

仏領インドシナにおける植民地医療・公衆衛生の展開 : 1859年から1914年の組織形成と法整備に着目して

北田, 瑞希

<https://hdl.handle.net/2324/7363901>

出版情報 : Kyushu University, 2024, 博士 (学術), 課程博士
バージョン :
権利関係 :



仏領インドシナにおける植民地医療・公衆衛生の展開
—1859 年から 1914 年の組織形成と法整備に着目して—

九州大学 大学院

地球社会統合科学府 地球社会統合科学専攻

2020 年入学 3GS20023G

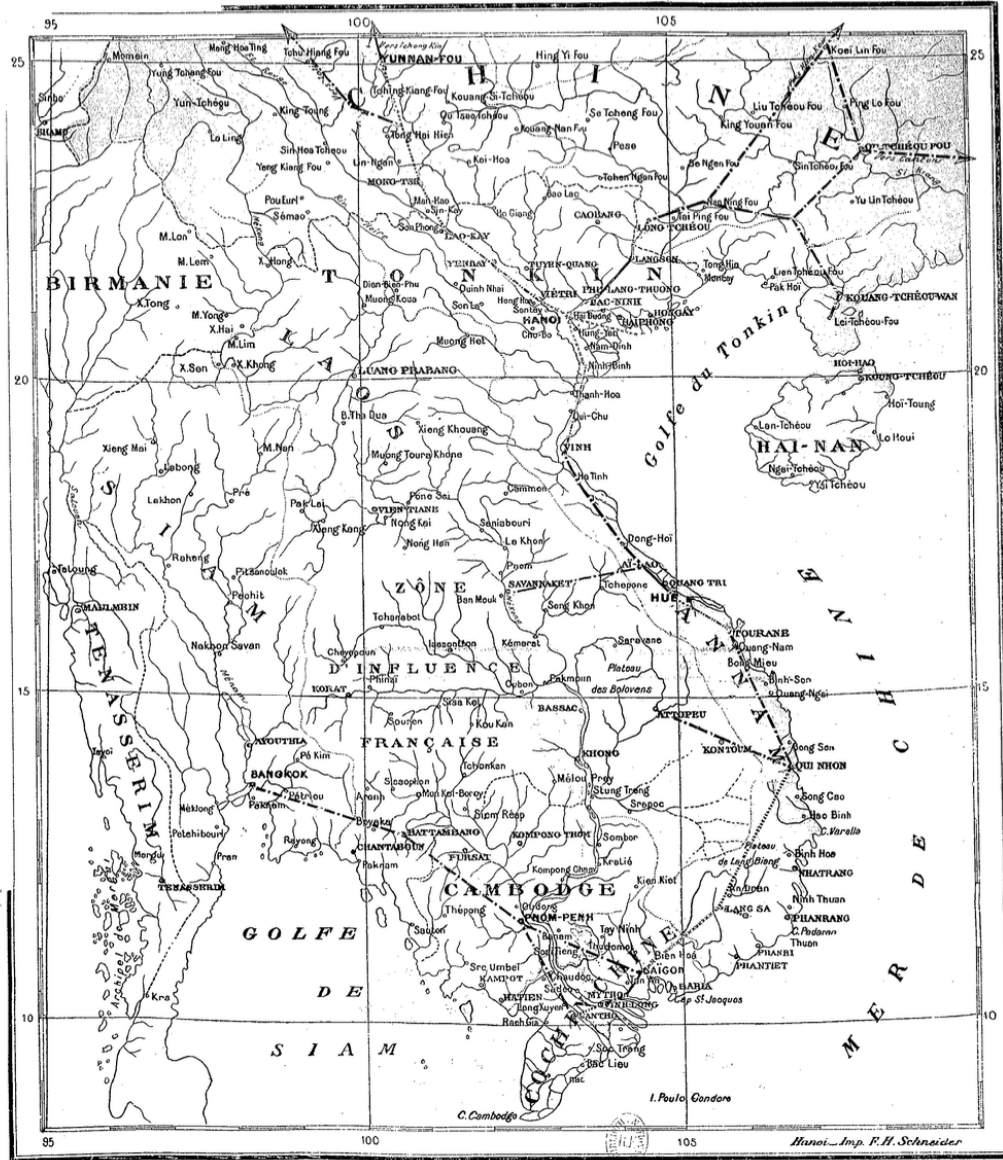
北田瑞希

目次

序章.....	5
第一節 本研究の目的と背景	5
第二節 先行研究における本研究の位置づけ	8
第一項 植民地医療史に関わる先行研究.....	8
第二項 仏領インドシナにおける医療・公衆衛生の先行研究	12
第三項 研究の射程および研究手法.....	15
第四項 研究の意義	17
第三節 本論文の構成	20
第一章 仏領コーチシナ期の公的な医療・公衆衛生施策	23
第一節 占領統治期(1859 年～1867 年)の医療・公衆衛生施策	25
第一項 軍事侵攻と医療・公衆衛生.....	25
第二項 天然痘への対処	28
第二節 軍政期(1867 年～1879 年)の医療・公衆衛生施策	30
第一項 継続する戦いと医療・公衆衛生行政の形成	30
第二項 天然痘対策：種痘の義務化.....	34
第三節 民政期(1879 年～1887 年)の医療・公衆衛生施策	42
第一項 民政移管による機構の変化.....	42
第二項 感染症対策：フランス本国での対策の導入	45
第三項 感染症の水際対策：検疫の実施.....	50
第二章 仏領インドシナ連邦成立期の公的な医療・公衆衛生施策	58
第一節 医療・公衆衛生施策の行政的基盤の形成	61
第一項 総督府行政の組織化	61
第二項 地方行政の組織化.....	66
第二節 現地住民を対象にした医療・公衆衛生施策：病院とハノイ医学校	69
第三節 感染症対策.....	71
第一項 パスツール研究所の設立	71
第二項 感染症対策の進展.....	73
第三章 20 世紀初頭の仏領インドシナ連邦における公的な医療・公衆衛生施策	80
第一節 医療・公衆衛生に関わる行政組織の整備と再編	82
第一項 仏領インドシナ連邦全域を対象にした行政基盤の確立.....	82

第二項 保健総局の成立とその業務	85
第二節 感染症対策	91
第一項 パスツール研究所と感染症対策	91
第二項 ペストの流行	94
第三節 現地住民への医療・公衆衛生施策の展開	99
第一項 文明化の使命	99
第二項 現地人医療援助	103
第三項 医学校での医療従事者の養成	107
第四章 仏領インドシナの感染症対策の特徴と限界	111
第一節 仏領インドシナと米領フィリピンの感染症対策の比較	112
第一項 米領フィリピンでの感染症対策	112
第二項 仏領インドシナの感染症対策の特徴と限界	114
第二節 感染症対策の限界	120
第一項 ペスト対策への現地住民の反応	120
第二項 香港でのペスト対策との比較	123
終章	129
付録 1	144
付録 2	147
付録 3	160
参考文献	175

CARTE GÉNÉRALE DE L'INDO-CHINE



Ann. commercial.

LÉGENDE

—	Chemins de fer en exploitation.
- - -	à l'étude.
...	projets.
...	études.

仏領インドシナ地図

(Hanoi, Annuaire général de l'Indo-Chine, 1902, 118 ページ)

序章

第一節 本研究の目的と背景

本研究は、仏領インドシナ連邦¹（以下、仏領インドシナ）のフランス植民地国家が、公的な医療・公衆衛生施策をどのように導入・展開したのかを、フランスがインドシナ南部のコーチシナへの侵攻と植民地化を開始した 1859 年から、第一次世界大戦が勃発した 1914 年までの時期を対象に明らかにするものである。仏領インドシナにおける医療・公衆衛生施策には、現地の治療師や薬剤師が施した医療実践も含まれるが、本研究では特に仏領インドシナ総督府（以下、インドシナ総督府）や地方行政、それらに付随する部局や病院によって施された「公的な」医療・公衆衛生施策に焦点を当て、それらがどのように導入されていたのかを、主に医療・公衆衛生²に関する組織の形成と法令³の整備の観点から明らかにする。

¹ 仏領インドシナ連邦は、ベトナム（トンキン [北部]、アンナン [中部]、コーチシナ [南部]）、ラオス、カンボジア、広州湾租借地から構成される。本研究では、連邦としての仏領インドシナについて言及するときを除き、仏領インドシナと記す。コーチシナは直轄植民地であり、トンキン、アンナン、ラオス、カンボジアは保護領であった。先行研究では、現地の伝統的な王朝や政府が一定の政治権力を維持し、フランスが外交や防衛を支配する形で統治する保護国と、フランスが内政においても大きな権力を持つ保護領を区別し、トンキンを保護領として、アンナン、ラオス、カンボジアを保護国として表記することが一般的である。しかし本研究では、フランスの内政干渉の程度が曖昧であることと、その領土を保護している国（インドシナの場合、フランス）としての保護国との混同を避けるため、すべて保護領と記す。

² 「医療」、「公衆衛生」という言葉は、それぞれ異なる意味を持つ。医療は主に個人を対象とし、診断や治療などを通じて個人の健康を維持・回復することを指す。一方、公衆衛生は集団の健康を対象とし、感染症対策や衛生環境の改善、予防接種の推進など、地域や社会全体の健康を守る活動を含む概念である。しかし、本研究が焦点を当てる 19 世紀から 20 世紀初頭の時期において、これらの言葉は現代のように明確に区別されておらず、史料においても医療と公衆衛生が混在して記述される場合が少なくない。このような言葉の揺らぎを踏まえ、本研究では、明確に医療または公衆衛生を指している文脈を除き、両者を包括する表現として「医療・公衆衛生」という言葉を用いる。

³ 本研究で主に取り扱う法令・規則はデクレ（décret）とアレテ（arrêté）の二つである。デクレとは国家レベルで発令される政令であり、地方自治体や植民地などの行政機関から発

18 世紀後半に始まった産業革命以降、科学技術の進展は人類に大きな変化をもたらした。この変化の中核には、蒸気機関の発明や、それを利用した船舶技術の発展があった。これにより世界規模でのヒトやモノの移動が加速した。このことは欧米諸国が遠隔地へ進出することを可能にした要因となった。結果として、19 世紀から 20 世紀初頭にかけて植民地支配が地球規模で進展していった⁴。

このように植民地が拡大するなか、植民地支配の性質やその影響を分析する研究は、植民地統治側の視点から進められてきた。具体的には、植民地政策や経済活動、植民地統治の正当性を追求する議論が主流であり、被植民地地域の住民や社会については焦点が当てられてこなかった。しかし第二次世界大戦後の脱植民地化の進展と、独立した国々が直面する課題が浮き彫りになってきたことなどを背景に、1950 年代以降、植民地研究は被植民地地域の住民や社会にも注目するようになった。特に 1970 年代以降は、植民地が残した文化的・社会的影響を批判的に分析するポストコロニアル論の発展が、植民地研究に新たな視点をもたらし、植民地支配が文化や言語、知識体系などに与えた影響が議論されるようになった。たとえばエドワード・サイードは、『オリエンタリズム』のなかで、西洋が東洋を「非合理的」と表象することで、西洋のことを「合理的」と対照化し、植民地支配を正当化したことについて言及し、ミシェル・フーコーの権力論についても取り上げ、知識は中立的なものではなく、常に権力と結びついていると論じている [サイード 1993]。このような理論的な進展のなかで植民地支配と医療・公衆衛生施策の関係が着目されるようになった。具体的には「生政治 (*biopolitique*) 」という、「人口として構成された生きる人々の総体に固有の諸現象、すなわち健康、衛生、出生率、寿命、人種といった諸現象によって統治実践に対し提起される諸問題を、18 世紀以来合理化

せられる公式な命令や規則を指す行政命令であるアレテと区別される。本研究ではデクレを「政令」、アレテを「行政命令」と訳す。

⁴ この過程についてはポメラantzとトピック [Pomeranz and Topik 2015] などが世界経済の視点から論じている。

しようと試みてきたやり方」〔フーコー 2008: 391〕、言い換えれば、国家や権力が個人の「身体」や「生命」に働きかけ、社会をコントロールしようとする考え方などを通じて、植民地支配と医療や公衆衛生政策との関係が着目されるようになった。つまり植民地支配の文脈において医療や公衆衛生が単なる福祉政策ではなく、植民地支配を維持・強化する手段であったという認識が広がっていったのである。

ここまで植民地拡大の進展と、植民地研究という文脈で医療・公衆衛生が着目されるようになった背景について述べてきたが、そもそもなぜ植民地の統治者にとって医療・公衆衛生が重要なイシューだったのだろうか。それは、この植民地が拡大していった 19 世紀から 20 世紀初頭は、ヒトやモノの移動の活発化により、天然痘やコレラ、ペスト、マラリアやデング熱といった感染症が、地域を超えて拡大するリスクが高まっていた時代だったからである。特に植民者である西洋人にとってなじみのない環境であるアジア・アフリカ地域で、植民者の身体的な安全を確保し、植民地を繁栄させるためには、適切な医療・公衆衛生施策を整えることは非常に重要であった。確かに 18 世紀末のエドワード・ジェンナーによる種痘⁵の開発をはじめ、この時代にヨーロッパにおいて近代医学⁶が発展し始めたことは間違いない。19 世紀末には、病原菌の発見やワクチンの開発が進み、顕微鏡を用いた研究や病理解剖など、新たな医学的知見や技術によって徐々に感染症に有効な対策を講ずることができるようになった〔坂井 2019〕。しかし 19 世紀末までの時点では、医学はまだ発展途上にあ

⁵ 種痘とは、天然痘の予防接種のことである。天然痘の予防接種には、天然痘患者のかさぶたや膿などの皮膚病変から取った物質を健康な人に接種することで軽度の天然痘感染を起こし免疫を得る人痘法と、牛痘ウイルス（牛がかかる天然痘のウイルス）を利用した牛痘法の二つがあるが、牛痘法は効果があるだけでなく、より安全性が高いとされ、天然痘の予防接種の主流となっていった。この手法はイギリスの医師であるエドワード・ジェンナーによって 1796 年に開発され、その後研究や接種が拡大していった〔坂井 2019: 272〕〔パーカー 2016: 158〕。本研究で「種痘」と記す際は、この牛痘法を指す。

⁶ フーコーの分析に基づくと、近代以前の医学では、患者の主観的な訴えなどに依存していたが、近代医学では解剖や臨床観察などを通して患者の身体を直接観察し、病気が身体のどこにあるのかを特定することが重視されるようになったことが、近代以前の医学と近代医学の違いである〔フーコー 2020: 27-52, 186-210〕。

り、感染症などを効果的に制御する手段は限られていた。患者の隔離以外には対策が乏しく、感染症の流行を完全に抑え込むことは困難だったのである。このように、19 世紀から 20 世紀初頭は医学の進歩が始まる一方で、依然として多くの課題が残されていた時代であったと言える。

そしてこれは、フランスが東南アジア地域に保有した仏領インドシナについても当てはまる。それでは、仏領インドシナにおいて植民地国家は公的な医療・公衆衛生施策をどのように導入・展開し、感染症やその他の疾病にいかなる対応をおこない、そして仏領インドシナの公的な医療・公衆衛生施策にはどのような特徴があったのか。本研究は以上の問いに対して、医療・公衆衛生に関連する組織の形成と法整備に注目しながら明らかにすることを目的とする。

第二節 先行研究における本研究の位置づけ

第一項 植民地医療史に関わる先行研究

本研究が対象とする仏領インドシナを含むアジア地域の植民地における医療や公衆衛生、感染症の問題は、「植民地医療史 (the history of colonial medicine)」という分野で研究が進められてきた。その代表的な研究として、アーノルドによる 19 世紀の英領インドにおける医療・公衆衛生に関する研究 [Arnold 1993] がある。この研究のなかでアーノルドは、西洋起源の科学的知見や実験などに基づく近代医学・医療が単に上から持ち込まれたのではなく、インドの在地の医療実践や知識と相互作用を繰り返しながら、徐々に権威として確立していくプロセスを描いている。アーノルドは、植民地国家が現地のインド社会に介入する形で感染症、特に天然痘、ペスト、コレラのコントロールをおこなおうとしても、宗教や伝統、西洋医療への信頼の有無などの点から反発を受けたことを明らかにし、そのうえで、西洋医療がインドで効果を上げるためには、現地住民の不満を可能な限りまねかない形で医療・公衆衛生施策を実施することや、現地社会の必要に応じた医療を展開することが重要であった

ことなどを指摘している。このアーノルドの研究を契機に、アジアの植民地医療史に関する研究の蓄積が進む。

英領インドについては、ハリソンによる公衆衛生の発展とその社会的・政治的意義について検討した研究 [Harrison 1994] も重要である。この研究のなかで、ハリソンはアーノルドとは異なった視点から、英領インドにおいて西洋医療が上から一方的に導入されたのではなく、植民地国家と現地の社会・住民との間の相互作用を通じて徐々に導入されていったことを明らかにしている。英領インドで医療・公衆衛生施策の導入が進んだのは、1857年に発生したインド大反乱の際に軍人の健康をいかに維持するのかという問題が重要となったことや、鉄道や蒸気船の定期航路の整備などによりヒトの移動が活発化したこと、とりわけムスリムのメッカ巡礼が活発化したことにともない、コレラなどの感染症の流行が生じたことなどが契機となった。植民地政庁はこれらの課題に対して、医療・公衆衛生にかかわる法整備を進めるだけではなく、感染症流行時の検疫や貿易の規制の導入、種痘などの予防措置の導入などを通じて対処しようとした。しかし、これらの規制や処置に対しては、現地のインド社会の側の反発も大きかった。この反発を和らげるために、植民地政庁は西洋教育を受けた現地のエリートや地域社会の指導者たちに協力を求め、彼らを橋渡し役として医療・公衆衛生施策の導入と展開を図ろうとしていたことをハリソンは明らかにしている。

英領インドにおける西洋医学の導入については、脇村による飢饉と疾病に関する研究 [脇村 2002] がある。脇村は社会経済史の観点から、英領インドにおける人口動態の変化と労働、経済発展に飢饉と疾病が及ぼした影響について検討している。脇村は人口動態に影響を与えた感染症としてマラリアを取り上げ、労働者の移動や降水量の増加などの環境の変化や、貧困や栄養不足が流行の原因となったことを指摘しながら、植民地政庁が現地社会を対象にした公衆衛生施策の展開に熱心ではなかったこと、医療・公衆衛生施策はイギリス人やインド人エリートが住む地域に限定されていたことなどを明らかにした。

もう一つ、英領インドを対象とした研究として、ラマンナによる 19 世紀のボンベイにおける西洋医療の実態に関する研究 [Ramanna 2002] がある。この研究では、19 世紀を通じて西洋医学は徐々に現地の人々に受け入れられてはいたが、在地の伝統的な治療方法も時間をかけてその効果が確認され、医療行為として採用され続けたことや、医療・公衆衛生施策の面で女性の役割が考慮されていなかったことが乳幼児の死亡率に影響を与えていたことなどが明らかにされている。

東南アジア地域については、まず英領植民地であった英領マラヤの植民地統治と疾病に関するマンダーソンの研究 [Manderson 2002] と、直野による英領ビルマでの天然痘対策と種痘の普及に関する研究 [Naono 2009] がある。マンダーソンは、英領マラヤでは労働力の供給を安定させる目的で、本国イギリスで実施されていた公衆衛生・保健施策が導入されたことを指摘する。そして、この施策が移民の増加によって拡大していた感染症対策に活用されたこと、この施策の導入により植民地政庁の統治と正当性が強化されたことを明らかにしている。直野は、英領インドの一部であった英領ビルマにおいて、植民地政庁が天然痘対策として導入しようとした種痘が直面した様々な課題について論じている。現地のビルマ人にとってなじみがあつたのは人痘法であり、牛痘を用いることに対してはヒンズー教などの宗教の立場からも強い抵抗があつたこと、この抵抗を克服できなかった要因として、植民地統治者の側が現地の伝統的な医療行為を非科学的なものとして理解しようとはしなかったこと、そもそも理解しようとしても言語の壁や資金不足などによって難しかったことなどを指摘している。

米領フィリピンについては、まずアンダーソンによる医学研究と公衆衛生施策の展開に関する研究 [Anderson 2006] が挙げられる。この研究では、1898 年から 1930 年代までの時期を対象に、アメリカによるフィリピンの植民地統治において、科学と医学が果たしていた役割が論じられている。アンダーソンは特に人種の境界線に着目しており、アメリカ人はフィリピン人を乱暴で不潔だとみなし、医療・公衆衛生施策を通じて彼らの身体を規律づけようとしただけ

ではなく、アメリカ人を頂点とする人種的ヒエラルキーを確立しようとしたこと、そして公衆衛生施策を通じて植民地化を正当化しようとしていたことなどを指摘している。

もう一つ、米領フィリピンを対象とした研究として、千葉による公衆衛生施策に関する研究〔千葉 2018〕がある。この研究では、1905年から1914年のマニラにおける公衆衛生施策を、コレラ対策に焦点を当てながら論じている。そこで指摘されていることとしては、アメリカが重視していたのは住民の監視であり、警察を用いた介入的な施策が展開されていたこと、その一方で1905年以降は学校で衛生教育を導入し、住民の側の意識の転換も図ろうとしていたことなどがある。

蘭領東インドについては、ポルによる現地の医師が果たしていた役割と、医学と脱植民地化の関係に関する研究〔Pols 2018〕がある。ポルによると、西洋医学教育を受けた現地の医療専門家は、オランダ語を話することができる教養のあるエリートであり、現地住民のなかでも最もオランダ人に近い存在であった。しかし、決してヨーロッパ人と対等にはなることができない曖昧な社会的立場に不満を抱くようになった彼らは、インドネシア独立運動の重要な担い手となったことが論じられている。

東アジア地域については、まず19世紀の香港の医療・公衆衛生施策の展開を、現地の有力者が設立した病院が果たしていた役割に注目して明らかにしたシンによる研究〔Sinn 2003〕がある。この研究のなかでシンは、香港の華人社会の有力者であった華人商人が設立した東華医院という病院の歴史を跡付けながら、植民地政庁の公的な医療・公衆衛生施策と現地の華人社会との関係の変遷を、特にペスト流行時の対策に焦点を当てながら描き出している。

東アジア地域については、飯島による日本植民地統治下の台湾におけるマラリア対策が、琉球の八重山諸島などの台湾域外でも活用されたことを明らかにした研究〔飯島 2005〕や、列強による租界が設置されていた上海におけるコレラなどの感染症を主な対象とした公衆衛生施策の展開を論じた福士の研究〔福士 2010〕、直接植民地を対象としたものではないが、ペストなどの感染症への

対応を通じて 20 世紀初頭に中国で衛生の「制度化」が進んだことを明らかにした飯島の研究〔飯島 2000〕、そしてロガスキによる中国語の「*weisheng*（衛生）」という概念が、19 世紀末から 20 世紀初頭にかけて、実際の中国の諸都市における公衆衛生施策の展開や、それを担ったエリートによる啓蒙活動などによってどのように変容していったのかを明らかにした研究〔Rogaski 2014〕がある。

これらの先行研究で論じられているのは、西洋医学・医療、公衆衛生の導入・展開のプロセス、植民地国家による現地社会への介入の度合い、対象とされた現地住民や社会の側の受容と抵抗、現地の協力者の存在と役割、西洋医療と現地の伝統的医療との相克などである。先行研究で取り扱われているこれらの論点は、植民地国家による医療・公衆衛生施策の導入プロセス（上からの視点）、対象とされた現地住民・社会の側の受容や反発といった対応（下からの視点）、そして医療・公衆衛生施策の現場での植民地国家の側と現地住民・社会の側の相互作用（接触面の視点）の三つの視点に整理することができる。

ここまで、仏領インドシナを除くアジアの植民地を対象にした医療・公衆衛生に関する先行研究について概観してきた。これらの先行研究により、アジアの植民地における医療や公衆衛生については、研究蓄積が進んでいると言える。それでは本研究が対象とする仏領インドシナの研究状況はどうなっているのだろうか。

第二項 仏領インドシナにおける医療・公衆衛生の先行研究

仏領インドシナにおける医療・公衆衛生については、モネ⁷による一連の研究が挙げられる。モネによる最初の研究は、仏領インドシナの医療・公衆衛生施策や、天然痘やペスト、コレラなどの感染症流行時の総督府の対応、1902 年にハノイに設立された医学校における医師の育成などを取り上げた研究

⁷ モネ・ルスロー（Laurence Monnaie-Rousselot）として書かれた著作もあるが、本研究のなかではモネ（Laurence Monnaie）と表記を統一する。参照元を記す際は、参考文献に沿った表記とする。

〔Monnais-Rousselot 1999〕である。この研究では医療・公衆衛生に関連する幅広い論点を取り上げられてはいるが、そのいずれもが事実関係の指摘にとどまり、概説の域を出ていない。

モネによる二つ目の研究として、フランス植民地期に西洋医学がどのようにしてベトナムに導入され、現地に適応していったのかについてまとめた論考

〔Monnais 2009〕がある。この論考のなかでモネは、西洋医学・医療がベトナムに持ち込まれた背景としてベトナムを文明化⁸するという使命感があったこと、現地の医療従事者がこの持ち込まれた西洋医学・医療と伝統的な在地の医学・医療を結合させながら医療を提供していたことなどを論じている。これ以外にモネによる研究として、ベトナムの医学が歴史的にどのように構築されてきたのかを、ベトナムで開業していたフランス人医師と西洋医学の訓練を受けたベトナム人医師に焦点を当てて明らかにした研究〔Monnais 2012〕や、植民地期のベトナムにおける医薬品の歴史を、フランスの医薬品がどのようにしてベトナムの社会に持ち込まれ、広がっていったのかに注目しながら論じている研究〔Monnais 2019〕がある。後者では、統治者であるフランス側の現地の医療に対する印象や、現地住民の目から見た西洋医療や医薬品の評価、フランスから持ち込まれた医薬品がベトナムの人々の間で徐々に理解され、部分的に活用されるようになっていった過程が明らかにされている。

このようにモネは、仏領インドシナにおける医療・公衆衛生の問題について、様々な観点から研究をおこなっているが、その多くが事実関係の指摘といった概説的なものにとどまっている。たとえば、モネは仏領インドシナにおいて最初に公的な医療を推進した人物として、ポール・ドゥメール（Paul Doumer, 任期 1897-1902）総督を挙げている〔Monnais-Rousselot 1999: 25〕。インドシナで保健医療政策が確立するのはドゥメール総督期のことで、それ以前

⁸ 文明化というフランス語“civilisation”が生まれたのは1756年である。文明とはつまり進歩のことであり、植民地の文脈では「進んだ国フランスは、劣って遅れた民族を文明化する使命がある」という「文明化の使命」（mission civilisatrice）が植民地化を進展させる上で目的として掲げられるようになっていった〔平野 2002: 59-61〕。

は病院の建設と天然痘対策が中心的な取り組みであり、西洋人による医療活動は慈善布教活動や個人の努力に限られていたと指摘している [Monnaï 2009: 130-132]。しかし、病院の建設と天然痘対策は具体的にはどのように実施されたのか、それら以外の取り組みにはどのようなものがあったのか、公的な医療・公衆衛生施策の導入が見られなかったのであれば、それはどのような背景によるものなのかなどについては明確に論じていない。また、仏領インドシナにおける医療・公衆衛生の展開の時期区分として、1999年の研究では1860年から1905年までを試行錯誤が続いた第一期、1905年から1918年までを組織化と安定化が進んだ第二期としているが、2009年の論考では1861年から1905年までを第一期、1905年から1914年までを第二期としている [Monnaï-Rousselot 1999; Monnaï 2009]。これらの研究のなかで、この時期区分はどれほど重要であるのかや、時期区分を変えた理由は明示的に述べられていないだけでなく、それぞれの時期における特徴的な出来事を取り上げてはいるが、それがどのような意味を持つのか、どれほど重要であるのかについては説明していない。さらに、モネは仏領インドシナにおける医療・公衆衛生施策はフランス本国で実施されたことを適用したのではなく、現地の文化との相互作用を通じて調整され、現地化 (nativisation) されていったことについて言及しているが、その議論は主に戦間期や第二次世界大戦後に注目したものであり、それ以前の1859年のコーチシナにおける植民地化の開始から仏領インドシナ連邦成立までの時期については、ほとんど論じていない [Monnaï 2009]。

モネ以外の仏領インドシナを対象とした研究として、ベトナムの医療が中国や植民地国家の影響を受けつつも、ベトナム特有の植物や治療法を取り入れながら独自の医療体系を形作っていったことを明らかにしたトンプソンの研究 [Thompson 2015] や、フランス植民地期のカンボジアにおいて西洋医療とカンボジアの在地の医療がどのように共存・対立したのかについて明らかにしたアウによる研究 [Au 2011] がある。

伝統医療に着目した研究として、フランス植民地期から現在に至るまでベトナムの伝統医療が公的医療政策にどのように組み込まれてきたかのかを明らか

にした小田の研究〔小田 2022〕がある。ベトナムの伝統医療は、「中国由来の薬（「北薬」）とベトナムの薬（「南薬」）を含んだ実践」であり〔同上書：18〕、小田は仏領インドシナ政庁による伝統医療にかかわる政策が、治療師らにどのように理解されたのかなどに関する分析を通じて、伝統医療が公的な医療制度に位置付けられていく過程を明らかにしている。この研究は伝統医療やフランス植民地国家の伝統医療に対する理解を知る上で重要な研究であり、仏領インドシナにおける医療・公衆衛生の展開を考える上で欠かせない研究であるが、植民地国家が持ち込んだ近代医学に基づいた医療・公衆衛生を主眼に置いたものではない。

このように、仏領インドシナにおける医療・公衆衛生の先行研究を整理すると、先に挙げた、植民地国家がどのように医療・公衆衛生施策を導入し、実施しようとしたのかという上からの視点、現地住民や社会の側の受容と反発といった下からの視点、そして医療・公衆衛生施策の実施の場面における植民地国家と現地住民・社会の間の相互作用という接触面の視点のうち、下からの視点に立った研究には一定の蓄積はあるが、植民地国家の側からの上からの視点に立った研究はあまり進んではないことがわかる。

第三項 研究の射程および研究手法

以上の研究状況に鑑み、本研究は 1859 年から 1914 年までの時期を対象に、仏領インドシナで植民地国家による公的な医療・公衆衛生施策がどのように導入され、展開していったのかを明らかにすることを目的とする。これは、先行研究を整理することで明らかになった、植民地医療史研究の三つの視点のうち、上からの視点（植民地国家による医療・公衆衛生施策の導入プロセス）に立ったものである。仏領インドシナにおける植民地国家による医療・公衆衛生施策の導入には、医療・公衆衛生に直接かかわる部局だけではなく、衛生教育をおこなう教育組織、衛生施策の実施や監督を担う警察組織、感染症予防のためのインフラ整備に取り組む公共事業組織など、複数の組織がかかわっていた。しかし、本研究では、その中核をなすと言える医療・公衆衛生に直接かか

わる組織や法令に着目し、公的な医療・公衆衛生施策の展開について明らかにしていく。

また、本研究はフランスがコーチシナ地域の植民地化を開始した 1859 年から第一次世界大戦が勃発した 1914 年までの時期を対象とするが、さらにこの時期を、1859 年から仏領インドシナ連邦が成立した 1887 年までを仏領コーチシナ期（第一期）、1887 年から先行研究においても組織整備などの点から重要だとされているドゥメールの統治期間が終了する 1902 年までを仏領インドシナ成立期（第二期）、そして 1902 年から第一次世界大戦が勃発する 1914 年までを 20 世紀初頭（第三期）として区分する。その上で、それぞれの時期において仏領インドシナの植民地国家が直面した医療・公衆衛生上の課題に焦点を当て、その課題に対してどのように対処したのかを主に医療・公衆衛生にかかわる組織と法令の整備・展開に注目して明らかにする。

本研究の限界の一つとして、下からの視点（対象とされた現地住民・社会の側の受容や反発といった対応）や、接触面の視点（医療・公衆衛生施策の現場での植民地国家の側と現地住民・社会の側の相互作用）に立った分析、つまり、医療・公衆衛生施策の導入や展開を受けて、現地住民や社会の側がどのような対応をしたのかや、その反応を受けて植民地国家の側がさらにどう対応したのか／しなかったのかに関する分析ができないことがある。しかし、第一期から第三期までの時期を検討した上で特に重要であった感染症対策については、下からの視点や接触面の視点に立った分析を行い、米領フィリピンや香港をはじめとするほかの植民地における取り組みと比較することを通じて、アジアの植民地における医療・公衆衛生施策の共通点と、仏領インドシナの特徴を描き出す。

本研究では仏領インドシナのフランス植民地国家の医療・公衆衛生施策にかかわる公文書を主な資料として用いている。具体的には、エクサンプロヴァンスのフランス国立海外領文書館（Archives nationales d'outre-mer: ANOM）所蔵のインドシナ総督府やトンキン理事長官府の史料群、そして京都大学東南アジア地域研究研究所（CSEAS）図書室やフランス国立公文書館オンラインアーカイ

ブ（Gallica）所蔵の仏領インドシナの年次報告書（*Annuaire général de l'Indo-Chine française*）や植民地評議会議事録（*Procès-verbaux du Conseil colonial*）などを利用し、分析・検討をおこなった。特に、本研究で多く使用した公文書である仏領インドシナの年次報告書は、主にフランスの植民地国家の行政官によって執筆されており、植民地内の官僚だけでなく、フランス本国の政府や官僚などに対して植民地の運営状況を報告するために作成されたものである。年によって書かれている事項や量に差はあるが、気候や地理などの記録や、農業や貿易の状況など経済にかかわる情報に加え、行政区分や役人の配置、法令や規則の制定状況などについても記されている史料である⁹。本研究では主にこれらの公文書を中心に利用することで、仏領インドシナのフランス植民地国家による、公的な医療・公衆衛生施策について跡付けていくが、これらの史料にはいくつかの制約が存在する。第一に、地域ごとの行政レポートのような詳細なデータが使用できないため、地域ごとの差異を精密に分析することが難しい。第二に、これらは主に植民地国家の側の視点をもとに作成されており、現地住民がそれらの政策をどのように受け止めたのかを示す個人的な記録や日記といった主観的な史料は含まれていない。これらのことから、本研究における視点は、植民地国家側の立場に限定されており、地域ごとの状況や現地住民の反応を直接的に把握することが難しい。しかしながら、このように史料的な制約があるなかでも、本研究は一定の意義を持つ。本研究の意義については次の項で詳述する。

第四項 研究の意義

仏領インドシナに限らず、医療・公衆衛生の展開とその実態を明らかにするためには、先に述べた三つの視点のすべてが重要である。しかしながら、現地

⁹ フランス植民地に関する公文書作成の目的は、植民地の状況をフランス本国や植民地内の官僚に報告したり、取りまとめた情報を学術研究に活用したりするだけでなく、植民地の成果を取りまとめることで植民地支配を正当化し、植民地支配に対して肯定的なイメージを構築するプロパガンダの役割を持つ側面があった [Thomas 2011]。

住民・社会の側の受容や反発といった下からの視点、植民地国家の側と現地住民・社会の側の相互作用についての接触面の視点からの研究をおこなう前提として、そもそも植民地国家が何をしようとしていたのかという上からの視点が明確になっていることが重要である。先行研究の整理からも明らかなように、仏領インドシナの医療・公衆衛生については、これまで下からの視点を中心に研究がおこなわれてきた。その背景としてモネは、ベトナムにおける文化人類学的研究の蓄積を挙げ、現地住民による医療実践というテーマはこの蓄積を活用しやすいことを指摘している [Monnais 2019: 11]。この下からの視点への偏りは、スコットによる「ゾミア (zomia)」概念を活用した、仏領インドシナにおける現地住民の植民地国家からの自立性、植民地国家の統治限界性の強調にも当てはまる [Scott 2009]。しかし、植民地国家や植民地統治の実態を明らかにするためには、そもそも植民地国家はどのような国家であり、何をしようとしたのか／しなかったのかを、丁寧に検討することが不可欠である。医療・公衆衛生の分野で、仏領インドシナの植民地国家が何をしようとしていたのかを明らかにすることを通じて、これまでの研究で欠けている「上からの視点」を提供すること、これが本研究の第一の意義である。

次にアジアの植民地医療史に対しても、本研究の意義は大きい。先行研究からも明らかであるように、アジアの植民地医療史はこれまで一定の蓄積がなされてきたのは事実である。しかしこれまでの研究の多くが、英領インドや英領ビルマ、英領マラヤ、そして香港といったかつてのイギリスの植民地に集中しており、東南アジア地域についていえば、米領フィリピンを例外として、仏領インドシナ、蘭領東インドについてはまだまだ明らかになっていないことが多い。第一の意義とも重なるが、仏領インドシナの医療・公衆衛生に関する研究は、現地住民・社会の視点に立ったものが多く、ほかの植民地と比べても研究が進んでいるとは言い難い。植民地国家による医療・公衆衛生施策の展開を明らかにする本研究により、この研究上の空白を埋めることができる。そして、この研究上の空白を埋めることによって、仏領インドシナの公的な医療・公衆衛生施策の展開をほかのアジアの植民地やアルジェリアやモロッコといったア

フリカの植民地と比較することが可能となり、それぞれの植民地の医療・公衆衛生施策の特徴やフランス植民地内の医療・公衆衛生施策の共通点と相違点が明確になる点も本研究の意義である。

最後に、本研究は現代の医療・公衆衛生上の課題を考察する上でも重要である。現代における医療・公衆衛生施策の実践が、植民地期の経験に多大な影響を受けていることは、多くの地域で指摘されてきた。たとえば、英領インドにおける医療人材の規制に関する研究では、植民地期の施策が現代の医療改革に影響していることが明らかにされている [Sriram *et al.* 2021]。また、アフリカのフランス植民地においても、西洋医療への信頼の低さが植民地期の経験によって形成されたという指摘がある [Lowes and Montero 2021]。本研究で検討する仏領インドシナにおいて総督府が設置されていたハノイを首都とするベトナムの場合、現在も多様な伝統医療の実践が継承されているが、その背景には、フランス植民地期において植民地国家が伝統医療をどう位置付け、医療政策に組み込んでいったのかが影響している [小田 2022]。このことは、2020年1月から感染が拡大していった新型コロナウイルス感染症の対策にも当てはまる。ベトナムが新型コロナウイルス感染症の流行時において、迅速かつ効果的な対応を行い評価された [岩間 2021] 背景には、植民地期の医療・公衆衛生の取り組みが基盤として機能した側面があることが指摘されている [Phan *et al.* 2024]。

しかしながら、先に述べたとおり、先行研究は主に仏領インドシナ連邦成立以降や戦間期以降の時代に偏っているという課題がある。一方で、第一次世界大戦以前における医療・公衆衛生施策が、その後の施策の基盤を形成したことは明白であり、この初期の段階を解明することが重要である。特に、植民地行政の中核である総督府が医療・公衆衛生にどのように関与し、その枠組みをどのように整備していったのかを明らかにすることは、19世紀から20世紀初頭の他の植民地との横断的な比較だけでなく、インドシナ地域内の過去と現代の取り組みの比較を可能にする。

この過去と現代の医療・公衆衛生施策の比較は、過去から現代に至る医療・公衆衛生の変化やそれらを取り巻く社会の変化を理解し、その変化がどのような影響を及ぼしたのかを考える上で重要である。たとえば、鎮目雅人は、新型コロナウイルス感染症を1918年から1920年のインフルエンザ大流行と比較し、感染症対策における社会的・経済的影響のみならず、社会規範の変化に違いがみられたことについて言及している〔鎮目 2023〕。このような研究は、現代において感染症が流行した際に政策立案や学際的協力を考える上での示唆を与えるものである。仏領インドシナにおいては、その歴史をたどると、軍事的侵略、経済的利益の追求、そして現地社会や住民に対して文明化をもたらすことへと植民地の目的が次第に変遷していった。このような背景のもとで、医療や公衆衛生の課題や、それにどう対処したのかという手法がどのように変化したのかを明らかにし、分析することは、現代における医療・公衆衛生上の課題を考える上でも重要となる。

第三節 本論文の構成

本論文の構成は以下のとおりである。序章に続き、第一章ではまず1859年から1887年までの時期に焦点を当てる。この時期は、仏領インドシナ連邦が成立する以前の、コーチシナ植民地期にあたる。現在のベトナム南部地域に相当するコーチシナは、1858年のフランスによるダナン（Tourane）¹⁰への砲撃を端緒とするベトナム侵攻と、翌1859年のサイゴン（Saigon）¹¹への攻撃と占拠の結果、植民地化が始められた地域である。そして1867年にはフランスがコーチシナ西部3省を武力占領し、コーチシナ全域の仏領併合を宣言、直轄植民

¹⁰ ベトナム中部に位置する港湾都市。

¹¹ ベトナム南部に位置する都市。現在のホーチミン市。本研究では地名を記す際、基本的には現在の地名で記すが、ホーチミン市については人名としてのホー・チ・ミン（Ho Chi Minh）との混同を避けるため、サイゴンと記す。

地「仏領コーチシナ」を樹立する¹²。この章では、コーチシナでの植民地統治が開始された 1859 年から仏領インドシナ連邦が成立する 1887 年までの期間を次の三つの時期に分けて分析する。まず、フランスがサイゴンを占拠し植民地化を始めた 1859 年からコーチシナ全域が併合された 1867 年までを占領統治期として第一節で、仏領コーチシナ全域での軍政が開始された 1867 年から民政移管される 1879 年までを軍政期として第二節で、そして民政移管した 1879 年から仏領インドシナ連邦が成立する 1887 年までを民政期として第三節で取り扱い、それぞれの時期において医療・公衆衛生上の課題は何であり、この課題に対してどのように対処しようとしたのかを、組織と法令の整備を中心に検討する。

第二章では、仏領インドシナ連邦が成立した 1887 年から 1902 年の時期を対象に、同じくこの時期の医療・公衆衛生上の課題は何であったのかを示したうえで、この課題にどのように対処したのかを、医療・公衆衛生にかかわる組織の形成と法令の整備に焦点を当てて描く。本章が 1902 年を区切りとするのは、この年にインドシナ総督府がサイゴンからハノイに遷都されたことと、仏領インドシナの行政機構を整備したことで知られるドゥメールの統治が終わったことによる [Brocheux and Hémery 2009: 80]。

第三章は、ドゥメールからポール・ボー (Paul Beau, 任期 1902-1908) に総督が変わり、ハノイを拠点に本格的にインドシナ統治が始められる 1902 年から第一次世界大戦が勃発する 1914 年までの時期に焦点を当てる。具体的には、第一章、第二章と同様に、この時期における医療や公衆衛生の課題を明らかにし、それらの課題に対してどのように対応したのかを、医療および公衆衛生関連の組織の設立や法令の整備に注目して論じる。

第四章では、第一章から第三章までで描いてきた仏領インドシナの公的な医療・公衆衛生施策、特に感染症対策を、米領フィリピンや香港などのアジアの

¹² 仏領コーチシナのはじまりを何年とするかについてはさまざまな捉え方があるが、本論文では高田の先行研究 [高田 2014: 11] に倣い、フランスがコーチシナ全域の仏領併合を宣言した 1867 年を仏領コーチシナの樹立年とする。

ほかの植民地の事例と比較することを通じて、仏領インドシナにおける医療・公衆衛生施策の特徴とその限界を描き出す。

最後に終章では、それまでの議論をまとめた上で、本研究で明らかになったこととその意義を示し、今後の研究の展望について述べる。

第一章 仏領コーチシナ期の公的な医療・公衆衛生施策

本章は、仏領インドシナにおけるフランス植民地国家による公的な医療・公衆衛生施策が最初に導入された時期にあたる、1859年のコーチシナでの占領統治の開始から、仏領インドシナ連邦が成立した1887年までの時期を対象に、医療・公衆衛生上の課題に対してフランス植民地国家がどのように対処したのかを、組織の形成と法令の整備を中心に検討する。本章が対象にするコーチシナは現在のベトナム南部、メコン川下流のデルタ地帯を含む、インドシナでフランスが最初に領有した地域である。フランスがインドシナに進出したのは、イギリスをはじめとする西洋列強が強い関心を持っていた中国市場への参入の足掛かりの場にするとともに、イギリスのアジアの植民地の拠点である英領インドへの対抗を意図したものであった〔平野 2002: 252〕。1840年のアヘン戦争を契機に、1844年にはフランスと清朝の間で黄埔条約¹³が締結され、フランスの中国進出が本格化した。イギリスと異なり南シナ海に領土を持たなかったフランスは、ベトナムを拠点に中国を中心とした東アジアでの利権を確保しようと考えた〔桜井 1999a: 228〕。このようにインドシナ進出の目的は、東アジア、東南アジア地域での経済的利権の確保であったが、実際の植民地化は、阮朝¹⁴がキリスト教の禁令を発し、キリスト教徒を取り締まり始めたことを契機としていた。フランスは、キリスト教徒迫害を口実として1858年にダナンへの砲撃を開始する。翌1859年にはリゴー・ド・ジュヌイー（Rigault de Genouilly）海軍中將が率いた軍がサイゴンを攻撃し、占拠したことでフランスによるインドシナの植民地化が始まる。その後もミトー（Mỹ Tho）¹⁵、ビエン

¹³ イギリスの南京条約、アメリカの望厦条約に続いて締結された、治外法権や関税自主権の喪失などを含む不平等条約。

¹⁴ 阮朝とは、「1802年に中部ベトナムのフエを首都として創設された王朝」である〔坪井 2001: 110〕。

¹⁵ メコン川下流に位置する地域で、現在はティエンザン省の省都である。

ホア（Biên Hòa）¹⁶、ヴィンロン（Vĩnh Long）¹⁷を占領し、1862年に阮朝との間で第一次サイゴン条約を結び、コーチシナ東部三省をフランスに割譲させ、直轄植民地とした。そして1867年にはフランスがコーチシナ西部三省を武力占領し、コーチシナ全域の仏領併合を宣言し、直轄植民地「仏領コーチシナ」を樹立する。1874年には阮朝との間で第二次サイゴン条約を締結し、コーチシナ西部三省が正式に割譲されることとなる。そして、1887年に仏領インドシナ連邦が成立する。

本章は1887年に仏領インドシナ連邦が成立するまでのコーチシナ植民地期を、コーチシナの植民地化が開始された1859年から仏領コーチシナが設立される1867年までを占領統治期として第一期に、民政移管がおこなわれる1879年までを軍政期として第二期に、そして仏領インドシナ連邦が成立する1887年までを民政期として第三期に区分し、医療・公衆衛生上の課題に対して、それぞれの時期にどのような医療・公衆衛生施策が導入され、対応がなされたのかについて、節を分けて検討する。

この三つの時期に共通する医療・公衆衛生上の課題は、軍人の健康をどう管理するのかと、感染症をどのようにコントロールするのかであった。軍人の健康は、フランス軍による軍事行動が継続していたため、戦闘による負傷や、疾病などからいかに軍人を守り、治療するのが、この時期全体を通じて最も重要な課題であった。感染症については、この時期、赤痢¹⁸や天然痘、コレラなどがコーチシナ植民地で流行を見せていた。特にコーチシナの自然環境はフランス本国と大きく異なり、高温多湿な気候や、熱帯気候特有の降雨量の多さが感染症を引き起こすリスクが高い要因の一つとなっていた。この感染症をどのようにコントロールするのかということも、軍人の健康の管理ともつながる重要な課題であった。民政期に入ると、経済活動の活発化にともない、コーチシナ植民地を出入りするヒトの移動が活発化した。それにともないコーチシナ植

¹⁶ サイゴンの北東に位置する地域で、現在はドンナイ省の省都である。

¹⁷ サイゴンの南西に位置する地域で、現在はヴィンロン省の省都である。

¹⁸ 病原体に汚染された飲食物や感染者の排泄物を介して感染する感染症。

民地の外から感染症が持ち込まれる事態が生じた。これにいかに対処するのかもまた、大きな課題であった。本章では以上の課題に対して、占領統治期、軍政期、民政期と植民地統治者の主体が変化するなかで、いかに対処しようとしていたのかを、主に医療・公衆衛生施策にかかわる組織と法令の整備に焦点を当てて検討する。

第一節 占領統治期(1859 年～1867 年)の医療・公衆衛生施策

第一項 軍事侵攻と医療・公衆衛生

フランスによるインドシナ統治は軍事侵攻によって始まる。1858 年 9 月 1 日、阮朝によるキリスト教徒の迫害を理由に、フランスは阮朝への軍事侵攻を開始した。その後、阮朝軍の抵抗により内陸部に前進することが難しくなり、戦闘がこう着状態に陥ったため、攻撃の矛先をサイゴンに向ける〔桜井 1999a: 229〕。1859 年 2 月 17 日にはサイゴン城砦を占拠し、コーチシナを拠点に植民地を作り上げていく〔坪井 2001: 105-106〕。このように、軍事侵攻によって植民地化が開始されたがゆえに、軍人の健康をいかに管理するのが大きな課題であった。

フランスの歴史家で、植民地史の先駆者であるキュルトリュ（Prosper Cultru）によると、フランス軍が阮朝の朝廷が置かれているダナンに滞在していた際、軍人たちは気候と感染症の影響を大きく受けていた。豪雨や落雷にさらされていただけでなく、悪性の発熱、不純な水の使用による赤痢、中国から持ち込まれたコレラ、さらには壊血病¹⁹までもが軍人たちを襲った〔Cultru 1910: 64〕。サイゴンから南西に約 60km 離れたミトーを主要拠点とする敵軍の戦列を鎮圧するためにおこなわれた 1861 年の遠征時においても、コレラや赤痢が流行し、軍隊は壊滅状態に陥ったほどであった〔*ibid.*: 73-74〕。それで

¹⁹ 重度のビタミン C 欠乏症。

は、このような戦闘による負傷や感染症から軍人をいかに守るのかという課題に対して、どのような対処がなされたのであろうか。

このとき、コーチシナを運営していた主体は海軍であり、1859年から1879年までの20年間は基本的に海軍だけで運営していた〔Brocheux and Hémery 2009: 21〕。1861年にコーチシナの陸海軍総司令官のレオナール・シャルネ（Léonard Charner, 任期 1860-1861）²⁰が戦場の包囲状態の解除を宣言するまでのあいだは、海軍の司法機関が反則、犯罪、紛争などの司法問題について担当し、その後コーチシナにおける司法問題を管轄とする司法機関が設立された〔Cultru 1910: 196〕。医療・公衆衛生施策についても同様に、負傷した軍人らの治療をおこなっていたのは、海軍の医師であり、軍人の健康管理のためにコーチシナで最初に組織されたのが、1861年に設立された保健部（Service de santé）であった。この保健部は一般的な衛生を担ったとされているが、具体的な業務や取り組みなどについては記録されておらず、詳細は定かではない〔Monnais-Rousselot 1999: 85〕。

保健部とは別に医療・公衆衛生にかかわる業務を担った組織として、1862年5月31日にルイ・アドルフ・ボナール提督・総督（Louis Adolphe Bonard, 任期 1861-1863）によって設立された民政局（Direction des affaires civiles）がある。この民政局の局長は、サイゴンの行政やヨーロッパ人居住区の形成にかかわるすべてのことを担当し、これらの問題に関して決定されたことを実行したり、コーチシナの資源や住民のニーズについての調査・研究を指揮したりすることが任務とされた。具体的には、住民登録の管理やサイゴンの市町村組織の整備、商業に付随して生じる法的問題への対処などを担当したほか、病院、郵便局、電信の業務の監督も管轄に含まれていた。このように担当する業務の範囲があまりに広がったため、その一部は名目的なものにとどまり、実際に主要な業務としておこなっていたのは税金の徴収であった〔Cultru 1910: 195-197〕。

²⁰ 1858年から1861年までは司令官が、1861年から1879年までは提督が総督を務めた〔坪井 1986: 7〕。

以上のように、占領統治期に医療・公衆衛生施策にかかわる行政組織として、保健部、病院の業務を監督する民政局が設立された。しかしながらそのいずれもが、実際にどのような医療・公衆衛生施策をおこなっていたのかは、現段階ではよくわからない。それでは、医療の現場を担っていた病院はどのような状態であったのか。

サイゴンには 500 床の軍用病院があり、ミトー、ビエンホア、バリア (Baria) ²¹や、各地の拠点にも診療所があった [ibid.: 243]。本節が対象とする占領統治期においては、病院施設も限られた予算の枠のなかで運営する必要があった。1864 年の仏領コーチシナ官報第 87 号に次のような報告が掲載されている。サイゴン郊外において修理すれば利用可能な病院設備が、その手段がないために使用不能と判断されることが多いことが問題視され、この問題への対処として、サイゴン郊外に設置された病院や移動診療所の設備のなかで、その場での修理が難しいと判断されたものは、サイゴンで修理した上で、再び元の病院などに返されることが決定された。また、当該設備が使用された日を調査し、その劣化の原因を調べ、劣化をまねいた過失が認められた看護師については減給されることも併せて決定された [Cochinchine, Bulletin officiel de la Cochinchine française 1864: 88-89]。

占領統治期の公的な医療の対象とされたのは必ずしも軍人や西洋人だけではなく、一部の現地住民もその対象に含まれていた。しかしながら、利用可能な医療施設が限られていたことと、軍人の治療を優先する必要があったことから、利用者の制限が図られることとなった。1864 年の仏領コーチシナ官報第 104 号には、サイゴンの工場で現地の労働者が負傷した場合、サイゴンの海事病院への搬送が急がれる場合を除き、基本的にサイゴン市内の病院に入院することは認められず、サイゴン郊外のチョクアン (Choquan) ²²にあるアンナン病

²¹ サイゴンの南西に位置する地域で、現在はバリア＝ヴンタウ省の省都である。

²² 現在のホーチミン市第五区チョクアン教会のある付近の地名。チョロン地区に該当する。

院²³ (l'hôpital annamite) に入院することが定められたという報告が掲載されている [Cochinchine, Bulletin officiel de la Cochinchine française 1864: 112-113] 。

では、病院で軍人らの治療にあたった担い手はいったい誰であったのだろうか。占領統治期の病院や診療所における医療業務は主に軍医によっておこなわれていた。たとえば、チョクアンなどに設置された診療所における医療業務は海軍の二等外科医に委託され、三等外科医も業務に加わることや、チョクアン近郊に駐屯する砲兵部隊とその他の人々を毎日訪問することが定められていた [Cochinchine, Bulletin officiel de la Cochinchine française 1864: 96] 。

軍事行動が継続していた占領統治期に、保健部と民政局という組織が設立されたが、その活動実態は明確ではない。軍人の治療を担っていた病院や診療所については、病院設備の修理や、現地住民の利用制限、そして医師としての軍医の配置などが定められていた。さて、この時期の医療・公衆衛生施策を考える上で、準公的な医療・公衆衛生施策の担い手として宣教師の存在がある。次節では天然痘対策を中心に、宣教師が担っていた役割を見てみることにしよう。

第二項 天然痘への対処

感染症は戦闘での負傷と並び、軍人の健康に大きな影響を与える脅威であった。赤痢やコレラなどの流行も大きな問題であったが、フランスがコーチシナに侵攻する前からこの地で流行していた感染症として天然痘がある。天然痘は、紀元前から流行が確認されている非常に古い感染症であり、アジアでも、古代から度々猛威を振るっていた [ヘンペル 2020:72-75]。そして、占領統治期にこの天然痘への対処に重要な役割を果たしていたのが、宣教師であった。

ベトナム人とフランス人が最初に接触したのは 1628 年にイエズス会の宣教師が北・中部ベトナムで布教を開始したときであり、1658 年にパリ海外伝導協

²³ フランス植民地政府はベト族のことを “Annamite” と表記していた [高田 2014: xiii]。ことから、ここでのアンナン病院は現地のベト族の人々を対象にした病院だと推察される。

会が創設されたことで布教活動により力が入れるようになった〔桜井 1999a: 227-228〕。1846年には教皇の代理人によって管理される直轄地である代牧区²⁴がトンキンに四つ、コーチシナに三つ設けられた〔坪井 1987: 96〕。そして、宣教師は医療・公衆衛生上の活動もおこなっていた。19世紀前半には阮朝の初代皇帝である嘉隆（Gia Long）の専属医師であったフランス人医師のデスピオ（Jean Marie Despiau）が、マカオから人痘を持ち帰ることに成功し、王室の医療関係者に人痘の接種訓練を施していた〔Thompson 2015: 27, 42-43〕。ベトナム北部でペストやコレラが流行した際には、現地の司祭や修道女が治療に努めた結果、カトリック住民の被害は大きくなかったとされている〔牧野 2009: 106-107〕。宣教師による医療の提供は、フランスによるコーチシナ侵攻と、引き続くコーチシナでの植民地建設の間もおこなわれた。また、宣教師による医療提供の対象には現地住民も含まれていた。1861年にルフェーブ司教（Mgr Lefebvre）は現地住民のための病院をサイゴンの自宅内に設立した。後に病院はチョクアンへ移され、宣教師と数人の現地の修道女が数百人の患者の面倒を見ていた。この病院には提督から資金が提供されていたが、病院の費用を賄うには十分ではなかった〔Fourniau 2002: 193〕。

このように、宣教師たちはフランスがコーチシナの植民地化を開始する前から、天然痘への対応などの医療提供をおこなっており、その対象には現地住民も含まれていた。そしてこの取り組みは、フランスがコーチシナに侵攻した後も続けられていたのであった²⁵。

ここまで、1859年から1867年の占領統治期についてみてきた。この時期の医療・公衆衛生上の課題は、軍人の健康をいかに守るのかと、天然痘などの感

²⁴ 代牧区は、教区として十分に整備されていない地域に設置される直轄地であり、その指導者として教皇の任命を受けた司教が地域の司牧を担当する〔牧野 2009: 113〕。

²⁵ このときフランス国家に対するカトリック教会の発言権は強く、宣教師も一定の影響力を有していた。現地住民と日常的に接していた宣教師たちは、現地住民への医療の提供者というだけでなく、提督の通訳を務めたり、ベトナムへ赴いているフランス人への現地社会に関する情報を提供者したりするなど重要な役割を果たしていた〔Fourniau 2002: 42; Cultru 1910: 206; Brocheux and Hémery 2009: 20〕。

染症にいかに対処するのかであった。軍人の健康という課題については、負傷や疾病に対する対応は病院や診療所が担っていた。占領統治を担っていたフランス海軍は、組織面では保健部や民政局という医療・公衆衛生施策を担う組織を設立したが、実際にどのような活動をおこなっていたのかについては明らかではなかった。病院や診療所についても、設備の修繕や、現地住民に対する病院の利用制限、軍医の配置などの規則を定めるなどしていた。感染症への対応については、その対策の主な担い手は宣教師たちであった。軍事行動が続くなか、占領統治を担っていたフランス海軍には、体系的な感染症対策をおこなう余裕がなく、その基盤となる安定的な行政組織も持っていなかった [ibid.: 185]。それではこのような状況は、仏領コーチシナが成立し、軍政が開始されることによって変化したのであろうか。

第二節 軍政期(1867 年～1879 年)の医療・公衆衛生施策

第一項 継続する戦いと医療・公衆衛生行政の形成

1867 年、コーチシナ総督はコーチシナ西部三省の仏領併合を宣言し、仏領コーチシナを設立する。しかし、この仏領コーチシナ設立によって、軍事行動が終了したわけではなかった。コーチシナを手に入れたフランスは引き続きハノイに侵攻する。1873 年、海軍の軍人フランシス・ガルニエ (Francis Garnier) がハノイに派遣され、ハノイを攻撃、占拠する。阮朝政府は、太平天国の乱の後に組織された劉永福²⁶を首領とする中国人武装集団である黒旗軍に救援を求め、フランス軍はこの黒旗軍とも衝突することとなる。このインドシナにおける軍事行動に対して、フランス本国は普仏戦争の影響もあり増援を派遣することができず、現地の兵力で対応せざるを得なかった [坪井 2001: 106, 桜井 1999b: 306]。そのため、占領統治期に引き続き、コーチシナ軍政期においても軍人の健康をいかに守るのが、重要な医療・公衆衛生上の課題となった。

²⁶ 太平天国の乱に加わった天地会系農民軍の武将で、19 世紀半ばに清軍に追われてベトナム北部へ入った。

まず、組織の面からみていくこととしよう。仏領コーチシナ成立の翌年、1868年に仏領コーチシナ内の主要都市と海軍施設における保健・衛生にかかわる協議がおこなわれる場として、保健評議会（Conseil de santé）が設立された。この保健評議会の設立とその構成については、仏領コーチシナ官報第46号に以下のように述べられている。

第1条：保健部長を議長とし、保健部長に次ぐ最高位の海軍の医師、または同格のサイゴンに勤務する者のなかで最高位の医師、および軍病院の薬務の責任者である薬剤師で構成される保健評議会を設置する。秘書は2等医師か、もしくは医療助手が務める。

第2条：保健評議会は、上級当局の承認を得て、主要都市および植民地のその他のすべての地域における海軍施設の衛生に関するすべての事項について審議し、必要と認める措置を提案しなければならない。同評議会は、将校、役人、下士官、伍長、兵士、海軍士官、船員並びにその他公務に属する者または何らかの形で国あるいは地方自治体の資金から報酬を受けているその他すべての人々の健康状態を確認しなければならない。

第3条：管理上の詳細な事項が協議される場合、病院の委員は常に保健評議会に呼ばれるものとする。

第4条：行政部長は、本命令の執行に責任を負い、本命令は必要に応じて登録され、植民地の公式公報に挿入される。

[Cochinchine, Bulletin officiel de la Cochinchine française 1868: 80-81]

条文のなかにある保健部は、占領統治期に設立された保健部と同一であると思われる。保健部の部長が評議会の議長を務めると定められていることから、保健部が仏領コーチシナにおける医療・公衆衛生施策を主導していたことがうかがわれる。軍医や軍病院の薬剤師などが主な構成員としていたことは、この

組織が軍の影響を強く受ける組織であったことを示しており、また軍人の健康を守るという課題が重視されていたことの表れであると言える。

保健評議会の設立後、1870年代に入ると、医療・公衆衛生施策にかかわる組織構成が変遷していく。この変遷を仏領コーチシナの年次報告書をもとに見ていくことにしよう。1870年の年次報告書に記載されている組織は、海兵隊

(Corps de la marine) の保健部 (Service de santé)、海軍保健隊 (Corps de santé de la marine) の医療部 (Service médical) と薬品部 (Service pharmaceutique)、種痘総合委員会²⁷ (Comité général de vaccine) である [Saigon, Annuaire de la Cochinchine française 1870]。この海兵隊保健部が占領統治期に設立された保健部、もしくは保健評議会で中心的役割を担った保健部と同一であるのかどうかは資料からは定かではない。また、1868年に設立された保健評議会の記載がない理由も不明である。翌1871年の報告書には保健評議会が記載され、3年後の1874年の報告書では海軍保健隊の名称が保健隊 (Corps de santé) に変更され、新たに衛生評議会 (Conseil d'hygiène) が加えられている。そして、サイゴン市役所 (Mairie de Saigon) の下に公衆衛生評議会 (Hygiène et salubrité) が置かれている。1876年の報告書では衛生評議会の記載が消え、サイゴン市役所の下に設置された公衆衛生評議会²⁸はそのまま残っている。そして1878年の報告書には、再び保健隊の名称が海軍保健隊となり、そのもとに医療部が置かれ薬品部の記載が消える [Saigon, Annuaire de la Cochinchine française 1871; 1874; 1876; 1878]。

このように、仏領コーチシナの年次報告書上でも組織の名称が一定しなかったり、組織の位置付けが明確でなかったりしているのは、軍政に移行したとは

²⁷ なお、ここで使用されている “vaccine” というフランス語は、ラテン語の “vacca”

(牛) に由来しており、狂犬病や炭疽、コレラのワクチンが開発される19世紀の終わりから20世紀の初頭までは、基本的に「種痘 (牛痘法による天然痘の予防接種)」を指していた。

²⁸ 1876年の年次報告書では、公衆衛生評議会の表記が “Conseil d'hygiène et de salubrité” となっているが、1878年には再び “Hygiène et salubrité” という表記に戻っている [Saigon, Annuaire de la Cochinchine française 1876; 1878]。

いえ、植民地統治がまだ極めて不安定であったことの表れであると考えられる。そして、海軍の文字が落ちていても保健隊は海軍保健隊と同一と考えられ、医療・公衆衛生施策を主に担っていたのは海軍であったこと、このことから軍人の健康管理が重要課題であったことが見て取れる。

サイゴン市役所の下に位置付けられている公衆衛生評議会であるが、これは1870年12月5日に設立することが定められた公衆衛生評議会（Conseil d'hygiène publique）であり〔Cochinchine, Bulletin officiel de la Cochinchine française 1876: 80〕、同年12月19日にサイゴンに設置する行政命令が発令された〔Saigon, Annuaire de la Cochinchine française 1871: 218〕。1875年段階のこの評議会の構成員は、医師4人、薬剤師2人、獣医師1人、サイゴン市長、公共事業部長、町の著名な商人の合計10人からなっていた〔Cochinchine, Bulletin officiel de la Cochinchine française 1875: 45-46〕。サイゴンはコーチシナ総督府の置かれた植民地経営の中心都市であったことを考慮すると、サイゴン市役所に独自の公衆衛生評議会を設置したことは、コーチシナ総督府の指示を待つだけでなく、地域の実情に即した施策を検討することによりサイゴンの衛生問題に関して迅速に対応する仕組みを構築しようとしたことの表れだと言える。

軍政期以前の占領統治期に、医療・公衆衛生を含むコーチシナに関する問題を協議する場として、1863年に諮問評議会（Conseil consultatif）²⁹が設立された。設立時の諮問評議会の構成員は、軍司令官（Commandant militaire）、民政局長（Directeur des affaires civiles）、行政部長（Chef du service administratif）であった〔Cochinchine, Bulletin officiel de la Cochinchine française 1864: 13〕。病院業務の監督も担当していた民政局長も構成員であったが、そもそもこの評議会が開催されることがほとんどなく、医療・公衆衛生に関する問題を議論する場

²⁹ 1869年以降は名称が「枢密院（Conseil privé）」へ変更された〔Fourniau 2002: 189〕。そのメンバーは1. 総督（Gouverneur, président）、2. 軍の上級司令官（Commandant supérieur des troupes）、3. 行政部長（Chef du service administratif）、4. 内務局長（Directeur de l'intérieur）、5. 検事総長（Procureur général）、6. 植民地の有力な住民の中から選ばれ、総督によって任命された2人の植民地顧問官（deux conseillers coloniaux choisis parmi les notables habitants de la colonie et nommés par le Gouverneur）によって構成された〔Postel 1883: 120〕。

として機能していたかどうかは疑わしい [Cultru 1910: 220]。この点、軍政期に入り、保健評議会や公衆衛生評議会といった医療・公衆衛生に関する問題のみを議論する組織が形成されたほか、海軍保健隊を中心に実際の医療・公衆衛生施策を担う組織も、変遷はあるにせよ、整備されていった。これらの組織において軍が中心を担っていたのは、軍人の健康の管理が占領統治期から引き続いて最重要課題であったことの表れであった。それでは軍政期に入り、もう一つの課題である感染症対策には変化が見られたのであろうか。再び天然痘対策を事例にみていくことにしよう。

第二項 天然痘対策：種痘の義務化

占領統治期の天然痘対策は、主に宣教師たちによって担われていた。仏領コーチシナが成立し、軍政期に移行したことにより、この状況に変化は生じたのであろうか。

最初の変化として、種痘を担当する委員会が組織されたことが挙げられる。19世紀に入ると、エドワード・ジェンナーが18世紀末に開発した牛痘を使用した種痘（牛痘法）が天然痘対策の主流となり [坂井 2019: 272; パーカー 2016: 158]、仏領コーチシナでもこの牛痘を使った種痘が実施されることとなり、それを担う組織として種痘委員会 (Comité de vaccine) が設立される。この組織は1867年12月の地方令 (arrêté local) によると、保健部長、修道者、チョクアン病院の医師、海軍駐屯地の薬剤師など8人で構成され、フランスの地方行政の取り組みをモデルとしてサイゴンに設立することが決定された [Monnais-Rousselot 1999: 124]。この委員会が担った種痘の対象には、軍人や西洋人のみではなく、現地住民も含まれていた。

種痘委員会の設立後、仏領コーチシナで種痘を義務付ける行政命令が1871年9月15日付で発出される [Cochinchine, Bulletin officiel de la Cochinchine française 1878: 81]。フランス本国で種痘が義務化されるのが1902年であり、仏領コーチシナではそれよりも30年も早く義務化がおこなわれたことになる。フランス本国では種痘を含む予防接種の効果の医学的根拠や、個人の自

由、予防接種そのものが感染症の流行の引き金になるのではないかといった懸念などから、国家がどの程度、衛生に関して強制力を発揮すべきかについて議論がなされていた。しかし、1878年のパリ万国博覧会開催後、天然痘の死亡者が急増し、その後も流行が拡大する予兆が見られたことや、パスツールらによる微生物学の進展などが、国家が公衆衛生に責任を持つことを後押しし、1902年に公衆衛生法が制定され、そのなかで種痘が義務化されることとなった

[JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE, 19 Février 1902;

Monnais 2009: 131; 西迫 2018: 267-303; 大森 2014: 484]

フランス本国では種痘をめぐる議論が続いていたにもかかわらず、なぜ仏領コーチシナでは種痘の義務化が本国よりも30年ほど早く施行されることになったのか。史料的な裏付けはないが考えられる理由として、①植民地であるコーチシナの現地住民の個人の自由はフランスにおけるフランス人の個人の自由よりも軽んじられていたこと、②フランス本国での義務化の実験台として植民地で試験的に義務化したこと、③コーチシナの天然痘の感染状況が深刻であり、対策を講じる必要性が高かったことなどが挙げられる。

では、コーチシナで種痘が義務化されるにあたり、誰がその実施を担当したのだろうか。1874年の仏領コーチシナ官報によると、基本的には西洋人の専門の担当者が実施するものの、その担当者がいない場合は現地住民が種痘を実施する担当者となることが決定された [Cochinchine, Bulletin officiel de la Cochinchine française 1874: 117]。このことから、実際に種痘を義務化するにあたって、仏領コーチシナに住むすべての人に種痘をおこなうには、それを担う医療担当者が不足していたことが推測される。しかし、この現地住民の種痘担当者を雇用するという取り組みは長く続かなかった。その理由は1878年3月21日付けの行政命令のなかで、「現地の種痘担当者は種痘を実施するにあたり、結果を適切に評価したり、細菌を識別したりするために必要な知識を持ち合わせていなかったため」だとされており³⁰、その状況を考慮し、コーチシナ

³⁰ ただし、現地住民による種痘の効果が出なかった理由が、本当に現地住民の知識不足によるものであったかについては当該史料からは判断できない。

における種痘を担当する部局を再編成する 15 の条文からなる行政命令が出された [Cochinchine, Bulletin officiel de la Cochinchine française 1878: 81-84]。その内容は以下のとおりである。

第 1 条：現地住民の種痘担当者の雇用を創出した 1874 年 3 月 31 日の決定は、取り消される。

第 2 条：保健部長によって任命された海軍医師が、コーチシナにおける種痘業務を統括する。彼は年に 2 回、または必要な場合はそれ以上の頻度で、行政が指定する各地点（1 区につき少なくとも 2 箇所）に赴き、児童に種痘を実施する。少なくとも 15 日前に第一管理者にその到着を通知する。管理者は、児童が種痘を受ける日と場所を直ちに住民に知らせる。管理者には、年間 3,000 フランの補助金と、1876 年 1 月 29 日に定められた手当が支給される。巡回中は、通訳がつく。巡回後は、実施した業務とその結果を記した報告書を、保健部長に提出しなければならない。また、種痘の改善点についても言及する。

第 3 条：各区の区庁舎の医療部の担当医師は、週に 1 日、その近隣に居住し、管理者がこの目的のために集めた児童に、種痘を実施するものとする。その補助金は、ヴィンロンでは 1,500 フラン、チョロン（Chợ Lớn）³¹およびミトーでは 1,200 フラン、サイゴン、バリア、ビエンホア、タイニン（Tây Ninh）³²およびチャウドック（Châu Đốc）³³では 1,000 フラン、ハティエン（Hà Tiên）³⁴およびカンボジアでは 600 フランである³⁵。

³¹ 現在のホーチミン市にあるベトナム最大の中華街となっている地区。

³² サイゴンの北西約 90km に位置する、現在はタイニン省の省都。

³³ サイゴンの西約 170km に位置し、現在はアンザン省の河川港湾都市。

³⁴ 島嶼部を除いてベトナムの南西端に位置する港町。

³⁵ ヴィンロン、チョロン、ミトーは、他の地域に比べて比較的大きな商業・行政の中心地であり、その重要性に加えて人口が多く、感染リスクも高かったため、補助金が多く設定されたと考えられる。

第4条：種痘を実施する医師は、児童と一緒に種痘を希望するすべての成人を受け入れる。種痘の実施方法を学びたいアジアの医師や著名人は種痘の会に参加することが認められる。

第5条：種痘の責任者は、児童の種痘が成功する適切な状態にないと判断した場合、直ちに保護者または児童の責任者に、その旨を記した、旧モデルBに従った自筆の証明書を発行する。この証明書は、種痘を担当する医師が発行した場合は次の診察まで、地区医師が発行した場合は2ヶ月間有効である。その後、児童は可能な限り熱心に種痘を受け、その結果、接種が保証されれば、有効な種痘証明書（旧モデルD）が発行される。

第6条：接種医が種痘をおこなった7日または8日後に、保護者またはその他の者は、その結果を確認するために、指示された場所に児童を連れて行き、診察させなければならない。種痘が失敗した場合、種痘を実施する医師が要求する場合には、保護者は直ちに再接種を受けさせ、その後、前記の場合と同様に診察を受けるものとする。保護者は腕をよく洗い、完全に清潔な状態で児童を連れて行かなければならず、医師の診察前に、掻いたり、ボタンを開けたり、他人が種痘を施すことを認めたりしてはならない。

第7条：種痘をおこなう医師は、3回種痘を受けても効果がなかった児童が有効な種痘を受けられないと判断した場合、または、提示された児童がすでに天然痘に罹患していた場合、旧モデルCに従って、保護者またはすでに言及した人物に手書きの証明書を発行し、その写しを、出生届を提出した地区の管理者に送付する。そして、その地区が不明であった場合、または出生届が出されていなかった場合、この写しは、施術がおこなわれた地区の管理者に渡され、それ以降、その児童は種痘を受ける義務がなくなる。

第8条：植民地の公立学校に入学を希望するすべての現地住民またはその他のアジア人は、入学願書と同時に、種痘を受けたことを証

明するモデル D の証明書を提出しなければならない。この証明書を提出できない者は、仮入学を許可されることがあるが、仮入学後の最初の種痘時に、教師または学校長の責任において提示され、モデル C またはモデル D の証明書を取得するまでは、本入学を許可されない。現在、植民地から助成を受けている学校に種痘を受けていない生徒がいる場合、教師または学校長は、その地区の種痘を担当する医師に、その生徒を紹介する。現地住民の管理者は、これらの指示が実行されることを確認し、必要であれば、従わない教師や学校長に対して措置を講じる。1879 年 1 月 1 日以降、国または植民地が支払うすべての仕事を得るためには、アジア人にもモデル C またはモデル D の証明書が必要となる。

第 9 条：児童の種痘後、種痘が成功したと認めた地区の種痘担当者は、実施後 30 日以内に、児童が種痘に成功したことを記載した旧モデル D に従った証明書を地区管理者に送付し、上記の保護者またはその他の者の要請があれば、その副本を発行しなければならない。集中接種担当医師は、地区を離れる前に証明書を発行することを除き、同様に行動する。

第 10 条：出生および死亡の登録を担当する管理者は、この目的のために意図された登録簿に児童の出生を登録してから 7 日以内に、本令の規定に従って、児童に正規の種痘を受けるよう求める警告を、旧モデル A に従って保護者または児童の責任者に与えなければならない。これらの警告は、種痘を受ける児童のために、このサービスを一元管理する責任医師によって、控え台帳から切り離され、修正される。「出生後 3 ヶ月の間に種痘済み」ではなく、「出生後、最初の診察時に種痘済み」と記す。

第 11 条：種痘を受けた医師から管理者に送られる証明書は、警告の控えや台帳の記録に基づいて作成される。

第 12 条：保護者または児童の責任者が、種痘のために児童を連れて行くことを怠り、または種痘後、本令第 4 条に規定する診察に連れて行かず、この怠慢について正当な弁明をしない場合、50 フランの罰金を科すものとし、管理者はその手で署名した命令により、児童に種痘を受けさせる時期を指定することができる。この期間が満了しても、児童が種痘を受けていない場合、またはその時点で種痘を受けることが不適当であると認められなかった場合、過失または悪意があれば、科される罰金は 200 フランに達することがある。

第 13 条：本令は 1878 年 5 月 1 日から施行される。

第 14 条：本令に反する従来の規定はすべて廃止する。

第 15 条：内務局長および保健部長はそれぞれ、本令の執行に責任を負い、本令は必要に応じて登録、伝達、公表される。

[Cochinchine, Bulletin officiel de la Cochinchine française 1878: 81-84]

このように、現地の種痘担当者の雇用が廃止されること、コーチシナにおける種痘業務が一元化されること、また、特に児童を対象に種痘がおこなわれ、その具体的な実施方法や種痘の証明書の発行方法などが、この行政命令によって定められた。児童への種痘が失敗した場合の対応や、罰金が規定されていることから、児童への種痘を厳密におこなおうとしたことがわかる。この時期にどれほどの人数が第 8 条に言及されている「植民地の公立学校」に通っていたのかは定かではないが、学校とも連携をしながら種痘をおこなおうとしていたことが見て取れる。

また、具体的な種痘の実施方法については、第 2 条から第 4 条のとおり、海軍医師が巡回して種痘をおこなうよう定められた。インドシナ総督府史料群 (Fonds du Gouvernement Général de l'Indochine: GGI) の保健部に関する文書内における内務局 (Direction de l'intérieur) の 1878 年 4 月 17 日の報告によると、バリアやビエンホアをはじめとする 19 の地区と、それら各地区につき 2 から 4

箇所の具体的な場所が種痘実施場所として指定された。19 の地区とは具体的に、バリア、ベンチェ（Bến Tre）³⁶、ビエンホア、カントー（Cần Thơ）³⁷、チャウドック、チョロン、ゴコン（Gò Công）³⁸、ハティエン、ロンスエン（Long Xuyên）³⁹、ミトー、ラクザー（Rạch Giá）⁴⁰、サイゴン、サデック（Sadéc）⁴¹、ソクチャン（Sóc Trăng）⁴²、タンアン（Tân An）⁴³、タイニン、トゥザウモ（Thủ Dầu Một）⁴⁴、チャーヴィン（Tra Vinh）⁴⁵、ヴィンロンであった [ANOM, GGI, S0, 10265]。これは、行政命令の第 2 条を受けて指定された種痘実施場所に該当する。

これらの地域はメコンデルタに位置しており、河口や運河沿いに広がる稲作地帯であった。メコンデルタの稲作は仏領コーチシナ、そして仏領インドシナ連邦成立後は仏領インドシナにとっても重要な経済の要であり、1860 年代より中国、日本、朝鮮、イギリス領香港などの東アジア諸国や植民地、イギリス海峡植民地、スペイン領フィリピン、オランダ領東インドの東南アジア地域の植民地など、様々な地域にコメが輸出されていた。1880 年代になると植民地内の省境が確定していき、図 1-1 のとおり、これらの都市はそれぞれの省の中心地として、コメの集荷や輸出の重要な拠点となっていた [高田 2014: 57-74]。

³⁶ サイゴンの南西約 86km に位置する、現在はベンチェ省の省都。

³⁷ サイゴンの南西約 160km に位置し、メコン川最大の支流であるハウ川の南西岸にある。現在は、「ベトナムの穀倉」と呼ばれる何部メコンデルタで最大の都市。

³⁸ ミトー同様に、現在のティエンザン省にある都市。

³⁹ サイゴンの南西約 150km に位置する、現在はアンザン省の省都。

⁴⁰ サイゴンの南西約 250km に位置する、現在はキエンジャン省の省都で、港湾をもつ。

⁴¹ ベトナム南部メコンデルタに位置する、現在はドンタップ省の省都であり、史料には“Sadéc”の表記で記されているが、現在は“Sa Đéc”と記される。

⁴² サイゴンから南西に約 230km に位置する、現在はソクチャン省の省都。

⁴³ サイゴンの南西約 47km に位置する、現在はロンアン省の省都。

⁴⁴ サイゴンの北約 20km に位置する、現在はビンズオン省の省都。

⁴⁵ サイゴンの南西約 200km に位置する、現在はチャーヴィン省の省都。



図 1-1 : 1880 年頃の水田分布

(高田洋子. 2014. 『メコンデルタの大土地所有：無主の土地から多民族社会へ フランス植民地主義の 80 年』 京都：京都大学学術出版会. より引用。

(元出典：Gouvernement général de l'Indochine, Inspection générale des Travaux publics, *Dragages de Cochinchine, Canal Rachgia-Hatien, Saigon, 1930*, 巻末。)

以上のことから、種痘はコメの生産や輸出のために重要であり、多くの人が行き交うという点で、感染症が流行するリスクの高かった都市で実施されていたことがわかる。

占領統治期に主に宣教師によって担われていた天然痘対策は、1867 年の仏領コーチシナ成立による軍政への移行後、種痘を担う種痘委員会が設立され、種痘が義務化されるなど、植民地国家が主体的に担う形に変化した。実際の種痘の実施については、児童への種痘が重視されていたことや、仏領コーチシナ全域での接種には担当人員が不足していたこと、仏領インドシナ経済に重要なコメの集荷や輸出の拠点であったメコンデルタに位置する都市を中心に実施されていたことが明らかになった。

本節では仏領コーチシナ成立後の軍政期における医療・公衆衛生施策を見てきた。占領統治期から引き続き軍人の健康が重要課題であり、軍政ということもあり、軍が引き続き医療・公衆衛生施策の中心を担っていたことには変化がなかったが、保健評議会や種痘委員会などの組織整備や種痘の義務化など、占領統治期と比べて医療・公衆衛生施策において植民地当局が担う部分が増えて

きたと言える。それではこの傾向は次の民政期にも引き継がれていくのであろうか。

第三節 民政期(1879 年～1887 年)の医療・公衆衛生施策

第一項 民政移管による機構の変化

1879 年、仏領コーチシナは軍政から民政に移管された。1879 年 5 月 13 日付けの政令でル・ミール・ド・ヴィレール (Le Myre de Vilers, 任期 1879-1882) がルイ・ラフォン提督 (Louis Charles Georges Jules Lafont, 任期 1877-1879) に代わりコーチシナ総督に就任し、陸海軍の司令官、およびヨーロッパ人と現地住民に関するすべての行政業務をその指揮下に置くことが定められた

[Cochinchine, Bulletin officiel de la Cochinchine française 1879: 255]。ヴィレールは海軍出身で行政経験が豊富な人物であった。彼は海軍に入隊したあとと行政府に入り、フランス本国のジョワニー郡で副知事を務め、1871 年にはアルジェリアのアルジェ県知事に、1873 年にはフランス本国のオート＝ヴィエンヌ県知事に任命され、その後、再び内務省長官としてアルジェリアに戻された。そして 1879 年 5 月、コーチシナ総督に就任する [Cultru 1910: 321]。ヴィレールはまず軍政を廃止し、1880 年にはコーチシナ植民地評議会を設立した。このコーチシナ植民地評議会はフランス人議員 6 人、ベトナム人議員 6 人、サイゴン商工会議所のメンバー 2 人で構成された [桜井 1999b: 305]。

しかし、民政移管は軍事行動の終了を意味しなかった。民政移管後も植民地の支配領域をインドシナ全体に広げるべくベトナム北部への出兵がおこなわれたり [ibid.: 307]、ベトナムの領有をめぐる清仏戦争が起きたりするなど軍事行動が続いた。そのため、占領統治期、軍政期に続き、軍人の健康は重要な課題であり続けた。軍事行動が続くなか、入院する軍人の数が減ることはなかった。1886 年 8 月 17 日の報告によると、1 日の患者の平均人数が 800 人以上にのぼるなど、病棟の過密状態がしばしば問題となった [ANOM, GGI, S0, 10709]。表 1-1 は、サイゴンの軍事病院における 1886 年 10 月 14 日から 15 日

の患者の動きについて、その人数と内訳をまとめたものである。海兵隊歩兵の人数が圧倒的に多く全体の五割近くを占め、その次が艦船の乗組員で全体の約三割であった。来院理由やその内訳などは定かではないが、軍人の健康状態が良好ではなかったことは確かである。

表 1-1：1886 年 10 月 14 日から 15 日の患者の動き

(ANOM, GGI, S0, 10709 をもとに筆者作成) ⁴⁶

各部署の名称	現段階		入院		退院		死去		合計	
	士官	非士官	士官	非士官	士官	非士官	士官	非士官	士官	非士官
乗組員	1	69		10					1	79
憲兵隊										
エンジニア		2								2
砲兵		16								16
海兵隊歩兵	1	115		8					1	123
ベトナム人小銃兵		1								1
海軍工廠		9								9
事務員	1								1	
保健部	1	2							1	2
地方行政	7	16							7	16
各種代理		1								1
囚人										
商業船員		6								6
民間人	2	2							2	2
合計	13	239	0	18	0	0	0	0	13	257
	252		18		0		0		270	

このように引き続き軍人の健康管理が重要課題であったのであるが、民政移管にともないこの課題への対処の仕方に変化は見られたのであろうか。まず医療・公衆衛生施策を担う組織についてである。表 1-2 は 1880 年から 81 年と、85 年から 86 年の時点それぞれの医療・公衆衛生にかかわる組織をまとめたものである。

⁴⁶ 表 1-1 における「現段階 (existant)」が何を指しているかは当該史料に明記されていないが、1886 年 10 月 14 日の診察を開始した時点で病院にいる患者の数を指しており、「入院 (entrés)」はその日に新たに入院した患者の数を指していると推測される。

表 1-2：医療・公衆衛生に関する組織の変遷 (1880 年～81 年・85 年～86 年)

(仏領コーチシナ年次報告書 [Saigon, Annuaire de la Cochinchine française 1880; 1881; 1885; 1886] をもとに筆者作成) ⁴⁷

年	組織
1880 年・1881 年	1. 医療部 (SERVICE MÉDICAL) (1) 海軍保健隊 (CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE) [1] 医療部長 (MÉDECIN EN CHEF) [2] 上級医師 (MÉDECIN PRINCIPAL) [3] 1級医師 (MÉDECINS DE 1re CLASSE) [4] 2級医師 (MÉDECINS DE 2e CLASSE) [5] 医師助手 (AIDES-MÉDECINS AUXILIAIRES) (2) 医薬部 (SERVICE PHARMACEUTIQUE) [1] 上級薬剤師 (PHARMACIEN PRINCIPAL) (1881年に追加) [2] 1級薬剤師 (PHARMACIEN DE 1re CLASSE) [3] 2級薬剤師 (PHARMACIEN DE 2e CLASSE) [4] 薬剤助手 (AIDES-PHARMACIENS) (3) 保健評議会 (CONSEIL DE SANTÉ) (4) 公衆衛生評議会 (CONSEIL D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ)
1885 年・1886 年	1. 衛生部 (SERVICE SANITAIRE) 2. 公衆衛生評議会 (CONSEIL D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ) 3. 医療部 (SERVICE MÉDICAL) (1) 医療部長 (MÉDECIN EN CHEF) (2) 上級医師 (MÉDECIN PRINCIPAL) (3) 1級医師 (MÉDECIN DE 1re CLASSE) (4) 2級医師 (MÉDECIN DE 2e CLASSE) (5) 医師助手 (AIDES-MÉDECINS AUXILIAIRES) 4. 医薬部 (SERVICE PHARMACEUTIQUE) (1) 上級薬剤師 (PHARMACIEN PRINCIPAL) (2) 1級薬剤師 (PHARMACIEN DE 1re CLASSE) (3) 2級薬剤師 (PHARMACIEN DE 2e CLASSE) (4) 薬剤助手 (AIDES-MÉDECINS AUXILIAIRES) (1886年からAIDES-MÉDECINSへ名称変更) 5. 保健評議会 (CONSEIL DE SANTÉ)

1879 年までは医療・公衆衛生に関連する部局が海軍保健隊 (Corps de santé de la marine) の下に置かれていたが、1880 年・81 年の段階で医療部 (Service médical) が設置され、海軍保健隊はこの医療部の下に位置付けられた。しかし、医療部長らは海軍保健隊に属しており、依然、組織の枠組みが変化した後

⁴⁷ 年次報告書ではフォントやインデントでその所属を表しているが、便宜上番号を振っている。記載は報告書に掲載された順にまとめている。これらはあくまで各年の組織構成をまとめたものであり、記した年に組織や名称が変わったとは限らない。

も軍が主導権を持っていたことがわかる。ところが、1885年・86年段階では海軍保健隊は廃止されており、あたらしく衛生部（Service sanitaire）が設けられた〔Saigon, Annuaire de la Cochinchine française 1880; 1881; 1885; 1886〕。軍政期に設立された保健評議会と公衆衛生評議会は引き続き存在しており、このうち保健評議会については、1885年から1886年の保健部に関する報告書のなかで、医師の異動やコーチシナでは治療できない患者の本国送還に関する検討、医療関連ポストの変更などが評議されていたことが記されている〔ANOM, GGI, S0, 10709〕。

以上のように民政移管後、医療・公衆衛生施策を担う組織の整備が進められ、軍が中心を担う形から文民が主導権を握る植民地国家が中心的な役割を果たす形へと変化したことがわかる。軍人の健康の管理は重要な課題であり続けたが、その担い手は軍から文民へとまさに民政移管されたと言える。それではもう一つの課題である感染症対策には変化が見られたのであろうか。

第二項 感染症対策：フランス本国での対策の導入

コーチシナ総督府にとって、民政移管後も感染症は重要な課題であった。天然痘については、軍政期に定められた種痘の義務化の取り組みが継続された。1887年2月14日のコーチシナ植民地評議会では、1881年の種痘実施人数は117,434人であり、1885年は医師不足により接種者数は減少したものの30,000人が種痘を受けたことが報告されている〔Cochinchine française, Procès-verbaux du Conseil colonial 1886-1887: 192〕。このように天然痘については、占領統治期以来、担い手や枠組みが変わりつつも継続して対策が取られてきたのであるが、天然痘以外の感染症についてはどうなっていたのであろうか。コレラを事例にみてみることにしよう。

占領統治期や軍政期においてもコレラは流行していたが、具体的な対策は見られず、棚上げされていた課題であった。民政移管後もコレラの流行は続いていた。1882年11月6日のコーチシナ植民地評議会議事録によると、コレラは現地住民への影響が大きく、死者は2万人を超えたと記録されている

〔Cochinchine française, Procès-verbaux du Conseil colonial 1882: 3〕。では、このように被害者を多く出すコレラにどのように対応したのだろうか。

民政移管後、最初に検討された対策は患者の隔離であった。コレラ対策についてまとめた保健部の 1882 年の報告書によると、1882 年 3 月 16 日、植民地におけるコレラ発生への対策が検討され、コレラ患者を海軍病院に入院させるのは危険だとし、郊外に小屋を建てて隔離することや、病棟と病院スタッフの宿泊施設を分離することなどが検討された〔ANOM, GGI, S04, 12244〕。

しかし、隔離だけではコレラの発生や流行を防ぐことは難しかった。そこで、1884 年に法令によって不衛生な住宅を衛生的にすることを定め、コレラに対抗することが試みられた。これは、1850 年にフランス本国において制定された不衛生住宅の衛生化法⁴⁸（以下 1850 年住宅衛生化法）に由来している。フランスでは、19 世紀前半に感染症、特にコレラの被害が集中していた不衛生住宅を改善するために、1850 年住宅衛生化法が制定された〔大森 2013: 69〕。この法令によって、自治体議会によって指名された不衛生住宅委員会が不衛生と指摘された場所を訪問し、調査や具体的措置の提案、必要な場合は衛生化工事をおこなうことなどが定められた〔大森 2014: 464-465〕。「不衛生住宅」という言葉の定義については明確に定められたわけではなかったが〔大森 2013: 87〕、風通しが良くないこと、日光が当たらず湿気が多いこと、十分に清掃されていないことなどに該当する住宅は調査や措置の対象となった。この背景には、コレラの原因が腐敗した空気にあるというミアズマ説が浸透していたことがある。ミアズマ説とは、病原菌を同定できるようになり、病気の原因が特定できるようになるまで有力視されていた病気や感染症の原因に関する見解の一

⁴⁸ 1850 年住宅衛生化法は、この法案を作成した双子の兄弟、アルマン・ド・ムラン（Armand de Melun）とアナトール・ド・ムラン（Anatole de Melun）にちなみ「ムラン法」とも呼ばれる〔大森 2013: 68〕。1850 年住宅衛生化法はその後法令の不備や欠陥を改善するために改定すべきだという議論が起き〔大森 2014: 482〕、1902 年 2 月 15 日に公布された「公衆衛生法（公衆の健康保護に関する法〔大森 2014: 484〕）」では、非衛生住宅対策の権限が市町村参事会から市町村長に移されるなどより効率的に対策をおこなう形で定められた〔吉田 1996: 433〕。

つである。具体的には、汚染され、有害な毒を含む空気（瘴気）が病気を広めるという説であった。排泄物などによって汚染された環境は病気や感染症と無関係ではなかったため、この説は人々に広く浸透していた [パーカー 2016: 196]。したがって、このミアズマ説を背景として、空気を清潔にすることが特に重要だと認識され、1850 年住宅衛生化法が制定されることとなった [大森 2013: 90-93]。そしてこのフランス本国で施行されていた 1850 年住宅衛生化法が、1884 年 4 月 11 日の政令で仏領コーチシナにも適用されることが定められた。加えて、1884 年 6 月 2 日の行政命令⁴⁹でこれがコーチシナ全域で公布されることと、内務局長 (Directeur de l'intérieur) と検事総長 (Procureur général) がこの命令の執行を担当することが定められた [Cochinchine, Bulletin officiel de la Cochinchine française 1884: 228-229]。

このようにコレラを含む感染症対策として、フランス本国の 1850 年住宅衛生化法が植民地にも適用され、植民地当局が不衛生な住宅環境を改善することが可能となった。これに加えて、もう一つの対策として運河の埋め立てがあった。生活排水や排泄物が流れこみ、悪臭の漂う運河はコレラを含む感染症の温床であった。そこで、公衆衛生上の理由から不衛生な運河を埋め立てることについて協議が進められた⁵⁰。1879 年 4 月と 1882 年 4 月、サイゴン市の運河周辺に住む住民たちが、運河の埋め立てを求める嘆願書を提出した。これには、市場周辺やリゴー・ド・ジュヌイー通り (rue Rigault de Genouilly)、カティナ通り (rue Catinat) など運河沿いの地域に住む有力者 61 名が署名し、公衆衛生の観点からこの地域の改善が緊急に必要であると訴えた。嘆願書は公衆衛生評議

⁴⁹ 行政命令では、「不衛生住宅に関する 1884 年 4 月 11 日の法令を、コーチシナ全土に公布する。内務局長と検事総長はそれぞれこの行政命令の執行に責任を負い、この行政命令は植民地の広報と官報に掲載される。」 [Cochinchine, Bulletin officiel de la Cochinchine française 1884: 228-229] ということが規定された。

⁵⁰ 史料では具体的な感染症について言及されていないが、運河が感染源だと認識されていることや、パリにおいても水環境の衛生がコレラに影響するとして防疫に取り組まれていたことなどからコレラである可能性が高い。

会（Conseil d'hygiène publique）や市議会（Conseil municipal）に提出され、運河の埋め立て案が議論されるきっかけとなった。

運河の埋め立てに賛成したのは、サイゴン市長のカルディ（Cardi）を含む多数の議員である。カルディは、埋め立てが公衆衛生上の効果だけでなく、都市整備の観点からも重要であると主張した。市場が手狭になっている現状に対応するため、埋め立て後の運河跡地を市場や新たな公共空間として活用する計画を支持した。議員のジュルダン（Jourdan）も、運河が市内の「感染の温床」となっており、周辺住民の健康に深刻な影響を及ぼしていることを指摘し、埋め立ての緊急性を強調した。

しかし、この運河の埋め立てについて、すべての人が賛成したわけではなかった。まず、シュローダー（Schroeder）という議員は、議論の進行を急ぎすぎていることに懸念を示し、他の解決策を検討する必要性を訴えた。そして内務局長（Directeur de l'Intérieur）も同様に埋め立てに難色を示し、埋め立て費用が過大であると指摘すると同時に、衛生という観点からは埋め立てなくとも土砂を取り除き、清掃することで十分なのではないかと代替案を示した。さらに、運河沿いの岸壁が資材の保管場所として利用されており、運河を埋め立てると商業活動に支障をきたすと関連する企業からも反対の声が上がっていた。

しかし、議論の結果、市議会では埋め立て案が採択され、内務局長の懸念や商業的な反対意見にもかかわらず、公衆衛生上の問題を最優先とする方針が決定された。ジュルダンが述べたように、「感染の温床」である運河を取り除くことは都市全体の利益となり、費用の問題は副次的なものであると考えられた。埋め立て後には新たな市場や公共空間が設置される計画が立てられた

[Cochinchine française, Procès-verbaux du Conseil colonial 1883: 206-208]。以上のことから、運河の埋め立てについて慎重派・反対派な勢力があってもなお埋め立てが決定された背景には、嘆願書に署名をしていたのが地域の有力者であったことや、公衆衛生上の必要性が強く影響していた⁵¹。なお、埋め立てるこ

⁵¹ この一連の議論のなかで、ジュベ（Jouvet）という議員は、岸壁を利用するにあたり、西洋人は賃料が徴収されている一方で、アジア人は賃料を支払わずに利用していることを

とが申請された運河は、リゴー・ド・ジェヌイー通りやカティナ通りなどに沿って流れていた、サイゴン川につながる運河であった。1887年になると、カティナ通り沿いを流れていた運河が埋め立てられ、ブールバールが整備され、シャルネ大通り⁵²と呼ばれるようになった〔高田 2005: 437; Le and Do 2021: 4〕。

運河の埋め立てに加えて下水道整備も進められた。1885年5月23日、チョロンの地主であるグエン・ヴァン・ウット (Nguyen-van-ut) がビン・ティエン (Binh-Tien) 通りに下水道を建設する許可を求めた際、その要請を許可する行政命令が出された。グエン・ヴァン・ウットの要請は、雨水をアロヨ・シノア川 (l'Arroyo-chinois) に導くことを意図したものであったが、この行政命令では下水道の建設に関する具体的な取り決めのほか、排泄物やその他公衆衛生に有害な物質を下水道に流すことを明確に禁じることも規定された。この法令は公共事業局長 (Directeur des travaux publics) が責任を負う形で執行された

〔Cochinchine, Bulletin officiel de la Cochinchine française 1885: 202〕。

これらの取り組みの背景にも、フランス本国での実践があった。先にも述べたように19世紀のパリでは繰り返しコレラが流行し、ミアズマ説も影響して、生活排水の流れる不衛生な小川や上下水道の不備がコレラ流行と関係があると考えられていた。そのため、第二帝政期のナポレオン3世統治下で、セーヌ県知事オスマンによってパリの都市改造が実行された際に、その一環として衛生環境を改善するため、沼地の埋め立てや下水道の整備といったインフラ構築が進められたのであった〔松井 1997: 83-84, 244-251; 大森 2014: 58, 385〕。以上のフランス本国での取り組みが、コーチシナでも実行されたのであった。

民政移管後、感染症の流行という課題に対して、占領統治期から実施されていた天然痘対策に加え、長く棚上げされていたコレラを含む感染症への対策も

指摘し、その不公平さも問題として取り上げた。それに対して、カルディ市長は、そのような事実はないとジュベの発言を否定し、運河の埋め立ての必要性を強調した。このように、市長であるカルディが運河の埋め立てに対して強く賛成する姿勢を見せていたことも、運河の埋め立てが決定された要因の一つであると推察される〔Cochinchine française, Procès-verbaux du Conseil colonial 1883: 206-208〕。

⁵² 1956年に「グエンフエ大通り」に改名された〔Le and Do 2021: 4〕。

実施されることとなった。その特徴としては、不衛生住宅の改良や運河の埋め立て、下水道の整備といったフランス本国で実施されていた対策が、仏領コーチシナでもおこなわれたことであった。さて、感染症対策を考える際に、もう一つ重要な課題があった。それは、経済活動が活発化することにもない、仏領コーチシナに出入りするヒトやモノが増大したことにより、彼らが持ち込む感染症にどのように対応するのかという問題である。

第三項 感染症の水際対策：検疫の実施

仏領コーチシナに外部から感染症を持ち込ませない上で、最も重要な対策として検疫がある。検疫は14世紀にヨーロッパでペストが流行した際に船舶の乗組員の上陸を40日間猶予させたことが起源だとされている〔ベックマン 1981: 510-511〕。仏領コーチシナにおける検疫は民政移管後になってはじめられたわけではなく、軍政期にも実施されていた。たとえば、シャムでのコレラの流行を受け、1873年7月23日付けでバンコクから来航する船舶の検疫をおこなうことが決められた。この決定は、同年7月31日付けで在バンコク・フランス領事からコレラの流行は消滅したという報告を受け、1873年8月29日付けで解除された〔Cochinchine, Bulletin officiel de la Cochinchine française 1873: 280-281, 319〕。

民政移管後、検疫を担う組織として衛生警察（*police sanitaire*）が設立された。衛生警察がおこなった検疫については、1882年5月29日付で発令された27か条からなる衛生警察に関する行政命令のなかで規定されていた。以下がその条文である。

第 I 部：保健当局

第 1 条：コーチシナの衛生警察⁵³は総督と内務局長の指揮下に置かれ、フランス各地の代表を通じて近隣諸国から公衆衛生に関する情報を受け取る。

第 2 条：海軍保健部長は、フランスに関して 1876 年 2 月 22 日の政令によって確立された保健部長の職務を遂行する。海軍保健部長は、この特別な任務に関して、次のことを担当するすべての役人または従業員を指揮する。彼は保健評議会の議長を務める。商業港の港長、副官、およびサイゴン川の水先案内人は、サイゴン港に到着するすべての船舶を訪問し、乗船する責任を負う。

第 3 条：保健部長および前条で指定されたすべての代理人は、保健規定および指示の確実な実施に責任を負う。

第 4 条：商船港の港長と水先案内人は、船に乗り込む前に、船長に対して規定された質問書（1876 年 2 月 22 日の政令の付則第 5 号）のすべての質問をおこなわなければならない。この質問書は、1881 年 9 月 17 日の公衆衛生評議会の会議で提案され、総督の決定によって植民地で既に使用されている。また、船と接触する前に、健康証明書の提示を求め、それが「健全」か「不健全」であるか、また各停泊地で適切な当局によって確認されたものであるかを確認しなければならない。

第 5 条：健康証明書が健全で規則に則っており、船内に疑わしい病人や伝染病患者がいないと、船長または船医の証言に基づいて

⁵³ 衛生警察とは、「行政事務の 1 つである警察権力を公使することによって、感染症の拡大を防ぐ」[半田 2020: 23-24] ものである。フランスにおいては、「19 世紀前半までの衛生警察は疫病対策に際して、隔離と消毒という手段で市民生活に強権的に介入してきた」[大森 2011: 55]。

確認された場合、彼らは遅滞なく自由な通商を許可することができる。

第6条：健康証明書が不健全であり、船が感染症の流行している港から来た場合、しかし出航以来船内に病人が出ていない場合には、水先案内人は船と接触してはならず、サイゴン近くの停泊地まで導いた後、船に検疫を課さなければならない。

第7条：健康証明書の内容にかかわらず、船長が航海中に感染症のために船内の人物を何人か失ったと申告した場合、または現在船内にそのような病気の症例が一つ以上ある場合、水先案内人は船に乗り込まず、船をカンギュー⁵⁴またはカップ⁵⁵に停泊させることになる。

第8条：いかなる場合でも、商船港の港長は常に、遅滞なく、拿捕されたすべての船舶の質問書を衛生局長に送付し、水先案内人が検疫を課すことに決定したすべての事情を文書で報告しなければならない。

第9条：保健部長は、検疫の必要性和その期間を最終的に決定し、その旨を文書で内務局長に報告する。

第10条：植民地の公衆衛生評議会は、さまざまな総督の命令によって設置され、フランスの衛生地区評議会に代わるものである。公衆衛生に関心を持たせるような事態が発生した際には、総督の命令と、サイゴンの医療局長であり保健部長である委員長の召集により、随時会合を開く。

第11条：この評議会は、通常の権限に加えて、公衆衛生に関する問題について当局の注意を喚起したり、感染症の侵入や脅威があ

⁵⁴ カンギュー (Cangiou) はサイゴン近郊にある河口地域で、船舶の停泊地として知られている。

⁵⁵ 条文では“Cap”と記載されているが、船舶の停泊に利用されることを踏まえると、コーチシナのカップ・ラグ (Cape Lâp) という地域だと考えられる。

る場合に取りべき措置について意見を述べたり、衛生警察に関する一般および地域の規則の実施を監視したり、必要に応じて総督に違反や怠慢を報告することを任務とする。

第 12 条：この評議会は、困難な状況において、規則で定められた範囲内で検疫対象となった船舶に関する適切な措置について、またラザレット⁵⁶の内部運営に関する問題、検疫対象船舶のために指定された場所の選定、ラザレットやその他の衛生施設での建設計画やプロジェクトに関して、特別な措置を講じるべきかどうかについて、相談される。

第 13 条：この評議会は、総督に植民地の保健部に関する地方規則に導入すべき変更や追加を提案する。

第 II 部：検疫措置

第 14 条：いわゆる仮検疫は、船長が船内に自ら定義しきれない病気があると申告し、水先案内人または商港の船長が疑念を抱く場合には、すべての船舶に対して課されることがある。保健部長は、直ちに通知を受け、該当する病人を訪問または視察し、最終的に判断を下す。

第 15 条：観察検疫は、健康証明書が不健全または不明と判断された船舶に適用され、出港地での疑わしい病気が船内に発生していない場合に適用される。この観察検疫の期間は、保健当局の決定によって 10 日から 25 日まで変動するが、常に汚染された港を出た日から始まる。検疫は衛生局長が指定した停泊地でおこなわれる。観察検疫の期間中に、船内で疑わしい病気の症例が発生した場合、観察は厳格な検疫に変わる。

⁵⁶ 感染症の拡大を防ぐことを目的とした施設。主に港湾や国境地帯に設置され、感染の疑いがある人々が一定期間滞在し、隔離された。

第 16 条：厳格な検疫は、船舶が出港地、航海中、または到着後に、明確または疑わしい感染症（コレラ、天然痘、チフス）の事例が発生した場合に適用される。厳格な検疫の期間は、疑わしい病気の最後の症例または最後の死亡が発生した日から始まり、症例に応じて 10 日から 25 日までの期間となる。乗客が下船してラザレットに隔離される場合、隔離の開始日から検疫の期間が始まり、その間に病気の症例が発生しなければならない。厳格な検疫は、サイゴンから非常に遠く離れた停泊地（カンギューまたはカップ）でおこなわれる。

第 17 条：厳格な検疫の間、船長には一般的な清掃および消毒の措置が指示される。汚れた衣類や同様の物品は、丁寧に洗浄されなければならない。病人に使用された寝具や衣服は焼却される。また、自由な航行を許可する際に、衛生局長は船舶の衛生検査を実施し、これらの指示が実行されていること、そして乗組員および乗客が特別な身体清掃のケアを受けていることを確認する。

第 18 条：これらの検疫措置の適用において、特に考慮すべきはコレラと天然痘であり、これらは植民地内で流行する可能性が最も高い感染症である。水先案内人は、出港地でのこれら 2 つの病気の存在または不在について、船長に特に問いただす必要がある。また、乗船する前に厳密に健康証明書を求め、航海中にこれら 2 つの病気の症例が発生していないかを確認することを忘れてはならない。黄熱病、チフス、ペストも同様の予防措置を必要とするが、これらは地理的な区域内でほとんど遭遇しないか、稀にしか観察されない。

第 19 条：病人を抱える船舶には医師を派遣することができ、1 日あたり 6 ピアストルの手当が船舶から支払われ、医師は適切に食事と宿泊を提供される。

第 III 部：健康証明書について

第 20 条：健康証明書は、サイゴンまたは仏領コーチシナのいかなる停泊地に向かう船舶に対して必要である。

第 21 条：外国の港で発行された健康証明書は、フランスの領事または領事代理によって署名されている必要があり、船舶が寄港したすべての停留地で同じ当局によっても署名されている必要がある。

第 22 条：健康証明書は、出発の 48 時間前に発行され、署名されている場合のみ有効である。

第 23 条：この健康証明書には、出発国の衛生状態が非常に具体的に記載され、特に感染症または感染症の存在または不在が明記される必要がある。

第 24 条：健康証明書は「健全」または「不健全」である。船舶が来た国または国々において、感染症の不在を確認する場合は「健全」となり、これらの病気の存在が報告されている場合は「不健全」となる。健康証明書の状態は、保健当局によって評価される。

第 25 条：サイゴンから他の港に出発する船舶は、規定の健康証明書を取得するか、すでに所持している場合は、サイゴンの軍病院にある保健部長の事務所でその証明書を署名してもらうことができる。これらの健康証明書および署名の手数料は 1 ピアストルである。各四半期の終わりに、保健部長は発行された健康証明書の明細を内務局長に送付し、海運会社やさまざまな商業施設で徴収すべき金額を請求する。

第 26 条：サイゴンと常に直接的な関係を持つ港（香港、シンガポール）からの船舶は、一般的な健康状態に不安がない場合、健

康証明書の提出が免除されることがある。この免除は、衛生委員会の意見に基づいてのみ認められる。

第 27 条：内務局長は、この布告の施行を担当し、必要に応じて布告を公表し、記録しなければならない。

[Saigon, Annuaire de la Cochinchine française 1888: 156-160]

これらの条文から、検疫にかかわる組織や要員、手続きなどが具体的に定められていたことがわかる。その特徴としてまず、海軍保健部長が保健部長を務めることから、検疫については軍、特に海軍の関心と関与が大きかったことが挙げられる。これは港にコレラなどの感染症が持ち込まれると海軍も大きな影響を被るために、検疫をきちんと実施したいと考えていたことの表れである。また、検疫だけではなく広く公衆衛生にかかわる問題については、衛生警察、保健部、公衆衛生評議会などが連携して対応を協議していたことがわかる。

検疫については、まず検疫にも仮検疫と観察検疫、そして厳格な検疫の 3 種類があったことが挙げられる。3 種類に分けて実施していた理由としては、感染症の制御と検疫が交易に及ぼす影響の間でバランスを取ろうとしていたことが考えられる。交易への配慮は健康証明書に関して、サイゴンと活発に交易をおこなっていたシンガポールや香港については、条件が整えば免除されるという規定があることから見て取ることができる。また検疫の対象として天然痘とコレラが特筆されていることから、この二つの感染症が強く警戒されていたことがわかる。

以上のように検疫についても、軍政期から実施されてはいたが、民政移管後に詳細な手続きが定められ、実施されるようになっていた。このことは、依然継続しているとはいえ軍事行動から植民地の経済的發展へと、民政移管後に統治の関心が移ってきたことの表れであり、それゆえに交易活動の維持と感染症対策との間でバランスを取りながら検疫を実施していたと言えよう。

以上のとおり、本章では、仏領インドシナ連邦成立以前のコーチシナ植民地において、軍人の健康をいかに守るのか、感染症をどのようにコントロールするのかという医療・公衆衛生上の課題に対して、占領統治期（1859 年～67

年)、軍政期(1867年～79年)、民政期(1879年～87年)の三つの時期に区分して、どのような対策がおこなわれていたのかを、主に医療・公衆衛生にかかわる組織の形成と法令の整備に焦点を当てて、検討してきた。この時期を通じての医療・公衆衛生上の課題は軍人の健康を管理することと、天然痘などの感染症に対処することであった。これらの課題に対して、当初は軍事行動が継続していたこともあり軍人の健康の管理が最優先され、軍が主導する形で組織が形成され、病院・診療所の運用に関する規則などが定められていった。しかし、占領統治期から軍政期、民政期へと移行するにつれ、医療・公衆衛生施策の担い手も徐々に軍から文民へと移行し、それにともない組織も文民主体の組織へと変遷し、医療・公衆衛生上の対策の重心も軍人の健康管理だけではなく、天然痘やコレラなどの感染症対策へと広がっていった。ただこの段階での医療・公衆衛生施策は、組織や法令の整備が進み、その対象が拡大しつつあったとはいえ、まだ初期段階、萌芽的なものであったと言える。それでは仏領インドシナ連邦成立後、医療・公衆衛生施策はより拡充したのであろうか。次章では仏領インドシナ連邦成立後の医療・公衆衛生上の課題に対して、植民地国家がどのように対処しようとしたのかを検討することにしよう。

第二章 仏領インドシナ連邦成立期の公的な医療・公衆衛生施策

仏領インドシナ連邦の成立は 1887 年 10 月のことである。仏領インドシナ連邦の成立にともない、アンナンとトンキンの管轄は外務省から海軍植民地省に戻され、インドシナ総督は海軍植民地省が管轄するアンナン、トンキン、コーチシナ、カンボジアを統治することとなった〔坪井 2001: 119〕。その後、1899 年 4 月にはラオスが、1900 年 1 月には広州湾租借地が仏領インドシナ連邦に含まれることとなった〔Brocheux and Hémery 2009: 77〕。

仏領インドシナ連邦の統治の中心であるインドシナ総督府は当初サイゴンに設置されていたが、1897 年に総督に就任したポール・ドゥメールが 1898 年に総督府をハノイに移すことを決定し、1902 年に総督府はサイゴンからハノイに移転する。ハノイが位置するトンキンでは、阮朝に仕える現地の伝統的な官僚の植民地統治に対する反発が強く、総督府をハノイに移転させ彼らに対して直接的な支配を及ぼしたほうが効果的であると考えられたこと、さらにサイゴンに比べて北に位置するハノイのほうが、中国へのアクセスが容易であったことなどが移転の理由であった〔Vann and Clarke 2019: 19, 43〕。

本章は仏領インドシナ連邦が成立した 1887 年から、ドゥメール総督の統治期間が終わる 1902 年までの時期を対象に、この時期の医療・公衆衛生上の課題に対して、仏領インドシナの植民地国家がどのように対処したのかを、組織と法令の整備に焦点を当てて検討する。本章が対象とする時期は、先に述べた総督府のハノイ移転や、仏領インドシナ連邦の行政機構の整備が非常に進んだとされるドゥメール総督期に相当する〔Brocheux and Hémery 2009: 80〕。それではこのドゥメールによる行政機構の整備は、医療・公衆衛生施策にどのような影響を与えたのであろうか。本章ではこの点も検討する。

前章が対象とした仏領コーチシナ植民地期の医療・公衆衛生上の課題は軍人の健康管理と感染症への対処であった。これらの課題は本章が対象とする仏領インドシナ連邦初期にも引き継がれていたのであろうか。

まず軍人の健康管理についてみてみることにしよう。仏領インドシナ連邦成立により、仏領インドシナ内での軍事行動は終結した。その反映として、仏領インドシナに駐在する軍人の数も減少する。たとえば1894年にトンキンに駐在していたヨーロッパ人将校と兵士の数は約5,000人にまで減少していた

[*ibid.*: 61]。しかしながら、仏領インドシナ内での軍事行動が終結したからと言って、軍事的緊張が消滅したわけではなかった。その要因は隣国シャムをめぐるイギリスとの対立である。フランスは1894年から1895年の日清戦争を受け、極東での勢力分割の可能性を見据えてシャムを領有する意向を持っていた。このため、シャムの保護国であったイギリスとの軍事的衝突の危険性が高まっていた。この緊張状態は、1896年にフランスとイギリス間で結ばれた協定により、フランスがシャム領有を断念したことでいったん緩和するものの、軍事的緊張が完全に消滅したわけではなかった[*ibid.*: 66]。ただ、対外的な軍事的緊張が存在しているとはいえ、実際の軍事行動が終結したことにより、軍人の健康管理という課題の重要性は仏領コーチシナ植民地期と比べて、相対的に低下したと言える。

それでは感染症の問題はどうであろうか。軍人の健康管理と異なり、感染症への対処は引き続き重要な課題であり続けた。仏領コーチシナ期に問題視されていた感染症は主に天然痘とコレラであり、占領統治期、軍政期、民政期と時を経るにつれて、種痘の義務化や運河の埋め立て、下水道の整備、検疫の実施など、様々な感染症対策が実施されるようになってきた。仏領インドシナ連邦成立後も引き続き天然痘やコレラへの対処が重要であったことに加えて、この時期に香港で発生したペストへの対処も重要となった。

さらに感染症への対処に加えて、本章が対象とする時期の医療・公衆衛生上の課題として、まず仏領インドシナ連邦成立によって一気に拡大した統治領域に対して、医療・公衆衛生施策の行政的基盤をどのように構築するのかという

ものがあつた。本章の冒頭でも述べたように、仏領インドシナ連邦は現在のベトナムに相当するトンキン、アンナン、コーチシナの各地域と、カンボジア、ラオス、そして後には中国大陆に位置した広州湾租借地もその統治対象に含んでいた。このうち、直轄植民地とされたのはコーチシナのみで、トンキン、アンナン、カンボジア、ラオスは保護領⁵⁷でありそれぞれ異なる方法で統治されていた。この統治方法が異なる仏領インドシナ連邦内のトンキン、アンナン、コーチシナ、カンボジア、ラオス⁵⁸で医療・公衆衛生施策の行政的基盤を構築すること、これが大きな課題であつた。

もう一つ本章が対象とする時期に重要となつた課題として、現地住民の健康をどう維持するのかがある。この課題は仏領インドシナが直面した医療・公衆衛生とは異なるもう一つの課題、仏領インドシナの財政赤字をどのように解消するのかと関連していた。仏領インドシナ連邦成立後、行政基盤の整備などのために支出が増大した結果、植民地の財政状況は悪化し、財政赤字が拡大していった〔Roberts 2019: 452〕。1896年には特にアンナンとトンキンの負債が続き、1896年には50万ピアストル⁵⁹、1897年には100万ピアストル近い赤字が発生した〔Brocheux and Hémery 2009: 80〕。植民地の財政赤字を解消するためには税収を増やす必要があり、税収を増やすためには経済活動を活発化させることが重要であつた。仏領インドシナ連邦の重要な経済活動であつた稲作を振興し、鉄道などの交通インフラを整備することにより交易を活発化させるためには、労働者である現地住民の健康を維持することが必要であり、彼らに適切な医療・公衆衛生施策をおこなうことが求められた。

⁵⁷ 国際法上の独立した地位を奪われた保護領は、フランス憲法の支配下に置かれ、保護領の人々によって作られた公法や私法は、フランス議会の権威と総督および共和国大統領のに従属することになった〔Brocheux and Hémery 2009: 83〕。

⁵⁸ 中国大陆のフランス租借地であつた広州湾租借地については、統治の枠組みや手法がほかの仏領インドシナ連邦内の直轄植民地や保護領とは異なることから、本章の検討からは除外する。

⁵⁹ ピアストル (piastre) は仏領インドシナの通貨単位。1890年代の1ピアストルあたりの価値は史料からは定かではないが、1920年代末の農園労働者の1か月あたりの平均給与がおおよそ11ピアストルであつた〔羽谷 2021: 151〕。

以上の感染症対策、医療・公衆衛生施策の行政的基盤の整備、現地住民を対象にした医療・公衆衛生施策の実施が、本章が対象とする時期の医療・公衆衛生上の課題であり、この課題に対してどのような取り組みがなされたのかを、主に組織と法令の整備に焦点を当てながら明らかにすることが本章の目的である。まずは感染症対策、現地住民に対する医療・公衆衛生施策の実施の前提となる、行政基盤の整備からみてくことにしよう。

第一節 医療・公衆衛生施策の行政的基盤の形成

第一項 総督府行政の組織化

1897年に仏領インドシナ連邦の総督に就任したドゥメールは、フランス本国で財務大臣を務めた経験もある行政経験にたけた人物であった。ドゥメールが総督に就任した際、先に述べたように仏領インドシナ連邦内のトンキン、アンナン、コーチシナ、カンボジア、ラオスの5つの地域は、それぞれが異なる方法で統治されていた。この現状に対して、ドゥメールはインドシナの課題として行政の組織化が不十分であること挙げ、まず総督府の行政機構の整備をおこない、その後、トンキン、アンナン、コーチシナ、カンボジア、ラオスの各地域の行政機構と総督府の行政機構を対応させる形で行政機構を整備することにした〔Roberts 2019: 433, 451, 454-455〕。実際にドゥメールは財務大臣を務めた経験をいかし、仏領インドシナの財政構造について整備を進めたことで知られている。具体的には、総督府が管理する連邦予算と地域ごとの地方予算の関係を整理し、直接税を地方予算の財源とし、間接税による収入や、アヘンや酒などの専売収入については連邦予算の財源とした〔坪井 2001: 121〕。それではこのドゥメールが主導した行政機構整備は、医療・公衆衛生の領域ではどのような形でなされたのであろうか。これを仏領インドシナ総督府の行政である一般行政と、トンキン、アンナン、コーチシナ、カンボジア、ラオスの植民地内の各地域の行政である地方行政に分けてみてみることにしよう。

まず、一般行政についてである。医療・公衆衛生分野での組織形成は、ドゥメールが総督に就任する以前にもおこなわれていた。1890年3月、保健活動を促進する目的で植民地保健隊（Corps de santé colonial）が設立される。この組織の役割は、さまざまな地域の保健部長から送信された報告を一元化して管理し、各地域に意見を述べることであった [Monnais-Rousselot 1999: 32]。

このように、新たに設立された組織などがあった一方で、ドゥメールが総督に就任する以前は一般行政の整備は大きくは進まなかった。表 2-1 は、1895 年の仏領インドシナ官報に掲載されている保健部にかかわる行政命令の一覧である。

表 2-1 : 1895 年の保健部に関する行政命令一覧

(Indochine française, Bulletin officiel de l'Indochine française, 1895 をもとに筆者作成)

日付	行政命令
1月5日	バククアン (Bac-quang) の移動診療所を廃止する行政命令
1月30日	イェンバイ (Yen-bay) に外務医師職を新設する行政命令
2月7日	1889年2月23日付の行政命令第20条および第21条を修正し、植民地看護師の地位を定義する行政命令
2月15日	1889年2月23日付の行政命令第17条を修正する行政命令 (公衆衛生に関する規定)
3月5日	トゥエンクアン (Tuyen-quang) およびランソン (Lang-son) の移動診療所に2名の牧師を配置する行政命令
4月25日	ホイハウ (Hoi-how) および周辺地域からの物資のインドシナへの輸入を禁止する行政命令
4月30日	ルアンパバーン (Luang-Prabang) に医療施設を設置する行政命令
5月10日	ハノイ、ハイフォン、クアンイェン (Quang-yên) 、ダナンの乗船港における送還委員会の会議に関する行政命令
5月11日	アジア人の送還に際し、香港での乗船前およびハイフォンでの下船前に医療検査を実施する行政命令
5月17日	公衆衛生上級評議会の構成を定め、その職務を定義する行政命令
5月17日	ハイフォンおよびダナンに保健評議会を設立する行政命令
6月4日	ハノイの地方公衆衛生委員会に砲兵局の職員を追加任命する行政命令
6月5日	コーチシナ地域から到着する海上輸送品に対する規制を設定する行政命令
6月22日	香港から直接または間接的に到着するヨーロッパの全船舶に対する規制を設定する行政命令
8月1日	6月22日付行政命令を改定し、香港からの物品に関する検疫措置を明確化する行政命令
8月24日	トゥアンアン (Thuan-an) に「送還保健委員会」を設立する行政命令
9月14日	公務員が受けるべき医療検査に関する通達
9月24日	フーラントゥオン (Phu-lang-Thuong) からランソンへの鉄道沿いに医療サービスを設立する行政命令
10月17日	海南島およびアンナム沿岸港からの輸入品に対する検疫措置を適用する行政命令
12月5日	ベルネ博士 (Dr. Pernet) を保健部の指揮下に置く行政命令
12月13日	行政休暇から復帰する官吏に対し、訪問証明書 (No.2) を携行するよう求める通達
12月19日	行政休暇を取得した官吏が受けるべき健康診断 (医療検査) に関する通達

このとき総督を務めていたのは海軍・植民地担当次官 (sous-secrétaire d'État à la Marine et aux Colonies) も務めたアルマン・ルソー (Armand Rousseau, 任期 1895-1896) であった。ルソーはインドシナに鉄道を敷く計画を始めた人物とし

て知られている [Brocheux and Hémery 2009: 161]。しかし、一般行政としての医療・公衆衛生組織の整備は進んでおらず、地域ごとの組織や役職などに関する行政命令が中心であり、一般行政の医療・公衆衛生施策の進展は限定的であったと言える。では、この状況はドゥメールが総督を務めた期間にどの程度変わったのだろうか。

仏領インドシナの年次報告書によると、1900年の段階では、インドシナ総督府の保健部は「コーチシナ・カンボジア」を担当する保健部と、「アンナン・トンキン」を担当する保健部の二つに分かれていた。それぞれに保健部長や軍事病院の責任者、医薬品の責任者などが割り振られており、この両者を統括する組織や役職は存在していなかった [Hanoi, *Annuaire général de l'Indo-Chine*, 1900: 46-50]。この状態は2年後の1902年に変化する。1902年の段階でも、保健部はコーチシナ・カンボジアを担当するものと、アンナン・トンキンを担当する者の二つに分かれたままであったが、その上に両者を統括する保健部長が設定された。これは同年に、「インドシナの保健部を一人の部長の権限下に置く」ことが行政命令によって定められたことにより、セレス (Seréz) 上級一級医師がその役職に就任した [Hanoi, *Annuaire général de l'Indo-Chine*, 1902: 53-61; Monnais-Rousselot 1999: 451]。表 2-2 はこの 1902 年段階での仏領インドシナ総督府の保健部の構成を示している。

表 2-2：1902 年段階での仏領インドシナ連邦の医療・公衆衛生組織

(Hanoi, Annuaire général de l'Indo-Chine, 1902 をもとに筆者作成)

インドシナの保健部	
インドシナの保健部長	
コーチシナとカンボジア	アンナンとトンキン
保健部長	保健部長
1. サイゴンの軍事病院 (HOPITAL MILITAIRE DE SAIGON) (1) 医療部 (Service médical) (2) 医薬部 (Service pharmaceutique) (3) 看護師 (Infirmiers) (4) 行政部 (Service administratif) (5) 会計係 (Personnel des comptables) 2. 保健評議会 (CONSEIL DE SANTÉ) 3. ブノンベン総合病院 (HOPITAL MIXTE DE PNOM-PENH) 4. ミトー移動診療所 (AMBULANCE DE MYTHO) 5. チャンタブリー移動診療所 (AMBULANCE DE CHANTABOUN) 6. チョクアン病院 (HOPITAL DE CHOQUAN) 7. チョロン市立病院 (HOPITAL MUNICIPAL DE CHOLON) 8. サン・ジャック岬市立療養所 (SANATORIUM MUNICIPAL DU CAP SAINT-JACQUES) (1) アジア系移民のワクチン接種担当 (Vaccine des immigrants asiatiques) (2) サイゴン外部サービス (Service extérieur de la Place de Saigon) (3) 東地区ワクチン接種担当 (Vaccine des arrondissements de l'Est) (4) 西地区ワクチン接種担当 (Vaccine des arrondissements de l'Ouest) 9. 医療職 (POSTES MÉDICAUX) (1) タイニン (Tay Ninh) (2) チャウドック (Chaudoc) (3) パウロ・コンドール (Poulo-Condore) (4) ヴィンロン (Vinhlong) (5) カントー (Cantho) (6) ソクチャン (Soctrang) (7) フン (Khong)	1. 中央薬局所 (PHARMACIE CENTRALE) 2. 植民地病院 (HOPITAUX COLONIAUX) (1) ハノイ病院 (Hôpital de Hanoi) (2) ハイフォン病院 (Hôpital de Haiphong) (3) クアンエン病院 (Hôpital de Quang-yên) (4) ダナン病院 (Hôpital de Tourane) 3. 移動診療所 (AMBULANCES) (1) カオバン移動診療所 (Ambulance de Cao-bang) (2) ハザン移動診療所 (Ambulance de Ha-giang) (3) ホンゲイ移動診療所 (Ambulance de Hongay) (4) ランソン移動診療所 (Ambulance de Lang-son) (5) ラオカイ移動診療所 (Ambulance de Lao-kay) (6) フーラントゥオン移動診療所 (Ambulance de Phu-lang-Thuong) (7) ソンタイ移動診療所 (Ambulance de Son-tay) (8) タイグエン移動診療所 (Ambulance de Thai-nguyên) (9) タッカー移動診療所 (Ambulance de That-khé) (10) トゥエンクエン移動診療所 (Ambulance de Tuyen-quang) (11) ヴィエットチー移動診療所 (Ambulance de Viétry) (12) イェンバイ移動診療所 (Ambulance de Yên-bay) (13) バオラック移動診療所 (Ambulance de Bao-lac) (14) クアンチュウ移動診療所 (Ambulance de Quang-tchéou) (15) ハザン隊 (Troupes Hagiang) 4. 医療職 (POSTES MÉDICAUX) (1) フエ (Hué) (2) ヴィン (Vinh) (3) ナムディン (Nam-dinh) (4) ファンラン (Phan-rang) (5) クイニョン (Qui-nhone) (6) タインホア (Than-hoa) (7) ルアンパバーン (Luang-prabang) (8) ファンティエット (Phan-thiêt) (9) パッキンブーム (Packin-boum) 5. 公衆衛生部 (SERVICE SANITAIRE) (1) ハノイ (Hanoi) (2) ハイフォン (Haiphong) (3) ダナン (Tourane) (4) クアンチュウ (Quang-tchéou) (5) モンカイ (Moncay) (6) ホンゲイ (Hongay) (7) クイニョン (Quinhone) (8) ニャチャン (Nha-trang) 6. 中国の領事館への派遣医師 (MÉDECINES DÉTACHÉS DANS LES POSTES CONSULAIRES DE LA CHINE) (1) 雲南 (Yunnan-Sen) (2) 思茅 (Ssemao) (3) 広州 (Canton) (4) 海口 (Hoi-How) (5) 竜州 (Long-tchéou)

この表からは、総督府レベルでの医療・公衆衛生分野での組織形成は、すでに存在する地方レベルの諸組織をまとめる形で進められたこと、その上で、1902 年に全体を統括する総督府の保健部長の役職が設置されたこと、コーチシナに位置するサイゴンでは、占領統治期からの名残として軍のプレゼンスが依然として大きいことなどが見て取れる。このように総督府レベルでの行政整備

といっても、地方レベルでの組織整備を前提にしていたことがよくわかる。ただし、インドシナ総督府保健部組織は地域ごとに記述されているが、同年の年次報告書にまとめられている地域行政の保健組織や衛生組織と比較すると、これは地域行政の組織を単に寄せ集めたものではなく、総督府として一定の再編がおこなわれた結果であると言える。また、1902年に全体を統括する保健部長が設置されたことや、同じ1902年に仏領インドシナ連邦に公衆衛生高等評議会を設置することが定められる〔Monnais-Rousselot 1999: 451〕など、植民地全体の医療・公衆衛生施策を検討する場の整備も進められていた。

第二項 地方行政の組織化

次に地方行政である。地方レベルでの医療・公衆衛生にかかわる組織の整備は、仏領インドシナ連邦成立以前にある程度の組織整備がおこなわれていたコーチシナと、仏領インドシナ連邦成立後に組織整備が進められたアンナン、トンキン、カンボジア、ラオスではそのプロセスが異なっていた。

まず、コーチシナでは第一章で見てきたように、占領統治期、軍政期、民政期の三つの時期を通じて、医療・公衆衛生施策にかかわる組織として医療部や保健評議会、公衆衛生評議会などが徐々に整備されていった。このうち、仏領インドシナ連邦成立後も重要な役割を果たしていたのは保健評議会や公衆衛生評議会であった。たとえば、家畜や農作物に感染症が発生した際には、公衆衛生評議会が消毒の準備を指示し、消毒液の使用などを監督した。また、農業関連の研究室と連携し、病原微生物の研究や、赤痢やコレラなどの特定の感染症の感染経路である水の消毒方法などに関する情報を共有し合うことなどが推奨されていた〔Cochinchine française, Procès-verbaux du Conseil colonial 1897 : 40〕。

このようにコーチシナでは仏領インドシナ連邦成立以前から組織整備がおこなわれていたが、そのほかの地域では仏領インドシナ連邦成立後、組織整備が進められることになる。この組織整備はどのようななされたのかを、アンナンとトンキンを事例にみてみることにしよう。アンナンとトンキンには、仏領イ

インドシナ連邦成立の前年である、1886年に公衆衛生上級評議会（Conseil supérieur d'hygiène et de salubrité）が設置されることが定められていた。しかし、この評議会の構成委員や、公衆衛生と健康に関するあらゆる問題について審議すること、公共の衛生事業について相談を受けることなどのこの評議会の果たすべき役割については、仏領インドシナ連邦成立後の1895年になって規定された。これらは表2-1の5月17日に発令されている、「公衆衛生上級評議会の構成を定め、その職務を定義する行政命令」に該当する。仏領インドシナ連邦成立後の組織整備については、まず1889年にアンナンとトンキンに保健部を設立することが決定された。次に1895年にハイフォン、ハノイ、ダナンの各都市に、地方の公衆衛生委員会（Comité local d'hygiène et de salubrité）を設置し、都市部の飲料水供給、地方自治体の健康規制、および都市の公衆衛生に関するすべてをこの委員会が担当することが定められた。ハイフォンとダナンについては、公衆衛生委員会が設置されたのと同じ1895年に、保健評議会（Conseil sanitaire）も設立された。この保健評議会が設置されたハイフォンとダナンは共に港湾都市であり、船舶の検疫の実施、検疫施設や隔離施設の運用や整備といった港湾の衛生管理問題への対応をこの評議会が担うことになった。またこれに加えて各都市の保健部を監督する業務や、感染症が発生した際に、衛生警察に関する一般規則と地域規則を確実に執行させ、必要に応じて違反行為などを報告する業務も担っていた [Indochine française, Bulletin officiel de l'Indochine française 1895 : 684-690] 。

上記以外の保健・公衆衛生にかかわる組織整備として、コーチシナ、アンナン、トンキン、カンボジアの各地域をそれぞれ管轄する地方保健部長（Directeur local de la santé）が1897年に設置されたこと、カンボジアのプロンペンに1898年に公衆衛生評議会が設けられたこと、1902年にコーチシナおよびラオスを除く保護領に、公衆衛生、感染症の予防の問題に対処するための衛生委員会（Comité d'hygiène）を設置することが定められたことなどが挙げられる [Monnais-Rousselot 1999: 451] 。

ここまで、仏領インドシナ連邦成立にともない拡大した統治領域に対して、どのようにして医療・公衆衛生に関する行政基盤を構築したのかという課題について、植民地全体を対象とする総督府レベルでの行政機構の整備と、コーチシナ、アンナン、トンキン、カンボジア、ラオスの各地域での地方レベルでの機構整備に分けて検討してきた。総督府レベルでは、植民地の医療・公衆衛生施策を統括する組織として1890年に植民地保健隊が、コーチシナ、カンボジアとアンナン、トンキンの二つに分けて設置された保健部を統括する役職として1902年に保健部長が、そして同じく1902年に仏領インドシナ連邦全体の公衆衛生問題を検討する場として公衆衛生高等評議会が設置された。

地方レベルでは、仏領インドシナ連邦成立以前から組織整備が進められていたコーチシナでは、コーチシナ植民地期に設立された保健評議会や公衆衛生評議会が引き続き重要な役割を果たしていた。コーチシナ以外については、アンナンとトンキンには1886年に設置することが決められた公衆衛生上級評議会の整備が1895年におこなわれた。1889年には保健部が、1895年にはハノイ、ハイフォン、ダナンに公衆衛生評議会が、ハイフォンとダナンには主に検疫などの港湾の医療・公衆衛生業務を担う保健評議会が設置された。これ以外でも、1897年にコーチシナ、アンナン、トンキン、カンボジアそれぞれの地方の医療・公衆衛生を管轄する地方保健部長が、1902年にはコーチシナとラオスを除く保護領に、公衆衛生、感染症の予防の問題に対処するための衛生委員会が設置された。

このように仏領インドシナ連邦成立後、総督府レベルでも地方レベルでも医療・公衆衛生を担う組織整備が進められたが、総督府レベルの組織整備は地方レベルでの組織整備を前提としたものであった。地方レベルでは、仏領コーチシナ期に一定程度の整備がおこなわれたコーチシナと、連邦成立後に組織整備がおこなわれたそれ以外の地域で、どのタイミングでいかなる組織が形成されるのかに違いがあったが、全体的な傾向としては、地方保健部長の設置に見られるように各地域の医療・公衆衛生施策をきちんと管轄できる仕組みを作ろうとしていたことが見て取れる。そしてこの地方レベルの整備と連動する形で、

各地方からの情報を総督府レベルで集約・共有し、植民地全体の医療・公衆衛生施策の議論・検討をおこなう場としての公衆衛生高等評議会の設置がなされたと言えよう。

第二節 現地住民を対象にした医療・公衆衛生施策：病院とハノイ医学校

次に行政基盤の整備と同様に仏領インドシナ連邦成立後に大きな課題となった、現地住民を対象にした医療・公衆衛生施策についてみてみることにしよう。第一章で検討した仏領コーチシナ期においては、公的な医療・公衆衛生施策は軍人を主な対象としていた。仏領インドシナ連邦成立後、軍人の健康管理は引き続き重要な課題ではあったが、現地住民の健康をどのように管理するのがより重要な課題として浮上してきた。その背景として、植民地の経済を発展させるために、労働者としての現地住民の健康の維持が必要だと考えられるようになったことが挙げられる。

1891年にインドシナ総督に就任したド・ラネッサン（de Lanessan, 任期 1891-1894）、そして先述したルソーやドゥメールも植民地の経済発展を重視していた。ラネッサン、ルソー、ドゥメールらは、ともに鉄道や道路、運河、港湾といった交通インフラの整備を積極的におこなったほか、商人が仏領インドシナにやってきて、取引をおこなうことを奨励した〔Roberts 2019: 450, 454-455〕。そして、このインフラ整備に労働者として携わったのが現地住民であり、インフラ整備が順当に進むためには、労働者の健康、つまり現地住民の健康を維持することが重要となった。それではこの課題に対してどのような取り組みがなされていたのであろうか。

まず病院の整備から見ていくことにしよう。第一章で述べたように、仏領コーチシナ期から現地住民が利用できる病院は存在していたが、軍人の治療が優先されたため、利用制限がかけられるなど限界があった。この状況は仏領インドシナ連邦成立後、変化していく。その最大なものとして、現地住民が入院費用無料で治療を受けることが出来る病院が設立されたことが挙げられる。これ

はフランス本国で 1892 年、93 年に医療行為や無料の医療援助に関する法令などが制定されたことと関係している。1895 年に植民地大臣であったショータン（Chautemps）は、フランス本国の 1892 年から 93 年にかけて制定された法令と関連する法整備が進んでおらず、医療・公衆衛生に関する組織整備も初期段階にあったことなどから、仏領インドシナ連邦を含むすべてのフランス植民地で当面の間、入院費用の個人負担を求めず、あらゆる人々が病院を利用できるようにするという決定をおこなった [Monnais-Rousselot 1999: 33, 68]。

病院の設立については、1896 年に阮朝の首都であったフエに中央病院が設立され、無料・有料双方の外来診療を提供していた。1898 年には、ハノイとフエの間に位置するヴィン（Vinh）でも病院が開設される [ibid.: 89]。

仏領コーチシナ期以前から、現地住民に対する医療・公衆衛生施策を担っていた宣教師たちは、仏領インドシナ連邦成立後も変わらず現地住民への医療提供に重要な役割を果たしていた。たとえば、サイゴンより南、メコンデルタの河口部に位置するチャーヴィンで、現地住民により効果的な医療サービスを提供するために病院の建設が計画された。しかし、資金不足でこの建設は遅々として進まなかった。この間、修道女らが病人や子供たちを引き取り、面倒を見ていた。修道女には行政から補助金が支給されていた [Cochinchine française, Procès-verbaux du Conseil colonial 1892-1894: 21]。

もう一つ、現地住民への医療提供の面で重要な取り組みとして、ハノイ医学校の設立がある。ドゥメールは 1898 年に地質管理局、99 年には気象観測局、1901 年には森林局を設立し、1902 年にはインドシナ科学使節団や動植物研究使節団を組織するなど、仏領インドシナ連邦での科学調査・振興にも力を入れておいた。その一環として、1902 年に設立されたのがハノイ医学校である [Lorin 2004: 100-101]。ハノイ医学校の設立目的は、フランス人医療スタッフを補佐する現地住民の補助医師を養成することであり、これは仏領コーチシナ期以来の医師不足という問題への対処でもあった。またここで養成された補助医師を仲介者として、現地住民に西洋医療を受容させることも目指された。このハノ

イ医学校が、植民地の医療・公衆衛生施策にどのような役割を果たしていくのかについては、次の第三章で検討する。

以上のように、仏領インドシナでの経済発展のために必要不可欠な労働力とみなされた現地住民に対してどのように医療・公衆衛生を提供するのかという課題については、現地住民を対象とした病院の開設や、入院費用の無償化、ハノイ医学校の設立などの取り組みがなされていたことが明らかになった。また仏領コーチシナ期に引き続き、宣教師たちも重要な役割を果たしていた。これらの取り組みが果たして課題に十分こたえるものであったのかどうかは定かではない。しかし、仏領コーチシナ期と違い、現地住民が医療・公衆衛生施策の対象として認識され、その対処がおこなわれるようになってきたことは間違いない。それでは最後の課題である、感染症への対処はどうだったのであろうか。

第三節 感染症対策

第一項 パスツール研究所の設立

仏領インドシナ連邦成立後の感染症対策を含む医療・公衆衛生施策を考える上で、最も重要な組織としてパスツール研究所がある。パスツール研究所は、「微生物学の巨人」として知られるルイ・パスツール（Louis Pasteur）⁶⁰の名をとった医学研究所であり、1887年にパリで設立される〔Reynolds 1994: 61, 63〕。そして、その最初の支所として開設されたのが、サイゴンのパスツール研究所であった。1890年12月、植民地担当国務次官エティエンヌ（Eugène Étienne, sous-secrétaire d'État aux colonies）⁶¹が、サイゴンに天然痘と狂犬病の予

⁶⁰ パスツールは、ビールの腐敗について研究していた際、発酵や腐敗には微生物がかかわっていることを発見した。これにより、感染症の原因は微生物にあるという病原菌説の論拠を強め、1881年に炭疽ワクチンを、1885年には狂犬病ワクチンを開発した〔パーカー 2016: 196-205〕。

⁶¹ アルジェリアのオラン県選出国會議員であり、下院議会の超党派グループ植民地党（Parti colonial）の中心的人物。アフリカやアジアの広範な地域がイギリスの支配下に置か

防接種センターを設立してほしいという依頼の書簡をパスツールへ送った。この書簡を受けて、医師のアルベール・カルメット（Albert Calmette）がサイゴンに派遣されることになる。カルメットは1881年から83年までブレストの海軍医学校に通ったのち、1883年から87年まで海軍の医療業務に従事した。その後、1890年にパリのパスツール研究所でその後所長も務めるエミール・ルー博士の講義を受講したことでパスツール研究所との繋がりが生まれ、その縁でサイゴンに派遣されることになった。サイゴンにやってきたカルメットは、1892年にサイゴンにパスツール研究所の世界最初の支所を開設する [Lamendin 2016: 37, 43-44]。

サイゴンにパスツール研究所が開設された3年後の1895年、もうひとつの支所が仏領インドシナに設立される。それがニャチャン・パスツール細菌研究所であり、初代所長を務めたのが細菌学者のアレクサンドル・イエルサン

（Alexandre Yersin）であった。イエルサンはフランス郵船での船医を務めた後、探検家としてベトナムの各地を探検していた。この探検のさなか、19世紀初頭から華南で猛威を振るっていたペストがトンキンを脅かしていることを知り、1892年に当時の総督であったラネッサンにペストの調査と研究をおこなうことを提案する。この提案は予算の問題で通らなかったが、1894年に香港でペストが発生したことを受け、イエルサンはその調査を命じられ、香港に向かう。イエルサンは1894年の夏に香港でペスト菌を発見⁶²し、ネズミがペスト蔓延に関連していたことを突き止める [モラレ・ブロソレ 2015; Vann and Clarke 2019: 74]。1895年にイエルサンにニャチャン・パスツール細菌研究所設立のために必要な総額2,500ピアストルが前払資金として提供され、この資金で初期費用を賄い研究所が設立された。研究所設立の目的の一つは、ペスト・ワクチンを調製することであった。ワクチンの製造はデリケートな作業が必要であり、失敗するとペスト菌が広がるリスクがあった。そのため、研究所はやや隔

れるのを阻止するために植民地拡大を進め、国際的な競争のなかでフランスを主要な資本主義大国の一つに押し上げようとした [Lagana 1978]。

⁶² 日本から香港に派遣された北里柴三郎も、ほぼ同時期にペスト菌を発見している。

離された場所に設置されることになった。またニャチャンが位置するカインホア省は馬を安く入手することが出来ることも大きな要因であった。これはワクチンの実験には多くの動物、とくに馬を使う必要があったからである

〔Cochinchine française, Procès-verbaux du Conseil colonial 1895-1897: 210〕。

このように仏領インドシナ連邦成立後、感染症を含む医学・公衆衛生の研究施設としてパスツール研究所が設立された。サイゴンとニャチャンに設置された研究所は、仏領インドシナにおける感染症対策に重要な役割を果たしていくことになる。それではこの時期にどのような感染症対策がおこなわれていたのだろうか。

第二項 感染症対策の進展

第一章でも述べたように、仏領インドシナ連邦が成立する前に最も恐れられていた感染症は天然痘であった。この天然痘に対して、仏領コーチシナ期には種痘が義務化されるなど、一定の取り組みがおこなわれていた。天然痘は仏領インドシナ連邦成立後も対策が必要な感染症であった。それではこの種痘の義務化は、仏領インドシナ全域にも適用されたのであろうか。1895年1月6日に開催されたコーチシナ評議会で、この点が議論された。この日、公衆衛生評議会から仏領インドシナ全体に種痘の義務化を導入することが提案された。その目的は、住民全体の健康を天然痘から守ることであったが、さまざまな観点から反対する人々も存在した。まず、住民が自主的に行動することを基本とすべきだという意見があり、種痘の効果を実感している人々は自主的に種痘を受けにくることや、種痘を望まない人に対する強制は現地住民に対する冒涇であるといった反対意見が述べられた。また、衛生環境の改善という点からは、種痘の実施ではなく、住居の清潔さの確保や過密状態の解消など、住民の住環境を改善するための厳しい措置で十分なのではないかという代替案も示された。このように、種痘を義務化することについて、賛成意見も反対意見も出たが、この討議では結論が出なかった〔Cochinchine française, Procès-verbaux du Conseil colonial 1892-1894: 263〕。仏領インドシナ連邦成立後、本章が対象とする時期

においては、種痘の義務化を統治領域全域に適用するのかどうかについて、現地住民の反発などを懸念して議論がおこなわれていた。最終的に仏領インドシナ全域で種痘が義務化されるのは 1902 年以降のことであり、フランス本国で定められた公衆衛生法が適用される形で導入された。この点については後に述べる。

対策が必要であった感染症は天然痘だけではなく、コレラやペストも脅威であった。こういった感染症に対して、どのような対策がおこなわれていたのだろうか。まず 1895 年に、感染症が発生した際に植民地当局が強権的な対応をとることが出来るように定めた行政命令が発令される。以下がその内容である。

第 1 条：コレラ、ペストなどの感染症の疑いがあるすべての事例は、その存在が確認された場合、医師や保健官に限らず、家族の長、患者を看護する人、宿主に対しても、24 時間以内に当局に報告する義務がある。アジア人に対しては、疑わしい事例の報告義務が、宗教団体の長、地区長、村長、郡長、県長にも拡大される。

第 2 条：感染症に罹患した患者は、保健当局が必要と判断した場合、必ずそのために指定された施設に隔離されなければならない。この隔離措置は、患者と直接接触した人々にも適用されることがある。疑わしい集団は、その場で、またはすぐ近く of 場所に分散される。

第 3 条：感染症に罹患した人々の衣類、寝具、家具、住居は必ず消毒されなければならない。汚染された家屋の退去が命じられることがある。遺体は住居から離れた場所に別々に埋葬され、墓穴は消毒される。

- 第4条：公衆衛生に即時の危険があり、完全な消毒を物理的におこなうことができない場合、衣類、寝具、家具、住居は補償なしで焼却や破壊が可能である。
- 第5条：飲料水として使用される一部の水が汚染されていると見なされた場合、保健当局はその使用を禁止し、井戸や池を埋めるよう命じる権利を有する。
- 第6条：緊急時には、保健当局は汚染源を除去し、住居や地域を衛生的に保つために必要と思われる措置を即時実施する権限を持つ。
- 第7条：外部への旅行者は、汚染された地域から出発する際に必ず健康診断を受け、感染の疑いがある場合や不衛生な条件にある場合、拘束されることがある。彼らの荷物も消毒される。
- 第8条：特に感染の可能性が高い布くず、ボロ布、汚染物質の外への持ち出しは禁止される。この禁止措置は、現地住民やアジア人にも適用される可能性がある。
- 第9条：本令の規定に違反した者は、違反記録を作成され、3日から15日の懲役刑および5フランから100フランの罰金を科される。
- 第10条：一時的に衛生管理下に置かれる地域は、総督の布告により決定される。
- 第11条：これらの布告は、植民地の官報および公式報に掲載される。また、該当するフランスの地方自治体においては掲示・公表され、現地住民にも規定された手続きで通知される。
- 第12条：インドシナ総督府の総務長官（Secrétaire général）およびアンナンおよびトンキンの保健部長は、それぞれの担当範囲において、本令の実施を担当する。

[Indochine française, Bulletin officiel de l'Indochine française 1895: 1014-

1016]

この行政命令により、植民地の保健当局は感染症の拡大を防ぐためにかなり強権的な対応をとることが可能となった。具体的には、疑わしい事例の報告義務、患者やその接触者の強制隔離、衣類や住居などの消毒や焼却、汚染された水源の封鎖など、個人の自由の制限を含む措置をおこなう権限が与えられた。消毒や隔離、焼却などの措置は、感染症の拡大防止には効果的である一方で、現地住民の生活に暴力的に介入するものでもあった。

こうした強権的な医療・公衆衛生上の措置が可能となる規定が整備されるのと併せて、フランス本国で定められた規定が植民地にも適用されていく。たとえば 1897 年に本国で定められていた感染症の危険がある場合、関係当局がどのような衛生上の注意義務を履行しなければならないのかについての規定が、植民地にも適用されることになる。具体的には、船舶への健康証明書の発行、船内への医師の派遣、隔離施設の設置、専任の衛生医師の雇用などを実施することとなった [Monnais-Rousselot 1999: 32]。ここで定められた検疫に関することなどは、仏領インドシナではコーチシナ植民地期から実施されていた。これは第一章でも述べたように、コーチシナでは港湾機能を維持するために感染症に対する検疫が重視されていたことの表れであった。

1902 年、フランス本国で公衆衛生法が施行され、種痘が義務化された。これも第一章で述べたとおり、コーチシナではこの本国での義務化より約 30 年も前に実施されていた。この種痘の義務化以外に、この公衆衛生法で規定されていたのは、一般的な衛生措置や衛生管理、経費の支出、罰則などであった。このうち、仏領インドシナでの種痘を含む感染症対策にかかわる重要な条文として、次のようなものがある。

第 1 条：すべての市町村において、首長は公衆衛生を守るために、町議会の意見を聞いた上で、衛生規則を含む市の命令の形で以下を定める義務がある。

1. 1884 年 4 月 5 日の法律第 97 条に従い、感染症を予防または終息させるために取るべき注意事項。特に、病人が使

用した物品や汚染された物品の消毒や破壊、一般的に感染の媒介となる可能性のある物品の取り扱いについて。

2. 住宅やその附属物、私道（閉鎖されたものや開放されたものを問わず）、賃貸住宅、その他の集落の衛生を確保するための規定。特に、飲料水の供給や廃棄物の排除に関する規定。

第 6 条：種痘は、生後 1 年目に義務付けられ、再接種は 11 歳および 21 歳におこなうこととする。親または保護者は、当該措置の実施に個人的に責任を負う。公共管理規則は、医学アカデミーおよびフランス公衆衛生諮問委員会の意見を受けて、現条項の適用に必要な措置を定める。

第 11 条：人口 20,000 人以上の集落においては、首長が第 1 条で規定された衛生規則に基づく衛生条件が提出された計画において遵守されていることを確認する許可を発行しない限り、居住施設を建設することはできない。首長が建設許可の申請を市庁舎に提出してから 20 日以内に決定を下さない場合、所有者は工事を開始する許可が与えられたとみなすことができる。首長が許可を拒否した場合には、県知事が建設許可を与えることができる。許可が申請されなかった場合、または衛生規則の遵守が確認されなかった場合には、違反報告書が作成される。これらの規則が遵守されなかった場合には、次条の規定に従って処理される。

[JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE, 19 Février
1902]

第 1 条は、市町村の首長が公衆衛生を守るために議会の意見を聞いた上で、具体的な衛生規則を定める義務を課しており、住民の健康を守るための措置を決定する役割が強調されている。また、どこまで実行に移されたのかは定かで

はないが、首長の判断に加え、議会の意見を聞くことが義務化されている点も特徴である。第6条は種痘の義務化についてである。接種は2回おこなうことが義務付けられ、保護者がその責任を負うことが定められた。第11条では、一定規模以上の集落における住宅建設に関して、首長が衛生規則に基づく衛生条件の遵守を確認しない限り、建設許可を出すことができないと規定された。これは、都市開発が公衆衛生管理と密接に結びついていることが認識されていたことを示している。特に人口密集地においては、住宅建設が公衆衛生に与える影響を避けるために、事前に衛生条件が整備されていることを確認する重要性が強調されている。

詳細は次章で述べるが、この法令は仏領インドシナにもすぐに適用されることとなった。特に、いくつかの感染症に対して強制的な予防接種が導入され、先述したように天然痘については種痘が仏領インドシナ全域で義務化された〔Monnais 2019: 55〕。

以上のように、仏領インドシナ連邦成立後の感染症対策については、まずサイゴンとニャチャンにパスツール研究所が設立されたことが重要である。パスツール研究所は仏領インドシナの医療・公衆衛生にかかわる問題の調査・研究をおこなうだけではなく、ワクチンの開発などを通じて、感染症対策に貢献する組織であった。本章が対象とする時期に、仏領インドシナで脅威とされた感染症は天然痘、コレラ、ペストであった。天然痘についてはコーチシナですでに実施されていた種痘の義務化を、仏領インドシナ全域に導入するののかについて議論がなされたが、最終的に1902年以降、義務化が実施されることとなった。コレラ、ペストについては、植民地当局が感染者や接触者の強制隔離、財産の消毒や焼却などの強権的・介入的な対策をおこなうことを可能とする法令が定められた。また、フランス本国で施行されている法令が植民地にも適用され始め、その頂点の一つが1902年公衆衛生法の植民地への導入であり、仏領インドシナ全域での種痘の義務化もその一環であった。このように、仏領インドシナ連邦成立後、感染症対策は組織、法令それぞれの面で進展を見せたが、

特にパスツール研究所の設立にみられるように組織面での進展が大きかったと言える。

本章では、仏領インドシナ連邦が成立した 1887 年からドゥメールの統治が終わる 1902 年までの時期を対象に、医療・公衆衛生施策を担う行政基盤の整備、現地住民に対する医療・公衆衛生施策の実施、感染症対策という、3つの課題に対してどのように対応しようとしたのかを、主に組織と法令の整備に注目しながら検討してきた。本章が対象とする時期の大半は、仏領インドシナ連邦の統治基盤整備に重要な役割を果たしたとされるドゥメールが総督を務めていた時期であった。ドゥメールは植民地統治を安定化させ、経済的にも発展させるためには、植民地国家の整備を進めることが重要だと考えていた。この彼の志向性は、医療・公衆衛生の分野でも、組織や法令の整備が進められたことや、労働力としての現地住民に対する医療・公衆衛生施策の提供といった面で表れていたと言える。1902 年にドゥメールの統治が終わり、次の仏領インドシナ総督に就任したのはポール・ボーであった。ボーは、ドゥメールのように経済的利益のために現地住民を搾取することは間違いであり、むしろ現地住民の精神を満たすことが重要だと考えていた。では、この医療・公衆衛生施策は、総督がボーに変わることでどのような変化があったのだろうか。

第三章 20 世紀初頭の仏領インドシナ連邦における公的な医療・公衆衛生施策

本章はポール・ドゥメールからポール・ボーヘ総督が変わった 1902 年から、第一次世界大戦が勃発する 1914 年までの期間を対象に、この時期の医療・公衆衛生上の課題に対して仏領インドシナの植民地国家がどのように対処したのかを、組織と法令の整備に焦点を当てて検討する。

ここまでの章で明らかにしてきたように、仏領インドシナでの植民地統治の展開にともない、医療・公衆衛生上の課題も変化してきた。フランスによるインドシナ統治の最初期段階に当たる仏領コーチシナ期は、軍事行動が継続していたために軍人の健康管理が最も重要な課題であり、次いで重要であったのが感染症対策であった。仏領インドシナ連邦成立後、この二つの課題のうち、軍人の健康管理については軍事行動の終結にともない相対的にその重要性が低下していったが、感染症対策についてはペストやコレラの流行もあり、重要な課題でありつづけた。また、仏領インドシナ連邦成立後に重要となった課題として、医療・公衆衛生施策を実施する上での行政基盤の構築と現地住民の健康管理があった。では、これらの課題は本章が対象とする 20 世紀初頭の時期に引き継がれたのだろうか。

まず感染症対策についてみてみることにしよう。仏領コーチシナ期、仏領インドシナ連邦成立期の両時期で問題視されていた天然痘とコレラについては、20 世紀初頭においても度々流行し、その対処は重要な課題であり続けた。天然痘とコレラに加えて、仏領インドシナ連邦成立期には 1894 年の香港での流行を契機として、ペストも重要な課題となった。ペストは 1902 年にトンキンで感染が広がり、本章が対象とする時期にはより深刻な問題となった。

それでは医療・公衆衛生施策の行政的基盤の整備についてはどうであろうか。仏領インドシナ成立後、主にドゥメールによる行政機構整備の一環として、医療・公衆衛生の領域でも行政基盤の整備が進められてきた。この整備

は、植民地内のコーチシナ、アンナン、トンキン、カンボジア、ラオスの各地域で保健部などの組織が形成されたほか、総督府レベルでも各地域の医療・公衆衛生情報を集約し、植民地全体での対策を検討することを可能とするような形でおこなわれた。そして、この組織整備はドゥメールによって完成されたわけではなく、本章が対象とする時期においても継続して組織の再編や整備がおこなわれていくことになる。

最後に現地住民を対象にした医療・公衆衛生施策の実施であるが、この課題は本章が対象とする 20 世紀初頭の時期においても、引き続き重要な課題であった。しかし、現地住民の健康が重視された理由については変化があった。第二章が対象とした仏領インドシナ成立期においては、総督を務めたド・ラネッサンやドゥメールが経済的利益を上げ財政赤字を減らすために、主要経済活動であった稲作の振興や、交易を振興するために鉄道や道路、港湾などの交通インフラの整備に注力していた。こうした経済の活性化やインフラ整備の面で、現地住民は労働力として極めて重要であり、その健康を維持することもまた重要視された。しかし、本章が対象とする時期に総督を務めたボーらは、経済的利益のために現地住民を搾取することは間違いであり、むしろ現地住民がフランスによるインドシナ統治を魅力的だと感じるように、教育をはじめとした「文明化」をもたらすことが重要だと考えていた。この「文明化」については第三節で詳述するが、「文明化」が重要だとされた背景には、ベトナム人たちを中心に現地住民のナショナリズム意識が高まり、一揆や反乱が起きていたこともかかわっていた。それらを抑え込むためにも、現地住民のための施策を推し進めていくべきだとされた〔坪井 2001: 122-123〕。そしてそのなかで、医療・公衆衛生施策は重要な要素の一つであった。

この現地住民を対象にした医療・公衆衛生施策の展開を考える上で、もう一つ重要な点として、現地住民の医療従事者の養成が挙げられる。前章でも述べたとおり、ドゥメールが 1902 年にハノイ医学校を設立した背景として医師不足という課題があり、この医師不足を現地住民の補助医師を育成することで解消しようとしたことがあった。そしてハノイ医学校で養成された現地人補助医

師の存在は、「文明化」を果たすために現地住民に医療・公衆衛生施策を実施していく上で、その重要性が増すこととなった。フランスが持ち込んだ西洋医学・医療に対しては、現地住民の間で抵抗や反発があった。この抵抗や反発を軽減し、「文明化」の一環として西洋医学・医療を現地住民に施すためには、現地住民の医療従事者が果たす仲介者としての役割が重要であった。

以上のように、本章が対象とする 20 世紀初頭の時期の医療・公衆衛生上の課題は、仏領インドシナ連邦成立期と同様に、感染症対策、行政組織の整備、現地住民を対象にした医療・公衆衛生施策の実施の三つであった。本章ではこれらの課題に対してどのような取り組みがなされたのかを、主に組織と法令の整備に焦点を当てながら検討する。まずは前章と同じように、行政組織の整備から見ていくことにしよう。

第一節 医療・公衆衛生に関わる行政組織の整備と再編

第一項 仏領インドシナ連邦全域を対象にした行政基盤の確立

第二章で明らかにしたように、仏領インドシナ連邦成立後の医療・公衆衛生にかかわる行政基盤の整備は、主にドゥメールが総督を務めた期間に進められた。この組織整備はドゥメールからボーに総督が変わっても、引き続きおこなわれていく。そして本章が対象とする期間で、組織整備の面で重要な変化があったのは、1903 年と 1908 年であった。まず 1903 年についてみてみることにしよう。

表 3-1 は 1903 年段階での仏領インドシナ連邦の医療・公衆衛生にかかわる組織を表したものである。第二章で述べた 1902 年段階の仏領インドシナ連邦の医療・公衆衛生にかかわる組織構成（第二章表 2-2 を参照）からの変更点として、まず 1902 年段階のコーチシナとカンボジア、アンナンとトンキンという枠組みが、1903 年段階ではコーチシナ、カンボジア、ラオスと、アンナン、トンキン、広州湾という枠組みに変化したことが挙げられる。この変化は仏領インドシナ連邦の一部を構成したラオスと広州湾租借地を正式に組み入れたこと

によって生じたものである。次に、1902年時点ではコーチシナとカンボジア、アンナンとトンキン、それぞれの組織を統括する仏領インドシナ連邦全体の保健部長が配置されていたが、1903年段階ではこの役職が記載されていない。記載されていないことをもって、連邦全体を統括する保健部長が廃止されたのかどうかは定かではない。最後に組織の変遷を見ると、1903年段階ではサン・ジャック岬市立療養所、タイニン、チャウドック、パウロ・コンドール (Poulo-Condore)⁶³、ナムディン、ファンティエットの医療職、タイグエン移動診療所の記載が消えている。新たに記載されるようになったものとして、サイゴン・パスツール研究所、西部種痘、東部種痘、ランビアンの医療職、バクカン、フエ、モンカイの移動診療所、そして香港と北海の在中国フランス領事館への派遣医師がある。パッキンブームとルアンパバーンの医療職は1902年にはアンナン、トンキンの枠の中に設置されていたが、1903年にはコーチシナ、カンボジア、ラオスの枠組みに移されている。このように1902年から1903年にかけて、ラオス、広州湾租借地が含まれることにより、仏領インドシナ連邦全域で組織整備がおこなわれるようになったこと、サイゴン・パスツール研究所など新たに組み入れられた組織がある一方で、記載されなくなった組織もあること、パッキンブームやルアンパバーンの医療職のように組織の位置づけが変更されたものがあるなどの変化が見られた。

⁶³ コーチシナ南岸から200km沖合に位置するコンダオ諸島 (Côn Đảo) の主島であるコンソン島。1862年以降フランスの植民地監獄として使用されていた [Fuggle 2021]。

表 3-1：1903 年段階の仏領インドシナ連邦の医療・公衆衛生組織
(Hanoi, Annuaire général de l'Indo-Chine, 1903 をもとに筆者作成) ⁶⁴

インドシナの保健部	
コーチシナ・カンボジア・ラオス	アンナン・トンキン・広州湾
保健部長	保健部長
1. サイゴンの軍事病院 (HOPITAL MILITAIRE DE SAIGON) 2. 保健評議会 (CONSEIL DE SANTÉ) 3. <u>サイゴン・パスツール研究所 (INSTITUT PASTEUR A SAIGON)</u> 4. ブノンペン総合病院 (HOPITAL MIXTE DE PNOM-PENH) 5. ミトー移動診療所 (AMBULANCE DE MYTHO) 6. チャンタブリー移動診療所 (AMBULANCE DE CHANTABOUN) 7. チョクアン病院 (HOPITAL DE CHOQUAN) 8. チョロン市立病院 (HOPITAL MUNICIPAL DE CHOLON) 9. 医療職 (POSTES MÉDICAUX) (1) ヴィンロン (Vinhlong) (2) カントー (Cantho) (3) ソクチャン (Soctrang) (4) フン (Khong) (5) <u>パッキンブン (Pak-kin-Boun)</u> (6) <u>ルアンババーン (Luang Prabang)</u> (7) <u>西部種痘 (Vaccine de l'Ouest)</u> (8) <u>東部種痘 (Vaccine de l'Est)</u> (9) <u>ランビアン (Lang-Biang)</u> 10. 領事館 (POSTES CONSULAIRES) (1) <u>ウボン (Oubone)</u> (2) <u>バタンバン (Battambang)</u>	1. 中央薬局所 (PHARMACIE CENTRALE) 2. 植民地病院 (HOPITAUX COLONIAUX) (1) ハノイ病院 (Hôpital de Hanoi) (2) ハイフォン病院 (Hôpital de Haiphong) (3) クアンイン病院 (Hôpital de Quang-yên) (4) ダナン病院 (Hôpital de Tourane) (5) <u>バクカン移動診療所 (Ambulance de Bac-kan)</u> (6) バオラック移動診療所 (Ambulance de Bao-lac) (7) カオバン移動診療所 (Ambulance de Cao-bang) (8) ハザン移動診療所 (Ambulance de Hagiang) (9) ホンゲイ移動診療所 (Ambulance de Hongay) (10) <u>フエ移動診療所 (Ambulance de Hué)</u> (11) ランソン移動診療所 (Ambulance de Lang-son) (12) ラオカイ移動診療所 (Ambulance de Lao-kay) (13) <u>モンカイ移動診療所 (Ambulance de Mon-kay)</u> (14) フーラントゥオン移動診療所 (Ambulance de Phu-lang-Thuong) (15) クアンチョウ移動診療所 (Ambulance de Quang-tchéou) (16) ソンタイ移動診療所 (Ambulance de Son-tay) (17) タクケー移動診療所 (Ambulance de That-khé) (18) トゥエンクエン移動診療所 (Ambulance de Tuyen-quang) (19) ヴィエツトチー移動診療所 (Ambulance de Viet Tri) (20) イェンバイ移動診療所 (Ambulance de Yên-bay) (21) ハザン隊 (Troupes Hagiang) 3. 医療職 (POSTES MÉDICAUX) (1) フエ (Hué) (2) ナムディン (Nam-dinh) (3) ファンラン (Phan-rang) (4) クイニョン (Quinhone) (5) タインホア (Thanh-hoa) (6) ヴィン (Vinh) 4. 公衆衛生部 (SERVICE SANITAIRE) (1) ハノイ (Hanoi) (2) ハイフォン (Haiphong) (3) ダナン (Tourane) (4) クアンチョウ (Quang-tchéou) (5) モンカイ (Moncay) (6) ホンゲイ (Hongay) (7) クイニョン (Quinhone) (8) ニャチャン (Nha-trang) 5. 中国の領事館への派遣医師 (MÉDECINES DÉTACHÉS DANS LES POSTES CONSULAIRES DE LA CHINE) (1) 広州 (Canton) (2) 海口 (Hoi-How) (3) <u>香港 (Hong-kong)</u> (4) 竜州 (Long-tchéou) (5) <u>北海 (Pac-khoi)</u> (6) 思茅 (Semaou) (7) 雲南 (Yunnan-Sen)

では地方レベルではどのような変化が見られたのだろうか。1903 年の年次報告書によると、公衆衛生委員会 (Comité d'hygiène et de salubrité publique) や保健評議会 (Conseil sanitaire)、保健部 (Service de santé・Service sanitaire) な

⁶⁴ 表 3-1 の太字下線箇所は、第二章で取り上げた「表 2-2：1902 年段階の仏領インドシナ連邦の医療・公衆衛生組織」から新たに追加されたものを指している。

ど、名称はさまざまであるが医療・公衆衛生関連の委員会、評議会、部局などが仏領インドシナ内の各地域に設置されていた。これらの組織についてハノイを事例にみてみることにしよう。ハノイに衛生評議会が設立されたのは1902年のことである。この衛生評議会は、ハノイ市長が議長を務め、砲兵隊の指揮官、市議会議員、市の医療部の医師、ハノイ病院の駐在医師、外部担当医師、民間の薬剤師、市道管理局長がその構成員であった [Hanoi, Annuaire général de l'Indo-Chine 1903: 64-72, 373-374, 459, 535-536, 542, 605, 632]。

この1902年から1903年にかけての組織整備により、コーチシナ、アンナン、トンキン、カンボジア、ラオス、広州湾租借地を含む仏領インドシナ連邦全体を対象にした医療・公衆衛生体制の行政的基盤が確立した。しかし、ドゥメールが総督を務めたときと同様に、内実は地域ごとの組織で構成されており、インドシナ総督府の保健部の役割や、各地域を統合する位置付けにある役職などは見られなかった。1904年以降もこの保健部組織に変更はくわえられていくが、組織編成の大枠については、次項で見ていく保健総局の成立までは、この1903年に確立した枠組みが維持されることとなる。

第二項 保健総局の成立とその業務

本章が対象とする1914年までの医療・公衆衛生施策に関する組織整備を考える上で、1903年の行政基盤の確立とともに重要なのは、保健総局 (Direction général de la santé) が成立したことである。保健総局は1905年に設立され、初代の局長として医療監察官のグラール (Grall) が、局長補佐として1級軍医のルブール (Reboul) が、そして事務局長として准看護長のラ・ラヴォワール (La ravoire) が就任する。この保健総局の下にはコーチシナやアンナン、トンキン、カンボジア、ラオス、広州湾租借地の各地域の保健部もしくは保健局長が配置されていた [Hanoi, Annuaire général de l'Indo-Chine 1905: 31-35]。この保健総局のもとに植民地内の各地域の保健部長や保健局長が配置されたということから、保健総局は仏領インドシナ連邦全体の医療・公衆衛生にかかわる問題を統括することが期待された組織であったことがわかる。しかし、この役割

はそもそも総督府に設置された保健部が担うべきものであり、保健総局が設立された後も1906年までは保健部が廃止されることなく存続していた [Hanoi, *Annuaire général de l'Indo-Chine* 1906: 32]。このことから1905年に保健総局が設立されてからも、その役割や位置づけが総督府内で明確になっていなかったことがうかがわれる。そして保健部が廃止され、保健総局に一本化されるのが1908年のことである⁶⁵。

1908年の仏領インドシナ連邦の年次報告書⁶⁶では保健部の記述がなくなり、それまで保健部が位置付けられていた場所に保健総局が設置され、名実ともに保健総局が仏領インドシナ連邦の医療・公衆衛生に関する業務を統括する組織となったことがわかる。そして変わったのは位置付けだけではなく、その業務もこの年次報告書で明確に規定されることとなった。

⁶⁵ 1907年について、年次報告書では、総督の権限下に置かれる部局は、総督官房 (Cabinet du Gouverneur général)、軍事部 (Services militaires)、海軍部 (Services maritimes)、司法部 (Service judiciaire)、財務会計局 (Direction des finances et de la comptabilité)、財務監査局 (Direction du contrôle financier)、農業・商業局 (Direction de l'agriculture et du commerce)、公共事業局 (Direction des Travaux publics)、関税・公社局 (Administration des douanes et régies)、郵便電信局 (Administration des postes et télégraphes)、登録・不動産・印紙局 (Direction de l'enregistrement, domaines et du timbre)、教育総局 (Direction générale de l'enseignement) であるという記述があり、1899年2月13日の行政命令に基づき、総督府の業務と地方行政の業務に境界線を引いた結果であるとされている。年次報告書の末尾に記載のある組織一覧にも保健部や保健総局といった記述はない [Hanoi, *Annuaire général de l'Indo-Chine* 1907: 74, IV]。なぜ1907年では保健部もしくは保健総局の記述がなく、1899年の行政命令に則っているのかは不明である。考えられる理由として、保健総局の設立には1907年4月2日と3日の政令もかかわっていたため、移行期であったことから取り急ぎ過去の行政命令に則ったことが考えられる [Hanoi, *Annuaire général de l'Indo-Chine* 1908: 90]。

⁶⁶ 以下、保健総局に関する記述は1908年の仏領インドシナ連邦の年次報告書 [Hanoi, *Annuaire général de l'Indo-Chine* 1908: 146-150] に拠る。

表 3-2 : 1908 年段階の仏領インドシナ連邦の医療・公衆衛生組織

(Hanoi, Annuaire général de l'Indo-Chine, 1908 をもとに筆者作成)

インドシナの保健総局 (DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE)	
インドシナの保健総局長	
総局 (DIRECTION GÉNÉRALE)	
職務内容 1. 病院施設および一般業務の運営と管理 2. 公衆衛生の維持と保護 A. 個人に関する衛生措置：感染症の管理、予防、消毒、ワクチン、ハンセン病および療養施設、狂犬病、衛生に関する分析および検査、公共施設の衛生、学校衛生、売春の監視 B. 建物に関する衛生措置：不衛生な建物および施設、建設許可、廃棄物処理 C. 地域に関する衛生措置：土地の改善・蚊・湿地の管理、飲料水、下水道、道路管理、医療地理学 D. 人口統計 E. 上級評議会、衛生委員会との連携 3. 港湾衛生警察 4. 医療支援 5. 在外公館（フランス領インドシナ政府管轄）の医療サービス 事務局 衛生研究所	
I. トンキン地方保健局	
細菌学および炭疽研究所 種痘研究所 A. 港湾衛生警察 ハイフォン衛生管区、ハイフォンのラザレット、モンカイ衛生基地、ホンゲイ衛生基地、ワリュ港 (Port-Wallut) 衛生基地、広州湾衛生基地 B. 医療支援 支援職： ナムディン (Nam-dinh)、ヴィンイエ (Vinh-yên)、ソントイ (Son-tay)、タイビン (Thai-binh)、ニンビン (Ninh-binh)、ハイズオン (Hai-duong)、フンイエ (Hung-yên)、ラオカイ (Lao-kay) 外部サービス： ハノイ (Hanoi)、モンカイ (Moncay)、フート (Phu-tho)、ハイフォン (Haiphong)、バクザン (Bac-giang)、バクカン (Bac-kan)、バクニン (Bac-ninh)、バオラック (Bao-lac)、カオバン (Cao-bang)、ハドン (Ha-dông)、ハザン (Ha-giang)、ハナム (Ha-nam)、ホンゲイ (Hongay)、キエンアン (Kiên-an)、ラングソン (Lang-son)、フックイエ (Phuc-yên)、クアンイエ (Quang-yên)、ソントイ (Son-tây)、タイグエン (Thai-nguyên)、タトケ (Thật-khê)、トゥエンクエン (Tuyên-quang)、イエ (Yên-bay) 市内サービス： ハノイ (Hanoi)、ハイフォン (Haiphong)	

II. アンナン地方保健局
ワクチンサービス A. 港湾衛生警察 ダナン衛生管区、ダナンのラザレット、ヴィン衛生基地、ドンホイ (Dong-hôi) 衛生基地、クイニョン衛生基地、ニャチャン衛生基地、ファンラン (Phanrang) 衛生基地、ファンティエット衛生基地 B. 医療支援 支援職：ヴィン (Vinh)、クイニョン (Quinhon)、タンホア (Thanh-hoa)、ファンティエット (Phantiet)、フエ病院、クアンチ (Quang-tri)、ドンホイ (Dong-hôi)、ファンラン (Phanrang)、クワンガイ (Quang-ngai)、ファイフォ (Fai-foo)、ソンカン (Song-can)、ハティン (Ha-tinh) 外部サービス：ダナン (Tourane)、ニャチャン (Nha-trang) 南アンナン鉄道路線建設現場
III. コーチシナ地方保健局
A. 港湾衛生警察 サイゴン衛生管区、サイゴンのラザレット、サン・ジャック岬衛生基地、ミトー 衛生基地、ヴィンロン衛生基地、ソクチャン衛生基地、カントー衛生基地、ベンチェ衛生基地、ゴコン衛生基地、パウロ・コンドール衛生基地 B. 医療支援 支援職：チョクアン病院、ベンチェ、チャーヴィン、パウロ・コンドール、サデック、ラクザー、ヴィンロン、ソクチャン、タイニン、カントー、バクリュウ、ロンスエン、トゥザウモ、ピエンホア、ゴコン 外部サービス：サイゴン、ジアディン (Gia-dinh)、ミトー、チャウドック 市内サービス：サイゴン、チョロン
IV. カンボジア医療支援部
プノンペン病院 (Pnom-penh)、バットバン (Battambang)、カンポット (Kampot)、コンボンチャン (Kompong-chang)、ストゥントレン (Stung-treng)、プレイヴェン (Prey-veng)、コンボンチャム (Kompong-cham)、スヴァイリエン (Soai-rieng)、タケオ (Takeo)、カンダル (Kandal)
V. ラオス医療支援部
ヴィエンチャン (Vientiane)、ルアンパバーン (Luang-prabang)、フン (Khong)、シエンクワーン (Xien-khouang)、移動ワクチン
VI. 仏領インドシナ総督府管轄の各領事館における医療サービス
広州フランス病院 (Hôpital français)、海口 (Hoi-how)、北海 (Pac-hoï)、竜州 (Long-tchéou)、蒙自 (Mongtseu)、雲南 (Yunnan-fou)

年次報告書で規定された保健総局の業務は大きく分けて、病院施設の指導および管理、公衆衛生の管理、港湾衛生警察 (police sanitaire maritime)、医療支援、一般予算に属する領事館の医療サービスの技術的監督の五つであった。それぞれの業務は以下のとおりである。

この「病院施設の指導および管理」の病院施設とは、仏領インドシナ総督の直接的な権限のもとに運営され、あらゆる患者に対して開放されている施設であった。これに該当する施設は、コーチシナのサイゴン病院とミトー医療診療

所、アンナンとトンキンのハノイ、ハイフォン、クアンイェンの病院とダナン、ラオカイ、ソントイ、ヴィエットチー、フーラントゥオン、湛江 (Fort-Bayard) ⁶⁷の移動診療所であった。

公衆衛生の管理については、1902年2月15日にフランス本国で制定された公衆衛生法をインドシナに適用することが1905年9月19日の行政命令で決定されたことを受け、それを実践することが主たる業務となった。この1905年の行政命令では、インドシナの各植民地地域や市町村に対して衛生に関する規則を定めることを求めている。具体的には、コーチシナの衛生規則は1906年1月20日に承認され、トンキンのものは公衆衛生上級評議会 (Conseil supérieur d'hygiène) に提出され、4月3日に承認された。アンナン、カンボジア、ラオスの規則は1908年段階ではまだ準備中であった。全体で統一した規則を作るのではなく、植民地地域ごとに規則に関する文書を作成していたのは、現地住民の慣習、伝統、儀式を侵害しないよう努めながら、公衆衛生を提供するためであった。このように公衆衛生上の行政措置が決定されていくなか、実際におこなわれた具体的な衛生業務とは、衛生の概念を普及させるための宣伝や教育、消毒、予防接種、ハンセン病の病院施設の管理などであった。

衛生警察自体は第一章が対象とした仏領コーチシナ期から、港湾での検疫を対象とする組織としてすでに存在していた。1907年4月、トンキンとアンナンで港湾衛生警察に関する規定が定められ、その職務が明確化された。港湾衛生警察が整備されたことにより、検疫の規定が一部緩和され、感染症のリスクが疑われる船舶が植民地の港に入港した際、港湾衛生警察による継続的な衛生監視の下、荷物の積み下ろし作業をおこなうことが許可されるようになった。健康証明書⁶⁸についてもその使用範囲が西洋人以外にも拡大され、財産を持ち、

⁶⁷ 現在の中国・広東省にある市で、広州湾租借地の主要都市であった。

⁶⁸ 第一章の検疫に関する行政命令と同様に、ここでも健康証明書に関する具体的な記述はないが、感染症やその他の疾病の蔓延を防ぐ目的で渡航者や貿易品の検疫証明、住民の健康状態を管理するための証明書を指していると推察され、これは18世紀にマルセイユでペストが流行した際にも利用された手法と同じであると見込まれる。1720年には、防疫強化

保証人が西洋人か著名な現地住民であれば、アジアの人々にも発行されるようになった。

医療支援とは、軍医と医療支援隊（Corps des médecins de l'assistance）の医師が協力して医療を提供することであり、1905年6月30日の行政命令によってその基盤が確立された。そして1906年には、給与や昇進の条件、研修期間などについても具体的に定められた。昇進の条件については、職業上の評価、過去の職業評価、現地語の知識、科学的業績などを考慮することが決められた。

最後に、一般予算に属する領事館の医療サービスについてである。これは中国とシャムに対する医療支援のことであり、それらの地域で影響力を獲得することが目的であった。中国には医療職を有する領事館が六つあり、特に雲南や龍州などの領事館の医師たちは衛生、農業、教育などに関して各地の代表者から相談を受けることもあった。

このように保健総局は仏領インドシナ連邦の医療・公衆衛生施策を管理・統括する役割を果たすものであった。そして、この保健総局が中心となり、これら五つの業務を軸とする体制は1914年まで継続していく⁶⁹。

ここまで本節では、1902年以降、1914年までの仏領インドシナ連邦における医療・公衆衛生に関する組織整備についてみてきた。第二章で検討したドゥメールによって整備された行政機構は、1903年に再整備がなされた。この再整備はラオス、広州湾租借地を仏領インドシナ連邦の医療・公衆衛生組織の体系の中に組み入れることにより、組織の枠組みを整理すること、この枠組みの整理にともない組織の再配置や改廃を実施したこと、そしてサイゴン・パスツール研究所を総督府の組織体系の中に組み入れたことなどからなるものであった。

のため、ヴェルドン河、デュランス河、ローヌ河を、健康証明書を所持せずに渡ることは禁止された [リュスネ 1998: 199]。

⁶⁹ 1912年の年次報告書では、インドシナ保健総局（Direction du service de santé de l'Indochine）という名称だが、1913年の行政年次報告書ではインドシナ衛生医療部総監察（Inspection Générale des service sanitaires et médicaux de l'Indochine）という名称になり、1914年にはインドシナ衛生医療部（Services sanitaires et médicaux de l'Indochine）という名称になっている [Hanoi, Annuaire général de l'Indo-Chine 1912: 316, 1914: 86; Hanoi-Haiphong, Annuaire général de l'Indo-Chine française - partie administrative 1913: 84]。

次に大きな変化として、保健部が廃止され新たに設立された保健総局が仏領インドシナ連邦の医療・公衆衛生施策の管理と統括を担うことになったことがある。保健総局は総督府直営の病院・診療所、公衆衛生、港湾衛生警察、軍医や医療支援隊、領事館の医療サービスの監督・管理業務を担い、仏領インドシナ連邦の医療・公衆衛生施策の根幹をなす組織であった。

このように 1902 年以降も組織整備が進められたのであるが、この整備された組織は実際の医療・公衆衛生上の課題にどのようなことをおこなっていたのであろうか。本章が対象とする時期の重要な課題であった感染症対策について、次節で見てみることにしよう。

第二節 感染症対策

第一項 パスツール研究所と感染症対策

仏領コーチシナ期から継続して流行が繰り返されていた天然痘に着目すると、コーチシナでは仏領コーチシナ期から種痘が実施されていたこともあり、死亡率が約 10 分の 1 へと減少し、天然痘はほぼ消滅したことが報告されていた。しかし、トンキンやアンナンなどの他の地域では、種痘の巡回接種が開始されて間もないことから、時折天然痘の流行が再燃することがあった。このときコーチシナでは人口の大部分が種痘を受けていることが報告されていたが、トンキン、アンナン、カンボジア、ラオスでは現地人医師が不足していることで種痘が実施できない場合はヨーロッパ人医師が地域を移動して種痘をおこなった。そしてこの種痘のためのワクチンを生産していたのがサイゴンのパスツール研究所などであった [Clavel 1908: 44]。

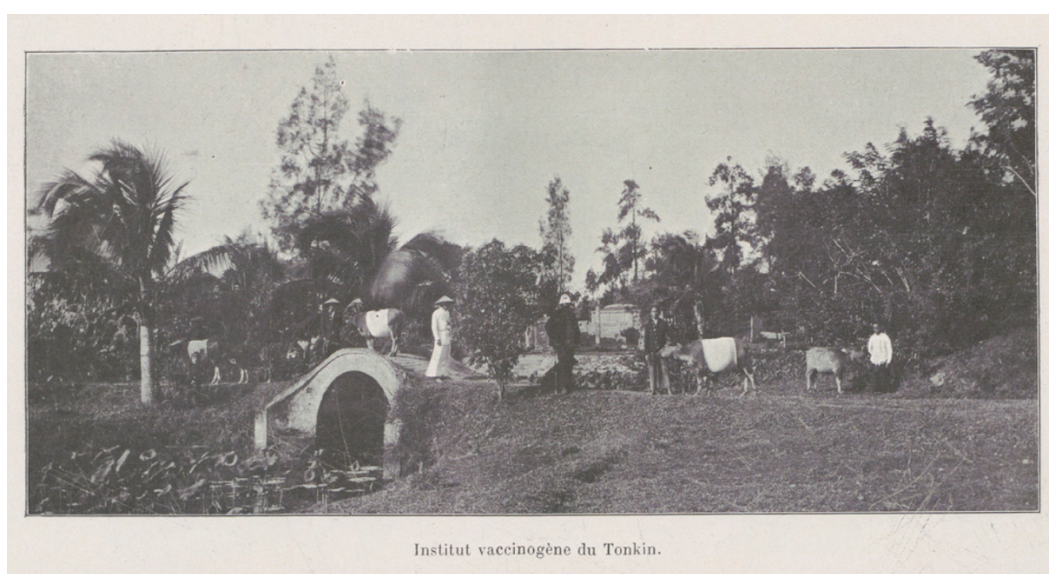
19 世紀末から 20 世紀初頭にかけて、パスツールやコッホらによる微生物学の発展により、細菌などの感染症を引き起こす病原体が発見されるようになり、感染症への対処もこの病原体への対処、具体的には感染症の病原体の研究や実験、その結果を応用したワクチンや血清の開発といった対処がおこなわれるようになった。仏領インドシナにおいても、細菌学研究所、ワクチン製造

所、化学衛生実験室などが設立され、その所長たちによって構成された常設の委員会が組織されるなどしていた [Monnais-Rousselot 1999: 90]。しかし、仏領インドシナにおける感染症の研究、ワクチンや血清の開発については、やはり 1892 年に設立されたサイゴン・パスツール研究所と、香港でペスト菌を発見したイェルサンが設立したニャチャン・パスツール細菌研究所が重要であった。

天然痘に関して言えば、種痘に用いる牛を使用した生ワクチンは全て仏領インドシナ内で生産されており、主な生産拠点はサイゴンのパスツール研究所と、写真 3-1 のトンキンのワクチン研究所であった。サイゴンで生産された種痘用のワクチンはコーチシナ、カンボジア、ラオス、南アンナンに供給され、トンキンで生産されたワクチンはトンキン、北アンナン、領事館拠点に供給された。また、ラオスの高地にもワクチンの製造拠点が設置され、これらの施設から供給されるワクチンは高品質で、初めて種痘をおこなう際の成功率は 7~8 割であったことが報告されている [Clavel 1908: 44]。

写真 3-1: トンキンのワクチン研究所

(Clavel. 1908. L'Assistance Médicale Indigène en Indo-Chine—Organisation & Fonctionnement. Paris.)



ほかにも、仏領インドシナのパスツール研究所で生産されていたワクチンの一つとして、狂犬病ワクチンがある。狂犬病は脳炎を発症する狂犬病ウイルスによって発症する感染症であり、人間は狂犬病ウイルスを保有するイヌに噛まれることによって発病することが多い。現代においても発症した後の有効な治療方法はなく、死にいたる深刻な人獣共通感染症である。ルイ・パスツールは1885年にこの狂犬病のワクチンを製造し、患者へのワクチン投与に成功した〔パーカー 2016: 203-205〕。そして、この狂犬病ワクチンの製造と接種は、特に1904年から1905年にかけてインドシナのパスツール研究所でも実施されていた〔Fourniau 2002: 672〕。

ニャチャン・パスツール細菌研究所では上記の狂犬病ワクチンだけでなく、さまざまな感染症に対するワクチンや血清の製造がおこなわれていた。下記の表3-3がその一部である。

表 3-3：ニャチャン・パスツール細菌研究所が供給した血清（1906年）

（Hanoi, Annuaire général de l'Indo-Chine 1908: 99 をもとに筆者作成）

ニャチャン・パスツール研究所 a) 血清部門	
抗ジフテリア血清：	375瓶
抗破傷風血清：	631瓶
抗連鎖球菌血清：	460瓶
抗毒蛇血清：	194瓶
抗ペスト血清：	9,998瓶
抗家畜ペスト（牛疫）血清：	3,665瓶
抗炭疽血清：	800瓶
未精製マレイン（鼻疽用）：	170cc
未精製ツペルクリン：	5cc
第1型炭疽ワクチン：	2瓶
第2型炭疽ワクチン：	5瓶
ハフィキン・ワクチン（ペスト予防用）：	2,830回分
殺鼠剤：	145チューブ

特にペストのための血清は他の感染症の血清と比較しても非常に多く生産されていた。さらに血清が不足した場合は、パリで生産されたものをニャチャン

に出荷することでその不足分を補っていた [Hanoi, Annuaire général de l'Indo-Chine 1908: 99, 1809] 。

このように感染症にたいして、血清やワクチンの製造と接種という手法を用いた対策が、パスツール研究所によって進められていた。それでは実際に感染症が流行した際、仏領インドシナ連邦ではこのパスツール研究所の取り組みを含む、どのような対策がおこなわれていたのでしょうか。19 世紀末以降、流行を繰り返していたペストを事例にみてみることにしよう。

第二項 ペストの流行

これまでの章で述べてきたように、感染症対策は仏領コーチシナ期以来、継続して医療・公衆衛生上の課題であり、主な対象とされた感染症は天然痘とコレラであった。天然痘、コレラに対しては、種痘の義務化や下水道の整備、感染者・接触者の強制隔離、港湾での検疫の実施などの対策がおこなわれてきた。それにもかかわらず、1902 年以降も天然痘とコレラは仏領インドシナで流行を繰り返した。当時の宣教師や医師の推計によると、天然痘が流行するとトンキンの児童の 9 割が罹患し、死亡率は 5 割から 7 割におよんだ [Monnaiss-Rousselot 1999: 46] 。1904 年のコレラ流行時には、現地住民だけではなく、フランス本国から派遣されていた軍人にも感染が広がった [Fourniau 2002: 673] 。そしてこの天然痘とコレラに加えて、19 世紀末から問題となったのがペストであった。

1894 年の香港での流行以降、ペストは日本や東南アジア、インドなどのアジア地域だけでなく、アフリカや南アメリカなど世界に感染を広げていった [飯島 2000: 25] 。仏領インドシナも例外ではなく、ボーが総督に就任して間もない 1902 年 4 月に、トンキンでペストが流行し大きな問題になった。それではこの 1902 年の流行時、どのような対策が実施されたのであろうか。

ペストについては、ニャチャン・パスツール細菌研究所の初代所長であったイエルサンらによって、病原体であるペスト菌が同定されるだけでなく、ペスト菌を媒介するのがネズミなどの齧歯類に寄生するノミであることなどが突

き止められていた。ノミの駆除は困難であることから、ノミの宿主であるネズミの駆除が対策として実施された。しかしネズミの駆除も容易ではなかった。これはドゥメールによってフランス人居住地区を中心に排水口や下水道の整備が進められており、泳ぎが得意なネズミにとって下水道管や排水路などは絶好の住処であり、そこに住むネズミの駆除が難しかったためである。この状況に対して、当初は下水道整備の訓練や教育を受けた現地の整備士に、ネズミ駆除の作業をおこなわせることで対応しようとした。しかし、ネズミの駆除という下水道整備の専門性がなくても取り組むことができる作業を負わせられることに整備士たちは反感を覚え、作業を放棄した。そこで、次なる対応策として、ネズミを1匹殺したら報酬として4セント支払うという仕組みを導入し、現地住民にネズミ駆除をおこなわせることにした。しかしこの仕組みもうまくいかなかった。その原因は仏領インドシナ総督府がネズミの死体ではなく、殺したネズミの尻尾を提出させ、報酬を与えるとしていたため、現地住民はネズミを捕えると、尻尾のみを削ぎ落とし、ネズミ自体は殺さず逃がしていたからであった [Vann and Clarke 2019: 74-96]。

このようにネズミ駆除という対策はうまくいかなかったのであるが、この1902年のペスト流行を受けて、次なる感染症の流行に備えて具体的な対応策が定められていく。それは、死者が出たら現地住民から「里長 (Ly-Truong)」と呼ばれている街路の責任者に報告し、その責任者は決められた様式に則り最寄りの警察署に報告する必要があること、その後、西洋人スタッフと現地の通訳者が一緒に死者の出た家を訪ね、調査をおこない、その結果を保健局の医師に報告すること、医師と通訳者が死体を検死し、住居を検査し、家族、近隣住民などに事情聴取をおこない、全て問題なければこの医師が埋葬許可証を発行すること、そしてペストやコレラが疑われる場合は、死体を市の死体安置所に送るとともに、中央警察署に家屋の消毒と感染者の特定が必要であることを通報することなどであった [ibid.: 87-97]。

実際に感染症が流行した際には、具体的な対策は仏領インドシナ内の地域ごとに実施された。たとえば、1906年から1907年にかけてコーチシナで感染症

が流行した時、サイゴンの衛生評議会が主導し、中国からの移民の一時停止や、移民に対する厳格な監視、血清接種のための隔離措置、感染地域からの避難、汚染物の消毒や焼却などの対処がおこなわれた。また、これらの措置を管理するために衛生評議会の下に衛生副評議会が設立され、駅や市場に対する監視もおこなわれた [Monnais-Rousselot 1999: 146]。

1908年のペスト流行時は、仏領インドシナ全域で実施される一般的な措置と、地域ごとに状況に応じて実施される個別措置が実施された⁷⁰。

一般的な措置は大きく、仏領インドシナ内の感染源の封じ込めと、仏領インドシナ外からの感染源の流入の封じ込めの、二つの封じ込めからなるものであった。仏領インドシナ内の感染源の封じ込めでおこなわれた措置は、消毒、殺菌、隔離、予防接種の四つであった。まず消毒、殺菌は、硫黄の蒸気を用いたり、石灰を撒いたり、床板を煮沸消毒したりする形で実施され、太陽光による消毒も推奨された。また、消毒が困難な場合は、建物の解体がおこなわれ、家の所有者にはその分の補償が支払われた。ネズミの駆除には報奨金制度を設けたほか、捕獲用の装置を設置したり、猫を増やしたりすることがおこなわれた。感染者の隔離については、ヨーロッパ人は病院に、現地住民は隔離施設に隔離され、収容施設の混雑緩和と不満解消のため、隔離期間は当初の10日間から5日間に短縮された。予防接種はイエルサンの血清を使用し、防疫作業員に投与されたほか、希望者の自主的な接種も認められていた。他にも、感染物質の隔離や、検疫施設の設置、公衆衛生規則の徹底も実施され、地元の医師らによって啓発活動がおこなわれた。

仏領インドシナ外からの感染源の流入の封じ込めは、検疫、消毒、保健証明書の適用という措置によって実施された。感染者の存在が確認されている船舶は、消毒などの設備が整っているサイゴンまたはハイフオンの港で消毒をする必要があり、消毒が完了するまでは乗員・乗客は自由に行動することが許されず、穀物は納品前に日光にさらすことで消毒された。また、アジア地域にいる

⁷⁰ 以下、ペスト流行に対する一般的な措置と地域ごとの個別措置に関する記述は [ANOM, GGI, S41, 6723] に拠る。

すべての人が有効な保健証明書を保持することが求められた。旅行者は港湾検疫施設で数日間留め置かれ、感染の有無を確認された。

次に地域ごとの個別措置である。まず、トンキンにおける措置から見ていくことにしよう。トンキンではヒトやモノが移動する陸路や海路の主要ルート上に検疫所を設け、そこで検疫や消毒が実施されていた。追加の検疫所を設置する計画もあり、紅河デルタの主要地点では恒常的に人員を配置する計画が立てられた。また、広州湾租借地では、防疫施設や人員が不足しており、現地住民を感染症から守るには限界があることから、感染症対策の一環として中国との連携が必要だとされた。

カンボジアではプノンペンで防疫が進められ、船舶に対しては硫黄を燃やして消毒がおこなわれた。移動式の消毒装置も設置され、現地の衛生官からなる特別部隊がヨーロッパ人の監督の元、防疫を実施していた。

地域ごと⁷¹の対策で重視されていたのが、クレイトン装置⁷² (Clayton apparatus) と呼ばれる消毒装置が十分にあるかどうかであった。この装置が不足しているところには追加で設置することが検討されていた。実際に対策をおこなう衛生要員については、植民地にいる西洋人の軍医と民医によって構成されていたが、人数が限られており、ハノイ医学校で教育を受けた現地人医師が増えることが期待された [ANOM, GGI, S41, 6723]。

このように地域ごとの個別措置は、消毒や殺菌、隔離、検疫といった一般的な措置で定められていたことを、各地域レベルで具体的に適用する形で実施さ

⁷¹ この書簡では、サイゴンとラオスに関する記述は防疫の計画・構想にとどまっていた。コーチシナの中心であったサイゴンでは、防疫強化のため、隔離や消毒などの衛生処置を実施し、船舶は衛生検査を通過したあとに河川を遡ることが認められるよう構想されていた。ラオスでは、国境防疫は人員が足りておらず、ペスト流行につながりかねない感染経路が複数存在していたため、移動診療所で訓練された現地の衛生監視員による監視拠点が複数設置される計画が立てられた [ANOM, GGI, S41, 6723]。

⁷² クレイトン装置とは、二酸化硫黄 (SO₂) を生成し、空間内に循環させるシステムであり、病原体や害虫を効果的に除去するために使用されていた [The Royal Institute of Public Health 1922: 28-29]。

れていた。そして、ペスト流行の程度や利用可能な設備や人員などに応じて、実際におこなわれていた措置の内容や限界が決まっていたことがわかる。

ここまで感染症対策という課題に対して、特にペストを対象に、1902年以降、仏領インドシナ国家がどのような対処をおこなってきたのかを検討してきた。19世紀末以降の微生物学の進展により細菌などの病原体が特定され、ワクチンや血清といった病原体に直接アプローチする対策がおこなえるようになった。仏領インドシナでこのアプローチの根幹を担ったのがパスツール研究所であった。本章が対象とする時期に脅威となった感染症は天然痘、コレラ、ペストだったが、このうち最も対処が必要とされたのがペストであった。ペストは1894年の香港での流行以来、世界各地に感染が広がり、ヨーロッパ中世の黒死病の記憶とも相まって、強く警戒された感染症であった。仏領インドシナでは1902年、1908年に大きな流行があり、1902年の流行時はネズミの駆除が対策の柱であったが、これはうまく機能しなかった。この教訓から、ペストを念頭に置いた感染症対策が整備されることとなった。それは消毒や殺菌、隔離、検疫といった、これまでも実施されていた対策を体系化する形で実施され、その中にはパスツール研究所で生産された血清の仕様も含まれていた。実際の対策は、植民地内の地域ごとで実施されたが、どの程度対策がおこなわれたのかは、ペスト流行の状況や利用可能な設備や人員の多寡によって規定されていた。

さて、天然痘にせよ、コレラにせよ、ペストにせよ、感染症が流行した際、もっともその影響を受けたのは現地住民であった。ドゥメールと異なり、ポール・ボーは現地住民に「文明化」の恩恵を与えるべきだと考えており、この恩恵の中には医療・公衆衛生も含まれていた。それでは、具体的に現地住民を対象にどのような医療・公衆衛生施策が展開されたのであろうか。

第三節 現地住民への医療・公衆衛生施策の展開

第一項 文明化の使命

フランス植民地帝国の歴史を研究したヤコノは、植民地化に統一された理論は存在しないものの、大きく三つの思想の流れがあると指摘している。一つ目は「開発」であり、植民地化とは資本投下の手段の一つであるという思想である。二つ目は「同化」であり、政治的・行政的に同化させることを指している。三つ目は「協同」であり、植民地を政治的にはフランスに依存させつつ、行政や経済、財政の面では植民地をなるべく自立させるべきだという思想である〔ヤコノ 1998: 78-80〕。

坪井によれば、この「同化」も「協同」も目的は同じであり、それはフランス共和国の「自由・平等・博愛」という理念を、国内外へ広く共有することであり、この理念はフランスの植民地統治にも適用されるとされ、「未開」とみなされた地域を文明化し、フランスの普遍的な価値観に同化させることが「使命」として掲げられた〔坪井 2001: 123〕。つまり、この理念を達成するための手段が同化政策であり、協同政策であった。では、これらはいったいいかなるものだったのか。

坪井によれば、同化政策は三つの段階を持つとされる。第一に武力による平定化であり、これによって植民地支配の基盤が築かれた。第二に鉄道や建築物などの「近代的なもの」を顕示し、現地住民にフランスの優越性を印象付けることで、心理的な畏怖を抱かせることである。財政機構や行政機構の整備もこの一環とされる。第三に、言語学習や教育、文化活動を通じて、現地住民の精神と文化をフランス化させることが挙げられる〔*ibid.*: 123〕。また、工藤は仏領アルジェリアに関する研究のなかで同化政策を、「市民としての権利付与」、「行政制度の斉一化」、「文化的な同質化」という三つの側面で整理しており〔工藤 2013: 185〕、この「市民としての権利付与」と「行政制度の斉一化」は坪井の三つの段階でいうところの二つ目である現地住民を心理的に圧倒することに該当し、そして「文化的な同質化」は三つ目の精神と文化のフランス化に該当すると言える。

また、協同政策とは現地住民が自発的にフランスの理念に賛同することで、フランスの文明化を果たすという使命に自ら貢献してくることを想定していた政策であった〔坪井 2001: 124〕。これは、坪井の挙げた同化政策の三つの段階や工藤の三つの側面のうち、「精神と文化の同化」や工藤の「文化的な同質化」と一致するものであり、その他の同化政策の段階や側面が一定の強制性を持っているのに対し、精神的な満足を重視するものであった。

「文明化」が植民地統治の文脈で重要な理念として登場するに至った背景には、いくつかの要因があった。第一に、啓蒙思想の影響である。18 世紀後半から 19 世紀初頭にかけて、啓蒙思想は人間の自由や平等を普遍的な価値として掲げ、フランス革命で提唱された「自由、平等、博愛」という理念と結びついた。この理念は国内の改革だけでなく、植民地における支配の正当性にも影響を与えた。特に、「自由」や「平等」の価値観は、植民地の被支配者に対する支配が果たして道徳的に許容されるのかという問いを生み出した。この結果、フランスは植民地支配を単なる搾取ではなく、啓蒙思想の延長線上で正当化する必要に迫られ、未開地域の「文明化」という理念がその答えとして提示された〔平野 2002; 田中 2010〕。

第二に、19 世紀後半には社会主義や自由主義からの批判が高まった。マルクス主義の登場により、植民地主義は資本主義の延長として批判され、植民地が「資本主義的搾取の場」として機能していることが問題視された。この批判は植民地政策が経済的不平等を助長し、労働者階級を抑圧しているとの議論を促進した〔富沢 1968〕。

第三に、人道主義の台頭が挙げられる。第一の要因とも関連するが、フランス革命時の人権宣言で謳われた自由や平等の観点から、人が人を所有することは許されるのかという議論が起きた。この議論を契機に始まった奴隷制廃止運動をはじめとする奴隷解放の動きは、フランスの植民地政策においても重要な転換点となった。これにより、植民地支配は単なる経済的搾取ではなく、被支配者を「未開」から「文明」へと導く人道的使命として再定義された〔平野 2002: 25-81〕。これらの要因が複合的に作用した結果、20 世紀初頭には、植民

地支配を正当化するための枠組みとして「進んだ国フランスには、劣って遅れた民族を文明化する使命がある」[*ibid.*: 60] という「文明化の使命 (*mission civilisatrice*)」が強調されるようになった。

そしてこの文明化の使命を果たすことを目的とした協同政策は、インフラ整備や教育制度の拡充といった具体的な政策に反映された。たとえば、ボーの1905年12月11日の最高会議 (*Conseil Supérieur*) における演説では、鉄道建設や行政機関の整備が、経済的発展と文明化の両立を目指すものとして言及されている。ボーは、カンボジアやラオスの経済的停滞を打破し、現地住民に富と文明の「より高い段階」へと到達する手段を提供する必要性を説いた [*Saigon, Discours prononcé par M. Beau, Gouverneur général de l'Indochine, à l'ouverture de la session ordinaire du Conseil supérieur 1905*]。

その後、1908年に総督に就任したアントニー・ワディスラス・クロブコウスキー (*Antony Wladislas Klobukowski*, 任期 1908-1911) も、教育と文化を通じた文明化を強調した。彼の演説では、フランスの官僚が教育者として先導的な役割を果たすこと、現地住民に高度な教育と文化的価値を提供することが述べられている。教育の拡充は、現地住民の精神的満足を促し、文明化の成果としての尊敬を自発的に引き出すものとされた [*Hanoi-Haiphong, Discours prononcé par M. Klobukowski, Gouverneur général de l'Indochine, à l'ouverture de la session ordinaire du Conseil supérieur, 1908*]。

さらに、1911年にインドシナ総督となったアルベール・サロー (*Albert Sarraut*, 任期 1911-14, 16-19) は、「文明化の使命」をフランスの人道的責務として位置づけた。サローは、文明化が単なる植民地支配の口実ではなく、支配者と被支配者双方の権利に基づく協同的なプロセスであるべきだと主張した。そして、「文明化」の使命を果たすことは、フランスが果たすべき「人道的使命」であることを強調したのである。このような「真の文明化」の必要性は、サローの植民地政策の根幹を成す理念であった [サロー 2021: 159, 163-164]。

協同主義の考え方に基づいた施策には教育の普及、医療支援の拡充、現地人官吏をより行政に関与させることが含まれていた [坪井 2001: 125]。たとえば

教育⁷³については、20世紀初頭よりトンキン、アンナン、コーチシナのベト族地域で、それまでの漢字による表記ではなく、ローマ字表記の国語（クオック・グー）が義務教育で使用する言語とされた。さらにフランス語の普及のために、高等小学校（*Primaires supérieures*）などでは初歩フランス語が導入された〔Brocheux and Hémery 2009: 220〕。行政面でも、トンキンでは現地住民からなる現地人協議会（*Chambre consultative indigène*）と地方有力者会議（*conseils provinciaux*）を再編成し、1913年4月にはこの協議会と有力者会議をアンナンにも拡張した。さらにサローはフランス人の下級官僚を現地住民に置き換え、植民地公務員を現地住民のエリートに開放することを目指した〔*ibid.*: 301〕。

また、仏領インドシナにおいて、植民地国家が「文明化の使命」を果たすことに注力した背景の一つに、ベトナムにおける民族意識の高まりがあった。この民族意識の高揚は、植民地支配に対する根強い反発を生む土壌を形成し、20世紀初頭にかけてさまざまな抵抗運動として顕在化していく。その象徴的な例が、ファン・ボイ・チャウによる活動である。ファン・ボイ・チャウは19世紀末から20世紀初頭にかけてベトナム民族運動の指導者として活躍し、特に1904年に設立された維新会（*Duy Tân Hội*）は、フランスの植民地支配からの脱却を目指す最初期の組織的運動の一つであった。維新会は「東遊運動」

（*Phong Trào Đông Du*）を通じて、若い世代に日本を手本とした近代的教育を受けさせることで、植民地支配に対抗し得る人材を育成することを目的とした。こうした運動はフランス植民地当局にとって大きな脅威となった。

1908年には、ハノイやアンナンを中心に一揆や反乱が相次ぎ、フランスの植民地支配に対する直接的な挑戦となった。これらの一揆には、農民だけでなく、都市部の知識人や青年層も加わっており、民族運動の広がりや深まりを示していた。このような背景には、維新会や東遊運動による意識改革が大きく影響していたと考えられる。

⁷³サローは2度総督を務めており、本格的な教育政策は2度目の就任時にとられた〔古沢2009〕。

さらに 1911 年に中国で発生した辛亥革命は、ベトナムの民族運動にさらなる刺激を与えた。辛亥革命は清朝の打倒と共和政の樹立を実現したアジアの最初の近代革命であり、多くのベトナム人活動家にとって植民地支配からの解放という希望の象徴となった。ファン・ボイ・チャウをはじめとするベトナムの独立運動指導者は、辛亥革命の成功に触発され、フランス植民地当局への抵抗を強めた。しかしフランスはこれに対して厳しい弾圧を加えた。日本政府が 1907 年にフランスとの関係を重視し、ベトナム人学生を国外追放したことは、東遊運動の終焉を象徴している。それでもなお、ファン・ボイ・チャウの活動や維新会の理念は、ベトナムの民族運動に深い影響を与え続けた。

このような民族意識の高まりとそれに基づく抵抗運動は、仏領インドシナの植民地国家にとって常に脅威であり続けた。つまり「文明化の使命」は、フランス共和国の理念を普遍的価値として広めるという目的だけでなく、植民地支配を正当化するため、そして現地住民の民族意識の高まりを抑え込むために強調された理念であった [Fourniau 2002: 709-710, 796; 桃木 *et al.* 2008: 370-371]。それでは、この「文明化の使命」は医療・公衆衛生の分野ではどのような形で表れたのであろうか。

第二項 現地人医療援助

医療・公衆衛生の分野で「文明化の使命」を果たすために実施された取り組みとして、1905 年に導入された現地人医療援助（AMI : Assistance Médicale Indigène）が挙げられる。この現地人医療援助の仕組みは、フランスの植民地であったマダガスカルで 1898 年に最初に導入された。マダガスカルで現地人医療援助を確立したのはジョセフ・シモン・ガリエニ（Joseph Simon Gallieni）総督であり、仏領インドシナ連邦成立期の 1892 年から 1896 年にトンキンで第二軍師団の大佐を務めた経験のある人物であった。マダガスカルで現地人医療援助が導入された直接の目的は、労働力不足の解消であった。感染症が流行し、乳幼児死亡率が高かったマダガスカルでは、現地住民の人口が減少し、このことが労働力不足の原因となっていた。そこで現地人医療援助を導入し、現

地住民に医療を提供することを通じて、感染症対策をおこない、乳幼児死亡率を低下させ、人口を回復させ、労働力不足問題を解消しようとしたのであった〔Andersen 2010: 428-432〕。

そしてこの現地人医療援助は、ボーが総督を務めているときに仏領インドシナに導入される。ボーが現地人医療援助を仏領インドシナに導入したのは、病院の運営や衛生警察を機能させ、西洋人だけでなく現地住民にも医療と公衆衛生を提供し、感染症に対抗するための衛生施策を拡充するためであった

〔Monnais-Rousselot 1999: 69〕。実際に仏領インドシナで現地人医療援助が担う役割としてどのようなことが想定されていたのか。1905年6月の現地人医療援助の設置を決めた行政命令から見てみることにしよう。以下はこの行政命令の条文の一部である。

第1条：インドシナにおいて常設の医療援助機関が設立される。

第2条：その目的は以下のとおりである：

1. 公務員およびその家族、必要に応じて欧州人および現地人のための医療を提供すること。
2. 一般予算、地方予算、県予算および市予算で維持される病院施設を提供すること。
3. 植民地における衛生警察、感染症対策、および公衆衛生の管理をおこなうこと。
4. インドシナの一般予算で賄われる極東の領事館における医療援助を提供すること。

第3条：この医療援助機関は、保健局長の意見を聞いた後に総督府が任命する民医、または形成期間中は引退した植民地軍医に委ねられる。

第4条：フランス国籍を持ち、国立大学の医学博士号を有し、35歳以上であるという条件を満たさない者は医療援助の医師に任命されることはできない。

第 5 条：民医は、本採用前に 2 年間の研修期間を経なければならず、その後、適格と判断されれば本採用され、不適格と判断されれば解雇される。この場合、彼らにはヨーロッパでの給与 6 ヶ月分に相当する補償が支給される。

第 7 条：医学部が存在する都市の病院に勤務する正式なインターンや、3 年以上の公務経験を持つ軍医および海軍医官は、第 5 条で規定された研修期間を免除され、9,000 フランの給与で本採用される。特別な資格を持つ植民地医学校卒業の医学博士は、研修期間が 1 年に短縮される。10 年以上の公務、うち 4 年をインドシナで勤務した軍医および海軍医官は、11,000 フランの給与で本採用されることができる。

第 16 条：医療援助の職員はインドシナの各地や領事館に配属され、コーチシナの副総督や高等官、領事により管理される。その配置は一般予算および地方予算の指示に従う。これらの役職への任命と副総督、高等官、領事への配置は、これらの高官の意見を受けた後、インドシナの総務長官と保健総長の共同提案に基づいておこなわれる。

[L'Assistance Médicale Indigène en Indo-Chine – Organisation & Fonctionnement 1908 : 7-35]

ここで引用した条文から、仏領インドシナの現地人医療援助は、公務員やその家族、西洋人、現地住民を対象としていたことがわかる。その主な任務は、医療の提供や病院施設の整備、衛生警察、感染症対策、公衆衛生の管理であった。また、この組織の医師にはフランス国籍で医学の学位を持ち、一定の経験を有する者しかいなかったことや、研修期間を経て適否を判断されるなどから、医師の質を重視していたと言える。

そしてこのように規定された現地人医療援助が実際におこなっていたのは、医療施設、医薬品倉庫、種痘などの管理、西洋医学に基づいた医療を提供でき

る医師の雇用と治療の提供、植民地の各地域を巡回して現地住民に天然痘、ハンセン病、チフス、ペスト、コレラ、マラリアなどに対処するために必要となる衛生教育の実施や講演会の開催などであった [Monnais-Rousselot 1999: 66-70]。

現地住民に西洋医療を提供することをその目的の一つとして導入された現地人医療援助であるが、その担い手はフランス国籍を持つ医師に限定されるなど、あくまでフランス側が現地住民に医療を「施す」という上からの医療提供であった。実施する植民地国家の側からはこの取り組みは「文明化の使命」を果たすものであっただろうが、対象とされた現地住民の側が実際にどこまでこの医療提供を受けることが出来たのか、そして「文明化」の恩恵を感じていたのかは大きな疑問である。

また現地住民への医療提供の現場、特にその中心的な業務の一つであった予防接種の現場では、現地住民で西洋医学を学んだ、もしくはその知識を持っているものが看護師や実際の接種担当者として雇用されていた [Clavel 1908: 7-35]。そして、この現地人医療援助などの取り組みを通じて、現地住民への医療提供を拡大しようとしたとき、西洋医学を学んだ現地人医療従事者の数が一定数必要になった。現地人医師の期待された役割は、地域住民にフランス式の衛生観念や治療方法を普及させることであった。1908年の仏領インドシナの年次報告書では現地人医師に期待する役割が明確にされた。

現地人医師 (Médecins indigènes) : ハノイ医学校で養成された最初の現地人医師たちは、医療支援の医師たちを有効に補佐するだろう。彼らが学業や試験、そして完了した地方での実習において得た成果は、彼らがその任務を十分に果たすであろうことを保証する。ヨーロッパ人医師の指導と監督のもと、現地人医師は同胞に我々の治療法や必要不可欠な衛生対策を広め、受け入れさせることができるだろう。これらの医師を徐々に増やし、すべての地域に配置されるようにすることが必要となる。

[Hanoi, Annuaire général de l'Indo-Chine 1908: 146-150]

このように現地人医療支援のフランス人医師を補佐することや現地住民に医療知識を広め、西洋医療を受容させる役割を果たすことが期待されていたことがわかる。フランス人医師が現地文化や言語を十分に理解していなかったことから、現地の文化や言語を熟知した現地人医師が住民の間でフランスの医療手法を実践することが重要視されていた。たとえば、儒教的な価値観や伝統医療の影響が強い地域では、住民に対する説得が容易ではなかったため、現地人医師は「魂の健康」や「身体の健康」に関する伝統的な信念を尊重しつつ、新しい治療法を浸透させる調整役となることが期待されたのであった。現地人医師は、単に治療をおこなうだけでなく、地域住民に衛生教育を広める教育者としての役割を期待されていた。講義を通じて現地の指導者層を巻き込み、フランスの医療方針に協力的な態度を取らせる努力がおこなわれるケースもあった。また、これは単に現地住民への医療提供を拡大するためだけでなく、フランスの医学体系に基づく治療法を現地で広めることで、フランスの支配を正当化する役割を果たすことが目指された。現地住民がフランス式医療を信頼し、受け入れるようになることで、植民地支配の正当性を補強する重要な存在として位置づけられていたのであった [Clavel 1908: 28-39]。そして現地人医師の養成のために設立されたのがハノイ医学校であった。

第三項 医学校での医療従事者の養成

第二章で述べたように、ハノイ医学校は1902年に仏領インドシナでの医師不足問題を、現地人医師（補助医師を含む）を養成することによって解決するために、ドゥメール総督によって設立された。初代校長にはニャチャン・パスツール細菌研究所の所長であったイエルサンが就任し、運営をおこなった

[Vann and Clarke 2019: 82]。それではこのハノイ医学校で、どのようにして現地人医師は養成されていたのだろうか。

ドゥメールから総督を引き継いだボーは、ハノイ医学校をフランス人医師の助手を養成する施設と位置づけ、ここで西洋医学を学んだ助手たちが現地住民にフランスの医学を伝える役割を期待した。また、ハノイ医学校では助産師養成プログラムが導入され、衛生や殺菌について基本的な知識を教え、現地の産婆を改善することを目指した。しかし、校長であったイェルサンはこの方針に反対し、1904年に校長を辞職し、ニャチャンのパスツール研究所に戻る

[Fourniau 2002: 672]。学校の名称も「インドシナ医学校 (École de médecine de l'Indochine)」に変更されたり、また元の「ハノイ医学校 (École de médecine de Hanoi)」に戻ったりするなど、たびたび移り変わったが、最終的に1913年に「インドシナ医学校」と定められる。この名称に定められたのは、この学校の卒業生が務める補助医師という役職が、仏領インドシナ連邦の公務員と位置づけられるようになり、学校そのものが仏領インドシナ連邦の公務員を養成する公的な側面を強く持つようになったことが関係している。教育内容については、1908年の段階で医学部と獣医学部が設置されており、医学部では臨床学、解剖学、外科病理学、内科病理学、薬学、生理学、衛生学、産科などが、獣医学部では生理学や解剖学が開講されていた [Monnais-Rousselot 1999: 25, 281-282; Hanoi, Annuaire général de l'Indo-Chine 1906: 13, 1907: I, 1908: 13, 1912: 320; Hanoi-Haiphong, Annuaire général de l'Indo-Chine française - partie administrative 1910: 341, 1911: 351, 1913: 19]。

また、具体的な学問だけでなくカリキュラムに着目すると、ハノイ医学校では、現地人学生にフランスの医学教育を施し、実践的な技術と理論的な知識の両方を兼ね備えた医師を育成することが重視されていた。具体的な内容としては、天然痘やペスト、コレラといった感染症の予防方法に重点を置いた衛生と感染症予防の指導がおこなわれたほか、病院や診療所での臨床教育を通じて患者治療に必要な実践的スキルが養われた。また、講義や衛生教育キャンペーンを通じて、地域住民にフランスの医療技術を紹介し、住民が医療を積極的に受け入れる環境を整えることも目標とされていた。さらに、一部の学生には軍事医療に特化した訓練が施され、戦時下での衛生管理や病院運営に関する知識も

習得させるなど、多岐にわたるカリキュラムが組まれていた [Clavel 1908: 29-44] 。

また、優秀な学生に対しては、フランス本国で医学教育を受ける機会が与えられた。これにより、彼らは最新の医療技術と知識を習得し、帰国後に地域の医療発展を牽引する役割を担うことが期待された [ibid.: 31-32] 。フランスでの教育を受けた医師は、地域住民にフランス式医療を普及させるリーダーとして位置付けられた。

1906 年 10 月、58 名が医学校の第一期生として卒業し⁷⁴、翌 1907 年、フランス人医師の補助として各地に派遣されていった。彼らは現地住民に西洋医療を伝え、受容させる役割を期待されていたのであるが、補助医師の多くがベトナム人であったことから、ラオスやカンボジアではベトナム人によって西洋医療が施されることに対する抵抗感があり、必ずしも期待通りに役割を果たしていたわけではなかった [Monnais-Rousselot 1999: 92, 245, 257, 283, 293] 。

本章が対象とする時期に総督を務めたボーらによって植民地統治における「文明化の使命」という側面が強調され、現地住民に対する医療・公衆衛生施策の提供という課題も、この文脈に沿った対応がおこなわれた。その代表として現地人医療援助の導入と、医学校での現地人補助医師の養成があった。現地人医療援助は現地住民に医療を提供することを目的の一つとしてはいたが、フランス国籍を持った医師が主導した、あくまでも上からの医療提供であったがゆえに、現地住民の医療・公衆衛生上のニーズにどこまでこたえることが出来ていたのかについては疑問が残るものであった。現地人補助医師の養成についても、医師不足という問題の解決には一定の効果があつたかもしれないが、現地住民が西洋医療を受容する仲介者としての役割には、仏領インドシナが多民族国家であったことなどから限界があつた。このように「文明化の使命」とい

⁷⁴ クロブコウスキーは、医学校が提供する教育が複雑すぎることを指摘し、教育の質を高め、専門的な性格を持たせるために入学者数を年間定員 6 名とするなど劇的に制限することを決定した。しかし、その後サローはハノイ医学校へ財政支援をおこなうことでその問題を解決しようと試み、1911 年には 20 人の生徒を入学させた [Monnais-Rousselot 1999: 282]。

う名目でおこなわれた取り組みは、あくまで統治者であるフランス植民地国家の側の論理によるものであり、現地住民に医療・公衆衛生施策を提供するという課題への対処としては限界があったと言えよう。

本章は 1902 年から 1914 年までの時期を対象に、仏領インドシナ連邦での医療・公衆衛生上の三つの課題、行政組織の整備、感染症対策、現地住民を対象にした医療・公衆衛生施策の実施について、どのような取り組みがなされたのかを、主に組織と法令の整備に焦点を当てながら検討してきた。そして第一章から本章を通して、仏領コーチシナ期、仏領インドシナ連邦成立期、そして 20 世紀初頭の時期を対象に、それぞれの時期の医療・公衆衛生上の課題に対してインドシナのフランス植民地国家がどのような対処をおこなってきたのかを検討してきた。それでは、この三つの時期を通じておこなわれてきた医療・公衆衛生施策にはどのような特徴があるのであろうか。次章ではこれをアジアの他の植民地の事例との比較などを通じて考えてみることにしよう。

第四章 仏領インドシナの感染症対策の特徴と限界

本論文はここまで、フランスがコーチシナの植民地化を開始した 1859 年から第一次世界大戦が勃発する 1914 年までの時期を、フランスによるインドシナ統治の段階に応じて三つの時期に分け、それぞれの時期において仏領インドシナの植民地国家が直面した医療・公衆衛生上の課題に焦点を当てながら、その課題に対してどのように対処したのかを主に医療・公衆衛生にかかわる組織と法令の整備・展開に注目して明らかにしてきた。

この三つの時期に医療・公衆衛生上の課題とされたのは、軍人の健康管理、感染症対策、植民地に持ち込まれる感染症の水際対策、医療・公衆衛生施策にかかわる組織整備、そして現地住民を対象にした医療・公衆衛生施策の実施であった。このうち、軍人の健康管理は第一章が対象とした植民地領有を目指した軍事行動がおこなわれていた時期に極めて重要な課題であったが、第二章以降の実際の軍事行動が終結した段階では、課題としての重要度が低下した。残りの課題のうち、本論文が対象とする三つの時期を通じて重要な課題であり続けたのは感染症対策であった。感染症対策が重要であったのは、軍人や西洋人への感染を防ぐことが重視されていたからであったが、その実現のためには現地住民にも感染症対策をおこなう必要があり、その意味では現地住民を対象とした医療・公衆衛生施策の実施と密接に関連する課題であった。また組織整備の目的の一つも、感染症対策をおこなう基盤を整備することにあった。

そこで本章は、1859 年から 1914 年までの仏領インドシナにおける感染症対策に焦点を当て、その特徴と限界を明らかにする。第一節では米領フィリピンでの取り組みとの比較を通じて、仏領インドシナにおける感染症対策の特徴と限界を検討する。米領フィリピンを事例として選定したのは、米領フィリピンも軍事占領から植民地統治が始まっており、直面した状況や課題が類似しているからである。第二節では感染症のなかでもペストへの対策に絞って、実際に

対策の対象とされた現地住民が植民地国家による取り組みをどのようにとらえていたのかを検討する。序章でも述べたように、本論文は植民地国家による医療・公衆衛生施策の導入という「上からの視点」を中心に論じてきた。しかし、植民地国家が導入した施策が対象とされた現地住民にどのように受け取られていたのかを検討することは、施策の実態を理解する上で欠かすことはできない。本節では「上から」の施策に対して、現地住民が「下から」どのように反応したのかを論じることによって、医療・公衆衛生の分野で植民地国家と現地住民・社会との「接触面」で何が生じたのかを検討し、「上から」の医療・公衆衛生施策の限界を明らかにする。

第一節 仏領インドシナと米領フィリピンの感染症対策の比較

第一項 米領フィリピンでの感染症対策

アメリカのフィリピンへの進出は、米西戦争の結果、1898年にスペインからフィリピンの領有権を獲得したことに始まる。その後、途中、第二次世界大戦中の日本による占領統治をはさんで、1946年の独立までアメリカによる植民地統治がおこなわれる。本節では、このアメリカによるフィリピン植民地統治全ての期間ではなく、本論文が対象とする時期と重なる期間、1899年の米比戦争の開始によるアメリカのフィリピン平定のための軍事行動から、1914年までの20世紀初頭の時期を対象とする。

先に述べたように、アメリカは1898年の米西戦争でスペインに勝利し、パリ講和条約の締結によりスペインが植民地支配していたフィリピンの領有権を獲得した。その後、独立を主張するフィリピンとの間で1899年に米比戦争が勃発したが、1902年にアメリカが勝利し、フィリピンにおけるアメリカの植民地統治が始まった。1901年には軍政から民政への移管が発表され、ウィリアム・H・タフト（William H. Taft）が初代民政長官に就任した〔永野 2001: 59-62〕。仏領コーチシナがトンキン侵略に抵抗するベトナム人や中国人の武装集

団である黒旗軍、さらに阮朝が派遣を依頼した清朝軍などの勢力に対して軍事作戦をおこなうなかで、負傷兵の治療や疫病対策が必要とされたのと同様に、米領フィリピンでもスペイン軍やフィリピン革命政府との戦いにおいて軍事作戦を進めつつ、医療活動や感染症対策が実施された。

フィリピン諸島では 1898 年から 1902 年にかけてコレラ、腸チフス、天然痘、結核、脚気、ペストなどが流行していた。侵略の初期段階では、負傷兵の治療や避難が最優先されており、軍の医療部隊にとって感染症は主要な関心事ではなかった。しかし、感染拡大を防ぎ、新たな患者を出さないため、また強力な軍隊を維持するために、次第に衛生や清潔の確保が重要視されるようになった。具体的には、感染者の隔離や種痘の実施をはじめ、排泄物の適切な処理、食品や水の浄化、排水口の消毒、換気装置の点検、寝具の交換などがおこなわれた。特に感染症の蔓延には排泄物の不適切な処理がかかわっているとされ、野営地の清掃、ハエの駆除、腸チフス患者の排泄物の殺菌をするよう勧告された [Anderson 2006: 14-15, 19, 27-28]。さらに、移動診療所や総合病院の設立が進められ、天然痘、ハンセン病、性病に対応する独立した病院も設立された。1898 年 9 月には暫定的な軍のマニラ衛生委員会が組織され、マニラにおける衛生管理や医療提供に関する基本的な取り決めが策定された。また、1901 年にはフィリピン諸島全体を対象とする保健委員会が設立されるなど、組織的な体制も整えられていった。この保健委員会は、フィリピンの衛生関連の法令の草案を作成するほか、公衆衛生を監視することや、人口統計の作成、防疫の研究などを担っていた [千葉 2023: 125]。そして 1900 年以降はマニラに陸軍の病院研究所から派生した市立研究所が設置されたり、列島各地に細菌学研究所が設立されたりするなど研究所の設立も進められ、食品や水の検査やペストやコレラなどの研究が実施された。1902 年のコレラ対策では、細菌学に基づいてコレラの感染経路を辿って蔓延を抑制するなどの施策が進められた [Anderson 2006: 29, 30, 49-50, 61-68]。負傷する軍人らは特に重要な医療・公衆衛生上のターゲットであったが、現地住民であるフィリピン人らもまた重要なターゲットであった。具体的には、コレラに罹患していないか検査が実施されたほか

[*ibid.*: 63]、フィリピン人の衛生習慣を改善することが課題とされたことを受け、1905 年以降、全国の学校でコレラ予防に関する指導がおこなわれるなど、教育キャンペーンが実施された。また、マニラでは貧困層も診療を受けられるよう、無料診療所が設置された [千葉 2018: 72-73, 78]。

以上が、米領フィリピンにおける米軍の軍事行動開始時から植民地統治が民政移管するまでの組織整備や現地住民を対象にした施策を含む、感染症対策の概要である。次項でこの米領フィリピンでの取り組みを、仏領インドシナでの取り組みと比較するのであるが、第一章から第三章までで対象にしたすべての時期を比較対象とするのではなく、適切な比較をおこなうために、本項で扱った米領フィリピンの状況と合致するコーチシナ植民地期を主な対象として、両者の感染症対策の比較をおこなう。仏領インドシナ連邦成立後については、内容に応じて適宜取り上げることにする。

第二項 仏領インドシナの感染症対策の特徴と限界

仏領インドシナのコーチシナ植民地期における感染症対策と 20 世紀初頭の米領フィリピンでの感染症対策を比較した際、その共通点としては軍事行動がおこなわれているときは軍人の治療が優先されたこと、そしてそのために病院の設立と組織の形成が植民地化の初期段階より進められ、軍医がその中心的な役割を担ったことがある。これは仏領コーチシナと米領フィリピン双方が、軍事行動で植民地化を開始していることと強く関係している。軍事行動の最中において軍人の健康維持は最重要課題であった。そして、戦闘での負傷だけではなく、感染症も軍人の健康を脅かす問題であり、軍人に医療を提供する上で必要となる組織整備が優先され、その担い手としては軍医の役割が重要となったのである。

一方、仏領コーチシナと米領フィリピンの相違点として、感染症対策に用いられた手法の違いがある。仏領コーチシナ、米領フィリピン双方で問題となったコレラへの対策を例にとると、仏領コーチシナでは運河の埋め立てや下水道の整備などが主要な対策であった。一方、米領フィリピンではコレラの感染経

路を辿ることによって感染している疑いのある患者を特定し、隔離したり、臨時病院に収容したりした [Anderson 2006: 64]。ただし、フランスが 19 世紀半ばにコーチシナの植民地化を始めた時期と、アメリカが 20 世紀初頭にフィリピンの植民地化を始めた時期では、それぞれ利用可能な手法が異なっていたため、違いがあるのは当然である。つまり、パスツールやコッホらによる微生物学の進歩によって得られた成果が利用できたかどうかの違いであり、実際に仏領インドシナでも、第二章、第三章で論じたように 1880 年代にパスツール研究所が設立され、微生物学の成果を活用して感染源に対する対策や、ワクチンや血清を用いた予防、治療がおこなわれるようになった。

仏領コーチシナと米領フィリピンの比較から見えてくる最も重要な違いは、現地住民を対象にした感染症対策を含む医療・公衆衛生施策の実施の程度の違いである。第一章で述べたように仏領コーチシナで猛威を振るっていた天然痘に対する、現地住民を対象にした種痘などの対策を担っていたのは宣教師であった。病院や診療所についても軍事の利用が優先され、現地住民の利用には制限が設けられていたほか、医療・公衆衛生施策がおこなわれたのはコメの生産拠点など、植民地の経済的利益にかかわる地域に住む現地住民が中心であり、極めて限定的であった。一方、米領フィリピンでは植民地化の最初期から軍事行動と並行して、現地住民を対象にした感染症対策や医療・公衆衛生施策が実施されていた。

現地住民を対象にした医療・公衆衛生施策にこのような違いが生じたのはなぜなのか。その背景には植民地領有の目的が大きくかかわっている。そもそもフランスがインドシナへ進出したのは、他の西洋列強が着目していた中国市場にフランスも参入しようとしたことと、英領インドへの対抗心のためであった [平野 2002: 252]。対する米領フィリピンでは、アメリカはフィリピンに対して民主主義や教育の普及などを「恩恵」として与える「恩恵的同化」を植民地経営の方針として掲げ、フィリピン人の権利や自由を保障することが重要だとされた [永野 2001: 60]。実際には、米比戦争後も暴力による抑圧や弾圧が続いていたことが指摘されているが [岡田 2012: 134]、1905 年に衛生局長に就

任したハイサー（Victor G. Heiser）も衛生局の事業目的としてフィリピン人の幸福増大を掲げていた〔千葉 2018: 71〕。

フランスも 19 世紀前半のアルジェリア征服戦争時から植民地を拡張するイデオロギーとして「文明化」を前面に出し、1848 年には奴隷制を廃止する政令のなかで同化政策が表明された〔平野 2002: 68, 72-73〕。しかし、本論文が対象とする時期のインドシナで、「文明化」が強調され始めるのは第三章で取り扱った 1902 年以降であり、コーチシナ植民地期、仏領インドシナ植民地成立期は「文明化」よりもむしろ開発や経済的利益の獲得が重視されていた

〔Brocheux and Hémery 2009: 26, 38, 40-41〕。仏領コーチシナにおける種痘についても、コーチシナ評議会議事録で「天然痘は間違いなく乳児死亡率の 3 分の 1 を占めている。医師による予防接種の 1 回 1 回が、将来の収穫のための新たな稲束となる。」といった発言が記録され、種痘にかかる費用と、人口を増やすことで増える農業の発展による利益を計算し、種痘に努めるべきだと述べられており〔Cochinchine française, Procès-verbaux du Conseil colonial 1886-1887: 193〕、天然痘対策の目的としても経済的側面が大きかったことがわかる。

千葉は、植民地において帝国医療⁷⁵の展開を決める条件を四つ挙げている。その第一の条件が、「自由主義」や「白人の責務」などの植民地統治の理念やイデオロギーであり、「開発」や「文明化」もこの植民地統治の理念・イデオロギーに含まれると言える。なお第二の条件として、領域的な医療・公衆衛生施策をおこなうことが可能になることから、行政機構や官僚制度の整備が、第三の条件として経済開発の文脈における政策的優先性が、最後の条件として対策を講じる感染症の種類が挙げられている〔千葉 2023: 111-112〕。仏領コーチシナ期の医療・公衆衛生施策と米領フィリピンの医療・公衆衛生施策の展開の違いとして現地住民を対象にした施策があり、その違いが生まれた背景は植民地統治の理念・イデオロギーが影響していたということであるが、第二から第四の条件はこの違いに影響していたのだろうか。

⁷⁵ 帝国医療は、「近代における科学および医学の発展を背景にして、宗主国が植民地行政を通じて実践したもの」である〔千葉 2023: 110〕。

まず、第二の条件である行政機構や官僚制度の整備についてであるが、確かに米領フィリピンはアメリカがフィリピンを領有しようとする以前はスペインが統治しており、スペイン統治期に整備された医療・公衆衛生にかかわる組織は存在していた。スペインによるフィリピンの植民地化は16世紀半ばから開始されたが、16世紀後半には病院の設立が進み、17世紀にはハンセン病患者のための病院が設立され、カトリックの修道会であるドミニコ会が1611年に設立した聖トマス大学に、医学部と薬学部が1871年に設置されるなど、仏領コーチシナと比較すると、アメリカによる植民地領有のための軍事行動が開始されるよりも前から機構の土壌はあったと言える [Anderson 2006: 18]。しかし、このことが仏領コーチシナと米領フィリピン間の現地住民を対象とした施策に関する違いに影響しているとは言い難い。まずスペインによる医療・公衆衛生の機構整備は、主としてマニラなどの都市部の限られた範囲において実施されていた。このことから、この医療・公衆衛生にかかわる機構の整備や施策は地方の住民にほとんど浸透していなかったと言える。またアメリカの医療・公衆衛生施策は、近代医学を後ろ盾とした中央集権的で強権的な立場をとっており、この点についてはスペインによる統治機関との連続性は認められないと結論づけられる [千葉 2015]。したがって、この第二の条件である行政機構や官僚制度の整備には差が見られたが、それが現地住民に対する医療・公衆衛生施策の違いに影響する優位な差とは言えないものであった。

第三の条件である経済開発の文脈における政策の優先順位についても、この軍事的要請が大きかった時期においては、フランスやアメリカにとってもっとも重要なことは植民地を平定化し、領有することであったことを考慮すると、この仏領コーチシナと米領フィリピンの比較においては重要ではないと言える。

最後に対策を講じる感染症の種類についてである。そもそも対策を講じる感染症の種類が医療・公衆衛生施策の展開に影響を与えるということは、いったいどういうことなのか。千葉は、米領フィリピンではまず対応しなければならなかった感染症がコレラであったが、蘭領東インドの場合はペストへの対応が

必要であり、この対策を講じる必要のある感染症がどの感染症だったのかということが、医療・公衆衛生施策の展開に影響を与えたとしている〔千葉 2023: 112〕。しかし米領フィリピンがコレラに対抗しなければならなかったとき、仏領コーチシナもまたコレラの流行に直面していた。ほかの疾病の状況や規模によって差はあることは推察されるものの、どちらの植民地でもコレラが流行しているなかで米領フィリピンでのみ現地住民を対象にした医療・公衆衛生施策が見られたのは、感染症の種類よりも、先述した利用可能な近代医学の知識の影響の方が大きいと言える。

以上のことから、仏領コーチシナと米領フィリピンのいずれにおいても軍事的要請が大きいなかで、現地住民を対象とした施策には差異が見られた。その背景には、次の二つの観点が関係していると言える。まず一つ目は、そもそも現地住民に医療・公衆衛生施策を実施しようとしたのか／しなかったのかという点である。この点については、植民地領有の目的や統治の理念が深く関与していた。仏領コーチシナでは、開発や経済的利益が重視されたため、現地住民を対象とした医療・公衆衛生施策は限定的だった。一方、米領フィリピンでは、植民地化の初期段階から「文明化」がその目的として掲げられ、現地住民への施策が積極的に実施された。二つ目は、施策の実施がそもそも可能だったのか／不可能だったのかという点である。仏領コーチシナ期には、近代医学がまだ発展途上であり、米領フィリピンのように病原菌に直接アプローチする施策を実施することは不可能であったのである。

それでは仏領インドシナで「文明化」が強調されるようになり、近代医学が発達していった 1902 年以降、状況は変化したのであろうか。第三章で述べたように、現地住民に対する医療・公衆衛生施策は「文明化」の重要な要素の一つであり、現地人医療援助や医学校での現地人補助医師の養成を通じて、西洋医療を現地住民・現地社会に展開していこうという取り組みがなされてはいた。しかし、これらはあくまで「上から」現地住民・現地社会に「恩恵」を与えようとするものであり、その効果がどこまであったのかについては、疑問が残るものであった。

ここまで米領フィリピンとの比較を通じて、仏領インドシナの感染症対策の特徴と限界を検討してきた。軍人への対策が優先されたことなどについて違いはなかったが、現地住民を対象にした対策や用いられた手法には大きな違いがあった。米領フィリピンでは「恩恵的同化」が植民地統治の目的の一つであり、フィリピンの軍事的平定と並行して、現地住民に対する感染症対策を含む医療・公衆衛生施策が導入されていた。一方、仏領インドシナでは軍事行動がおこなわれている際には、軍人の健康管理が何よりも最優先され、現地住民への医療提供は最低限にとどめられていた。軍事行動終了後、経済的利益の確保のために労働者としての現地住民の重要性が高まったこともあり、現地住民を対象にした医療・公衆衛生施策は導入され始めるが、コメ生産や交易の拠点など経済的に重要な地域に重点が置かれるなど、あくまで経済的側面が重視されていた。また、それぞれの背景として、利用可能であった近代医学の知識や技術も現地住民への医療・公衆衛生施策に影響しており、米領フィリピンにおいてはコレラが流行した際に、病原菌に直接アプローチした施策をおこなうことができたのに対し、仏領インドシナにおけるコレラ対策は占領統治期や軍政期では見られず、民政移管後におこなわれた施策も運河の埋め立てや下水道整備など工学的な施策に限定されていた。1902年以降、仏領インドシナで「文明化」が掲げられ、その一環として現地住民を対象にした医療・公衆衛生施策の充実が図られるが、現地人医療援助にせよ、医学校での補助医師の養成にせよ、あくまで植民地国家の側、「上から」現地住民・現地社会に「恩恵」を与えようとするものであった。

それではこの植民地国家が「上から」展開しようとした感染症対策は、対象とされた現地住民にはどのように受け取られていたのだろうか。次節ではペスト対策を事例に、現地住民の反応を通して公的な感染症対策の限界を検討してみることしよう。

第二節 感染症対策の限界

第一項 ペスト対策への現地住民の反応

第三章で述べたように、1894年の香港での流行以来、ペストはアジアの植民地にも感染を広げ、仏領インドシナでも1902年以降、流行を繰り返した感染症であった。仏領インドシナでペスト対策として実施されていたのは、ネズミの駆除や住居などの消毒、殺菌、汚染された建物の解体、感染者の隔離、血清の投与、検疫の強化などであった。これらの対策、特に住居の殺菌や消毒、建物の解体、感染者の隔離などは、現地社会に介入的な対策であり、現地住民の財産や行動に大きな影響をあたるものであった。

1908年から1909年にかけてインドシナ総督と総督府の官房宛に出された書簡において、ペスト流行時の植民地当局の対応について現地住民から苦情が上がっていることが報告されている。そこでは、防疫措置として不可欠だとされた隔離、予防接種、汚染物の焼却といった措置が、感染症予防に慣れていない現地住民には厳しいものに見えるのではないかと考えたことについて言及されていた。以下はその総督あてに出された苦情の引用である。

インドシナ総督閣下

私たち、ハノイ（Hanoi）市の住民は、以下の件を検討いただきたく存じます。

総督として再びインドシナにお戻りになられたことを大変嬉しく思います。アンナン（ベトナム）の人々にご配慮を示してくださったことに感謝し、大変満足しております。

ここ数年、私たちにとって最も大きな苦難の一つは、死亡を届け出て埋葬許可を申請する義務です。この義務を利用して、街路の責任者や夜間警備員が、死亡が発生した家の所有者を煩わせます。その後、行政はこれらの家を監視し、住人に予防接種をおこない、所有物を焼却します。対象者には補償を受ける権利があるものの、実際には破壊さ

れた所有物の価値の 10 分の 1 しか支払われていません。そのため、住民はこれらの措置を大きな災難と捉え、不安の原因と考えています。2 年前、住民たちはこの件について抗議するため、大挙して市長代理の元を訪れ、これらの措置の撤廃を求めました。しかし、彼らの訴えは聞き入れられないばかりか、集会がおこなわれたゴックソン (Ngoc-Son) 寺院で暴行を受けました。それ以来、住民たちは絶え間ない恐怖にさらされ、苦しみに耐えながら、もはや抗議する勇気もなくしています。たとえば、熱がある人は隠れようとします。また、警察官によって強制的に検疫所に移送されるか、家を出ることを余儀なくされます。その結果、多くの人が恐怖のあまり死亡しています。亡くなった人々の所持品を使用したために命を落とした人々がおり、その結果、より激しく猛威を振るうコレラやペストの犠牲者数が増加しています。

かつては、アンナン (ベトナム) の政府は喪中の住民を尊重し、職員に苦しめることを禁じていました。しかし現在、親族が亡くなった人は大罪人のように見なされる状況です。この不幸は誰にでも起こり得ます。その結果、すべての人が不安を抱いており、近年は以前のような平穏な年が訪れていません。

ナムディン (Nam Dinh)、タイビン (Thai Binh)、フンイエ (Hung Yen)、ヴィンイエ (Vinh Yen) のような小さな省を見てみると、そこでは人々に予防接種をおこなわず、物品の焼却もおこなわれていません。その結果、コレラやペストによる犠牲者が少なく、住民はより平穏に暮らしています。一方で、ハノイ (Hanoi)、ナムディン (Nam Dinh)、ハイフォン (Haiphong) のような都市ではこれらの措置が実施されていますが、感染症が依然として蔓延し、住民は不安の中で生活しています。

総督閣下にお願い申し上げます。これらの措置の完全な廃止を決定していただきたいのです。行政が衛生状態の維持にこだわるのであれ

ば、住民自身でそれをおこなう準備があります。死亡が発生した家の所有者にその対応を任せていただきたいのです。所有者は、使用によって汚れたもの、つまり故人の持ち物を焼却するなど、適切に処理する責任を負います。そして、所有者だけが保存すべき貴重な品物を知っています。

私たちは、これらの煩わしさを取り除き、焼却する物品を選ぶ責任を所有者に任せていただけるようお願い申し上げます。そうしていただければ、多くの不安、横暴、誤り、そして報復を避けることができます。

なんという利益を住民が得ることでしょうか。

行政自身も、職員の給与や衛生指示の実行に割り当てられる経費を減らすことができるでしょう。

私たちが提案する措置は、政府と住民の双方にとって実質的な利点をもたらします。この提案をできるだけ早く検討し、現在の状況を終わらせるようお願い申し上げます。

住民は、あなた方を間違いなくさらに愛し、常にあなた方の助言に従う準備ができています。

ハノイの住民より

[ANOM, GGI, S41, 23867]

このように、特に苦情が強かったのは隔離と、感染者の出た住居や汚染された家具の焼却であった。現地住民からの訴えに対して植民地当局はどのような対応をとったのか。住居や家具の焼却については、実際に亡くなった人々の持ち物を使用することでペストに罹患し、命を落とした人がいたことから、これらの施策をやめるべきではないとした。隔離についても同様に、ペストの感染拡大を抑えるためには不可欠であると結論づけられた。そして新たに検疫所や隔離施設を建設する予算の余裕がないことから、現在すでに存在している施設を回収し、引き続き隔離をおこなうこととなった。加えて、普段は使用されて

いない軍用の隔離施設を市に譲渡するよう依頼しており、それが実現すれば患者の隔離をより良い条件でおこなうことができ、医師不足による医師への負担を軽減することにもつながるとされた。

汚染物の焼却については、補償が少ないという苦情もあったが、不当な主張だと棄却された。それは、焼却対象物は、その所有者と里長の立ち会いのもと、感染症の担当医や、道路管理の指揮者、消毒業務を担当する警官が含まれる委員会によっておこなわれていたからであった。そしてこれらの措置をとることで感染症を防ぐことができ、それが住民の利益につながると主張された [ANOM, GGI, S41, 23867]。

現地住民からの苦情からは、衛生規則に従う義務に抵抗がある理由として、その効果が感じられないことや、他の地域ではそれらの措置なしに感染症の流行が抑えられていることに起因する不公平感があったことが見て取れる。そして、状況を改善してもらうために、植民地国家側や行政にも利点があることを強調しようと試みていることがわかる。しかし、このハノイ住民からの苦情を受けて、「隔離、予防接種、汚染された物品の焼却などの措置は、予防規則に慣れていない住民には厳しく思えるかもしれないが、このような状況下では不可欠なものである。」 [ANOM, GGI, S41, 23867] と施策を継続するなど、植民地当局は実施している感染症対策の効果や必要性を確信しており、現地住民の心情を理解し、適切に対処しようとすることはなかった。

第二項 香港でのペスト対策との比較

前項で述べた現地住民からの苦情に対する対応は、果たしてほかの植民地でも一般的なものであったのだろうか。アジアの植民地でのペスト流行のきっかけとなった、香港⁷⁶での対応と比較して検討してみよう。

香港でのペストの流行に見舞われたのは 1894 年 5 月からであった。香港での流行の引き金となったのは、同年 2 月から広州で感染が広がっていたペストで

⁷⁶ 本項での香港に関する記述はシン [Sinn 2003] に拠る。

あった。このときはまだ「謎の病気」が流行しているとされ、1日あたり200から500人が死亡する事態になっていた。広州と香港の間のヒトの往来はとても活発であり、1894年の旧正月には1日で4万人もの人々が広州から香港に訪れたほどであった。このヒトの往来によって、ペストが香港に持ち込まれたものであった。さらに、香港の劣悪な衛生環境も流行を悪化させた。1882年の「チャドウィック報告書」では、香港の衛生状態が極めて悪いことが指摘され、排水システムの不備や中国人居住区の過密状態が問題視されていたが、これらの指摘に基づく対策はほとんど実施されなかったのである。このペストの感染の広がりを受けて、香港のイギリス植民地政庁は、厳格な感染制御策を導入する。それは巡視、家屋内への立ち入りによる感染者の搜索、感染者の隔離施設への移送と隔離、消毒、清掃、死体の処理などであった。感染が広がっていたのが、中国系住民が居住していた地区だったこともあり、この植民地政庁の厳格で介入的な感染制御策は中国系住民から大きな反発をまねくことになる。

中国系住民は西洋人医師や警察官が、自分たちが暮らしている地域を巡視するだけではなく、家屋内に侵入し、感染が疑われる住民の身体を調べ、感染が確認されたら強制的に連れ出し、隔離施設に隔離することを、自分たちのプライバシーや習慣、文化が侵害されていると感じ、反発しただけではなく、西洋人医師によって感染者が治療されることにも、西洋人に対する反発だけではなく、なじみのない西洋医療に対する拒絶から反発した。隔離については、感染者を船上病院「ハイジア号」に移送する計画は、中国系住民にとって受け入れがたいものだった。隔離自体が馴染みのない概念である上、船上での隔離は特に不安を煽るものだった。「患者がヨーロッパに送られ、王族の薬の材料にされる」というデマが流れ、住民の反発がさらに激化した。そして何より中国系住民の怒りを持ったのは、感染し隔離され死亡した場合、遺体が返還されることなく処理されることであった。自分たちの習慣に則って葬儀をおこない、埋葬することが出来ないことは、やはり西洋人による理不尽な介入だと考えられ、大きな反発をまねいた。

この反発は、巡検の際に感染者を隠す、バリケードを築いて侵入を拒む、巡検にやってきた担当者に投石するなどの形であらわれたり、暴動やストという形で噴出したりした。また、香港を離れ広州を含む中国の故郷に帰ろうとする人も増加した。そして、ペスト対策に反発する中国系住民と植民地政庁の間を取り持ち、植民地政庁に対策の緩和などを申し入れた組織として、東華医院があった。この東華医院は西洋医療を忌避する香港の中国系住民に、中国医療を提供することを目的に、香港の中国系社会の有力者が慈善事業の一環として設立した病院であった。東華医院の運営に携わっていた中国系社会の有力者は、中国系住民の声を受け、植民地政庁に対して住居に対する巡検を中止すること、感染者が中国に戻ることを許可すること、隔離船に隔離されていた患者を香港島の別の隔離施設に移送すること、新たな感染者は全て香港島の隔離施設に収容することという、四つの要求を植民地政庁に提出する。

これらの要求に対して植民地政庁は、住居の巡検の際に女性や子供には配慮すること、破損などの損害には補償することという若干の譲歩は示したものの、原則としてすべて拒絶する態度をとった。これは、ペストという危険な感染症を封じ込めるために西洋医学からみて必要な処置であるというだけではなく、香港の支配者はイギリスであり、香港に住んでいる以上、イギリスの法や統治に従うべきであるという点からもなされた拒絶であった。

このように、中国系住民の反発に直面しても、東華医院から対策の緩和を申し入れられても、厳格に介入的な対策を維持した香港政庁であるが、更なる対策として中国系住民を居住地区から立ち退かせ、その家屋を取り壊し、より衛生的で計画的な宅地造成をおこなうことを決定する。この立ち退きと取り壊しの対象となったのは、大陸から移民としてやってきた貧しい中国系住民が多く暮らしていた、香港島の中心部、現在の中環の西側、上環のあたりにあった太平山地区であった。そして、この立ち退きと取り壊しの決定は当然のことながら大きな反発を生むこととなる。

この事態に対しては、北京駐在のイギリス領事から香港が混乱に陥ることを清朝も憂慮していること、中国系住民の反発もきちんと配慮する必要があるこ

となどが伝えられたこともあり、植民地政庁は東華医院に中国系住民に対して彼らが抱いている偏見を取り除くような告知を中国語で出すように命じる。この告知がどの程度効果があったのかは定かではないが、7月に入りペストの流行が沈静化し始めると、香港の中国系社会の状況も落ち着きを取り戻し始める。太平山地区についても、植民地政庁が地権者に資産をきちんと評価し、支払いをおこなうことなどを告げ、少なくとも地権者のレベルではこの問題は沈静化する。

東華医院に対しても香港政庁の管理が強化され始め、西洋の基準に合った形で病院の改修をおこなうほか、西洋医療の提供を開始するなど、それまでの独自に中国医療を提供するという役割が変化していく。

このように、1894年のペストの流行は香港でも植民地政庁が導入した対策への強い反発を引き起こしていた。香港でも仏領インドシナでも、強制的な住居の巡検、汚染物の消毒や焼却、感染者の隔離などに、現地住民が強い反発を覚え、その緩和もしくは廃止を訴えていた。しかし、この現地住民の生活に介入的なペスト対策は香港や仏領インドシナの特徴であったのだろうか。

台湾では1896年に安平と台北でペストが発生した。当時、日本統治下にあった台湾では、ペスト菌が同定される以前から検疫や隔離といった施策が進められていた。具体的には、汽車や船舶への検疫、感染者の隔離、患者の家屋の消毒や焼却といった対策が実施された。ペスト菌同定後は、感染者の遺体を消毒したうえで火葬や埋葬をおこなうなど、科学的知識に基づく施策が導入された〔芹澤 2017: 63-96〕。

上海の共同租界においても、ペスト対策は強権的な性格を帯びていた。隔離病院への強制収容や個別検査に対する住民の抵抗が顕著であり、暴動が発生する事態となった。特に、住民に対する身体検査や隔離措置は、生活や文化を侵害するものとして激しい反発を生んだ〔福士 2017: 127-158〕。

第一節で仏領インドシナとの比較と検討をおこなった米領フィリピンはどうか。米領フィリピンでは、1899年12月に最初のペスト患者が発見さ

れた。とられた対策としては他の地域と同様にねずみの駆除や患者の隔離、感染者の住んでいた住居の消毒や破壊であった〔千葉 2018: 80〕。

英領インドでは、1896年にボンベイでペストが確認されたが、初期段階では政府もどのように対応すべきか迷走していた。検疫や隔離、感染者の住居の消毒など、伝統的なペスト対策を模倣する形で施策がおこなわれたが、これらの措置に対する住民の反発は激しかった〔Arnold 1993〕。特に、検疫の過程で女性の衣服を脱がせるなど、文化的に不適切な対応が住民の怒りを買った。また、植民地政府は、西洋医療を現地に浸透させるためには住民の信頼を得る必要があることを認識し、徐々に対応を修正していった〔Harrison 1994〕。

このように、仏領インドシナや香港のペスト対策がとりわけ強権的で現地住民に介入的だったわけではなく、ペストという感染症に対しては、そのような対策になる傾向があったのだと言える。その背景には、感染症の拡大スピードと高い致死率、科学的理解の欠如、伝統的な衛生管理手法の影響が挙げられる。特にペストは爆発的な感染拡大と高い死亡率を特徴とするため、迅速な対応が求められる状況下で、強制的な措置が優先されがちであった。また、感染症の原因が不明確であった時代には、住民の行動を制限することが最善の対策と考えられており、こうした施策が住民の反発をまねいていた。

しかし、香港でも仏領インドシナでも、植民地国家はその訴えにほとんど耳を貸すことなく、自らが正しいと考える介入的な施策を継続した。その背景として、西洋医学に対する強い自信と信頼、西洋人に感染が広がることへの恐怖、現地住民の文化や習慣、彼らの心情への無理解と軽視、そして現地住民が「無知」でありその無知な住民に「上から」感染症対策を施してやるという姿勢があったと言える。

そして、この姿勢や態度がこの時代の現地住民を対象にした感染症対策、ひいては医療・公衆衛生施策の限界であったと言える。確かに、パスツールやコッホなどによる微生物学の進展に代表される西洋の医学、疫学の進歩により、19世紀末から20世紀初頭にかけて、アジアの伝統的医療に対する西洋医療の優位を確立した。本節で取り上げたペストをはじめとする感染症対策は、この

西洋医療の優位が如実に表れる分野であった。しかし、たとえ西洋医療が感染症対策に極めて有効であったとしても、その有効性を現地社会や現地住民に浸透させていくためには、「上から」強権的に介入的な対策を押し付けるだけでは、仏領インドシナや香港の事例から明らかにように、対象とされた現地社会・住民からの強い反発を受けるだけであった。こういった反発を最小限にとどめ、現地住民に西洋医療を浸透させていくためには、現地社会の側の協力者、植民地国家と現地社会の間をつなぐ仲介者の役割が重要であった。

たとえば、中国では慈善団体がペスト対策の実施を支援し、住民との橋渡し役を果たした〔飯島 2000: 37〕。英領インドにおいても、教育を受けた現地の知識人や商人などのエリート層が現地住民と植民地政庁の仲介役を果たしていたことや、一部の地方自治体の設置された地域では、現地の代表者が医療・公衆衛生施策に関する意思決定に参加したことから、施策が円滑に進んだ側面があったことなどが明らかにされている〔Harrison 1994〕。香港にはこの仲介者となりうるものとして東華医院があったが、香港政庁は東華医院を通して伝えられた現地住民の要求にこたえようとはせず、告知を出させるなど自分たちの都合の良いように活用しようとしただけであった。仏領インドシナでも仲介者として現地住民の補助医師の養成がおこなわれたしたが、本論文が対象とする時期においては、それが十分な効果を上げることはなかった。

現地住民を対象とした医療・公衆衛生施策の実効性を高め、現地住民に受け入れてもらうようにするためには、植民地国家の側が「上から」施策を押し付けるのではなく、現地社会・住民の側の状況や事情をよく知り、現地社会と協働して施策を実施することが重要であった。そのためには植民地国家と現地社会をつなぐ仲介者の存在が不可欠であった。そして、本論文が対象とする時代においては、植民地国家の側の姿勢や態度、そして仲介者の存在についても、十分とはいえず、この点がこの時代の現地住民を対象にした医療・公衆衛生施策の限界であったと言えよう。

終章

本研究は、仏領インドシナのフランス植民地国家による公的な医療・公衆衛生施策の導入・展開を、フランスがインドシナ南部のコーチシナへの侵攻と植民地化を開始した 1859 年から、第一次世界大戦が勃発した 1914 年までの時期を三つの時期に分け、それぞれの時期にどのような医療・公衆衛生上の課題があり、その課題に対していかなる対処をおこなったのかを、主に医療・公衆衛生にかかわる組織と法令の整備に焦点を当てて検討することを通じて、明らかにすることを目的とした。

第一章では、仏領インドシナ連邦成立以前のコーチシナ植民地において、軍人の健康をいかに守るのか、感染症をどのようにコントロールするのかという医療・公衆衛生上の課題に対して、占領統治期（1859 年から 67 年）、軍政期（1867 年から 79 年）、民政期（1879 年から 87 年）の三つの時期に区分して、どのような対策がおこなわれていたのかを、主に医療・公衆衛生にかかわる組織の形成と法令の整備に焦点を当てて検討した。

占領統治期は、まず軍人の健康に関しては、保健部と民政局といった医療を担う組織が整備され、病院施設の修繕や利用者の制限、医師の配置など、病院運営にかかわる規定が定められていった。一方で、感染症対策については、統治を担う海軍による対策はほとんど見られなかった。天然痘対策については、主に宣教師がその担い手となり実施されていた。感染症対策だけではなく、組織や法令の整備についても、実際のところ設立された組織がどの程度機能し、法令で定められたことがどの程度実効性を持っていたのかについては明確ではなかった。こういった状況は、コーチシナへの軍事侵攻のさなかであったために、実効性のある取り組みをおこなう余裕がなかったことの表れであった。

軍政期に入ると、保健評議会や公衆衛生評議会といった医療・公衆衛生に関する問題のみを議論する組織が形成されたほか、海軍保健隊を中心に実際の医療・公衆衛生施策を担う組織も変遷はあるにせよ、整備されていった。これらの組織において軍が中心を担っていたのは、軍人の健康の管理が占領統治期か

ら引き続いて最重要課題であったことを示していた。感染症対策、特に天然痘対策については、占領統治期に主に宣教師によって担われていた天然痘対策が、1867年の仏領コーチシナ成立による軍政への移行後、種痘を担う種痘委員会が設立され、種痘が義務化されるなど、植民地国家が主体的に担う形に変化した。実際の種痘の実施については、児童への種痘が重視されていたことや、仏領コーチシナ全域での接種には担当人員が不足していたこと、仏領インドシナ経済に重要なコメの集荷や輸出の拠点であったメコンデルタに位置する都市を中心に実施されていたことが明らかになった。

最後に民政期については、組織面ではそれまで対策の中心を担ってきた海軍保健隊が新たに設けられた医療部の下に配置されるなど、軍が主導する形から文民が主導する形への移行が進められた。変化は感染症対策でも見られた。軍政期までは天然痘対策が中心であったが、民政期に入るとそれまで棚上げにされてきたコレラをはじめとするほかの感染症への対策も実施されるようになった。具体的にはフランス本国で実施されていた不衛生住宅の改良、運河の埋め立て、下水道の整備といった取り組みが導入されたほか、検疫体制も整備・強化された。運河の埋め立てについては、決議に至るまでの過程で、埋め立てに対して反対する声もあがったが、最終的には衛生状況の改善が最も重要だとされ、埋め立てるに至った。検疫については、感染症対策と経済活動、特に交易の維持との間でバランスを問うような形で対策が実施された。このことも、軍事的側面から経済的側面へと、仏領コーチシナ統治の重心が移動しつつあったことの表れと言える。

以上が仏領インドシナ成立までの仏領コーチシナ期の医療・公衆衛生施策の展開である。この時期を通じての医療・公衆衛生上の課題は軍人の健康を管理することと、天然痘などの感染症に対処することであった。これらの課題に対して、当初は軍事行動が継続していたこともあり軍人の健康の管理が最優先され、軍が主導する形で組織が形成され、病院・診療所の運用に関する規則などが定められていった。しかし、占領統治期から軍政期、民政期へと移行するにつれ、医療・公衆衛生施策の担い手も徐々に軍から文民へと移行し、それにと

もない組織も文民主体の組織へと変遷し、医療・公衆衛生上の対策の重心も軍人の健康管理だけではなく、天然痘やコレラなどの感染症対策へと広がっていった。ただこの段階での医療・公衆衛生施策は、組織や法令の整備が進み、その対象が拡大しつつあったとはいえ、まだ初期段階、萌芽的なものであった。

第二章では、仏領インドシナ連邦が成立した 1887 年からポール・ドゥメールの統治が終わる 1902 年までの時期を対象に、医療・公衆衛生施策を担う行政基盤の整備、現地住民に対する医療・公衆衛生施策の実施、感染症対策という、三つの課題に対してどのように対応しようとしたのかを、主に組織と法令の整備に注目しながら検討した。

まず、一つ目の課題である医療・公衆衛生施策を担う行政基盤の整備については、総督府レベルでも地方レベルでも医療・公衆衛生を担う組織整備が進められたが、総督府レベルの組織整備は地方レベルでの組織整備を前提としたものであった。地方レベルでは、コーチシナ植民地期に一定程度の整備がおこなわれたコーチシナと、連邦成立後に組織整備がおこなわれたアンナン、トンキン、カンボジア、ラオスで、どのタイミングでいかなる組織が形成されるのかに違いがあったが、全体的な傾向としては、地方保健部長の設置に見られるように各地域の医療・公衆衛生施策をきちんと管轄できる仕組みを作ろうとしていた。そしてこの地方レベルの整備と連動する形で、各地方からの情報を総督府レベルで集約・共有し、植民地全体の医療・公衆衛生施策の議論・検討をおこなう場としての公衆衛生高等評議会の設置がなされた。

二つ目の現地住民を対象にした医療・公衆衛生施策の実施については、現地住民を対象とした病院の開設や、入院費用の無償化、ハノイ医学校の設立などの取り組みがなされていた。また、仏領コーチシナ期に引き続き、宣教師たちも現地住民に対する医療提供の面で、重要な役割を果たしていた。これらの取り組みが果たして課題に十分こたえるものであったのかどうかは定かではない。しかし、仏領コーチシナ期と違い、現地住民が医療・公衆衛生施策の対象として認識され、その対処がおこなわれるようになってきた。

最後に三つ目の感染症対策であるが、サイゴンとニャチャンに開設されたパスツール研究所が、仏領インドシナの医療・公衆衛生にかかわる問題の調査・研究をおこなうだけではなく、ワクチンの開発などを通じて、感染症対策に貢献する組織として重要であった。天然痘についてはコーチシナですでに実施されていた種痘の義務化を、仏領インドシナ全域に導入するののかについて議論がなされた。コレラ、ペストについては、植民地当局が感染者や接触者の強制隔離、財産の消毒や焼却などの強権的・介入的な対策をおこなうことを可能とする法令が定められた。また、フランス本国で施行されている法令が植民地にも適用され始め、その頂点の一つが 1902 年公衆衛生法の植民地への導入であり、この適用を受けて、仏領インドシナ全域で種痘が義務化されることとなった。このように、仏領インドシナ連邦成立後、感染症対策は組織、法令それぞれの面で進展を見せたが、特にパスツール研究所の設立にみられるように組織面での進展が大きかった。

第三章では、1902 年から 1914 年までの時期を対象に、仏領インドシナ連邦での医療・公衆衛生上の三つの課題、行政組織の整備、感染症対策、現地住民を対象にした医療・公衆衛生施策の実施について、どのような取り組みがなされたのかを、主に組織と法令の整備に焦点を当てながら検討した。

まず行政組織の整備については、第二章で検討したドゥメールによって整備された行政機構は、1903 年に再整備がなされた。この再整備はラオス、広州湾租借地を仏領インドシナ連邦の医療・公衆衛生組織の体系の中に組み入れることにより、組織の枠組みを整理すること、この枠組みの整理にともない組織の再配置や改廃を実施したこと、そしてサイゴン・パスツール研究所を総督府の組織体系の中に組み入れたことなどからなるものであった。次に大きな変化として、保健部が廃止され新たに設立された保健総局が仏領インドシナ連邦の医療・公衆衛生施策の管理と統括を担うことになったことがある。この保健総局は総督府直営の病院・診療所、港湾衛生警察、公衆衛生、軍医や医療支援隊、領事館の医療サービスの監督・管理業務を担い、仏領インドシナ連邦の医療・公衆衛生施策の根幹をなす組織であった。

次に感染症対策については、19世紀末以降の微生物学の進展により細菌などの病原体が特定され、ワクチンや血清といった病原体に直接アプローチする対策がおこなえるようになった。仏領インドシナでこのアプローチの根幹を担ったのがパスツール研究所であった。本章が対象とする時期に脅威となった感染症は天然痘、コレラ、ペストだったが、このうち最も対処が必要とされたのがペストであった。ペストは1894年の香港での流行以来、世界各地に感染が広がり、ヨーロッパ中世の黒死病の記憶とも相まって、強く警戒された感染症であった。仏領インドシナでは1902年、1908年に大きな流行があり、1902年の流行時はネズミの駆除が対策の柱であったが、これはうまく機能しなかった。この教訓から、ペストを念頭に置いた感染症対策が整備されることとなった。それは消毒や殺菌、隔離、検疫といった、これまでも実施されていた対策を体系化する形で実施され、その中にはパスツール研究所で生産された血清の仕様も含まれていた。実際の対策は、植民地内の地域ごとで実施されたが、どの程度対策がおこなわれたのかは、ペスト流行の状況や利用可能な設備や人員の多寡によって規定されていた。

最後に現地住民を対象にした医療・公衆衛生施策であるが、それまでドゥメールらによってとられていた経済的利益の獲得を目的とした同化政策が、第三章が対象とする時期に総督を務めたポール・ボーらによって協同政策へと転換し、植民地統治における「文明化の使命」という側面が強調され、現地住民に対する医療・公衆衛生施策の提供という課題も、この文脈に沿った対応がおこなわれた。その代表として現地人医療援助の導入と、医学校での現地人補助医師の養成があった。現地人医療援助は現地住民に医療を提供することを目的の一つとしてはいたが、フランス国籍を持った医師が主導した、あくまでも上からの医療提供であったがゆえに、現地住民の医療・公衆衛生上のニーズにどこまでこたえることが出来ていたのかについては疑問が残るものであった。現地人補助医師の養成についても、医師不足という問題の解決には一定の効果があったかもしれないが、現地住民が西洋医療を受容する仲介者としての役割には、仏領インドシナが多民族国家であったことなどから限界があった。このよ

うに「文明化の使命」という名目でおこなわれた取り組みは、あくまで統治者であるフランス植民地国家の側の論理によるものであり、現地住民に医療・公衆衛生施策を提供するという課題への対処としては限界があった。

第四章は仏領インドシナにおける現地住民を対象にした植民地国家による感染症対策の特徴と限界を、米領フィリピンでの感染症対策と、香港でのペスト対策と比較して検討した。

米領フィリピンとの比較を通じて明らかになったのは、まず共通点として軍人への対策が優先されたことがあった。そして相違点としては、現地住民を対象にした対策や用いられた手法に大きな違いがあったことが明らかになった。米領フィリピンでは「恩恵的同化」が植民地統治の目的の一つであり、フィリピンの軍事的平定と並行して、現地住民に対する感染症対策を含む医療・公衆衛生施策が導入されていた。一方、仏領インドシナでは軍事行動がおこなわれている際には、軍人の健康管理が何よりも最優先され、現地住民への医療提供は最低限にとどめられていた。軍事行動終了後、経済的利益の確保のために労働者としての現地住民の重要性が高まったこともあり、現地住民を対象にした医療・公衆衛生施策は導入され始めるが、コメ生産や交易の拠点など経済的に重要な地域に重点が置かれるなど、あくまで経済的側面が重視されていた。1902年以降、仏領インドシナで「文明化」が掲げられ、その一環として現地住民を対象にした医療・公衆衛生施策の充実が図られるが、現地人医療援助にせよ、医学校での補助医師の養成にせよ、あくまで植民地国家の側、「上から」現地住民・現地社会に「恩恵」を与えようとするものであった。

そして香港との比較を通じて、植民地国家が導入した感染症対策への現地住民の反発への対応から、感染症対策の限界が明らかになった。香港でも仏領インドシナでも、強権的で介入的な感染症対策が実施された。しかし、台湾、上海、米領フィリピン、英領インドなどの事例を見てみると、強権的で介入的な感染症対策は、致死率が高く、感染スピードのはやいペストの特徴であった。この強権的で介入的な感染症対策は現地住民の強い反発をまねいていたが、植民地国家はこれらをほぼ考慮することなく対策を継続した。その背景には、西

洋医学に対する強い自信と信頼、西洋人に感染が広がることへの恐怖、現地住民の文化や習慣、彼らの心情への無理解と軽視、そして現地住民が「無知」でありその無知な住民に「上から」感染症対策を施してやるという姿勢や態度があった。たとえ微生物学などの進歩しつつあった西洋医学・疫学の成果を取り込んだ西洋医療に基づく感染症対策が有効であったとしても、その対策を現地住民に受け入れてもらい、実効性を高めていくためには、植民地国家の側が「上から」施策を押し付けるのではなく、現地社会・住民の側の状況や事情をよく知り、現地社会と協働して施策を実施することが重要だった。そのためには植民地国家と現地社会をつなぐ仲介者の存在が不可欠であったが、本論文が対象とする時代においては、植民地国家の側の姿勢や態度、そして仲介者の存在についても十分とは言い難く、この点がこの時代の現地住民を対象にした感染症対策、ひいては医療・公衆衛生施策の限界であった。

以上が 1859 年から 1914 年における仏領インドシナでのフランス植民地国家による医療・公衆衛生施策の導入と展開である。本研究では、この期間を植民地統治の進展に応じて三つの時期に区分し、それぞれの章で詳細に検討してきた。これらの時期を総合的に見渡すと、仏領インドシナにおける医療・公衆衛生施策の展開は、軍事侵攻、経済的利益の追求、そして文明化の使命という植民地統治の目的の変遷に対応して進められていたことが明らかとなった。この出発点に軍事侵攻が位置付けられるのは、軍事侵攻から植民地化が開始された仏領インドシナの特徴の一つである。このことが示しているように、軍事侵攻、経済的利益、文明化といった植民地統治の目的に対応する形で医療・公衆衛生施策が展開されていくことは必ずしも全ての植民地で見られることではない。特に経済的利益については、その重要性に応じて医療・公衆衛生施策を含む他の施策をどこまで実施するか、もしくは妥協するかに強く影響する。この植民地統治の目的や理念の大きな流れと、それに医療・公衆衛生施策が対応して変化していったことは、仏領インドシナの植民地国家の側の医療・公衆衛生施策の対象について検討する上で重要となる。なぜならこのことは現地住民に医療・公衆衛生施策を提供する重要性や、どこまで広く現地住民に提供してい

たのかと強くかかわっているためである。軍事侵攻が重要な時代においては、現地住民は医療・公衆衛生施策の重要な対象ではなく、経済的側面が大きくなるにつれて、経済活動にかかわる現地住民が徐々に重要な対象となっていき、文明化が植民地の使命として掲げられることで、その対象は一気に拡大していった。これは種痘をインドシナ全体に義務化し、医師が地域を巡回しながら種痘をおこなったことから見てとれる。このように、植民地統治の目的や理念に合わせて医療・公衆衛生施策が展開していき、それにともない医療・公衆衛生施策の対象となった現地住民が拡大していったことは仏領インドシナの特徴の一つであった。

また、仏領インドシナでは、公的な医療・公衆衛生施策の受け手だけでなく、それを提供する担い手にも変遷が見られた。仏領コーチシナ期では主に宣教師と軍医がその担い手であり、民政移管や仏領インドシナ連邦成立にともない、民医も担い手に加わるようになった。しかし、医療・公衆衛生施策の対象が拡大することで、担い手の数を増やしていく必要性が増し、公務経験のある軍医を研修を免除する形で雇用したり、ハノイ医学校を設立し、現地住民から医師（補助医師）や看護師を育成したりすることで担い手不足という課題を解決しようとした。現地人医療援助がマダガスカルで最初に開始されたように、医師不足という課題は仏領インドシナ以外でも見られた課題であり、現地住民からその担い手を育成するという取り組みは他の植民地地域でも実践されていた。しかし、医学教育を施した現地住民医師にどのような役割を期待していたのかや、その比重は植民地地域の状況によって異なっていたと推察される。その点、仏領インドシナにおいては、治療を施すという役割のほかに、現地住民へ衛生教育をおこなうことで、西洋医学に基づいた医療を受け入れるよう説得する役割も期待されていた。優秀な人材にはフランス本国への留学の機会を検討するなど、治療を施すという役割についても重視されている側面があった。

また、本研究が対象としている時期の仏領インドシナでは個人を対象とした医療と、集団を対象とした公衆衛生が、一次資料の表記のレベルでも入り混じっていたが、とりわけ公衆衛生施策に着目すると、感染症の原因に対する考え

方や、微生物学に代表される医学・疫学研究の進展が施策に大きく影響を与えていた。微生物学の成果を活用できなかった仏領コーチシナ期には、下水道や運河の整備、非衛生的な住宅の改良といった工学的な手法が用いられていた。しかし、仏領インドシナ連邦成立後はサイゴンやニャチャンにパスツール研究所の支所が設立されたことに象徴されるように、ワクチンや血清の活用、ペストについてはネズミ駆除といった、病原体に直接アプローチする医学・疫学的手法が用いられるようになった。これらの手法の多くは、同時期に本国フランスで導入されていたものであったが、種痘については本国で義務化される30年以上前に義務化がおこなわれるなど、本国と植民地の間で違いもあった。仏領インドシナの植民地化の進展は、まさに近代医学の進展と時期的に重なっており、一定程度まで近代医学が進展すると、その知識や技術を施策に取り入れることができるようになったものの、植民地化の進展と同時に医学が進展しているさなかにおいては、仏領インドシナの公衆衛生施策は本国の取り組みの実践が中心的となっていたことも、仏領インドシナの特徴のひとつと言える。

さらに、仏領インドシナにおいては、本研究が対象とした時期を通じて感染症対策が最も重要な課題であったことも特徴のひとつに挙げられよう。このことは、ヒトやモノの移動が活発化し、感染症のリスクが高まっていた時代であったとはいえ、全ての植民地地域に共通したことはなかった。たとえば、英領香港においては、当時の西洋人が湿気や低地を病気の原因と考えていたため、西洋人は主に丘陵地に居住し、現地住民は低地や湿地帯に住んでいた。感染症対策やそのための公衆衛生施策はコストがかかることから、そもそも居住地を住み分けることで、課題としての感染症対策の重要性を小さく見積もっていたのである。しかし、仏領インドシナにおいては占領統治期より、軍人が感染症にかかるリスクを抱えていたこともあり、植民地化の初期段階から感染症対策は課題として浮上していたのである。このように、仏領インドシナにおいては、天然痘やコレラ、ペストといった感染症にどう対処するのかは一貫して重要な課題であっただけではなく、そのほかの課題であった軍人の健康管理に

せよ、組織整備にせよ、そして現地住民への医療提供にせよ、そのいずれもが感染症対策と密接なかかわりを持っていたのだった。

最後に、この感染症対策に関連するもう一つの特徴として、現地住民への対策の実施の限界がある。感染症対策を実効性があるものにするためには、人口の多数を占める現地住民を対象にした対策の実施は欠かせないものであった。しかし、仏領コーチシナ期に問題となった天然痘対策は宣教師が担っていたことや、民政移管を経て仏領インドシナ連邦が成立した後も、現地住民を対象にした感染症対策を含む医療・公衆衛生施策は、植民地の経済的利益を確保するために必要であった地域に優先的に導入されることから見てとれるように、重要であったにもかかわらずその進展具合は遅々としたものであった。第三章や第四章で論じたように、総督がドゥメールからボーに代わり、現地住民に「文明化」の恩恵を与えることが植民地統治の目的に加えられるようになって、この状況は大きく変わらなかった。ペストの流行を受けて仏領インドシナで導入された介入的・強制的な対策に現地住民は反発したが、対策が緩和・変更されることはなかった。つまり「文明化」の恩恵とは植民地統治者の側が、現地住民に「上から」一方的に施すものであり、対象とされた現地住民に対する配慮や、彼らの事情を理解しようとする姿勢はほぼ皆無であった。確かに、強権的・介入的な感染症対策は、ペストといった感染症の深刻さに由来している部分もある。しかし、この「上から」一方的に施す姿勢に対する現地住民の反発は、植民地国家と現地住民の架け橋となる「仲介者」が存在しなかったことも原因であった。この仲介者として期待されたのは現地人医師らであったが、本研究が焦点を当ててきた 1914 年までの時期についてはその期待された役割を十分に果たすことはなかった。この「上から」一方的に施す、現地住民の事情を理解しようとししない姿勢と「仲介者」の不足がこの時代の感染症対策、ひいては医療・公衆施策の限界であった。

以上が、1859 年から 1914 年までの時期の仏領インドシナにおける植民地国家による公的な医療・公衆衛生施策の導入と展開、そしてその特徴と限界であ

る。では、この内容を踏まえて、本研究が先行研究に対していかなるインプリケーションを持つのかを述べていきたい。

まず、序章で整理したように、仏領インドシナにおける医療・公衆衛生にかかわる先行研究は、「上から」の視点に立った研究が不足しているという課題があった。それに対し本研究は、1859年から1914年という仏領インドシナの植民地統治の初期段階において植民地国家がおこなった公的な医療・公衆衛生施策に主眼を置き、それがどのように展開していったのかを明らかにしてきた。また、米領フィリピンや香港などのほかの植民地地域における感染症対策の取り組みと比較することで、仏領インドシナの医療・公衆衛生施策の特徴を提示した。これは、先行研究では断片的であった法整備などを仏領インドシナの植民地統治の背景を捉えながら跡付ける試みであった。これにより、それらの施策を受けて現地住民がどう反応したのか、その反応に植民地国家がどう対応したのかという視点に立った研究が可能となることに第一の意義がある。

第二の意義は、仏領コーチシナ期の重要性とその連続性に関する新たな視点を提示した点にある。本研究では、これまでの先行研究においてほとんど注目されてこなかった仏領コーチシナ期が、感染症対策や医療・公衆衛生施策の展開においていかに重要な意味を持つかを明らかにした。単に仏領インドシナ連邦成立以降の医療・公衆衛生政策の「前史」として位置づけられるだけではなく、仏領コーチシナ期で整備された施策が、その後の連邦成立後における施策の基盤となったことを示している。まず、仏領コーチシナ期の植民地化は、軍事キャンペーンを契機に開始された。それにともない、軍事行動に従事する軍人の健康管理の必要性があった。その結果、仏領コーチシナでは、本国フランスよりも30年早く種痘が義務化されるなど、早期から感染症対策が進められた。これらの取り組みの成果は、後の仏領インドシナ連邦成立後にも表れている。たとえば、天然痘の流行はコーチシナでは他の地域と比較して顕著に抑えられており、もしこの事実が真逆の状況であったならば、20世紀初頭に仏領インドシナ全域で種痘を義務化するに至らなかった可能性がある。また、必要に応じて医師が地域を巡回して種痘をおこなうという仏領コーチシナ期の手法

は、20 世紀初頭の種痘実施のモデルケースとなった。さらに、このような成功事例から、20 世紀初頭に種痘がインドシナ全域で義務化される前に、自主的に種痘を受けにくる現地住民がいたことにも表れているように、西洋医療への懐疑心を払拭し、現地住民の間での受容を促進した可能性がある。さらに、仏領コーチシナ期には、感染症対策や医療・公衆衛生施策を進めるための行政組織や法整備がおこなわれた。これにより、1902 年の公衆衛生法が適用された際、コーチシナでは他地域よりも迅速かつ円滑に施策が実施された。これらの基盤があったことで、仏領インドシナ連邦成立後の医療・公衆衛生施策は他の植民地地域と比較して早い段階で具体化し、発展することが可能となった。加えて、仏領コーチシナ期における水際対策の先進性も特筆すべきである。この時期から検疫や港湾における法整備が進められ、感染症の流入を防ぐ仕組みが構築されていた。仏領インドシナ連邦成立後のペスト流行時も、船舶や積荷に対する検疫が実施されたが、現地住民や商人の反発が報告されていない背景には、仏領コーチシナ期の水際対策の積み重ねがあったからこそ可能であったことも推察される。

以上のように、仏領コーチシナ期は単なる前史に留まらず、後の仏領インドシナ連邦全体にわたる医療・公衆衛生施策の基盤を形作った重要な時期である。本研究は、この連続性の重要性を明確に示すとともに、その影響の具体的な効果を浮き彫りにした。また、この連続性を理解するためには、軍事侵攻を発端とする感染症対策の重要性を強調することが不可欠であり、本研究はその点でも学問的な意義を持つ。

さらに第三の意義として、医療・公衆衛生にかかわる組織整備の面でボーが果たした役割を明らかにしたことがある。先行研究では医療・公衆衛生の分野に限らず、仏領インドシナの行政組織整備で重視されてきたのは、ドゥメールであった。第二章で論じたように、医療・公衆衛生の分野でも確かにドゥメールによって総督府レベル・地方レベルそれぞれで組織整備がおこなわれ、行政基盤の形成が進んだことは間違いない。しかし、医療・公衆衛生の分野での実質的な組織整備は、第三章で論じた 1903 年以降のボーによるものが重要であ

った。1903年以降、初めてコーチシナ、アンナン、トンキン、カンボジア、ラオス、広州湾租借地の仏領インドシナ連邦全域を覆う組織整備がおこなわれただけではなく、仏領インドシナにおける医療・公衆衛生施策の管理と統括を担い、その根幹をなす組織としての保健総局が設立されるなど、ボーが果たした役割は大きかった。医療・公衆衛生の分野に限らず、仏領インドシナを対象とした研究ではドゥメールが果たした役割が強調されがちであるが、ボーのように同様に重要な役割を果たしていた総督がおり、ドゥメールだけではなく彼らが何をなしたのかをきちんと検討することの重要性を示したこと、これが三つ目の学問的意義である。

さらに本研究の意義として、これまで先行研究で十分に議論されてこなかった「文明化の使命」という植民地統治の理念と医療・公衆衛生施策の関係性を明らかにした点が挙げられる。「文明化の使命」や「協同政策」が、植民地統治を正当化するための建前にすぎなかったのか、あるいは真に現地住民の生活向上や文明化を目的としていたのかという問いは、仏領インドシナのみならず他の植民地地域においても重要な議論の対象となってきた。たとえば、ハリソンの英領インドに関する研究では、医療・公衆衛生施策がイギリスの帝国主義を正当化する「道具」としての役割を果たす一方、現地住民の健康向上を目的とした側面も存在したことが示されている。ただし、これらの施策はコストなどの理由から十分に提供されることができず、結果的に不完全なものに留まったことが明らかにされている。仏領インドシナにおいても、医療・公衆衛生施策の中には現地住民を対象とした取り組みが見られた。しかし特に感染症対策に注目すると、現地住民の文化や心情を考慮した形跡は乏しく、これが仏領インドシナの医療・公衆衛生施策の限界を象徴しているといえる。第四章で検討したように、植民地政府側は西洋医学に基づく施策や過去のペスト流行時に成果を上げた隔離政策などの手法に強い自信を持っており、現地住民がその意義を理解していないだけだと判断していた節がある。こうした背景から、一定の範囲では現地住民のために施策を施そうという姿勢も見られたものの、「文明化」や「現地住民のため」とされたこれらの施策は、フランスから見た「文明

化」や「現地住民のため」に過ぎず、そこに「現地住民が何を望んでいるのか」が含まれることはほとんどなかった。このことは、仏領インドシナにおける医療・公衆衛生施策のみならず、植民地統治全体の特性を浮き彫りにするものであり、本研究が明らかにした重要な知見の一つである。

最後に本研究の課題と今後の展望について述べる。まず序章でも述べたように、本研究は植民地国家が導入した「上から」の公的な医療・公衆衛生施策に焦点を当てたものであり、この施策に対する現地住民による「下から」の反応や、植民地国家と現地住民・社会の間で医療・公衆衛生をめぐるどのようなやり取りがなされていたのかなどの「接触面」については、十分検討しては来なかった。植民地における医療・公衆衛生の実態を明らかにするためには、本研究がおこなった「上から」の視点による研究だけでは不十分であり、「下から」の視点に立った研究と、「接触面」に着目した研究をおこなうことが不可欠である。この点は今後さらなる研究をおこなう必要がる。

次に本研究は 1859 年から 1914 年までの時期を対象にしており、この時期に導入された医療・公衆衛生施策が 1914 年以降、どのように展開していったのかについては検討していない。仏領インドシナでの医療・公衆衛生施策を通時的に描き出すためには、引き続き 1914 年以降に何が起こったのかを明らかにする必要がある。

本研究には史料的な限界もあった。本研究で扱った史料はエクサンプロヴァンスのフランス国立海外領文書館（Archives nationales d'outre-mer: ANOM）で収集した史料や、フランス国立公文書館オンラインアーカイブ（Gallica）で入手した史料が中心であった。仏領インドシナの医療・公衆衛生に関する史料については、フランス本国の資料館にもまだ本研究で利用しなかった資料が保管されているほか、ベトナムの資料館にも資料が存在していることは把握している。本研究で使用できなかったこれらの資料を利用することで、本研究の分析をより精緻なものにできるだけではなく、本研究では十分検討することが出来なかった点に光を当てることが出来る。

この本研究で十分光を当てることが出来なかった点の一つとして、仏領インドシナの医療・公衆衛生施策にパスツール研究所が果たしていた役割の解明がある。本研究でもパスツール研究所については言及してはいるが、その実態を解明したと言えるほど研究を深めることはできなかった。人物についても、イエルサンやカルメットについては取り上げたが、彼ら以外にもパスツール研究所を舞台にして、仏領インドシナの医療・公衆衛生施策にかかわった人物がいることが資料から明らかになったが、本研究で取り上げるまでには至らなかった。パスツール研究所だけではなく、彼らが仏領インドシナでどのようなことをおこなっていたのか、それは仏領インドシナの医療・公衆衛生を考える上でどこまで重要であったのかなどについては、先行研究でもまだ明らかになっていない。これらについて、資料を用いて明らかにすること、それが本研究を深化・発展させる上で重要な課題である。

付録 1

仏領インドシナ年表（1858 年～1940 年）

概要

この年表では、仏領インドシナのできごと、仏領インドシナにおける医療・公衆衛生にかかわるできごと、その他特筆すべきできごとについてまとめている。また、仏領コーチシナ期についても便宜上仏領インドシナのできごとを含めている。

広く知られている歴史的事実については出典を省略しているが、医療や公衆衛生に関連する出来事のうち、本研究で特に言及していないものについては、モネ・ルスローの著作（Monnais-Rousselot, Laurence. 1999. Médecine et colonisation : l'aventure indochinoise, 1860-1939. Paris : CNRS Editions.）に依拠する。

年	仏領インドシナのできごと	医療・公衆衛生にかかわるできごと	その他特筆すべきできごと
1858	フランスとスペインの連合艦隊がダナンを攻撃		
1859	フランスの艦隊がコーチシナを攻撃		
1860	フランスによるサイゴン占領		
1861	フランスがコーチシナ東部3省を占領	コレラや赤痢が流行, 保健部設立, ルフェーブル司教によって現地住民のための病院が設立	
1862	コーチシナがフランスに割譲（第一次サイゴン条約）	民政局設立	
1863	フランス・カンボジア保護条約調印	諮問評議会が設立	
1864		チョロンに病院が設立される, サイゴンの病院の利用者制限が決定される	トンキンとコーチシナに代牧区が設立
1867	フランスがコーチシナ西部3省の併合を宣言, 直轄植民地「仏領コーチシナ」を樹立	種痘委員会が設立	
1868		保健評議会が設立	
1870		公衆衛生評議会が設立	
1871		コーチシナで種痘が義務化される	

1873	仏軍がハノイ城を占領, 黒旗軍に敗北	バンコクから来航する船舶の検疫実施決定	
1874	第二次サイゴン条約		
1878			パリ万国博覧会開催, 国際衛生会議
1879	仏領コーチシナの民政移管		
1880	フランス大統領によるコーチシナ植民地評議会設立令		
1882	仏軍がハノイ城を占領, 清軍が対抗	コーチシナでコレラが流行, 衛生警察に関する行政命令	コッホが結核菌を発見
1884		フランスで制定された1850年住宅衛生化法をコーチシナに適用	
1885		コーチシナの下水道整備	パスツールが狂犬病ワクチンを開発
1886		アンナンとトンキンに公衆衛生上級評議会が設置	
1887	仏領インドシナ連邦成立	カティナ通り沿いの運河が埋め立てられる	パリ・パスツール研究所設立
1888		トンキンやアンナンでコレラが流行	
1889		アンナンとトンキンに保健部設立	
1890		植民地保健隊の設立	
1892		サイゴンにパスツール研究所が設立	ヴェニス万国衛生会議
1894		トンキンやアンナンで天然痘が流行, イェルサンがペスト菌を発見	日清戦争, 香港でペストが発生
1895	ラオスがフランスの保護権承認	ハイフォン、ハノイ、ダナンに保健部を設立, ハイフォンとダナンに保健評議会を設立, ニャチャンにパスツール研究所が設立, 入院費用の無償化, 感染症発生時の対応に関する行政命令	
1896		フエに中央病院が設立	
1897		地方保健部長設置	
1898		ブノンベンに公衆衛生評議会が設立, ヴィンで病院が開設	マダガスカルで現地人医療援助が確立
1899	ラオスをインドシナに編入		
1900	広州湾をインドシナに編入		
1901		トンキンで公式に最初のペスト症例が報告される	
1902	ハノイの総督府を移転	ハノイ医学校が設立, コーチシナとラオスを除く保護領に衛生委員会設置, トンキンでペストが流行	フランスで公衆衛生法が公布
1904		コレラ流行	日露戦争
1905	東遊運動開始	現地人医療援助が設立, 保健総局が設立, 1902年公衆衛生法をインドシナに適用することが決定	梅毒の原因物質発見
1906		サイゴンでペストの症例が報告される, ハノイ医学校の第一期生卒業	マルセイユで植民地博覧会開催
1907		ブノンベンでペストの症例が報告される	
1908		保健総局の役割や役職が規定, ペスト流行	
1910	ラオカイ・雲南間鉄道開通		
1911			奉天で国際ペスト会議開催, 辛亥革命
1913		トンキンでペストが流行	
1914		アンナンとコーチシナでペストが流行	第一次世界大戦勃発

1916		トンキンとアンナンで天然痘が流行	
1917		トンキンでペストが流行	
1918		インフルエンザが流行	
1925		トンキン、アンナンで天然痘が流行	
1929		ピエンホアに性病予防機関が設立	
1930	インドシナ共産党結成		
1931			パリで国際植民地博覧会開催
1939			第二次世界大戦勃発
1940	日本軍北部仏印進駐		

付録 2

1902 年公衆衛生法 [JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE, 19
Février 1902]

概要

付録 2 では、1902 年にフランス本国で制定されたフランスの公衆衛生法を収録している。この法令は、公衆衛生の向上と感染症予防を目的に制定され、多岐にわたる分野を包括的に規定している。また、地方自治体から国に至るまでの役割分担を明確にし、各市町村における具体的な衛生規則の策定を義務付けるとともに、緊急時の対応策や公共衛生における国家の権限強化を定めている。種痘の義務化や消毒措置の導入など、感染症予防の具体的な施策も盛り込まれている。

公衆衛生法は 5 部構成となっており、市町村の衛生規則の策定義務、感染症予防策、緊急時の対応などを規定した「一般的な衛生対策」、建設許可基準、建物の不衛生状態の改善措置、住居の居住禁止などに関して規定した「建物に関する衛生措置」、各地方自治体および県レベルの衛生評議会の設置と役割を規定した「衛生管理」、公衆衛生対策に必要な費用分担を規定した「支出」、そして違反者への罰則および施行にともなう廃止条項について規定した「罰則および雑則」であった。

この法令はその後仏領インドシナにも段階を追って適用されていくことになり、言わば仏領インドシナの医療・公衆衛生施策の基盤となる法令であった。

第 1 部：一般的な衛生対策

第 I 章：衛生対策

第 1 条：すべての市町村において、首長は公衆衛生を守るために、町議会の意見を聞いた上で、衛生規則を含む市の命令の形で以下を定める義務がある。

5. 1884 年 4 月 5 日の法律第 97 条に従い、伝染病を予防または終息させるために取るべき注意事項。特に、病人が使用した物品や汚染された物品の消毒や破壊、一般的に感染の媒介となる可能性のある物品の取り扱いについて。
6. 住宅やその附属物、私道（閉鎖されたものや開放されたものを問わず）、賃貸住宅、その他の集落の衛生を確保するための規定。特に、飲料水の供給や廃棄物の排除に関する規定。

第 2 条：市町村の衛生規則は、1881 年 4 月 5 日の法律第 99 条によって知事に与えられた権利を妨げるものではない。これらは、県衛生会議の意見を受けた後に知事によって承認される。もし、現法律の公布から 1 年以内に市町村が衛生規則を持たない場合、知事の命令により自動的に規則が課される。この場合、複数の市町村が 1890 年 3 月 22 日の法律に従って衛生対策を実施するために連携する意思を示した場合、それらは同じ規則を採用し、当該法律に規定された形式に従って適用される。

第 3 条：緊急の場合、つまり、疫病や公衆衛生に対する他の差し迫った危険がある場合、知事は第 1 条で定められた衛生規則に従った措置の即時実施を命じることができる。緊急事態は市長の命令によって確認され、もしそれがない場合は知事の命令によって確認される。この特別命令は、特定の 1 人または複数の人に適用される場合も、町のすべての住民に適用される場合もある。

第4条：本法律の規定が適用される病気の一覧は、公布から6か月以内に、内務大臣の報告に基づき、医学アカデミーおよびフランス公衆衛生諮問委員会の意見を受けて、大統領の勅令によって作成される。これに関しては、同様の形式で見直されることができる。

第5条：第4条で言及されている病気の症例については、存在を確認した医師、健康担当者、または助産師が、公的機関に対してその症例を報告することが義務付けられている。この報告の方法は、内務大臣の命令によって定められ、その際には医学アカデミーおよびフランス公衆衛生諮問委員会の意見を考慮する。

第6条：天然痘ワクチン接種は、生後1年目に義務付けられ、再接種は11歳および21歳におこなうこととする。親または保護者は、当該措置の実施に個人的に責任を負う。公共管理規則は、医学アカデミーおよびフランス公衆衛生諮問委員会の意見を受けて、現条項の適用に必要な措置を定める。

第7条：消毒は、第4条に規定された病気のすべての症例に対して義務付けられる。消毒の方法は、フランス公衆衛生諮問委員会の意見を受けた後に内務大臣によって承認されなければならない。消毒の措置は、2万人以上の住民を持つ都市では、知事によって承認された市長の命令に従い、市当局の責任で実施され、2万人未満の住民を持つ市町村では、県のサービスの責任で実施される。1856年7月21日の法律および前記法律に従って発せられた命令や命令は、消毒装置に適用される。公共管理規則は、フランス公衆衛生諮問委員会の意見を受けて、これらの装置が実施する操作の効率に関して満たすべき条件を定める。

第8条：疫病が共和国の全土または一部に脅威を与えるか、または発生し、地域の防衛手段が不十分であると認められる場合、大統領の命令によって、フランス公衆衛生諮問委員会の意見を受けた後に、この疫病の拡散を防ぐために適切な措置が定められる。この命令は、これら

の措置の実施を担当する権限および管理の役割、構成、および権限を規定し、一定期間これらを実施する権限を委譲する。これらの措置の実施にかかる人件費および物資は、国家の負担とする。これらの措置の適用を命じる命令および行政行為は、官報への掲載から 24 時間以内に執行される。

第 9 条：連続して 3 年間、ある市町村での死亡者数がフランスの平均死亡率を超えた場合、知事は、県衛生委員会にその市町村の衛生状況について調査をおこなうように指示する義務がある。調査は知事自身がおこなうか、または選挙区の衛生委員会によって実施される。この調査により、市町村の衛生状態が衛生工事を必要としていることが確認された場合、特に良質な飲料水が十分に供給されていない、または排水が停滞している場合、知事は市町村に対して催告をおこなった後、何の措置も取られなかった場合、県衛生委員会に必要な工事の有用性および性質について協議をおこなうように要請する。市長は、県衛生委員会の前で自らの意見を述べるように催告される。県衛生委員会が工事の実施に反対する意見を持っている場合、または市町村からの請願があった場合、知事は県委員会の決議を内務大臣に送付し、大臣が必要と判断した場合、問題をフランス公衆衛生諮問委員会に提出する。この委員会は調査を行い、その結果を市町村に掲示する。県衛生委員会および公衆衛生諮問委員会の意見に基づき、知事は市町村に対して計画を策定し、工事を実施するように催告する。この催告後 1 か月以内に市町村議会が従う意思を示さなかった場合、または 3 か月以内に工事実施のための措置を取らなかった場合、大統領の命令により、国务院の協議を経て、工事を命じ、その実施条件を定める。費用は法律によってのみ市町村に課されることができる。県議会は、1871 年 8 月 10 日の法律第 46 条に従って、上記工事の費用に対する県の負担について決定する。

第 10 条：市町村のサービスのための水源の利用を公共の利益とすることを宣言する命令は、必要に応じて、完全な所有権で取得すべき土地とともに、当該水源の汚染からの保護区域を定める。保護区域内の土地に対しては、人間の肥料を散布することや、知事の許可なしに井戸を掘ることが禁止される。これらの土地の所有者に支払われる可能性のある補償は、1841 年 5 月 3 日の公共の利益のための土地収用に関する法律の形式に従って、完全な所有権で取得された財産に対して支払われるものと同様に定められる。これらの規定は、地下水脈から汲み上げた飲料水を供給する井戸やギャラリーにも適用される。飲料水の水源を利用する権利は、その水源を所有する市町村に対し、その水源の浚渫、覆い、あらゆる汚染原因からの保護をおこなう権利を含むが、パイプや溝でその流れを逸らす権利は含まれない。公共管理規則は、必要に応じて、利用権の行使条件を定める。市町村が所在する飲料水の水源の一部または全部の取得は、1 秒あたりの流量が 2 リットルを超えない場合、知事の命令によって公共の利益として宣言されることができる。この命令は、町議会の要請と県衛生委員会の意見に基づいて発行される。命令は、1835 年 8 月 23 日の命令によって定められた調査に先立っておこなわれる。収用補償は、1836 年 5 月 21 日の法律第 16 条で定められた形式に従って処理される。

第 II 章：建物に関する衛生措置

第 11 条：人口 20,000 人以上の集落においては、市長が第 1 条で規定された衛生規則に基づく衛生条件が提出された計画において遵守されていることを確認する許可を発行しない限り、居住施設を建設することはできない。市長が建設許可の申請を市庁舎に提出してから 20 日以内に決定を下さない場合、所有者は工事を開始する許可が与えられたとみなすことができる。市長が許可を拒否した場合には、県知事が

建設許可を与えることができる。許可が申請されなかった場合、または衛生規則の遵守が確認されなかった場合には、違反報告書が作成される。これらの規則が遵守されなかった場合には、次条の規定に従って処理される。

第 12 条：建物が、公共道路に隣接しているかどうかにかかわらず、居住者や隣人の健康に危険を及ぼす場合、市長または市長不在の場合は県知事が、本法第 20 条に規定されている衛生委員会に以下についての意見を求める。

1. 工事の必要性和その内容について
2. 不衛生な状態が解消されるまで、建物全体または一部の居住禁止について

市長の報告書は、市庁舎の事務局に関係者が閲覧できるように提出される。所有者、使用権者または使用者は、市長の尽力により、委員会の会合の少なくとも 15 日前に書留郵便で通知され、その間に意見を提出することができる。彼らが要求すれば、委員会の前で本人または代理人として聴取され、現地調査や視察に招待される。市長の提案に反対する意見が出た場合、その意見は県知事に送られ、必要に応じて県衛生委員会に委託される。県知事は、委員会の会合の少なくとも 15 日前に関係者に書留郵便で通知し、その間に意見を提出するように促す。彼らは、県庁に提出された衛生委員会の意見を確認し、本人または代理人として委員会の前に出席することができ、現地調査や視察にも招待される。衛生委員会または衛生委員会の決定によって、工事を実施する期限や建物の一部または全体の居住禁止期間が決定される。この期限は、次条第 13 条で関係者に与えられた異議申し立て期間の満了後、または異議申し立てに関する最終決定の通知後にのみ開始される。衛生委員会の意見が市長によって異議申し立てされなかった場合、または異議申し立てがおこなわれた後に県知事が県衛生委員会の意見を通知した場合、市長は必要

な工事を命じるか、居住禁止を命じる布告を発行し、所有者に指定された期間内に従うように通知する。居住禁止命令は県知事の承認を受けなければならない。

第 13 条：関係者は、布告の通知日から 1 ヶ月以内に、県会議に対して市長の布告に対する異議申し立てをおこなうことができる。この異議申し立てには執行停止の効果がある。

第 14 条：市長の布告に対する異議申し立てがない場合、または布告が維持された場合、指定された期限内に必要な工事をおこなわなかった関係者は簡易警察裁判所に提訴され、市長が関係者の費用負担で強制的に工事を実施することを許可される。ただし、刑法第 471 条第 15 項の適用を妨げない。居住禁止が命じられている場合、命令が履行されなかった場合には、関係者は 16 フランから 500 フランの罰金に処され、刑事裁判所に提訴され、市長が関係者の費用負担で建物の居住者を退去させることが許可される。

第 15 条：工事の実施による費用は、民法第 2101 条および第 2103 条に規定された特権に次ぐ特権として、不動産の収益に対して優先権が設定される。

第 16 条：本法に基づいて指示された衛生改善措置のために設けられたすべての開口部は、工事完了日から 5 年間、ドアおよび窓の税金が免除される。

第 17 条：本法の施行により賃貸契約が解消される場合、その解消は賃借人に対して損害賠償をとらなわない。

第 18 条：不衛生が外部および永続的な原因によるものである場合、または不衛生の原因が包括的な工事によってのみ除去できる場合、自治体は、1841 年 5 月 3 日の法律に基づく手続を経た上で、工事区域内のすべての不動産を取得することができる。衛生改善後に新しい建物のための整備区域外に残る不動産の部分は、公売で売却されることができるが、旧所有者やその権利継承者は、1841 年 5 月 3 日の法律

第 60 条および第 61 条の適用を要求することはできない。ただし、残された部分が健康に配慮した建築を可能にする面積や形状を持たない場合に限る。

第 2 部：衛生管理について

第 19 条：県知事がこの法律の実施を確保するために、監督や検査のサービスを組織する必要があると判断した場合、その実施は、サービスの詳細と予算を規定する県議会の審議を経た後でのみおこなわれる。人口 20,000 人以上の都市、または温泉施設を有する人口 2,000 人以上のコミューンには、「衛生課」という名称で、町長の権限の下、この法律の規定を適用するための市のサービスが設置される。

第 20 条：各県において、県議会は、県衛生評議会の意見を受けた後、1871 年 8 月 10 日の法律第 48 条第 5 項に基づき、県の公衆衛生サービスの組織について審議し、特に県を衛生区に分け、各区に衛生委員会を設置する。また、県評議会と衛生委員会の構成、運営方法、業務の公表および費用についても定める。県議会が決定しない場合は、公共管理規則として政令が発布される。県衛生評議会は、最低 10 人、最大 15 人で構成され、必ず 2 人の県議会議員（同僚によって選出）、3 人の医師（陸軍または海軍から 1 人）、1 人の薬剤師、主任技師、建築家、1 人の獣医が含まれる。県知事が評議会の議長を務め、評議会は、2 年間の任期で副議長と書記を選び、評議会の議事録を作成する。各衛生区の衛生委員会は、最低 5 人、最大 7 人で構成され、必ず 1 人の県議会議員（同僚によって選出）、1 人の医師、1 人の建築家または技術者、1 人の獣医が含まれる。副知事が委員会の議長を務め、委員会は、2 年間の任期で副議長と書記を選び、委員会の議事録を作成する。県衛生評議会と衛生委員会のメンバーは、同僚によって選ばれる県議会議員を除き、県知事によって 4 年間任命され、2 年

ごとに半数が更新される。退任したメンバーは再任されることができ、県衛生評議会と衛生委員会は、この法律に基づいて提出された事項について、少なくともメンバーの3分の2が出席していなければ、意見を述べることができない。必要と判断した場合、あらゆる調査手段を使用することができる。

第21条：県衛生評議会および衛生委員会は、1848年12月18日の政令第9条に列挙された事項、集落の飲料水供給、人口統計および医療地理、自治体の衛生規則、そして一般的に自分たちの管轄内で公衆衛生に関連するすべての問題について、必ず協議を受けなければならない。

第22条：セーヌ県知事は、パリにおいて以下の事項に関する権限を有する。居住施設およびその付属施設の衛生（ただし、下宿として貸し出される住居を除く）、私道（両端が閉鎖されているか否かにかかわらず）の衛生、水の採取および供給、消毒業務、予防接種、患者の搬送。消毒および患者搬送については、必要に応じて警視総監からの要請に応じるものとする。また、セーヌ県知事は、不衛生住居に関する委員会を任命する。この委員会は30名で構成され、そのうち15名はパリ市議会の推薦による。暫定措置として、現在運営されている委員会の3分の1が改選されるごとに、知事は10名を任命し、そのうち5名は市議会の推薦によるものとする。

第23条：警視総監は以下の権限を有する。伝染病予防法第4条で定められた伝染病を防止し、または終息させるための措置、とりわけ届出の受付、予防接種および再接種の義務に関する違反、下宿として貸し出される住居の衛生面での監視がこれに含まれる。また、乳幼児の保護、動物の衛生警察、医薬品警察、食品の偽造または腐敗に関する販売および流通の法規の施行、化学市立研究所の運営、危険、不衛生または迷惑を及ぼす施設の規制を、パリおよび警視総監管轄地域の自治体で引き続きおこなう。警視総監は、現在の構成が維持され

るセーヌ衛生健康評議会の支援を受ける。この評議会の構成は以下のとおり。

- 警視総監（議長）
- 副議長および書記（衛生評議会の提案に基づき、警視総監が毎年任命）
- 警視総監の提案および衛生評議会の推薦に基づき、内務大臣が任命する正規委員 24 名
- セーヌ総評議会の議員 3 名（同僚による選出）
- 以下の職務に基づく委員 15 名：医学部長、医学部の衛生学教授、医学部の法医学教授、パリ薬科大学の校長、陸軍健康技術委員会議長、パリ軍政府健康局長、水供給・衛生局の主任技師、衛生・住居局の総監察官、警視庁総務局長、セーヌ蒸気機器局担当主任技師、県通常業務局担当主任技師、警視庁第 2 部局長、警視庁主任建築士、セーヌ獣医衛生局長、警視庁衛生局長。

セーヌ衛生健康評議會は、この法律によって県衛生評議會に付与される権限を、警視庁管轄内において行使するものとする。また、パリおよび警視庁管轄地域で設立された衛生委員会は、引き続き警視総監の権限下で、1851 年 12 月 16 日、1880 年 7 月 7 日、1893 年 12 月 26 日の政令で示された条件に従い職務を遂行する。これらの委員会は、本法で地域衛生委員会に与えられた権限を行使するものとする。さらに、警視総監は現在付与されている衛生警察の権限を、管轄地域の自治体において引き続き適用するものとする。

第 24 条：パリ以外のセーヌ県の各自治体においては、前 2 条で示された区分に従い、セーヌ県知事または警視総監の指揮の下で、市長が衛生に関する権限を行使するものとする。

第 25 条：フランス公衆衛生諮問委員会は、公衆衛生、医業および薬業の実施、鉱泉水の採取や販売条件に関する全ての問題について、政府か

ら諮問を受けて審議する。また、人口 5,000 人を超える都市の排水処理や給水事業、そして有害、不衛生、不便な施設の分類についても必ず諮問を受けることとされている。さらに、各県の境界を越えて採取される都市給水用水の監視に関して、特にその管理を担当する役割を担う。本委員会は 45 名の構成員で成り立つ。そのうち、内務省公衆衛生および援護局長、衛生サービス総監、副総監、監督建築家、内務省地方行政局長、外務省領事および商務局長、税関総局長、公共事業省鉄道局長、商務省郵便・電信局の労働局長、文部省初等教育局長、軍医技術委員会議長、陸軍医療部長、海軍高等衛生会議議長、植民地省高等衛生会議議長、財務省国有財産局長、パリ医学部長、パリ薬学学校長、パリ商工会議所議長、パリ公衆援護総局長、セーヌ県衛生・公衆衛生会議副議長、セーヌ県庁衛生局住居浄化サービス総監、パリ公衆援護監視委員会副議長、獣医学学校総監およびフランス地質図作成局長は、職務上当然の構成員とされる。さらに、科学アカデミー、医学アカデミー、国務院、破毀院、労働高等委員会、フランス公衆援護高等委員会が提出する 3 倍の候補者リストから大臣によって選ばれた 6 名の構成員が加わり、その他、医師、衛生学者、技術者、化学者、法学者などから選ばれた 15 名が大臣の指名によって任命される。フランス公衆衛生諮問委員会の運営方法、監査役の任命、および常設部門の構成に関しては、政令によって規定されるものとする。

第 3 部：支出

第 26 条：この法律により必要とされる支出、特に動産の破壊によって生じる支出は、義務的なものとする。その必要性について争いが生じた場合には、国務院の審議を経た政令によって決定される。この支出は、1893 年 7 月 15 日付け法律第 27 条、第 28 条、第 29 条で定めら

れた規則に基づき、自治体、県、国家の間で分担されるものとする。ただし、人口 20,000 人以上の都市における消毒サービスの組織に関する支出は、都市および国家によって、1893 年 7 月 15 日付け法律に付属する表 A の割合に従って分担されるものとする。また、県の消毒サービスの組織に関する支出は、県および国家によって、表 B の割合に従って分担される。これらのサービスに関連する支出の補填のための課税は、行政規則によって設定される。さらに、都市および県が、消毒サービスや衛生局を組織し、その運営を本法律施行から 1 年以内に確保しない場合には、行政規則の形式で政令により対応がなされるものとする。

第 4 部：罰則

第 27 条：1892 年 11 月 30 日付け法律第 21 条で定められた場合を除き、第 1 条および第 2 条、ならびに第 5 条、第 6 条、第 7 条、第 8 条、第 14 条で規定された衛生規則に違反した者は、刑法第 471 条で規定された罰則に処される。また、許可なく市長の承認を得ずに住居を建設した者は、16 フランから 500 フランの罰金に処される。

第 28 条：飲料水の供給または輸送に使用される公共または地方自治体の施設を怠慢または不注意により損壊した者、または不注意により汚染物質や衛生に有害となる可能性のある物質（排泄物、その他の物質）を水源、泉、井戸、貯水槽、水道管、水道橋、または公共給水用の貯水池に混入させた者は、刑法第 479 条および第 480 条で定められた罰則に処される。同じ罰則の下で、動物の死骸、屠殺場の残骸、肥料、排泄物、その他腐敗性の動物性廃棄物を溝、深い穴、地盤沈下による空洞、またはその他の掘削場所に放置することは禁止される（分類された施設の運営に必要な坑を除く）。同様の性質の故意の行為は、刑法第 257 条に定められた罰則に処される。

第 29 条：市長または衛生委員会の委員による本法律の適用に関する義務の履行を妨げた者は、100 フランから 500 フランの罰金に処される。再犯の場合には、500 フランから 1,000 フランの罰金に処される。

第 30 条：刑法第 463 条は、本法律で規定されたすべての場合に適用される。また、1822 年 3 月 3 日付け法律により罰則を受ける犯罪にも適用される。

第 5 部：雑則

第 31 条：1850 年 4 月 13 日付けの法律は廃止され、本法律に反するすべての以前の規定および法律も廃止される。現在存在する県衛生委員会および区衛生委員会は、本法律の施行に基づいて組織される県衛生委員会および管区衛生委員会に置き換えられるまで、その機能を継続するものとする。

第 32 条：本法律は、作業場および製造所には適用されない。

第 33 条：公的管理に関する規則により、衛生局および消毒業務の組織および運営条件、ならびに本法律をアルジェリアおよびマルティニーク島、グアドループ島、レユニオン島の植民地に適用する条件が定められる。

第 34 条：本法律は、その公布から 1 年後に施行されるものとする。本法律は元老院および代議院で審議・採択され、国家の法律として施行される。

1902 年 2 月 15 日、パリにて制定

エミール・ルーベ

共和国大統領

閣僚会議議長兼内務・宗教大臣 ワルデック＝ルソー

付録 3

インドシナ常設医療援助について [Clavel. 1908. L'Assistance Médicale Indigène en Indo-Chine – Organisation & Fonctionnement. Paris: 7-23]

概要

この付録では、インドシナ常設医療援助の設立とその運営に関する規定や指針を示す重要な文書を収録している。この「インドシナ常設医療援助」という名称は本研究で検討してきた現地人医療援助と異なっているものの、その内容や出所元の史料名（L'Assistance Médicale Indigène en Indo-Chine）からも明らかに、これは現地人医療援助を指していると言える。これらの文書は、1905年6月30日付の布告をはじめとして、1906年に発布された研修免除に関する規定や昇進手続きに関する命令などを含み、仏領インドシナでの医療・公衆衛生施策の形成過程を詳述している。またこれらの規定は、医療援助サービスの設立背景、具体的な運営方法、医師の職務、給与体系、そして昇進手続きといった、制度全体の設計にかかわる主要な要素を網羅している。

この付録は二つの意味で重要である。第一に、インドシナ常設医療援助がどのように形成・運営されていたかを具体的にすることができるためである。たとえば、研修などについては後から免除される形へと更新されており、医師の質の担保と、医師の負担のバランスを取ろうとしたことがわかる。第二に、インドシナ常設医療援助の設立によって、地域社会や個人にどのような影響があったのかを考察する材料を提供するという点でも重要である。特に、現地住民と西洋人に対する医療提供の差異などの課題が明確になる。

〈1905年6月30日付布告 行政命令 インドシナ常設医療援助〉

第1条：インドシナにおいて、常設の医療援助サービスを設立する。

第2条：本サービスの目的は以下のとおりとする：

1. 公務員およびその家族、さらに必要に応じて欧州人および現地住民への医療提供。
2. 一般予算、地方予算、州予算、市予算の資金により維持される病院施設の運営。
3. 衛生警察、感染症対策、衛生管理および公共保健サービスの提供。
4. 極東の領事館において、インドシナ一般予算が負担する医療援助サービスの提供。

第3条：医療援助サービスは、総督府によって指名され、保健総局長の助言を受けた上で、民間医師に委ねられる。また、研修期間中は、植民地軍の軍医が枠外で活動する形で、または植民地の総合サービスに配置される。

第4条：医療援助サービスの医師に任命されるためには、以下の条件を満たす必要がある；フランス国籍を有し、国家の医学部によって授与された医学博士の学位を持ち、35歳以上であること。

第5条：医療援助サービスの民間医師は、正式任命前に2年間の研修を受け、その終了後、正式任命されるか解雇される。解雇の場合、6か月分の欧州給与に相当する手当を受け取る。

第6条：給与額、昇給条件、および医師の旅費、滞在費、移動費、病院での処遇に関するランク分けは、以下の表に基づいて定められる。

役職	給与		階級の対応	正式任命または給与昇進に必要な最短期間
	植民地給与	欧州給与		
研修医	7.000	3.500	民事行政サービス5等級管理者	2年
正式任命医師	9.000	4.500	民事行政サービス4等級管理者	3年
	11.000	5.500		
	13.000	65.000	民事行政サービス3等級管理者	
	15.000	7.500	民事行政サービス2等級管理者	

第7条：医学部を有する都市の病院において正式任用された研修医で、規定の研修期間を修了した者、および軍の衛生部隊・海軍衛生部隊を辞職した将校で、国家における勤務年数が少なくとも3年に達する者は、上記第5条の定める研修を免除され、9,000 フランの俸給で正式任用医師として任命されることができる。また、陸軍・海軍の衛生部隊を辞職した将校で、国家において少なくとも10年（うち4年はインドシナ勤務）の勤務年数を有する者は、11,000 フランの俸給で正式任用医師として任命されることができる。

第8条：医療援助サービスに属する民間医師は、本人の申請により、正式任命時に、1898年5月5日付勅令によるインドシナ地方年金基金創設に関する規定の恩恵を受けることができる。ただし、そのためには年齢またはこれまでの勤務実績によって、55歳時に勤続年数に基づく年金を受給し得る見込みがあることを条件とする。

第9条：業務上の重大な過失または著しい怠慢があった場合、以下の構成による調査委員会の意見を得た上で、総督によって解雇されることがある。調査委員会は以下の者で構成する；

- ・民事行政サービス検査官または1等級管理者（議長）
- ・保健総局長の代表者1名
- ・地方行政長官が指名する民間医師1名

第10条：本布告の公布日時点でインドシナの医療援助サービスに従事、またはそのために認可されている医師は、新たな人事枠組みに組み入れることができる。それぞれの階級および俸給は、任命布告によって定め

る。55歳時に地方年金基金から比例年金を受給するために必要な勤務年数を満たす見込みがある者は、申請により、かつ例外的な措置として、1898年5月5日付勅令で定められた当該基金への拠出をおこなうことが認められる。

第11条：植民地部隊衛生部隊に属する将校で、研修期間中に医療援助サービスに配属された者は、現行の編制外とする。これらの将校は、上級司令官、インドシナ総務長官、保健総局長の協議による提案に基づき、総督の布告により当該任務に任命され、休職扱いとし、代替要員が補充される。

第12条：この立場にある場合、植民地給与、休暇給与、渡航給与および植民地内外への移動費用は、かれらが配属されたサービスが負担する。休暇は、該当者に対し、植民地の文民職員と同様の条件で与えられる。

第13条：医療援助サービスに配属された民間医師および植民地軍軍医（枠外）は、給与に加え、サービスおよび巡回業務に要する経費として、年間手当を受け取る。この手当額は、任地および業務の性質に応じて、当布告に添付された表に従って異なる。

第14条：第2条第4項で言及されている領事館付医師の職は、当面、優先的に、枠外扱いの植民地軍軍医に割り当てられる。これらの将校は、かかる地位にある間、その階級に応じた給与と、総督布告によって任地ごとに定められた手当を受け取る。

第15条：一般業務に従事する医師は、居住地の管轄区内において、医療援助サービスの任務を担うことができる。その場合、総督布告によって定められた額の、業務および巡回経費手当を受け取る。

第16条：医療援助の職員はインドシナの各地や領事館に配属され、コーチシナの副総督や高等官、領事により管理される。その配置は一般予算および地方予算の指示に従う。これらの役職への任命と副総督、高等官、領事への配置は、これらの高官の意見を受けた後、インドシナの総務長官と保健総長の共同提案に基づいておこなわれる。

第 17 条：業務の執行にあたり、医療援助サービスの人員は、配属先の行政当局の権限下にある、その当局によって人事評価を受ける。さらに、業務の技術的側面に関しては、1904 年 1 月 20 日付布告の定める条件に従って、保健総局長の権限下にある。

第 18 条：保健総局長は医療援助サービス職員の人事記録を保管し、その人事評価表の写しを所持し、当該職員の個人帳簿に評価記録の情報を転記する。また、当該職員が所属する行政または業務上の上官と協議の上、正式任用、昇給、年金付与に関する進達書類を作成する。

第 19 条：植民地で勤務する医療援助サービス医師の俸給および付随費用、その他これらの者によって発生する一切の経費は、原則として地方予算に計上される。ただし、州は、その所管事項に関する経費について、地方予算編成時に総督が毎年定める割合で負担を求められることがある。州内での移動にかかる経費は、いかなる場合も州予算から支出するものとする。

第 20 条：市政当局が直接管轄する医療援助サービスは、本布告に反しない限り、現行規則で定められた条件の下で継続して運営される。

第 21 条：本布告に反するすべての従前の布告規定は、廃止される。

第 22 条：インドシナ総務長官、地方行政の長およびインドシナ保健総局長は、それぞれの所管事項について、本布告の施行にあたるものとする。

医療援助サービス医師に年額で支給される業務および巡回経費を定めた表

A. 民間医師		任地に応じて 決定
1. 研修医	1.200～18.00フラン	
2. 正式任命医師	1.800～3.000フラン	
B. 軍医		
1. 地方サービス		地域に応じて 決定
補助軍医官	1.200～1.800フラン	
2等級軍医	1.800～2.400フラン	
1等級軍医	2.400～3.000フラン	
2. 移動予防接種サービス		地域に応じて 決定
補助軍医官及び2等級軍医	2.400～3.000フラン	
1等級軍医	3.000～3.600フラン	
3. 地方保健局		
1等級主任医師	5.000フラン	
2等級主任医師	4.000フラン	
1等級軍医	3.000フラン	

業務経費は、旅費・滞在費およびいかなる職務手当なども含まないものとする。

既に植民地での臨床経験を有し、熱帯病理学に精通している民間医師の採用を容易にするため、1906年10月30日付の布告により、アルジェリア、チュニジア、またはフランス領植民地で少なくとも3年間、医療援助業務に従事した医学博士は、研修を免除されることとなる。

〈1906年10月30日付布告 行政命令 別の植民地で3年間公的医療サービスにおける職に就いていた医師を研修から免除することについて〉

第1条：アルジェリア、チュニジアまたはフランス植民地の公的医療サービスにおいて、少なくとも3年間勤務していた医師は、研修条件を課されることなく、俸給9,000フランでインドシナの公的医療サービスにおける正式な医師として任命されることができる。

第2条：この規定の適用は、現在職務中の研修医にも与えられる。

第3条：本布告に反するすべての従来の規定は廃止される。

第4条：インドシナの総務長官および医療監督官でありインドシナの公衆衛生総局長は、それぞれの権限の範囲内で本布告の実施を担当する。

〈1906年11月23日付布告 行政命令 公的医療サービス医師の昇進表作成に関する件〉

第1条：毎年9月1日、各行政長は総督に以下の文書を送付する；公的医療サービスの医師のための秘密成績報告書を3部作成して提出する。昇進のために推薦された医師の一覧（年功序列順）。昇進候補者ごとに、候補者の勤務状況に関する個人的評価を10から20の評価点として封筒に封入したもの。

第2条：成績報告書は総督によって保健総局長に渡され、総局長は各報告書に候補者の職務能力に関する意見を記載する。

第3条：毎年11月に、公的医療サービスの医師のための昇進表が作成される。この表には、翌年に予想される欠員数の2倍の候補者が含まれる。

第4条：昇進表に記載されるには以下の条件を満たす必要がある；

- ・ 正式な昇進推薦を受けていること。
- ・ 規則で定められた条件を満たしているか、または昇進表が作成される年の1月1日までに条件を満たす見込みがあること。

第5条：昇進表はハノイで開かれる委員会によって作成される。委員会は以下のメンバーで構成される；

- ・ インドシナ総務長官
- ・ 保健総局長
- ・ 行政サービスの一級管理職者である州知事
- ・ 地方保健局長
- ・ インドシナ医学校の教授

これら3名は総督によって指名される。

第6条：昇進委員会の開催前の1週間、候補者の成績簿がその場で委員会メンバーに公開される。また、候補者全員の一覧がメンバーに渡される。各委員は候補者の名前の隣に10から20の評価点を記入する。

第7条：準備作業の後、委員会は委員長の召集のもとで全体会議を開き、各候補者に割り当てる平均点を議論し決定する。その後、委員長は行政長からの評価点が記載された封筒を開封し、委員会に内容を共有する。

第8条：各候補者に割り当てられるポイントは以下の方法で計算される；

- ・ 委員会の評価：評価点に6を乗じたポイント数。
- ・ 行政長の評価：平均点に2を乗じたポイント数。
- ・ 職務年数・現地語の能力：これら2要素で最大20ポイントまで計上される。

- 職務年数：勤務期間に10を乗じたポイント数（半年単位で計算）。

不衛生または危険な勤務地や特別任務の場合、勤務期間が1.5倍で計算される。

- 現地語：1級資格または漢字資格で20ポイント。2級資格または2つの現地語の知識で50ポイント。これらのポイントは4で割られる。

第9条：合計ポイントが最も多い候補者が昇進表に記載される。ただし、各クラスの登録人数の範囲内に限る。

第10条：新たに記載された医師は、前年の昇進表に残っている医師の後に位置づけられる。

第11条：昇進表は、委員会の委員長の報告を受けて総督によって最終的に決定される。

第12条：総督は、特別な功績を挙げた医師を昇進表に特例で記載する権限を有する。この場合も昇進条件を満たしている必要がある。また、不適切な行動を取った医師を昇進表から除外することもできる。

第13条：昇進表はインドシナ官報に掲載される。

第14条：昇進表に記載されていない限り、いかなる医師も昇進を受けることはできない。

第15条：インドシナ総務長官、地方行政長および保健総局長が、それぞれの権限の範囲で本布告の実施を担当する。

〈1906年8月9日付 第31号通達 医療援助の医師が提出すべき定期文書について〉

保健総局長は、医療援助の医師および医療援助に派遣されている非現役の軍医に対し、総督の指示に従い、毎月末に業務の進行状況に関する簡潔な報告書を、また年末には同じ内容を扱う詳細な報告書を定期的に提出するよう求める。

これらの報告書は各州の居留地責任者が確認することとし、責任者は自身が管理する地域や住民に関連する衛生や公衆衛生の問題を詳細に把握しておく必要がある。また、これらの報告書は地方保健局長に送られ、局長がそれらを集約し、自身の意見を添えて保健総局長に送付する。

報告書は添付された形式に従い、そこに示された各項目を扱う内容でなければならない。その作成には最大限の注意を払うことを強く推奨する。この報告書は、各医師が指揮する業務を詳細に把握し、達成された進歩を確認するのに役立つ。また、これらの報告書は、医師に付与される評価や、将来的な昇進提案をおこなう上で重要な評価要素となる。

他の部署の医師で、一時的に医療援助に従事し、そのために特別手当を受けている者は、月次報告書を作成する必要はない。ただし、年末には地方保健局長に対し、担当した業務の運営状況と得られた成果に関する詳細な報告書を提出しなければならない。

これらの報告書は以下の4つの部分に分けられる：

1. 医療機関での業務の運営、訪問診療、外来診療（治療した患者数、おこなった手術、医学的観察内容など）。
2. 公衆衛生、疫学（公衆衛生の状況、流行病、講じられた衛生対策、提案された衛生対策、天然痘とワクチン接種、ハンセン病と療養所、狂犬病など）。
3. 行政的な詳細（人事異動、建設、施設整備、予算など）。
4. 統計。

月次報告書ではこれらの各項目を簡潔に扱う。一方、年次報告書は、行政的または医療的な事項について可能な限り詳細に記述しなければならない。また、医師が適切と考えるすべての関連文書（図面、写真、医学観察記録など）を添付する必要がある。

統計は添付された形式に基づいて作成する。年次統計は、年間の月次統計をすべて正確に反映したものでなければならない。

この通達を受け取ったことを、地方保健局長を通じて報告するように求める。

〈1906年9月22日付指示 医療援助の医師の職務について〉

医療援助サービスの医療職が、1905年6月30日付布告によって設立された新しい医療団体の医師によって占められるようになった現在、混乱や衝突を避けるため、これらの職員の職務を明確に定めることが必要だと判断した。そのため、以下の指示を作成し、これを厳格に適用するよう指示する。

1905年6月30日付布告第2条に基づき、医療援助の医師は以下を担当する：

- ・公務員とその家族、および必要に応じてヨーロッパ系住民や現地住民への医療提供。
- ・一般予算や地方、州、市の予算で維持される病院施設の運営。
- ・衛生警察、流行病対策、衛生および公衆衛生業務。

さらに、医師は司法および警察当局から要請を受けた場合、法医学的鑑定をおこなうことができる。この職務は1897年8月17日および1905年8月12日付の医学に関する布告に基づいて規定されている。

I. 医療提供

公務員とその家族：

1903 年 12 月 28 日付省令および 1904 年 3 月 25 日付総督通達に従い、公務員とその家族は自宅での無料医療を受ける権利を持つ。ただし、医薬品や包帯の費用は自己負担となる。

患者が自宅で適切な看護や快適さを得られない場合、医師は入院を勧め、該当する部署の長や家族の代表、州知事に提案をおこなう。入院が拒否された場合、医師は引き続き治療をおこなうが、必要な保留事項を付記する。

医師の居住地では、患者本人が直接診察を依頼する。居住地外の場合、診察依頼は州知事を通じて行い、診察理由の妥当性が確認される。また、必要に応じて移動手段が提供される。

ヨーロッパ系住民とその家族：

医師は、州知事と協議の上で定めた時間に、病院または自宅で無料相談をおこなう。この相談は、経済的に困窮しているヨーロッパ系住民が対象となる。重病などで移動が困難な場合、州知事を通じて医師の自宅訪問を依頼できる。この場合、治療は無料でおこなわれ、移動手段も公務員の場合と同じ条件で提供される。

無料相談外での診察や自宅訪問などの場合、医師は適度な料金を請求することができる。

現地住民：

現地住民は、身分に関係なく無料で治療を受けられる。官吏や類似の役職にある者は、公務員と同じ条件で、自宅で治療を受けることができる。その他の現地住民は、診療所または病院で毎日おこなわれる相談で診察を受ける。治療と薬は無料で提供される。

可能な限り週に 1 回、ワクチン接種が実施される。さらに、医師は州内を巡回し、予防接種や健康相談をおこなう。

II. 病院施設の運営

医師は、病院、産科施設、診療所、ハンセン病療養所など、医療援助に関連する施設の医療サービスを担当する。医療サービスの管理と責任は、州知事の監督下で行い、保健総局長および医療援助局長の技術的な指導を受ける。

III. 衛生警察、衛生、公衆衛生

医師は、海上および陸上の衛生警察、公衆衛生保護に関連する業務を担当する。死亡診断、流行病の報告、市場の食材や屠殺場の肉の検査、消毒、隔離、予防対策の提案などもおこなう。

IV. 職務関係

医師は行政当局に従属し、技術面では医療援助責任者や地方保健局長の指導を受ける。また、保健総局長に対して月次および年次報告書を提出する義務がある。

これらの指示に従うことで、各州の業務が統一され、地方医療援助責任者のもとで効率的に管理されるようになる。医師と行政責任者が新しいサービスを適切に運営できることを期待している。

12 月 31 日時点で職務についている 23 人の医師は、その出身に関して以下のよう

・ 植民地部隊を辞職した医師	4
・ 植民地部隊を退役した医師	1

・海軍を辞職した医師	2
・以前に植民地の医療援助サービスに所属していた民間医師	4
・以前に植民地の民間団体に所属していた民間医師	2
・フランス領西アフリカから来た民間医師	1
・フランス本国から来た民間医師	9

フランスから来た 9 人の医師のうち、3 人はパリ大学とボルドー大学によって設立された植民地医学の資格を取得している。

植民地部隊および海軍を辞職した医師は、1905 年 6 月 30 日付布告第 7 条に基づき、インドシナでの在職年数と滞在期間に応じて、それぞれ 9,000 フランおよび 11,000 フランの俸給を受けて任命された。

地方の医療サービスに所属していた民間医師および植民地部隊を退役した医師は、同布告第 10 条の規定に基づき、年齢条件なしで任命された。この条文では、すでに医療援助サービスを提供している医師の採用を認めている。彼らの階級は、それまでの俸給額によって決定され、その額は引き続き維持されている。退役医師については、地元の退職金基金への拠出義務がないため、55 歳に達した時点で補償なしで退職する必要がある。

1906 年 12 月 31 日時点での階級別の分布は以下のとおりである：

・第 1 級正式任命医師	1
・第 2 級正式任命医師	1
・第 3 級正式任命医師	2
・第 4 級正式任命医師	9
・研修医	10

医療援助の医師の予定職数は 48 名である。フランスでの休暇や移動を考慮すると、この団体の総人員は約 60 名となると見込まれる。

医療援助の職種は以下のとおりである：

トンキン (7か所)

ハイズオン	ソンラ
フンイエ	ヴィンイエ
ナムディン	タイビン
ニンビン	

アンナン (11か所)

ドンホイ	クアンチ
ファイフオ	クイニョン
ハティン	ソンカウ
ファンラン	タンホア
ファンティエット	ヴィン
クアングアイ	

コーチシナ (13か所)

バクリュウ	ラクザー
バリア	サデック
ベンチェ	ソクチャン
カントー	トゥザウモ
ゴコン	チャヴィン
ハティエン	ヴィンロン
ロンスエン	

カンボジア (12か所)

カンポット	クラチエ
カンダル	クラット
コンポンチャム	プレイヴェン

コンポンチュナン	プルサット
コンポンスプー	スヴァイリエン
コンポントム	移動ワクチン接種隊

ラオス (5 か所)

ルアンパバーン	シエンクアン
フン	移動ワクチン接種隊
ビエンチャン	

参考文献

一次資料

[京都大学 東南アジア地域研究研究所 図書室]

Cochinchine, Bulletin officiel de la Cochinchine française, 1864; 1868; 1873; 1874; 1875; 1876; 1878; 1879; 1884; 1885.

[フランス国立図書館 電子図書館 Gallica]

Cochinchine française, Procès-verbaux du Conseil colonial, 1882; 1883; 1886-1887; 1892-1894; 1895-1897, 1897

Cultru, Prosper. 1910. Histoire de la Cochinchine française: des origines à 1883. Paris: A. Challamel.

Postel, Raoul. 1883. La Cochinchine française. Paris: A. Degorce-Cadot.

Saigon, Annuaire de la Cochinchine française, 1870; 1871; 1874; 1876; 1878; 1880; 1881; 1885; 1886; 1888.

Saigon, Discours prononcé par M. Beau, Gouverneur général de l'Indochine, à l'ouverture de la session ordinaire du Conseil supérieur, 1905

Hanoi, Annuaire général de l'Indo-Chine, 1900; 1902; 1903; 1905; 1906; 1907 ; 1908; 1912; 1914.

Hanoi-Haiphong, Annuaire général de l'Indo-Chine française - partie administrative, 1910; 1911; 1913.

Hanoi-Haiphong, Discours prononcé par M.Klobukowski, Gouverneur général de l'Indochine, à l'ouverture de la session ordinaire du Conseil supérieur, 1908

Indochine française, Bulletin officiel de l'Indochine française, 1895

Clavel. 1908. L'Assistance Médicale Indigène en Indo-Chine – Organisation & Fonctionnement. Paris.

[フランス法令データベース Légifrance (Le service public de la diffusion du droit)]

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE, 19 Février 1902

[フランス国立海外領文書館 (Archives nationales d'outre-mer: ANOM)]
インドシナ総督府史料群 (Fonds du Gouvernement Général de l'Indochine: GGI)
GGI 6723, S41, Défense sanitaire de l'Indochine contre la peste (1908) .
GGI 6741, S03, Rapports médicaux en Indochine (1904-1906) .
GGI 10265, S0, Note du contre Amiral Lafont sur l'organisation du Service de Santé en
Cochinchine (1877-1879) .
GGI 10709, S0, Service de Santé (1885-1886) .
GGI 12244, S04, Mesures prises par la Commission de santé pour éviter l'apparition du
choléra dans la Colonie (1882) .
GGI 23867, S41, A.S. des mesures sanitaires imposés aux habitants dans l'épidémie de
peste et des formalités dans la déclaration des décès. (1908-1909) .

二次資料

邦文文献

飯島渉. 2000. 『ペストと近代中国：衛生の「制度化」と社会変容』 東京：研文
出版.
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：東京
大学出版会.
岩間望. 2021. 「COVID-19 に対するベトナム政府の初期政策対応分析～2020 年
6 月までの 3 つの波への対応～」 『ナレッジ・レポート』 1: 1-14.
大森弘喜. 2011. 「フランスにおける結核流行と公衆衛生 (4)」 『成城大學經濟研
究』 194: 37-106.
大森弘喜. 2013. 「19 世紀パリの住宅改革と公衆衛生」 『成城大學經濟研究』
200: 67-121.

- 大森弘喜. 2014. 『フランス公衆衛生史——19世紀パリの疫病と住環境』 東京：学術出版会.
- 小田なら. 2022. 『〈伝統医学〉が創られるとき ベトナム医療政策史』 京都：京都大学学術出版会.
- 岡田泰平. 2012. 「ナショナリズムとアメリカ植民地期のフィリピン人教員層——植民地における公共圏とその限界に着目して」 『成蹊大学文学部紀要』 47: 133-155.
- 工藤晶人. 2013. 『地中海帝国の片影 フランス領アルジェリアの19世紀』 東京：東京大学出版会.
- サイード, エドワード ワディ. 1993. 『オリエンタリズム』 今沢紀子（訳）. 東京：平凡社. (原著 Said, Edward Wadie. 1978. *Orientalism*. New York: Pantheon Books.)
- 坂井建雄. 2019. 『図説 医学の歴史』 東京：医学書院.
- 桜井由躬雄. 1999a. 「ベトナム世界の形成」 『東南アジア史Ⅰ 大陸部』（新版 世界各国史 5）石井米雄；桜井由躬雄（編），194-232 ページ所収. 東京：山川出版社.
- 桜井由躬雄. 1999b. 「植民地化のベトナム」 『東南アジア史Ⅰ 大陸部』（新版 世界各国史 5）石井米雄；桜井由躬雄（編），303-346 ページ所収. 東京：山川出版社.
- サロー, アルベール. 2021. 『植民地の偉大さと隷従』 小川了（訳）. 東京：東京外国語大学出版会. (原著 Sarraut, Albert. 1931. *Grandeur et servitude coloniales*. Paris: Sagittaire.)
- 鎮目雅人. 2023. 「感染症の歴史から何を学ぶか？経済学と他分野との協業に向けて」 『現代経済学の潮流』 2022: 151-181.
- 芹澤良子. 2017. 「台湾 一八九六年——日本の〈帝国医療〉の揺籃——」 『衛生と近代：ペスト流行にみる東アジアの統治・医療・社会』 永島剛；市川智生；飯島渉（編），63-96 ページ所収. 東京：法政大学出版局.

- 高田洋子. 2005. 「フランス領インドシナの植民地都市研究序説——ハノイとサイゴン・チョロン」 『植民地都市の研究 (JCAS 連携研究成果報告)』 8 : 423-443.
- 高田洋子. 2014. 『メコンデルタの大土地所有：無主の土地から多民族社会へフランス植民地主義の 80 年』 京都：京都大学学術出版会.
- 田中秀夫. 2010. 「ヨーロッパ啓蒙——共和主義と世界市民主義を中心に——」 『経済論叢別冊 調査と研究』 36: 1-17.
- 富沢賢治. 1968. 「マルクスのイギリス植民地主義批判」 『経済研究』 19(1): 77-82.
- 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.
- 千葉芳広. 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.
- 千葉芳広. 2023. 『帝国主義とパンデミック：医療と経済の東南アジア史』 東京：吉川弘文館.
- 坪井善明. 1986. 「ヴェトナムをフェ駐在（1876～79）仏公使 P. フィラストルはどう見ていたか」 『東南アジア—歴史と文化—』 15 : 3-27.
- 坪井善明. 1987. 「ヴェトナムにおける宣教師の役割——神話化と歴史研究——」 『社会科学ジャーナル』 25(2) : 89-107.
- 坪井善明. 2001. 「阮朝の滅亡と仏領インドシナの成立」 『東南アジア世界の再編』（岩波講座東南アジア史 5）斎藤照子（編）, 105-128 ページ所収. 東京：岩波書店.
- 永野善子. 2001. 「アメリカ植民地期フィリピン議会政治の生成と展開——一八九九～一九四一」 『人文研究——神奈川大学人文学会誌』 144 : 59-98.
- 西迫大祐. 2018. 『感染症と法の社会史——病がつくる社会』 東京：新曜社.
- パーカー, スティーブ. 2016. 『医療の歴史：穿孔開頭術から幹細胞治療までの 1 万 2 千年史』 千葉喜久枝（訳）. 大阪：創元社. （原著 Parker, Steve. 2013. *Kill or Cure*. London: Dorling Kindersley Limited.）

- 羽谷沙織. 2021. 「カンボジア古典舞踊ロバム・ボランの継承にみる芸道的徒弟教育—王立芸術大学とディアスポラ民間舞踊学校の比較から—」『比較教育学研究』63: 134-155.
- 半田英俊. 2020. 「明治初期における衛生行政と長与専斎」『杏林社会科学研究』36(1-2): 19-27.
- 平野千果子. 2002. 『フランス植民地主義の歴史：奴隷制廃止から植民地帝国の崩壊まで』京都：人文書院.
- 福士由紀. 2010. 『近代上海と公衆衛生——防疫の都市社会史』東京：御茶の水書房.
- 福士由紀. 2017. 「上海 一九一〇年——暴れる民衆、逃げる女性——」『衛生と近代：ペスト流行にみる東アジアの統治・医療・社会』永島剛；市川智生；飯島渉（編），127-158 ページ所収. 東京：法政大学出版局.
- 古沢常雄. 2009. 「フランス領インドシナにおける教育法制(1917年)」『法政大学キャリアデザイン学部紀要』6：259-294.
- フェロー, マルク. 2017. 『植民地化の歴史: 征服から独立まで(13~20 世紀)』片桐祐（訳）. 東京：新評論.
- フーコー, ミシェル. 2008. 『生政治の誕生：コレージュ・ド・フランス講義 1978-1979 年度』慎改康之（訳）. 東京：筑摩書房. (原著 Foucault, Michel. 2004. *Naissance de la biopolitique: Cours au Collège de France (1978-1979)*. Paris: Gallimard/Seuil.)
- フーコー, ミシェル. 2020. 『新装版 臨床医学の誕生』神谷美恵子（訳）. 東京：みすず書房. (原著 Foucault, Michel. 1963. *Naissance de la clinique: Une archéologie du regard médical*. Paris: Presses Universitaires de France.)
- ベックマン, J. 1981. 『西洋事物起原』（第二巻）特許庁内技術史研究会（訳）. 東京：ダイヤモンド社. (原著 Beckmann, Johann. 1786-1805. *Beyträge zur Geschichte der Erfindungen*. Leipzig: Im Verlage P.G. Kummer.)
- ヘンペル, サンドラ. 2020. 『ビジュアル パンデミック・マップ 伝染病の起源・拡大・根絶の歴史』関谷冬華（訳）. 東京：日経ナショナルジオグラフィ

ック社. (原著 Hempel, Sandra. 2018. *The Atlas of Disease: Mapping deadly epidemics and contagion from the plague to the zika virus*. London: White Lion Publishing.)

牧野元紀. 2009. 「阮朝紹治期ベトナム北部におけるキリスト教宣教をめぐる諸相：パリ外国宣教会「南トンキン代牧区」設立の背景について」『東洋文化研究』11：87-119.

マクニール, ウィリアム・ハーディ. 2007. 『疫病と世界史（上下）』佐々木昭夫（訳）. 東京：中央公論新社. (原著 McNeill, William H. 1976. *Plagues and Peoples*. New York: Anchor Books.)

松井道昭. 1997. 『フランス第二帝政下のパリ都市改造』東京：日本経済評論社.
桃木至朗；小川英文；ダニエルズ, クリスチャン；深見純生；福岡まどか；見市建；柳澤雅之；吉村真子；渡辺佳成（編）, 石井米雄；高谷好一；立本成文；土屋健治；池端雪浦（監修）. 2008. 『新版 東南アジアを知る事典』東京：平凡社.

モラレ, アンリ；ブロソレ, ジャックリーヌ. 2015. 『見えない敵との闘い：パストゥール最後の弟子エルサンの生涯』瀬戸昭（訳）. 京都：人文書院.

ヤコノ, グザヴィエ. 1998. 『フランス植民地帝国の歴史』平野千果子（訳）. 東京：白水社. (原著 Yacono, Xavier. 1988. *Histoire de la colonisation française: Que sais-je?*. Paris: Presses universitaires de France.)

吉田克己. 1996. 「フランスにおける非衛生住宅立法の展開——1902年「公衆衛生法」の成立とその意義」『北大法学論集』47(2): 403-469.

リュスネ, モニク. 1998. 『ペストのフランス史』宮崎揚弘, 工藤則光（訳）. 東京：同文館出版.

脇村孝平. 2002. 『飢饉・疫病・植民地統治—開発の中の英領インド—』愛知：名古屋大学出版会.

外国語文献

- Andersen, Margaret Cook. 2010. Creating French Settlements Overseas: Pronatalism and Colonial Medicine in Madagascar. *French Historical Studies* 33(3): 417-444.
- Anderson, Warwick. 2006. *Colonial pathologies: American tropical medicine, race, and hygiene in the Philippines*. Durham and London: Duke University Press.
- Arnold, David. 1993. *Colonizing the body: State medicine and epidemic disease in nineteenth-century India*. Berkeley: University of California Press.
- Au, Sokhieng. 2011. *Mixed Medicines: Health and Culture in French Colonial Cambodia*. Chicago: University of Chicago Press.
- Brocheux, Pierre; and Hémery, Daniel. 2009. *Indochina: An Ambiguous Colonization, 1858-1954*, translated by Lan Dill-Klein, Eric Jennings, Nora Taylor and Noémi Tousignant. Berkeley: University of California Press.
- Fourniau, Charles. 2002. *Vietnam: Domination coloniale et résistance nationale (1858-1914)*. Paris: Les Indes savantes.
- Fuggle, Sophie. 2021. Geopolitics of the colonial prison island: The case of Poulo Condor (Con Dao). *Island Studies Journal* 16(2): 215-234.
- Harrison, Mark. 1994. *Public Health in British India: Anglo-Indian Preventive Medicine 1859-1914*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lagana, Marc. 1978. EUGENE ETIENNE AND THE ECONOMICS OF EMPIRE. *Proceedings of the Meeting of the French Colonial Historical Society* 3: 138-150.
- Lamendin, Henri. 2016. *Docteur Albert Calmette (1863-1933): Pasteurien et co-inventeur du BCG*. Paris: L'Harmattan.
- Le, Anh-Duc; and Do, Nguyen-Anh-Thu. 2021. The Transformation of Urban Form in the Center of Ho Chi Minh City. *AIP Conference Proceedings* 2406(1): 1-10.
- Lorin, Amaury. 2004. *Paul Doumer, gouverneur général de l'Indochine: 1897-1902*. Paris: L'Harmattan.
- Lowes, Sara; Montero, Eduardo. 2021. The Legacy of Colonial Medicine in Central Africa. *American Economic Review* 111(4): 1284-1314.
- Manderson, Lenore. 2002. *Sickness and the state: health and illness in colonial Malaya, 1870-1940*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Monnais-Rousselot, Laurence. 1999. *Médecine et colonisation : l'aventure indochinoise, 1860-1939*. Paris : CNRS Editions.
- Monnais, Laurence. 2009. 'Modern Medicine' in French Colonial Vietnam: From the importation of a model to its nativisation. In *The Development of Modern Medicine in Non-Western Countries*, edited by Hormoz Ebrahimnejad, pp. 141-173. London: Routledge.
- Monnais, Laurence. 2012. Traditional, Complementary and Perhaps Scientific? Professional Views of Vietnamese Medicine in the Age of French Colonialism. In *Southern medicine for southern people: Vietnamese medicine in the making*, edited by Laurence Monnais; C. Michele Thompson; and Ayo Wahlberg, pp. 61-84. Newcastle upon Tyne: Cambridge scholars publishing.
- Monnais, Laurence. 2019. *The Colonial Life of Pharmaceuticals: Medicines and Modernity in Vietnam*. Translated by Noémi Tousignant. Cambridge: Cambridge University Press.
- Naono, Atsuko. 2009. *The state of vaccination: British doctors, indigenous cooperation, and the fight against smallpox in colonial Burma*. Hyderabad: Orient Blackswan.
- Phan, Xuan Dung; Quah, Say Jye; To, Minh Son. 2024. 'Chống dịch như chống giặc' ('Fighting the pandemic like fighting the invader'): Audience agency and historical resources in Vietnam's early securitisation of Covid-19. *Review of International Studies* 50(6): 1023-1044.
- Pols, Hans. 2018. *Nurturing Indonesia: Medicine and Decolonisation in the Dutch East Indies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pomeranz, Kenneth; Topik, Steven. 2015. *The World That Trade Created: Society, Culture, and the World Economy, 1400 to the Present*, 3rd edition, Abingdon: Routledge.
- Ramanna, Mridula. 2002. *Western Medicine and Public Health in Colonial Bombay, 1845-1895*. India: Orient Blackswan.
- Reynolds, Moira Davison. 1994. *How Pasteur Changed History: The Story of Louis Pasteur and the Pasteur Institute*. Florida: McGuinn & McGuire.
- Roberts, Stephen Henry. 2019. *The History of French Colonial Policy, 1870-1925*. London: Routledge.

- Rogaski, Ruth. 2014. *Hygienic modernity: Meanings of health and disease in treaty-port China*. California: Univ of California Press.
- Scott, James C. 2009. *The Art of Not Being Governed: An Anarchist History of Upland Southeast Asia*. New Haven: Yale University Press.
- Sinn, Elizabeth. 2003. *Power and Charity: A Chinese Merchant Elite in Colonial Hong Kong*. Hong Kong: Hong Kong University Press.
- Sriram, Veena; Keshri, Vikash R.; Kumbhar, Kiran. 2021. The impact of colonial-era policies on health workforce regulation in India: lessons for contemporary reform. *Human Resources for Health* 19: 1-10.
- The Royal Institute of Public Health. 1922. Report on the Efficiency of the Clayton System of Disinfection and Disinfestation. *The Journal of State Medicine* 30(1): 28-38.
- Thomas, Martin, ed. 2011. *The French Colonial Mind. Volume 1: Mental Maps of Empire and Colonial Encounters*. Lincoln and London: University of Nebraska Press.
- Thompson, C. Michele. 2015. *Vietnamese Traditional Medicine: A Social History*. Singapore: National University of Singapore Press.
- Vann, Michael G.; Clarke, Liz. 2019. *The Great Hanoi Rat Hunt: Empire, Disease, and Modernity in French Colonial Vietnam*. New York: Oxford University Press.