

研究ノート

法定疾病予防法関連法規と沖縄疾病史からみた 近代沖縄のハンセン病問題の位相 —法定疾病予防法下における「癩予防法」の位置づけを視軸に—

中村 文哉
NAKAMURA Bun'ya

本稿は、各法定疾病予防法下のもとでの「癩予防法」の位置づけを視軸に、近代沖縄の疾病史を重ねあわせることにより、同時期沖縄のハンセン病問題の状況を、それ以外の疾病状況と比較して捉え返すことを目的とする。とりわけ、本稿では、常在型で慢性に経過する結核と「癩」の比較が重要になるが、それに加えて、強制的な診察や投薬といった医療介入を行なったマラリアとの比較を行い、この三つの疾病のリスクのあり様と消長過程を概観する。更に、これらの概観を通して得られた「予防法」の法理とその論理構造、および法定疾病に関する医療対策に関わる知見を、示したい。

キーワード：「癩予防法」、「結核予防法」、マラリア、感染症への医療政策、隔離規定

はじめに

本稿は、2020年度から2021年度(新型コロナ流行のために2022年度まで延期)の期間に、「近代沖縄の『癩予防法』と沖縄疾病史からみたハンセン病者の諸現実に関する研究」という題目で採択された科学研究費補助金の、研究成果報告書のために書き下ろした12000字程度の原文を素にしている。当科研での研究成果報告書は、この原文を大幅に切り詰める仕方で作成した。本稿は、今回の上梓に際して、更なる加筆・修正・改変を加えたので、その結論のみを極めて簡潔に抽象した科研の研究成果報告書からは、独立した論稿として位置づけられる。

本研究の狙いの一つは、近代沖縄の「癩予防」関連法規と沖縄疾病史から、沖縄のハンセン病問題のあり様を、それ以外の疾病と比較することにより、相対化させて捉え返すことにある。より特定した言い方をすれば、近代沖縄、即ち明治期を含む戦前期から、沖縄戦後の「アメリカ世」を経て、1972年の「本土」復帰以降に消長を迎えたハンセ

ン病を、同時期に消長を迎えた結核およびマラリアと対比的に捉えることで、この時期の沖縄社会と疾病の連関を照射することが、本研究の目的である。そのための方法論として、本研究の指針となったのが、歴史学におけるハンセン病関連の法制史の展開である(廣川2011,猪飼2016)。本稿では、各法定疾病予防法下における「癩予防法」の位置づけを視軸に(中村2017)、各法定疾病関連「予防法」の法理に特長的な構造を示しつつ、それらが法定疾病罹患者および患家に及ぼした影響を考慮においた場合の作業仮説、および沖縄県時代から、「アメリカ世」を経て、新生・沖縄県に至る過程での、件の三疾病の消長過程の概略を示す。

0. ハンセン病問題研究における法制史と社会学のネクサス——本研究の背景としての〈解釈図式としての法規定〉

本稿の問題関心と方法論は、ハンセン病関連地方制度と地域社会の関連を踏まえ、地域社会でのハンセン病患者の「処遇」(廣川2011:31)をめぐり、

ハンセン病関連法規を「再検討」(廣川2011:20)することで、画期的な歴史解釈を打ち出した廣川和花の近代ハンセン病史研究(廣川2011)の視角を踏襲している。

廣川の研究で示された「癩予防法」関連法規に含まれる地方制度は、地域社会の実情にあわせる仕方では変形されるとしたら、政府が公布した法の規定は、それがそのまま患者とその患家に、直接、及ぶのではなく、地方行政を介して、間接的に、及ぶことになる。そうだとすれば、地方行政は、如何にして患者とその患家に臨むことになるのか、という問いが生じる。この問題関心を背景に、伝染病予防法が制定されるまでの過程での、地方衛生行政、より適切にいうならば、地域社会に関わる法的規定を検討する機会を得た。以下で、その検討内容を示したい。

2021年度に上梓した拙論「近代日本における伝染病公衆衛生の展開と地域社会」(中村2021)において、地域衛生行政の法的枠組を考察した。即ち〈国家-地方行政-地域社会-患者・患家〉という三者関係が組織され、トップダウンとボトムアップを両極とする中間領域を開く点が、明治期の伝染病予防・衛生体制の理念型として示されるという結論を得た。

この体制は、コレラをめぐる公衆衛生史・法制史のなかから引き出されたものである。まずこの点を確認しておこう。明治0年代からコレラは来襲し、明治10年代に、しばしば流行をみせ、猖獗を極めた。この間は、病気としてのコレラの民衆理解はまだなく、コレラ対策で駆り出された巡査雇の警察官は、恰も土足で患家に立入り、法規通りの「清潔方法・消毒方法」を行い、患家からの反発を招き(尾崎1997:34ff)、ひいてはコレラ騒動にまで至った。竹原によると(竹原2020:125ff)、明治12年を境に、コレラ騒動の意義が変容し、村を病毒から守るための自主的な「遮断・隔離」が展開されたことが原因で、警察・行政と軋轢を起す展開がみられるようになった事例を取り上げている。この時期は、「伝染病予防規則」の規定が発効されていた時期であるが、地域との軋轢を

仲介するために「衛生委員」が名誉職として割り当てられたものの、主意性voluntarismの欠如により、次第に機能しなくなり、廃止される矢先に、再びコレラが来襲したため、猖獗地域では、行政が半ば自主的に「衛生組合」を組織し、地域社会に対応するようになっていった。急性伝染病に対する医療対策は、患家への介入が必要となるが、患家がそれに理解を示さない場合の軋轢を回避するために、近隣住民により組織された「衛生組合」が仲介調停をするシステムが整えられ、「伝染病予防法」は、それを法にとり入れ、法制化させた。ここに、「国家-地方行政-地域社会-患者・患家」という体制が成立し、戦後は町内会として、再編された。患家への介入や「立入り」が必要となる案件に関しては、患者・患家の主意性を促す近隣・地域からの働きかけが不可欠になる。この主意性を引き出すべく工夫をめぐる試行錯誤が、「伝染病予防法」公布までのプロセスであったと整理できよう。

さて、上述した内容を踏まえると、「癩予防」法に基づく一つの法的理念型としての国の医療規程・医療対策が、如何なる地方制度(縣令・訓令等)を生み、そしてその法的効力が個々の患者・患家の処遇方に、如何に作用したのかを明らかにするということを考慮して、個々のハンセン病罹患者とその患家が経験した処遇とそれに関わる境遇を照射するという各ケースへの構え(方法論)が必要になる。ここからは、「国家制度-地域社会-患者・患家」という三項の関係図式が作業仮説として定式化され、地域社会・地域行政と患者・患家の個々の実情や双方の関係性を照射することが、可能となる。個々の患者・患家が経験した処遇とその境遇を照射するには、この様な視角が必要になる。必ずしも明解に記述できるわけではないが、これを研究の念頭に置くことが、本研究の基本的な姿勢である。

さて、同時期沖縄のハンセン病問題の諸相を、それ以外の諸々の感染症、特に結核とマラリアを補助線に、捉え返すという本研究の試みは、猪飼隆明の近代ハンセン病史研究(猪飼2016)、取り分

け同書第一部「法律十一号『癩予防ニ関スル件』の歴史的考察」における帝国議会での1907年3月18日公布「癩予防ニ関スル法律」（以下、1907年法と略記）の成立過程を追った論稿に刺激されたものである。同箇所、猪飼は、1907年法制定過程の第23回帝国議会（1906年3月24日）で、山根正次らが提出した「癩予防法案」と1907年法の相違点を考察する。1907年法第1條の「医師届出」規定と山根の「癩予防法案」のそれとは、「全く同文」（猪飼2016:86）だが、これは「伝染病予防規則」（1880年7月太政官布告第34号）および同規則を改正した「伝染病予防法」（1897年4月1日公布法律第36号）へと継承された規定である点を指摘しつつ、同法第4条では、医師以外に、伝染病患者・死者を出した患者・患家にも届出義務が課され、法改正が継続する中で、次第に「届出制は緩和されたともいえる」と、届出規定の変容を指摘している（猪飼2016:86）。ここからは、「癩予防」関連法規とそれに関連する他の一連の「予防法」関連法規との、相互の連関および規定内容の変容といった論件の重要性が、窺える。というのも、それぞれの患者の処遇や、その法運用のあり様は、多様な仕方、患者・患家のもとに降りていくとしても、それらは、常に、何らかの法令解釈に基づいて為されるからであり、この点を等閑に付したまま、処遇に関わる個々の語りやその社会的現実のあり様を解釈することは、ハンセン病患者取扱方・処遇方に関わる一つの解釈図式としての理念型を、捨象することになりかねないからである。

社会学の領域では、ハンセン病経験者のライフヒストリーに基づく研究方法が常套手段と化しているが、しかしそのライフヒストリーに現れる個々の現実世界は、その人の生の一場面であると同時に、その一場面、法的に規定された処遇方が、暗黙裡に、何らかの仕方、影響している可能性は、排除されないと考えられる。しかし、社会学領域でのハンセン病研究におけるライフヒストリー研究の多くは、当事者のストーリーを焦点化させることに躍起になり、そのストーリーの背景

にあると考えられる事柄を捨象してしまうことが、私自身の反省も含め、しばしば起きてしまう。そればかりか、1907年法や1931年法およびそれらの「施行規則」といった国が定めた法の単位で、更に地方制度であるそれらの「施行細則」・「施行手続」の単位で、患者とその患家に、どのような取扱方・処遇方が開かれたのか。この点を踏まえた研究が必要である。更にいえば、それは、「癩予防」関連法規の熟読が社会学研究者に必要であるという問いかけになる。

細心の注意を払ってなされるべき社会学領域でのハンセン病研究におけるライフヒストリー研究が、一つの方法論として、この点を必ずしも顧みないまま展開されてきたことは、個々のライフヒストリーを社会的に解釈する際の、一つの理念的な準拠図式、研究のための法的理念型を自ら手放してしまうことに、つながる。筆者をして、諸々の予防法関連法規の法令解釈へと研究を差し向けたのは、この様な理由による。更に、この予防法関連法規の法令解釈研究は、地方制度の単位を含みこむことから、それぞれの地域社会で生活している個々の患者・患家の日常的な社会的現実への理念的な触手を提供してくれる可能性も、開かれる。予防法関連法規の法令解釈は、それ自体が、患者・患家の日常的な社会的現実に関わる理念的な解釈図式を提供するものと、読み替えることができる。としたり、更にそこからの逸脱もまた、分析の射程に収めることができる。

この様に考えると、歴史学の領域で、法令解釈を扱うことの重要性、取り分け近代日本のハンセン病研究でこの方法論を遂行する廣川(2011)と猪飼(2016)の研究は、社会学領域でのハンセン病関連のライフヒストリー研究にとって、大きな示唆を与えてくれる。繰り返しになるが、それは、個々の患者・患家が体験した社会的現実の主観的意味について理解するという方法論を採るライフヒストリー研究や行為論研究にとって、法令解釈は、理念的解釈図式として、重要な位置を占めるという方法論的な示唆である。本研究では、こうした視角を、明治期から沖縄戦までの沖縄社会と、

同社会でのハンセン病・結核・マラリアの患者たちとそれらの患家の日常的な社会的現実へと、差し向けるという問題関心のもとに、構想された。

上記で示された問題関心と方法論のもと、本研究稿では、以下の四点の主題を設定した。

- 主題Ⅰ 「癩予防」関連法規と予防法各関連法規との連続性の考察
- 主題Ⅱ 沖縄社会の「癩予防法」のあり様の解明
- 主題Ⅲ マラリア・結核に関する沖縄県の医療対策・体制と病者の諸現実の解明
- 主題Ⅳ 沖縄疾病史の中のハンセン病の歴史的 position とその消長の「戦後30年の遅れ」についての考察

以下では、それぞれの課題の当初の問題関心、論述しておく必要があると考えられる限りでの若干の研究経過、および得られた知見の概観を示したい。

1. 主題Ⅰ：『癩予防』関連法規と予防法各関連法規との連続性の考察

——「隔離」規定と「治癒」規定の出所

主題Ⅰの『癩予防』関連法規と予防法各関連法規との連続性の考察の狙いは、猪飼(2016)による示唆を踏まえ、ハンセン病問題研究の裾野を広げるべく、1874年達「医制」に始まり、コレラの侵入による明治期の公衆衛生体制の、試行錯誤を通じた法整備を通して、1890年公布の「伝染病予防法」へと至りつくまでの流れ(中村2017,2021)を一つの「補助線」にみたと、これらの中で「癩予防」関連法規が占める位置づけについて考察することにある。これは、近代日本の予防法法制史・公衆衛生史を背景にして、ハンセン病問題を相対化させる狙いがあった。

1-1. 「癩予防」関連法規と「隔離」規定

主題Ⅰの狙いの基底に横たわるもう一つの問題関心は、ハンセン病問題では必ず言及されると

いってよい「隔離」問題を、問い直すことにある。ハンセン病問題は、「隔離」という法的人権侵害の問題として、しばしば定式化される。だが、その他の感染症で「隔離」の問題が、法的に、どの様に扱われていたのか。もし「隔離」の規定があるならば、それらこそが、法的人権侵害の問題として定式化されて良いはずであるが、その限りではないとしたら、それはどういうことなのか、という点に問題関心があった。この点から、「隔離」規定の出所を予防関連法規の中に突き止めに行くことを試みた。

それと同時に、1907年公布の「癩予防ニ関スル法律」(以下、1907年法と略記)を承けた「施行規則(沖縄県)」に「治癒」規定が盛り込まれ、それは1931年公布の「癩予防法」(以下、1931年法と略記)を享けた同法「施行手続(沖縄県)」に引き継がれた。この「治癒」規定は、ハンセン病独自のものなのか。そうでないとしたら、それは何に由来するのだろうか、という問いが、もう一つの問題関心であった。

サーチにはかなりの時間と手間を費やしたが、この方面に通暁している研究者には自明なことかもしれないが、「隔離」も「治癒」も、伝染病予防関連法規の変遷の過程で構築されてきた法カテゴリーである。「立番巡査」の管理のもと、患家周辺ないし警察署が選定した場所を「隔離」し、「人ノ交通ヲ絶ツ」「遮断・隔離」の規定として、1878年8月27日達「虎列刺予防心得」(内務省達乙第89号)の「遮断」規定の第16・23条を端緒に、1879年6月27日達「虎列刺病予防假規則」(太政官布告第23号)の第13条および1879年8月25日達の改正「虎列刺病予防假規則」(太政官第32号)の第11条、1980年7月9日の「伝染病予防規則」(布告第34号)の第8条などに継承され、そして1887年4月1日布告「伝染病予防法」(法律第36号)の第7・8・17・18・19条などに引き継がれた。因みに、「伝染病予防法」第14条では強制「立入」が定められた。これらは、その強権的発動が人権侵害に抵触するため、無期限のものではなく、いずれも期間が定められた。それに対して、慢性に経過す

るため、長期にわたる療養期間を必要とするハンセン病と結核は、まさにそのために、療養所で死を迎えることがありうるが、そうした場合、形式の上で、所謂「終生隔離」と類似の事態となってしまう、遺された患家からそのように読み替えられてしまう場合が生じうる。従って、「隔離」という法律用語の運用には、必ずその期間を限定する必要が生じる。「癩予防」関連法規に、「隔離」という言葉が使用されない背景には、こうした点への配慮があるからではないかと、推察できよう。しかし、管見の限り、沖縄縣に関わる「癩予防」関連法規には、一カ所だけ、「隔離」の用語が運用された条文がある。それは、1910年4月9日の「癩予防ニ関スル件施行手続(沖縄縣)」(沖縄縣訓令甲第16号)の第十条の、下記の条文である(下線・太字は筆者による)。

第十條 癩患者ヲ療養所ニ入ラシメムトスルトキハ警察官署ハ知事ノ指揮ヲ受ケ第九條ノ金員物件謄本ト共ニ患者ヲ左ノ方法ニ依リ警察部ニ直送スヘシ但シ途中直送シ難キ事項生シタルトキハ護送巡查ヨリ其他ノ警察官署ニ患者ノ送致方ヲ引継クコトヲ得

- 一 患者ノ所持金品ハ可成各本人ニ携滞セシムルコト
- 二 患者ヲ船車ニ依リ送致スル場合ニ於テハ予メ其ノ人員及出發日時ヲ駅長又ハ船長ニ通知シ可成一般乗客ト隔離セシムルコト

この規定は、療養所への患者輸送の際に限定された、期間を指定した上での規定である。

1-2. 「癩予防」関連法規における「治癒」規定

次に、「癩予防」関連法規における「治癒」規定について、みてみよう。これも、この方面に通曉している研究者には自明なことであるが、この法律用語も、伝染病予防関連法規の変遷の過程で構築されてきた法カテゴリーである。

「治癒」規定は、1878年達「虎列刺予防心得」の「遮断」規定の第5・16・23条を端緒に、1879年達「虎列刺病予防假規則」の第10・12・13条、1980年の「傳染病予防規則」の第8条などに継承されていったが、管見の限り、そして1887年布告「伝染病予防法」(法律36号)では、削除されていたようである。有効な治療法がなかった当時のハンセン病は、長期間の療養を必要とし、療養所での治癒が困難であったため、国が定めた法の準位で「治癒」の件は省略されたのかもしれないが、何故に、「治癒」の文言が沖縄縣をはじめとする地方制度に盛り込まれたのか、この点の解明は、今後の研究課題の一つである。取り分け、地方制度が、どの様にして発議され、成文化されてきたのか、その過程の中で、明治政府や内務省令衛生局との関係が、具体的に明らかになれば、地方制度がどの程度、当該地域の事情を反映させることができたのか、あるいはできなかったのかが、視えてこよう。

以上より、1907年法を軸に、「癩予防」関連法規以外の伝染病予防関連法規との関連からみると、「療養ノ途ナク且救護者ナキ」ハンセン病患者を対象にした1907年法は、「行旅病人及行旅死亡人取扱法」(1899年3月28日公布)を「準用」する点で、救恤的性格を持つ点が、その連続性として、確認できる。また同関連からみた1907年法の相対的位置は、急性伝染病の処遇方とは異なり、「遮断・隔離」の必要はなく、この点で、「癩予防」関連法規は、ハンセン病患者の強制収容や隔離を必ずしも前提とした法規ではない点が指摘できる。

さて、上述以外に、指摘できる点は、療養機関がなかった当時の沖縄社会において、1907年法「施行細則(沖縄縣)」第6・7条の消毒規程は、病者と「健康者」の雑居に阻まれ、機能していない点がいくつかの公文書から窺える¹⁾が、1907年法「施行手続(沖縄縣)」には、第14条に救護費用の用途が示されており、当時のハンセン病患者とその患家への救恤の役割を担いうる現実性が読み取れる。

2. 主題Ⅱ：沖縄社会の「癩予防法」のあり様の解明

主題Ⅱの「沖縄社会の『癩予防法』のあり様の解明」は、主題Ⅰを踏まえて、1907年法と、それを改正した1931年法、および両法の「施行規則」の連続性と不連続性を追ひ、それぞれの法理を比較して、各条文の変更等を詳細に追った上で、これまで得られた沖縄ハンセン病研究の知見を解釈枠組に、1907年法および同法を改正した1931年法に関わる沖縄県の地方制度であるそれぞれの「施行細則(沖縄県)」と「施行細則(沖縄県)」の変容を、照射する試み(中村2018)であった。

1907年法の収容規定は「癩患者ニシテ療養ノ途ヲ有セス且ツ救護者ナキモノ」を対象とした救恤的な入所規定であったが、1931年法では「癩患者ニシテ病毒伝播ノ虞アルモノ」と、病態診断を前提にした入所規定に変更された。この変更の背景には、国立療養所の増設という事情があった。他方、1931年法「施行規則」第2条第3項では患者・同伴者・同居者の「一時救護」規定が残され、〈病毒伝播ノ虞ナク療養ノ途ヲ有セス且ツ救護者ナキモノ〉の収容も、可能であったと考えられる。また、1931年法では、「従業禁止」規定(第2条ノ2)が新設され、患家の経済問題が出来ることになるが、この件については「生活費ノ補給」(第6条)が新設され、1907法同様、在宅療養の途が残された。更に「生活費」の廃止・停止・減額の件で、1931年法「施行手続(沖縄県)」第9条等で、療養所からの「退院」規程、「治癒」規程も残され、1907年法の救恤的性格は継承された。1931年法「施行手続(沖縄県)」第14条2号において、「一時救護」の「費用」は、「行旅病人及行旅死亡人取扱手続」(大正7年9月沖縄縣訓令甲第21号)第7条規定が「準用」され、「小屋掛」の費目が残された点からは、1907年法下での〈療養ノ途及救護者アルモノ〉の扶養義務者による引取拒否時、更には1931年法下での〈病毒伝播ノ虞ナキモノ〉の引取拒否時に、各シマが定めた〈隔離所〉での小屋掛が、法上、可能となる。こうして、当時の沖縄県は、「第五区九州療養所」への収容が法的に保

証されたが、収容者は少なく、1910年に始まったこの方途は1929年に廃止された。以上を踏まえると、在宅療養、及び〈隔離所〉とそこからの放浪という当時の沖縄病患者たちの3つの生活層の現実が、「癩予防」関連法規・地方制度からも、窺える。

3. 主題Ⅲ：結核・マラリアに関する沖縄県の医療対策・体制と病者の諸現実の解明

主題Ⅲの「結核・マラリアに関する沖縄県の医療対策・体制と病者の諸現実の解明」は、まず、結核から着手した。慢性伝染病としてともに分類される「癩予防」関連法規と結核予防関連法規との法理上のネクサスを照射し、特効薬がなかった当時は難病だったハンセン病と結核の療養形態から、両予防法関連法規上の「清潔方法・消毒方法」がもつ現実的な意味を考察する試みとなった。

3-1. ハンセン病と結核のネクサスについて ——「結核予防」および「癩予防」関連法規の連関

戦前期の結核および「癩予防」関連法規の法的構造と法理の比較・検討を行い、更に予定外ではあったが、「本土」復帰後の沖縄県時代の、琉球政府下での結核および「癩予防」関連法規の法的構造と法理を追ひ、「本土」のそれらとの比較・検討を行った(中村2020)。

まず、結核予防関連法規は、「癩予防」関連法規と、追いつ追われつの仕方でも公布され、更に両病とも、常在型の慢性感染症である点で、両病関連法規には類似した規定が並び、更に同じ様な仕方での改正を繰り返してきた。複雑ではあるが、まずこの件を概観しておこう。まず、1904年2月4日、所謂「痰壺法」と揶揄された「結核予防ニ関スル件」(内務省令第1号)が公布された。同法は、「清潔方法・消毒方法」にのみ関わる規定から成り、罰則規定(第7・8・9条)をもつ。1907年には、「癩予防ニ関スル法律」が公布され、「癩患者ニシテ療養ノ途ヲ有セス且ツ救護者ナキモノ」の療養所への救恤的な収容規定と〈癩患者ニシテ療養ノ途ヲ有スルモノ〉の扶養義務者への「引取」(私宅

送致)規定が盛り込まれた。1909年には、全国を5つのブロックに分けた「府県立連合療養所」が開園され、沖縄県には、「第五区九州療養所」が割り当てられた。その後、大正期の1919年3月28日に「結核予防法」(法律第26号)が公布された。まだ結核療養所が未整備の時期に公布された同法は、「医師届出」規定を持たず、従業先での「健康診断」を義務化(第4条第一項)し、同条第2項で「結核患者ニ対シ業態上病毒伝播ノ虞アル職業ニ従事スルヲ禁止スルコト」と従業禁止規定が盛り込まれた。この件に関して、1919年10月22日公布の「結核予防法施行令」(勅令第450号)の第13条で、従業禁止に伴う「生活費」の「補給」規定が盛り込まれた。「結核予防法施行令」のその条文は、以下の通りである(下線・太字は筆者による)。

第十一條 北海道地方費又ハ府県ハ勅令ノ定ル所ニ從ヒ第四條第一項第二号ノ規定ニ依ル**従業禁止**又ハ第七條第一項ノ規定ニ依ル**入所ニ因リ生活スルコト能ハサル者ニ対シ其ノ生活費ヲ補給スヘシ**

更に、結核患者が居住していた「不良ナル建物」、即ち不良衛生住宅の「使用ヲ制限」する代替措置(第5条)として、その「損害」に対する「補償金」制度が定められた。1919年10月22日公布の「結核予防法施行令」(勅令第450号)では「補償金」の規定(第1・2・3・4・17条)をはじめ、結核療養所「入所ノ費用」(第6・7条)、療養所への「国庫補助」(第8・9・10条)が、それぞれ定められた。

療養所未構築の時期の「結核予防法」に特徴的なのは、「癩予防ニ関スル法律」と同様、「公共団体又ハ公益法人」(第9条)に療養所構築を促す規定(第8・9・10)である。更に、公共団体からの「療養ノ途ナキ結核患者」の既設結核療養所への「委託」規定(第10条)も、みられる。

他方、「癩予防」関連法規と結核予防関連法規との相違点の一つとして、「医師届出」の件がある。1907年法も1931年法も、それらの第1条で、ハンセン病と診断される患者・死体の「医師届出」

規定が定められていた「癩予防」関連法規に対して、結核予防関連法規では、政府、外郭団体、医師会等の利害対立により、「医師届出」規定が空白のまま1904年に「肺結核予防ニ関スル件」が公布されて以降、1919年の「結核予防法」公布まで、この規定は盛り込めなかった。従って、法案の数でも、政府案に対して山根正次案しか提出されなかった「癩予防」関連法規の制定過程²⁾に比して、結核予防関連法規のそれは、政府(「保健衛生調査会」)および外郭団(結核予防連合会等)から七次案を経た上で、漸く議決をみた³⁾。この点で、両者の成立過程は大きく異なる。この背景には、法案提出時点から、その第一条条文として「医師届出」規定が盛り込まれたことに何の疑義も呈されぬまま法案を成立させた「癩予防法」と、この点が厳しく問われた「結核予防法」との温度差は、「癩」と結核との〈病のスティグマ〉のあり様の相違であると考えられる。しかしその一方で、病者数が一千人台を推移したハンセン病と、それを一ケタ上回る万単位での推移を示した、ハンセン病と結核の病者数の相違という点が考えられる。ライ菌よりも感染力の強い結核菌は、国力低下へのリスクを内在させている。病の深刻さと、医療関係者の、経済を含む利害の対立を惹起せしめた状況が、もう一つの背景であったといえよう。こうした点が、法制化の過程に反映されていたとみることができる。

ところで、「癩予防」関連法規との関連から「結核予防法」を捉える本研究の視座からすると、最も興味深いのは、「結核予防法」の法的対象が、「結核患者ニシテ療養ノ途ナキモノ」(第6・7・10条)と「結核予防法」第4条第2項「結核患者ニ対シ業態上病毒伝播ノ虞アル職業ニ従事スルヲ禁止スルコト」即ち〈病毒伝播ノ虞アル結核患者〉という法的カテゴリーが同居している点である。1937年4月5日の改正「結核予防法」(法律第41号)で、この点は、正確にいうと、「第十条中『療養ノ途ナキ結核患者』ヲ『環境上病毒伝播ノ虞アル結核患者』ニ改ム」とされているが、既に改正前の「結核予防法」に、〈病毒伝播ノ虞アル結核患者〉と

いう法的カテゴリーが、先取的に登場して、従業禁止と「生活費」の「補給」の各規定と連動している。そして、この流れは、1931年公布の改正「癩予防法」第2条ノ2および第6条にも適用された。この点でも、改正された「結核予防法」と「癩予防法」は、法上、同じラインを走っていたことになる。

ここで留意すべきは、改正前の「結核予防法」に内在している〈予防法〉としての論理的な構造、換言すれば、法制化がなされる際の、その基底にある特定の利害状況の構造連関structural relevanceである。即ち、それは、改正前「結核予防法」という一つの法体系の内に、〈療養ノ途ナキモノ〉と〈病毒伝播ノ虞アルモノ〉という、結核および「癩予防」関連法規の法体系では、各々「改正」という仕切り直しにより、切断され、削除されることになる項＝〈療養ノ途ナキモノ〉と、それに取って代わるかたちで新たに接続され、更新されることになる項＝〈病毒伝播ノ虞アルモノ〉が先取りされて、両立している点である。〈療養ノ途ナキモノ〉の療養所への収容規定は、保護を必要とする利害状況に対する〈救恤の論理〉であるのに対して、〈病毒伝播ノ虞アルモノ〉の療養所への収容規定は、予防を必要としている健康者への配慮(この配慮は国力の減退という国の利害のいわば「隠れ糞」に地続きである)という利害状況を反映させた〈健康者の論理〉(即ち、感染者数が多い以上、結核の放置は人口減につながる国力の危機というリスクを内在させてもいる健康者の論理)であり、換言すれば、これらは〈救恤の論理〉と〈予防の論理〉といえよう。両者の関係は、既にみてきたように、法上、療養所の構築問題が背景にあった。療養所の収容力が増せば、〈救恤の論理〉は〈予防の論理〉へと変容していく変遷の過程が、結核および「癩予防」関連法規の改正にも、確認できる。この点を踏まえるならば、改正前「結核予防法」は、療養所の収容力に問題を残す時期での予防法であること、そして、それ故に、〈救恤の論理〉と〈予防の論理〉の双方を抱え込まなければならない法的な利害状況の

最中に置かれていたといえよう。この意味で、改正前「結核予防法」は、〈過渡期の予防法〉といえることができる。

しかし、それだけではなく、改正前「結核予防法」には、ホームレス状態での「療養」でも療養所での療養でもない、むしろ、それらの前提的位相にある療養のあり方も、踏まえられている。それは、改正前「結核予防法」第二条の「消毒其ノ他の予防方法」規定から窺うことができる在宅療養という療養のあり方である。慢性感染症は、急性感染症の様な厳格な「消毒方法」は、必ずしも必要なく、むしろ「清潔方法」の方が必要不可欠であると考えられるが、それはともかく、「清潔方法・消毒方法」は、在宅療養をする際に、必要となるアイテムである。逆にいうと、在宅療養が可能になるためには、家庭内での「清潔方法・消毒方法」の遵守が必要となる。この点を鑑みると、療養所構築が不十分の状況下で、病の経過が緩慢で、療養生活が長期化する常在型の慢性感染症の場合、在宅療養という途を、ポピュラーな療養形態となさしめるためには、「清潔方法・消毒方法」の遵守が必要になる。当時の国家権力からすると、この選択肢を確保し、患者を路頭に迷わせて感染を拡大させる方途だけは回避したいという利害関心があったとすれば、改正前「結核予防法」には、〈在宅療養の論理〉が必要になる。それ故、慢性伝染病という文脈において、「清潔方法・消毒方法」は、〈在宅療養の論理〉ということになる。

この様に考えることができるのなら、改正前「結核予防法」には、〈療養ノ途ナキモノ〉〈病毒伝播ノ虞アルモノ〉に加えて、「清潔方法・消毒方法」の遵守に基づく〈療養ノ途アルモノ〉の三者の利害状況を前提とし、そこから同法体系には、〈救恤の論理〉、〈予防の論理〉、〈在宅療養の論理〉といった相互に異なる法理が、共在化・混在化されて、法制化されたとみることができよう。そして、これらを抱え込む点にこそ、常在型の慢性感染症に関わる〈予防法〉の特性があるのではないだろうか。

さて、結核やハンセン病といった療養生活が長

期化する慢性感染症の患者とその患家にとって、もう一つ大きな問題は、経済問題である。従業禁止規定の命令を待たずとも、結核の場合、多くは労働力喪失の事態となることを鑑みると、経済上の生活保障は、法的に必要であろう。そうすると、「生活費」の「補給」や結核の場合の「補償金」の支給もまた、慢性感染症に関わる予防法の上で、一つの特性となるとみることができよう⁽⁴⁾。

沖縄県での結核予防法関連地方制度は、「明治37年3月14日沖縄縣令第7号 肺結核予防ニ関スル施行細則(沖縄縣)」の検索のみに留まったため、統計資料(稲福編1979)、沖縄の結核予防外郭団体の資料、個人史的な記録等(与那原1983)で、旧「沖縄縣」下および沖縄県下の結核罹患率と、結核医療行政の展開を追い、病者扱方を照射する方法論をとった。近世沖縄の結核は、明治初期に「本土」からの移住者により持ち込まれ、1890年以降、「本土」出稼女工により沖縄本島の農村部に蔓延し、それが都市部にも広がり、大正期以降、「本土並」の結核死亡者数に至ったが、沖縄戦でこれらの大部分が命を落とした。しかし、このことにより、結核が消長したのではなかった。

戦後、戦場経験・復員・「アメリカ世」への移行に伴う「本土」からの帰還などにより、沖縄県下の結核罹患率は再び上昇したが、沖縄の貧弱な医療機体制を克服すべく、「公衆衛生看護婦(公看)」を介した外来医療体制を構築したところ、これが功を奏し、1970年代に入り、沖縄県下の結核消長は「本土」よりも早く迎えた。

こうした沖縄の結核疾病史は、同地におけるハンセン病の経過と平行である。ハンセン病も、アメリカ統治下の琉球政府において、WHOのハンセン病対策を踏まえた在宅医療制度が八重山を中心に展開され、功を奏した。

以上を踏まえると、沖縄の結核とハンセン病には、興味深いネクサスが横たわっているとみることができよう。戦後沖縄の結核治療は無償であったが、患家によっては、投薬拒否、病者を隔離小屋においたり、公看を拒否したり(与那原1983:31-54)、「本土」への病者送り出しがあった点(与那原

1983:54ff)は、戦前のハンセン病の現実と重なる。また戦後沖縄結核患家の中には、給付された薬(アイナ、パス等)を売却するという現実もあった⁽⁵⁾。

3-2. マラリアについて

沖縄本島区・宮古群島区・八重山群島区におけるマラリアに関する研究は、新型コロナウイルスの蔓延により、沖縄県での調査が不可能となってしまった。止むを得ず、手持の文献・資料により、その病態および発生の生物学的機序を理解するための基礎を固めたが、それらの詳細な実態を追うところまでは到達できていないことから、2020年度繰越承認を受けた。

宮古群島区・八重山群島区で流行した熱帯風土病の感染症・マラリアであるが、八重山では、当時、日本の植民地下台湾での「臺灣伝染病予防規則」(1889)を踏襲した医療対策を進め、1926年6月21日「マラリア防遏規則(沖縄縣令第20号)」、同年6月23日「マラリア防遏所事務規則(沖縄縣訓令第10号)」を発し、「伝染病予防法」で規定された「衛生組合」に倣う仕方でも、八重山群島区の各地域に「マラリア予防組合」を組織し、強制的な検診(強制採血)とキニーネの強制投与を開始した。〈強制〉を含むマラリア対策は、ある意味では、所謂「強制収容・隔離」といったハンセン病罹患者の処遇と、「同等」の苛酷さがあったと予測される。この点を一つの「補助線」に、ハンセン病の罹患可能性も、マラリアのそれも(あるいはそれ以外の疾病に対しても)、共に開かれているという社会的現実から、当時の沖縄ハンセン病問題を相対化させることが出来るのではないかと、という問題意識から、考え出したのが、主題Ⅲであった。そして、八重山で、なぜこのような強制的な医療対策が成立したのか、という点に、素朴な疑問を抱くと同時に、ハンセン病罹患率が決して低くなかった当時の八重山群島区の社会的現実の諸相を追い、そのような事態を出来せしめた要因を探ることで、当時の八重山社会を照射したいという問題関心があった。

4. 主題Ⅳ：沖縄疾病史の中のハンセン病の歴史的 的位置とその消長の「戦後30年の遅れ」

これまでの展開の整理からはじめよう。

戦前の「癩予防」関連法規は、ハンセン病への隔離政策の元凶とみなされているが、これらに「隔離」規定はなく、伝染病予防法に「隔離・遮断」規定が存在するが、それは一定の期間に限定された規定であった。逆に「退所」規定や「治療」規定が沖縄県の「癩予防」関連地方制度にあり、更に「救護費」費目規定には小屋掛費があり、各シマでの隔離所構築が可能である。これらは救恤性を有する規定であるが、ここから当時のハンセン病患者は、青木恵哉が記述した通り、「自宅」療養・隔離所・放浪という三層の生活スタイルが帰結した(青木1972:86)。

他方、戦前の沖縄社会には、暫時的に急性伝染病が猖獗したが、ハンセン病は明治期以前から推移してきた常在型感染症であり、結核は大正期から猖獗し、常在型感染症となった。また宮古・八重山には熱帯風土病のマラリアが猖獗を極めた。疾病研究は、一つの疾病について掘り下げる抽象を行うが、当時、現地で生活していた人たちは、これらの感染リスクの中で生活しており、2つないしそれ以上の感染症や疾病を抱える人たちも実在したと考えられる。

さて、八重山では、マラリアに対して、強制採血、キニーネの強制投与という過酷な強制医療対策が採られた。マラリアの強制医療対策は住民の反発を招来し、コレラの来襲時には病者の遮断や隔離が為されたが、いずれもハンセン病の様な医療訴訟は行われておらず、これらの強制的な医療対策は、患者や患家から、「正統化」されているといえよう。しかし、ハンセン病だけは、強制的な療養所入所と療養所への隔離等を理由に、その医療対策が、正統化されず、国賠訴訟に付された。その一端は戦後の全患協の運動展開にあったと考えられるが、沖縄県下のマラリア・結核の件では、こうした法的问题が生じなかった。この相違を考察に付すためには、マラリア、そしてハンセン病と同じ療養機関の長い慢性感染症にして、大正期

より常在型感染症と化した結核を、一つの「補助線」に、ハンセン病問題の諸現実を関連づけて、相対化させる考察が必要となる。

この三つの疾病には、共通性と、疾病間の病態上の相違に起因する社会的リスクの問題が、横たわっている。

八重山群島区のマラリアは、八重山(土地)開発に起因する「開発病」であり、新開地への入植により猖獗を極めた。熱帯性マラリアの致死率は高く、西表島では入植廃村が相次いだ。人の移動が感染を拡大させるので、有病地への移動は法的に制限された。マラリアは八重山開発の疎外要因であり、かつ致死率が高いという社会的リスクがあるという社会-経済的背景が、島ぐるみでのマラリア撲滅を動機づけたため、一部の反発はあったが、台湾でのマラリア対策を基礎にした強制的な医療対策を許容せざるを得なかった面がある。

それまでの沖縄県は結核未感染地域であったが、明治期に、沖縄からの本土出稼ぎ紡績女工が現地で罹患して帰郷したため、明治30年代より、これらの労働力を輩出した沖縄本島農村部から、感染が拡大し、明治後期には全国平均より高い結核死亡率となり、大正期には全国上位に至った。結核の病態上の特徴は、同じ慢性感染症のハンセン病と同様、長期の療養期間が必要であること、結核の患者数は、ハンセン病患者数に比して、一桁の相違があるほど多かったという事実性の2点にある。

明治30年代以降、罹患者数が1000人以下を推移してきたハンセン病に対して(稲福編1979:131)、同期の結核死亡者数が1000人前後、大正・昭和初期は1200人前後と(稲福編1979:93)、ハンセン病罹患者数と結核死亡者数がほぼ同じような傾向にあり、ここから万単位での結核罹患者数の推移が推測される。それ故、結核に対応するにはかなりの医療予算に基づく医療対策が必要になるが、沖縄県はそれを調達できなかったため、結核罹患者の在宅療養の現実を帰結した。この点は、ハンセン病患者の現実と重なる。だが、ハンセン病患者の場合、極秘の在宅療養が周囲に知られると、シ

マが定めた隔離所行きとなり、患家からの支援が途絶えると物乞いに出ざるを得なくなる過酷な現実があり、この点で、在宅療養が継続可能な結核罹患患者とは異なる事情があった。これは、結核とハンセン病の〈病のスティグマ〉の相違とみることができる。他方、患者数が少ない分、ハンセン病療養所が、結核のそれよりも先に構築された面がある。しかし、そこには、スティグマだけでなく、感染力の強い結核とそうではないハンセン病という病態上の相違に加え、患者が多いが故の経済問題としての結核の放置と、必ずしもそうではなかったハンセン病との間には、当時の沖縄県が置かれていた社会－経済問題という社会構造的な局面が横たわっている。即ち、そこには、結核の拡大に伴う沖縄社会の、医療経済の逼迫と労働力の自失という沖縄経済のリスクが、横たわっている。

当時の沖縄社会にとって、マラリアと結核とハンセン病は、克服すべき疾病だとして、熱帯性マラリアの致死率は八重山社会の喫緊の、そして結核は沖縄本島社会の漸次的な、社会的リスクを伴う点で、そうしたリスクが少ないハンセン病とは、疾病に関する意味づけが相違をみせると考えられる。かなり周到的な医療対策が立てられたマラリア。遅ればせながら療養所を持つことになったハンセン病。そして放置せざるをえなかった結核。疾病を取り巻く社会的な利害状況の相違が、ここに出来している。

この三疾病の消長は、沖縄戦前には、達成できなかった。そして、沖縄戦は、これらの罹患患者たちの生を奪ってしまった。戦後は、「本土」からの帰還という社会移動により、再び様々な急性伝染病、慢性感染症が、猖獗しはじめた。その中で、三疾病の消長は、アメリカ占領により、転機を迎え、WHOの医療政策のもとで、それぞれほぼ同じ時期に、消長した。犀川和夫は、「本土」と比して、ハンセン病は「約30年の遅れをとった」消長であると指摘したが(犀川 1999:201)、沖縄疾病史において、この三疾病は、三様の「戦後30年遅れ」の消長という点に、収斂したということがで

きるのではないだろうか。

註

- (1)例えば明治42年7月29日沖縄縣訓令乙第29号「癩患者診断処置ニ関スル件」、明治43年4月9日沖縄縣論告第1号「癩予防注意ノ件」など。
- (2)この件に関しては猪飼(2016:63ff)を参照のこと。
- (3)この件に関しては青木(2004:141ff)を参照のこと。
- (4)こうした生活面での福祉的課題については近藤(1932)第7章に詳しい。
- (5)これらの点に関しては、与那原(1983)を参照のこと。

参考文献

- 青木恵哉(1972)『選ばれた島』新教出版
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
稲福盛輝(1995)『沖縄疾病史』榕樹書林
稲福盛輝編(1979)『沖縄の医学(医学・保健統計資料編)』考文堂
沖縄県ハンセン病証言集編集総務局編編(2006)『沖縄県ハンセン病問題証言集 資料編』沖縄愛楽園自治会
小栗史朗(1981)『地方衛生行政の創設過程』医療図書出版
尾崎耕司(1997)「1879年コレラと地方衛生政策の転換——愛知県を事例として」、『日本史研究』第418号
尾崎耕司(2005)「衛生組合に関する考察——神戸市の場合を事例として」、『大手前大学人文科学論集』第6号
尾崎耕司(2015)「医制再考」、『大手前大学人文科学論集』第16号
遠城昭雄(2015)「伝染病・都市社会・衛生組合——明治期の仙台を事例として」、『史淵』第151輯
近藤宏二(1932)『人體と結核』岩波新書
犀川和夫(1999)『ハンセン病政策の変遷——附沖縄のハンセン病政策』沖縄県ハンセン病予防

協会

- 竹原万雄(2020)『近代日本の感染症と地域社会』
清文堂
- 谷口直人(1998)「『伝染病予防法』の制定過程—
—内務省公衆衛生行政の構想と展開」、内務省
研究会編『内務省と国民』文献出版、所収
- 中村文哉(2017)「関連予防法下における「癩豫防
ニ關スル法律」の法理——コレラ・伝染病・「癩」
と地域社会」『山口県立大学社会福祉学部紀要』
第24号
- 中村文哉(2018)「癩豫防」に関する二つの法律と
沖縄社会——「癩豫防ニ關スル法律」・「癩豫防
法」および各「施行規則」と沖縄社会」『山口
県立大学社会福祉学部紀要』第25号
- 中村文哉(2019)「愛楽園開園以前の沖縄ハンセン
病患者たちの現実と青木恵哉」『解放社会学研究』
第33号、日本解放社会学会
- 中村文哉(2020)「戦前期の「癩」および結核予防
関連法規のネクサスについて——沖縄本島下の
ハンセン病と結核」『山口県立大学社会福祉学
部紀要』第26号
- 中村文哉(2021)「近代日本における伝染病公衆衛
生の展開と地域社会」『社会事業史研究』第60
号
- 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
- 与那原節子(1983)『沖縄の保健婦——結核との戦
いの軌跡』保健同人社

Sociological Studies on some Realities of People with Hansen' s Disease in Modern Okinawa Island : View from the Nexus between Some Prevention Laws and Social Realities

NAKAMURA Bun'ya

The follow is our three conclusions. First, even though the Prevention Law for Hansen disease at 1907 and 1931 have been regarded as a symbol of infringement of patient's human rights, these Laws were not specified the term "segregation", which made possible to survive patients with Hansen disease in Okinawa Island. These Laws had been included some relief measures. Second, we consider comparative research on Okinawan medical history of three infectious disease: Hansen disease, Tuberculosis, and Malaria.

The following is common ground of three diseases, which came to the end after the Okinawan reversion at 1972, owing to "American medical benefits". These diseases has each own medical conditions and social interests before Okinawan war. In general, Okinawan medical institution was very scarce at that time. In Okinawa society, people with Hansen disease and Tuberculosis were possible to be recuperation at home, because sanatorium for them had not been constructed. For only the people with Hansen disease, however, it was possible to recuperate at home until disclosing infection. From the viewpoint of social stigma, the people with Hansen disease was inferior to the people with Tuberculosis. The people who disclosed infection with Hansen disease had to usually run away from home, then lived at refugee's camp in Okinawa.

On other hand, socio - economical risk was immanent in Tuberculosis and Malaria, because their infection would decreased to the population of industrial workers. As especially toropical Malaria had high risk to die, many cultivate villages were broken at Iriomote Island. As Malaria prevented from exploitation and economy in Ya-eyama, the Island people decided to introduce into the compulsory Medical policy for Malaria. This policy derived from medical practice in Taiwan. Though the Ya-eyama medical institution for Malaria was nearly finished, it was not possible to exterminate before Okinawan War. It was been increased infection with Tuberculosis at rural area in Okinawa Island. To the contrary, because of the number of inpatients with Tuberculosis had been amounted to ten thousand degree, it was not possible to construct the medical policy before Okinawan War. Compare Hansen disease with Tuberculosis and Malaria, the number of inpatients with Hansen disease was low score (about 1000 inpatients), and the social-economical risk was small. The construction of sanatorium for inpatients with Hansen disease was preceded to Tuberculosis. Third, in this research, our hypothesis schema 《state - region - patient and home》 was direct from the history of constructing processes of institution for public health. The political power of state is not direct to patient, but is mediate by region. It is important to construct the managing system of relationship between region and patient, because of the medical policy for infection is not functional without voluntarily corporation from regional institution and patient.

Keywords : Leprosy Prevention Law, Tuberculosis Prevention Law, Malaria, Medical Policy for Infectious Disease, Okinawan Society