

英領インドにおける「スペイン風邪」(1918年):
なぜインフルエンザの死亡率がそれほど高かったの
か?

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 大阪市立大学経済学会 公開日: 2024-09-09 キーワード (Ja): インフルエンザ, 飢饉, 公衆衛生政策 キーワード (En): 作成者: 脇村, 孝平 メールアドレス: 所属: 大阪市立大学
URL	https://doi.org/10.24544/ocu.20200620-001

英領インドにおける「スペイン風邪」(1918年)*

——なぜインフルエンザの死亡率がそれほど高かったのか?——

脇 村 孝 平

- | | |
|-------------------------------|--------------------|
| 1 はじめに | 4 飢饉とインフルエンザ |
| 2 インフルエンザはどのように世界に
拡がったか | 5 インフルエンザと植民地政府の対応 |
| 3 インドにおけるインフルエンザの流
行地域と死亡率 | 6 おわりに |

1 はじめに

1918-19年の「スペイン風邪」(The Spanish Flu) = インフルエンザの世界的大流行(pandemic)は、インド疫病史においても最大級の規模をもつ事件であった。最も信頼しうると思われる I. D. ミルズの推計によると、わずか四ヶ月の間に、英領インドにおけるインフルエンザによる死者の数は1700万人を下らないとされている¹⁾。世界全体での死者の数が途方もなく巨大であったことを考慮に入れたとしても、インドにおける被害の規模の大きさは比類のないものとなっている。1918年の世界的大流行について世界の被害状況を概観した K. D. パターソンと G. F. バイルは、世界全体の死者の数を約2500万人弱～4000万人弱の範囲内としている(付表参照)²⁾。これに従えば、インドの死者の数が世界全体の死者の半分近くを占めるということになる。

こうした死者の数の巨大さだけからしても、インドにおけるこの疫病の経験は一大事件で

[キー・ワーズ]

インフルエンザ, 飢饉, 公衆衛生政策

* 本稿は、1998年に南アフリカで行われた「スペイン風邪」国際会議(The International Conference on the Spanish Flu 1918-1998: Reflections on the Influenza Pandemic of 1918 after 80 Years, Cape Town, September 12-15, 1998)において発表された英文ペーパーをもとにしたものである。この拙い小論を、瀬岡吉彦、木村収、星野中の三先生に捧げる。

1) I. D. Mills, 'Influenza in India during 1918-19', in T. Dyson (ed.), *India's Historical Demography: Studies in Famine, Disease and Society*, London, 1989.

2) K. D. Patterson and G. E. Pyle, 'The Geography and Mortality of the 1918 Influenza Pandemic', *Bulletin of the History of Medicine*, 65, 1991, pp. 18-9.

あったと考えることができるが、実はこのインフルエンザ大流行についての研究は、先に挙げたミルズの先駆的研究を除くとほとんど無きに等しいというのが実態である。なぜ研究が少ないのかといったこと自体が、問われるべき大いなる疑問であるが、本稿はこうした研究上の空白を埋めるささやかな試みである。以下、インドに関する部分では、主たる史料として当時の植民地政府の公文書類といくつかの新聞(英字)を使うことにする。しかしながら、後に述べるように、予想外に史料が限定されていることが、この主題の考察の大きな制約になった。したがって、本稿は、素描という性格を免れないことをあらかじめ明記しておきたい。

本稿で問いかける問題設定をあらかじめ提示しておきたい。次の二つの設問である。

- (1) インドにおけるこのインフルエンザによる死者の数が、なぜかくも甚大であったのか。
- (2) このような悲惨な状況に対して、植民地政府はいかなる対応を示したのか。特に、医療や公衆衛生上の対応はいかなるものであったのか。

第一の設問は重要である。なぜならば、インフルエンザによる死亡率が、インドにおいてはヨーロッパやアメリカの数値の約十倍に達するという驚くべき高さであったからである。例えば、イングランドおよびウェールズのインフルエンザによる死亡率が4.9(千分率)、アメリカ合衆国のそれが5.2であったのに対して、インドのインフルエンザによる死亡率は、42-67となっている(再度、付表参照)。

ミルズは、1918年のインド農村における食糧不足の状況が、インフルエンザによる死亡率を押し上げたと言及している。栄養不良と死亡率の上昇という因果関係には十分なる根拠があるが、この仮説は未だ十分なる検討を受けていない。本稿では、この点にも若干の考察を試みるつもりである。

第二の設問は、次のような筆者の問題関心から発している。概して、19世紀の後半から20世紀の前半にかけての英領インドでは、公衆衛生政策という点で、植民地政府は極めて消極的であったと言える³⁾。果たして、このインフルエンザ大流行に対して、植民地政府はいかなる対応をしたのか。そもそも、この時のインフルエンザの流行に対しては、世界中のどの地域においても、医療や公衆衛生という点で有効な対策が打てたとはとても言えなかったが、英領インドの場合には、対応があまりにも不十分であった点は銘記しておくべきであろう。

本論に入る前に、予備的な知識として、必要最小限の程度でインフルエンザについての概説的な説明をしておくことにしたい⁴⁾。

3) 拙稿「植民地統治と公衆衛生：インドと台湾」『思想』878号、1997年8月。

4) インフルエンザについての医学的な情報は、主として以下の文献から得た。W. I. B. ビヴァリッジ(林雄次郎訳)『インフルエンザ：人類最後の大病』岩波書店、1978年；根路銘国昭『ウイルスが囓っている』KKベストセラーズ、1994年；中島捷久・中島節子・澤井仁『インフルエンザ：新型ウイルスはいかに出現するか』PHP研究所、1998年；P. デイヴィス(高橋健次訳)『四千万人を殺したインフルエンザ：スペイン風邪の正体を追って』文藝春秋、1999年。中でも、歴史的な説明にすぐれているビヴァリッジのものから、多くを得た。

インフルエンザは、風邪の一種であると言っても誤りではない。しかし、インフルエンザは症状が重く、感染力も強いといった点で、ふつうの風邪とは異なった特徴を持っている。一般に考えられている以上に、インフルエンザは厄介な病気である。インフルエンザの流行は、時として多大の人的損害をもたらす。本稿で取り上げる1918-19年のスペイン風邪はその極端な例であるが、その他にも歴史において多数の死者をもたらした例がある。

W. I. B. ビヴァリッジによると、インフルエンザの流行には次の特徴がある。

それは、しばしば突如として発生し、一カ月そこそこで国中に拡がり、やがて諸大陸に、そしてたいい全世界に拡がるのである。インフルエンザはあらゆる年齢層の人々を冒し、あらゆる階層の人々を冒す。多くの人が発病するが、死ぬ人は比較的少なく、それはたいい老人か慢性的な病気をもっている人たちである。症状はしばしば突然あらわれ、たいい三日ほどつづく熱病の形をとり、せきや頭痛、背中や四肢の痛みをとまなう。熱がとれた後は、脱力感と倦怠感が一週間かそれ以上もつづく。罹病率と死亡率とは流行のたびごとにちがっている。また同じ流行の時でも、国により、また年齢層によってちがっている。しかし、概して、病気の姿は一様である。すなわち、とくに世界的大流行の場合にいちじるしいが、きわめて高い罹病率と、総計すればたいいへんな死者数になるが、比較的低い死亡率である⁵⁾。

インフルエンザは、ウイルスによって引き起こされる病気である⁶⁾。インフルエンザ・ウイルスには、A型、B型、C型の三つの型がある。そのうち、重要なのはA型ウイルスである。「世界的大流行」(pandemic)は、このA型ウイルスによって起こる。B型も流行を引き起こすが、稀であり、C型はほとんど重要でない。A型ウイルスには、「亜型」が存在し、世界的大流行が起こるのは、基本的には新しい亜型が登場したときのことである。

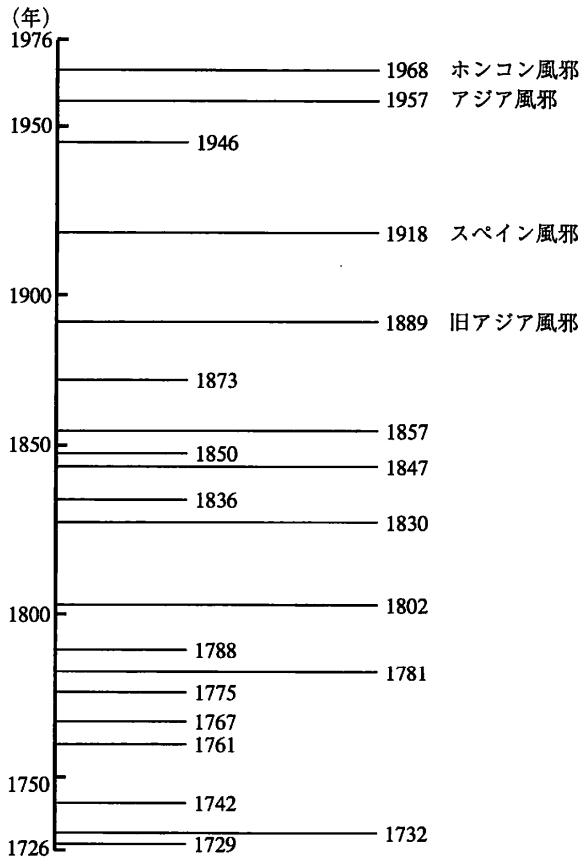
インフルエンザという病気に対する対応の難しさは、ウイルスが転換・変異する点にある。質的な転換を遂げた場合には、新しい「亜型」が生まれたことになる(このような変化を、シフトという)。また、同じ亜型の中で、毎年わずかなずつ変異するが、これを「変異型」と呼ぶ(このような変化を、ドリフトという)。新しい亜型が登場した場合には、かつて獲得した免疫がまったく役立たないために、世界中に拡がって多くの人が感染する。変異型の場合にも、免疫が効かないということはある。この場合には、地方的な流行を引き起こす可能性がある。亜型の寿命は、一つの世界的大流行から次の世界的大流行までの期間である。それぞれの亜型が世界的大流行を引き起こし、つづいて一年から三年ごとに軽い流行を引き起こすが、これは変異型によるものである。

ビヴァリッジに依拠して、1700年以降のインフルエンザの世界的大流行を示すと、第1図の

5) ビヴァリッジ、前掲書、27ページ。

6) 1918年の時点では、インフルエンザの病原体がウイルスであることはまだ明らかでなかった。そのことが、明らかになったのは1930年代のことである。

第1図 1700年以降のインフルエンザの世界的大流行



(注) 長い横線は、10回のはっきりと世界的大流行と言えるもの。短い横線は、10回の世界的大流行であった可能性のあるもの。言うまでもなく、ビヴァリッジの判断である。

(出所) W.I.B.ビヴァリッジ (林雄次郎訳)『インフルエンザ：人類最後の大疫病』岩波書店、1978年、60ページ。

通りである。それらは、10年から49年の間隔で起こっている。こうしたインフルエンザの世界的大流行の中でも、1918-19年のスペイン風邪は、特筆すべきものであった。死者の数が圧倒的な規模なのである。以下、詳しく見てみよう。

2 スペイン風邪はどのように世界に拡がったか

1918-19年のインフルエンザ世界的大流行について、概況をあらかじめ記しておこう⁷⁾。1918-19年のインフルエンザ世界的大流行は、大きく三つの波に分かれるが、重要なのはそのうちの二つの波である。第一波 (通称 春の波) は、1918年3月初旬にアメリカのカンザス州

7) K. D. Patterson and G. E. Pyle, *op. cit.*, pp. 5-13.

の軍キャンプに発するとされている。その後、アメリカ各地に飛び火した。この第一波は、第一次世界大戦渦中のヨーロッパに伝播し、4月にフランス、5月には中立国スペインで流行があった。一般に、「スペイン風邪」と呼称されるようになったのは、この大流行がスペインを起点としていると誤解されたためで、実は誤った呼称である。ただし、歴史的な呼称として定着しているので、本稿でも使用する。さて、6月には、ドイツ、スカンジナビア半島、イギリスでも蔓延した。さらに、ポーランド、ルーマニアへも飛び火した（ただし、ロシアには達せず）。

その他には、5月の時点で、インド・ボンベイに、6月にはオーストラリア、ニュージーランド、蘭領東インドにも到達している。また、特記すべきこととして、中国にも5月という非常に早い時点で流行が見られた⁸⁾。この第二波は、7月、8月にほぼ終息する。

第二波（秋の波）は、8月以降世界中に拡まっていった。このウイルスは肺炎と結びつくことで極めて致死性の高いものとなった。こうした致死性の高いウイルスが何故に出現したのかは、依然として明らかになっていないが、第一波のウイルスが何らかの形で突然変異した可能性が高いとされている。この第二波は、8月下旬にフランス西部で発生したと見られている。

ヨーロッパでは、インフルエンザはその後10月までの間にほとんど全域を覆うにいたった。折しも第一次大戦の最終局面にあったヨーロッパでは、戦争による混沌の中で、兵士の移動とともに急激に伝播した。

戦争による混乱と人の移動の激しさは、他の大陸への伝播を大いに促進したと考えられる。19世紀の後半から急速に発展した汽船や鉄道が、大きな意味を持ったことは言うまでもない。北アメリカでも、9月から10月にかけてアメリカ、カナダにおいて流行した。これらの国々の内陸部では、鉄道がインフルエンザの浸透を大いに助けたと考えられる。アフリカでは8月から11月にかけて、ラテンアメリカでは9月から11月にかけて急激に流行が広がっていった。さらに、アジアではインドや中国には9月から11月にかけて流行が広がったし、東南アジアの蘭領東インドやフィリピン、そして日本や日本統治下の台湾、朝鮮でも流行した。さらに、オーストラリア、ニュージーランド、太平洋諸島においても、10月から11月にかけて蔓延した。

この世界的大流行による世界の被害状況については付表を参照されたい。世界のほとんどの地域をカバーしていることに驚かされる。そして、死者の数が約2500万人弱～4000万人弱という世界全体の被害規模の大きさにも改めて注意を喚起しておきたい。例えば、日本でも、約35万人の人が亡くなっている。ここで注目しておきたいのは、既に少しふれたように、ヨーロッパや北アメリカにおけるインフルエンザ死亡率の水準と、インド、アフリカ、ラテンアメリカの一部地域の死亡率の水準に大きな開きがあるという点である。明らかに、生活水準の格差が、インフルエンザによる死亡率に大きな影響を与えていると考えられる。この点は、以下に述べ

8) したがって、中国南部が1918年インフルエンザの発生地であるという説も存在する。

第1表 1918年のインフルエンザによる死亡者数および死亡率

	死 亡 者 数	死亡率 (千分率)
英 領 イ ン ド	7,089,694	—
ベ ン ガ ル	386,572	8.5
ビハールとオリッサ	709,976	20.5
連 合 州	2,034,257	43.4
マ ド ラ ス	682,169	16.7
パン ジャ ー プ	898,947	45.4
北 西 辺 境 州	89,035	43.6
デ リ ー	23,612	56.6
ボ ン ベ イ	1,059,497	54.9
中央州・ベラール	924,949	66.4

(注) 平年の死亡者数を上回る超過死亡者数を、ここでは「インフルエンザによる死亡者」と見なしている。

(出所) *Annual Report of the Sanitary Commissioner with the Government of India, 1918, 1919, p. 57.*

るインドの事例が参考になろう。

最後に付言しておきたいのは、1918年のインフルエンザ世界的大流行は、異常な特徴を持っていた点である。通常のインフルエンザの場合、死亡者の大多数は高齢者であったが、1918年の場合には死亡者が20-40歳の年齢層に集中したことであり、これは世界共通のパターンであった⁹⁾。

3 インドにおけるスペイン風邪の流行地域と死亡率

英領インドにおけるインフルエンザ流行の第一波は、1918年の6月にボンベイを襲った。その後一ヶ月以内に、それはマドラス、カルカッタ、カラチ、ラングーンなどの諸都市に伝播した。よく知られているように、これは比較的穏やかな影響を与えただけで、死者の数は少なかった。この第一波は8月の末までに終息した¹⁰⁾。

しかし、9月の半ばに第二波がボンベイを襲った。この第二波こそ悪性のインフルエンザで、ボンベイにおける死亡率を押し上げた。日毎に死者の数は増え、ピークを記録した10月6日まで死者の数は増え続けた¹¹⁾。その後、死者の数は減少し、11月の半ばには収まった。このパターンは、その後インド各地で繰り返した。第二波は、その後各地に広がり、インド全体で莫大な死者をもたらしたのである。

9) ビヴァリッジ、前掲書、51ページ。

10) インドにおける1918-19年インフルエンザ大流行の経路については、上記ミルズ論文を参照。I. D. Mills, *op. cit.*, pp. 224-9.

11) その日に、768人の死者を記録している。*Executive Health Officer's Report for the Fourth Quarter of 1918, Bombay City, p. 1.*

インフルエンザの第二波の被害は、インドの西部から東部へと拡大した。死亡率のピークを地域ごとに見てみよう。10月にボンベイ市、11月にパンジャブ州、中央州・ベラルー、連合州、12月にはベンガルへと広がっていった¹²⁾。

第1表を見ればわかるように、死亡率の水準によって、インドを二つの地域に分けることができる。インド西部、中部、北西部の諸州では、死亡率は40パーミルを超えているが、南東部、北東部では総じて20パーミル以下である（第2図を参照）。この死亡率の水準の格差は、インフルエンザそのものの影響によるものと言うよりも、併発した肺炎によるものである。

もう一つの重要な死亡率の格差問題が存在する。都市地域と農村地域の死亡率格差である。ボンベイ管区では、農村におけるインフルエンザによる死亡率は、61.9パーミルであったのに対して、都市では30.5パーミルであった。パンジャブ州では、農村における死亡率は51.21パーミル、都市のそれは35.71パーミルであった。中央州では、農村におけるそれが58.67パーミル、都市におけるそれが36.48パーミルであった。

当時の英領インドで活躍したマラリア学者の一人である C. A. ギルは、こうした死亡率の格差を気温の日較差の違いに求めた。インド北東部と南東部における諸州の十一月における気温の平均日較差は、華氏15度から25度であったが、西部、中部、北西部の諸州では、華氏25度から35度もあった。同様に、彼は、農村と都市におけるインフルエンザ死亡率の差を、日較差の違いに求めようとした。ギルの説によると、要するに、気温の日較差の違いは肺炎を併発するかもしれないかの違いを帰結することになる¹³⁾。

しかし、死亡率の格差の問題をこの一要因にのみ求めることは果たして妥当なことであろうか。以下に検討するように、他の要因も介在している可能性がある。次節では、インフルエンザの死亡率の水準に対して栄養状態がいかなる影響を及ぼしたかを検討することにしたい。

4 飢饉とインフルエンザ

インフルエンザの影響が、イギリス本国よりもインドにおいて大きいことは気づかれていた。当時、連合州の公衆衛生監督官は次のような指摘をしていた。

通常の意味における公衆衛生的な手段や監督が、インフルエンザの流行にいかなる影響ももたないであろう。そうでなければ、イングランドやアメリカといった国々でこの病気が爆発的な流行をすることはなかったであろう。これらの国々は、十分に優秀な公衆衛生のスタッフによって効率的な手段が施されているからである。インドにおけるインフルエンザの被害がイングランドやアメリカよりも大きいと明言することは、今言ったことを決

12) I. D. Mills, *op. cit.*, p. 226.

13) C. A. Gill. *The Genesis of Epidemics and the Natural History of Disease: An Introduction to the Science of Epidemiology based upon the Study of Epidemics of Malaria, Influenza, & Plague*, London, 1928, pp. 255-77.

第2表 全作物、食糧穀物、非食糧穀物の減産率

	全作物	食糧穀物	非食糧穀物
英領インド			
前10年間の平均	10,748	8,087	2,668
1918/19年	8,188	5,869	2,319
減産率	-23.8%	-27.4%	-13.1%
大ベンガル			
前10年間の平均	3,955	3,090	865
1918/19年	3,005	2,237	768
減産率	-24.0%	-27.4%	-11.2%
連合州			
前10年間の平均	1,983	1,426	557
1918/19年	1,339	980	359
減産率	-32.4%	-31.3%	-35.5%
マドラス			
前10年間の平均	1,623	1,303	321
1918/19年	1,465	1,088	377
減産率	-9.7%	-16.5%	+17.4%
大バンジャープ			
前10年間の平均	1,017	807	210
1918/19年	864	645	219
減産率	-15.0%	-20.1%	+4.3%
ボンベイ・シンド			
前10年間の平均	939	639	300
1918/19年	522	344	178
減産率	-44.4%	-46.2%	-40.7%
中央州			
前10年間の平均	791	546	245
1918/19年	541	341	200
減産率	-31.6%	-37.5%	-18.4%

(注) 大ベンガルは、ベンガル、ビハール、オリッサを含む。また、大バンジャープは、バンジャープ、北西辺境州、デリーを含む。

(出所) G. Blyn, *Agricultural Trends in India, 1891-1947: Output, Availability and Productivity*, Philadelphia, 1966. Appendix Table 4cより作成。

して否定することにはならない。インドで被害がより大きいのは、公衆衛生の状況が劣悪であるためではなく、経済的状況の劣悪さのためである。インドの人々は、住宅も良くないし、衣服にも恵まれていないし、食糧も不足気味であった。したがって、イングランドやアメリカの場合よりも病気への抵抗力に欠けていたのである¹⁴⁾。

言うまでもなく、当時において生活水準の相当な格差が、イングランドおよびアメリカとイン

14) *Annual Report of the Sanitary Commissioner of the United Provinces of Agra and Oudh for the year 1918, 1919*, p. 15A.

ドの間に存在したことは間違いない。インドでのインフルエンザの影響の大きさが、一般的な経済的貧困状況に求められるのは、おそらく否定できない真実であろう。しかし、それだけではなく、この1918年という年において、食糧生産という点で特別の事情が存在した。インド政府の公衆衛生監督官であったノーマン・ホワイトは、次のような指摘をしていた。

さらにいっそう深刻なのは、モンスーンのほとんど全面的な失敗の影響が実際には全国に見られたことである。主要食糧穀物の価格が飢饉水準まで上昇し、飼料の不足がミルクの入手量を大幅に減少させたのである。毛布や防寒用の衣料が極端に高価であった。実際に飢饉という状況はどこにも見られなかったが、過去何年もの間見られた状況よりは明らかに程度の激しい栄養不良が見られた¹⁵⁾。

この年、モンスーンの不調はインド全土で見られた現象であったが、特に西部、北西部、中央部でその程度が著しかったのである。第2表には、これらの諸州における食糧生産が、平年作を大きく下回っていたことが示されている。旱魃の影響を最も受けている州が、インフルエンザによる死亡率の高い州とほぼ一致しているのは、偶然であろうか。ボンベイ・シンド、連合州、中央州における食糧生産の減産率は、英領インド全体よりも大きい。最も影響の大きかったのは、ボンベイ管区である。降雨量は、平年の半分をわずかに上回るに過ぎなかった¹⁶⁾。

食糧穀物価格が1918年に急激に上昇した。明らかにモンスーンの不調が価格水準を高めたことは間違いないが、第一次世界大戦に起因するインフレ圧力が事態を悪化させたことを考慮に入れる必要がある。大戦中にインドにおける防衛関係支出が、300%程度増加した。「インドにおける通貨流通量は、1914年の6億6千万ルピーであったのが、1919年には15億3千万ルピーに増加した」のであった¹⁷⁾。もし1860年代以来の物価指数を辿るならば、農産物価格と非農産物価格のどちらにおいても1918年と1919年における価格上昇は最も著しいものであった¹⁸⁾。この物価上昇は、旱魃によってのみ引き起こされたものではなく、戦争による需要増加によって惹起されたものでもあった。大量の食糧が中東における戦争地帯に輸出されたということも影響を及ぼしたであろう¹⁹⁾。また、事態は、「戦争に結びついた鉄道運輸のフル稼働と鉄道車両の不足」によっていっそう悪化した²⁰⁾。

15) The Sanitary Commissioner with the Government of India, *A Preliminary Report on the Influenza Pandemic of 1918 in India*, p. 12.

16) *Season and Crop Report of the Bombay Presidency for 1918-19*, Bombay, 1920, p. 1, 8.

17) S. Bose and A. Jalal, *Modern South Asia : History, Culture, Political Economy*, London, 1997, p. 127.

18) M. McAlpine, 'Price Movements and Fluctuations in Economic Activity (1860-1947)', in D. Kumar (ed.), *The Cambridge Economic History of India, Vol. 2 : c. 1757- c. 1970*, Cambridge, 1983.

19) S. Bose and A. Jalal, *op. cit.*, p. 126.

20) *Census of India, 1921, Central Provinces and Berar*, pp. 5-6.

食糧穀物の価格は急騰した。ボンベイ市におけるバジラの価格を例にとってみよう。バジラは雑穀の一種で、この地域における貧困階層の主食であった。バジラの卸売価格は、1917年4月4日の時点における1キャンディ(500重量ポンド)当たり35ルピーから、1918年4月4日の1キャンディ当たり48-53ルピーまで上昇し、最終的には同年の10月4日に85-115ルピーにまで高騰した²¹⁾。

食糧不足とインフルエンザによる致死性との因果関連について、たくさんの言及があるが、一例としてパンジャブ州の場合を紹介しよう。

農村地域において死亡率は最も高かった。例えば、6000人の住民がいる一村落で900人をくだらない死者を記録した。モンスーンの不順とそのためにミルクが十分に手に入らなかったことが、この地域の窮状をいっそう強めたのである²²⁾。

価格の上昇は、生産者にとっては好条件であったかもしれないが、土地をもたない農業労働者や職人層などの農村における一定階層にとっては、まさに食糧入手量の悪化を意味していたことは間違いない。

中央州の一定地域では、部族民の村落が多くの死者を出した。これもまた、貧困と食糧不足によるものであると考えられる。

Chindwara と Betul から届いた報告では、部族民の諸村における多数の死亡者に注意が向けられていたが、これは貧困と、飢饉価格をもたらすほどの食糧不足、そして衣料の欠乏に帰することができる。……これらの諸村の人々の多くは慢性的なマラリア患者であるということも、おそらく衰弱の要因になっていた²³⁾。

栄養状態の悪化は、インフルエンザの罹病率にはほとんど影響を与えないけれども、それに併発して起こった肺炎の症状には大きな影響を与えたものと考えられる。肺炎の悪化が死をもたらすとするならば、栄養状態の悪化が決定的な意味を持っていたであろう。

ボンベイ管区では、食糧不足の影響で近郊から多くの人々がボンベイの市街に移動したが、このこともまた事態を悪化させたに違いない。ボンベイ市の保健衛生官(Health Officer)のJ.A.ターナーは、次のように指摘していた。

この年の後半に、食糧不足と食糧価格の高騰の影響を受けた諸県から、大量の住民が市内に流入した。この流入は、彼らの居住の問題を深刻にすると同時に、過密化を著しくし、それから生じる弊害を強めた²⁴⁾。

飢饉の状況はインフルエンザの被害を増幅したであろうが、他方でインフルエンザの影響が

21) *The Times of India Mail Edition*, Nov. 9, 1918.

22) *The Pioneer Mail*, Nov. 22, 1918.

23) *Proceedings of Education (Sanitary)*, from J. F. Dyer, Third Secretary to the Chief Commissioner, Central Provinces to the Secretary to the Government of India, January 26, 1919.

24) *Executive Health Officer's Report for the Fourth Quarter of 1918*, Bombay City, p. 8.

農業活動を困難にしたことも確かであった。インフルエンザによる死亡率が最も高かった中央州・ベラルーは、飢饉の影響を最も深刻に受けた州であった。インフルエンザは、飢饉の影響が最も深刻であった時期にこの地域を襲ったのである。

凶作はこの州の多くの地域で深刻であったが、次の二つの事情がなければ、窮状がこれほどひどいものにはならなかったであろう。第一に、過去数年にわたる大量の穀物輸出が、この州が保持していた貯蔵部分を枯渇させてしまった。その結果、価格は過去において飢饉水準と考えられていたものに既に達していた。第二の原因は、インフルエンザの流行であるが、これは労働者階級の稼得能力を弱め、農業者階級の抵抗力を小さくした。これらの原因は、一部地域では飢饉へと深化したような凶作と結びついたのである²⁵⁾。

このように、飢饉とインフルエンザは互いに相乗効果をもって作用したと言える。

既に述べたように、都市地域はインフルエンザによる死亡率という点で見ると、まだましであった。しかし、都市の一定地域では、インフルエンザの影響は深刻であった。既述の J. A. ターナーは、次のように述べている。

暗くて換気の悪い貧困層が住む超過密の住宅、抵抗力の欠如、食糧・看護・医療の不足が人々をして容易に犠牲者にした²⁶⁾。

ボンベイ市内でインフルエンザによる死亡者の多く出た地域として、Tarwadi, Sewri, Worli, Parel などの地域があげられているが、これらは貧しい階層が住む過密地域であったという。階層やコミュニティ別の死亡率の違いも顕著である。第3表に見られるように、ヒンドゥー教徒の低カースト層における死亡率が最も高く、バラモンの死亡率は低かった。インフルエンザは、罹病率において階層間の格差は見られなかったとしても、死亡率の点では大きな階層間格差が存在したと考えられる。

第3表 各コミュニティ別の死亡率

	死亡率 (千分率)		死亡率 (千分率)
ヒンドゥー (低カースト)	898.38	パールシー教徒	94.95
ヒンドゥー (他のカースト)	234.91	ヨーロッパ人	43.41
ジャイナ教徒	465.70	イスラム教徒	199.77
バラモン	210.30	ユダヤ人	141.88
キリスト教徒 (現地人)	206.62	ユーラシア人	74.99
パティア	160.41		

(注) 1918年10月最終週の死亡率を一年に換算したもの。

(出所) *The Statesman (Weekly Edition)*, Nov. 1, 1918.

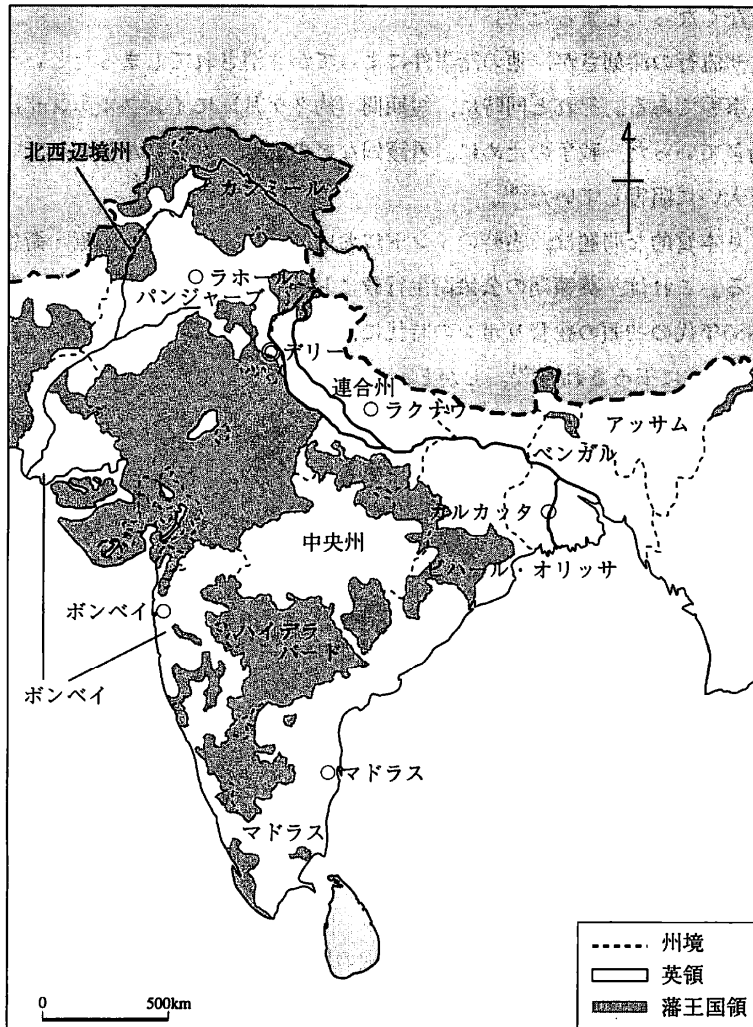
5 インフルエンザと植民地政府の対応

インドにおける「スペイン風邪」による人的被害は未曾有の規模であったが、既に述べたよ

25) *Census of India, 1921, Central Provinces and Berar*, pp. 5-6.

26) *The Times of India Mail Edition*, Oct. 5, 1918.

第2図 英領インドの行政図



うに、当時の植民地政府の公文書類の中でインフルエンザの影響についてふれたものは意外に多くない。また、当時の英領インドで発行された新聞のいくつかを通読してみても、これまた意外にその情報は限られている。ボンベイなどの都市の様相は多少なりとも見えてくるが、農村の状況はほとんど見えてこない。なぜ、植民地政府においてインフルエンザへの関心が乏しかったのか。同様に、なぜ、新聞においてインフルエンザに関する記事が乏しかったのか。

1918年における新聞の一面を飾っていたのは、第一次世界大戦に関する記事であった。1918年のインフルエンザ流行は、まさに戦争に関わる異常事態の中で起こったのである。

州の医療スタッフは、戦争に関する勤務のために出払っていたうえに、かなりの期間にわたって物価が高騰し、各県の官吏たちは差し迫る飢饉への準備で忙殺されていた時期に、

緊急事態が起こった。さらに、流行はマラリアの季節に起こったため、事態の本質がかくれて見えなくなってしまった²⁷⁾。

インフルエンザ流行の深刻さが、他の諸事件によってかき消されてしまったということは十分に推測しうる事態である。それと同時に、短期間（約2ヶ月）にインフルエンザはまるで嵐のように通り過ぎていった。戦争のために、看護婦などの病院スタッフが払底していたことも、病院の業務を大いに阻害していた²⁸⁾。

しかし、より本質的な問題は、当時のインドにおいて、農村における医療・衛生施設の乏しさがあげられる。これは、英領期の公衆衛生行政における、いわば制度的な欠如とも言える事柄である。1880年代の初頭の総督リボンの時代に、公衆衛生の管轄が、中央レベルから自治体（市）や県のレベルに下ろされた²⁹⁾。しかし、これは、公衆衛生政策が重視されたということの意味しなかった。事態は、むしろ逆である。D.アーノルドによると、この動きが意味していたのは、「政府が公衆衛生に付与していた低い優先度である。なぜならば、彼ら（地方：引用者）は公衆衛生スタッフに恵まれず、与えられた仕事を遂行するに必要な医療の専門家も与えられていなかった」のである³⁰⁾。

現地語の新聞において、政府の対応に対する批判的な記事が掲載されている。例えば、ボンベイ管区の Hubli からの匿名の報告が、『ボンベイ・クロニクル』（The Bombay Chronicle）紙に掲載されている。

農村地域の状況に対する政府や地方当局の示した冷淡な態度は憤慨にたえないものであった。これらの当局から如何なる医療も提供されなかったために、農村においてこの流行は大混乱を巻き起こした。Hubli 市を含む Hubli タルカの人口は、12万人であった。もし Hubli 市に住む6万人を除くならば、残りの6万人を疫病から救うために政府は何もしなかったことに気づくであろう³¹⁾。

中央州・ベラルールの公衆衛生監督官もまた同様の問題を指摘していた。

最近起こった緊急の事態は、民衆の大多数に対する公衆衛生組織と医療による救済がまったくの不在であることを強く明るみに出した。現在の状況が続くかぎり、この国で大衆の

27) *Annual Sanitary Report of the Central Provinces and Berar for the year 1918, 1919*, Appendix C, p. 1.

28) *The Times of India Mail Edition*, Oct. 12, 1918.

29) M. Harrison, *Public Health in British India: Anglo-India Preventive Medicine, 1859-1914*, Cambridge, 1994, pp. 189-199.

30) D. Arnold, 'Crisis and Contradiction in India's Public Health', in D. Porter (ed.), *The History of Public Health and the Modern State*, Amsterdam, 1996, p. 345.

31) *Native Newspaper Report (Bombay)*, 1918. もう一つの例を挙げておこう。連合州のアラハバードで発行されていた『リーダー』（The Leader）紙において、次のような指摘がなされていた。「農村地域における公衆衛生の必要性はまったく無視されてきた。県の当局は、この問題について自らの使命を放棄してきたようだ。政府は、この明らかな怠慢のについての弁明が要求されている」*Native Newspaper Report (U.P.)*, 1920.

中における公衆衛生という主題が実践的な意味での注目を浴びることを想像するのは無駄なだけである³²⁾。

農村におけるインフルエンザの被害を悪化させたのは、明らかに医療機関の不在である。例えば、ボンベイ管区グジャラートの農村の状況について次のような指摘があった。

町に住む住民たちは被害を和らげる手段を常に保持しているし、医療援助もより迅速に確保することができるが、農村の貧しい住民たちの境遇はいかなるものであろうか。予防的なものであろうと治療的なものであろうと、彼らには医療は縁がないし、基本的な予防法を説く人もまったくいない。彼らの状況はひどいものである。農村における平均的な死亡率は通常の死亡率の十倍から二十倍は高い。村の全住民が病気になることも少なくなかった³³⁾。

このような状況の中で、農村から診療所が存在する都市部へ人々が移動するということが珍しくなかった。

診療所についての情報が伝わるにつれて、近隣の村落から流れ込む人々の数は次第に増加していった³⁴⁾。

農村地域とは異なって、医療や公衆衛生の手段は都市部においてまだしも恵まれていた。特に大都市では、公衆衛生当局がインフルエンザの被害をくい止めようと一定の努力をしていたことも確かである。ボンベイ市の例を見てみよう。ボンベイ市における救済手段は、病院における治療、各家庭への訪問、ミルクや毛布の無料供給、道路脇における診療所の開設などからなっている。最も注目すべき事柄は、民間のボランティアが自治体の活動と並んで活発に活動した点である。ボンベイでは、市長官(Municipal Commissioner)と保健衛生官との協議のうえ、医療救護委員会が結成された。彼らは、採るべき手段を次のように決定した。

小委員会が任命され、広報活動を行いつつ、保健衛生官が病気の予防と対策のために必要であると考えた方法を住民に知らせるために、ほぼ毎日集合した。労働者の大規模な雇用者には、採るべき手段を知らせる回覧状を回した。英語、マラーティ語、グジャラーティ語のポスターが掲示されるとともに、チラシが配られたりして、徴候が現れた場合には医療的な措置を受けたり病院に行くように住民を促し、また病院に行くことを嫌がるものに対しては、自宅における無料の治療とミルクの提供を行った³⁵⁾。

市内のいたるところ、とりわけ貧困層が多く居住する区域で仮設診療所が開設された。

これらの診療所は、当然のことながら非常に粗末なものである。いくつかの薬瓶と患者の

32) *Annual Sanitary Report of the Central Provinces and Berar for the year 1918*, 1919, Appendix C., p. 5.

33) *The Statesman (Weekly Edition)*, Nov. 1, 1918.

34) *The Times of India Mail Edition*, Oct. 26, 1918.

35) *The Times of India Mail Edition*, Nov. 9, 1918.

名前を書き込んだ台帳を載せた小さな机一つが、この施設の装備品のすべてである。隣接地域から簡単に行くことのできる大通りの歩道に設置された。カーキ色の服を着たボランティアが、それを担当する唯一の係員である。彼は、第一種、第二種、第三種と三種類の調合された薬剤を用意している³⁶⁾。

十一月初旬で市内には約100の仮設診療所が存在した。

それらは、市当局の保健衛生部と様々な慈善組織によって組織された³⁷⁾。ここで、民間の慈善組織についてふれておこう（第4表参照）。一例をあげておくことにする。「社会奉仕連盟」（The Social Service League）は、1911年に社会改革運動を推進するために設立された組織で、公衆衛生の促進などもその活動の一つとして掲げていた。「インフルエンザ救援委員会」（The Influenza Relief Committee）を作って、募金活動をしつつ、様々な活動を行った³⁸⁾。

カーストなどのコミュニティが、それぞれ仮設病院を開いた点も注目される。Mazagon にローハナ、Null Bazar にボーラ、Chaupati にパーターレー・プラブー、Cumballa Hill にパールシー、Hirabag にジャイナ教徒、Kalbadevi にマルワーリーが、それぞれ仮設病院を設置した。これらの仮設病院は、自分たちのカーストを優先する原則で運営された³⁹⁾。要するに、彼らは自らのカーストの人たちの面倒をみたのである。

同種の救援組織が、その他の都市でも試みられた。カルカッタのスラム街には診療所に行くことのできない者がいたので、自宅訪問の方法が行われた⁴⁰⁾。

現在のところ特別に自宅訪問に従事している二十人の医療関係者がいるが、彼らは治療を行ったり、予防的な手段についての指導をしたりした。これらの人々は、それぞれ小型の移動診療所としてしつらえられた車を与えられた⁴¹⁾。

デリーにおいても、市当局が多くの路上診療所を開設し、薬品や消毒液の無料配給を行った。カラチでは、薬を無料で配る移動式の診療所が作られた。

これらのどの場合においても、民間のボランティアが救援組織において果たした役割は大きかった。都市においては、市当局と民間ボランティアの協力の様相は、このインフルエンザに対する医療・防疫活動における特筆すべき事柄であった。例えば、ボンベイのケースについ

36) *The Times of India Mail Edition*, Oct. 12, 1918.

37) *Executive Health Officer's Report for the Third Quarter of 1918*, Bombay City, p. 8.

38) M. Ramana, 'Coping with the Influenza Pandemic, 1918-1919 : The Bombay Experience', paper given at the International Conference on The Spanish 'Flu 1918-1998 : Reflections on the Influenza Pandemic of 1918 after 80 Years, Cape Town, September, 12-15, 1998.

39) *The Times of India Mail Edition*, Nov. 9, 1918. ローハナ (Lohana) は、シンド出身の商業カースト；ボーラ (Borha) も商業カースト；パーターレー・プラブー (Pathare Prabhu) は、書記カースト；パールシー (Parsi) は、ゾロアスター教徒；ジェイン (Jain) は、ジャイナ教徒；マルワーリーは、ラージャスターン地方出身の商業集団。

40) *The Statesman (Weekly Edition)*, Nov. 1, 1918.

41) *The Statesman (Weekly Edition)*, Nov. 1, 1918.

第4表 ボランティア組織のリスト

The Social Service League
The Humanitarian League
The Radiant Club, Ambulance Branch
The Hindu Medical Association
The Missionary Conference (the Rev. R. B. Douglas)
The St. John Ambulance Brigade, Overseas (Capt. Nunan)
The Hon'ble Mr. Shariff Deviji Kanji
The Student Brotherhood
Wilson College
Abdul Hussein Karimbhoy Jhanjharya

(出所) *The Times of India*, Nov. 8, 1918.

て、ある新聞によって次のような評価がなされている。

緊急事態における最も顕著な特徴は、民間の市民と市の保健衛生当局の良好な協力関係と、この協力が生んだ実りある結果であった⁴²⁾。

しかしながら、ボンベイ市における救援活動は相対的に良く組織されていたと言われていたけれども、次のような批判も浴びていた。

これまでのところ、救援活動のための主たる負担は、市民による慈善組織によって担われてきた。政府はそれにふさわしい責任を果たし、重大な責務を市民と協力して果たすべきである⁴³⁾。

当時の医学の状況からして、このように致死性の高いインフルエンザによる被害を、未然にくい止める方法はなかったかもしれない。また、いかなる公衆衛生政策がどの程度の効果を持ちえたのかは不明である。しかし、当時のイギリス植民地政府の公衆衛生政策の無策、特に農村における無策が被害の程度に大きな影響を与えたことは疑いを入れない。

6 おわりに

筆者は、これまで、いくつかの論稿の中で、植民地期インドにおける飢饉の歴史をたどりつつ、飢饉と疫病との密接な関係、特に飢饉とマラリアとの関係について究明してきた。こうした分析において、栄養不良状態が疫病（マラリア）の流行に重要な役割を果たしていることが明らかになった。その際、事例として取り上げたのは、北インドの連合州である。この地域では、1870年頃から1940年代中頃までの期間において、死亡率のピークが計七回見られるが、飢饉と疫病の両者が作用して死亡率を高めている場合は計四回あり、インフルエンザもその一つである（後の三回は、飢饉とマラリアの併発）。計七回の死亡率のピークのうち、1918年の死亡率のピークは、圧倒的に高い。この年、人口動態統計の数値によると、死亡率は80を超える

42) *The Times of India Mail Edition*, Nov. 9, 1918.

43) *Hindusthan*, Oct. 9, in *Native Newspaper Report (Bombay)*, 1918.

が、他の死亡率ピークはせいぜい40を超える程度であった⁴⁴⁾。繰り返しになるが、このような高い死亡率をは、インフルエンザに併発した肺炎によるものであり、これは栄養状態の悪化と密接な関係を持っていたと考えられる。

こうして、1918年の英領インドにおけるスペイン風邪は、飢饉と疫病が相乗して起こった典型的事例として、歴史に記録をとどめるべきであろう。インドにとって致命的であったのは、第一次世界大戦によるインフレ的状况の中で、飢饉が起こったことであり、さらに歴史に例を見ない極めて悪性のインフルエンザが襲ったことであった。こうした不幸な状況は、この時期のインドにおける公衆衛生施策の欠如、特に農村における欠如によって悪化したことも付言せざるをえないだろう。

44) K. Wakimura, 'Famines, Epidemics and Mortality in Northern India, 1870-1921' in P. Robb, K. Sugihara and H. Yanagisawa (eds.), *Local Agrarian Societies in Colonial India : Japanese Perspectives*, London, 1996.

付表 世界におけるインフルエンザ大流行(1918-19年)の推定被害状況(死亡者数と死亡率)

地 域	死 亡 者 数	死 亡 率(千分率)
ア フ リ カ		
ベルギー領コンゴ	300,000(?)	50(?)
ボ ツ ワ ナ	7,000	40-50
ガ ー ナ	100,000	45
北 ア フ リ カ	124,000-248,000	5-10(?)
南 ア フ リ カ	124,000-248,000	36-43
サハラ以南アフリカの総計	1.7-2 百万	18.1-21.3
アフリカの総計	1.9-2.3 百万	14.2-17.7
ア ジ ア		
アフガニスタン	32,000(?)	(?)
中 国	4.0-9.5 百万	10.0-22.5
イ ン ド	12.5-20.0 百万	42-67
インドネシア	1.5 百万	30.6
日 本	350,000	6.4
フィリピン	70,000-95,000	6.8-9.2
南西アジア	215,000-430,000	5-10(?)
その他の東アジア, 東南アジア	220,000-1.3 百万(?)	5-30.6
アジアの総計	19-33 百万	19.7-34.2
ヨ ー ロ ッ パ		
オーストリア	24,000	3.4
デンマーク	11,400	3.7
イングランドとウェールズ	約200,000	4.9
フ ラ ン ス	240,000	3.9
ド イ ツ	250,000-300,000	4.2-5
ハンガリー*	約100,000	-
アイスランド	440	4.6
アイルランド	18,400	4.2
イ タ リ ア	325,000-350,000	8.8-9.5
オ ラ ン ダ	23,000-29,000	3.3-4.2
ノルウェー	13,000	4.9
ポルトガル	59,000	9.7
ロシア/ソビエト連邦	450,000(?)	2.8(??)

スコットランド	16,500	3.4
南東ヨーロッパ**	462,800(?)	—
スペイン	150,000	7.1
スウェーデン	30,000	5.1
スイス	23,000	5.9
ヨーロッパの総計	約2.3百万	約4.8
ラテンアメリカ		
アルゼンチン	14,000	1.6
ブラジル	180,000	6.8
カリブ諸国および中央アメリカ†	96,000(?)	—
チリ	30,000	8.1
グアテマラ	44,000(?)	35.5(?)
メキシコ	300,000—500,000	21.4—35.7
ウルグアイ	2,000	1.4
その他の南アメリカ‡	100,000(?)	—
ラテンアメリカの総計	766,000—966,000	8.4—10.6
北アメリカ		
カナダ	50,000	5.7
アメリカ合衆国	550,000	5.2
北アメリカの総計	603,000	5.3
太平洋		
オーストラリア	12,000—13,000	2.2—2.4
フィジー	8,145	49.6
グアム	858	(?)
ニュージーランド	6,000	5.0
「南海諸島」(South Sea Islands)	50,000	—
西サモア	8,500	(?)
太平洋の総計	約85,000	—
世界全体の総計	24.7—39.3百万	13.6—21.7

(注) この表の死亡者数と死亡率は、1918年のインフルエンザの第二波による死亡者数および死亡率を示している。

* クロアチア、スロヴァキアを除く。

** ルーマニア、ユーゴスラヴィア、トルコを除く。

† グアテマラを除く。

‡ アルゼンチン、ブラジル、チリ、ウルグアイを除くすべて。

(出所) K. D. Petterson and G. E. Pyle, 'The Geography and Mortality of the 1918 Influenza Pandemic', *Bulletin of the History of Medicine*, 65, 1991, pp. 14-15.