

釧路南ロータリークラブ会報

第27回 例会報告 2021.2.19 通算1835回

・入会式

新入会員 川越 直人君 (S46.10.2生) 49歳

パブ グレンスペイ代表 飲食業



川越 直人新入会員挨拶



奈良会長より歓迎の挨拶



長江孝文会員より紹介



ロータリーは機会の扉を開く

・点 鐘

奈良会長

・ロータリーソング

「それでこそロータリー」



ソングリーダー 長井 一広会員

・入会記念祝

工藤 ゆかり会員 H8. 2. 23 (25年目)

・誕生祝

前田 裕治会員 S41. 2. 19 (55歳)

安藤 整治会員 S24. 3. 1 (72歳)

・結婚祝

佐久間 光弘会員 H27. 3. 3 (6年目)

・会長挨拶



みなさんこんにちは。本年度 28 回目の会長挨拶をさせていただきます。始めに幹事より配信させていただいておりますが、当クラブ名誉会員の小野一明会員が 2 月 16 日午前零時 30 分 93 歳でご逝去されました。私にとっては大先輩ですので直接的に関わることは少なかったのですが数年前になります。模型を持ち込んでいただき卓話をしていただいた事、たくさんの昆布の差し入れをいただいた事など記憶に残っております。

小野名誉会員のご冥福を心よりお祈り申し上げたいと思います。葬儀日程につきましてもメールに記載されておりますが、可能な方は是非お参りいただければと思います。先週の「平和と紛争予防・紛争解決月間に因んで」では福井委員長よりパワーポイントを交えての講話ありがとうございました。

本日のプログラムは「会員卓話」となっております。担当の長井会報委員長は後ほど宜しくお願い致します。

前年度末に 2 名の退会者、今年度途中にも 1 名の退会者とそれぞれ事情のある中ではありましたが非常に残念に思っていたのですが今日から新しい仲間が増

え年度スタート時の会員数に戻ることができました。
次年度は当クラブからガバナー補佐の輩出、周年行事などクラブメンバーにかかる負担も例年より少し多くなるかもしれません。

数は力ではありませんが、今日をきっかけに更なる会員増強をしていければと思います。改めて会員皆様のご協力をお願い致します。

以上会長挨拶とさせていただきます。

ありがとうございました。

・幹事報告



釧路南ロータリークラブ名誉会員 小野 一明 殿
(有限会社小野鉄工所代表取締役社長) がご逝去されましたので、ここに謹んでお知らせ申し上げます。

記

故 小野 一明 殿(行年93 歳)

日 令和3 年2 月16 日(火) 午前0 時

葬儀日程等

- 1, お通夜 令和3 年2 月19 日(金) 午後6 時
- 2, 葬儀 令和3 年2 月20 日(土) 午前9 時
- 3, 式場 清華堂会館
釧路市大川町7の37 (TEL 0154-42-5345)
- 4, 喪主 小野 信一 殿(長男)

※新型コロナウイルス感染症拡大防止の為、一般お参りを午後4 時から6 時迄として、ご理解ご協力をお願い致します。

・委員会報告

親睦委員会



・本日のニコニコ献金

長井 一広会員 久々に例会に出席しました。

澤山 理恵会員 息子の高校進学が内定しました。

・本日のプログラム

「 会員卓話 」

担当 クラブ会報委員会

◆長井一広クラブ会報委員長



かならず読んでください

病気の文明史

Global History of Health and Disease

池田光穂

Écoutant, en effet, les cris d'allégresse qui montaient de la ville, Rieux se souvenait que cette allégresse était toujours menacée. Car il savait ce que cette foule en joie ignorait, et qu'on peut lire dans les livres, que le bacille de la peste ne meurt ni ne disparaît jamais, qu'il peut rester pendant des dizaines d'années endormi dans les meubles et le linge, qu'il attend patiemment dans les chambres, les caves, les malles, les mouchoirs et les paperasses, et que, peut-être, le jour viendrait où, pour le malheur et l'enseignement des hommes, la peste réveillerait ses rats et les enverrait mourir dans une cité heureuse. - Albert Camus, LA PESTE (1947)

クレジット：『生活の地域史』（地域の世界史シリーズ，第7巻）〔共著〕川田順造・石毛直道編，山川出版社（担当箇所第3部第1章「病気の文明史」），pp.258-289，2000年3月、の出版後の改訂版です。

第Ⅲ部 第1章 病気の文明史 池田光穂 [history_disease_civilization.pdf](#)→レジメ資料（パスワードが必要です：FaceBookで「垂水源之介」を探して聞いてください）



垂水 源之介

Soy yo Mizuho Genji Chij, antropólogo médico y estudiante de la cultura Maya moderna

初稿時の入稿原稿です。引用する際には、ご面倒でも定稿の文献（『生活の地域史』（地域の世界史シリーズ，第7巻）〔共著〕川田順造・石毛直道編，山川出版社，2000）をご参照ください。

目次

- 1. 第一節 旧大陸における疾病の流通——人類誕生から十六世紀まで
 - 1. 1 仮説としての疾病史
 - 1. 2 人類と病気の誕生
 - 1. 3 狩猟採集生活と健康
 - 1. 4 流行病の農耕生活起源説
 - 1. 5 文明がつくる感染症
 - 1. 6 疾病文明圏と疾病交換
 - 1. 7 ユーラシア疾病大文明圏の成立
- 2. 第二節 世界システムとしての疾病流行——十六世紀から十七世紀半ばまで
 - 2. 1 新大陸の悲劇
 - 2. 2 地球規模に拡大する疾病文明圏
 - 2. 3 疾病と健康の均質化
- 3. 第三節 人類文明と健康——十七世紀半ばから現在まで
 - 3. 1 人口爆発のはじまり
 - 3. 2 医療政策と環境統御——コレラ流行
 - 3. 3 開発原病
 - 3. 4 人間と健康の未来
- 参考文献
- 参照・引用文献

1. 第一節 旧大陸における疾病の流通——人類誕生から十六世紀まで

1. 1 仮説としての疾病史

人類は病気と共に始まり病気とともに歩み続けてきた。人間とは病む存在である。この常識のため病気を理解することは我々にとって難しくないように思える。しかしそのような常識は禁物である。この章を理解するため次の三つの前提を確認しておこう。

(1) 病気体験は歴史や社会によってきわめて多様である。

我々の病気体験は、人類の祖先が体験したものと必ずしも同じではない。同じ種類の病気で時代や場所によって発病の様式が異なる、つまり病状が全く別のものとして取り扱われることがある。民族学の現地調査から、おなじ病気に感染しても、病状の訴え方には、社会によって著しい多様性があることも報告されている。したがって歴史的記述の中や異文化における病気の経験について知ることはきわめて困難である。二十世紀初頭のインフルエンザ（スペイン風邪）の流行によって世界中で二千万から数千万の人びとが死んでいったという怖ろしい事態を現在では誰が容易に想像することができるだろうか。

(2) 歴史上の病気の判定は、臨床的な診断ではなく状況証拠にもとづく推測である。

過去の時代の人びとの病気の体験が現在と異なるということは、病気の歴史的検証において大きな問題になる。なぜなら過去にさかのぼって病原を特定することができないので、研究者は史料に残っている個々の病状や流行の様式から、それらの病名や原因を推測する。しかし、手がかりとなる流行様式や病状が異なるため、それらの診断はきわめて難しい。人類が経験してきた流行病はこのような推測によって病名が付けられているだけであって、将来の研究の進展いかんでは異なる病気として認定されることもあり得るのだ。

(3) どのような病気の歴史もあくまでも仮説である。

病気の知識に関する問題はより深刻である。現在の病気研究は十九世紀以降に世界中で影響力をもちはじめ、現在では標準となっている近代医学の知識による。病気の統計などもこの医学体系に基づいて十九世紀以降に蓄積されるようになってきた。しかし診断基準は不断に変化する。つまり、ヨーロッパにおいてさえ十八世紀以前には科学的に信頼がおける病気研究のための資料は限られている。病気の文明史とは、歴史学や「疫学」（病気の原因や動態を明らかにする学問）の研究成果を利用して再構成されたものにすぎない。

我々はここで自然科学的に定義される人間の疾患を「疾病」と呼び、人びとに解釈され社会的な意味をもつとき、それを「病気」と呼んで区別しておこう。本章が焦点をあてるのは人類の「病気」理解のための「疾病」史の基礎である。

1. 2 人類と病気の誕生

我々と類人猿は同じ祖先をもつ。現代の霊長類にはダニ、ノミ、蟻などの節足動物や蠕虫類などの消化管寄生虫が寄生しており、また多種多様の原生動物、菌類、細菌、ウイルスに感染している。そのため我々の祖先も同じような寄生虫や感染症をかかえて生活していたと考えられる。人類の祖先は森林性の雑食性動物として同じ環境に住む他の哺乳類と同様な生態的地位にあった。しかし森林の後退によって平原に進出することをやむなくされた我々の祖先は、やがて直立姿勢や二足歩行をおこなうようになり、これに伴って脳が大きくなってきたと考えられている。今から五百万年前である。草原は森林とは異なる生態環境にあるので、最初の人類はその生息環境の変化にともなつて、草原性の動物に寄生していた別の寄生虫や細菌、ウイルスの感染を受けた。これが生育環境の変化にともなつて人類が感染症から受けた最初の衝撃である。

人類の起源は熱帯アフリカにあるとされているが、彼らは環境への高度な適応能力をもっていたために百万年前には温帯から寒帯におよぶ地球上の広い地域への拡散を始めたと考えられている。とくに温帯へは感染症を媒介する寄生物が熱帯に比べて相対的に少ないために、比較的短時間のうちに居住地域を広げることができた。

自然界において高等哺乳類と病原生物とのあいだには一定の共存が保たれている。宿主（人間）が寄生体（病原生物）にさらされ宿主は感染し発病するが、生き残った個体には免疫が獲得されるからである。また、強い毒性をもった寄生体は短い期間のうちに弱毒化することが知られている。こうすることによって宿主集団の内部において寄生体が長期的に生き残ることが可能になるからである。

初期の人類は、他の哺乳類より特異な生態的地位を得たことから、このような寄生体との共存関係をより頻繁にもつように生物学的な適応をとげた。他方、人類の適応能力の高さは、生息地を拡大することで、病気の感染を回避する行動を獲得するようになった。

1. 3 狩猟採集生活と健康

数十万年前に始まっていた人類の各地への移動は、およそ一万年前に完成した。つまり、その頃には地球上のほとんどの場所に人類が住むようになった。彼らの食物の調達には狩猟採集によっていた。その食生活は、漁労や狩猟から得られる動物タンパク質に加えて、採集にもとづく多様で豊かな植物から構成されていた。狩猟採集民の集団は大きくても数十人で、移動生活をおこなっていた。この時期に獲物は豊富にあったが、狩猟能力や移動能力に限度があったために、集団の大きさがそれ以上大きくなることはなかった。人口が低水準に保たれていたのは、受胎制限をしたり出産間隔を広げたりしたからである。またより積極的な人口調整の手段として幼児殺しがおこなわれた可能性がある。一万年前の地球の人口は数百万人程度とみられている。

狩猟採集民の健康状態については、病気や飢餓に常時さらされており生きざりの水準で生活していたという仮説が長い間信じられてきた。結核、ハンセン病やトリボネーマ症なども小さな集団のなかで流行していた可能性がある。熱帯地方では昆虫やダニなどの節足動物によって媒介されるアルボウイルスの感染が考えられ、熱帯アフリカではマラリア原虫に感染していた可能性が高い。しかし、それらはみな地方病のレベルにとどまっており、集団を越えて大流行することはなかった。なぜなら広い範囲に流行をもたらすほど個々の採集狩猟民の集団は小さく、そのサイズは彼ら自身を健康的に維持するのに十分な数にとどまっていたからである。また現代の採集狩猟民の調査によると、彼らには癌、肥満、糖尿病、高血圧や心臓病などの成人病はほとんど見つからない。このため先天性の疾患など乳幼児期の生存の危機を乗り越えた成人の健康状態は比較的良好だったのではないかとされている。唯一の例外は関節炎が多かったことで、出土した骨にそのような病変が多くみられる。健康と栄養の観点からいうと、農耕生活よりも狩猟採集のほうが、自由時間も多く、食物の栄養のバランスもよかったことが、現代の狩猟採集民から推測される(表1と図1)。

Table 1.1. Mean daily consumption as percentage of recommended allowances (from McArthur, 1960)

	Calories	Protein	Iron	Calcium	Ascorbic Acid
Hemple Bay	116	444	80	128	394
Fish Creek	104	544	33	355	47

14. At least some Australians, the Yir-Yiront, make no linguistic differentiation between work and play (Sharp, 1958, p. 6).

(Sahlins 1972:19) McArthur, Margaret, 1960. "Food Consumption and Dietary Levels of Groups of Aborigines Living on Naturally Occurring Foods," in C. P. Mountford (ed.), Records of the Australian-American Scientific Expedition to Arnhem Land, Vol. 2: Anthropology and Nutrition. Melbourne: Melbourne University Press.

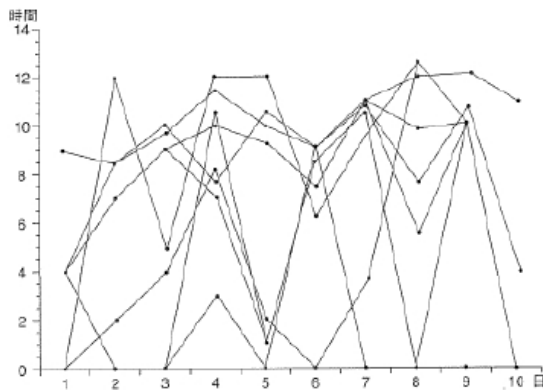


図1 カラハリのサン1日当りの食物獲得行動のための時間(男性) グラフは8人の消費時間を示す。1人の1日当りの平均時間は約6時間10分になる。

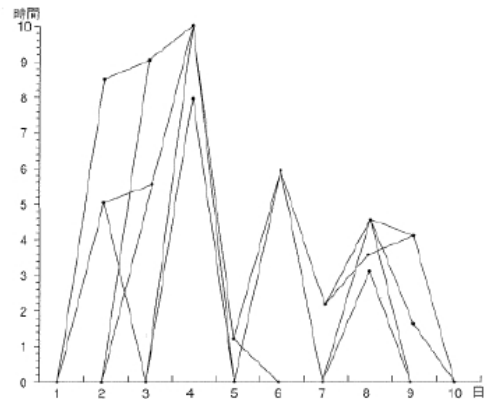


図2 カラハリのサン1日当りの食物獲得行動のための時間(女性) グラフは8人の消費時間を示す。1人の1日当りの平均時間は約2時間58分になる。

小集団が感染し、伝染をくり返し維持できる病原寄生体の種類は中間宿主を必要とする感染症がほとんどであった（図2a）。たとえば中間宿主とは住血吸虫症の場合、淡水に住む巻貝である。住血吸虫は、感染者の尿や糞便とともに排出された卵が小川の中で孵化し、その幼虫が巻貝のなかで感染可能な幼虫になるまでそこで過ごす。巻貝から出た幼虫が、小川や運河などで水浴したり洗濯する人の皮膚をとおして人体に入りさまざまな症状、すなわち住血吸虫症を引き起こす。吸虫は人間の身体の中で成虫になり交尾をおこない人体から卵を産卵する。寄生虫にとって、中間宿主の利用は人口密度にあまり影響されずに効率よく安定した感染を引き起こすことができる。つまり狩猟採集民は後の人類が経験することになる人対人の流行病にさらされることは少なかった。このことは逆に、狩猟採集民の生活は健康的であったが、未知の病原寄生体には集団としての抵抗力は弱かったと思われる。

1. 4 流行病の農耕生活起源説

人類が草原に進出して以来、人類の健康の歴史における次の衝撃は一万年前頃の農耕の誕生の際におこった。農耕の発明がただちに狩猟採集の生活の放棄を意味するものではなかった。粗放的な農耕の時代には狩猟採集生活の要素が続いていた。狩猟採集生活に対する農耕生活の利点は土地面積あたりの生産性の向上であり、高カロリーな炭水化物の食物を提供したことにある。その後の農耕生活は、採集狩猟時におけるメニューの多様性や栄養価を犠牲にしても高カロリーの食物への依存を高めていった。同時により高い農耕生産性を維持するために、労働の強化がおこなわれるようになった。このことにより人びとのほとんどの生活時間が労働に使われるようになった。集約的な農耕を通して余剰生産物を蓄積する方法を選択する人びとが登場したのである。

集約的な農耕の導入と人口増加の因果関係をめぐっては二つの意見の対立があり論争のテーマになっている。ひとつは、人類は農耕の導入を通してそれが結果的に人口増加につながったという見解である。農耕は人類が偶然に発見し、それが人間の生活にとって革新的な効果を生んだと考える。この仮説は古くはマルサスから今日にいたるまで多くの人たちによって支持されてきた。しかし世界の各地で気候風土に応じた農作物の栽培がなぜ同じ時期に誕生したかということをも単なる偶然の一致でしか説明できないという欠陥がある。

それに対して経済学者エスター・ボズラップはマルサス的見解とは異なる解釈を提出する。彼女によると、狩猟採集民の生活の中にはすでに粗放的な農耕を生み出す要素があり、粗放的な農耕による人口増加によって集約的な農耕の技術の導入と発展が順次始まっていったと説明する。人口が一定の限度を超えて成長した地域において文明が発生したのである。文明の人口基盤が集約的な農耕の受容を促進し、この農耕の発展がさらに人口を増加させるという相乗効果を生んだと考える。

文明圏における農耕の発展が人間の健康にもたらした影響は二つの面がある。ひとつは農耕が食生活に与えた影響であり、他のひとつは人口の増大における感染症流行の出現である。農耕生活が食生活に与えた最大の影響は栄養面での変化である。農耕時代に劣らず狩猟採集時代も人びとの食事の多くは植物に依存していたが、農耕時代は高カロリーの炭水化物からなる栽培植物に依存する割合が高くなった。人口の増大によって炭水化物への依存がさらに高まると、長期的には食事におけるタンパク質、ビタミン、ミネラル不足が生じる。穀物の偏食からくる脚気、ペラグラ、くる病は農耕時代になってはじめて生じた。また食物全体のカロリーに比してタンパク質が不足するとクワシオルコル症を引き起こす。農耕生活における栄養面での貧困化に歯止めをかけた唯一のものは乳製品である。しかしながらこれは新大陸および東アジア地域ではほとんど消費されなかった。

人口が増え栄養条件が悪化すると病気の流行がおこりやすくなる。大きな人口集団では病原体がつねに集団のどこかにいて他の人びとに感染するチャンスが生じるからである。集団の大きさは病気の感染の様式や潜伏期間、感染が患者に与える影響や致死率などによって決まる。感染症を中心とする病気の流行と人口維持には一般に次のような周期が生じることが考えられる。まず (a) 人口増加によって密度が増大する。人口密度が増大すると引き続いて次の二つの事態が起こる。(b-1) 集団の栄養条件が悪化する、(b-2) 感染症の流行によって死亡率が高まる。これらの状態が続くと (c) 出生率が低下する。そして結果的には (d) 人口の減少によって元の人口水準に戻る。

人口集中による衛生状態の悪化、貧困の増大、食糧の供給不足などは、流行病の蔓延をさらに促進させる。都市の集住は人びとに感染の機会を与え、食糧不足や貧困の状態は寄生虫疾患の病状を悪化させ、また流行病への抵抗力を低下させるという効果をもつ。しかし文明はそれに対処する方法と同時に感染症と共存する方法を自らのシステムの中に発明しようとしていた。

1. 5 文明がつくる感染症

集約的農耕による余剰生産とその蓄積は政治権力の基盤を生じさせた。そのような文明の圏内ではさまざまな感染症が蔓延していた。問題はどのようにして文明が感染の危険性を克服することができたかということである。歴史家ウィリアム・マクニールによると、文明そのものが独自の感染症の伝染様式を発達させ、それらの感染症を貯蔵し、感染症の定期的な流行を通して人口集団に対して免疫機構を付与したという。またさらに彼は、文明はそのような感染のメカニズムを社会制度としても確立したという。これは次の二つの現象が同一の文明圏内で発達した結果であるとされる。

(1) 中間宿主を必要としない感染症の誕生

文明圏が誕生する以前の小集団社会において、病原寄生体による感染症が維持されてゆくためには中間宿主が必要であった。しかし、人口密度がある一定の数に達すると、直接人間どうしが感染しあい、中間宿主を必要としない病原生物——この場合はバクテリアとウイルスが主となる——が引き起こす疾病が優勢になる(図2b)。これは人口密度の上昇によって直接感染する病気の伝搬効率が、中間宿主を介する病気の伝搬効率を上回るからであり、このような現象は都市生活に伴って新しく生じたものと考えられる。

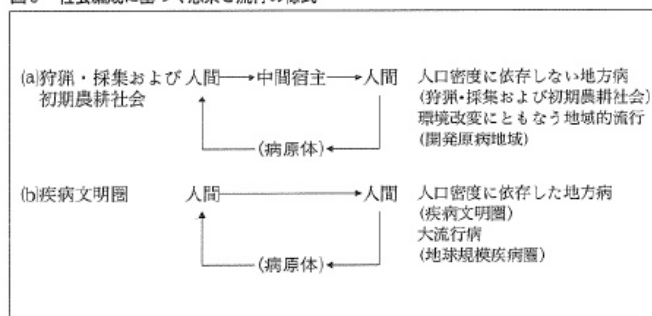
(2) 「ミクロ寄生」と「マクロ寄生」

ミクロ寄生とは人間に感染する病原性生物がもつ本来の寄生の様式である。それに対してマクロ寄生は社会における一種の搾取メカニズム、例えば軍事組織などをさす。人間に寄生する細菌や昆虫は身体に寄生することを通して人間の生存を脅かすが、マクロ寄生も人体の外部から経済的搾取や侵略などを通してそれと同じ効果をもたらすからである。ミクロ寄生という通常の感染現象以外に、マクロ寄生という類似のメカニズムを想定することによって、ミクロとマクロの寄生が競争的にあるいは相互補完的に、人口集団の成長に影響を与えていると考える。

成立したての農耕社会は、外部の武力による略奪に抵抗の術をもたなかったが、余剰生産物の蓄積によって、農耕社会が武力集団を一定の割合で雇うことができるようになり、外部からの権力に対抗することができるようになった。マクニールは、これを農耕社会が外部に対して一定の抵抗力、すなわち「免疫」を確保するようになったと考える。自分の文明圏の軍隊は他の文明圏の軍隊が持ち込む感染症(ミクロ寄生)から防衛はしてくれるが、軍隊はその社会における余剰生産を食いつぶすマクロ寄生体そのものである。

このように文明は新しいタイプの感染の様式をつくり出し、その感染症を圏内に維持し圏外からの感染症に対して疫学的ならびに社会的に防衛する広義の「免疫」メカニズムを発達させた。農耕化に伴う感染症からの危機を、文明圏をつくることで人類は病気と独自の共存関係をつくりあげた。マクニールはこのような文明の領域を「文明化した疾病の供給源」(Civilized Disease Pool)と呼んだ。彼の主張を整理し模式的に示したのが図3である。この模式図では「文明化した疾病の供給源」は疾病文明圏とし、文明圏において疾病を認識し対処してきた社会的活動としての医療体系をつけ加えた。どのような文明圏においてもさまざまな種類の治療者がおり、社会階層などに応じて一定の分化をとげているからである。それらを宮廷医療、大衆医療、土着医療からなりたつ多元的な医療体系として表現してある。歴史の資料としてもっともよく残っているのは、王宮や貴族に仕えた医師たちが残した歴史資料である。だが実際には都市に住む大衆を対象にしたり村落民を対象にする医療が存在していた。これらの医療の実態は歴史的資料として残されることは少なかった。同じ疾病文明圏内の疾病構造は類似しているために、それらの疾病観や治療法は、それぞれの医療のあいだで相互に関連したり類似していたであろう。

図3 社会編成に基づく感染と流行の様式



1. 6 疾病文明圏と疾病交換

文明の成熟が疾病文明圏の成立をうながす。地球上で最初の疾病文明圏は西アジアで起こり、中国、インド、および地中海地域もほどなくしてそれを確立させた。紀元前十世紀から紀元前五百年ごろまでの間である。疾病文明圏の誕生によって、文明は疾病に対処する技術や思想を生み出す。それは医療という限定された領域での技術にとどまらず、特定の社会行動やそれを正当化させるイデオロギーにまでおよぶ。

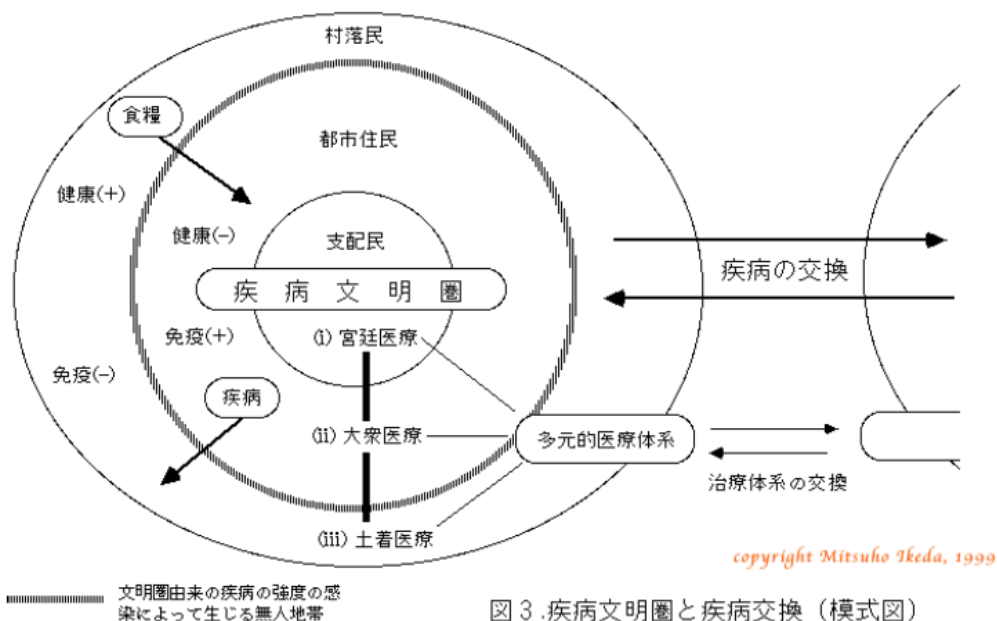


図3. 疾病文明圏と疾病交換（模式図）

中国医学ではふるくから身体に関する理論が発達し、薬草や鍼灸などの技術もそれに連動して発展してきた。加納喜光によると、中国医学が洗練させてきた「経絡」——鍼灸のツボを結ぶ経路の体系——は、古代中国文明の国土にはり巡らされた水路とそれにもとづく水工学の発達との関連が示唆されるという。中国医学における陰陽五行にもとづく身体や宇宙の構成要素の均衡によって健康を説明する発想は、中国文明の一種の環境思想と深く関わりをもつ。マクニールはインド文明におけるカースト制度は感染症に対する一種の防疫機能から生まれたとする。インド文明における厳密なカースト制度は、文明からみた猖獗の地である「森の民」を直接的にはコントロールできなかったために、一種の心理的な障壁として辺境の民をタブー視し排除すると同時に、不可触賤民として社会の最下のカーストとして組み込んだという。このような類推にもとづく医療の発達や疾患の予防の実際の効果について実証することは困難をきわめる。しかし病気の認識の中に社会の認識が反映されることは、多くの社会においても指摘されており、実際的な効果の有無にかかわらず、そのような考えが疾病文明圏内に形成されたことは想像に難くない。

疾病文明圏では感染症がどこかに常在しており、それが定期的に流行を繰り返す。流行の様式は、都市の人口規模によって異なることがわかっている。人口密集地帯での感染症流行の様式には、(I) 病気の発生をつねに抱えながら大流行を周期的に繰り返すもの、(II) 流行は周期的だが流行の間には病気の発生がみとめられないもの、(III) 不規則な周期をもち流行の間に病気の発生がみとめられないもの、があると言われている。計算機によるシミュレーションでは、人口二十万人を越えると (I) の様式が、人口が十万から二十万では (II) の様式が、そして人口が十万未満では (III) の様式をとるようで、これらは実際にあった歴史的事実にもあてはまる。文明の初期において二十万人を越えて密集するところでは、病気の流行は規則的な流行の様式をとり、流行のおさまった後でもつねに集団に病原体が存在したであろう。このような発生パターンを地方病的（エンデミック）という。このようにして疾病文明圏の中では、特定の感染症が流行を繰り返しながら維持されている。

これに対して病気の流行が次から次へと広がり最終的に世界的に広まることを大流行（パンデミック）という。それぞれの文明圏が発達するにつれて近隣の文明圏への軍事侵襲がおこったが、軍隊の移動にもなあって、ある文明圏の病原菌が異なる文明圏に侵入する。また帰還兵を通して異種の病原菌が故郷の文明にもたらされる。疾病文明圏の外縁では、マクロ寄生による食物の搾取が引き起こす栄養条件の悪化と、中心部から波状的に広がる疾病流行によって無人の緩衝地帯が形成される。疾病文明圏の間で異なる感染症が双方向で伝わるとき、これは疾病が相互に交換されているとみる（図3）。疾病の交換には、軍事侵襲という感染の機会が強度のものから交易を通して感染症の伝播という比較的低度のものまでである。

1.7 ユーラシア疾病大文明圏の成立

疾病の交換という事態は陸路および海路を通して文明圏間での人の流通が大きくなればなるほど活発になる。紀元二世紀ごろにはシルクロードで知られた交易ルートが東地中海から西アジア、インド、中国にまで確立していた。これによって文明圏の相互の疾病の交換は以前にもまして活発になり、この頃にはユーラシア大陸の各文明圏の疾病の均質化はほぼ達成されようとしていた。

しかし外部からの病気に対する免疫力にはそれぞれの文明圏によって違いがあった。例えば中国とローマ帝国を中心としたヨーロッパ世界は、二世紀から七世紀を通して疫病の流行が繰り返されたが、これは疾病の交換の規模が当時まだ小さく、それぞれの集団にとって免疫の獲得されていない感染症が数多く存在したからである。

十世紀にいたり、中国とヨーロッパ世界は感染症に対する生物学的適応がユーラシア大陸のなかで最初に達成された。この時期以降、中国とヨーロッパの地域は人口増加に転ずる。これは西アジアとインドという疾病文明圏に対する相対的な力の優位を意味する。マクロ寄生の発達、つまり軍事遠征や交易の発達によりアジアならびにアフリカの周辺諸民族も疾病が循環する圏内に組み込まれることになった。ユーラシア大陸のはずれにある日本列島とグレートブリテン島の疾病史をひもとけば大陸における感染症の伝播について興味深いことがわかる。これらの島々は大陸とは海峡を隔てているが、有史以降大陸からの感染症が繰り返し到来し、周期的にその人口構造に大きな打撃をあたえていた。日本列島において大陸起源の感染症が常在し、免疫をもった安定した人口集団を達成するのは十三世紀になってからである。他方、大陸の西端のグレートブリテン島では、ペスト（黒死病）の流行がくり返されたため人口が安定するのは十五世紀ごろまでかかった。



・次回のプログラム

2月26日（金）

「新入会員歓迎会」夜間例会

会場 ANA クラウンプラザホテル釧路 18:30～

担当：親睦活動委員会

・点 鐘 奈良会長

今週の会報担当：長江勉会員