

「隔離」と「療養」の間で ——コロナの時代に考える近代日本のハンセン病史——

廣川 和花

専修大学

Reconsidering the Modern Japan's History of Hansen's Disease
in the Era of COVID-19:
With a Focus on the Multiple Meanings of "Isolation"

Waka HIROKAWA

20世紀初頭までに日本の感染症政策領域において「隔離」と「療養」の語法が成立した。1907年の制定以来、ハンセン病対策法に「隔離」の語はなく、1996年の法廃止までの間の政策の内実の振れ幅は大きかったが、今日ではハンセン病は「隔離」政策と一体のものとして社会的に認識されている。こうした認識形成の淵源は、戦後のハンセン病患者運動（全患協運動）に見出せる。全患協は強い批判を込めて国のハンセン病対策を「隔離」政策と位置づけ、「隔離」による損失の「補償」としての「療養権」の拡張を求めた。これに対し、ハンセン病国家賠償請求訴訟原告団が提示した歴史像は、国による誤った政策が差別を強化したことを強調し、「隔離」による「被害」を前面に押し出した。原告団の説明モデルは今日広く人口に膾炙しているが、「隔離される客体」を「療養する主体」へと読み替えた全患協運動の歴史にこそ、感染症のスティグマを乗り越えるための教訓を見出せよう。

キーワード：ハンセン病、COVID-19、隔離、療養

I. はじめに：COVID-19対応のなかの「隔離」と「療養」

筆者は近代日本の地域社会におけるハンセン病や梅毒などの感染症の歴史を研究してきた歴史研究者である。歴史資料のなかの用語として慣れ親しんできた「隔離」や「療養」という言葉を、コロナ禍のなかでは現在進行形で聞くこととなった。その結果、この機会に改めてこれらの言葉の意味や、その言葉のもとで行われている内容そのものについて考えるようになった（廣川 2020a, 2021）。

感染症対策と切っても切り離せない日本語の「隔離」という言葉の意味が、英語の *isolation* とは微妙に異なっていることは、これまでにも指摘されてきたところである（例えば、林 2015: 183）。*isolation* は感染者であることが確定した者の空間的封じ込めであり、感染疑いのある者を他者と接触させずに経過観察する *quarantine* とは明確に区別される概念なのだが、日本語では *isolation* と *quarantine* のどちらもが「隔離」の語で表されることが多い（*quarantine* には検疫、

停留という語が当てられる場合もあるが）。コロナ禍においても *isolation* と *quarantine* は区別されないのだが、ただ単に区別が存在しないのではなく、日本語には *isolation/quarantine* とは異なる独特の区分が歴史的背景をともなって存在していることに改めて気づかされることになった。それは「隔離」と「療養」という区分である。

少し具体的にみてみると、コロナ対応において「隔離」が使われる場面は、「感染者が入院すること」（=*isolation*）や、「帰国者等がホテル等で待機すること」・「濃厚接触者等が自宅等で待機すること」（=*quarantine*）などであり、やはり *isolation* と *quarantine* は明確に区別されていない。一方で、日本語で「療養」が使われる場面は、もっぱら「感染者が病院ではなく自宅やホテルで陰性になるまで待つこと」（=*isolation*）を意味しているようである。つまり「療養」とは、感染者の「隔離」（*isolation*）が病院以外の場で行われるときの言い換えなのである。「隔離」の語は感染疑いの段階では比較的抵抗な

く使われるのだが、いざ感染者であることが確定したときには、そこが医療施設でない限りは感染者を主語とする「療養」に言い換えられる。これは、「感染者」「隔離」という語の組み合わせの持つ印象の強さが忌避されがちであることを意味しているのではないだろうか。さらに「隔離」と「療養」の言い換えは、行政が「隔離する」、感染者が「療養する」という、主語の入れ替えをともなっている。

今日、医学・医療の専門知が瞬時にグローバルに共有される一方で、医療・公衆衛生に関するローカルな文化もいまだ社会には根強く息づいている。その一端が、ここには表れているのである。このような日本独特の言葉の運用が生じる背景には、次のようなことが指摘できよう。第一に、「隔離」という行為への強い忌避感が広く社会に共有されているために、できるだけ感染者に対して「隔離」という言葉を使わず「療養」に言い換えようとする機制がはたらくこと。第二に、そのような「隔離」への忌避は、おそらく広く一般に共有されたハンセン病の説明モデルに規定されている可能性が高いということである。すなわち、「隔離」は感染症のスティグマの問題に直結することがらとして、それ自体が規範的に忌避の対象となっているのである。

したがって、コロナ禍の現在において、「隔離」と「療養」という日本特有の概念の成り立ちを理解することは、日本社会における感染症にまつわるスティグマの構造を考察するうえで重要な鍵となる。とりわけハンセン病をはじめとする感染症問題に対して、近現代日本の国家政策、患者・回復者、そして社会がどのようにかかわってきたのかを、ステレオタイプの理解から脱してとらえ直す必要があるのではないだろうか。そこで本稿では、現在の日本の医療文化の一部を構成する「隔離」と「療養」の来歴を、近代日本のコレラや結核、そしてハンセン病の歴史に即して考察し、ハンセン病の「隔離」と「療養」をめぐる歴史のなかに「感染症のスティグマを乗り越える」手がかりを探ってみよう。

II. 「隔離」と「療養」が帯びる歴史性：コレラと「隔離」、結核と「療養」

1. 医薬的介入・非医薬的介入

まず簡単に、感染症対策における「隔離」と「療養」概念の背景となる歴史的経緯を確認しよう。歴史的な感染症対応とその枠組みにおいて、より早い段階から存在するのが疫病の蔓延を阻止するために隔離・検疫・交通遮断などの方法を用いる「非医薬的介入 (non-pharmaceutical interventions)」であり、西欧世界において14世紀に始まる黒死病 (ペスト) 対策として展開していく。これらの方法が西欧諸国の公衆衛生の原型となり、19世紀に新たな脅威となるコレラへの対策の基盤を形成した。これに対して、ワクチンや治療薬などの医薬的な方法を用いた感染症対策が「医薬的介入 (pharmaceutical interventions)」であり、18世紀末に登場した種痘がその先駆けとなった。こうした公衆衛生的な技法は、医療的介入・非医療的介入のいずれにおいても、個人による個別の対応能力を超えて大規模かつ集団的に実施されなければならないものであるがゆえに、感染症対応における国家権力の介入を不可欠なものとし、公費負担を正当化した。

今日では、非医薬的介入と医薬的介入を組み合わせた感染症対策が一般的となっている。COVID-19対策においては、新興感染症に対して手探りの対処療法しかなかった当初は、緊急事態宣言の下での休校やリモートワーク・「三密」回避・飲食店の営業時間短縮などの行動制限、マスク着用・手洗いなど個人衛生の推進に加えて、感染者や要観察者に対する「隔離」など、非医薬的介入に重点がおかれざるをえなかった。しかし、これまでの感染症対策では考えられないようなスピードでワクチンや治療薬が開発されて逐次投入され、感染制御は医薬的・非医薬的の両面から試みられるようになった。

このようにひとつの疫病流行のなかでも、非医薬的介入のみでの対応開始から医薬的介入という手段をも獲得した段階へと、短期間のうちに変化してきたのがCOVID-19との闘いの特徴といえる。「隔離」は、COVID-19対応の過程においても、とりわけ流行の初期

段階において有効な非医療的介入の技法となり、複数の医薬的介入の手段が登場してからも継続して取られている基本的な対処法である。

一方で、「療養」という言葉は、それ単体では他者への感染防止策としての非医療的介入を意味せず、医療的介入を受けることすら必ずしも含意しない。医療的介入・非医療的介入による種々の感染症対応とは、本来は無関係な概念なのである。しかし「療養」は、実質的に「隔離」を言い換える用語として、日本の感染症対策のなかで使われてきた経緯がある。その経緯を以下で簡単に説明したい。

2. コレラと「隔離」

近代日本において、公衆衛生的な意味での「隔離」という言葉はコレラ対策の中で使われるようになる。その経緯は既刊論文で論じたので詳細は省略するが(廣川 2020a, 2021)、1880年(明治13)の「伝染病予防規則」制定にともない達せられた「伝染病予防法心得書」に、「消毒法大意」とならんで「隔離法大意」が提示されているのが法令上の早期の用例である。明治前期のコレラ対策、すなわち急性感染症対策においては、早い段階から isolation と quarantine に該当する対応がいずれも「隔離」の語で表現され、普及・定着していった。

3. 結核と「療養」

一方、「療養」概念の成立には結核が大きくかかわっている。こちらも詳細は前掲既刊論文に譲るが、結核菌発見に先立つ18世紀末以降のヨーロッパで、結核患者が空気の清浄な山間地や郊外などへ「転地」を行うことが盛んになり、これが明治前期に日本に導入されて日本語でいうところの「転地療養」概念が成立したとみられる(廣川 2021)。1882年にコッホにより結核菌が発見され、結核が感染症であることが確定したことで、結核患者が同居家族や日常生活する土地を離れて「療養」することには、患者本人の治療にとどまらない、感染防止策としての「隔離」の意義が加味されてゆくことになる。

日本では明治後期以降に結核関連の法整備がすすみ、明治37年(1904)内務省令第1号「肺結核予防ニ関スル件」には地方長官が設置する「鉱泉場、海水浴場、転地療養所(傍点引用者)」における感染対策を定めているが、管見の限りこれが結核関連法令中の「療養」の語の最初期の事例である。大正3年(1914)内務省令第8号「肺結核療養所設置及国庫補助ニ関スル件」と大正8年法律第26号「結核予防法」では、いずれも「療養ノ途ナキ」結核患者を結核療養所への収容対象とした。つまり自宅や施設等での自費による「療養」ができない貧困患者を公費・国費での収容対象としたのである。同年に制定された大正8年法律第25号「精神病院法」も、「療養ノ途ナキ者」を精神病院への収容対象と規定した。

これらに先立って、明治32年(1899)法律第93号「行旅病人及行旅死亡人取扱法」においては、救護対象とする行旅病人(いわゆる「行き倒れ」)を「歩行ニ堪ヘサル行旅中ノ病人ニシテ療養ノ途ヲ有セス且救護者ナキ者」と定義しており、ここで「療養」あるいは「療養ノ途」という表現はすでに使われていた。

以上のように、結核対策を通じて、20世紀初頭に「隔離」を含意した「療養」が日本語の公衆衛生政策において独特の概念として形成された。同時にそれはしばしば「療養ノ途」という治療費負担の可否と結びついた法律用語として使用されたのである。これは、次でみるようにハンセン病でも同様であった。

Ⅲ. ハンセン病における「隔離」とは何か

1. 法制度上の「隔離」とその内容

このようにして形成された「隔離」と「療養」概念を前提として、明治40年(1907)法律第11号「癩予防ニ関スル件」が制定され「療養ノ途ヲ有セス且救護者ナキモノ」を療養所への収容対象とした(表1①)。1996年に③の昭和28年(1953)法律第214号「らい予防法」が廃止されるまで、三段階にわたるハンセン病対策法が存在した。

①～③までのいずれの法律にも、条文その

表1 近代日本のハンセン病法制

1907年 (1909年施行)	①明治40年法律第11号「癩予防ニ関スル件」 →1909年 全国5カ所に連合府県立療養所を開設 (1941年国立化) ハンセン病患者で「療養ノ途ヲ有セス且救護者ナキモノ」が収容対象
1931年	②昭和6年法律第58号「癩予防法」 ハンセン病患者で「病毒伝播ノ虞アルモノ」が収容対象
1953年	③昭和28年法律第214号「らい予防法」(1996年廃止) 「らいを伝染させるおそれがある患者」が収容あるいは収容勧奨対象
1998~2001年	ハンセン病違憲国家賠償請求訴訟
2008年	「ハンセン病問題基本法」制定

*筆者作成

ものに「隔離」の文言はない。にもかかわらずハンセン病「隔離」政策という言い方は、今日ほとんど何の疑問ももたれずに広く使われている。これは戦後の患者運動の戦略のなかで「隔離政策」がハンセン病政策に対する強い否定的評価として打ち出されたことが深く関係しており、現在に至るハンセン病の歴史像そのものを規定するまでになった(廣川 2020a: 166-168)。

しかし実際には、約90年にわたるハンセン病「隔離政策」とよばれているものの中身の振れ幅は大きい。①の1907年法の段階では身体要件が一切ないことからわかるように、感染者の「隔離」に重点を置かず、「療養ノ途」なき貧困患者(実態としては「浮浪患者」)の収容による救済を主眼としていたというのが、現在の研究レベルでの理解である。これが②の1931年法の段階で公衆衛生的性格を強めるが、「隔離」(isolation)の要素がもっとも強く見出せるのはこの段階であろう。ただし長期的にとらえれば〈近代化〉の過程で「療養」するための〈場〉を失った患者側のニードも見落とせないだろう(廣川 2020b)。戦後の③1953年法の時期には、ハンセン病療養所は実態としてはハンセン病罹患歴をもつ高齢者・身体障害者に対する社会福祉的対応の場に近づいていったが、もちろんこれは患者運動の成果によるところが大きかった。

2. 「隔離される客体」から「療養する主体」へ

ハンセン病患者自身は、自分たちのおかれた状況をどのように位置づけてきたのだろうか。戦前のハンセン病文学作品からは、すで

に「隔離される」存在としての意識形成がみてとれよう(廣川 2020a)。しかしより積極的な自己規定としての「隔離」の用例は、戦後の全患協(全国国立ハンセン病療養所患者協議会、現：全療協)の運動戦略のなかで、ハンセン病政策とはすなわち「隔離政策」そのものであると位置づけられたことが挙げられる。全患協運動においては、まさにその「隔離政策」の下での患者の不当な扱いを告発する戦略がとられた。その後の運動では、苦渋の選択として③1953年法の存在は前提としつつ、政策による損失の「補償」を求め、「療養者」としての「療養権」の拡張をめざす方向性が打ち出された。つまり、「隔離される」客体から「療養する」主体へと自分たちの位置づけを大きく転換させたことが、支援組織等が未発達な段階における当事者運動としての〈国賠訴訟以前〉のハンセン病患者運動の歴史的な意義であり画期的であったといえる。

IV. スティグマを剥がすことと付与すること：歴史認識とハンセン病啓蒙

1. 国賠訴訟の歴史認識とハンセン病の「教訓」化

しかし20世紀末、このような全患協の患者運動の歴史とは別の文脈からでてきた運動として、ハンセン病国家賠償請求訴訟が関わることになった。原告団によって提示された歴史像は、患者運動のなかで形成されてきた歴史像とは異なるものであった。そこでは「療養」の権利の勝ち取りではなく、「隔離」による「被害」が前面に押し出された。

国賠訴訟原告団の論理の基礎にあるのは、ハンセン病差別の「政治起源説」とでも呼ぶ

べき歴史像である。その主張の要点は、①ハンセン病隔離政策は「国辱論」（ハンセン病は「国の恥」だという価値観）に基づき開始された、すなわち国は当初から差別的なハンセン病観に基づいて政策を開始した、②ハンセン病の感染力が微弱であることは医学的にわかっていたにもかかわらず1920～30年代に「民族浄化論」に基づいて国により隔離政策強化が図られ、ハンセン病への恐怖宣伝がなされたことが差別・偏見を強化した、というものである。さらに③戦後の「国による誤った隔離政策」の継続そのものがハンセン病への偏見を助長したと主張する。つまり戦前の「隔離の強化」と戦後の「隔離の継続」という国家の政策こそが、日本におけるハンセン病差別とそれによる被害の根本原因をつくり出したという主張である（ハンセン病違憲国賠裁判全史編集委員会編 2006）。

この原告団の主張は、2001年の熊本地裁判決（原告勝訴）においても相当程度受容され、その後のハンセン病問題の説明モデルの骨格となっている。判決をうけて財団法人日弁連法務研究財団が受託した調査事業「ハンセン病問題に関する検証会議」の最終報告書（ハンセン病問題に関する検証会議 2005）は、この主張に論拠と具体例を提供し、「被害」の類型化を促進するものとなった。訴訟後も新たな被害事例の掘り起こしが続き、被害の「線引き作業」が終わらず、ハンセン病問題の「和解」を見通すことが困難な状況が続いた（廣川 2017）。

この説明モデルの定着は、ハンセン病問題の歴史から感染症差別一般に対する「教訓」を引き出そうとする際の方向性をも規定した。すなわち感染症罹患者に対する差別の発生においては、第一義的に「国家の責任」を問うべきだとする態度である。こうした論理に則ったハンセン病の「教訓」化においては、感染症によって異なる性質や、過去と現在をとりまく政治的・社会的な条件によって生じる感染症差別の複雑なメカニズムへの理解が捨象されがちである。くわえて「感染者への差別をなくす」という普遍的課題の主たる解決策を、「国が誤った政策をとらないこと」や「国が国民に正しい理解を促すこと」

といった政策水準の問題と矮小化してしまうおそれがある。結果としてこの種の「教訓」化は、感染症への差別を市民社会が自らの問題として受け止めることを困難にしているように思われる。

2. 戦前期「ハンセン病啓蒙」の枠組み

ハンセン病の「教訓」化の課題は、つまるところ「政治起源説」が重視する1920～30年代における「隔離の強化」（具体的には療養所入所者数が増加していったことを指す）の理由をどう説明するかという問題に帰着する。ハンセン病の感染力が微弱であることが当時の共通認識であったのならば、なぜそれに逆行する形で1920～30年代に感染力を誇張した「隔離の強化」が行われたのかが、論理的な整合性をもって説明できないのである。加えて、1920～30年代の国の政策の影響を過度に強調することは、前近代から存在するハンセン病差別の歴史の実態を軽視することにもつながりかねない。

そこでいくつかの資料を参照して戦前期の「ハンセン病啓蒙」における主張を整理し、隔離が推進された論理をもう少し内在的に理解してみたい。以下の資料中、旧字体は現用漢字に直し、下線と○番号は引用者が挿入した。①は「感染力の弱さ」、②は「遺伝説の否定」に該当する箇所である。

【資料1】 癩菌の侵入する場所は皮膚或は鼻腔、咽頭等の粘膜からでありまして皮膚の創から感染したと云ふ例、或は癩菌の皮膚侵入の実験報告等もあります。然し①癩菌の伝染力は比較的弱いものやうであります。若しこれが他の伝染病のやうに伝染力が強かつたならば大変なことであります。伝染力が弱くて罹患者も少ないから相当の設備によって根絶し得る目標が立って居るのであります。

（林芳信, 1935, 『癩予防デーに際して』財団法人癩予防協会）

【資料2】 私の尊敬する癩友に愛子さんというのがいる。（中略）一日私の方々で癩の話をして居る事に就いて書いてきた。「先生方が各所で②癩は遺伝に非

ず、伝染なりと叫ばれる事は真正に有難い事です。さうして下さると……」彼女は次の字を特に大きく書いて居る。拝む様にして持つ鉛筆にどれだけ力を入れた事か、「……さうする事によつて我々家族は今迄の迫害、圧迫から逃れて肺病並に成る事が出来ます」彼女はいふ。肺病並に成る事が出来ます。肺病、肺病も恐ろしい病気です。然し彼等はいふ。癩の遺伝思想が取除かれるならば我々は引上げられて、肺病並に成る事が出来るといふ。これを見ても彼等がこの一事に如何に苦しむかを知る事が出来るのである。

(林文雄, 1934, 『癩を救ふ三ツの力』
財団法人癩予防協会)

【資料3】癩の爲めに苦んでいるものは癩患者ばかりではありません。②『癩は伝染病であつて決して遺伝するものではない』この癩に対する正しい理解が未だ国民の中に普及していない爲めに吾国では癩は血筋をひくものと考へられその爲めに癩患者の血をひいているものは総て周囲から軽侮の眼で見られるばかりでなく人生の三大事の一つとも云ふべき結婚に際しても世間からテンで相手にせられないのです。(中略) 癩の血縁者自身も癩の遺伝を信じ伝染を知らない爲めどうせ自分も同じ血統のものだとあきらめ早く療養所へ患者を入院させ家族のものから隔離さへすればその周囲のものを伝染の危険から救ふことの出来るのを、そうした処置もしないで次ぎから次ぎへと出さなくとも済む犠牲者を作っています。(中略) ②癩が遺伝するものでしたら之を根絶することは殆ど不可能であります。併し癩は血統を引かないのです。それに①癩は伝染病ではありますが幸にコレラやチフスのやうな強い伝染力を持っていません。

(村田正太, 1933, 『癩患者に同情せられる方は必ずお読みください』
発行所不明)

これら1930年代のハンセン病専門医らによる啓蒙言説には、共通する枠組みが見て取

れよう。それは「感染説の強調」と「遺伝説の否定」から隔離推進を説く論理である。ハンセン病の「感染力が強くない」ことは、たしかに「政治起源説」が主張するように共通して言われているが、その後続くのは、感染力が弱い「にもかかわらず～」という逆接文ではなく、順接文なのである。むしろ「感染力が強くない感染症であるからこそ」、感染者の数が隔離によって対処可能な範囲に抑えられており、現実問題として根絶可能であるというのが彼らの信念であった。そして、たとえ感染症とは思われぬほど感染力が微弱であっても、感染症である以上は遺伝しない、だから感染者を隔離すればその家族はもはや感染リスクから解放され差別されるいわれはなくなる、つまり未感染の家族を感染リスクと差別から守るためにこそ、隔離が必要である——と切実に訴えたのである。

こういった戦前「啓蒙」の論理を丁寧にたどってみれば、「政治起源説」の主張は「感染説の強調」と「感染力の強調」の差異を等閑視している点に問題があるといえよう。「遺伝説の否定」としての「感染説の強調」と、それゆえに感染者の隔離がハンセン病問題——とりわけ家族への差別——を解決するという戦前の隔離推進「啓蒙」の論理は、遺伝説に基づいた感染者家族への苛烈な差別が存在した当時の文脈においては「人道的」な訴えでありえたのである。

しかし「啓蒙」が、一族郎党への悲惨な差別をなくしたいとの願いから「遺伝」説を否定するという「科学的に正しい」説明を強調した結果、「感染」への忌避感情が新たに生まれてしまうというジレンマに陥ってしまったことは否定できないだろう。すなわち、「遺伝」という伝統的に付与されてきたスティグマを剥がそうとした「啓蒙」が、結果として新たな「感染」というスティグマを付与してしまった可能性がある——というのが実態ではなかっただろうか。当時の「科学的に正しい理解」が「正しい啓蒙」や「正しい政策」を導いたのではなく、むしろ逆の結果を生んだのだとすれば、科学にもとづく感染症の啓蒙と政策決定の難しさという部分にこそ、ハンセン病の「教訓」が見出せるよう

に思われるのである。

スーザン・バーンズは、1930年代の「救癪」熱の社会的な高まりは、ハンセン病者の排除ではなく、逆にそれまで顧みられることもなくうち捨てられていた病者を療養所に收容することで国家／社会へと包摂することを意味したとみる (Burns 2019)。もちろんこうした見方に対しては、パターンリズムだとの批判はありうるだろう。しかし「政治起源説」もまた国賠訴訟という政治的文脈から生まれた歴史の産物であり、それをふまえて相対化すべき段階に来ているように思われるのである。

V. 試論：ハンセン病の経験から「教訓」を引き出すには

1. 「療養する主体」による実践と経験

「政治起源説」にもとづく「教訓」化に限界があるとすれば、どのような代替案が考えられるだろうか。それはひとつには「隔離される客体」を「療養する主体」へと読み替えた患者運動の歴史にならって、「隔離」の内実としての「療養」に目を向けることではないか。すなわち「被害」とは異なる位相にある多様な経験のひとつとして、療養生活のなかでの「自治」の模索と達成に注目することである。猪飼隆明は、1907年法制定の背景としての「国辱論」を否定した上で、草創期の九州療養所（現：国立療養所菊池恵楓園）において、自治会が「逃走しなくても安心して暮らせる療養所」作りを目指して活動を展開したことを明らかにした (猪飼 2016)。また松岡弘之は、外島保養院（邑久光明園）と長島愛生園を対象に、従来は療養所運営側から強制されたものととらえられがちであった「自治」を、「療養する主体」の集合的実践として描き出すことに成功した (松岡 2020)。

「療養所」の外に広がる「療養」の経験にも注目したい。草津温泉のハンセン病者集住地の事例からは、療養所以外の場所での「療養」モデルが実際に構築されていたことが見いだせる。そこで病者と地域住民の「共生」に必要なものは「感染症に対する正確な理解」というより、隣り合わせに暮らし

ていても感染リスクはないのだという生活実感の積み重ねと、患者や救療団体が地域社会にもたらす経済的影響の重要性であった (廣川 2011)。

2. 「被害」と「加害」の重層性：病者・家族・職員

国賠訴訟の枠組みの中では、病者家族も類型化され一義的に被害者として位置づけられざるをえないが、実際には病者と家族の双方にある受容と拒絶の心理や、病者の受けた家族からの拒絶といった経験の中に、被害と加害の二重性や重層性が存在するのは当然のことである (蘭 2014)。病者とその家族を「被害者」カテゴリ内に固定して、それを取りまく市民社会の諸条件を捨象して「加害者」たる国家の責任を追及するだけでは、感染症差別を構造的に理解することを妨げてしまうだろう。政策以外の要素に目を向けることは、国家の責任を免罪することを意味しない。

家族とは対照的に、隔離政策に加担したとされる医学界や専門職は「加害者」カテゴリに入れられ、その責任が問われてきたが、政策決定にかかわる医官から現場の療養所職員まで、療養所運営に関わる職員の複層性 (桑畑 2022) に十分注意が払われてきたとはいえない。医療従事者も差別の対象となり結婚差別などを受けたことは、ハンセン病問題の全体像をとらえるうえで見落とせない事実であり、コロナ禍の医療従事者の苦難と通じる部分もあるだろう。

3. 「感染力の弱さ」と「遺伝説の否定」の帯びる歴史性

IVでみた資料で強調されていたハンセン病の「感染力の弱さ」と「遺伝説の否定」は、「国による誤った隔離政策」の説明とあわせて「感染症への正しい理解」として、現在のハンセン病「啓蒙」言説においても強調されている。これは、厚生労働省や各自治体が設けているハンセン病対策のウェブサイト等をみれば一目瞭然である。

しかし、IVでみたように、この説明モデル自体が戦前のハンセン病隔離推進「啓蒙」

と連続性をもつ歴史性を帯びていることはあきらかである。「感染力が弱い病気だから、危険ではない」「感染力が弱い病気なのに、不当に隔離された」「遺伝病ではないから、結婚差別や家族への差別は不当である」といった紋切り型の「啓蒙」は、むしろ感染症や遺伝疾患の「スティグマを乗り越える」ことを阻んでいるといわざるをえない⁽¹⁾。感染力の強弱にかかわらず患者の人権は尊重され適切な医療と福祉が提供されねばならないし、遺伝疾患といわれてきた病気においても発病には環境要因と遺伝要因が複雑に関連し合うものであること(廣川 2016)、そもそも「遺伝病」なら結婚差別に遭っても仕方がないはずはないことなど、その問題点は逐一指摘するまでもないだろう。

「スティグマを乗り越える」ために、こうした「啓蒙」のステレオタイプから抜け出すにはどうすればよいのかを考えることが第一歩ではないだろうか。それを通じて、スティグマを剥がそうという思いから別の誰かを踏みつけることになってしまっていないか、新たなスティグマを付与してしまう可能性はないかを想像し、立ち止まって考えることの必要性を学ぶことができるだろう。

VI. おわりに

本稿では、近現代日本のハンセン病を中心とした公衆衛生の歴史において、表裏一体の「隔離」と「療養」がせめぎ合い、それぞれの言葉に特定の意味が与えられてきたこと、その歴史的な経緯がCOVID-19対応の現在にいたるまで、公衆衛生の領域に知られざる影を落としていることを論じてきた。

コロナ禍において、感染症差別の問題を考えるためにハンセン病が参照される事例はメディア等でも数多くみられた。その際、メディアはかつて訴訟のために構築された歴史像に依拠して、「被害」を前面に押し出したストーリーを提示することが少なくない。しかし、「国の誤った政策」による被害を強調し、そこに継ぎ足すかのように「感染症への正しい理解」を促すだけでは、得られる「教訓」は多くはないだろう。歴史を振り返るのであれば、患者が生きた「隔離」の歴史の

内実、すなわち「療養」の経験に目を向けたい。「療養者」としての権利獲得をめざした先駆的な患者運動の戦略性にくわえて、差別を取り除くための「正しい説明」の困難さ、患者と家族の被害-加害関係の重層性など、訴訟の枠組みからだけではみえてこないハンセン病の歴史に静かに向き合い、学ぶ時が来ているのではないだろうか。

補 注

- (1) 「遺伝病ではない」ことを強調するハンセン病の「啓蒙」に対しては「遺伝病」患者の立場からの批判がなされてきた。たとえば、高松宮記念ハンセン病資料館三周年記念シンポジウム「これからのどう生きるか——「らい予防法」廃止にこたえて」(1996年6月23日、於多磨全生園)に登壇した稀少難病全国連合会会長の佐藤エミ子は次のように発言している。「エイズも[引用者注：原文ママ]ハンセン病も感染症ということで隔離政策をされました。でも、そうしたことを告発する文章や発言の中で、いつも私の心を傷める一つの言葉がごぞいます。それは「昔、ハンセン病は感染症であるのに、遺伝病だと誤解され、差別を受けた」という表現です。感染症は差別されるのは不当で遺伝病は差別されても仕方ないのでしょうか。いま、私たちのところに来ている人たちの八割が遺伝病の方です。遺伝病は自己責任でしょうか。私はそうは思いません。(中略)ハンセン病の方たちも、新しい人権運動の中で「自分たちは遺伝病ではないんだから差別は不当だ。人権を守られるべきだ」という表現だけはぜひ削除していただきたいと思います」(高松宮記念ハンセン病資料館 1996: 15-16)

引用文献

- 蘭由岐子, 2014, 「社会学における研究実践について」ハンセン病市民学会編『ハンセン病市民学会年報2013』解放出版社, 182-188.
- Burns, S. 2019, *Kingdom of the Sick: A History of Leprosy and Japan*. Honolulu: University of Hawaii Press.
- ハンセン病違憲国賠裁判全史編集委員会編, 2006, 『ハンセン病違憲国賠裁判全史 第3巻 裁判編 西日本訴訟 (III)』皓星社.
- ハンセン病問題に関する検証会議編, 2005, 『ハンセン病問題に関する検証会議最終報告書』財団法人日弁連法務研究財団.
- 林芳紀, 2015, 「感染症対策」赤林朗・児玉聡編『入門・医療倫理III 公衆衛生倫理』勁草書房, 179-214.
- 廣川和花, 2011, 『近代日本のハンセン病問題と地域社会』大阪大学出版会.
- 廣川和花, 2016, 「医療アーカイブズ試論——研究倫理・医療情報・スティグマの観点から」『歴史学

- 研究』952: 13-24.
- 廣川和花, 2017, 「「和解」の時代の日本近代ハンセン病史研究——「顕彰」と「検証」を超えて」『同時代史研究』10: 77-84.
- 廣川和花, 2020a, 「ハンセン病「隔離」とは何か」『現代思想』48(7): 163-169.
- 廣川和花, 2020b, 「ハンセン病者の社会史——日本の〈近代化〉の中で」秋田茂・脇村孝平編『人口と健康の世界史』ミネルヴァ書房, 219-241.
- 廣川和花, 2021, 「「隔離」と「療養」を再考する——COVID-19と近代日本の感染症対策」『専修人文論集』109: 235-256.
- 猪飼隆明, 2016, 『近代日本におけるハンセン病政策の成立と病者たち』校倉書房.
- 桑畑洋一郎, 2022, 「ハンセン病療養所職員の複層性に関する一考察——沖縄愛楽園を事例として」『山口大学文学会志』72: 33-50.
- 松岡弘之, 2020, 『ハンセン病療養所と自治の歴史』みすず書房.
- 高松宮記念ハンセン病資料館, 1996, 『皓星社ブックレット4 1996.6.23 シンポジウム全記録 これからをどう生きるか——「らい予防法」廃止にこたえて』皓星社.
- (Waka HIROKAWA: hirokawa@isc.senshu-u.ac.jp)