

[総説] 日本の癪(らい)対策はなぜここまで進められたのか

成田 稔

はじめに

日本の癪(らい)対策の誤りのはじまりは、この世の人ならば、望んで巷を浮浪したりはしないだろうに、何故そうしているのかを思い遣ることなく、浮浪する癪患者の見苦しさが、外国人の目に止まるのは新興国日本の恥になると恐れ、本末転倒した浮浪患者の取り締まりに奔った愚行だった。そして結局は、癪患者のすべてを伝染(感染)源と見做す非科学的論拠の下に、全患者の終生隔離すなわち絶対隔離を意図するに至った。

化学療法の導入は、〈癪は不治〉という通念を〈らいは可治〉と一変させたものの、絶対隔離を遂行するための療養所中心主義を変えられず、新時代に相応しい外来診療はほとんど顧みられなかった。

このような日本の癪(らい)対策のあまりにも大きな誤りは、今や徹底的に究明され暴露されている。その過ちを繰り返さないための提言もなされているが、これを人権尊重などと改まって説かれると、今さらのように思えてむしろ白々しい。何よりも注意しなければならないのは、現にこれほど激しく非難される癪(らい)対策が、化学療法以前の不治の時代はともかく、化学療法以後においてすら惰性的な隔離状態を継続できた現実だろう。

そこで問題になるのは、病は病、人は人、というけじめがつけられていないことである。例えば、病人(治癒した人も含めて)に病気に纏わる悲哀を思い出させたくないという労りなのかどうか、病気そのものをタブー視したり、過去の痛ましい病状を隠そうとする傾向などは、むしろそうした“病は病、人は人”というけじめがつけられていない思念を、いまだに内包しているためではなかろうか。

要するに、癪(らい)を病んだ人、つまり癪の

宣告を受けた人が最初に受ける心理的ショックは、死病では決してないにもかかわらず、この世との生き別れという現実によろうが、それは言い換えるとこの世から排除されることであり、癪の歴史はこの無慈悲な排除の歴史でもある。日本の癪(らい)対策の無謀さはいうまでもないが、ここで改めて、どうしてその無謀さが罷り通ったのかを考えるのも、大切なことではないだろうか。

日本における癪(らい)対策のあらまし

日本での癪の患者隔離は、1909年(「癪予防ニ関スル件」の制定2年後)に全国5カ所の公立療養所への収容ということではじまった。このときの5療養所の合計収容患者定数は1,040人、1906年の全国一斉調査時の癪患者総数23,815人からすると、寡少に過ぎて予防的配慮があったとは思えず、前記一斉調査時に浮浪患者と目された1,182人の取り締まりだったのは自明である。実際に第13回帝国議会(1899年)において根本正が質問状を提出し⁽¹⁾、癪を伝染病と認め、国家の体面にかかわる浮浪患者の取り締まりを要望していた。

浮浪する癪患者を国辱的存在とみなしたわけだが、恐らくこの認識が「癪予防ニ関スル件」の作成にも与り、法文には〈療養所ニ入ラシメ之ヲ救護スヘシ〉とあって、〈療養ノ途ヲ有セス救護者ナキモノ〉とあるのは、浮浪患者の排除、取り締まりの意にはかならない。むしろ「臭いものに蓋」の譬えのとおり、〈隠蔽的隔離〉というのが当たっているが、癪という単なる病気を忌むあまり、人が人を人として遇する根本理念を欠いており、ドルワル・ド・レゼー神父は早くもそこを危惧した⁽²⁾。すなわちレゼー神父は、患者も「等しく日本国民」であり「癪は結核よりも伝染力は弱い」と指摘していた。それをよそに、〈最も急が

(1) 根本正「質問ノ理由ニ付キ根本正君ノ演説」『衆議院議事速記録第四十一号 明治三十二年三月三日』630ページ。

(2) ドルワル・ド・レゼー『癪病予防法実施私見』(私家版、1907年)。

なければならないことは隔離である。まず乞食してさまようている街頭の病者を隔離しなければ、この病気はますます広く多くの人々に浸潤してゆくであろう」と光田は主張した⁽³⁾。

日露戦争（1904～1905年）後の日本の財政難は、第一次世界大戦（1914～1918年）の大戦景気によって若干潤ったものの、欧州各国の生産性の向上が日本の産業を圧迫したことによって再び不況状態に陥った。続いて1923年の関東大震災の打撃も加わり、1929年の世界恐慌に追い打ちをかけられて不況は決定的な状態になった⁽⁴⁾。このような財政状況下にあつては、癪療養所の拡張も思うに任せなかつたろうから、1925年に至っても収容患者定数は発足当初（1909年）の2倍超（2,225人）に過ぎなかつた⁽⁵⁾。

光田はこのような社会情勢をよく承知していながら⁽⁶⁾、〈絶対的隔離に接近するに従^(ママ)がい新患者の発生を予防し得ること毫も疑いを入れざる也⁽⁷⁾〉と妄信し、1914年に中央慈善協会（会長渋沢栄一）主催の癪予防懇談会において、隔離を最善と説く一方、癪病予防会（光明会）の設立を強く要請した。1915年には「癪予防に関する意見書」（第一案として一大離島への絶対的隔離を提唱）を内務省宛に提出し、1916年療養所所長への懲戒検束権付与をはさんで、1919年にはさらに浮浪・逃走患者の収容のための国立癪療養所設置、公立癪療養所拡張による在宅患者収容促進などを盛った「癪予防についての意見書」を内務省に提出した。1920年に10,000床整備計画の実現を求め

る「癪予防要項」を保健衛生調査会が発表し、1925年には内務省衛生局長通牒により扶養義務者の有無にかかわらず在宅患者の入所が可能となった。1929年に内務省令第39号をもって直接収容（直接入所を申し出た患者について、施設長が療養の必要を認めれば入所させる）が認められ、1930年以降は死亡診断書に「癪」と記載せず、直接死因のみを記載することになった（次の「癪予防法」と同様に患者収容を容易にするための病名秘匿の一環）。1931年には国立療養所長島愛生園創立、癪予防協会（会長渋沢栄一）設立、「癪予防法」公布と続き、絶対隔離への足固めができた⁽⁸⁾。

部分的な隔離から究極の絶対隔離へと急速に進展したのは、癪の誤った予防医学が全体的な包括性をもった知の体系となり⁽⁹⁾、それが国家的事業として受け入れられたことによる。

1931年に日本は、柳条湖事件に端を発した「満州事変」から十五年戦争へと突入してゆき、健民健兵の時代を迎えて癪対策にも拍車が掛かり、皇紀2600年にあたる1940年に向けて10,000床整備を目指した⁽¹⁰⁾。窮迫した戦時下にあつて、収容された人びとが極貧の療養生活を強いられたのはいうまでもないが、そこに祖国浄化、同病相愛などの「使命」を課し⁽¹¹⁾、犠牲を省みることもしなかつた⁽¹²⁾。これほどの非情な現実を抱えながら、記録上は1950年に81.6%、1955年には91.4%の患者が隔離されたことになっている⁽¹³⁾。

1947年初頭から長島愛生園において輸入プロミンの治験がはじまり、同年4月には石館守三がプ

(3) 光田健輔『回春病室』（朝日新聞社、1950年）17ページ「宗教的救済」。

(4) 堺屋太一『日本の盛衰—近代百年から知価社会を展望する』（PHP選書、PHP研究所、2002年）74ページ「自立的経済成長への三つの条件」、75ページ「第一次世界大戦の好運・世界大恐慌の不運」。

(5) 国立療養所史研究会編『国立療養所史（らい編）』（厚生問題研究会、1975年）第1表より。

(6) 註3に同じ、94ページ「島を求めて」。

(7) 藤楓協会編『光田健輔と日本のらい予防事業—らい予防法五十周年記念』（藤楓協会、1958年）16ページ「癪病患者に対する処置に就て」。

(8) 註7に同じ、「らい年表」1915年より1931年まで、20ページ～42ページ。

(9) 加藤陽子『戦争の日本近現代史—東大式レッスン 征韓論から太平洋戦争まで』（講談社現代新書、講談社、2002年）13ページ「知の型の変移」。

(10) 註7に同じ、392ページ「二千六百年記念—万床拡充促進を望む」。

(11) 註7に同じ、440ページ「新体制下に於ける無癪県運動」。

(12) 多磨全生園患者自治会編『俱会一処 患者が綴る全生園の七十年』（一光社、1979年）160ページ「飢えと戦争」。

(13) 註5に同じ。

ロミンの合成に成功して、東大皮膚科と多磨全生園が並行して治験に入った。1948年の第21回日本癩学会総会にはその劇的な効果が報告されたが、それは療養所という密室内の衝撃に終わり、社会に広く伝わることはなかったし、学会にしても伝えるための積極的意志はなかったろう。ストレプトマイシンの効果が、社会の結核に対する偏見を一掃したのと対照的であり、「日本癩学会」は誰のためのものなのか、ここにも学会自体の患者軽視という医学の理念を逸脱した側面があった。その現れの一つが、1930年の国際連盟癩委員会⁽¹⁴⁾による〈治療あつての予防〉という基本を、〈隔離こそ治療であり予防〉だと無視した不遜だった。

1951年の第24回日本癩学会総会においては、プロミン治療の総括が行われたが、光田らはその有効性は認めたものの、再発の可能性に配慮して向後10年間の観察が必要だと、慎重な意見だった⁽¹⁵⁾。

1954年あたりからDDSによる内服治療がはじまり⁽¹⁶⁾、在宅のままで外来治療が可能になったから、1960年前後をピークに社会復帰者が急増した⁽¹⁷⁾。もっともこれら社会復帰者のほとんどは任意的であって、施設などの積極的な支援はなかった。むしろ、根強い偏見の中での社会復帰は至難だとばかりに、社会全般への責任転嫁のような認識に終始していた⁽¹⁸⁾。

これに比して当時の国際情勢となると、まず1956年のらい患者救済及び社会復帰に関する国際会議（いわゆるローマ会議）においては、すべての差別法の廃止、社会啓発、早期発見と外来診療などが強調された。しかし極めて遺憾なことに、1958年の第7回国際らい学会議は東京で開催されたにもかかわらず、厚生省の高官はさらなる隔離

収容を力説し、社会復帰については何も仄めかさなかった⁽¹⁹⁾。

話を戻すが、プロミンの導入に狂喜したのはもちろん患者たちであり、その効果を〈人間復活〉とまで評価するとともに、〈不治の癩〉が〈可治のらい〉に転換してなお、絶対隔離を意図する「癩予防法」が適用される現実を、〈人間性抹殺〉の元凶と目して当然だった。「特別病室」事件（1947年）、五療養所（星塚、菊池、駿河、栗生、松丘）患者連盟発足、プロミン獲得促進委員会発足（1948年）、全国国立癩療養所患者協議会発足、山梨県下九人心中事件、三園長証言（1951年）…と事態は急転しながら、「癩予防法」の改正を促す方向へ着実に歩みはじめた。

非道とも非情ともいいようのない扱われながら、癩を病む故に人並みの抵抗はできないと諦めていたところを、化学療法という現実から〈人間性復活〉も夢ではないと覚ったとき、「癩予防法」に向けられた改正を求める動きは熾烈^{しれつ}を極めた。全患協（全国国立癩療養所患者協議会、略称全癩患協、のちに全国国立ハンセン氏病療養所患者協議会、略称全患協）の「予防法闘争」がそれである⁽²⁰⁾。

以来、「らい予防法」改正の運動は断続的に続いた。対する厚生省の側にも、「癩予防法」、1953年以降は「らい予防法」について、改正の意見がなかったわけではないが⁽²¹⁾、大勢としては1996年の「らい予防法の廃止に関する法律」の制定までは否定的だった。そればかりか、「らい予防法」に退所の規定がないのは終生隔離を意味し、それを根拠に同情を買えば予算要求に有利に働くといった暴言すらあった。

光田が「らい予防法」改正に強硬に反対した⁽²²⁾

(14) 福西征子「国際連盟（昭和6年）による『らい対策の基本指針』」（『甲田の裾』2004年2号、2ページ）。

(15) 成田稔『日本の癩（らい） 対策から何を学ぶか—新たなハンセン病対策に向けて—』（明石書店、2009年）269ページ「プロミン治療の盛衰」。

(16) 原田禹雄「DDSによる癩の治療」（『レブラ』23巻、1954年、335ページ）。

(17) 全国ハンセン氏病患者協議会編『全患協運動史—ハンセン氏病患者の闘いの記録』（一光社、1977年）140ページ「表23 各支部別退園者数」より。

(18) 註5に同じ、54ページ「らいのリハビリテーション」（成田稔）、60ページ「らいの外来治療（主に本土）」（石原重徳）も参照。

(19) 註15に同じ、385ページ「第7回国際らい学会議」。

(20) 註15に同じ、314ページ「『癩予防法』の改正」。

(21) 註20、および同書406ページ「『らい予防法』の廃止に至る経緯」参照。

(22) 註15に同じ、276ページ「1949年度国立癩療養所所長会議」。

のは当然だろうが、全国国立ハンセン病療養所所長連盟にしてみても、らい療養所の設置根拠である「らい予防法」第十一条（国立療養所）を捨てきれなかった⁽²³⁾のは、光田の志向した絶対隔離のための（癩）療養所中心主義を、たとえ無意識的だったにせよ、継承していたことによろう。もっとも「らい予防法」の改正を求めている全患協にしても、「らい予防法」廃止の条件に、らい療養所の現状維持を求めているものの⁽²⁴⁾、それについては患者中心という視点ではなく、最も忌まわしいはずの場にこだわるのはなぜか、つまり誰がそう仕向けたかを考えるのが先だろう。

そのためには、「らい予防法の廃止に関する法律」の制定（1996年）が、日本の癩（らい）対策の終焉と隔離（状態）の解消とを意味したにもかかわらず、入所者のほとんどがここ（療養所）から動けない現実を、真摯に受けとめなければならない。

日本における癩の起源

日本における癩の起源は、紀元前3世紀から紀元6世紀までの約1,000年の間に、中国及び朝鮮半島から日本へ渡来した人びとに求められるだろう。その数が数十万、あるいは100万ないし150万にも及ぶ⁽²⁵⁾という推測に基づけば、その中に癩患者が紛れていたとしても不思議ではない。これらの渡来人は、それぞれに集落を形成しただろうし、渡来人自体は相応な癩への抵抗（免疫）力を持っていたはずだから、当時の癩は、家族内伝染を主として地方病的に散在したと思われる。

文字としての記録は、『日本書紀』中の「推古天皇二十年」（612年）の項が初出とされ、白癩の

百濟人がいて、後日路子工と称して造園の技術に秀でていたとある⁽²⁶⁾。白癩は癩だが、造園のような重労働にかかわれたとすると、四肢の末梢神経障害があったとは考えにくく、恐らく尋常性白斑の類の皮膚病ではなかったか。

大宝律令（701年）とほぼ同じとされる養老律令（718年）の注釈書である『令義解』⁽²⁷⁾と『令集解』⁽²⁸⁾には、ともに白癩は悪疾であり癩、癘ともいうとあって、病因・病態は『諸病源候論』⁽²⁹⁾に準拠したと思われるが、それとは別に人から人に伝染する（「亦能注染於傍人。故不可與人同床也。」）とあるのは注目される。経験以外に診断技術のない当時だと、皮膚色素異常、末梢循環障害、末梢神経障害、皮膚結核症などの病態は、癩と紛らわしかったろうが、それはさておいて癩は伝染する（うつる）という認識と、それが1世紀ほどのうちに消滅したらしいことには注意してよい。

ともかくも、難波宮、もしくは藤原宮あたり（7世紀後半）の四畿内において、癩を疑わせる病気が爆発的に流行したのは確かだろう。日本国は7世紀末に成立したとされるが、それまでに100万人超の大陸からの渡来人があり、中に癩患者が混在していたとしても不思議ではないと前に述べた。これらの渡来人は、九州北部や山口県を中心に定住したのだろうが、稲作農耕社会が発達した弥生時代には、原住民（縄文人か）に結核の爆発的流行があったとされる⁽³⁰⁾。結核に限らず癩であっても、爆発的流行を起こす条件として、その地方の住民が癩患者との交流の乏しい癩処女民であり、加えて流行の契機になる住民の何らかによる身体的消耗などが問題になる。筆者には歴史を

(23) 註15に同じ、437ページ「『らい予防法』と所長連盟」、特に458～460ページ。

(24) 『全患協ニュース』第786号、1995年3月、1面「第46回定期支部長会議議案」。

(25) 網野善彦『歴史を考えるヒント』（新潮新書、新潮社、2004年）31ページ「日本は孤立した島国ではない」。

(26) 坂本太郎・家永三郎・井上光貞・大野晋校注『日本古典文学大系68 日本書紀 下』（岩波書店、1975年）197ページ「推古天皇十九年五月一二十年是歲」。

(27) 黒板勝美・国史大系編集会『令義解』（古川弘文館、1968年）91ページ「戸令第八」。

(28) 黒板勝美・国史大系編集会『令集解』（古川弘文館、1974年）259ページ「卷第九戸令一」。

(29) 巢元方（牟田光一郎訳）『校釈 諸病源候論』（緑書房、1996年）。

(30) 鈴木隆雄『骨から見た日本人』（講談社学術文庫、講談社、2010年）、189ページ「結核をもたらす十分な条件」、191ページ「縄文人がダメージを受ける」。

語るに足りる力はないが、倭国の倭人には渡来した（あるいは現住した）癩患者との接触歴があったとしても、畿内以東の蝦夷、^{えみし}肅慎^{みしはせ}など北方人にはそれがなく、倭国からの支配以前（7世紀末）は、北方人の多くが癩処女民だった可能性が大きい⁽³¹⁾。ただし、アイヌ民族からの癩の発生はないとされる⁽³²⁾から、それは四畿内地方のツングース系の住民だったのかもしれない。

癩の盛衰にかかわる疫学的特徴はよく知られている⁽³³⁾が、まずは処女地であったナウル島に癩が侵襲した場合の疫学的史料をあげてみる⁽³⁴⁾。ナウル島の総人口は、1928年当時2,500人ほどで、大半が土着民、残りが中国人だった。癩の伝染源になったと思われる人は、1912年以前から在島したカロリン人女性にはじまる。この女性は癩と診断されて離島しているが、それまでにナウル島最初の男性の癩患者と親しかった。彼は1912年に来島したギルバート諸島の女性とも親しかったが、こちらの女性の息子は癩で他島の癩療養所に入所中であり、自身もナウルに来島してすぐ癩と診断され、1914年に死亡した。またナウル島に8年間在島した中国人がいたが、癩と診断され、1920年に帰国させられた。在島した中国人の中からも、時折癩患者が発生していたが、それらとナウル島民との接触は全くなかったという。1918年に起きたスペイン風邪は、1920年10月頃からナウル島で

も猛威を振るったが、その当時島には4人の癩患者（島民）がいた。インフルエンザには全島民が罹患し、死亡率は30%にも及び、癩患者も1人を残して3人が死亡した。インフルエンザ禍が去って極度に疲弊した島民の間に、癩が広まり病勢も急性で、^{わず}僅か4年ほどの間に1/3の島民が癩の症状を現わすに至った。その拡大は急速で、1920年の癩患者は4人だったのが、1921年に60人、1922年に242人、1923年に295人、1924年に346人、1925年には365人という激しさだった。

さらに、1928年の患者の男女比は同数だった。癩は疫学的に末期に近づくとも男女比は女性が低くなるとされるが、初期には同率に近いのかもしれない。発病年齢は、半数以上が20歳未満だったというが、実際に癩の最盛期ほど発病年齢は低いとされる。1930年のナウル島の癩患者病型比率は、斑紋、神経型が90%であり、結節型は10%と少ない。これに対して、疫学的に末期には結節癩が60、70、80%と増加するが、ナウル島でも、1933年の調査時には結節型は22%だったという。

ところで、これまでに用いた癩の病型は、1953年の第6回国際らい会議において採用されたマドリット分類以前に日本が用いてきた病型だが、本稿では出典において多く用いられているそれに準じ、細かな説明は略して関連文献のみいくつか挙げておく^(35,36,37,38,39)。また疫学についても、関連

病型分類一覧

WHO	少菌型		多菌型		
リドレー・ジョブリング	I	TT	B		LL
			BT	BB	BL
マドリット	I 未分化群	T 類結核型	B 境界群		
マドリット分類以前	斑紋神経型			結節型	

(31) 網野善彦『「日本」とは何か』（講談社学術文庫、講談社、2008年）98ページ「成立当初の『日本国』の領域」。

(32) 宮本正美「北海道に於ける癩の統計的観察」（『レブラ』7巻、1936年、771ページ）。

(33) 犀川一夫「沖縄における癩の疫学的研究 第一報 新患者発生状況」（『レブラ』43巻、1974年、53ページ）。

(34) 林文雄「熱帯癩（ナウル島癩疫病史）」（『臨床医学』28巻、1940年、1295ページ）。

(35) 林文雄「国際的病計分類の推移」（『レブラ』13巻、1942年、487ページ）。

(36) 林芳信「らいの病型判定に就いて」（『レブラ』15巻、1943年、81ページ）。

(37) 佐藤三郎「病型分類問題」（『レブラ』23巻、1954年、363ページ）。

(38) らい研究協議会「らい病状、病勢および病型の分類とその記載要領について」（『レブラ』28巻、1959年、391ページ）。

(39) 犀川一夫「WHOの癩対策 第4報 病計分類」（『レブラ』42巻、1973年、177ページ）。

文献を挙げるにとどめたい^(40,41,42,43,44,45,46)。

ナウル島における癩の起源を、日本に、ましてや十数世紀さかのぼって当てはめてよいかどうかはわからないが、医療的に何らの対応もなされることなく極度に疲弊した状態で、癩にその処女民が襲われたときの疫学的状況は似たようなものではないだろうか。日本の場合だと、天武天皇の時代（673～686年）から持統天皇の時代（690～697年）にかけての洪水、地震、長雨、施療などの記録⁽⁴⁷⁾は、7世紀後半あたりに癩の爆発的な流行があったとすると、何らかの相関がありそうだが、飛躍を承知でここにナウル島の史実を重ねて考えてみる。

まず、流行がはじまった当初、人びとはなぜ感染する（うつる）という認識が持てたのだろうか。その理由は、①ある地方（時代が難波宮か藤原宮として四畿内か）に限って集団的に多数が罹病する、②潜伏期が短く発病が急性、③皮膚病変や末梢神経障害が定型的などといったことによる。また④青少年に多発し、⑤皮疹（主に紅斑）と末梢性運動麻痺（顔面、四肢）が目立つこともその認識に役立ったのではないか（丘疹、結節、眉毛脱落などは少なかったかもしれない）。

四畿内における癩の爆発的流行はいつか終息し、日本国内にこれほどの流行は再び起こらず、疫病の流行や天災によって小範囲の流行状態はあったかもしれないが、あとは単発的に（アイヌ人を除いて？）拡がったものと思われる。このような状況は9世紀以降だろうが、その間に人びとは徐々に癩に対する抵抗力を持ちはじめ、並行し

て何らかの疫学的変化を招いただろう。予想されるのは、①発病が漸次慢性化し潜伏期の延長につながった、②いきおい発病年齢が上昇し、ピークが青壮年に移行した、③抵抗力の獲得は女性優位だったと思われ、そのために発病性比は男性が高くなった、④抵抗力がより強いはずの神経型、斑紋型では、自然軽快ないし治癒の傾向が増大し、対照的に抵抗力の弱い結節型が見掛け上は増加した、などといったことである。

いうまでもないが、癩に対する抵抗力の増強は、接触頻度の多少と大きくかわり、偶発的な接触による伝染は漸減し、いきおい家族内伝染が目立つようになった。

癩（らい）についての人びとの思いの移ろい

7世紀あたりの癩の爆発的流行にに応じて、『令義解』『戸令』の「給侍条」第11条に高齢者と篤疾者に侍丁を給する規定がある⁽⁴⁸⁾。この侍丁が癩患者に近付きたがらないという想定のもとに、癩が忌避されていた現れともいうが⁽⁴⁹⁾、同時代の光明皇后（701～760年）の悲田院の伝説からの推測でもあろうか。ナウル島における癩の史実からだけで明確にはいえないが、多くが青少年の、しかも斑紋神経型（混合癩ともいう）という状況では、激しく忌避されたとも思えない。また数少ない結節型の患者になると、急転する病勢や合併症によって多くは急逝したのではなからうか。従って、伝染とは別に、病態から考えると、同情は買ったとしても、どの癩患者もさほど忌避されていたとは思えない。

(40) 林文雄・塩沼英之助・永井健児・前田倂「癩疫病学と年齢」（『レブラ』9巻、1938年、34ページ）。

(41) 森龍男・大國剛・伊藤利根太郎・岡村和子「癩患者の統計的観察、とくに過去と現在における初診時病型について」（『レブラ』35巻、1966年、121ページ）。

(42) 林芳信「わが国らい患者の病型比について」（『レブラ』41巻、1972年、73ページ）。

(43) 犀川一夫「WHOの癩対策 第2報 癩の疫学」（『レブラ』42巻、1973年、119ページ）。

(44) 犀川一夫「沖縄の日本復帰後における癩の疫学的変化」（『日本らい学会雑誌』45巻、1977年、188ページ）。

(45) 犀川一夫「沖縄におけるらいの疫学的研究」（『日本らい学会雑誌』47巻、1979年、137ページ）。

(46) 犀川一夫「らいの減少傾向時に現われる疫学的現象」（『日本らい学会雑誌』50巻、1981年、99ページ）。

(47) 註26に同じ、442ページ、464ページ、510ページ、524ページ参照。

(48) 吉田久一『新・日本社会事業の歴史』（勁草書房、2004年）55ページ「『律令』の救済制度」。

(49) 藤野豊・小林茂文・鈴木則子・後藤悦子『歴史のなかの「癩者」』（ゆみる出版、1996年）15ページ「病因観」。

『令義解』、『令集解』の「悪疾」「癩」の簡単な解説は、『諸病源候論』に拠ったらしいが、同著の症候の記述はかなり詳しい。例えば皮膚感覚麻痺、蟻走感、搔痒感、飛蚊症、紅斑、発汗障碍、有痛性四肢倦怠感、顔面知覚異常（風に吹かれた感じ）、顔面筋攣縮、搔き疵、有痛性浮腫、結節、眼瞼浮腫、感情鈍麻、健忘、鼻中隔穿孔ないし欠損、鼻炎、鼻粘膜潰瘍、眉・睫毛脱落、耳鳴り、魚鱗癬様変化、結節性潰瘍、潰瘍瘢痕、嗄声⁽⁵⁰⁾、足関節内反拘縮、肘関節屈曲拘縮、喉頭部浸潤、反回神経麻痺⁽⁵¹⁾、四肢運動障碍、四肢脱力感、視力障碍、脱色素性皮疹⁽⁵²⁾、指節離断、骨髓炎⁽⁵³⁾、など、現在のハンセン病医学書に照らしてみても、初期から末期にかけての症候がよく示されている。紀元前6世紀の『論語』の中の伯牛⁽⁵⁴⁾、紀元前4世紀頃とされる『史記』の豫讓伝⁽⁵⁵⁾などでも知られているように、中国における癩の起源の古さからして、『諸病源候論』は幾世紀にもわたって蓄積された知識の集大成であり、『令義解』の「或眉睫墮落、或鼻柱崩壊、或語声噉変、或支節解落」がそれに拠ったのは確かだろう。

『法華経』には、白癩の病状を「牙齒疎欽。醜脣平鼻。手足縊戾。眼目角眦。身軀臭穢。惡瘡膿血。水腹短氣。諸惡重病。」⁽⁵⁶⁾と記しており、これは末梢神経障碍を合併した末期癩のものである。なお『令義解』には「平鼻」（鼻中隔穿孔による）しか取り上げられていないところを見ると、外鼻欠損ほどの重症には至らないまま死亡したのではなかったか。

『日本霊異記』では、「癩」にかかわる記述は3

例あり、すべてについて法華経にかかわる譏り（嘲り）の悪報とし、それを「口喎斜み」と表現して、片側性の顔面神経麻痺になっている⁽⁵⁷⁾。癩の顔面神経麻痺は、多くは片側の開眼障碍と口角弛緩をもってはじまるが⁽⁵⁸⁾、『法華経』にいう「眼目角眦」は、斜視というより下眼瞼外反のための兎眼をさしているのかもしれない。それにしても、『日本霊異記』が810年から824年の間の朝野の異聞とすると、その頃の癩は斑紋神経型が多く、結節型は少なかったようであり、やはり忌避というより畏怖されていたように思える。確かに、顔面神経麻痺が進行して表情筋の機能が損なわれ、顔面骨に皮膚を貼り付けたように表情を失ってしまうと、「怖い」感じになる。

10世紀あたりについてはよくわからないが、前述のように11世紀ともなると、人びとは漸次癩に対する抵抗力を持ち、疫学的状況も並行して変化し発病年齢なども上昇しただろう。何よりも結節型が相対的に増加し、恐らくより慢性化して経過も延長し、醜怪な症状が一層目につくようになってきたに違いない。

人が何らかのイメージをつくるとき、普通は対象を「より鮮やか」ととらえる因子が強く働き、しかもその「より鮮やか」に認知するための諸感覚（視覚、聴覚、触覚、運動覚、味覚、嗅覚、内臓）のなかでは、ほとんどの場合が視覚優位という⁽⁵⁹⁾。結節型の患者の、露出している顔や手に結節を多発した様子（顔面では獅子面様顔貌を呈することがある）をみた人は、誰もが「ひどい（むごい）」というイメージを持っただろう。さらに結節の潰

(50) 註29に同じ、36ページ「五十八諸癩候」。

(51) 註29に同じ、40ページ「五十九烏癩候」。

(52) 註29に同じ、41ページ「六十白癩の証候」。

(53) 註29に同じ、710ページ「十三癩候」。

(54) 犀川一夫『中国の古文書に見られるハンセン病』（沖縄県ハンセン病予防協会、1998年）8ページ「論語」。

(55) 富士川游「癩病の歴史」（『愛生』8月号、1934年）33ページ。

(56) 坂本幸男・岩本裕訳注『法華経』（岩波文庫、岩波書店、2003年）316ページ「妙法蓮華経普賢菩薩勸発品第二十八」。

(57) 遠藤嘉基・春日和男校注『日本古典文学大系70 日本霊異記』（岩波書店、1967年）117ページ「法花經本を読む人を告りて、現に口喎斜ミテ惡報を得る緣（上巻第十九）」、231ページ「法花經を読む僧を告りて、現に口喎斜みて、惡死の報を得る緣（中巻第十八）」、373ページ「法花經を写し奉る女人の過失を誅りて、現に口喎斜む緣（下巻第二十）」。

(58) 近藤喜代太郎「癩に伴うニューロパチー」（亀山正邦編『末梢神経障害のすべて』（内科シリーズ、南江堂、1977年、314ページ）。

(59) 藤岡喜愛『イメージーその全体像を考える』（NHKブックス、日本放送出版協会、1983年）79ページ「感覚とイメージ」。

瘍化とその混合感染、化膿性骨炎などの合併を起こせば、見た目に惨くまた悪臭を放つため、視覚的・嗅覚的に「汚い」「臭い」とイメージはより強烈になる。汚い（臭い）というイメージのありようは文化によって異なるというのが⁽⁶⁰⁾、癩のそれは日常的に同居していても疎まれて当然だろう。

白河院政の頃（1086年より43年間）の成立とされる日本最大の説話集『今昔物語集』には、次の説話がある⁽⁶¹⁾。唐（7世紀から10世紀はじめ）の国の僧侶僧徹が、山間の洞窟に潜んでいた重症の結節型の癩患者を哀れんで寺に連れ帰り、穴居、衣食を与え法華経を教えた。その効力（靈驗）は灼かで、瘡は癒え、髪・眉も再生したという⁽⁶²⁾。

斑紋型や神経型に、自然軽快ないしは治癒の少ないのは周知だが、化学療法以前の結節型は、病勢の進行が一時期停止したかのようにみえても、すべてが一方的かつ漸進的に増悪し、治癒ないし軽快は望めない。故に前述のような症例は、例えば化膿性球菌による膿痂疹や膿瘡の類いのものだったのかもしれない。古い中国の説話とはいえ、これが『今昔物語集』に収録されているところからすると、11ないし12世紀には癩、殊に結節型の異相・異臭は、忌避され排除されても当然という思いが、普遍化していたように考えられる。

また、次のような説話もある。あまり能のない比叡山の僧心懐が美濃守に従って彼の地に赴き、国中の人から高貴な僧と敬われたが、あるとき疫病が流行し死亡者が続出したので、病魔の調伏を祈願することになった。その折の惣講師には懷国供養という人が招かれたが、彼は筑前守源清成の弟で、話術に長け学識に富み多才でもあった。これを妬んだ心懐は、法会に乱入して横暴な振る舞

いに及び、惣講師のもとに寄せられた布施まで奪い取る始末だった。その後職を離れて京に上ったが、2、3年のうちに癩を発病し、養母も穢らわしいと寄りつかず、清水・坂本に移ったものの身体障害のあるものからも嫌われて、3ヵ月ほどで死んだとある⁽⁶³⁾。

癩の病因が伝染（うつる）であるという経験的認識は、7世紀のどこかで起こり、『令集解』の悪疾の記載からすると9世紀後半まで続いた（実際には8世紀中？）ことになる。しかし実際には癩の蔓延域の広がりとともに、仏教の布教に伴う因果応報思想がまさり、うつる認識はいずれ消滅したと思われる。

癩をめぐる因果応報については、先述のとおり、最高の仏法典とされる『法華経』の「妙法蓮華経普賢菩薩勸発品第二十八」の戒めがあり、また『大智度論』五九にも「諸病中癩病最重。宿命罪因縁故難治」⁽⁶⁴⁾とあって、宿世の罪業の悪報と説いている。

仏教が日本に伝来した538年以来、白鳳時代（7世紀後半）までは国家仏教の成立（685年）に追われ、真の民衆仏教の醸成にはほど遠く、国もそれを欲しなかった。しかしそのような状況の中でも、「知識」という信仰団体への民衆の参加、道昭（653年入唐、玄奘に学ぶ、629～700年）らによる民間伝道、地方豪族の寺院（氏寺）建立などを契機に、仏教は次第に一般に浸透していった⁽⁶⁵⁾。この道昭に師事したのが行基（668～749年）である。その民衆教化の内容は「罪福の因果」を説くことで、罪業が病氣や災害をもたらし、作善の因があれば罪業を滅ぼして福の果が得られるとした⁽⁶⁶⁾が、この因果応報の理こそ仏教の根本思想だった。現世での禍福は過去の宿業に

(60) 金田一秀穂『「汚い」日本語講座』（新潮選書、新潮社、2008年）18ページ「アジアのトイレ」。

(61) 小峰和明校注『今昔物語集 二』（新日本古典文学大系34、岩波書店、1998年）。

(62) 註60に同じ、134ページ「巻第七震旦絳洲僧徹、誦法華経臨終現瑞相語第二十五」。

(63) 山田孝雄・山田忠雄・山田英雄・山田俊雄校注『今昔物語集 四』（日本古典文学大系25 岩波書店、1984年）199ページ「比叡山僧心懐依嫉妬感現報語第卅五」。

(64) 桜井方策「仏教経典とらい」（『らい予防法発布50周年記念論文集』長島愛生園、1957年、1ページ）。

(65) 中井真孝『日本古代の仏教と民衆』（日本人の行動と思想22 評論社、1973年）65ページ「民衆仏教をうながす契機」。

(66) 五来重『日本人の仏教史』（角川選書、角川書店、1989年）39ページ「聖景戒と化主万福法師」。

より、現世で善根功德を施すことによって来世に福を招くという応報の論理は俗耳に入りやすい。これにまことしやかな説話を交えれば、民衆にはより効果的に受け入れられただろう⁽⁶⁷⁾。説話の^{おおよそ}大凡は『日本霊異記』から推測できるが、その著者の景戒も行基聖集団の一員だったと考えられている⁽⁶⁸⁾。

前述した癩は伝染する（うつる）という認識は、現実には人びとが癩に対する抵抗力を徐々に持ちはじめ、伝染（感染）するにはより濃厚な接触を要し、潜伏期も延長傾向を示すとともに、理論的には消失したものと考えられる。この伝染という認識に代わったのが因果応報の仏教思想であり、癩は悪行による果報の究極とする思考を定着させ、忌避と排除も当然であるかのように、庶民の日常生活の場に根強くはびこっていった。

癩を穢れの極限として等しく忌み嫌ったことを、もっともよくとどめているのが起請文だろう。これは中世後期から江戸時代を通して、何らかの発起に際して偽りのない心情を神仏に誓った文書である。その文言の中にはしばしば白癩、黒癩の病名がみられ、例えば、「現世白癩等無数授悪病」（僧重源起請文、1187年）、「現世受白癩黒癩、後世可墮在无限地獄也」（僧宗範田畠宛行状、1257年）、「現世^{仁波}白癩黒癩之報、忽致乞食後生^{仁波}洗八寒八契之底永無浮」（三郎丸等連署起請文、1315年）などと、白癩、黒癩を無間地獄に並べている。またこれらの起請文は、作成して参加者を前に読み上げるのが重要な手続きだったから、その内容についての認識は、階層と地域を超えて共有されていた⁽⁶⁹⁾。

それにしても、癩がここまで忌み嫌われたのは、悪業の果報という単に宗教的な思想によるばかりではなく、現実的に醜悪、怪奇といった病像からの印象も強かったからだろう。神経型であっても、ほとんどすべての感覚（触、圧、温、痛、間接覚など）を失った手足の労働は傷害を起こし

やすく、感染しても痛みを感じないために骨まで侵され、さらには末梢循環障碍も加わると、骨膜知覚を失った手足の離断、切断も安易になされたかもしれない。もちろんそれ以前に、敗血症や失血で死に至ったものも少なくなかったろうが…。結節型末期の病像のむごさは、1960年にはじまった不自由者棟での最重度の要介護者の、顔面の後遺症を一見しただけでも想像がついた。後遺症ではなく現症については、最も写実的とされる北条民雄の『いのちの初夜』などからもよくうかがえる⁽⁷⁰⁾。ただ北条の描写は、いかに貧しかったとはいえ、癩療養所における入所者のそれであり、着たきりで身を洗う由もない放浪する患者ともなると想像を絶しただろう。このあたりの悲惨な姿となると、日本最古の癩文学とされる、幸田露伴の『對^{たいどくろ}癩^お』の中の描写を描いてほかには多分ない。文体や漢字の一部を変更した上で、敢えて原文のまま引用する。「オオ去年の事なりしが乞食の女あさましく狂い狂いて山深く^{かた}の方へ入りし事ありしが日光の方へは行かざりしよし、何所^{いずこ}へ行しかと今に其噂あり、それを尋ねらるるか、と云ふに、それぞれ、其女の様子^{しれ}知るだけ詳しく語れと逼れば、老父^{おやじ}苦い顔して我をデロデロ見ながら、年は大凡二十七^{いすこ}八、何処の者とも分らず、色目も見えぬほど汚れ垢付たる檻^{ぼろ}褌^{まと}を纏み、破れ笠を負ひ掛け足には履物もなく竹の杖によわよわとすがり、^{はな}談^{はな}すさへ忌はしきありさま、総身の色薄黒赤く^{しよし}処^{しよし}に紫色がかりて怪しく光りあり、手足の指生姜の根のやうに屈みて筋もなきまで膨れ、殊更左の足の指は僅に三本だけ残り其一本の太さ常の人の二本ぶりありて其続きむつくりと甲までふくだみ、右の足は^{おやゆび}拇指^{うせ}の失し痕^{あと}かすかに見え、右の手の小指骨もなき如く柔らかそうに縮みながら水^{もつ}を持て気味あしく大きな^{かいこ}蠶^{かいこ}のやうなり、左の手は指^{おち}あらかた^{こぶし}落^{おち}て拳頭^{こぶし}づんぐりと丸く、顔はいよいよ恐ろしく^{あかぬ}銅^{あかぬ}の獅子半^とば^と溶^とろけたるに似て、眉の毛^{こまつ}盡く^{こまつ}脱^{こまつ}け額^{こまつ}一体に凸^{こまつ}く張^{こまつ}り出して^{こまつ}処

(67) 注65に同じ、99ページ「罪福とは」。

(68) 注66に同じ。

(69) 成田稔『日本の癩（らい）対策から何を学ぶか 新しいハンセン病対策に向けて』（明石書店、2009年）76ページ「癩と起請文」。

(70) 北条民雄『定本 北条民雄全集 上巻』（東京創元社、1980年）7ページ「いのちの初夜」、285ページ「癩を病む青年達」。

処^{くぼ}凹^とみたる穴あり、其穴の所の色は褪^とめたる紫の上に溝^{とぶろく}泥^どを薄^{うす}くなすり付^つけたるよりまだまだ汚なく、黄色を帯^{おび}て鼠^{ねずみ}色に牡蠣^{かき}の腐^{くさ}りて流^{なが}るる如^{ごと}き膿^{のみ}汁^じヂクヂクと溢^{あふ}れ、其膿^{のみ}汁^じに掩^{おほ}はれぬ所は赤^{あか}子の舌^{した}の如^{ごと}き紅^{くさ}き肉^{にく}酷^{くさ}らしく露^{あら}はれ、鼻^{はな}柱^{はしら}欠^くけ潰^くて其所^{そこ}にも膿^{のみ}汁^じをしたたか湛^{うは}え、上^{うは}唇^{ちびる}とろけ去^{まばら}りて疎^そなる齒^はの黄^はばみたと瘦^はせ白^{しろ}みたる齒^は齧^{たが}と互^たに照^{ただ}り合^あひてすさまじく暴^あ露^はれ、口^{くち}の右^{みぎ}の方^{はた}段^{だん}と爛^たれ流^{なが}れたるより頬^ほの半^{はん}まで引^ひさけて奥^{おく}齒^し人^にを睨^{にら}まゆる様^{よう}に見^みえ透^{すべ}き、髪^{かみ}の毛^け総^{すべ}て亡^なければ朱^し塗^{ぬり}の賓^{ひん}頭^{づる}盧^ろ幾^こ年^{ねん}か擦^{こす}り摩^なられて減^へりたる如^{ごと}く妙^めに光^ひりを放^{はな}ち、今^{いま}にも潰^{つぶ}え破^{やぶ}れんとする熟^{じく}柿^しの如^{ごと}く艶^{えん}やかなるそれさへ見^みるにいぶせきに、右^{みぎ}の眼^{がん}腐^{くさ}り捨^{すた}りて是^これにも膿^{のみ}汁^じ尚^な乾^かかず、左^{ひだり}の眼^{がん}の下^{した}瞼^{まぶた}まぐれて血^ちの筋^{すぢ}ありありと紅^{くさ}く見^みゆる程^{ほど}裏^{うら}がへり、白^{しろ}目^め黄^き色^{いろ}く灰^{うす}色^{いろ}に曇^{うす}り、黒^{くろ}目^めは薄^{うす}鳶^{とび}色^{いろ}にどんよりとして眼^め球^{だま}なかば飛^と出^でで、人^{ひと}をも神^{かみ}をも仏^{ぶつ}をも逆^{さか}目^めに睨^{にら}む瞳^{まん}子^{かう}急^いには動^{うご}かさず、ときどきホツとつく息^{いき}に万^{まん}腔^{かう}の毒^{どく}を吐^はくかと覺^{おぼ}えて犬^{いぬ}も鳥^{とり}も逃^{にげ}避^{さけ}ける、まして人間^{にんげん}は一目^{ひとめ}見^みるより胸^{むね}あしくなり、其^{その}悪^{わる}しき臭^{にお}を飯^い食^{しょく}ふ折^{をり}に思^{おも}ひ出^でしては味^{あじ}噌^{そう}汁^じを甘^{あま}くは吸^すひ得^えず、膿^{のみ}汁^じを思^{おも}ひ出^でしては珍^{めづ}重^{かさ}せし塩^{しお}辛^{から}を捨^{すて}ける、されば誰^{たれ}も彼^{かれ}も握^{にぎ}り飯^い与^よふるだけの慈^じ悲^ひをもせず其^{その}女^をの爲^{ため}すまに任^{まか}せしに、彼^{かれ}呂^ろ律^{りつ}もたしかならぬ歌^{うた}のやうなる者^{もの}をあはれに唸^{うな}るを聞^きは、世^よに捨^{すて}られて世^よを捨^{すて}て、叱^し叱^しと、覺^{おぼ}束^{とつか}なく細^ほ々^{そそ}と繰^くり返^{かへ}しては息^{いき}だはしく、ハツタと空^{くう}を睨^{にら}みて竹^{たけ}杖^{づえ}ふりあげ、道^{みち}傍^{ばた}の石^{いし}とも云^いはず樹^うとも云^いはず打^{うち}たたきては狂^はひまわり、狂^はひ躍^{はね}ては打^{うち}たたき、瞋^{しん}恚^いの炎^{えん}に心^{こころ}を焼^やき、狂^はひ狂^はひて行^{ゆく}衛^えしれずなりき、といひぬ。』⁽⁷¹⁾

私は、らい療養所に三十数年勤めさせてはもらったものの、化学療法以降の可治の時代であり、専門も「らい」そのものについてではなかった。それでも、『對癘體』に描かれた餓死寸前の浮浪する女性の癩患者の病態が、誇張でも虚構でもないことくらいはわかるし、人間がここまで病

で痛めつけられたら、苦しみ「狂い狂いて」という表現にはいたく共感させられる。それにもかかわらず、わずかな施しを願って彷徨うか弱い女性を、ただその病ゆえに追い払うことしかない非情さは、今や葬式仏教とまで称される仏教がもたらした「業病」観によって正当化されていたのだろうか。もしそうであれば、仏教の大義でもある、「慈悲」と甚だしく矛盾する羽目に陥ろう。慈悲の「慈」は、すべての人に人として相応しいかわりを持つことであり、慈悲の「悲」は、人の生きる苦しみの呻きへの共感、つまりは思いやりである⁽⁷²⁾。どのような病だろうと人は人でしかなく、癩を病む人を悪業の果報と蔑むのは仏の教えに背こう。その矛盾が意識されないまま過ぎたのは、広大無辺の大慈悲という仏教の大前提が、業の善悪は固定しないと隠してしまったのだろうか⁽⁷³⁾。

余談だが、日本の癩対策は、絶対隔離の学理的理論を主導した光田らと、その政策的な実践のための財政措置を行った内務（厚生）官僚によるものだが、その起点ともなった回春病室開設（1899年）、癩予防相談会設置（1905年）、癩予防協会設立（1931年）に、渋沢栄一はなくてはならない人物だった。光田自身もそれを明確に認めている⁽⁷⁴⁾。今、日本の癩（らい）対策は、「悪」の一言で括られているといってよく、「救癩」ではなく「棄癩」の観点からしか論じられていないが、社会防衛を絶対隔離の理論補強にしたのでは、時代とはかかわりなく「生きる人を葬った」と非難されても仕方がない。渋沢は日本の癩対策には欠かせない人物だったはずだが、企業家あるいは社会事業家、教育者としての名声が大前提となり、「救癩」をその言葉のままに冠し続けているのだろうか。

話を戻すが、11世紀から12世紀にかけては、疫学的に結節癩が相対的に増加し、病勢もかなり慢性な経過をとりはじめ、その末期的症状が目立ってきたために、仏教思想の普及とも相まって、民

(71) 柳田泉編『幸田露伴集』（明治文学全集25 筑摩書房、1968年）23ページ「對癘體」。

(72) ひろさちや『仏教とキリスト教—どう違うか50のQ&A』（新潮選書、新潮社、1998年）83ページ「キリスト教の『愛』、仏教の『慈悲』」。

(73) 山折哲雄『仏教とは何か—ブッダ誕生から現代宗教まで』（中公新書、中央公論社、1993年）107ページ「業・因果・カースト」。

(74) 注3に同じ、10ページ「回春病室」、12ページ「渋沢栄一氏」、31ページ「尊き理解者」、141ページ「ライ予防協会」。注7の「らい年表」も参照。

衆は嫌忌、排除（差別）の思念を強めていった。そのために、特に顔の変形は商業のような接客業には不向きだし、手工業でも上肢の末梢神経障害が増悪すれば仕事にならず、農業は創傷からの化膿性炎の合併が多いだけにやはり難しく、結局は家を出る羽目に陥ったものも少なくなかったろう。12世紀後期の『山槐記』（1161～94年）には「今日文殊会也。肩居群集東寺、乞食群集西寺。公卿以下出捧物、自官催之賜彼等云々」とあり、「肩居」と「乞食」とを区別しているから、「肩居」は癩患者の集団と考えられるという⁽⁷⁵⁾。同じ「物乞い」がなぜ分かれて群居するのかはわからないが、患者に特有な醜貌、変形、悪臭などが一般の乞食たちにも、嫌われていたように思える。同じ頃の前述の『今昔物語集』の僧心懷も、清水・坂本に住もうとして「其ニテモ然ル方輪者ノ中ニモ被慥テ」とあるから、同じ立場であっても疎外されており、これでは差別の中の差別といえる。

中には、家族に匿^{かくま}ってもらえた患者もいたろうが、往古の居住では屋内隔離は望めないし、その知識もあるはずはないから、患者を抱える家族はいきおい、濃厚な接触を繰り返して伝染の機会を多くしたに違いない。もちろん癩の病状が軽ければ、一般の集団に紛れることは十分あるし、11世紀には成立していたとされる非人宿でも⁽⁷⁶⁾、流浪者、乞食、癩患者は同居していたと思われるが、その頃には民衆（殊に成人）の多くが癩への抵抗力を獲得していて、家族同様に濃厚な接触を繰り返さない限り、伝染する可能性は低かったはずである。

これらのことから、12、13世紀には家族内での発生傾向が知られており、その上に仏教思想の浸透とも相まって、業病持ちの一族のように思われるのを恐れ、患者を追放したり非人宿に引き取ってもらったりした⁽⁷⁷⁾。

『沙石集』（1279～1283年成立）の中の一文末、当時の癩に対する認識をよく物語っている⁽⁷⁸⁾。

「誠ニ仏法ノ効験ナンドニテ、ヲノヅカラ貧ヲノゾク事ハ有ベシ。生レツキタル果報ハ、定リ有テ転ジガタキ事也。今生ノ果報ハ、先世ノ業ニコタフ。当来ノ果報ハ、今生ノ業ニヨルベシ。只未来無窮ノ果報、目立カルベキ浄土菩提ノ道ヲ、コヒネガヒテ、既ニサダマレル貧賤ノ身、非分ノ果報ヲ望ムベカラズ。

鼠ノ、女ヲマウケテ、天下ニナラビナキ聲ヲトラント、オホケナク思企テ、日天子コソ世ヲ照シ給徳、目出ケレト思テ、朝日ノ出給フニ、ムスメヲモチテ候。ミメカタチナダラカニ候。マイラセント申ニ、我ハ世間ヲ照ス徳アレ共、雲ニアヒヌレバ光モナクナルナリ。雲ヲムコニトレト、仰ラレケレバ、誠ニト思テ、黒キ雲ノ見ユルニアヒテ、此ヨシ申ニ、我ハ日ノ光ヲモカクス徳アレドモ、風ニフキタテラヌレバ、何ニテモナシ、風ヲムコニセヨトイフ。サモト思テ、山風ノ吹ケルニ向テ、此ヨシト申ニ、我ハ雲ヲモフキ、木草ヲモフキナビカス徳アレ共、築地ニアヒヌレバ力ナキナリ。築地ヲ聲ニセヨト云。ゲニト思テ、築地ニ此ヨシヲイフニ、我ハ風ニテウゴカヌ徳アレドモ、鼠ニホラル、時、タエガタキナリト、イヒケレバ、サテハ、鼠ヲ何ニモスグレタルトテ、鼠ヲムコニトリケリ。是モサダマレル果報ニコソ。」

さらにこれを前置きとして、「和泉国ノ癩人ガ女、播磨国ノ癩人ガ子ドモニ、ナビラカナリケルガ、本国ニテハ、人シリテイヤシク思ヘリ。京ノ方ヘ行テ、常ノ人ヲ夫ニシ、妻ニセントテ、上リケルガ、鳥羽ノ辺ニテ、ユキツレテ、互ニ只ノ人ト思ヒテ、カタラヒヨリテ、妻夫ニナリタリケル。ネズミノムコトリニタガハズ。」と続く。

前のねずみの嫁入り（ねずみの婿取り）は、あれこれ選んでも結局は変わりばえのない（つまり同じ仲間の）ところに落ち着くという喩えだが、続く癩患者の娘や息子らの場合も、癩の血を引くものは引くもの同士でしか結ばれないという意味で、「ネズミノムコトリニタガハズ」としている。

(75) 金井清光『中世の癩者と差別』（岩田書院、2003年）24ページ「癩と『かたる』」。

(76) 松尾剛次『中世の都市と非人』（法蔵館、1998年）190ページ「非人宿の成立」。

(77) 注75に同じ、69ページ「家を出る患者」。

(78) 渡辺綱也校注『沙石集』（日本古典文学大系85 岩波書店、1973年）499ページ「拾遺〔六九〕」。

『沙石集』は仏教説話集であり、説教の種本としてよく利用されたといわれる。ここでの記述は、13世紀あたりだと癩の家族内感染が際立ったことを思わせると同時に、癩の患者とその家族ともなると、結局はそうしたものの同士でしか結ばれないことも仄めかしている。

癩の発症にまつわる親子関係については、世評の高まりもあってのことか、『萬安方』（1325年）は『三因方』（中国宋代 420～479年）を引いて、次のように記されている。『然亦有_レ伝染者_一、又非_レ自致_レ此、則不謹之故、気血相伝、豈宿業縁会之所為也、原_レ其所因_一、皆不内外涉_レ外所因_一而成也』ト曰ヒ、癩病ノ遺伝スベキコトヲ説キタリ（ココニ「伝染」ト言フハ気血相伝シテ、病ノ親ヨリ子ニ移ルヲ曰フ、人ヨリ人ニ直接ニ感染スルノ義ニハアラズ。）⁽⁷⁹⁾と。この病観が17世紀（江戸時代 1603～1867年）へと続いてゆく。

『河内屋可正旧記』（巻十、元禄前期成立か）には「東町常信物語之事」と題して次のような記述がある。「一、弥兵衛入道常信女房ハ、市場町新右衛門と云者の娘也。此新右衛門ハ、久宝寺屋了喜家来にして、諸人の嫌う癩病やミ成し。常信女房も此わづらひ少々外に顕れしを、正庵療治にて大形に能なりし故、其礼のためとて、正庵所に奉公して有けるを弥兵衛めとれり。一、常信事、若き時より商ひに精を出し、随分かせぎし故に、進退は能なりたれ共、大なる愚人也。其故ハ先女をむかへんには、血筋のよしあしを吟味すべき事なるに、いかに己に愛ある女なればとて、親正に癩病なりし、女房も其やまひ少々外に顕れしをしりながら、我宿の妻とせし事言語道断也。縦誤てむかへたり共、悪疾の女ハ去べしと古人の掟也。況それとしりながら、ついの頼みにせし事何事そや。此故に九兵衛与次兵衛とて男子二人有しか共、廿余りの年、癩病にて二人共に空しく成たり。すで

に家相続すべき男子絶てり。（以下略）」⁽⁸⁰⁾とあり、たとえ軽快していても癩を患った女を娶ったのは「大なる愚人」、「血筋のよしあしを吟味すべき」、「我宿の妻とせし事言語道断」、「（息子は）廿余りの年、癩病にて二人共に空しく成たり」といった手厳しい批判を連ねる。特にこれらの文言のうち、「血筋を弁えない大愚」は注意されよう。

『信州塩尻赤羽家元禄大庄屋日記』（元禄年間）にも「下条村惣太郎女房御乳持ニ出申候。親ハ小野之甚三郎と申候。廿年斗以前手飼之馬ニくわれ、一年半ほど養生致候へ共、疵段々くずれ候故、らい病ノ様人口となへ候故、口惜存、山にてちがしいたし相果候。若先祖以来左様成病人も有之哉、左も無之候ハ、其手形仕上候様ニ申渡し候へハ、小野村庄や、与頭、下条村庄屋、与頭、無之手形仕、我等名付ニいたし申候而、其手形御代官黒田郡左衛門様へ上置候。」⁽⁸¹⁾とある。手飼いの馬に噛まれた傷が悪化した病状を癩のように疑われ、その陰口を苦にして自殺した男の娘が、乳母に召されるにあたり、祖先に同じような（癩と間違われる）病人がいたかどうかを問われ、委細を述べて問題のない旨の手形を差し出したという話である。血筋とは書いていないが、召し抱える乳母の祖先に癩のような病人がいなかったかと、身上調査が行われたことの記録である。

血筋は、江戸時代前期（1600年代）に普及した時代語であり、この頃には親子の血筋、血脈などといった考え方が世の中に定着していった⁽⁸²⁾。中世の日本の民族社会を構成する「家」の特色は、父から嫡男へと父系の線で継がれる永続性の希求が強く、14世紀中あたりから特定の家の名が、何代にもわたって継続的に用いられたとされる⁽⁸³⁾。そして15世紀より18世紀はじめにかけては、家を継ぐという意味でも親子関係が一層緊密化したという⁽⁸⁴⁾。

(79) 富士川遊『日本医学史 決定版』（日新書院、1944年）133ページ「癩病」。

(80) 野村豊・由井喜太郎編『河内屋可正旧記（近世庶民資料）』（清文堂資料叢書、精文堂、1970年）177ページ「○東町常信物語之事」。

(81) 横山篤美解説『信州塩尻赤羽家元禄大庄屋日記』（慶友社、1974年）198ページ「331」。

(82) 西田知己『血筋はそこからはじまった』（研成社、2002年）9ページ「日本人と血筋」。

(83) 坂田聡「中世後期の家と村社会」（岩本由輝・大藤修編『家族と地域社会』シリーズ比較家族5、早稲田大学出版部、1996年、71ページ）。

(84) 太田素子『近世の「家」と家族 子育てをめぐる社会史』（角川叢書、角川書店、2011年）20ページ「近世の村と『家』の誕生」。

つまるところ、12世紀あたりから、緊密な同居形態の中での癩の伝染が目立ちはじめ、14世紀頃の家成立とともに、親子の系列での癩の発生が世の中の噂（常識）になり、17世紀には血筋という思考の中に組み込まれたといえるかもしれない。

19世紀に至って、1882年に福沢諭吉は『時事新報』に「遺伝之能力」と題する記事を寄せ、肺病、癩病、梅毒、癩狂をいずれも「遺伝病」とする認識を示した⁽⁸⁵⁾。これに従ったかどうかはわからないが、坪内逍遙も『一読三嘆 当世書生氣質』（1885～1886年）の中で「徒に之を嘆くは、親の癩病を遺伝したる男が他人の無病なるを羨むにひとしく」云々と述べている⁽⁸⁶⁾。明治初期の近代化や欧化主義（「文明開化」）の風潮は、血筋から遺伝へと簡単に言葉を切り替えながら、そこに癩は親子、家の内のものが引き継ぐという思念を潜ませ、「遺伝とは何か」という問掛けをよそに、血筋と遺伝を同一視する誤解が続いた。世に広く読まれただろう『輪廻』（1923年～1925年）は、黒い血、遺伝、癩に徹した私小説である⁽⁸⁷⁾。ちなみに、癩を遺伝病と初めて称した福沢は、帰国した北里柴三郎を招いた折（1892年）だろうが、恐らく癩菌の病原性を教えられたかして、遺伝病の認識をいち早く消している。

吉屋信子の新聞小説『女の教室』（1939年）は、日本の癩対策が絶対隔離期のさなかにあったときだけに、伝染病であるゆえんを強く打ち出しているものの、結婚の相手として癩の血統を避けるのは常識だとも書いている⁽⁸⁸⁾。

このように、福沢諭吉の新聞記事から吉屋信子の新聞小説までみてくると、癩についての見方の混乱（血統、遺伝、伝染）がよくわかる。この根底にあるのは、今から僅か半世紀余以前の、悠久

の昔から変わることのなかった癩の醜状に違いない。一方的かつ漸進的に悪化する不治の結節型の終末、即ち前述の『對癩體』に描かれた女性患者の姿を、病型や予後についての知識のない人びとの多くは、すべての癩患者に共通するかのようには思っていた節も多分にある。そこから癩を恐怖し、嫌忌し、排除する思念を強めたのは、洋の東西を問わず全く同じであることを、次の文章がよく示している。

「癩は中世公衆衛生の舞台の主役だった。公衆衛生活動は何もしない医師に代わって教会が握り、その指導原理は不潔の清めの儀式と地域共同体からの隔離であり、このような個人の拘束と制裁は、周囲の人びとの伝染病患者の脅威に対抗する自己防衛と正当化された。これは6世紀にはじまり、14世紀に達してもまだ隔離は決して緩められず、それ以後は徐々に患者が減少して16世紀に終わった。」⁽⁸⁹⁾

「患者の生活に、癩以上に恐ろしい結果をもたらした病気はかつてなかった。癩はその伝染力だけでは、社会のあまりにも激しく反応した理由が説明できない。主な理由は、患者の手足などの毀損と悪臭であり、人びとは体の外見に対して非常に強く反応するが、さらに悪いことにこの病気は不治である。」⁽⁹⁰⁾

上の両記述はともにヨーロッパの状況についてであって、もちろん仏教ではなくキリスト教国でのことである。聖書の「レビ記」第13章には、癩は不治として厳しく終生にわたり隔離せよとしているが、キリストは律法を否定せず（マタイによる福音書第5章）、愛をもって完成させると、常に「愛」を強調し、人は互いに愛し合うようにと命じた（ヨハネによる福音書第15章）⁽⁹¹⁾。しかし

(85) 鈴木善次『日本の優生学 その思想と運動の軌跡』（三共出版、1983年）31ページ「遺伝について」。

(86) 坪内雄蔵『一読三嘆 当世書生氣質（第一九回）』（『明治大正文学全集 第3巻』春陽堂、1928年）598ページ。

(87) 森田草平『輪廻』（『明治大正文学全集 第二九巻』春陽堂、1929年、197ページ）。

(88) 吉屋信子『女の教室』（『吉屋信子全集 第6巻』朝日新聞社、1975年、116ページ）「白き手の獵人」。

(89) ジョージ・ローゼン（小栗史朗訳）『公衆衛生の歴史』（第一出版、1974年）33ページ「ハンセン氏病（レブラ）―大いなる陰影」、35ページ「生ける屍」。

(90) H.E. シゲリスト（松藤正訳）『文明と病気 上』（岩波新書、岩波書店、1973年）97ページ「病気と社会生活」。

(91) 日本聖書協会『聖書 新共同訳』（2004年）「レビ記 13章、」179ページ、「マタイによる福音書 第5章」新6ページ、「ヨハネによる福音書 第15章」新198ページ。

上記のヨーロッパでの現実¹²⁰は、癩を厭うあまり、癩を病んでいても人は人、とは思いやっていない。

仏教は癩を悪業への報いと蔑みながら、「慈悲」を翳してありのまま（「空」）に生きることを教え、またキリスト教は生涯の隔離の無残さを強いつつ愛（の鞭）を説く。「慈悲」と「愛」の大前提に、人びとの癩患者を見る目が眩まされていたのだろうか、それとも癩を常の人の病と思わなかったのか、どちらにしても、癩患者の人界からの追放を正当化していたのは確かである。

前述のように、日本における癩患者を見る目、思う心の移ろいは、7、8世紀の伝染観から、遅くとも9世紀には仏教的罪業観に変わり、家族内伝染の顕在化とともに、14、15世紀の家の成立に結びついて家系の病とされ、17世紀に入っては家系が血筋となり、19世紀後半には遺伝という見方が圧倒的になりながら、20世紀初頭の伝染病観も容れて、奇怪な二重病観がつくられた。これらの根底にあったのが、結節型の無残な末期的醜状を癩のすべてでもあるかのような思い込みである。それが癩への恐怖、嫌忌、排除を正当化してきた。

日本の癩対策の基本である無謀な絶対隔離は、病型や予後などの社会的適応性を全く無視しており、社会的共存を第一義にする医療の理念からはあまりにも遠かった。それが化学療法の普及以前ならともかく、化学療法の効果が確定してなお、隔離状態を惰性的に継続してしまった。

この最大の理由は、絶対隔離の完遂への国民的支持を期待し、並行して「恐ろしい伝染病」観を、癩予防協会を主体に、僅か15年程の間に強烈に人びとの脳裡に植え付けた（洗脳といってもよい）ことだろう。癩患者に対する恐怖、嫌忌、排除の思念は、恐らく10世紀以上にわたって焼き付けられており、そこに「恐ろしい伝染病」の一言を、いとも容易く受け容れたはずである。

絶対隔離という無謀な癩対策が偉大な功績と評価されていたのは、その主導者光田健輔の文化勲

章受章（1951）をもってしてよく象徴されよう。

それにしても、多くの人は「恐ろしい伝染病」という妄想的思念を、1990年代後半に至っても捨てないでいたように思える¹²¹。ハンセン病を病む人、病んで回復した人はおろか、すでに亡くなった人まで、ほとんどが自らの存在すら明かせないでいるのは、「恐ろしい伝染病」に血筋観が根強く絡みついていることによる。その打開のための社会啓発を怠った責めは免れないが、まずは「恐ろしい伝染病」と「血筋」という妄念の中でこそ、日本の癩（らい）対策が無人の曠野を行くように進められたことを認め、無人の地に何を植え、どう育てるかを考えることである。

日本の癩（らい）対策についての責任を改めて問う

これまで私自身は、「責任」について、自身の立場上「しなくてはならないことをしない」、「してはならないことをした」ときに問われるものと思っていた。実際に「人間の法学においては、それを為すべきか為すべからざるかを決定することのできる立場にいながら敢えてそれをなした者には、その行為に対する責任を問うことができる」つまり、「人間の決定しうることの範囲にあって、人間がそれを為すか為さないかの決定力をもってしているような一切の行為に対して彼に責任を問うことができるというのは、道徳的判断の第一原理とされているのである。」¹²²という。

法律については門外漢だし、読んだからといって十分理解できるわけでもないが、「責任」という言葉のおこりは、ヨーロッパ社会でも12、13世紀以降であり、正確には近代刑法が成立した17世紀より後とされる。これが日本の場合には、1880年にフランス法にならったが、そこには「法律の規定によらなければ何人も罰せられない」と明記されており、これでは犯罪の増加する現実とそぐわないと、1907年にドイツ法を参考に新しい刑法が公布された¹²³。ここでの責任が、「Schuld」と

(92) 拙稿「国立ハンセン病資料館のこれから（1）」（『多磨』2010年7月号、2ページ）。

(93) 佐藤直樹『大人の〈責任〉、子どもの〈責任〉 刑事責任の現象学』（青弓社、1993年）16ページ「〈責任〉の誕生」。

(94) 朝尾直弘・宇野俊一・田中琢『角川日本史辞典 新版』（角川書店、1997年）335ページ「刑法」。

「Verantwortlich」とのどちらによるものかは知らない。

たまたま一冊の著作を教えられ、英語のresponsibilityを「責任」と訳すのは誤訳ではないかという指摘に仰天した⁽⁹⁵⁾。同書の著者が建設業界の海外派遣社員として、ハンブルグの某社の社員と技術輸入の話し合いをしていた折、「あなたはResponsible Personだ」といわれ、「そんな(responsible〈責任のある〉)立場にはない」と答えると、「立場ではない、こちらの質問や依頼に100%返答をもらった、あなたはMan of Responseだ」と返された。ここで著者は、「応答力」と理解すべきところを日本人は「責任」と思い込んでいると気づいたという。

リスポンシビリティを応答(リスポンス)の能力ないし可能性(アビリティ)に由来すると解釈すると、例えば、癩と診断されて否応なく療養所に送られる患者から、ただひたすら共存を求めて「なぜ私を見捨てるの?」と呼びかけられたとき、それになんと応えるか、である⁽⁹⁶⁾。それは、連れ去られる道を阻むのでも、連れ去られた人を奪い返すために争うのでもない。「早くもとに戻っておいで」、「またこれまでのように一緒にすごそう」と、自分の気持ちを「偽らず」応えられればよいのである。

Responsibilityを、戦後責任の問題として論じる著述もある。15年戦争について、「私の世代のことではない」、「知らないことの反省はできない」、「反省するいわれもない」という声に対して、そうかもしれないといいながら、戦後責任が現実にも持ち越されている例として次のようにいう。「日本軍の捕虜収容所で監視員をさせられ、連合軍に捕虜虐待の罪で死刑に処せられた朝鮮人チョウモンワンに趙文相という人がいます。二六歳で日本軍の責任を肩代わりさせられたのですが、この人が無念

の思いを綴^{つづ}った遺書にこういう一節があります。

たとへ靈魂でもこの世の何処かに漂^{たふ}い度い。それが出来なければ誰かの思い出の中にでも残りたい。靈魂に時はない。永遠である。」⁽⁹⁷⁾

前に日本の癩(らい)対策は、(実に90年ほども)無人の曠野を往くにも似て進められたと述べた。ここでいう無人とは譬喩であり、無関心、無関係(関係があっても無関係を装う)、無分別な有人の意である。しかもその人びとの足もとには、癩(らい)への恐怖と、嫌忌され排除されて当然という、人を人とも思わない邪悪な思念が根強くはびこっていた。癩(らい)をハンセン病に変えた今も、この思念は地上から消えただけで、地下には密かにはびこり生きている。

重ねていうが、現にハンセン病の患者、回復者、さらには死者(靈魂)までもが、自らの病を(世間に向けて)容易には明かせない⁽⁹⁸⁾。ハンセン病は「普通の病気」であること⁽⁹⁹⁾の、適切かつ強力な啓発が望まれるゆえんである。

おわりに

日本の癩(らい)対策の概要とその誤りとは、はじめに述べたとおりだが、これを主導した医療者の責任は重く、それを国策として推進した国の責任もまた重い。そこは、ハンセン病違憲国賠訴訟の原告勝訴時の、内閣総理大臣(当時小泉純一郎)、厚生労働大臣(当時坂口力)、衆議院及び参議院の謝罪声明、日本らい学会、全国国立ハンセン病療養所所長連盟の反省表明を通していても明らかである。

しかし、国家のこれだけの中枢機構が事態を釈明したにもかかわらず、日本国民の恐らく大方のハンセン病に対する忌避感情は、表面的には変わったようにみえても、内実は変わっていない。現実を直視しようとししない現状⁽¹⁰⁰⁾をよそに、国の、

(95) 尾形尊信『英語の誤訳 開国が生んだ言葉の誤解』(丸善ライブラリー、丸善、1998年)16ページ「Responsibleとは」。

(96) 大場健『「責任」ってなに?』(講談社現代新書、講談社、2005年)15ページ「応答を求める眼差し」、28ページ「さしあたりのまとめ」を参照。

(97) 高橋哲哉『戦後責任論』(講談社、1999年)23ページ「^{responsibility}「応答可能性」としての責任」、68ページ「アナクロニズム—忘却への反逆」。

(98) 拙稿「国立ハンセン病資料館のこれから(9)」(『多磨』2011年3月、14ページ)。

(99) 拙稿「国立ハンセン病資料館のこれから(7)」(『多磨』2011年1月、26ページ)。

(100) 拙稿「国立ハンセン病資料館のこれから(1)」(『多磨』2010年7月、2ページ)。

あるいは光田のと、鬼の首でも取ったかのように
その責任をいいつのることで、果たしてこの現実
を変えることができるだろうか。今は、私たち一
人ひとりの心に、ハンセン病を患った人の苦難の
声を聞かせ、自分に何ができるか (responsibility)
を考えるとときである。

「ああ いやだ！

私一人がレプラなんて

とても耐えられない

みんなレプラになれば、みんな

私はどうすればいいのだ

もう私の皮膚の下では

底設導坑を穿っているのだ

明日にでも

あの戦慄的なバラのような結節が
火山のように爆発するのだ (以下略)」⁽¹⁰¹⁾

「みんなレプラになれば、みんな」の一言に、私
たちは、少なくとも私には返す言葉がない。

「みんなレプラになれば」、誰も差別しない、誰
も孤独にならない、誰も偽名のまま納骨堂で眠る
こともない、誰もが誰かに親しく思ってもらえ
る。

もう一度、「みんなレプラになれば、みんな」と
いう言葉に込められた、あまりもの恐れと、悲し
みと、嘆きの故に声にならない呻きを聞こう。そ
して聞いたことの責任 (レスポンシビリティ) を
厳しく自らに問おう。

(なりた みのる)

(101) 大江満雄編『いのちの芽』(三一書房、1953年) 180ページ、重村一二「宣告の手記」(部分)。