientific data on the causes of epidemic diseases and the path of their transmission made quarantine measures arbitrary. On the other hand, the sanitary conditions of ports and especially of ships were far from good.

For the 1851 conference, each of twelve European states (including Turkey) delegated two members (one physician and one diplomat) to attend. It was here the international sanitary convention (11 articles) and international quarantine rules (137 clauses) were

*Research Associate, Graduate School of International Cooperation Studies, Kobe University.

concluded. The convention was, however, ratified by only three countries. At the 1859 conference, the same group of states (the Two-Sicilies excluded) delegated only diplomats, who, having reviewed the 1851 convention, concluded another sanitary convention (44 articles). However, no state ratified this convention.

In the agreed convention, quarantine was obligatory for plague and yellow fever, but for cholera it was discretionary. All ships were required to receive a bill of health. The duration of the quarantine depended on the declaration by the sanitary authorities of the departure port. Minimal and maximal terms of quarantine were prescribed for all ships depending on the disease. All commodities were divided into three classes: quarantine-obligatory, facultative or exemptive. Inspection of the hygienic conditions, provisions and water was required at the port of departure. Quarantine dues and charges were not to exceed the actual cost of the services. The sanitary authority was to consist of a director of health (appointed by the government) and a local council. The consul of other countries was entitled to attend this council. Another twelve international sanitary conferences were held from 1866 to 1938.