らいに対するらい患者の考え方

——北部インドにおけるらい患者の分析——

尾　坂　良　子

Leprosy Patients Views on Leprosy

——An Analysis of Leprosy Patients in Northern India——

Ryoko OSAKA

ABSTRACT : A survey was conducted by direct interview of patients visiting the Leprosy Patients Welfare Society Old Mahapalika building in Agra city, U. P. State, India, from the end of July to mid-August, in both 1984 and 1985, for a total of 6 weeks.

The purpose of the survey was to observe and analyze the extent to which differences in religion, education, and location of residence influenced individual attitude toward leprosy.

Interviewed were a total of 705 people. The male-to-female ratio was 4:1, with both males and females being predominantly of productive age. The Hindu-to-Muslim ratio was 3, 1:1.

Among those interviewed, 77. 0% were residents of rural arers. The illiteracy rate was 71. 6%; this ratio was especially high in those from rural areas.

About half the subjects believed the cause of leprosy to be uncleanness of the blood; this was especially so among young children of elementary school. The next most common belief was that curse was the cause, followed by fate.

Both Hinduism and Muslim strongly influence lifestyles and consciousness from birth to death, and belief in the after-life.

Especially in the field of public education concerning leprosy, general health and hygiene education are the basis of all hygienic activities, however, adequate consideration must also be given to such factors in leprosy as traditional customs and prejudices.

Key words : idea for cause of leprosy, northern India, religion, education, direct interview technique.

京都大学医療技術短期大学部看護学科
Division of the Science of Nursing, College of Medical Technology, Kyoto University.
1986年7月22日受付

はじめに

人間にとって，あらゆる面でその健康状態を維持しつづけることは，一つの大きな希望であり，かつ目的であろう。しかし，現実には人間が外界，内部よりの種々な原因によって疾病に侵され，やむをえず健康でない状態に甘んじなければならないのも，また，極めて屢々起りうる現象でもある。

長い人類の歴史はこの意味で健康を維持しつづけるため，疾病の排除と予防への絶え間ない努力であったといえよう。特に近代文明の発達した社会においては健康問題に関してのあらゆる研究がなされ，健康そのものの解明に向って力が注がれている。

一方，このような健康状態を脅かす疾病に対する一般の人々の考え方は，特にその社会の文明化程度，文化の特性によって著るしく影響をうけるものと考えられる[1]。多くの現象としての疾病の本来的原因が不明であった時代においても，人々は疾病にそれぞれの原因を想定し，かつ，その原因を排除することに可能な限りの努力を傾けてきた[2]。これが看護・医療がその発展段階としてもつ本来的な姿であろう。

本報では疾病のなかでも，長い複雑な歴史的背景をもつ Leprosy を通して，その原因についての患者のもつ考え方を，特に北インドのある地域に限って調査し，考察した。

この問題をインドにおける文化，社会との関連において把握することは，らい医療を考える時，患者のために実施される種々な保健教育の基礎に対して多くの示唆を与えるものであろう。それは更に患者の居住する地域，属している文化の特性，ことに宗教の影響を明瞭に示すものと思われる。

対象および方法

1984年と1985年のいづれも7月下旬から8月中旬にわたる計6週間，インド，U.P. 州，アグラ市に滞在し，アグラ市郊外に位置する Leprosy Patients Welfare Society Old Mahapalika building において外来受診のため来所していたらい患者より無作為に抽出した705名を対象者とした。

調査方法は診療前か，診療後の患者に対して，面接による直接聞き取り方式によった。

調査内容は対象者の性別，年齢，宗教，職業，教育，居住地域，疾病と保健行動（食生活，家族と子供等），病状と受療行動（民間療法，受療の考え方等），本疾病の原因に関する考え方，その他であった。

特に本報の主題である“らいという疾病”の発病に起因する考え方については，回答に制限を加えず重複する回答の内容をそのまま採用した。

本報では対象者をヒンドゥー教徒（以下 H 群とする），回教徒（以下 M 群とする）に分け，更に教育の程度や居住地別の相違など各々の因子が，対象者の考えている疾病としての，らい病の原因についての考え方に，どのような影響を与え，また，それを修飾しているかを考察，検討した。

結果と考察

1．対象群の特性

対象者は705名で男性567名，女性138名その性別比は 4：1 で男性の比率が高かった。本報では男女別にわけて検討はしなかったが，それは女性数が少なかったためと，同一環境下では本主題に関して特に男女間に差が存在するとは思われなかったからである。

対象者の年齢は9才以上で，全体として20才後半から40才前半にかけて多かった。このことは男女共に青壮年の生産年齢層の占める割合が高いことを示しており，本疾病は社会経済的に大きな影響力を持ちつづけているといえよう[3]。

宗教的にみると，H 群534名，M 群171名でその宗教比は 3：1 であった。インド全体ではヒンドゥー教徒82.7%，回教徒11.2%であり，これはおよそ7.4:1に相当する[4]。従って，本対象者のM群の比率はインド国全体に比して高

Table 1　Distribution of patients according to age, sex and religion

religion / age / sex	Hindu		Muslim		Total		
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	total
5 — 9			1	1	1	1	2
10 — 14	7	4	3	1	10	5	15
15 — 19	22	3	7	1	29	4	33
20 — 24	39	6	15	4	54	10	64
25 — 29	56	11	13	2	69	13	82
30 — 34	43	21	18	5	61	26	87
35 — 39	43	15	12	5	55	20	75
40 — 44	47	16	20	7	67	23	90
45 — 49	48	9	12	5	60	14	74
50 — 54	45	9	18	2	63	11	74
55 — 59	29	5	7	1	36	6	42
60 — 64	34	4	6		40	4	44
65 —	17	1	5		22	1	23
total	430	104	137	34	567	138	705

Table 2　Ratio of Hindu and Muslim population

religion / area	Hindu	Muslim	Hindu : Muslim
urban	115	48	2.4 : 1
rural	419	123	3.4 : 1
total	534	171	3.1 : 1

率であった。一般に調査地である U. P. 州では回教徒の比率は高いが，これは歴史的背景によるものと思われる[5]。

居住地域別では，H 群に比して M 群では都市部に高率であったが，これは対象者が従事している職業の差によるものと考えられる[6]。この場合は都市部といっても，その中心部と共に周辺部を包含するものである。

対象者全体としての就学の比率は28.4%であった。インドにおける同比率は1971年，34.4%であり，同年の U. P. 州における比率は21.6%であった[7]。時代がすすめば literacy の比率は一般に上昇するであろうと考えると，本対象群の同比率は低い結果を示すものであろう。

2．らいという疾病の原因に対する考え方

対象者がもっている本疾病の原因に対する考え方を大きく分類すると，「血液の汚れ(Boold)」，「神または神による罰，以下『神(罰)』と表わす (Curse)」，「運命 (Fate)」および「その他 (Others)」であった。血液の汚れには「具体的な血液そのものが汚れている」という場合と，「血統的に汚れている」という場合があるように思われた。「運命」では「人の力を越えたもの」と考えており，この場合は「どのようなとるべき手段もない」ということに相当する。「神（罰）」は「運命」より更に具体的な観念であろう。「運命」は現象そのものを指示するのに対して，「神（罰）」はその現象によって来る所を明示しているのであろう。「神（罰）」が本疾病の発病する要因の一つに考えられていることの基本には，古代社会における（罪），タブー違犯に対する罰としての四肢その他，身体の各部の損傷がおこなわれたことがあげられよう。本疾病のある部分では四肢，顔面の変形を来すことから遡行的に神（罰）という原因に対する考え方を助長してきたものと思われる[8]。

「その他」には具体的に以下の諸内容がふくまれた。外傷，狂犬による咬傷，蛇による咬傷虫ささされまたは虫による咬傷，体質的な弱さ，屍体に触れたことおよび出産後の状態等であっ

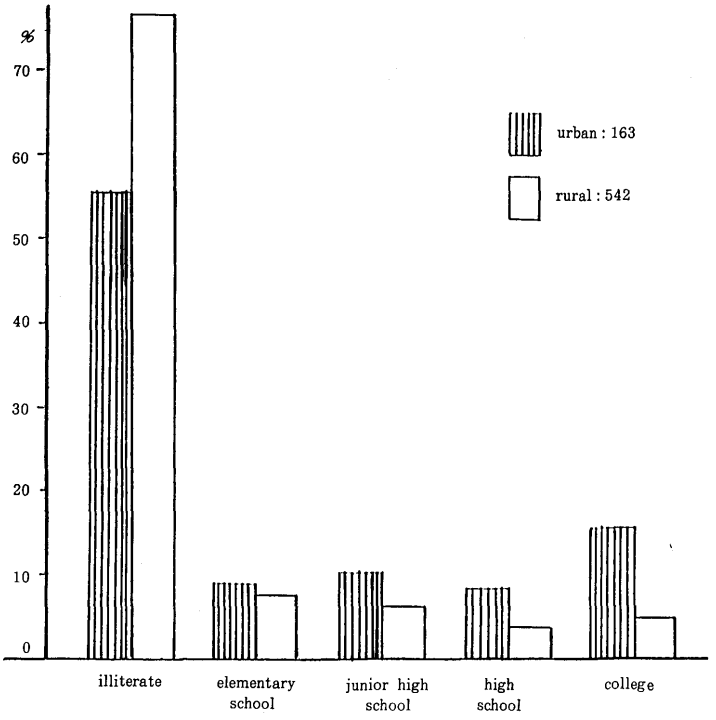

Fig. 1 Distribution of the patients according to educational stage and living area

Table 3 Distribution of the cause of the disease according to religion and living area

religion / area / cause	Hindu			Muslim		
	urban	rural	Total	urban	rural	Total
blood	66 57.4%	223 53.2%	289 54.1%	24 50.0%	57 46.3%	81 47.1%
curse	52 45.2%	112 26.7%	164 30.7%	30 62.5%	64 52.0%	94 55.0%
fate	56 48.7%	109 26.0%	165 30.9%	9 18.8%	30 24.4%	39 22.8%
others	16 13.9%	23 5.5%	39 7.3%	4 8.3%	8 6.5%	12 7.0%
total number of patients	115	419	534	48	123	171

Table 4 Detail of the 'others' for the cause of the disease

a wound
a bite of a mad dog
a bite of a snake
a bite or sting of an insect
weakness of the body (constitution)
touching a corpse
a postpartum condition

た。

本疾病の発病に外傷が何らかの影響をおよぼすと考える時には，むしろそれは誘因と考えた方が妥当であろうという指摘がなされている[9]。このうち狂犬による咬傷については，狂犬ではないが現実に犬の咬傷によって本疾病の発症例が報告されている[10]。蛇による咬傷についてはここでの文献検索上では報告例はみられなかっ

たが，ヒンドゥー教徒は蛇を殺傷したりしない。また，蛇に害を与えることはらい病，不妊，眼炎の原因になると信じているようである[11]。虫ささされ，または虫による咬傷については，ベクトル（病原菌を運ぶ昆虫）として蚊などが取り上げられ検討されているのを考えると，人々はこれらのことを実際に経験を通して知っているように思われた。体質的な弱さが本疾病の原因と考えられているという報告があるが[12]，一般的な疾病と同程度，あるいは特に強調されて本疾病が考えられているかも知れないが，いづれにしてもこの項がとりあげられていることは，基本的には本疾病を特に他の疾病と区別して考えているものではないことを示唆するものであろう。「出産後の状態であること」は，現に出産後の病状の悪化や症状の出現等，自己の体験を通して，また，疾病の増悪する例が多いことを経験的に知っていることを示しているであろう。我が国においても出産後の状態で発病した多くの例をみることができる[13]。「屍体に触れた」は前述の「血液の汚れ」と裏面で深い関連性をもつものと思われる。アグラ市の大学病院などにおいても，現実に屍体を扱うのはその役割をもつ人々に限られていたことが参考になるであろう。ある意味では「けがれ」という考え方が深くかかわっているであろう[14]。

3．宗教と本疾病に対する考え方の関連性。

本疾病発病の原因についての考え方に最も大きな影響を与えると考えられる宗教別にみると，H群とM群で最も異なる点は，前者では「血液の汚れ」が高率を示したのに対し，後者での最高値は「神（罰）」の項にみられたことであった。ヒンドゥー教は多くの土着宗教，民俗宗教を吸収し，統合してきた多神教であり，基本的には業（karman）と輪廻（Samsāra）によっていると考えてよいであろう[15]。前述したように「血液の汚れ」には内容的に二つの異なった考え方が包含されている。つまり，具体的，生理的な血液の汚れと，血統的，家系的なそれである。前者に更に「血液の汚れによって発病した」という考えと，「発病によって血液がより汚れた」という二つの考え方がある。ここでの後者は，思考的にはむしろ結果であるが観念の裡では「血液の汚れ」のもつ原因的部分と，結果的部分が互に影響し合って，「血液の汚れ」の程度を更に強めているのであろうと思われる。「血液の汚れ」が原因となり得るには以下のような考え方によるものであろう。つまり，前世における自己（輪廻によって現世―未来の関係を前世―現世に投影した部分）の何らかの行為等（業に基づく部分）によって，現世の自己に本疾病が発現したと考えるものである。ある部分では輪廻においても前世の直接の自己のみではなく，幾代かに亘る過去の親族の業によるものと考えられているが，いづれにしても「血液の汚れ」が原因として成立するためには，ヒンドゥー教のカルマとサンサーラに依らなければ解釈できないようである。今世で与えられたものはすべて，それがどのようなものであっても，それはすべて前世からのカルマによるものであり，それを変えるためというより，それを大きく支えているのが，宗教的な生活であるように思われた。

これに対して厳密な一神教に基づく回教徒では終末思想がその基本であると考えてよいであろう。現世での終末時に神による裁きがなされ，それによって天国か地獄かが決定される。この両部分は極めて明確にわかれ，一方から他方への移動は全く不可能である。そして，この神による裁きは現世における個々の人間の日常生活の在り方によって公平になされるということである。このことは彼等の礼拝に対する厳しい姿勢をはじめ，日常生活のあらゆる局面が宗教書によって厳密に規定されていることをみれば容易に理解できるであろう。M群で本疾病が発病する原因を「神（罰）」とする比率が高かったのは，このような終末における神の裁きが最も力をもつという考え方の延長上で判断しているためと思われた。更に「運命」と答えた数が，H群に比して低率であったことも，「神(罰)」「神による裁き」という明確な考え方が優先されていることを示しているだろう。また，M

Table 5 Distribution of the cause of the disease according to educational stage

cause \ educational stage	illiterate	elementary school	junior high school	high school	college	Total
blood	281 55.6%	26 46.4%	32 60.4%	16 44.4%	15 27.3%	370 52.5%
curse	183 36.2%	26 46.4%	26 49.1%	9 25.0%	14 25.5%	258 36.6%
fate	94 18.6%	18 32.1%	40 75.5%	28 77.8%	24 43.6%	204 28.9%
others	2 0.4%	22 39.3%	16 30.2%	7 19.4%	4 7.3%	51 7.2%
total number of patients	505	56	53	36	55	705

群において「血液の汚れ」が次位を占めたのは或いは長期間に亘るヒンドゥー教徒との地域社会における接触を示すものかも知れない。他の回教圏における本疾病に対する疾病観（原因）の分析，比較検討によってこの部分は明確になるであろうと思われる。

H 群において「神（罰）」と「運命」がほぼ同率を示したことは，ヒンドゥー教においては運命と神がほぼ等しく人間の力を越えるものとして考えられていることを示唆するものであろう。つまり，神の意志，神の裁きはある局面では運命的であるということは，本来的に人間の力がおよばないという性質をも包含しているであろう。

総括的にいっても本疾病の疾病観（原因）が形成される過程で，対象者はそれぞれ帰属する宗教によってある程度の規制をうけていると結論されるであろう。宗教が個人の思考，考え方から日常生活様式の細部にわたるまでを規制するのは，一般に宗教の在り方を考える時，極めて当然のことのようである。ただし，全く宗教の影響をうけず日常生活が成り立っていくのもまた，極めてあり得る現象であろう。

4．教育と本疾病に対する考え方の関連性。

次に，就学状況によって，本疾病の原因に対する考え方が各対象群においてどのように変化するのかを検討した。インドにおける教育制度について述べると，第1学年から第5学年までがいわゆる初等教育で，就学年齢は我が国とほぼ等しい。第6学年から第8学年までが中等教育，第9，第10学年が高等教育となっており，第11，第12学年は大学教育に進学するための準備教育期間である。ここまでの期間は我が国の小学校，中学校および高等学校までの12年間に相当し，第13学年以降は大学教育である[16]。本対象者の教育程度は illiterate 71.6%で特に農村部にその比率が高く，高学年への進学率は都市部に多くなっていた。

「運命」を本疾病の原因と考えている比率は教育程度が高くなるに従って多くなっていた。学歴が College 群ではその比率はやや低下していたが，これは重複回答に起因する現象とみなされる。Junior High School 以上ではどの群においても，本項を選んだ比率が最も高かった。「血液の汚れ」および「神（罰）」への比率は学歴が高くなるにつれて低下するようであった。これらの結果より，学歴が高くなるに従って人々は本疾病を運命的なものと考える傾向をもつと思われた。

本疾病に対する社会的偏見が最も高いのは illterate 群においてであり，更に社会経済的には最下層の群においてであるという報告があるが，前述したように学歴が高くなるにつれて，本疾病を運命的に受容してゆく人々が多くなることと，この社会的偏見が低下することとの間には関連性がみられるようである[17]。本疾病を運命的に受容しているということは，原因が患者個人をはるかに超えているということで，偏見が希薄になる方向を指向していると考えることもできよう。教育過程の両端ともいえる

Table 6 Ratio of response to the question about the cause of the disease

educational stage / area	illiterate urban	illiterate rural	elementary school urban	elementary school rural	junior high school urban	junior high school rural	high school urban	high school rural	college urban	college rural	Total urban	Total rural
total number	132	428	36	56	36	78	25	35	28	29	257	636
of response	% 145.1	% 103.4	% 240.0	% 136.6	% 211.8	% 216.7	% 178.6	% 159.1	% 107.7	% 100.0	% 157.7	% 117.3
total number of patients	91	414	15	41	17	36	14	22	26	29	163	542

illiterate 群と，College 群において「その他」の回答が低率を示したことは注目される。このことはこれらの群では「その他」以外の三項目のいづれかで回答した人々が多数であることを示し，更にはこれらの群において，いわば既成概念の上で考えている人々の多いことを示しているだろう。

これに反して教育過程の初期および中間に相当する Elementary School, Junior High School 群で「その他」の項目に属する選択内容が多かったことは，これらの群における本疾病の発病に関する考え方の流動性を示しているだろう。

5．地域と本疾病に対する考え方の関連性

居住地域別で検討すると，都市部居住者は農村部居住者に比して重複回答率が高かった。このことは都市部における種々な情報の豊かさ，農村部に比べてある程度の情報網の発達などによると考えられる。逆に都市部居住者は外部からの情報に大きく影響をうけているといえるかも知れない。一方，農村部での情報源は対象と身近かにいる人々，特に患者から患者への情報伝達が大きい力をもっているともいえよう[18]。

illiterate 群の農村部居住者および College 群においては，重複回答はほとんどみられなかった。このことは前述したように，これらの群では既成概念によって考える方法を採用しやすいと共に，その概念自体も単数に限られていることを示しているであろう。Junior High School 群以上では，都市部居住者と農村部居住者の間に大差はないようであった。このことは Junior High School 群以上では，居住地のちがいによって，本疾病発病の原因に対する考え方に大きな差はないのであろうと思われた。

結　　語

本疾病のように慢性に経過する感染症においては，ある場合は長期にわたる継続受療と，定期的な観察が必要とされることがある。治療効果においてほとんど変化が認められなくなった時点で，尚，治療が必要である場合に，患者に積極的に治療を継続する知識と意欲を持続できるように援助することが教育であろう。疾病に対する患者の考え方の基礎として，その主な原因を「血液の汚れ」「運命」「神意」とするような場合に，いわゆる近代科学によって解明されつつある本疾病の原因を，人々の考え方にどのように組み入れていくかが大きな問題となるであろう。

長い文明化，文化によって形成されてきたこのような本疾病の原因についての考え方は，近代科学が教える疾病の原因と相いれない場合が多いのは，考えてみれば当然の現象であろう。そのような歴史的，文化的基礎に近代科学によって得られた知識を組み入れることは，基本的に方法論の問題である。国々の民族はそれぞれ独特の慣習，信仰をもつものである。各人がどのような意識で生活しているのかを知り，その民族のもつ伝統文化の中で，各人の価値体系を明確にし，育成していくことは基本的に最も重要なことであろう。外国においての保健医療の問題を考える時，その国とは全く別種の文化，文明に属しているままの視点で，人々の概念を一方的に否定することは医療に対する全面的な拒否を招くであろうし，その概念に迎合すれば

そこに保健医療を行う意義を失することになるであろう。この両極端の中間点で，現在，人々のもつ疾病の概念に少しづつ近代的知識を導入することは実現可能な方法であろうかと思われる。

ヒンドゥー教，回教の両宗教書には多くの保健衛生に関する教えがみられる。例えば，「けがれ」「不浄」という考え方に対する宗教のもつ「きよめ」の思想を「清潔・入浴」という行為に結びつける保健教育等は重要な一側面といえよう。

更に対象の literacy の程度が極めて大きな影響をもつと考えられる。そのような因子の種々な状態によって，可能な手段，方法が不可避的に制限されるからである。特に人々への本疾病に関する教育という面においては，一般教育および保健教育はあらゆる保健活動の基礎をなすものであるが，慣習や偏見など，これらの諸因子に充分な考慮がなされなければならないであろう。

謝　辞

この調査にあたり御協力をいただきました Dr. Deshikan 御夫妻に深く感謝いたします。

文　献

1) H.E. シゲリスト：(松藤元訳)，文明と病気（上），p. 9-63, p. 97-131, 岩波新書，東京，1975。
2) J.A. ドラン：(小野泰博，内尾貞子訳)，看護・医療の歴史，p. 2-92, p. 196-343, 誠信書房，東京，1985。
3) Ojha, K.S. Chaudhary, R.C. & Chaudhary, S.K.: Socio-environmental factors in relation to leprosy at Jaypur, India J. Lepr. 56: 884-888. 1984.
4) Government of India: (Ministry of Health and Family Welfare), Facts and Figures on Family Welfare, 7, Delhi, 1980.
5) Thaper, R.: A history of India, vol. 1: Penguin Books Ltd. England, 229-232, 1966.
6) Thaper, R.: A history of India, vol. 1: Penguin Books Ltd. England, 291-301, 1966.
7) Chandra Sekhar, A., Registrar general census commissioner: Census of India, paper I of 1971 supplement, provisional totals, 1, 1971.
8) Ramu, G., Dwivedi, M.P. & Iyer, G.G.S.: Social relation to leprosy in a rural population in Chingleput district (Tamil Nadu), Lepr. India 47: 156-169, 1975.
9) Kapur, T.R. & Bhale Rao, S.M.: Post-traumatic tuberculoid leprosy (A case report), Lepr. India 51: 112-114, 1979.
10) Gupta, C.M., Tukane M.A., Tiwari, V.D. & Chakrabarty, N.: Inoculation leprosy subsequent to dog bite, Indian J. Lepr. 56: 919-920, 1984.
11) 斎藤昭俊：インドの民俗宗教，p. 108, 吉川弘文館，東京，1984。
12) Vasu Raj, Garg, B.R., & Sardari Lal: Knowledge about leprosy among leprosy patients, Lepr. India 53: 230, 1981.
13) Survey, R.B., Hadras, U.D. & Chakravarti, D.: Leprosy complicating pregnancy and puerperium, Lepr. India 46: 234-238, 1974.
24) 斎藤昭俊：インドの民俗宗教，p. 187, 吉川弘文館，東京，1984。
15) 荒松隆雄：ヒンドゥー教とイスラム教，p. 35-92, 岩波新書，東京，1977。
16) 中井栄一：北部インドにおけるらい，らい患者の教育程度について，日本らい学会雑誌52：119-125，1983。
17) Kushwah, S.S., Govila, A.K., Upadhyay, S. & Kushwah, J.: A study of social stigma among leprosy patients attending leprosy clinic in Gwalior, Lepr. India 53: 221-225, 1981.
18) 尾坂良子：インドにおけるハンセン病患者の社会医学的考察―アジア救らい協会インドセンター入院患者についての調査，第2報，社会的環境面からの分析，日本らい学会雑誌48(2)：59-66，1979.