

五 総括

まず、「癩」の家筋認識の成立と展開について。「癩」が家筋であるという認識は、医学書や在地の史料の中に17世紀後半から登場する。やがて18世紀には浄瑠璃の中にもこの意識が確認できるようになり、庶民レベルにまで広がっていったことがうかがえる。

それは医学理論として見たとき、中国医学とは異なる日本近世医学独自の展開であった。日本医学と社会がこの時期に「癩」を「家」に伝わる病と考えたのは、ひとつには中世に比して患者数そのものが減少し、「癩」の家族性発病傾向が目立ったためだろう。さらに17世紀後半以降、社会全体が「家」という枠組みで人を掌握する傾向が定着していったことも影響した。

「癩」をめぐる差別意識については、17世紀末には、「癩」を「天刑病」と表現する医学書が登場し、また17世紀後半以降、「業をさらす」という考え方が生まれたことを確認した。やがて18世紀に至っては、「業病」「天刑の病」「三千の仏神人に憎まれたる業人」という言葉が、浄瑠璃の中で用いられるようになった。これらのことから、「癩」の「業病」観は17世紀末から18世紀にかけて、医者の間でも庶民レベルでも、定着、深まりを見せたと考えられる。この時期、都市を中心に「癩」患者の数が減っていたことが、むしろ「癩」に対する特殊視、偏見と排除の意識を拡大させたように見える。

また「天刑病」・「業病」という言葉の普及が、「癩」を家筋とみなす考え方の普及の時期と重なるのは、「天刑」や「業」が、「癩」はいったん「血脈」にとりつけば子々孫々にまで渡り、不治であるという認識と不可分であったことを示唆する。「前世の業」という中世以来の宗教的「癩」病観と、近世社会で普及した「家」に伝わる病という現世的・医学的理解とが一体化して、新たな近世の「業病」「天刑病」観が形成されたのである。

差別意識には都鄙の差も確認できた。先に見たように片倉鶴陵は、田舎では「癩」の子孫との婚姻を拒否するが、都市では少ないと述べている。これは都鄙における「家」に対する意識の違いや、浄瑠璃などを通じて観念のレベルで「癩」に対する差別意識が刷り込まれているものの、都市生活の中で「癩」患者との接触が殆どないため、「癩」に対する現実感が希薄であったことなどが背景にあるだろう。また前掲松田源徳『治癩訓蒙』（1886年）が、「下等社会」は「癩」患者の結婚も「珍事」ではないと述べているのは、差別意識には身分・階級による違いもあったことを示唆している。

差別意識に地域や身分・階級による差異があったように、「癩」患者の生活形態も一括りで論ずることはできない。ただ、物吉や「癩」身分に編成された人々は、数としては少数派である。患者は「家」で扶養されることもあれば、共同体が援助の手をさしのべる場合もあり、またその逆に共同体によって遺棄されることもあった。排除の度合いは、基本的には家筋というレッテル・経済的負担・病状を、「家」や共同体がどう受け止めるかによって決まる。

明治期、医師後藤昌昌が、従来患者は家庭で幽閉されるか巡礼に出るしかなかったと排除を強調し、同じく医師佐伯理一郎が、かつて京都で「癩」に罹っている医者や人々が平気で会食していたと非難するような、相反する言説が見られるのもここに所以する。いずれにせよ近代のように伝染を盾にした絶対的排除の論理が働かないため、排除の仕方も例えば「癩者」の勧進が町中で行われ