

第十 ハンセン病医学・医療の歴史と実態

目次

第十	ハンセン病医学・医療の歴史と実態	……………	211 頁
第 1	ハンセン病医学とハンセン病対策	……………	211 頁
	一 慢性細菌感染症		
	二 臨床医学から見たハンセン病		
	三 疫学的に見たハンセン病		
第 2	近代ハンセン病医学の誕生	……………	214 頁
第 3	近代ハンセン病医学・医療の発展	……………	215 頁
	一 限定的隔離方式（ノルウェー方式）の承認		
	二 治療法の変遷		
	三 隔離政策の終焉		
	四 先天性素因の解明		
	五 基礎医学研究の変遷		
	六 分子疫学における最近の進歩		
第 4	日本の近代ハンセン病医学の誕生と歴史の変遷	……………	220 頁
	一 日本近代ハンセン病医学の誕生と変遷		
	二 隔離政策に抵抗した専門家		
	三 日本ハンセン病学会の活動		
	四 国立多摩研究所		
第 5	ハンセン病療養所の医療水準	……………	226 頁
	一 ハンセン病に対する医療水準		
	二 ハンセン病以外の疾病に対する医療水準		
第 6	療養所以外のハンセン病患者の処遇	……………	227 頁
第 7	ハンセン病療養所における精神医学的問題	……………	229 頁
	一 ハンセン病療養所における精神科医療		
	二 ハンセン病患者が受けた心の傷		
	三 ハンセン病療養所入所者の精神保健に関する調査		
第 8	ハンセン病および精神疾患患者についての比較法 制処遇史	……………	255 頁
	一 はじめに		
	二 対比年表		
	三 前史		
	四 関連法の成立と敗戦時までの状況		
	五 敗戦時までのハンセン病患者および精神病患者の 処遇状況の比較		
	六 戦後		
	七 歴史に学ぶ		
	八 歴史から学び取るべき原則		

第十 ハンセン病医学・医療の歴史と実態

第1 ハンセン病医学とハンセン病対策

わが国の近代ハンセン病政策が犯した取り返しのつかない過ちから、患者と家族らが流した涙の量に匹敵する教訓を引き出し、感染症の患者を危険な存在として排除したり、遺伝性疾患の患者・家族を不良な遺伝子を持った特別な人間として差別したりしない社会を作っていくことは私たちの責務である。そのためには、私たち一人一人が正しい医学的知識を持たなければならない。そのことの重要性をいくら強調しても強調しすぎるということはない。ハンセン病に対する誤った認識が誤ったハンセン病政策を生み出すことになったからである。だが、これには留意も必要であろう。感染症であれ、遺伝性疾患であれ、病気を理由とした差別は許されないという立場を徹底するのとなければ、いくら正しい医学的知識の普及に努めたとしても、病気に対する差別・偏見は決してなくなるからである。急性感染症についてはやむを得ず強制隔離が必要な場合もあるが、それに伴う人権の制限は必要最小限とし、患者に対しては最善の医療が保障されなければならない。

ところで、ハンセン病の発症（発病）には3つの要因が関わっている。1つは、人体がらい菌に感染することである。もっとも人体がらい菌に感染したからといって直ちに発症するわけではない。わが国では発症するのはきわめて稀で、かつ、菌の感染から発症までに数年から10数年かかることも珍しくない。感染しても発症するケースが限られているのは、防御免疫機能が多くの場合、正常に働いているからである。この防御免疫機能が働かない場合に発症することになるが、これには先天性（遺伝的）素因と後天性因子が関係しているというのが近年の研究成果である。先天性素因というのは親から受け継いだもので一生変わらないが、この素因が、生後の生活の中で培われた後天性因子の作用を受けながら免疫異常を引き起こし、発症を導くとされる。社会が豊かになり、人々の生活状態が向上すると、後天性因子が減少し、その作用を受けないために先天性素因が免疫異常を引き起こすことはなくなる。2003年の日本人の発症者は1名である。現在の日本でハンセン病に罹る可能性は数千万分の一にすぎず、しかも万万が一発症しても、特効薬が開発されており、多剤併用療法により外来治療で完治する。免疫力の回復によって自然治癒する症例や、進行が停止する症例も少なくない。治療が遅れた場合、完治しても身体障害が残り、不便な生活を強いられることもあるが、この身体障害は単なる後遺症に過ぎない。後遺症を見てハンセン病は不治と考えたり、「周りの人にうつる」などと考えるのは迷信である。むしろ社会が努めるべきは、障害者福祉という観点から元患者らに接することである。ハンセン病の啓発活動は、この現状を国民に正しく伝えるものでなくてはならない。

一 慢性細菌感染症

ハンセン病が慢性細菌感染症の1つであることはよく知られている。自然界には無数の細菌が生息しているが、大部分の細菌は自然の中で独立して人類とは無関係に生きており、人間にとって何

ら危険な存在ではない。ただ細菌の中には少数ながら人間に感染して病気を引き起こすものがある。病原細菌と呼ばれているが、その病原性の強さや病気を引き起こすメカニズムは多種多様である。一般に増殖速度が速く種々の毒性物質を産生する傾向にある病原細菌は急性細菌感染症を引き起こし、菌の増殖速度が遅く人体に対して強力な毒性物質を出すことが少ない病原細菌は慢性細菌感染症を引き起こす。

人間は細菌の感染から自らを防御するために、長い進化の過程で複雑な免疫機構を発達させ、侵入した細菌の性質に応じて様々な免疫機能を使い分けてきた。慢性細菌感染症を引き起こすような菌は、人間の免疫機構に捕捉されても体外に排除されず、病気を引き起こすことなく体内で生き続ける共生状態となることが多い。このような状態を不顕性（無症候）感染と呼び、同じ種の菌の再感染に対する迅速な防御免疫機能の維持に重要な役割を果たしている。

不顕性感染状態にある菌は、人体の免疫力が何らかの理由で低下すると増殖をはじめ、菌の量があるレベルに達すると臨床症状が現れる。これが慢性細菌感染症の発症である。発症後の経過と予後は、宿主の免疫力の回復や抗菌剤による治療などによって異なるが、再び不顕性感染の状態に戻ることも多いと考えられている。広義の不顕性感染には、この自然治癒の場合も含まれる。すべての菌を殺菌して体外に排除することではなく、臨床症状をなくして不顕性感染状態に戻ることが慢性細菌感染症治療の主要な目的である。

二 臨床医学から見たハンセン病

ハンセン病は、抗酸菌の一種である、らい菌 (*Mycobacterium leprae*) の感染を受けた個体の一部が、長い年月にわたる不顕性感染の後に発症する慢性細菌感染症である。主に末梢神経と皮膚が侵され、末梢神経障害による種々の程度の知覚麻痺や運動麻痺によって、顔面や四肢の変形などの身体障害を起こす特徴がある。数千年来、様々な形の社会的差別や偏見、さらには迫害に苦しめられてきた。

感染症の議論を混乱させている要因のひとつに「伝染」という言葉がある。伝染には、感染症が患者から周りの健康者に「うつる」というニュアンスがあり、伝染病などの言葉と共に用いられてきた歴史がある。しかし、最近では、ハンセン病についても、感染（病）という言葉が使われることが多い。ここでも伝染ではなく感染という言葉を用いることにする。らい菌の主要な感染源は患者ではないことが明らかになりつつあるからである。そして、感染と発症についても、まったく別の生命現象であるということから、「らい菌の感染」と「ハンセン病の感染（発症）」とを区別して用いることにする。

通常多くの人々が関心を持つのは菌の感染力ではなく、病気が発症するかどうかであるから、菌の感染力についての説明はそれほど重要でないともいえる。しかし、らい菌が感染すると必ずハンセン病が発症すると誤解している人が少なからずいる現状では、らい菌の感染力についても必要に応じて説明し、ハンセン病の感染力（発症力）について正しい認識が広まるように努めなければならない。

らい菌の感染後に何らかの理由でらい菌に対して特異的に防御免疫機能が働かなくなると、菌は増殖を開始し、ある菌量に達すると臨床症状が現れる。ただ、らい菌は他の細菌に比して人体内での増殖速度が極端に遅いため、発症に必要な菌量に達するまでには長い年月が必要である。菌の感染から発症までの期間は平均4年～5年、長い例では10数年かかることも稀ではない。

なお、最近、コール（Cole）は、遺伝子解析の手法を用いて、地球上で最初にらい菌が生まれたのは人類が誕生したのと同じ東アフリカで、人類の移動と共に地球上に広く拡散したという推論をしている。

三 疫学的に見たハンセン病

疫学は、集団としての人間を観察対象にして、病気の原因や流行の法則性などを研究する医学の一分野である。ハンセン病についても、これまで膨大な疫学的資料が収集され分析されてきた。その結果、この病気の蔓延には集団ごとに大きな違いがあり、同じ集団でも時代の推移と共に蔓延状態は大きく変動することが明らかになっている。

ある集団のハンセン病に対する免疫力、あるいは抵抗力は、個々の集団構成員の免疫力の総和である。ハンセン病に対して免疫力を持っている構成員が多い集団では、同じようにらい菌の感染が起きてても発症者は少ない。反対に免疫力を持った人が少ない集団では、発症者は多くなる。同じ集団でも、時代と共に免疫力を持つ人が増えてくると流行は自然に終息に向かい、逆の場合は流行が復活する。

このようにハンセン病の感染力（発症力）は相対的で絶対的なものではない。ハンセン病は菌の感染と発症の間に著しい乖離が見られる疾患であり、正常な免疫機能を持っている人の場合は、たとえ菌に感染しても不顕性感染にとどまり、発症に至ることはない。先天性素因に対する後天性因子の作用という人体側の要因（免疫力）によって発症力が変化することが分かってきた。ただ、発症力という点では、結核とは比較にならないほど、ハンセン病の発症力は小さかったのである。

それでは、らい菌の感染力はどうであろうか。微弱性が強調されることが多い。しかし、この微弱性の強調が、ハンセン病の発症力は絶対的だという理解と表裏一体のものとして導き出されるとすれば、科学的に問題がある。ハンセン病の発症力は相対的であり、だとすれば、らい菌の感染力について微弱性をことさらに強調する意味はないからである。ちなみに、近年の研究によれば、らい菌の感染力は従来考えられていたように微弱なものではないとの見解が有力になっている。ただ、これにも留意が必要であろう。この見解は、ハンセン病の発症力は相対的だという理解を前提にしているからである。「らい菌の感染力は微弱なものではない」という部分だけが一人歩きし、それがハンセン病の発症力の絶対的な理解と結びついた場合には、かつての絶対隔離論者と同じ過ちを犯しかねないことに注意しなければならない。

第2 近代ハンセン病医学の誕生

近代ハンセン病医学は、19世紀のノルウェーにおいて誕生した。ノルウェーのハンセン病は、バイキングによって9世紀から11世紀の間にイギリスから持ち込まれ、西ノルウェー地方に拡大したといわれている。小さな病院の中に多数のハンセン病施設が作られたが、14世紀から15世紀には患者数が減少したため、18世紀には、少数のハンセン病病院が維持されていただけであった。

1807年、ナポレオン戦争でデンマークはフランスに味方してイギリスと戦った。この戦争で最大の損害を被ったのは当時デンマークの支配下にあったノルウェーであった。イギリスが大規模な海上閉鎖を行ったために、商船は拿捕され、貿易は停止し、ノルウェーは中世にも見られない未曾有の社会的荒廃と飢饉に陥った(角田文衛編『北欧史』97頁、山川出版社、1980年)。このような中、19世紀前半のノルウェーにおいてハンセン病が再流行した。対策に本腰を入れ始めた政府は、1817年、セントヨルゲンハンセン病病院に内科医を配属して研究にあたらせたが、その後20年間、原因も予防方法も分からないまま患者数は増え続けた。

危機を感じたノルウェー政府は、1849年、ベルゲンにハンセン病の専門病院ルンゲガーデン病院を開設し、ダニエルセンを初代所長に任命し研究活動を強化した。それに続いて、1853年にはホー(O. G. Hoegh)を初代のハンセン病対策医務長官に任命し、患者の登録制度を確立して、数千人の患者データを1カ所に集めて疫学研究の基礎を作った。1868年、この病院にアルマウエル・ハンセンが赴任しダニエルセンの下でハンセン病の研究を始めた。ハンセンがらい菌を発見したのはその5年後のことであった。

この当時ハンセン病の原因についてもっとも有力な説は、ダニエルセンが同僚の皮膚科医ベックと共に提唱した遺伝病説である。「ハンセン病は非特異的遺伝的な異常で血液の障害」とするもので、ノルウェー最初のハンセン病対策もこの学説に依拠していた。ダニエルセンは、男女を分離して病院に隔離して蔓延を防ぐよう政府に提案したが、議会は1851年この提案を厳格すぎるとの理由で却下した。しかし、医学界は広く彼の説を支持し、ロンドンの医学アカデミーは、1870年にハンセン病は遺伝病であると報告している。

しかし、少数の医学者は遺伝病説を支持せず、ハンセン病拡大の原因は他にあると考えていた。その1人がハンセン病担当医務長官のホーであった。彼は、登録制度で得られたデータを分析して、1858年には「多数の患者から得られた証拠は、ハンセン病は遺伝病ではなく感染症であることを示している」と結論づけた。また、オランダ領ギアナ(現スリナム)におけるハンセン病の疫学調査にもとづいて、「らい拡大の唯一の原因としての接触伝染について」と題する著書を1869年に出版した。ハンセンが研究を始める前に、既にハンセン病を感染症と考える視点が提出されていたのである。

ハンセンは疫学データを慎重に分析し、色々な学説を比較検討した後、多数派であった遺伝病説を排して感染症説に与しただけでなく、人間の病気が細菌で起きることが少しずつ明らかになりつつあった時代に、ハンセン病がらい菌によって引き起こされることを顕微鏡を用いて証明したのである(P. F. Mange, ハンセンとらい菌の発見, Jpn. J. Leprosy, 63: 17-29, 1994)。

第3 近代ハンセン病医学・医療の発展

このような経過をたどって誕生した近代ハンセン病医学は、同じ19世紀後半に急速に発達し始めた近代医学、とりわけ病原細菌学の進歩に支えられて急速に発展した。しかし、他の病原細菌と違い、らい菌の試験管内培養ができなかったこと、動物接種が1970年代まで成功しなかったことなどが障害となり、他の感染症研究から大きく立ち後れることになった。効果の高い治療薬がなかったために、治療医学の面でも急速な進歩は見られなかった。しかし、感染症であることすら分からなかった時代とは違い、病理学や診断学の面では着実な進歩が見られ、疫学の面でも理解が深まった。国際学会も開かれるようになり、感染源、感染ルート、予防対策などについても学問的議論が可能となり、病気に対する科学的理解が深まった。

一 限定的隔離方式（ノルウェー方式）の承認

ハンセンは、ノルウェーのハンセン病対策にも関わり、それまで主要な予防手段となっていた患者の隔離を提案した。1877年5月、ノルウェー政府はハンセンの進言を受け入れて「貧困らい患者等の扶助に関する法律」を制定し、“laegd”制度を禁止した。laegd制度とは、貧困者が農場から農場へ移動して寝る場所や食物の提供を受ける見返りに労働力を提供する制度である。この制度では患者が移動して不特定多数の人と接触し感染が拡大するとハンセンは考え、自活できない患者はすべて公費で入院するように提言した。1885年6月、隔離を強化する「らい患者等の隔離に関する法律」が制定され、必要に応じて警察力を用いることが決められたが、強い反対もあって運用面では人道的配慮がなされた。

ノルウェーでハンセン病が再流行していた時期からやや遅れて、ハワイでハンセン病が大流行し始めた。対策を迫られたハワイ政庁は、1866年、一般社会からは隔離したモロカイ島のカラウパパ半島の一角にすべての患者を強制的に追いやる強制隔離政策を進めた。カラウパパ半島は前面が海、後ろは世界でもまれに見る高さ500メートルもの絶壁に阻まれた地で生活条件は最悪であった。この政策も非常に厳しいもので、隔離策というより「棄民」策というべきであり、多くの患者がこの地で命を落とした。患者の悲惨な状態を救うためにダミアン神父が1873年、この地に渡り、自らもハンセン病に罹患して1889年に亡くなった事実は世界を震撼させた（ただし、ダミアン神父はモロカイ島に赴任前に、既にハンセン病に感染していたと考えられている）。

19世紀後半の世界では、ハワイで行われた強制隔離政策と、ノルウェーでハンセンが実践した患者の権利に配慮した緩やかな隔離政策の2つのハンセン病対策が並立していたが、1897年ベルリンで開かれた第1回国際らい会議では、ノルウェー方式と呼ばれる限定的な隔離が、医学的に正しいハンセン病対策として承認された。「ノルウェー方式」は、次の4つの柱から成っている。

1. ハンセン病は一般的清潔法の普及で予防できる。
2. ハンセン病の隔離は故郷において十分行われうる。
3. 貧民で自宅隔離が不完全なときは国立病院に救護隔離する。

4. 浮浪患者は絶対隔離とし、他は任意でよい。

折から日本でも近代ハンセン病対策が始まろうとしていた矢先だった。その日本がノルウェー方式を採用しようとしていたことは注目に値する。「癩ノ予防ニ関スル件」が成立する前年の1906年、光田健輔は次のように書いている。

布哇^{ハワイ}の如き絶対的隔離法は未開専制の時代の事業に属し、……人民は却って蔓延を助長する結果を来すが故に吾人は那威^{ノルウェー}の隔離法以て何れの邦国にも行われる可き良法なるを信じ……癩病の伝染病なることを教え、自ら完全なる絶対隔離法に到達することを期せざる可らず。（「養育院月報」59号、1906年）

しかし、日本の隔離政策では「大施設主義」が採用されたために、当初からノルウェー方式とは異質のものとなった。ハンセンが進めた隔離は、患者を故郷から遠く離れた施設に収容するのではなく、必要に応じて居住地の病院の隔離施設に任意に収容するものであったが、1909年に日本で作られた5カ所の連合府県立施設は、全国を5つの地域（東北、関東、近畿、四国・中国、九州）に分けて大きな療養所を作り、患者を家族から遠く引き離して隔離する方式の施設であった。日本が採ったこの大施設主義は、時と共に拡大され、患者だけでなくハンセン病医学・医療そのものを一般医学・医療から隔離する結果になった。

1923年ストラスブルで開かれた第3回国際らい会議でも、ハンセン病患者の中には、感染源とならない病型があることが報告され、全患者の隔離は必要がないことが承認された。日本からこの会議に出席した光田は、ノルウェーのハンセン病対策の責任者であったリーに会い、ノルウェーを視察に訪れている。当時ノルウェーはすでにハンセン病の制圧には成功していたから、光田は日本とは異なる対策でもハンセン病は制圧可能なことを自分の目で確かめたと思われる。しかし、視察の結果は日本のハンセン病対策には反映されなかった。

1920年に結成された国際連盟は、1926年に保健委員会の事業としてハンセン病問題の調査事業に取り組んだ。1927年には特別委員会を作り、パスツール研究所のビュルネを専門委員に任命し、1928年から全世界のハンセン病に関する情報を収集させた。ビュルネは1930年春に来日して日本の専門家と懇談したが、日本側は絶対隔離を主張する者が多かった。ビュルネは報告書の中で、日本では、3万人の患者の14.4%が収容所に隔離され、残りは私宅に隔離されている、と報告した。彼はまた、第8回大日本医学会総会で「癩予防に就いて」と題して、世界のハンセン病の対策について講演している。その記録によるとビュルネは世界には隔離賛成派と反対派があることを紹介し、現在主流になっている隔離は、かつて行われた絶対隔離や中世の蛮的な方法ではなく、穏和人道的隔離だと述べている。また、予防の手段の一つとして治療の重要性が認められれば両派の対立は緩和されるだろう、との見通しを述べている。フランス語で行われたこの講演の内容は、内務省の草間防疫官によって翻訳されハンセン病関係者にも知らされた。

ビュルネが大阪で講演したのと同じ年（1930年）の12月、国際連盟らい委員会がバンコクで開

かれ、日本からは太田正雄が出席した。太田の帰国報告によると、この会議で行われた「ビュルネ工氏の報告を貫く思想は隔離と外来診察との併用という主張」でもあり、反対する者は1人もなかった。太田も賛成したといい、その理由について「吾人の態度を、この方角に於いて合理化した方が、理想的にして実行は甚だ之に後るる絶対隔離主義よりも、癩根絶の事には一層有効であると考へたからである」と述べている。会議の結論も「隔離は予防のために必要だが、それが唯一の方法ではなく、その欠点を他の方法で緩和しなければならず、隔離は伝染の危険のあるものに限る」というものであった（第4回日本癩学会総会、1931年3月）

こうした国際的な流れを、日本の政府も専門家たちも十分に承知していたにもかかわらず、政府はその意見を受け容れず、1931（昭和6）年に「癩予防法」を制定して、すべての患者の絶対隔離政策に踏み切ったのである。

二 治療法の変遷

ハンセン病の治療については様々な薬が試されたが、古くから使われていた大風子油より有効な薬は見つからなかった。1920年代から30年代にかけて大風子油のエステル化物が用いられて一時有望視されたが、結局大風子油をしのぐ効果は得られなかった。日本においても、大風子油に金を添加した金オルガノゾルが試されたり、エステル化大風子油に硫黄を加えた理研ヒデステリンなどが用いられたが、大風子油を越える治療効果は確認できなかった。

防御免疫機能が働かないために重症化する患者がいる一方で、免疫力が回復して自然治癒する症例や進行が停止する例が少なくなかった。

1943年、スルフォン剤の1つであるプロミンの有効性がアメリカにおいて証明され（Public Health Reports 58:1729-1741, 1943）本格的な化学療法時代の幕が開いた。プロミンは静脈注射薬だったために、毎日あるいは隔日に通院できる条件がない患者は、かなり長期にわたる入院を余儀なくされるという致命的な欠点があった。そこで1950年代前半からは、プロミンをさらに精製したダブソンが開発され、その経口投与に切り替えられ、1970年代後半まで20年余りダブソン単剤療法の時代が続いた。

ダブソン内服療法は画期的な治療法でハンセン病対策に革命的变化をもたらしたが、服薬期間が数年から数十年に及ぶことに加え、薬剤耐性菌が出現し始めたことによって、1970年代に入ると、ハンセン病の化学療法は深刻な危機に陥った。この状況を打破するために、世界保健機関は1960年代に新しく開発されたリファンピシンやクロファジミンなどの抗菌剤を組み合わせた多剤併用療法の臨床試験を開始し、80年代はじめには現行の多剤併用療法を確立し、90年代に入って急速に世界に普及させた。多剤併用療法はもともとダブソンに対する耐性菌の出現を防止する目的で開発されたものであり、その治療効果については確信を持ってない専門家も少なくなかった。ところが、その効果は予想よりはるかに優れており、再発率の低さ、らい反応の軽さ、服薬期間が6ヶ月または12ヶ月と短くても十分治癒に導けること、などが明らかになり、今日ではハンセン病は治せる病気となった。リファンピシンに続いて、リファブチン、ミノマイシン、クラリスロマイシンなどの

抗生物質のほか、ニューキノロンに属するオフロキサシンなどの化学療法剤がらい菌に対して抗菌作用を持っていることが判明し、多剤併用療法の選択肢が広がった。ただし、多剤併用療法でも治療開始前に起きた神経麻痺を完全に回復させることは不可能なので、早期発見・早期治療は現在でも重要である。

三 隔離政策の終焉

ダブソン内服療法の導入で、ハンセン病は外来通院で治療できる病気になった。さらにダブソン療法中の患者は感染源にならないことが明らかになったことで (Waters, M.R.F., et al., Changes in the morphology of *Mycobacterium leprae* in patients under treatment.: Internat. J. Leprosy 30: 266-277, 1962) 隔離は感染予防上も無意味になり、世界のハンセン病予防対策は根底から変更されることになった。

しかし、長年社会の中に定着してきた制度を急激に変更するのは難しく、どこの国でも諸般の事情で社会復帰できない患者がかなりの数療養所の中に残ってしまった。このため諸外国では、新患は原則として入所させず外来通院で治療し、引き続き在園を希望する患者については療養所をそのまま残して従来の生活を保障する対策がとられた。その結果、在園者数は社会復帰や死亡などによって年々減少する一方、療養所は世代交代が進み普通の村に変貌を遂げていった。ただ変貌には時間がかかるため、流行地では隔離政策が放棄されてから 40 年たった今日でも、ハンセン病療養所は規模を縮小させてはいるものの完全にはなくなっていない。

日本では、治療中の患者も含めてすべての患者が感染源になるとして、感染予防のために絶対隔離政策が続けられた。その結果、ハンセン病を普通の病気として一般医療機関で診療する体制ができず、国民のハンセン病に対する従来の誤った認識も改められないまま、いたずらに年月だけが過ぎていった。熊本地裁判決は、行政府と立法府のこの不作為を厳しく断罪した。この取り返しのない過ちについては、ハンセン病専門家の責任が厳しく問われなければならない。

四 先天性素因の解明

ハンセン病にはかかり易い人とかかりにくい人がいることは古くから知られていたが、その理由は長年解明できなかった。人類遺伝学の進歩に伴い、双生児法など様々な解析手法が病気の体質遺伝の研究に用いられるようになり、ハンセン病の発症における先天性素因の役割についても解析が進んだ。ハンセン病の発症を左右するのは「かかり易さ」という形質(性質)で、遺伝の方式は「多因子性遺伝」であることが明らかになった。多因子性遺伝とは、複数の遺伝子の総合的な働きによって先天性素因が決まり、この素因が生後の生活の中で培われた後天性因子の作用を受けながら発現する遺伝様式である。

ハンセン病についても、「かかり易さ」は先天性素因だけでは決まらず、後天性因子の作用が加わらないと発症するレベルに達しない。先天性素因は親から受け継いだもので一生変わらなくても、

社会が豊かになり人々の生活状態が良くなると、後天性因子が減少するから、現在の日本人にはハンセン病にかかりやすい体質の人は極めて少ないといえる。そのためらい菌が感染しても、現在の日本人がハンセン病を発症する可能性は限りなくゼロに近い。

先天性素因の研究は、その後この体質遺伝を司っている遺伝子の探索へと進んでいった。1970年代にヒト白血球の血液型である HLA が発見され、様々な病気の発症と HLA の型が関係していることが突きとめられた。ハンセン病についても、日本人を含む様々な人種集団について解析が進み、HLA の型を決めている遺伝子の近くに、人間の免疫応答能を制御している「免疫応答遺伝子」があり、その中に、ハンセン病の先天性素因に関与する遺伝子のひとつが存在することが明らかになった。

ハンセン病にかかりやすい体質を形成する遺伝子には、まだ見つかっていないものもあるが、最近になり、ゲノムワイド相関解析という手法を用いて、ハンセン病の発症に関わる遺伝子が、第 10 番目と 6 番目の染色体上のある領域に存在する事実が明らかになった。今後さらに研究が進めば、ハンセン病に対するかかり易さがどのようにして決まってくるのか、そのメカニズムが明らかになると思われる。

五 基礎医学研究の変遷

近代ハンセン病医学が誕生してから 90 年近く、ハンセン病医学の基礎的研究は遅々として進まなかったが、1960 年代から少しずつ進歩の歯車が回り始めた。らい菌の試験管内培養は相変わらず成功しなかったが、シェパードによって「マウス足蹠内増菌法」が開発され、新しい化学療法剤の開発が容易になった。1970 年代にはココノオビアルマジロやヌードマウスを用いて動物接種にも成功し、研究に不可欠な新鮮ならい菌材料が大量に手に入るようになった。また、同じ頃始まった免疫学の急速な進歩に支えられて、ハンセン病を引き起こす病的免疫応答の機構が解明されたこと、さらには、近年驚異的な進歩を遂げている分子生物学的手法の導入で、ハンセン病医学も他の医学分野に遜色ない研究が可能になった。2001 年には国際協力の下でらい菌の全ゲノムの塩基配列が解明され (Cole, S.T. et al, Massive gene decay in leprosy bacillus: Nature 409:1007-1011, 2001)、らい菌のゲノムサイズは 330 万塩基対で結核菌の 4 分の 3 しかなく、多くの重要な遺伝子機能に欠失があることが明らかになった。らい菌は生き延びるに必要な最低限の遺伝子しか持っておらず、何らかの寄生宿主がなければ増殖できない細菌であることが明らかになった。らい菌が未だに試験管内で培養できない理由もこの辺にある可能性が強い。

全ゲノムの配列が明らかになったことで、ハンセン病の研究もポストゲノム時代を迎え、他の細菌研究と同様にらい菌の生存と増殖に関わる遺伝子の解析が進んでいる。これらの研究が進歩すると、らい菌の生理活性がより詳細に明らかになり、より有効な治療薬の開発などに道が開け、大きな福音が患者にもたらされるに違いない。

六 分子疫学における最近の進歩

分子疫学は、分子生物学の進歩によって明らかになった病原微生物の遺伝的多型と呼ばれる性質を利用して、感染源や感染経路を精密に解析する疫学の新しい分野である。現在では多くの病原微生物について遺伝的多型のマーカーが明らかになっており、感染症の分子疫学的解析の検査技術として用いられてきた。らい菌についても、遺伝的多型の探索が続けられていたが、2000年になってやっと感染源や感染経路の解析に利用可能なマーカーの1つが見つかり、それをを用いたらい菌感染の分子疫学的研究が始まっている。「らい菌の主要な感染源は患者である」とか、「ハンセン病の感染では、家族内感染が重要である」とかいったこれまでのハンセン病の感染についての定説が科学的に不十分であることを示唆する事実が、日本とインドネシアの研究グループによって明らかになってきた。たとえば、親に次いで、子どもが発症した場合、従来は、親の菌が子供に感染したと考えてきた。ところが分子疫学の手法を使って調べてみると、親以外の別の感染源から感染した子どもがいることが分かったのである。同じ家に住んでいる家族がそれぞれ異なったらい菌に曝されているケースがあることも明らかになった。この分野の研究がさらに進むと、感染予防のために患者を隔離したことの愚かさが一層明確になる日が来ると予想される。

第4 日本の近代ハンセン病医学の誕生と歴史的変遷

一 日本近代ハンセン病医学の誕生と変遷

わが国の近代ハンセン病医学は、明治政府による西洋医学導入の中で誕生した。当時日本のハンセン病患者の比率は人口1000人につき1人と高く、医学的にも解明されていない多くの問題を抱えていた。北里柴三郎、土肥慶蔵、志賀潔などの著名な細菌学者や皮膚科医などがこの病気に関心を寄せていたことが知られている。明治40(1907)年代、多くの大病院の皮膚科外来通院患者の5%前後がハンセン病患者であったから、ハンセン病は医学者にとっては、挑戦に値する疾患であった。当時の医学雑誌にもハンセン病に関する研究報告の掲載が増え始め、皮膚科泌尿器科学会などでもハンセン病に関する報告が見られるようになった。

ところが、1931(昭和6)年に癩予防法が制定され、次いで第1次無癩県運動が展開され、日本型絶対隔離政策が強力に進められるようになると、一般病院に通院できる患者が少なくなり、研究者の関心も急速にハンセン病から離れていった。その結果、ハンセン病医学は少数の医師の独善と非科学的論理が支配する世界になり、国策を無批判に支持する、行政の道具に成り下がっていった。

戦後すぐ、日本にもプロミンの治療効果についての情報が伝わり、まもなく東京大学薬学部の石館守三が合成に成功し、画期的な効果は日本でも証明された。やがて量産されるようになり、本格的な化学療法の時代が始まったが、そのころ諸外国では既に静脈注射薬プロミンから経口薬ダブソンへの切り替えが進んでいた。にもかかわらず、光田健輔は著書の中で次のように述べているのである。「……世界中が、ライ予防の逆コースの道をとっている。個人の人権を守るあまり、人類の福

社が忘れ去られようとしているとしか、私には考えられない。……私は社会をライから守る防波堤となつて、堤が切れたら自分のからだを埋めて人柱になろうという、いのちがけの決心で暮らしてきたのだ」(愛生園日記)。

二 隔離政策に抵抗した専門家

もちろん、日本らい学会(現日本ハンセン病学会)会員の中には、少数ながら隔離政策の抜本的な見直しや予防法廃止を提案して闘った研究者もいた。たとえば、長島愛生園の医官を務めた犀川一夫は1953年に北インドのラクノーで開かれたハンセン病に関する国際会議に日本からただ一人出席した。ハンセン病対策は入所隔離から外来治療中心に大きく転換すべきことを知り、帰国後、日本でも外来診療制度を作ろうとしたが、強硬な反対に出会い実現できなかった。また、松丘保養園の名誉園長、荒川巖はハンセン病学会で繰り返し予防法の矛盾を指摘し政策の転換を迫ったが、学会は受け入れなかった。元大島青松園医官、和泉眞藏も、らい予防法は改正ではなく廃止すべきであり、予防法に替えてハンセン病福祉法を制定するように提案した。

この外にも、学会などで隔離政策の矛盾を指摘した者もあり、それぞれの方法で闘ったが、政府が進める療養所中心の絶対隔離政策を根本的に転換させることはできなかった。学会で多数派を形成することもできなかった。多くの学会員はこのような先駆的批判者の意見の重要性に気づくことなく、90年代になるまで、隔離政策の基本理念が変更されることはなかった。学会を支配したのは患者の視点ではなく治安の論理であり、これと表裏一体のパターナリズムであった。

1994年、藤楓協会理事長の大谷藤郎はハンセン病学会総会で講演し、誤った絶対隔離政策を進めた主要な責任は政府にあるが、責任の一端は専門家にもあるのではないかと、学会員に自己点検を呼びかけた。それを受けて日本らい学会は、翌年の総会で自らの過ちを認めて謝罪声明を発表し、1996年のらい予防法廃止法の成立に一定の役割を果たした。異例の自己批判ではあったが、その場だけのものに終わり、自分たちが専門家としてどのような過ちをなぜ犯したかを真摯に検証する努力は払われなかった。

1998年7月、熊本地裁にらい予防法違憲国家賠償請求訴訟が提起されてからも、多くの学会員はその歴史的意義を理解できないまま無関心や傍観的態度をとり、中にはあからさまに敵意を抱く者さえあった。

三 日本ハンセン病学会の活動

1. 学会の責任

日本ハンセン病学会は、1927年秋に日本癩学会として創設され、1976年に名称を日本らい学会に変更し、1996年にらい予防法廃止に伴い現在の日本ハンセン病学会に名称を変更した。学会はほぼ毎年1回開催され、1930年には機関誌「レブラ」が創刊された。学会誌の名称も、1977年からは「日本らい学会雑誌」、1996年からは「日本ハンセン病学会雑誌」に変更されている。

学会はその時々ハンセン病医学・医療が直面している課題を取り上げて学術的発表と討論を行ってきた。同時に 1947 年までは行政に働きかける公式文書を発表し、日本型絶対隔離政策の強化を支援している。たとえば、「救癩施設に関する建議書」(1932 年、第 5 回癩学会から拓務大臣および朝鮮台湾両総督宛)や「建国 2600 年迄に癩患者 1 万人収容施設実現方陳情書」(1936 年、第 8 回癩学会から内務大臣宛)が決議され、1939 年の第 13 回癩学会では「癩根絶促進に関する陳情事項」として、「患者 10,000 人収容計画実現方の件」、「患者 15,000 人収容計画樹立方の件」、「特別患者収容施設設置方の件」などが、また、1942 年には「癩専門学者南方派遣に関する請願書」が第 17 回学会長光田健輔の名で小泉親彦厚生大臣に提出されている。戦後の 1947 年には、癩の一斉調査、療養所の満床運動の促進、療養所設備の改善、国民啓発活動の実施などがまとめられて厚生大臣に対して建議されているが、その後 1995 年まではこうした建議などは発表されていない。

1931 年の「癩予防法」制定については学会として公式に関与した事実を示す文書は残っていないが、絶対隔離政策の根幹に関わる法律の制定に当時の癩学会で指導的立場にいた専門家が関わっていないとは考えにくい。その後展開された絶対隔離政策と第 1 次無癩県運動への積極的関与を示す上記の建議書などを見れば、日本癩学会が日本型絶対隔離政策を積極的に支持していたと考えられる。学会はその責任を痛感すべきである。

1951 年の参議院におけるいわゆる「三園長証言」などで明らかなように、「らい予防法」の制定に日本のハンセン病専門家は積極的な役割を果たした。学会が公式に関与したことを示す文書は発見されていないが、無関係だったと見るのは不自然であろう。

学会が 2004 年 5 月 21 日の第 77 回総会で承認した調査報告書で「1931 年制定の『癩予防法』、1953 年の『らい予防法』に関して学会は医学的見地から何も行動を起こさなかったことは遺憾である」としているが、学会の負うべき責任は、このような「不作為」についての責任だけではなく、学会の幹部たちが実質的な推進者として関与したことについての責任でもある。

初期のハンセン病学会では、療養所関係会員には隔離を是とする人が多く、大学関係会員には批判的意見を持つ人が多かった。「大学派」には太田正雄のように、国際会議から帰国後、全患者の絶対隔離政策を批判した学者もいた。また、小笠原登らは疫学的見地から日本のハンセン病の歴史と現状を分析し、絶対隔離政策を支えた「ハンセン病観」を「迷信」と決めつけ、正しいハンセン病対策のためには「迷信」を打破しなければならないと主張した。しかし、療養所関係者には、同じように諸外国のハンセン病事情を視察しながら、光田健輔や林文雄のように日本型絶対隔離政策の推進者がいる一方で、九州療養所(現菊池恵楓園)の河村正之のように、臨床的治癒を認めて入所者の社会復帰を積極的に主張した者もいた。この事実について調査報告書は「両者の扱う患者の重症度、患者の置かれていた状況には差異があり疾病観にも差異があった可能性がある」と分析している。しかし、扱っていた患者の重症度の違いが考え方の差を生んだとしたら、「大学派」の人も療養所で働いていれば「療養所学派」の人と同じ疾病感を持ったことになる。これでは隔離論者を擁護することになり、問題がある。大学派と療養所学派徒の間にあったのはもっと本質的な対立、ハンセン病に対する根本的な疾病感の対立だったのである。

日本癩学会の重要な審議機関である評議委員会の委員に、1961 年から 1975 年まで、厚生省の職

員と共に、民間の立場で救済活動を続けていた財団法人藤楓協会の役員が任命されており、大きな力を持っていたことも注視しなければならない。この事実は、日本癩学会が単なる学術団体ではなく、積極的に絶対隔離政策を進める団体だったことを示している。

調査報告書は、当時の学会について「大学研究者、研究所研究者、療養所関係者、厚生省幹部、藤楓協会幹部などが一堂に会して学問の進歩を共有していたことが考えられ、さらにハンセン病全体も見据える陣容であった」し、「隔離を否定する国際学会の記事が掲載されており、これは学会員である厚生省の幹部も読んでおり、世界の流れを了解していた」としている。

しかし、日本の学会自身が、行政や民間の救済団体とは独立に、科学的ハンセン病医学、とりわけハンセン病政策の適否を判断するために不可欠なハンセン病の疫学に関する学問的進歩を求めようとする体制のもとでは、「学会として隔離政策反対の大きな流れを作ることはなかった」のは当然であったといえよう。

調査報告書は、また、「光田健輔の主張への学会の関わり」について、「1947年までは療養所病床増加が光田及び学会の方針であり、これは国の方針でもあり、学会は光田及び国の方針に追従したと認められる」としながらも、「しかし増床がほぼ達成され、『らい予防法』が施行されてからは光田の隔離推進策の学会内での影響はほとんど払拭されていったと考えられる」と述べている。しかし、これは誤った認識で、光田の影響は予防法施行後も残ったといわざるを得ない。

調査報告書は、小笠原登についても触れ、「本学会の大先輩の一人として尊敬され、その名誉は意図するまでもなく称えられている」と述べているが、絶対隔離政策の嵐に抗して果敢に闘った小笠原のハンセン病観の基本理念を正しく理解している学会員は現在でもそれほど多くない。

1966年の癩学会の幹事会ではらい予防法改正問題が議論されたが、「現在特別に要望することはないが、随時研究し、その必要が生じたときには委員会でも作って行くということにします」と消極的であった。しかし、1968年の第41回癩学会総会のシンポジウム「日本のらい対策の将来について」では、予防法改正を望む声が多くあがり、1973年の第21回日本癩学会西部地方会では「らい予防法の問題点」と題する円卓討論が行われ、全患協の委員なども加わって基本的人権、生存権、外来診療、退所規定、終生隔離、医療の進歩などについて総括的に考察した。

この中で栗生楽泉園の松村譲は、公衆衛生法規では国民の生存権が危機にさらされる場合には患者の自由権と生存権が制限されるのはやむを得ないが、その限度は制限を加えない場合に惹起される国民の生存権の侵害に見合った限度を超えてはならないとの見解を示し、らい予防法はその限度を超えていると述べている。また、隔離は伝染のおそれのある者に限って認めていながら(第6条)、伝染のおそれのない者への対応がないため、療養所への入所が事実上強制されていると指摘して、予防法の改正を訴えた。駿河療養所の石原重徳は、伝染のおそれのある患者とはどんな患者かの規定がないのは不備であり、施行細則で規定すべきであると主張する一方、退所者に対する医療管理体制がない不備を指摘し、外来でのケアの必要性を強調した。また、京都大学の瀧澤英夫は、予防法が化学療法の導入に対応した運営になっていないこと、伝染のおそれのある患者とは何か不明確であることなどの不備を指摘し、ハンセン病医学の進歩を土台にして現時点での問題点を学会として整理して行政に反映させる努力をしてこなかったと批判した。瀧澤はさらに、「現段階でも患者

中心のキメ細かい療養指導と家族の健康管理を行うことができれば、すべてのハンセン病患者の在宅治療は可能である」との見解も示している。

翌 1974 年の日本癩学会東部地方会でも、世界の動きを紹介しながら、隔離の廃止と一般医療の勧め、予防法改正が訴えられている。しかし、こうした動きは散発的で後継的な取り組みとはならなかった。その後も、らい学会では予防法の改廃の緊急性を訴える荒川巖の発表などが続いたが、長島愛生園長の高島重孝は、荒川の訴えは科学的には正しいが、療養所は必ずしも法律に従っているわけではないと答え、まともに対応しようとしなかった。

1982 年の第 55 回らい学会総会ではらい予防法の早急な改正の方向で努力することが了承され、92 年の第 66 回総会ではらい予防法の非科学性と非人道性を学会として一般に公表すべきであるとの意見が表明された。これに続いて、1994 年の第 67 回総会では学会員に反省を求める大谷藤郎の講演があり、翌 95 年総会で学会の謝罪声明が発表されることになった。

一連の学会内での流れを総括して調査報告書は、「らい予防法は医学的に正しくないことが判明し、改正すべきものであると考えていたが、……学会として法律改正を言うことが学術団体として良いものか否か考えあぐねていた」と述べている。

日本のハンセン病学会は、正しいハンセン病観を確立して国民世論を形成し、わが国のハンセン病対策を正しく進めるといった専門家の役割を果たせなかった。

2. 療養所医療の問題点

調査報告書は、「療養所医療の問題点」についても次のように述べている。「ハンセン病療養所では医師の恒常的不足状態にあり、専門的な知識や経験が不十分な医師がさまざまな科を担当せざるを得なかったと推測される。学会が療養所医療について検討を加えるには人権や倫理の面で問題が多く、困難と考えられる」。

この点に関わって注目されるのは、全生園の医療過誤についての民事裁判である。日本で多剤併用療法が定着した 1980 年代に、再発した患者について必要な抗菌剤を投与せず、このような場合に禁忌である免疫抑制剤を長期にわたって継続した結果、重篤な後遺症が残った。このような訴えで、同様の症例は同園だけでも 20 例以上存在しているとの調査報告もあるといわれる。このような療養所医療の実態を園の管理者だけでなく多くのハンセン病学会員が早くから知りながら放置していた、という指摘もみられる。長年続いた絶対隔離政策によってハンセン病医療が一般医療から隔離されてきた事態を直視するならば、ハンセン病学会が療養所医療について検討を加えるのは困難だと簡単に諦めるのではなく、療養所におけるハンセン病医療の適否について学会自身が適当な機関を作って検討を加えることは責務といえよう。

日本ハンセン病学会は、調査報告書の最後を次のように結んでいる。「学会では今後人権を尊重した医療、研究成果の臨床や社会への反映、ハンセン病医療内容の向上に努めるよう学会の運営に留意し、学会員に働きかけていく所存である」。学会は、この決意を行動に移し、国民の期待に正しく応えるべく科学的ハンセン病医学の確立に努め、贖罪の証とすべきである。

四 国立多摩研究所

国立多摩研究所は、1953年にらい予防法が参議院を通過する際の付帯決議で設立が決まり、1955年に開設されたわが国唯一のハンセン病の専門研究所であった。当初は「国立らい研究所」と呼ばれていたが、途中から国立多摩研究所と名称が変わり、1990年代後半、厚生省の研究所再編計画に基づいて国立感染症研究所に統合され、「国立感染症研究所ハンセン病研究センター」となった。このとき、感染症研究所の抗酸研究室を取り込んだので、正確に言うとハンセン病だけの研究機関ではなくなったが、その活動の中心がハンセン病であることは今も変わりはない。

53年当時、日本型絶対隔離政策の中でほとんどの大学がハンセン病研究から撤退したため、日本における主要なハンセン病研究は療養所の中で行われていた。その結果、基礎医学的研究の立ち後は著しく、専門研究所の設立は患者も熱望していたところだった。その意味では多摩研究所の設立は時宜を得たものであった。

設立当時の研究では、プロミンの代謝に関する研究とレプロミンの製造と標準化の研究がしきりに行われている。この研究はその後何年も継続され、世界に標準的なレプロミン反応液を供給する事業として結実した。

ヌードマウスを用いたらい菌の接種実験は、その後着実に発展し、多摩研究所は世界にないらい菌を供給するセンターとして現在でも活動している。この実験系を用いて様々な状態の患者から採取したらい菌を増殖させることでらい菌の菌株を維持することができたために、ハンセン病の分子疫学的研究にかけがえのない材料を提供することができた。

FLA-ABS というらい菌感染の血清診断法が開発され、それを用いて流行地におけるらい菌感染とハンセン病予防の疫学的研究が行われた。世界で唯一のハンセン病の血清診断薬「セロディアラブラ」の実用化を見たことも研究成果の一つであった。

多摩研究所におけるハンセン病の研究を質的に向上させたのは1980年代後半に強化された分子生物学的研究であった。若手の分子生物学研究者を採用して訓練するなどにより、欧米の研究から遅れて出発したが現在では肩を並べ、分野によっては世界をリードするまでになっている。

しかし、多摩研究所においても、日本型絶対隔離政策の中でハンセン病医学までが他の医学研究の分野から隔離されて孤立させられてきたことの影響は大きい。日本をはじめとする世界のハンセン病が直面する問題から研究テーマを着想する姿勢が希薄で、原著論文の数が少ない。また、科学的視点に立ったハンセン病医学とあるべきハンセン病対策の基本理念構築の努力がみられず、ハンセン病の専門家集団でありながら、政府に対し絶対隔離政策の転換を求める姿勢を示したこともなかった、などの批判がある。これらは日本のハンセン病医学の隔離から生じた歪みに他ならないが、だからといって責任回避は許されない。

第5 ハンセン病療養所の医療水準

一 ハンセン病に対する医療水準

スルフォン剤導入以前のハンセン病の薬物治療は主として大風子油の筋肉注射であった。その効果には限界があったが、他に有効な薬剤がなかったために患者はその苦痛に耐えて治療を続けた。紫電、虹波、セファランチンなど様々な薬物が臨床試験されたが有効なものはなく、副作用ばかりが目立つものもあった。中でもプロミン導入直前の戦時中から戦後の早い時期に用いられたセファランチンは、治療効果が認められないだけでなく、激しい副作用で死亡したり、症状を悪化させる患者が相次いだ。この事実は、入園者だけではなく医師の側も承知していた。当時全生園で化学療法を担当していた馬場省二医師は、「……セファランチン治療では、かえって悪化するものが多く、患者は死につながるセワイランチン（世話が要らなくなる）と悪口を言っていた」と書き残している（『患者が待っている 医の本質を見つめて』55頁、朝日新聞社刊、1992年）。それにもかかわらず、セファランチンの治験報告論文の中には、この重篤な副作用についてまったく記載がない。当時の日本のハンセン病医学が、いかに非科学的であり非人道的であったかを示す1つの歴史的証左である。

ハンセン病に対する薬物療法は、日本でも昭和20年代前半に導入されたプロミンによる化学療法で大きく変化した。病型や重症度に関わらず多くの患者の状態が改善したが、手探りで試用したために「らい反応」により神経病変が悪化した例もかなりの数に登った。

日本の療養所における初期の化学療法の特徴は、静脈注射薬であるプロミンが長く使われ、経口薬であるダブソン（DDS）の導入が遅れたことである。プロミンではハンセン病の外来治療は不可能であるから、諸外国ではすぐにダブソンの経口投与に切り替えられ、そのことでハンセン病医療が一般の医療システムに統合された。日本においてそれが遅れたのは、社会復帰や療養所外医療に対する関係者の認識が遅れていたことが主要な原因である。

ハンセン病の治療では、「らい反応」と呼ばれる急性症状がかなりの頻度で起きるため、患者も担当医もそれをどう乗り越えるか悩まされることが多い。らい反応に伴う神経炎や虹彩炎に対しステロイド剤が不用意に使われたため、管理体制が不十分な療養所では副作用で死亡したり、種々の合併症で健康状態を悪化させる入所者が後を絶たなかった。

担当医が患者の症状や希望に合わせて薬剤の種類や投与量、服薬方法や期間などを決めていたため、標準的な方法が確立しなかったことも日本の化学療法の特徴である。

1970年代に入ると、日本の療養所でもリファンピシンやクロファジミンが使われるようになった。この薬剤についても日本では系統立った臨床試験は行われず、手探りで導入され、標準化された投与方法は確立されなかった。現在ではWHOの多剤併用療法が基本となっている。その結果、再発する患者はごく少数にとどまっており、入所者の多くは現在抗ハンセン病薬を服用していない。

ハンセン病の治療にはらい菌を標的にした化学療法の他に、神経障害に対する外科的治療や機能訓練が欠かせない。ダブソン内服療法と時を同じくして、ポール・ブランドらによって社会復帰の

ために始められた後遺症に対する整形外科的治療が日本にも導入され、失われた機能を再建する手術や形成外科的手術が活発に行われた。これによって多くの患者の生活の質が向上し、社会復帰を果たす患者も 3500 人に上った（「らい予防法」改正に関する請願、全国国立ハンセン病療養所所長連盟（仮称）、1987 年 3 月）。

二 ハンセン病以外の疾病に対する医療水準

日本型絶対隔離政策によってハンセン病医療そのものが一般医療から隔離されてしまった結果、療養所で働く医師や看護師は、良い意味でも悪い意味でも特殊な人間に限られるようになり、必然的に量の絶対的な不足と質の低下を招いた。戦争が激しくなると療養所からも多数の男性医師が召集されたため医療は壊滅状態になり、多くの入園者が命を落とした。この医師不足は隔離政策が転換されなかったために戦後も長く続き、医療サービスの向上は望むべくもなかった。

療養所における疾病構造と医療水準を評価する 1 つの指標として死因統計を見ると、昭和 30 年代までは結核死が 3 分の 1 から半数近くに達している。この事実、12 畳の大部屋に 8 人の患者が雑居するなどの劣悪な居住環境の中で結核が蔓延して死亡者が続出したことを示している。園に収容されなければ結核の感染から免れた患者も少なくなかったと考えられる。

腎疾患による死亡も見逃すことはできない。ハンセン病患者が腎疾患を起こす主要な原因は、麻痺した手足の傷から化膿菌が繰り返し感染することだが、かつてわが国の療養所では二次感染を起こした重症の患者の看護や処置を軽症の患者がやらされていた。軽症といっても多くの患者は麻痺した手足に傷を持っていたから、これにより二次感染の危険が増大した。この看護等による繰り返しの感染が各種の腎疾患を誘発して患者を死に追いやった、として患者作業との関連を指摘する専門家の声もある。

通常医療機関は、小規模な診療所を中心とする 1 次医療機関、中間的規模の 2 次医療機関、さらに高度専門医療を担当する大学病院などの 3 次医療機関がそれぞれの役割を分担する構造になっている。ところが、絶対隔離政策下の日本では、ハンセン病患者を一般医療機関で診療できない体制になっていたため、すべての疾患を療養所内で治療するしかなかった。当然高度先進医療は不可能となり、不十分な医療で死亡する患者が後を絶たなかった。

「充実した医療が受けられる」というのが、「安心した生活が送れる」等と並んで、療養所への強制入所の名目とされた。しかし、療養所医療の実態は、反医療ないし非医療ともいべきもので、入所者の失望は強かった。この反医療ないし非医療から病状の悪化等が惹起されたことが療養所医療の何よりの特徴であった。

第 6 療養所以外のハンセン病患者の処遇

日本型絶対隔離政策は、すべての患者を生涯療養所に収容して死滅するのを待つことを基本理念としていた。政策を完遂するためには、当然のことながらハンセン病患者が療養所外で治療を受け

たり、療養所から社会復帰した患者が一般社会で医療サービスを受けることは望ましくない。そのような発想の存在を裏付けるかのように、厚生省は療養所外にはハンセン病医療を担当する部門も職員もおかなかった。

しかし、日本の近代ハンセン病対策の初期の時代には、多くの一般病院がハンセン病患者を治療していた。これらの多くの医療機関は、絶対隔離政策が強化されるに従って次々とハンセン病医療から撤退し、昭和30(1955)年代には京都大学医学部皮膚病特別研究施設、大阪大学微生物病研究所癩部門、東北大学抗酸菌研究所の3施設だけがハンセン病患者を専門医が診察する施設になった。いずれも厚生省管轄ではなく文部省管轄であったが、大阪大学と東北大学の施設は外来のみで入院設備を持っていなかった。公的医療機関として認定され、健康保険による診療が可能で、入院設備も持っているのは京都大学だけであった。

厚生省は、1996年の予防法廃止までハンセン病を健康保険で診療することを認めず、抗ハンセン病薬も保険医薬品として認可していなかった。療養所外で療養するハンセン病患者は、国民皆保険制度の下でも自費で診療を受けざるを得なかった。京都大学では、担当者が様々な便法を駆使して違法にならない範囲で保険診療を行った。こうした工夫は他の施設でも行われた。

上記3施設の他に、1963年から83年まで名古屋外来診療所があった。20年間に延べ3500人近い患者や家族が診療を受けた。本格的な医療施設ではなく、年数回開かれるだけだったために、すべての患者の医療ニーズに応えられる施設ではなかったが、外来診療の意義は大きなものがあった。

療養所の管理者は、専門医療施設での外来治療に関する事情を熟知していた。にもかかわらず、退所者にこの重要な情報を伝えなかった。当時の療養所が患者の社会復帰に不熱心だった姿勢の現れであり、ここにも絶対隔離政策を担った療養所医師たちの1つの姿を見ることができる。

昭和30(1955)年代に入ると、化学療法の導入と機能再建術などによって社会復帰する患者が増えた。ハンセン病医療の進歩によって生まれたこの新しい事態に対し、医療行政としては当然何らかの療養所外医療体制を確立すべきであったが、絶対隔離を基本理念とする厚生省は何の措置も講じなかった。そのために社会復帰者たちは再発や後遺症の増悪などによって自分の病歴が知られることに怯えながら社会生活をせざるを得なかった。抗ハンセン病薬を入園者から闇のルートで手に入れたり、足底潰瘍などの治療を自分でするなど苦勞が絶えなかった。自宅での治療が難しくなると多くの回復者は病気を隠して一般医療機関で受診したが、事情を知らない医療機関では適切な治療が受けられず、病気を悪化させる患者が多かった。ダブソンを入手できなくなったりして、療養所に再入所せざるを得なくなった患者も多かった。

この医療差別の体制を打破し、入所者にも一般国民と同じ医療を受ける道を開く試みが一部の医師等の努力で積み重ねられた。青松園と京都大学が協力して始めた療養所外医療(委託医療)の試みもそのひとつであった。それはハンセン病患者の医療は療養所内で行うものと決まっていた隔離政策に対する大きな挑戦のひとつで、その後、予算化にも成功した。これによって多くの患者の命が守られた。

第7 ハンセン病療養所における精神医学的問題

一 ハンセン病療養所における精神科医療

1. はじめに

ハンセン病療養所における精神科医療の経過および現状については、東北新生園、栗生楽泉園、多磨全生園、駿河療養所、長島愛生園、菊池恵楓園、星塚敬愛園、奄美和光園、沖縄愛楽園の各療養所から回答を得た。また、厚生労働省からは、1951(昭和26)年から1958(昭和33)年までの、精神病を発したハンセン病患者に関する4件の書類の写しを提供された。ハンセン病療養所に勤めたことのある精神科医のうち、中川善資(多磨全生園、1983~1991)、原田三郎(菊池恵楓園、1971~1989)、高橋幸彦(長島愛生園、1962~1969; 邑久光明園、1970~)から聞き取りを行った。また、熊丸茂(菊池恵楓園長、1981~1991、現名誉園長)の話も聞いた。原田からは、その学会発表の原稿を提供された。さらに各園の記念誌、自治会誌なども参照した。

2. その歴史

ハンセン病療養所は、その設立当初から精神病患者取り扱いの問題に直面していた。すなわち、1909(明治42)年に熊本県知事は、精神病を発したハンセン病患者の監置手続きについて衛生局長に照会し、1917、18(大正6、大正7)年には同じく熊本県知事が、精神病を発した身許不明のハンセン病患者の監護義務者および監置費用について衛生局長に照会している(『予防衛生に関する法規及例規』、厚生省予防局、1942)。また、1917(大正6)年3月、保健衛生調査会による精神病患者全国調査では、九州療養所から患者1名が報告されている。九州療養所には成立当初から精神病患者監置室(精神病棟)が設置されていたことがうかがわれる。

懲戒検束規定に伴い設置された監禁所が精神病患者収容に利用されたことは、たとえば栗生楽泉園で1937(昭和12)年度に精神乖離症(精神分裂病の別名、現在 統合失調症)および躁うつ症の患者各1名を計51日間収容していたことにもみられる(『風雪の紋』、1992年)。

長島愛生園では、1931(昭和6)年から精神病患者を監房に収容しており、1939(昭和14)年からは杜鵑舎に収容して軽症患者がその当番をしていた。

全生病院では1931(昭和6)年に60坪の精神病棟が建設されて、翌年にはその付き添いに8人を要したことが記録されている(『俱会一処』、1979年)。沖縄愛楽園では、1940(昭和15)年に沖縄県らい予防協会から14坪の精神科病棟が寄付され、1952(昭和27)年には精神病棟の付き添い定員が3名だったことが記録されている(『命ひたすら』、1989年)。栗生楽泉園では1942(昭和17)年に21坪(3床)の精神病室が竣工している。星塚敬愛園では1936(昭和11)年の文書「癩療養所に於ける患者統制」に精神病舎のことが記載されている。また1955(昭和30)年には、精神科病棟は12床で患者付き添い5名であった(『名もなき星たちよ』、1985年)。邑久光明園では、1964(昭和39)年に精神病棟が完成している(『全患協運動史』、1977年; しかし『風と海のなか』、1989年にはこの記載がない)。

厚生省は1960(昭和35)年に、ハンセン病療養所における精神病棟整備計画を策定し、全国100床として、東部5園分として多磨全生園に40床、瀬戸内3園分として長島愛生園に30床、九州・沖縄5園分として菊池恵楓園に30床を割り当てた。

長島愛生園では1966(昭和41)年に杜鵑舎が全焼して、同年末に瀬戸内3園分として30床の第5病棟が開設された。「これを建てるにも一般の患者さんの一部から反対があり、すわりこみ運動など行われたこともあった」(神谷美恵子『人間をみつめて』、朝日新聞社、1971年)。ハンセン病療養所内部でも精神病、結核、梅毒を病む人への差別が強かった。それまで精神科医として20年の経験をもった原田三郎は、1971(昭和46)年に菊池恵楓園に就任する際、「内科としてやってくれ」といわれた。もっとあと1983(昭和58)年に多磨全生園に赴任した中川善資(精神科医歴20年)も、「精神科と標榜せぬほうがよからう」と不自由者センター長として診療にあたっていた。

こういったいわば前史の時代には精神病舎、精神病棟はあっても、収容しておくだけのものだったのではないと思われる。付き添い(看護)はもちろん患者であった。神谷美恵子は1957~58(昭和32~33)年当時の杜鵑舎について、「精神病が恐れられていたためであろうが、らいの新しい治療薬も、この人たちには注射されることがなかったから、戦中にみた患者さんたちのように、からだは最悪の状態にあった。また精神科のほうでも、戦後、よい薬物が次々と開発されているのに、その方面の治療ももちろん受けていない」(神谷、前掲書)と記している。多磨全生園退院者の冬敏之は1999(平成11)年に東京地方裁判所で、12歳の実兄が精神病舎に収容されて凍死したことを証言している(『開かれた扉』、講談社、2003年)。要するに当時においては、精神病患者は療養所内においてさらに差別される存在であった。

3. 各療養所における歴史と現状

この後の各療養所における精神科医療については、主として各療養所からの回答にもとづいて記す。もっとも、現存する記録が上記前史と充分につながらないところもある。

東北新生園では、精神科医療について特別の対策は講じていない。ただし、1951(昭和26)年に、監禁室に仮収容中の精神病患者の転院斡旋依頼を厚生省療養所課宛てに出している。

栗生楽泉園では、1942(昭和17)年に21坪の精神病室を竣工、1952(昭和27)年に19坪3床の精神病棟を竣工、看護には患者があたっていたが、1956(昭和31)年に患者看護は廃止。このときから、精神病棟と隣接する結核病棟とを1看護単位としていた。とくに、治療を必要とする患者は多磨全生園、小諸療養所(国立、精神)に転所させている。1963(昭和38)年には、精神病棟の保護室3のうち2室の格子をはずして一般病室として、性格異常のため集団生活からはみだした者を収容した。1972(昭和47)年までに、結核患者減少と精神病患者の軽快とによって、精神・結核の看護単位を廃止した。1976(昭和51)年に精神病棟が取り壊され、精神科医療は1976年から多磨全生園、国療東京病院、国立武蔵療養所(精神)、多摩川病院などからの非常勤医が担当しており、現在1ヵ月に2回の診療となっている。

多磨全生園では、1931(昭和6)年に、精神病室1棟(60坪)が落成したが、翌年の精神病室付き添いは8名であった。1960(昭和35)年、東部5園の精神病患者を収容する第5棟(40床)の

半分が竣工して、まず8名を収容した。精神科医が専任で勤めるようになった。1984(昭和59)年には、精神病棟は老人病棟に合併、1996(昭和61)年には、老人センター病棟が竣工して、第2病棟(老人科精神科)がそこに移転した。

駿河療養所では、1974(昭和49)年から所長、副所長が専門外ながら診療し、あるいは多磨全生園に受診させ、また多磨全生園ほかの精神科医の応援を得て診療した。

長島愛生園では、開園当初の1931(昭和6)年から、監房に精神病患者を収容していた。1939(昭和14)年から杜鵑舎(5床?)が精神病患者を収容することになり、軽症患者が当番にあたった。1960(昭和35)年から杜鵑舎看護は、一般よりは5年遅れて日勤だけ職員による看護となり、1962(昭和37)年から全面的に職員看護となった。看護が職員により行われるようになると、患者の状態が目だって好転したことを神谷は『人間をみつめて』に記している。1966(昭和41)年に杜鵑舎が全焼。同年末に瀬戸内3園の精神病患者収容のため第5病棟(30床)が開設された。だが、他園の精神病患者は本来の園を離れたがらず、他園の患者の収容はほとんどなかった(高橋医師談)。1991(平成3)年、第5病棟は第3病棟と改称し、新設の老人病棟と合併。1998(平成10)年、老人科精神科のむつみ病棟(50床)が開設された。精神科医としては、昭和30年代はじめに大月三郎が嘱託医として何回か来園。神谷美恵子は、1957~58(昭和32~33)年に調査のため来園(その成果は「癩に関する精神医学的研究」[1959]にまとめられ、神谷の著作集の『精神医学研究1』みすず書房、1981に納められている)。神谷はその後、非常勤あるいは医長として勤め、その後はずっと高橋幸彦ほかの精神科医が常勤かそれに近い形である。

邑久光明園では、在園中に精神症状を発した患者を、ハンセン病が軽快したので退院させたところ、被害妄想がひどくなったので、光明園に転園するとの条件でとりあえず長島愛生園に入院させたが、光明園では他患者の反対のために当該患者を受け入れる施設整備にかかれずにいるといっている。同園に患者収容を指示されたいとの大阪府予防課から厚生省結核予防課に宛てた1956(昭和31)年の書類が残っている。『全患協運動史』に記載されている1964(昭和39)年の精神病棟完成は『風と海のなか』には記載がない。上記神谷は途中から光明園でも診療にあたるようになり、高橋もそれにならった。そして1968(昭和43)年からは高橋が月1回診療にあっている。なお、今回の調査に対し回答はもらえなかった。

大島青松園では、神谷および高橋が診療にまわることがあったとのことである(高橋医師談)。同園でも今回の調査に対し回答はいただけなかった。

菊池恵楓園では、1909(明治42)年に隔離室が竣工しており、おそらく前記のような精神病患者を収容していたのだろうと思われる。1934(昭和9)年には精神病室が竣工しており、それは1952(昭和27)年に取り壊されている。1951(昭和26)年に精神病棟の第9棟が竣工して、1956(昭和31)年に増築された。1980(昭和55)年に現在の3病棟に移転した。医師は1946(昭和21)年から精神科医が常勤し、病棟担当と外来中心と2名の精神科医がいた時期もある。2002(平成14)年からは心療内科を標榜して診療していて、医師は週3日勤務している。3病棟の定員は50床で、2004(平成16)年10月31日現在の収容実人数は21名。老年精神疾患の方が多い。

星塚敬愛園では、1955(昭和30)年にはあった精神科病棟が廃止されたが、時期は不明である。

多磨全生園の中川が年 4 回出張していた時期もあるという（中川医師談）。2000（平成 12）年からは月 1 回精神科医の診療援助がある。

亀美和光園では、精神科面は 1988（昭和 63）年から慈愛会亀美病院の診療援助および委託治療で対応している。

沖縄愛楽園では、1940（昭和 15）年に寄付されたという精神科病棟は、時期は不明だが廃止されている。1991（平成 3）年から月 1 回の精神科医の診療援助を得ている。

4. ハンセン病療養における精神疾患

ハンセン病療養所でみられる精神病、なかでも統合失調症（精神分裂病）、気分障害（躁うつ病）などの機能性精神病の発生率は、一般人口におけるものとほぼ同じであることは、前記の神谷調査が示しており、中川なども同じ印象を抱いている。その他の精神疾患でも、神経症および鎮痛剤関係を除けば発生頻度に目だつところはないようである。高橋幸彦が長島愛生園につき報告したところ（高橋「長島愛生園における精神科診療の実態」、『長島紀要』5 巻 12 号、1964 年）によると、精神分裂病および躁うつ病の園内発現率は 0.79%および 0.2%で、一般人口におけるものと差がなかった。精神科患者総数の約 65%を占める神経症の発現率は、一般病院のそれに比して約 2 倍以上の数値を示す。その症状別では、32.5%が心気症で最も多く、21.7%の不安神経症がそれに次ぐ。両者の関係は一般病院では逆である。

最近の在所者の超高齢化に伴い、知的衰退（認知症）を示す人が増加していることは当然である。その発生率については、中川は多磨全生園での調査から一般人口と大差ないと結果を得ているのに対し、高橋は、発生率が低いとの印象を得ている。

かつて、ハンセン病特有の精神病が存在するかという問題が提起されていた。現在、ハンセン病菌が直接に脳を侵すことはないとの所見から、「癩性精神病」の存在は否定されている。

ただ、ハンセン病には激しい神経痛が伴う。リファンピシンが使用されるようになって、神経痛ははっきりと減った。多磨全生園では、1932（昭和 7）年ごろからモルヒネ中毒が流行し、その所持、使用が発見されると患者は監房に収容された。ひそかにけしが栽培されていた園もある。戦後も鎮痛剤依存の人は続いた。セパ、ソフラン、ペンタジン、ラボナールなど園によりその主たる薬物は異なっていたようである。とくに夜間の注射要求は当直医の負担を大きくしていた。ペンダジンは園の薬剤費にも響いた。原田は鍼による神経痛治療をこころみて、菊池恵楓園におけるペタジン依存の発生をかなり抑えることができた。

療養所収容により、分裂病反応を呈した事例は神谷により記載されている。

多磨全生園で 1960（昭和 35）年以降、アルコールが解禁になった一時期、アルコールによるウェルニッケ脳症が増えたことを、中川は前任者から聞いていたという。

ハンセン病による身体不自由のために、精神疾患の症状にいくつかの特殊性がみられた。金銭管理面で代行行為を必要とする人がかなりおり、それに伴い「物とられ妄想」が発生しやすい。また、感覚障害に伴って、介護の人が充分乾ききっていない洗濯物を取りいれたと誤解するなど、被害的な受けとり方をする人もいた。頑固で一般には治療が難しいかと思われる、隣室の人などによると

される「物とられ妄想」に対し、所長の権限による転室を繰り返したところ、きれいにおさまった事例もあったとか。身体不自由であるために、向精神薬の副作用としてのアカシジアが「上体ゆすり」という形で発現することもある。失明が迫ってくるときの不安は激的なものがあって、自殺にいたることもあった。しかし、失明ノイローゼといった形で精神科を受診する人は、あまりいなかった。

療養所が社会に対し閉ざされていた時期に、患者の関心はもっぱら内に、自分の身体に向いて、心気症傾向を示す人が目だっていた時期もある。統合失調症の人で、園内のやや離れたところにひっそり住んで、派手な症状再燃を示さずにすんでいると判断される人がかなりいる。

うつ病の治療は、精神科医がいなくても、内科医による抗うつ剤処方であってほしいというまくいっていったようである。

最近、精神科特有の問題は減ってきて、老化に伴う問題が大きくなってきている。とくに、いま問題となるのは、老化が進んで他人との交流が減ってくるなかで、完全孤立というべき状態の人が増えていることである。個室化、独立家屋化を進めて食堂を廃止したりしたことが、今となってはよかったのかどうか。中川および高橋は疑問に思っているという。他人との交流も含めた精神面の豊かさを取り戻せるような老化対策が、今求められている。

なお、現状については、「ハンセン病療養所入所者の精神保健に関する調査」で後述する。

5. まとめ

上記をまとめると、ハンセン病療養所において精神病患者は二重に差別されてきた。かなり長い間、精神病患者に対する処遇は監禁・隔離だけだったといえよう。監禁放置のなかで死を早めた例もかなりあったことが推定される。精神病棟建設も、他の患者から反対され、ハンセン病治療薬、向精神薬が出て、精神病を病むハンセン病患者はそれらの恩恵を受けることが著しく遅れた。看護が患者の手から職員に移るのも遅かったようである。大勢の人を収容する施設であれば、当然ある数の精神疾患は発生する。ハンセン病療養所には常勤または非常勤の精神科医は不可欠であるが、その配置も遅れ、現状においても極めて不十分である。

ハンセン病療養所では結核患者も差別されていたと聞く。精神病患者と結核患者とで差別のあり方がどう異なっていたか、興味あるところだが、結核の問題は調査できなかった。いずれにせよ、差別された者が仲間であるべき人を差別する、という差別の二重化の問題は、今後も起こりうることであって、さらに研究を深める必要がある。

ハンセン病療養所は強制収容所であった。そこでは当然、強制収容所症候（あるいは施設症）が生じうる。それが実際にはどういう形で現れたか。精神疾患の面では、心性の内向化に伴う心気症の増加となった。自殺者が多かったのもこれに関係している。さらには、対人関係その他の心性および行動の面に広く現れているはずである。神谷はさまざまな心理検査によってそれに迫ろうとしたが、強制収容所症候の全容を把握するには不十分であった。もっと早く広汎な社会心理学的調査が行われるべきであったが、今となっては機を逸している。

最後に、いち早くハンセン病療養所における精神科医療に身を投じた神谷美恵子の評価に触れた

い。ハンセン病が十分に治りきるには至っていない段階で長島愛生園に赴いた神谷には、ただただ脱帽するばかりである。だが、神谷は当時の療養所のあり方を肯定的に捉えていて、それを受容している患者に限りない慈愛の目を降り注いだ。それに批判的な患者には冷たい。この点は、鈴木禎一が『ハンセン病 人間回復へのたたかい 神谷美恵子氏の認識について』（2003年）で厳しく批判しているとおりである。神谷は、光田体制下での献身的な精神科医であった、と見るのが妥当であろう。

二 ハンセン病患者が受けた心の傷

1. はじめに

ハンセン病患者が受けた心の傷の深さを知るには、深刻な自殺の思い、その企図、既遂がどの程度にみられたか（出来れば親族も含めて）、元患者が現在、親族および出身地とのつながりをどの程度にもっているのか、などを調べるのが鍵となろう。そのうち後者の問題については本検証会議『被害実態調査報告書』に譲ることにして、ここでは自殺につき検討する。ハンセン病療養所における精神医学的問題としても、自殺は大きい。

2. 各園における統計資料

各園に自殺者数の資料の提供をお願いしたが、松丘保養園からは資料がいただけず、また菊池恵楓園では自殺の統計はとっていないとのことであった。栗生楽泉園の自殺を含む死因統計は数年分ずつをまとめたものなので、各年毎の全園の数字を算出するにあたっては、その平均値を用いた。長島愛生園は1942（昭和17）年から、邑久光明園は1938（昭和13）年からの数字である。なお、のちにも論ずるが、今回出された資料を他資料と比べると、いくらか食い違いのみられるものがあり、全体として少なめになっているとの印象を受けた。

全国の国立療養所における自殺者数の計を、数年分ずつ区切って記すと、【表 - 1】のとおりである。

さらに、上記区分の各期間につき、自殺率（人口10万人対自殺者数）を算出してみると、【表 - 2】のようになる。年による細かな増減を避けて、ここでは原則として各5年の値を出した。この自殺率は、報告のあった各園の年間在園者数（繰り越し人数＋年間入園者数）の和に対して算出している。報告は園により暦年のものと年度のものがあり、不揃いである。それよりも自殺率に影響が大きいのは、転園者数の影響であろう。園の回答では転園者が前の園と転園先の園で二重にカウントされているために、真の自殺率は下記の数字より少し高くなるからである。なお、2000（平成13）年の在籍者数を確かめられない園があったので、この年は算出から除外した。

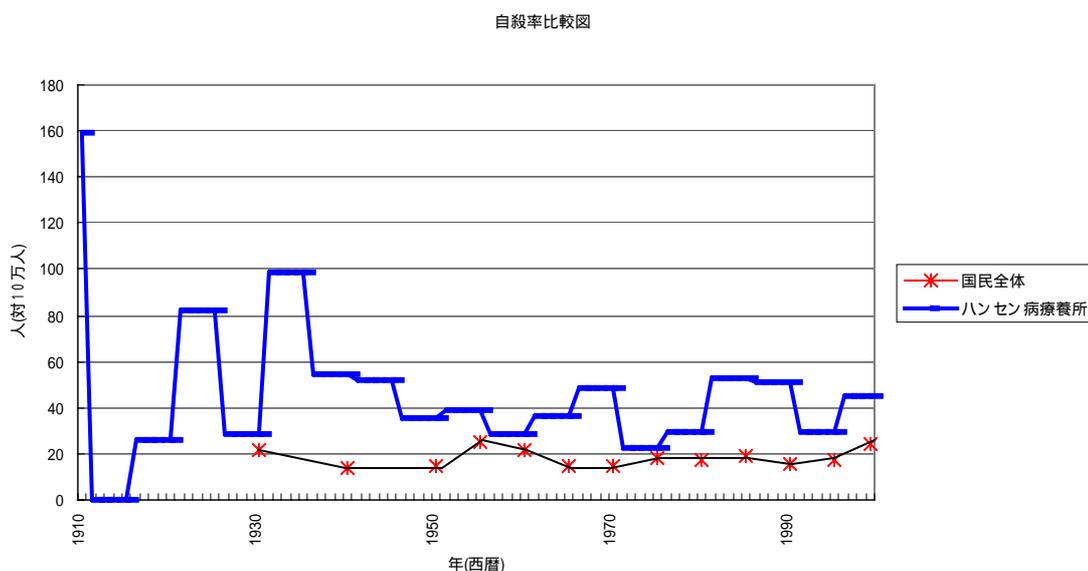
【表 - 1】自殺者の数

1909 ~				0	1
1911 ~	0	0	0	0	0
1916 ~	0	0	1	0	0
1921 ~	2	1	1	0	0
1926 ~	1	0	1	0	2
1931 ~	1	3.5	2.5	2.5	0.5
1936 ~	2.5	2.5	4.5	5.5	2.5
1941 ~	5.5	6.5	2.5	6.5	4.5
1946 ~	0.5	4.5	2.5	2.5	4.5
1951 ~	2.5	3.5	3.8	3.8	4.8
1956 ~	1.8	2.8	3.8	2.8	2.8
1961 ~	4.8	2.8	4.4	4.4	0.4
1966 ~	3.4	3.4	2.4	7.4	3.4
1971 ~	1.4	3.5	0.5	0.5	0.5
1976 ~	0.5	3.5	3.5	2.5	2.5
1981 ~	2.5	3.7	2.7	3.7	4.7
1986 ~	3.7	4.7	2.7	2.7	0.7
1991 ~	1.7	1.4	2.4	1.4	0.4
1996 ~	2.4	1.4	2.4	1.4	2.4

【表 - 2】自殺率

1909 ~ 10	159.5
1911 ~ 15	0
1916 ~ 20	25.7
1921 ~ 25	81.8
1926 ~ 30	28.7
1931 ~ 35	98.9
1936 ~ 40	54.1
1941 ~ 45	52.0
1946 ~ 50	35.9
1951 ~ 55	38.8
1956 ~ 60	28.4
1961 ~ 65	36.4
1966 ~ 70	48.4
1971 ~ 75	22.4
1976 ~ 80	29.8
1981 ~ 85	52.7
1986 ~ 90	51.2
1991 ~ 95	29.4
1996 ~ 99	45.2

【グラフ - 1】自殺率比較



ちなみに、『癩療養所収容癩患者統計』（内務省衛生局、1917年）は、当時の全生病院・北部保養院・外島保養院・大島療養所・九州療養所につき、1911（明治44）年2名、1912（大正1）年2名、1913（大正2）年0名、1914（大正3）年1名との自殺者数をあげている。この4年間の自殺率は62.4となる（今回の各園からの回答でこの期間の数字がはいっているのは、全生病院・大島療養所に関する部分だけである）。

3. 日本全体の自殺率

ここで日本全体の自殺率をみると、20を前後に推移している。1967（昭和42）年には14.2の低値を示した。それが1998（平成10）年から急増している。警察庁のまとめによる2003（平成15）年の自殺者は34,427名で、同年10月1日の人口1億2,761万9千人に対する自殺率は27.0となり、これは近年における最高値だろうか。なお、厚生労働省の死因統計による自殺者数は、警察庁による自殺者数より2~3,000人少ない。

これらに比してハンセン病療養所における自殺率の高いことは明白である。療養所における自殺率の推移の特徴は、敗戦時までの「高値」、1961（昭和36）-1970（昭和40）年の「上昇」、そして1981（昭和56）年からの「再上昇」と概括できよう。事例分析を欠くので、この推移が何により規定されているのか確言はできない。敗戦時までの「高値」は、収容の苦しみ（家族に絡んだ悩みを含む）及び病苦（激烈な神経痛、失明恐怖を含む）からの脱却の試みとして、近年の「再上昇」は入園者の高齢化によるとみることが可能かもしれない。

4. 医師の証言

調べた範囲で、療養所の医師がその論文で自殺につき触れているのは、神谷美恵子「癩に関する精神医学的研究」（1959年；神谷美恵子『精神医学研究1』（著作集・7）、みすず書房、1981年所載）である。そこには、以下のように記載される。

1957（昭和32）-1958（昭和33）年の観察期間1年間の愛生園在園者の自殺は1名だけで、これは自殺率58となる。

過去10年間（1948-1957）の自殺率は1でこれに先立つ16年間（1932-1947）のそれは2.1であった。

過去10年間に自殺したのは全部男性で10人。

このととは明らかに矛盾している。この論文はもともとイギリス語で書かれたので、*Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica* にのった原文をみると、にいうのは自殺率でなく、それぞれ年平均1名および2.1名である。つまり、長島愛生園では1932-1947年に34名、1948-1957年に10名の自殺者がでたのである。

今回の長島愛生園からの回答では、1957、58年に自殺者はなく、又1948-57年の自殺者は計2名だけである。検討会の宇佐美委員の記憶では、1950（昭和25）年の入園以来の自殺者は41名にのぼるが、今回の回答ではその期間では18名に止まる。これには、園の記録が不備である可能性、あるいは自己退所または逃走直後の自殺が数えられていない可能性、あるいはまた、自殺企図後何

日か経て死亡した人を自殺と数えていない可能性とが考えられる。いずれにせよ、各園からの回答における自殺者数が実際を下回っている可能性は否定できない。

神谷論文にはまた、愛生園在園者中の“非入院患者”230名に行った文章完成テストの結果が記述されている。“私の病気の名前を告げられた時に……”という未完結な文章に対し、160名が、恐るべきショックを経験したと述べた。このうち約20%（全体の約14%）の人が、自殺を考えるか、または自殺を企図したという。何の印象も受けなかったと述べた55例で、そのうち44名は幼時の発病で、33名はその家族中にすでにハンセン病患者が存在していたという。

ハンセン病療養所に勤務した精神科医、中川善資、原田三郎、高橋幸彦の聞き取りによれば、中川が在職中に経験した自殺者は1名だけであった。原田の記憶でも、自殺者が目立って多くはないという。原田からもらった学会発表原稿によると、1955（昭和30）-1975（昭和50）年の20年間における菊池恵楓園の自殺者は13名（縊死8名）であった（この間の平均自殺率は42.9となる）。高橋が診ていた入所者の自殺は1名だけとのこと。しかし高橋が面接で話を聞くことができた入所者の3分の1から半分の人には、自殺企図又は深刻な自殺の考えがあったという。

この点、神谷（『日本における癩患者の精神状態』、1966年；『極限の人 病める人とともに』、ルガル社、1973年に収録）も、「発病時の自殺企図は決して珍しくない」と記している。

5. 回復者の証言

今回、医師である検討会委員の一人は、元自治会長の斡旋をえて、多磨全生園在園者13名（女5、男8、年齢は68-86歳、失明者2名）の生活史および病歴の聞き取りを行った。病気になってからの、あるいは療養生活についての自分の気持ちを語っていただける方、という条件で人選をお願いしたので、この13名は比較的活動的であった方が多い。13名のうち、自殺企図のあったのは3名で、“何回も川のそばへ”が1名、“首つりかけ、飛び降りかけ”が1名、“鉄道に飛び込もうとして子に止められた”が1名であった。強い自殺の考えを抱いたが、企図にまでは至らなかった人が3名で、“自殺を考えはしたが、自分はもともと楽天的だから”と答えた人が1名であった。つまり、13名中6名が自殺企図をし、あるいは強い自殺の考えを抱いたのである。

この6名に自殺を企てさせ、あるいは強くそれを求めさせた状況を見ると、3名では病苦（このうち1名では、特に手が悪いこと）、1名では病苦と将来への希望が持てないこと、1名では病苦と夫からの虐待（それも病気に絡んでの虐待）、1名では病苦と社会的に大変な病気、ということであった。

残りの6名は自殺を考えていなかったと語った。“同病の父の自殺企図を何回も止めたし、自分は幼かったから”が1名、“幼かったから”が1名、“楽天的だから”が1名、“見えぬ傷だったから”が1名、“幼かったし、母も同病でいたから”が1名、“傷が見えず家に帰れると思っていた（受け持ち医からもそういわれて）から”が1名。つまり、自殺を考えなかった人には、幼い頃に発病、近親者に同病、という神谷があげているのと同じ条件があったのである。

6. 入所者に対する被害実態調査

ハンセン病とわかって、すぐに自殺や死を考えた人がいる。聞き取りで、発病がわかって思ったことや印象に残っている記憶を自由に語ってもらったところ、「死」や「自殺」を613名のうち77名(12.6%)が口に出している。なかでも、菊池恵楓園では、52名中の21.2%にあたる11名が自殺を考えた、と表現している。その他の園でも、自らが自殺を考えたという昭和初年生まれの男性は、「みなそう思われたと思う」(1945年入所)とまで語る。あえてことばにしなかった人でも、かなりの割合で自殺や死を意識したのであろう。発病を知って、誰もがまず死を考える絶望の淵に立たされたのである。自殺を思いとどませたのは、多くの場合、身近な家族であった。海に身を投げて自殺をしようとしたが、「弟が泣いて説得してくれた」(1951年入所、女性)り、自殺をしたら配偶者や家族に迷惑をかけると思い、なんとか思いとどまっている。しかし、なかには逆に、自殺を思いとどませるはずの肉親から「死んでくれ」といわれて、つらく悲しい思いをした人もいるのである。また、子どものころ、親が発病を悲しんで「まさか、こんなことになって死にたい、と嘆いているのをみて、事の重大さ」を感じとった人もいる(1944年入所、女性)。このような絶望の淵に立たされたと語る人が少なくないことから、発病後、療養所に入る前にひそかに自ら死を選んだ人が少なからずいたであろうことは想像に難くない。

園内での自殺については、「たびたびあった」と回答した人が295人(42.3%)、「たまにあった」と回答した人が337人(48.4%)で、この問の回答者のうち約9割が見聞したと答えている。自殺を「見聞したことがない」と回答した人は65人(9.3%)にすぎない。回答者の中には、「納骨堂の裏の崖から酒の酔いに任せ、自ら飛び込んだ。朝目が覚めると、木に引っかかっていた。子どももいるから思いとどまり、(死ななくても)何とかなるだろうと思った。」(1972年入所、男性)など、実際に自殺を試みたという人もいた。また、「自分が立ち会ったのは3回ある。いつ頃ということはわからないが、ついこの間もおじいさんが死んだ。ワシも死にたいと思うことがあった。つらいと、どうでもええわ、と思うことがある。何のために生きているのかと、死んだ方がいいと思うことがある。今日まで生きてきたのは勇気がなかった。そこまでふみこめなかつただけ。」(1957年入所、男性)など、自殺に共感を示す人が少なくなかった。

「自殺したとなると警察に届けでないといけないので病死にしたのではないか。」(1948年入所、男性)など、療養所が自殺の事実を隠しているのではないかと疑う人もいる。

推測される自殺の動機のうち、病苦の中では、特にハンセン病による神経痛のつらさや、うつ傾向が指摘されている。「神経痛の痛みは自分もそうだったが辛すぎて死にたくなる時もしょっちゅうあった。」(1952年入所、男性)「駿河だけでも何十人も自殺している。1955年代が多かった。自分の友人が10年前(1993年)に行方不明になった。皆で探したが、見つからなかった。本病、合併症(神経痛)に耐えられなくなって。遺体は出てこない。」(1959年入所、男性)「(自殺は)昭和30年代には、頻繁にあったが、以降はたまにあった。つい最近にも高齢者が自殺した。自分はDDSの副作用でウツ的になったときに死にたいと思ったことがあったが、実際自殺するところまでは行動できなかった。自分は実際自殺した死体もみたが、自分もやりたいとは思わなかった。」(1952年入所、男性)「つい最近も一人、うつ病だったが、自殺があった。何でああいう人が死ぬのなか

と思った。」(1962年入所、男性)

肉親との確執も挙げられている。「50年くらい前、ある入園者のところに子どもがきて『結婚ができないから、オヤジ死んでくれ』と言った。その人は園内のお宮で首をつっていた。」(1951年入所、男性)「一時帰省で親のところに戻ったとき『おまえのことはもうあきらめた。いなかったことと思うことにした』と親から言われた人が自殺したと聞いたことがある。」(1940年入所、女性) 家族や親族の自殺の見聞については、園内での自殺の見聞に比べて回答しない、あるいは「聞いたことがない」、「知らない」、「分からない」という回答が多い。しかし、「園内結婚をしている妻の良心が自殺した」(1955年入所、男性)「ハンセン病の子どもが結婚できなかったので、世間の目を気にして、母親が自殺したと聞いたことがある。」(1959年入所、男性)など、自分の身内の体験も含めて回答した人もいる。このうち、複数の人が、195年に起きた山梨一家心中事件を挙げている。

7. まとめ

これらのことをまとめると、次のようにいえようか。療養所在園者の自殺率は、日本の自殺率のほぼ倍に近く、時にはそれをはるかに上回るものであった。宇佐美委員の記憶によると、実際の自殺者数は園回答の数字を大きく上回っているという。被害実態調査でも、病気を苦にして自殺した人が「毎年2、3人くらいいた」(栗生楽泉園)との回答があり、全生園での聞き取りでは「2か月に1人くらい自殺していた時期もある」(邑久光明園からの入所者)との話も聞かれた。園からの回答にはこれらに相当する箇所はない。もっとも、回復者の記憶には、自殺を企図したが死に至らなかった人が入っている可能性がある。だが、長島愛生園の場合、今回の園からの回答は神谷の記載をはっきり下回っている。とすると、在園者の自殺率は日本の自殺率の3倍くらいだったろうと推測することも可能である。

入所前、あるいは入所直後には、半数近い人に自殺企図あるいは強い自殺の考えがあったとのことで、発病・入所が幼時か、近親者も同病で共に入所したなどの条件のある人は、自殺を考えなかったといえよう。また、本人の病気のために近親者が自殺している事例がかなり多くある。

さらに、入所前の自殺者がかなりの数に上っていると推測される。全生園での聞き取りによれば、3名が自殺企図をし、あるいは強い自殺の考えを抱いたのは入所前のことであったとされる。

自殺の動機は、十分な事例調査を欠くので断定はできないが、被害実態調査や全生園での聞き取りからみると、ハンセン病を患ったことの衝撃(病いそのものへの恐れと、この病いの社会的意味づけへの反応、家族関係での葛藤、ときには家族からの排斥)、収容の苦しみ、病苦(目に見える病変、機能不全、失明の恐れ、神経痛)また、これによるうつ病などの動機が挙げられる。もちろん、在園者の自殺には、恋愛や経済問題といった、動機もあった。一般の自殺でも病苦は動機のかなり多くの部分を占めている。しかしながら、ハンセン病を患うことに関係した上記の入所者らの自殺動機は、一般の自殺率より高い部分にだけ当てはまるものではない。一般の自殺率に相当する部分でも、病苦相当部分はハンセン病によるものがほとんどであろう。こうしてみると、在園者の高い自殺率はほとんどがハンセン病に結びついていると見てよい。

自殺率は特に敗戦時まで高かった。これは、収容の苦しみおよび病苦からの脱却の試みだったと

見れよう。近年の自殺率の「再上昇」については高齢化との因果関係がうかがえるが、この点は事例研究の積み上げによる確認が必要である。

これらのことはいずれも、この国でハンセン病に罹ることによって患者たちが受けた心の傷の深さを示すものである。

三 ハンセン病療養所入所者の精神保健に関する調査

1. 要旨

ハンセン病療養所入所者の現在の精神保健の問題について、入所者に対して生活満足度・過去の体験・現在の状況に関する調査、療養所園長に対して療養所の精神医療の現状についての調査、勤務している精神科医に対して療養所の精神医療の現状についての調査、入所者に対して処方されている向精神薬に関する調査を行った。

ハンセン病療養所入所者の生活満足度は、日本の一般高齢者と比較して低かった。低い生活満足度には、家族と関係を持っていないこと、入所中に人生に希望を失い「死のう」と思った経験があることが関与していた。ハンセン病療養所園長・精神科医に対する調査により、急速に進行する高齢化に伴う老年期痴呆の増加、閉鎖病棟あるいは個室隔離を必要とする精神症状を呈する患者の対応が問題となっていることがわかった。入所者に対して処方されている向精神薬の調査から、日本の一般高齢者と比較して、療養所内では向精神薬、特に睡眠薬が多く処方されていた。精神科医に対する調査と向精神薬処方の調査の比較より、療養所では精神科医を受診することに対する抵抗が大きく、精神科以外の医師より向精神薬が投与されている場合が多いことがわかった。処方されている向精神薬の組み合わせより推定した精神症状より、うつ群、てんかん群、不眠群が日本の一般高齢者より多いと考えられた。

2. ハンセン病療養所入所者に対する調査

この調査報告は日本精神神経学会リハビリテーション委員会ハンセン病に関する小委員会報告書に基づくものである。

1) 調査の目的

ハンセン病療養所入所者の生活満足度、これまでの療養所内での生活、現在の身体・精神状況、ハンセン病療養所における精神科医療の必要性を明らかにするため、ハンセン病療養所入所者に対して調査を行った。

2) 調査の対象と方法

療養所入所患者に対して、生活満足度調査 K (LSIK)、年齢、性別、入所期間、入所前・入所時・入所後の生活状況、現在の身体・精神状況についての調査票を作成した。

LSIK は高齢者を対象として主観的 QOL (幸福な老い) を測定するための自記式尺度であり、調

査対象本人あるいは調査員が聞き取りながら記入するようになっている。LSIK の質問項目は 9 項目で、「人生全体についての満足感」「老いについての評価」「心理的安定」の 3 つの下位項目からなる。得点が高いほど主観的 QOL がよいと判定される。

調査は 2002 年から 2003 年にかけて行われた。個別に各療養所あるいは各療養所自治会に協力を依頼し、インフォームドコンセントが得られた入所者に無記名の調査票を記入してもらった。全国の 13 の国立ハンセン病療養所に協力を依頼し、菊池恵楓園、東北新生園、多磨全生園、邑久光明園、大島青松園の 5 療養所で協力が得られ、それぞれ 357 名（平成 14 年 5 月 1 日現在入所者数：653 名）、11 名（208 名）、44 名（481 名）、171 名（315 名）、175 名（204 名）の合計 758 名（1,861 名）より調査票を得た。

統計解析は StatView 5.0.1（SAS institute）を使用し、分散分析、カイ自乗検定、ロジスティック回帰分析を行った。

3) 結果

回答者は男性 409 名、女性 317 名で平均年齢（標準偏差）は 74.0（8.9）歳であった。入所時の年齢は 20.9（8.6）歳で、入所年数は 50.2（11.1）年であった。

65 歳以上の入所者（650 名）における LSIK 得点は 2.3（1.92）であり、性、入所年数、入所年代、入所時年齢による差はみられなかったが、年齢（65-69 歳、70-75 歳、75-79 歳、80 歳以上）が高くなるほど有意に得点が高かった（ $F_3=3.04$ ）。日本人高齢者の全国サンプルとの比較では性別、年齢ごとにマッチングさせた群と比較して、全ての群で有意に点数が低かった【表 - 3】。

入所前の職業についてはその他が 377 名（49.7%）とほぼ半数を占めたが、農林水産業が 78 名（10.3%）、製造業が 42 名（5.5%）、自営業が 36 名（4.7%）、建設業が 24 名（3.2%）、運輸業が 21 名（2.8%）、国家公務員（多くは軍人と思われる）が 19 名（2.5%）、地方公務員が 11 名（15.%）、商社が 9 名（12.%）などであった。

入所前に結婚していたものが 128 名（16.9%）、子供がいたものが 98 名（12.9%）であった。

入所時に自分から進んで入所したものが 197 名（26.0%）、あきらめて入所に同意したものが 223 名（29.4%）、同意しなかったが強制的に入所させられたものが 277 名（36.5%）であった。入所の際親と別離したものが 485 名（64.0%）、兄弟と別離したものが 486 名（64.1%）、配偶者と別離したものが 78 名（10.3%）、子供と別離したものが 66 名（8.7%）であった。入所の際に「一生出られないと思った」者が 235 名（31.0%）、「そのうち出られると思った」者が 266 名（35.1%）、「必ず出られると思った」者が 162 名（21.4%）、「その他」が 34 名（4.5%）、「覚えていない」者が 31 名（4.1%）であった。

入所中に結婚した者が 517 名（68.2%）、入所中に不妊手術、妊娠中絶手術など何らかの断種を受けた者が 225 名（29.7%）、勧められたが拒否した者が 371 名（48.9%）、勧められなかった者が 371 名（48.9%）であった。入所中に不自由を感じた項目（複数回答可）としては外出が 437 名（57.7%）、面会が 184 名（24.3%）、通信が 157 名（20.7%）、食事が 223 名（29.4%）、住居が 184 名（24.3%）、衣服が 148 名（19.5%）、医療が 199 名（26.3%）であった。入所中の人権侵害の経験については

個室隔離が 29 名 (3.8%)、拘束が 27 名 (3.6%)、職員からの虐待・暴行が 36 名 (4.7%) であった。

現在の状況については、ハンセン病の後遺症のある者が 659 名 (86.9%) であり、配偶者と同居している者が 208 名 (27.4%)、友人と同居している者が 9 名 (1.2%)、子供と同居している者が 8 名 (1.1%) であった。在郷家族との関係については、いつでも面会・帰郷できる者が 218 名 (28.8%)、定期的に面会している者が 80 名 (10.6%)、たまに面会している者が 224 名 (29.6%)、音信不通である者が 28 名 (3.7%)、家族が生存していない者が 40 名 (5.3%)、家族と自分の双方が望まないため関係がない者が 40 名 (5.3%)、家族が望まないため関係がない者が 50 名 (6.6%)、自分が望まないため関係がない者が 50 名 (6.6%) であった。

現在の精神科的問題については、入所当時のことがよく～時々夢にでる者が 161 名 (21.3%)、まれにでる～全くでない者が 522 名 (68.9%)、精神科あるいは心療内科で治療を受けている者が 93 名 (12.3%) であった。

ハンセン病療養所入所者の生活満足度 (LSIK 得点) に関連する要因をロジスティック回帰分析を用いて解析した。LSIK 得点が 0 点の者 (147 名, 19.4%) を LSIK 低得点とした。LSIK 以外の項目を二数値化し独立変数として用いた。年齢については 70 歳未満、70 歳以上 80 歳未満、80 歳以上の 3 群に、入所年数については 45 年未満、45 年以上 60 年未満、60 年以上の 3 群に、入所時年齢については 15 歳未満、15 歳以上 25 歳未満、25 歳以上の 3 群に、入所年代については 1945 年以前 (終戦以前)、1945 年以降 1955 年以前 (終戦以降らい予防法改正前後まで)、1955 年以降 (らい病発生率激減以降) の 3 群に分けた。療養所、職業については偏りが大きいので独立変数として用いなかった。まず 49 の独立変数を単変量モデルに投入し、このうち有意な相関が見られた 13 の独立変数を多変量モデルに投入し、交絡要因を排除した危険率 (OR) と 95% 信頼区間 (95% CI) を求めた【表 - 4】。この結果、在郷家族と関係を持っていないこと (OR=1.7, 95% CI=1.2~2.3) と入所中に死のうと思ったことがある (OR=1.5, 95% CI=1.1~2.0) が有意な相関を示した。

3. ハンセン病療養所園長に対する調査

この調査報告は日本精神神経学会リハビリテーション委員会ハンセン病に関する小委員会報告書に基づくものである。

1) 調査の目的

ハンセン病療養所における精神科医療の必要性を明らかにするため、ハンセン病療養所園長に対して調査を行った。

2) 調査の対象と方法

療養所園長に対しては精神科医の必要性についての調査票を作成した。

調査は 2002 年から 2003 年にかけて行われた。個別に全国の 13 の国立ハンセン病療養所園長に協力を依頼し、菊池恵楓園、松丘保養園、栗生楽泉園、東北新生園、多磨全生園、邑久光明園、大

島青松園、長島愛生園、奄美和光園、沖縄愛楽園、宮古南静園の 11 療養所より回答を得た。

3) 結果

回答を得た 11 療養所のうち 4 療養所で精神科医が勤務しており、精神科医が勤務するようになったのはそれぞれ昭和 20 年、昭和 23 年、昭和 36 年、平成 1 年であった。その理由は 2 施設で園長が必要と判断したため、2 施設で不明であった。精神科医が勤務していない 7 療養所のうち、精神科医が必要であると回答があったのが 5 療養所、1 療養所が不要、残りの 1 療養所は「どちらともいえない」という回答であったが、精神疾患については近くの県立精神病院と医療提携しているとのことであった。

4. ハンセン病療養所に勤務する精神科医に対する調査

この調査報告は日本精神神経学会リハビリテーション委員会ハンセン病に関する小委員会報告書に基づくものである。

1) 調査の目的

ハンセン病療養所における精神科医療の必要性、ハンセン病療養所における精神科医療が抱える問題を明らかにするため、ハンセン病療養所に勤務する精神科医に対して調査を行った。

2) 調査の対象と方法

ハンセン病療養所に勤務する精神科医に対して診療している患者の ICD-10 分類（WHO による疾患分類）による疾患ごとの数、強制的治療が必要な場合の対応、狭義の精神障害によらない問題行動の対応についての調査票を作成した。

調査は 2002 年から 2003 年にかけて行われた。個別に全国の 13 の国立ハンセン病療養所に協力を依頼し、菊池恵楓園、栗生楽泉園、東北新生園、多磨全生園、邑久光明園、大島青松園、長島愛生園、星塚敬愛園、奄美和光園、沖縄愛楽園、宮古南静園の 11 療養所の協力を得たが、6 療養所では勤務している精神科医がおらず、菊池恵楓園、東北新生園、多磨全生園、長島愛生園、星塚敬愛園の 5 療養所の精神科医より回答を得た。

3) 結果

回答を得た 5 療養所のうち、常勤で精神科医が勤務しているのは 3 療養所（うち 1 施設では内科医として勤務）、非常勤（0.5 日/月）が 1 療養所、不明が 1 療養所であった。常勤医の勤務日数は 2~3 日/週であった。

診療している患者数については、回答が得られなかった 1 療養所をのぞく 4 施設（在籍者合計 2,044 名）の合計で、191 名（9.3%）、一日あたり 14.0 人、1 ヶ月あたりのべ 91.0 人であった。ICD-10 分類による疾患別の内訳は、F0 症状性を含む器質性精神障害（脳の病変、身体の疾患、治療薬剤などによる精神障害）が 55 名（在籍者の 2.7%、受診者の 28.8%）、うち老年期痴呆が 52 名（在籍者

の 2.5%、受診者の 27.2%)、F1 精神作用物質使用による精神・行動障害が 7 名(在籍者の 0.3%、受診者の 3.7%)でその全てがアルコール依存症、F2 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想障害が 37 名(在籍者の 1.8%、受診者の 19.4%)、F3 気分(感情)障害(うつ病、躁うつ病など)が 32 名(在籍者の 1.6%、受診者の 16.8%)、F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害(不安神経症、強迫神経症など)が 40 名(在籍者の 2.0%、受診者の 20.9%)、F5 生理的障害および身体要因に関連した行動症候群(拒食症など)が 14 名(在籍者の 0.7%、受診者の 7.3%)、F6 成人の人格障害および行動の障害が 1 名(在籍者の 0.05%、受診者の 0.5%)、F7 知的障害(精神遅滞)が 5 名(在籍者の 0.2%、受診者の 2.6%)、F コード以外がてんかん 2 名(在籍者の 0.1%、受診者の 1.0%)であった。ハンセン病の発病、入所生活に関連した症例としては、アルコール依存症とストレス性胃炎が 1 例ずつあげられた。

このなかに精神科医を受診していない精神障害患者は含まれていないが、全在籍者の平均年齢を 70 歳代として、上記の全在籍者に対する有病率を、日本の高齢者の有病率と比較してみると、F2 は差が無く痴呆、F3、F4 てんかんは有意に低かった。

精神症状のために行動制限が必要な患者(興奮、暴行、器物破損、徘徊など)に対する対応としては、1 療養所で精神病棟のある病院に依頼したことがあり、4 療養所で所内の介護員等のマンパワーで対応した、1 療養所で家族の力を借りた、3 療養所でときに拘束したとの回答であった。

狭義の精神疾患によらない行動上の問題(人格障害の問題行動など)は、全ての療養所で、まず精神科医との面談を勧め、不可能な場合には看護師、介護士との連携によって対応していた。

療養所に勤務される精神科医としての要望としては、「心理カウンセラー、精神科作業療法士の増員」「(厚生労働省あるいは患者自治会が)医療保護入院に該当するケースの対応を明確にしてほしい」などが挙げられた。

5. ハンセン病療養所における向精神薬処方調査

1) 調査の目的

ハンセン病療養所における精神障害有病率を推定するため、全診療科における向精神薬の処方状況を検討した。精神障害があっても通院しない、あるいは通院しても服薬が不要である場合もあり、向精神薬による処方がそのまま有病率を示すわけではないが、ハンセン病療養所においては長期間にわたって入所者の出入りがきわめて少なく、精神障害によりほかの入所者に迷惑をかけた場合、なんらかの対応が取られる可能性が一般社会よりも高いこと、ほとんどの入所者がハンセン病後遺症や高齢化に伴う生活習慣病により所内の診療機関を受診しており、かかりつけの医師に気楽に睡眠薬等の処方を頼めること、などによりかなり正確に精神障害有病率を反映していると考えられた。

2) 調査の対象と方法

対象はコンピューターにより処方された薬剤が把握できる長島愛生園在籍者 465 名(2004 年 7 月 27 日現在、平均年齢 77.0 歳)である。薬剤部の協力により、2004 年 7 月 27 日付で向精神薬を

処方されている患者数、その処方内容についてのデータ（年齢、性別以外の個人情報あらかじめ長島愛生園薬剤部において除いた）を入手し解析した。日本国内で認可されている睡眠薬、抗不安薬、抗精神病薬、抗うつ薬、抗てんかん薬、脳代謝改善薬、精神刺激薬を対象とした。大まかにいって、不眠がある場合には睡眠薬が、不安・イライラがある場合には抗不安薬が、興奮や幻覚、妄想、高齢者に多いせん妄・痴呆患者の問題行動には抗精神病薬・脳代謝改善薬が、抑うつ症状には抗うつ薬や精神刺激薬が、痙攣発作・脳波異常には抗てんかん薬が処方される。

ほとんどの精神障害が不眠と不安症状を示すため、さまざまな種類の向精神薬が用いられることが多く、たとえば睡眠薬が処方されている患者が全て不眠症というわけではない。どのような精神障害に対して向精神薬が処方されているのかを検討するため、向精神薬の組み合わせについて検討し、推測される精神障害ごとに分類した。まず、抗精神病薬あるいは脳代謝改善薬が処方されているものをせん妄、痴呆、統合失調症（精神分裂病）に該当するものとして「興奮・問題行動群」とした。次に、上記に当てはまらないものの中で抗うつ剤あるいは精神刺激薬が処方されているものを「うつ群」とした。さらに、上の2つに当てはまらないもののうち、抗てんかん薬が処方されているものを「てんかん群」、睡眠薬だけが処方されているものを「不眠群」、抗不安薬単独か、抗不安薬と睡眠薬だけが処方されているものを神経症に該当するものとして「不安・イライラ群」とした【図 - 1】。

調査対象と日本人高齢者の有病率の比較にはカイ2乗検定を用い、統計解析にはJMP5.1（SAS Institute）を使用した。

3) 結果

向精神薬を処方されていたのは在籍者の55.1%にあたる256人（男性143人、女性113人、平均年齢 77.5 ± 8.2 歳、52-96歳、以下被処方者と呼ぶ）であった【表 - 5】。1剤のみを処方されているものが最も多く138名（在籍者の29.7%、被処方者の53.9%）2剤処方されているものが63名（在籍者の13.5%、被処方者の24.6%）であり、3剤以上処方されているものは55名（在籍者の11.8%、被処方者の21.5%）であった。

向精神薬の内訳について【表 - 6】に示した。向精神薬はのべ510人に処方されていた。睡眠薬を処方されていたものが最も多くのべ236人、次いで抗不安薬がのべ172人、抗うつ薬がのべ82人、抗精神病薬がのべ33人、抗てんかん薬がのべ14人、脳代謝改善薬がのべ5人、精神刺激薬が1人であった。向精神薬の種類別に処方率をみると【表 - 7】、睡眠薬が最も多く186名（在籍者の40.0%、被処方者の72.7%）に処方されており、次いで、抗不安薬が118名（在籍者の25.4%、被処方者の46.1%）に処方されている。抗精神病薬は33名（在籍者の7.1%、被処方者の12.9%）に、抗うつ薬は30名（在籍者の6.5%、被処方者の11.7%）に、抗てんかん薬が13名（在籍者の2.8%、被処方者の5.1%）に、脳代謝改善薬が5名（在籍者の1.1%、被処方者の2.0%）に処方されている。年齢別にみると【表 - 5】、抗精神病薬は60歳未満と80-90歳のものに高率に処方され、抗うつ薬は60-90歳で、抗てんかん薬は70-90歳で、脳代謝改善薬は80歳以上で年齢が上がるほど高率に処方されていた。抗不安薬と睡眠薬の処方率は年齢による違いは見られなかった。

向精神薬の組み合わせによる分類によって、興奮・問題行動群は 35 名（在籍者の 7.5%）、うつ群は 20 名（4.3%）、てんかん群が 10 名（2.2%）、不眠群は 112 名（24.1%）、不安・イライラ群は 79 名（17.0%）となった【表 - 8】。

向精神薬被処方者における比率を年代別にみると【表 - 8】、興奮・問題行動群は 60 歳未満と 80-90 歳で高率で、うつ群は 60-80 歳で、てんかん群は 70-80 歳で高率にみられた。不眠群は各年代で 40-45% でわずかに 60-80 歳で高く、不安イライラ群は 60 歳以降で 28-40% にみられた。

日本の高齢者の精神障害の有病率調査によると、統合失調症（精神分裂病）は 65 歳以上で 1.4% でほかの年齢と大きな差はない。うつ病は 40 歳代から 60 歳代に多く、全年齢での有病率は 4-7% で、高齢者では低下するものの、65-69 歳が 1.8%、70-74 歳が 2.2%、75-79 歳が 3.0%、80-84 歳が 3.3%、85 歳以上が 5.4% と年齢に伴って上昇すると報告されている。てんかんは幼少あるいは若年時より出現する内因性のものと、脳梗塞・頭部外傷後遺症として起こる外因性のものがある。内因性てんかんの有病率は民族・地域による差は少なく 0.3% である。神経症の有病率は年齢による変化は少なく、全年齢を通じて 5-30% 程度である。脳器質性疾患による精神障害は年齢とともに増加し、痴呆についてみると日本では 65-69 歳で 1.5%、70-74 歳で 3.6%、75-79 歳で 7.1%、80-84 歳で 14.6%、85 歳以上で 27.3% とされている。不眠を自覚しているものは先進諸国では成人の 20-25% で年齢とともに増加する。不眠のために睡眠薬など使用している者は 20 歳代で 2.6%、30 歳代で 5.2%、40 歳代で 6.7%、50 歳代で 8.6%、60 歳代で 7.0%、70 歳以上で 7.8% である。

今回の調査で統合失調症（精神分裂病）せん妄、痴呆による問題行動が含まれると考えられる興奮・問題行動群は 7.5% であり、今回の調査対象と同じ年齢の日本人の統合失調症（精神分裂病）と痴呆の有病率の合計である 8.5% より有意に低かった。よるうつ群の率は 4.3% と、日本人全体の有病率の 4-7% の範囲に収まっているが、調査対象の平均年齢の 77.0 歳の日本人有病率の 3.0% より有意に高かった。てんかん群は調査対象の 2.2% で、内因性てんかんの有病率を大きく上回っていた。不安・イライラ群の率は 17.0% で、日本人の神経症の有病率 5-30% と差はみられなかった。

睡眠薬のみを処方されている不眠群は調査対象の 24.1% であった。これは 70 歳以上日本人で睡眠薬等を使用しているものの比率 7.8% より遥かに高かった。

6. 考察

1) ハンセン病療養所入所者の生活満足度

人権侵害といった過去の経験、現在も残る家族を含めた偏見、現在の身体状況等が、入所者の精神保健にどのような影響を与えているかを、生活満足度尺度 K (LSIK) を用いて検討した。65 歳以上の入所者（650 名）における LSIK 得点は 2.3 (1.92) であり、日本人高齢者の全国サンプルと比較して、有意に点数が低く、ハンセン病療養所入所という要因が大きく影響していることがわかった。年齢が高くなるほど有意に得点が高かった理由は不明である。

多重ロジスティック回帰分析を用いた解析では、在郷家族と関係を持っていないことと入所中に死のうと思ったことがあるが LSIK 低得点と有意な相関を示した。家族の所在がわかっていながらおそらくは偏見のため関係がないという現在の状況と、過去に人生に希望をなくしたあるいはうつ

状態となったことが、生活満足度と関係していた。

2) ハンセン病療養所における精神医療の現在の問題

ハンセン病は中枢神経系をおかすことはないが、ハンセン病療養所においても一般人口と同様に精神疾患が発生する。近年、各療養所で高齢化が進行しており、老年期痴呆の対応が問題となっている。療養所園長に対する調査では、老年期痴呆に対する対応の必要性が多く挙げられた。

精神科医に対する調査では、症状性を含む器質性精神障害のほとんどが老年期痴呆で、全精神科患者の27.2%であった。ハンセン病療養所の病棟は医療法上は全て一般病棟であり、精神保健福祉法にもとづく入院や行動制限を行うことはできない。このため、徘徊や異食・不穏・興奮に対しては、豊富な人員（看護師・介護員）を生かして、マン・ツー・マンで介助・説得を行っている。しかし、極度の興奮、希死念慮・自殺企図については対応しきれない場合がある。この場合、精神保健福祉法に基づく精神科病棟への入院が必要であるが、ハンセン病療養所では様々な問題がある。たとえば、保護者選任の困難さが挙げられる。家族は死亡しているか、関わりをもちたがらない場合が多く、保護者を引き受けてくれる場合はほとんどない。療養所内での配偶者・身元引き受け人はいるが、直接の親、子供である場合を除いて法的な裏付けのある場合はほとんどない。都道府県知事に保護者となってもらおうとしても、現在医療機関に入院中の者であるため同意を得ることが困難である。一方、患者自治会および入所中の親族・友人は、療養所内で対応してほしいと要望することがほとんどである。この結果、精神科医は身動きが取れず、コメディカルスタッフの献身的協力でのいであるのが現状である。厚生労働省と患者自治会との協議による手続きの明確化が必要である。

3) ハンセン病療養所における向精神薬処方調査

長島愛生園の全ての向精神薬処方を検討したところ、向精神薬は在籍者の55.1%にあたる256名に処方されていた。向精神薬の種類別では、睡眠薬が最も多く186名（在籍者の40.0%）に処方され、以下、抗不安薬（118名、25.4%）、抗精神病薬（33名、7.1%）、抗うつ薬（30名、6.5%）、抗てんかん薬（13名、2.8%）、脳代謝改善薬（5名、1.1%）の順であった。厚生労働省の調査によると平成13年度の日本全国の処方件数のうち中枢神経用剤（今回の調査で用いた向精神薬にパーキンソン病治療薬などを加えたもの）は9.6%をしめていた。退職者医療では9.1%、老人保健医療では8.4%と高齢者ではむしろ低下していた。今回の調査ではそれぞれの患者が調査時点である2004年7月に何回受診したかは不明であるが、同月に園内の診療科のべ受診者数は2155名であり、向精神薬を処方されていたものが全員月1回向精神薬処方をされた（30日分処方された）したとすると、全体の受診者中に占める比率は11.9%、月2回処方された（14日分処方）とすると同比率は23.8%となり、いずれも厚生労働省のデータよりも有意に高い比率であった。睡眠薬と抗不安薬の処方率がそれぞれ40.0%、25.4%と高いことが寄与している。

4) ハンセン病療養所における精神障害有病率

精神科医に対する調査より、4つの療養所（在籍者合計 2,044 名）で精神科医を受診しているものは 191 名（9.3%）で、その内訳は、F0 症状性を含む器質性精神障害が 55 名（在籍者の 2.7%）、うち老年期痴呆が 52 名（2.5%）、F1 精神作用物質使用による精神・行動障害が 7 名（0.3%）でその全てがアルコール依存症、F2 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想障害が 37 名（1.8%）、F3 気分（感情）障害が 32 名（1.6%）、F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が 40 名（2.0%）、F5 生理的障害および身体要因に関連した行動症候群が 14 名（0.7%）、F6 成人の人格障害および行動の障害が 1 名（0.05%）、F7 知的障害（精神遅滞）が 5 名（0.2%）、F コード以外がてんかん 2 名（0.1%）であった。全在籍者の平均年齢を 70 歳代前半として、上記の全在籍者に対する有病率を、日本の高齢者の有病率と比較してみると、F2 は差が無く痴呆、F3、F4 てんかんは有意に低かった。

一方、長島愛生園全在籍者 456 名における向精神薬処方への調査より、処方された向精神薬の組み合わせから精神障害の種類を推定し、興奮・問題行動群（35 名、在籍者の 7.5%）、うつ群（20 名、4.3%）、てんかん群（10 名、2.2%）、不眠群（112 名、24.1%）、不安・イライラ群（79 名、17.0%）に分け、これを日本人高齢者の精神障害の有病率と比較したところ、興奮・問題行動群は日本人高齢者と比較して有意に低く、うつ群、てんかん群、不眠群は日本人高齢者と比較して有意に高率であった。

以上より、精神科医を受診している患者以外に、向精神薬を処方されている患者が多数いることが明らかになった。ハンセン病療養所では精神的な問題があっても、よほど深刻であるか、ほかの入所者の迷惑にならない限り精神科医を受診することに抵抗が大きいと考えられた。また、向精神薬に基づく有病率の推定の方が、精神科医に対する調査に基づく有病率よりも実態を反映していると考えられたため、前者の結果に基づいて考察した。

興奮・問題行動群は統合失調症（精神分裂病）、せん妄、痴呆による問題行動を含むと考えられるが、日本人高齢者の統合失調症（精神分裂病）と痴呆の有病率の合計である 8.5%より低かった。痴呆があっても問題行動がみられないことは多く、今回の調査結果は痴呆患者の有病率を反映していない可能性がある。カルテ調べや、検診時のさらなる調査が必要である。

今回の調査によるうつ群の率は 4.3%と、日本人全体の有病率の 4-7%の範囲に収まっているが、調査対象の平均年齢の 77.0 歳の日本人有病率の 3.0%より有意に高い。うつ病は状況依存性に発症する場合と、状況と関係なく発症する場合があることが知られている。入所前後か最近の状況のいずれが影響したかを特定することはできないが、ハンセン病療養所においては一般社会よりもうつ病を誘発する因子が強く存在するといえる。

てんかん群は調査対象の 2.2%で、内因性てんかんの有病率を大きく上回っている。頭部外傷・脳梗塞などの後遺症としてのてんかん・脳波異常が多く含まれていると考えられる。ハンセン病療養所における頭部外傷・脳梗塞などの有病率が高いかどうかさらなる調査が必要である。不安・イライラ群の率は 17.0%と、日本人の神経症の有病率 5-30%と差はみられない。

睡眠薬のみを処方されている不眠群は調査対象の 24.1%であった。これは 70 歳以上日本人で睡

眠薬等を使用しているものの比率 7.8%より遥かに高い率である。この原因としては以下のように考えられる。精神障害以外では不眠は心配事や、痛み等の身体の症状によっても起こる。特に施設では就床時間が長すぎるため、眠くないのに眠ろうとすることになり不眠の訴えが増加する。うつ群が一般社会より有意に高率であることより、ハンセン病療養所ではさまざまな心配事があり、ハンセン病の後遺症による身体症状の多さ、療養所生活による長すぎる就床時刻が高率に不眠を引き起こしていると考えられる。ハンセン病療養所の医療費は国の一般会計によって支出されており、入所者の自己負担はない。このため、一般高齢者よりも医療を受けることに対する抵抗が少なく、医師の側にも患者の要望通りの薬剤を処方することに対する抵抗が少ない。先進諸国の成人で不眠を自覚している率は 20-25%であり、高齢者ほどその率は高いことが知られている。療養所内で不眠を自覚しているもの全員が睡眠薬の処方されているとすると、今回の不眠群の率とほぼ等しくなる。

5) まとめ

以上の調査をまとめると、次のように要約できるだろう。まず、ハンセン病療養所入所者の生活満足度が日本の一般高齢者よりも低く、うつ病、てんかん、不眠で治療を受けている者の割合が高いこと。つぎに、ハンセン病療養所入所者の高齢化にともない老年期痴呆が増加しており、行動制限が必要となる場合も増えているが、療養所内では精神保健福祉法に基づく行動制限が行えないため、精神病院入院の際の手続きの明確化が必要となっていること。そして、ハンセン病療養所では日本の一般高齢者と比較して向精神薬を処方されている者の率が高いが、このかなりの部分が精神科以外の科の医師によって処方されていると考えられること、である。こうした調査結果の妥当性を検証し、ハンセン病対策の特殊性を浮き彫りにするため、次項ではハンセン病および精神疾患患者についての比較処遇史的側面から考察をおこなうことにする。

【参考文献】

田ヶ谷浩邦・浅野弘毅・黒木宣夫・奥村幸夫・塚崎直樹・平田豊明、日本精神神経学会リハビリテーション問題委員会ハンセン病に関する小委員会報告書、『精神神経学雑誌』

【表 - 3】生活満足度 K (LSIK) 得点

性別	年齢	ハンセン病療養所入所者		全国平均		p
		平均 ± 標準偏差	標本数	平均 ± 標準偏差	標本数	
男性	65-69 歳	2.0 ± 1.9	55	4.8 ± 2.3	290	<0.001
	70-75 歳	2.3 ± 1.9	103	4.6 ± 2.1	218	<0.001
	75-79 歳	2.2 ± 2.0	91	4.4 ± 2.2	118	<0.001
	80 歳以上	2.6 ± 1.9	117	4.7 ± 2.4	80	<0.001
男性計	65 歳以上	2.3 ± 1.9	366	4.7 ± 2.2	706	<0.001
女性	65-69 歳	1.9 ± 1.7	44	4.7 ± 2.2	342	<0.001
	70-75 歳	2.3 ± 1.9	54	4.5 ± 2.3	283	<0.001
	75-79 歳	2.3 ± 1.7	74	4.4 ± 2.2	190	<0.001
	80 歳以上	2.6 ± 2.1	95	4.5 ± 2.2	130	<0.001
女性計	65 歳以上	2.3 ± 1.9	267	4.6 ± 2.2	945	<0.001
男女	65-69 歳	2.0 ± 1.8	102	4.8 ± 2.2	632	<0.001
	70-75 歳	2.3 ± 1.9	163	4.6 ± 2.2	501	<0.001
	75-79 歳	2.3 ± 1.9	168	4.4 ± 2.2	308	<0.001
	80 歳以上	2.6 ± 2.0	217	4.6 ± 2.3	210	<0.001
男女計	65 歳以上	2.3 ± 1.9	650	4.6 ± 2.2	1651	<0.001

値は平均値 ± 標準偏差、括弧内は標本数を示す。性別の回答がない調査票があるためハンセン病療養所群では男女それぞれの標本数の合計と男女合計の標本数が一致しない。全国平均のデータは、Koyano W, Shibata H. Development of a measure of subjective well-being in Japan. Facts and Research in Gerontology, 8 suppl: 181-187, 1994.による

【表 - 4】低い生活満足度 (LSIK 得点 0) に関する要因とその危険率

		総数		LSIK 得点 0	単変量解析		多変量解析	
		N	N	%	OR	95%CI	OR	95%CI
入所中不自由を感じたこと								
外出	いいえ	326	122	37.4				
	はい	432	200	46.3	1.4	1.1-1.9*		
面会	いいえ	575	224	39.0				
	はい	183	98	53.6	1.8	1.3-2.5**		
通信	いいえ	603	238	39.5				
	はい	155	84	54.2	1.8	1.3-2.6**		
食事	いいえ	538	207	38.5				
	はい	220	115	52.2	1.8	1.3-2.4**		

住居	いいえ	576	230	39.9				
	はい	182	92	50.6	1.5	1.1-2.2*		
衣服	いいえ	611	237	38.8				
	はい	147	85	57.8	2.2	1.5-3.1**		
医療	いいえ	562	224	39.9				
	はい	196	98	50.0	1.5	1.1-2.1*		
在郷家族との関係								
関係あり		501	190	37.9				
関係なし		257	132	51.4	1.7	1.3-2.3**	1.7	1.2-2.3**
長期入所させられたことに対する感想								
その他		677	277	40.9				
どうしても納得いかない		81	45	55.6	1.8	1.1-2.9*		
厚生省の謝罪に対して感じたこと								
その他		570	226	39.7				
表現できないほどの憤り		188	96	51.1	1.6	1.1-2.2**		
入所中に「死のう」と思ったことがあるか？								
ない		476	180	37.8				
ある		282	142	50.6	1.7	1.2-2.3**	1.5	1.1-2.0*
らい予防法廃止の動きが出てきたとき慰謝料・補償を望んだ								
いいえ		600	241	40.2				
はい		158	81	51.3	1.6	1.1-2.2*		
入所したときのことが何度となく思い出される								
いいえ		554	222	40.1				
はい		204	100	49.0	1.4	1.0-2.0*		

LSIK 得点 0 に対するそれぞれの要因の危険率 (OR)、95%信頼区間 (95%CI) をしめた。* p < 0.05, ** p < 0.01

【表 - 5】向精神薬を処方されていた人数

	全体		男性		女性	
	人数	%	人数	%	人数	%
60 歳未満	5	2.0	5	3.5	0	0.0
60-70 歳	32	12.5	18	12.6	14	12.4
70-80 歳	110	43.0	67	46.9	43	38.1
80-90 歳	94	36.7	47	32.9	47	41.6
90 歳以上	15	5.9	6	4.2	9	8.0
合計	256	100.0	143	100.0	113	100.0

【表 - 6】処方されていた向精神薬とその人数

種別	薬剤名	のべ人数	種別	薬剤名	のべ人数
睡眠薬	ニトラゼパム 1	69	抗精神病薬	スルピリド 3	18
	プロチゾラム	59		ハロペリドール	15
	トリアゾラム	58		クロールプロマジン	6
	ゾピクロン	43		フルフェナジン	5
	フルニトラゼパム	4		リズペリドン	3
	フェノバルビタール	2		レボメプロマジン	2
	ロルメタゼパム	1		ベゲタミン A 4	1
	小計	236		ベゲタミン B 4	1
抗不安薬	アルプラゾラム	46	小計	33	
	エチゾラム 2	43	抗うつ薬	アミトリプチリン	18
	クロチアゼパム	19		マプロチリン	7
	ジアゼパム 1	15		イミプラミン	5
	ヒドロキシジン	15		クロミプラミン	1
	プロマゼパム	11		小計	82
	オキサゾラム	11	抗てんかん薬		
	ロラゼパム	7	カルバマゼピン 5	9	
	クロクサゼパム	5	フェニトイン	5	
	小計	172	小計	14	
			精神刺激薬		
		メチルフェニデート 6	1		
		小計	1		
		脳代謝改善薬			
		チアプリド	5		
		小計	5		
		総計	510		

1 ニトラゼパムとジアゼパムは抗てんかん薬としても用いられる。

2 エチゾラムは抗不安薬としても睡眠薬としても用いられる

3 スルピリドは少量では抗うつ薬として、中等量以上では抗精神病薬として用いられる。

4 ベゲタミンはクロールプロマジン（抗精神病薬）、フェノバルビタール（睡眠薬）、プロメタジン（抗パーキンソン病薬）の配合剤で主に統合失調症（精神分裂病）の不眠に対して用いられる。

5 カルバマゼピンは抗てんかん薬であるが、躁病や統合失調症（精神分裂病）の興奮状態に対しても用いられる。

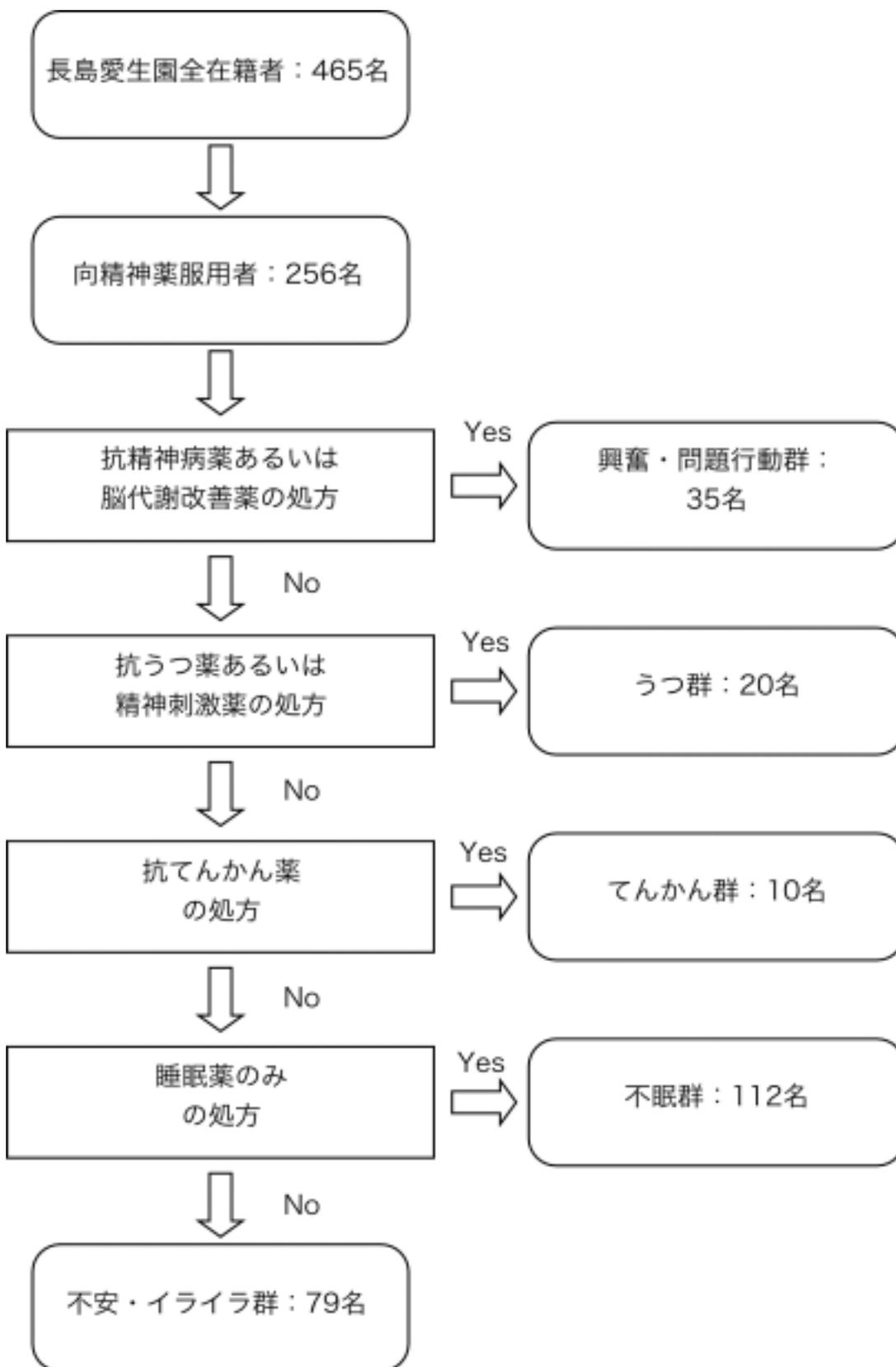
6 メチルフェニデートは過眠症・うつ状態に対して用いられる。

【表 - 7】年代別の処方薬剤

	抗精神病薬			抗うつ薬		抗てんかん薬		抗不安薬		睡眠薬		脳代謝改善薬	
	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
60歳未満	5	3	60.0	0	0.0	0	0.0	2	40.0	4	80.0	0	0.0
60-70歳	32	3	9.4	4	12.5	0	0.0	16	50.0	23	71.9	0	0.0
70-80歳	110	7	6.4	12	10.9	8	7.3	45	40.9	79	71.8	0	0.0
80-90歳	94	19	20.2	13	13.8	5	5.3	47	50.0	70	74.5	4	4.3
90歳以上	15	1	6.7	1	6.7	0	0.0	8	53.3	10	66.7	1	6.7
被処方者計	256	33	12.9	30	11.7	13	5.1	118	46.1	186	72.7	5	2.0
在籍者計	465	33	7.1	30	6.5	13	2.8	118	25.4	186	40.0	5	1.1

【表 - 8】精神症状・年代別の人数・比率

	興奮・問題行動群			うつ群		てんかん群		不眠群		不安・イライラ群	
	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
60歳未満	5	3	60.0	0	0.0	0	0.0	2	40.0	0	0.0
60-70歳	32	3	9.4	3	9.4	0	0.0	14	43.8	12	37.5
70-80歳	110	7	6.4	10	9.1	8	7.3	51	46.4	34	30.9
80-90歳	94	20	21.3	6	6.4	2	2.1	39	41.5	27	28.7
90歳以上	15	2	13.3	1	6.7	0	0.0	6	40.0	6	40.0
被処方者計	256	35	13.7	20	7.8	10	3.9	112	43.8	79	30.9
在籍者計	465	35	7.5	20	4.3	10	2.2	112	24.1	79	17.0



【図 - 1】向精神薬の組み合わせによる精神障害の推定

第8 ハンセン病および精神疾患患者についての比較法制処遇史

一 はじめに

日本におけるハンセン病対策の特殊性を浮き彫りにするには、他のいくつかの疾患と対比して検討することが有効であろう。たとえば、戦前には的確な治療法を欠いた結核は、遺伝病かと忌み嫌われ、その療養所建設には激しい反対運動が起こり、結核対策に取り組む国の姿勢もおざなりであった。現在の疾患としてはエイズを取り上げることもできよう。

ここでは精神病を取り上げる。精神病の多くは、慢性の経過をとる。戦前に入院患者の何分の1かを占めていた進行麻痺（梅毒生脳疾患）を例外として、直接に死を招くことは少ない。この精神病患者が日本の近代化の過程で排除され封じ込められていく過程は、ハンセン病患者のそれにほぼ平行している。

現在、精神の病の総称としては“精神疾患”の語が使用されている。この“精神疾患”は、健康な状態と境を接しているごく軽微な病態をもふくんでいる。たとえば、不安障害、不眠症、など。“精神病”は、統合失調症（精神分裂病から改称）を中心とする、比較的重い病いの総称である。戦前には、精神の病いの総称として“精神病”が用いられていた。同時に、戦前では今日のような比較的軽微な病態は関心の外に置かれていた。1950（昭和25）年制定の精神衛生法を受け継ぐ現行の精神保健福祉法は、“精神疾患”に相当する総称として“精神障害”の語を使っている。そこで、ここでは、歴史叙述では“精神病”を、現状記述では“精神障害”の語を用いる。

二 対比年表

まず、全体的な展望のために、関連事項の対比年表として【表 - 9】をあげておく。

【表 - 9】ハンセン病・精神病関連事項の対比年表

年	ハンセン病	精神病
1872		養育院設立
	後藤昌文、ハンセン病療養所施設を仮設	
1874		医制
1875	後藤昌文、起廃院開設	京都癲狂院開設（1882廃院） 養育院狂人室
1879		東京府癲狂院開設（東京府巢鴨病院 東
1889	神山復生院設立	京都立松沢病院）
1892		「東京府巢鴨病院 - 五区患者手記」

1893		相馬事件
1894	慰癆院設立	
1895	回春病院設立	
1897		伝染病予防法
1898	光田健輔、養育院に勤務 待労院設立	
1899	養育院に“回春病室”	
1900		精神病患者監護法
1901		呉秀三、巢鴨病院医長（院長）
1902		日本神経学会設立（日本精神神経学会） 精神病患者慈善救済会発足
1903		巢鴨病院に東京府内訓 読売新聞「人類の最大暗黒界癲癩病院」を 連載
1905	リデルの救癲事業への後援集会	
1907	法律第十一号	
1909	公立の5癲療養所設立	
1914	光田健輔、全生病院長となる	
1915	全生病院で光田ワゼクトミー開始	
1916	外島保養院で自治会活動始まる	
		保健衛生調査会設立
	法律第十一号一部改正（所長に懲戒検束権）	
1918		呉秀三・榎田五郎「精神病患者私宅監置ノ実況及び其統計的観察」
1919		精神病院法
1922	別府的ヶ浜焼き払い	
1927	日本癲学会発足	警視庁、精神病院の患者作業の手数料につき き勧告
1928		昭和“御大礼”
1930	国立療養所長島愛生園開設	
1931	国立癲療養所患者懲戒検束規定 癲予防法 県立宮古保養院開設（1933 国立に） 癲予防協会設立 癲予防デー始まる	

1932	国立の栗生楽泉園開所	
1933		診療所取締規則
1934	外島保養院壊滅	
1935	国立の星塚敬愛園開設	
1936	長島事件	
1938	国立の國頭愛楽園開所 栗生楽泉園に“特別病室”竣工	
1939	国立の東北新生園開所	
1940		国民優生法
1941	公立5療養所、国立に移管 湯之沢部落解散 回春病院解散 山井道太、重監房出獄後に死亡	
1942	慰労院廃院	
1943	国立の奄美和光園開所	
1945		敗戦
	傷痍軍人療養所駿河療養所開所	
1946	プロミン試用始まる	
1947		日本国憲法施行
	栗生楽泉園特別病室事件	
1948		優生保護法
1950		精神衛生法
1951	プロミンの薬効が正式に承認される 全国国立癩療養所患者協議会結成 (全国ハンセン病療養所入所者協議会)	
1952	藤本事件	
1953	らい予防法 病棟看護切り換え要求始まる	
1954		島田事件 レセルピン薬価基準に クロルプロマジン薬価基準に
1955		
1956	ローマ国際会議	
1957		朝日茂、入院患者日用品費につき訴訟提起
1958	第7回国際癩会議(東京)	精神病院における職員定数の特例
1960	多磨全生園で看護婦等の集団精神不調	

1963	第8回国際癩会議	
1964		ライシャワー大使刺傷事件
1965		精神衛生法一部改正
1979		野田事件
1984		宇都宮病院事件
1987		精神保健法
1988	邑久・長島大橋開通	
1994	大谷藤郎“個人的見解”	
1995		精神保健福祉法
1996	らい予防法廃止	
	優生保護法	母体保護法
1997		栗田病院事件 大和川病院事件
1998		国立犀潟病院事件
2001	熊本地方裁判所、ハンセン病国家賠償訴訟 につき判決（確定）	大阪府池田市の小学校で児童殺傷事件
2002		精神分裂病 統合失調症と呼称変更
2003		心神喪失者等医療観察法

三 前史

1. 養育院の設立

明治政府が窮民救済のため1869(明治2)年に三田などに設置していた教育所は、1872(明治5)年までに廃止されていた。ところが、ロシアのアレクセイ大公の訪日をまえに、東京市内に乞食が徘徊するのを取り締まる必要を感じた政府は、同年11月15日に、営繕会議所のもとに非人頭車善七をして、約240名の乞食・浮浪者を本郷加州邸跡明長屋に収容させた。会議所附養育院と称されたこの施設は、その後、府営、委任経営、市営の時期を経て、東京都養育院として最近まで存続していた。その中心施設の所在地も、浅草、上野、神田、大塚、板橋と変遷した。

ここまではまず、乞食・浮浪者への対策が、彼らをどう扱うべきかという福祉的あるいは国内的な視点からでなく、ロシア大公訪日を控えての対外的顧慮によってなされた点が注目されよう。

2. 養育院内癩病室他

後藤昌文は教育所入寮のハンセン病患者の治療に当たっていたが、教育所が廃止されたので、病者に乞われて、1872(明治5)年頃、療養施設を仮設し、3年後、起廃病院を開院した。その後、日本人により2、3の専門病院開設が続き、外国人神父・宣教師によりいくつかの療養所も設立され

ていった。

養育所を引き継いだといえる養育院には、当然ハンセン病患者がかなり集まっていた。東京帝国大学医科大学病理学教室選科生であった光田健輔が、養育院医員嘱託となったのは1898（明治31）年である。彼が長く医員嘱託に留めおかれたのは、済生学舎という出身校のためだろう。その屈辱感が彼のその後の行動様式を大きく決定づけたに相違ない。光田は澁澤榮一院長にハンセン病が伝染病であることを説いて、1901（明治34）年、同病患者を別病室に隔離し、その責任者となって、その病室を“回春病室”と名づけた。

養育院内のハンセン病患者は増え続けた。1909（明治42）年に全生病院が開院すると、養育院収容のハンセン病患者はすべて全生病院に移され、養育院が同患者を収容することはなくなった。1908（明治41）年に副院長となっていた光田は、翌年養育院を退職して、全生病院医長となった。

3．東京府癲狂院設立他

養育院が上野公園地にあった1875（明治8）年に、盲人室を改造した狂人室に精神病患者5名が収容された。養育院内の精神病患者は増え続け、1879（明治12）年7月1日には、在院者525名中71名に達しており、それに要する費用は養育院にとって重すぎる負担となっていた。

東京府は、永田町2丁目府有地に、府本病院・癲狂院・脚気病院を建設しようとしたが、宮内卿あたりの反対で、この計画は取り止めになった。しかし、脚気病院建設は焦眉の急であり、宮内省は“内旨ヲ奉シ”脚気病院設立のために2万円を東京府に下賜し、また癲狂院設立のために、3千円を追加した。精神病院設立のための下賜金交付は、確認できた範囲では、このときと、1940（昭和15）年に東京市方面事業後援会が桜ヶ丘保養院を開設したときだけである。

さて、東京府は1879（明治12）年7月に東京府病院医員を派遣して、養育院癲狂室を借りて、収容されている病者の治療責任を負うことにした。東京府癲狂院の成立である。日本で2番目の公立精神病院である同院はその後、向ヶ岡、巢鴨と移転して、名も東京府巢鴨病院と改めた。日本の代表的精神病院として知られた。1919（大正8）年には現在地に移転し、現在の東京都立松沢病院に至っている。

このように、全生病院、東京府巢鴨病院は、養育院という同じ源を持っている。ここで付け加えておくべきは、上野から向ヶ岡（現在東京大学農学部所在地）に移った東京府癲狂院をその地から追い出すよう宮内省が画策し、同院が巢鴨に移った跡地を宮内省が買ったことである。

当時の精神病院設置状況を見ておこう。江戸時代から続く癲狂（精神病とてんかん）専門の治療所（まだ病院とは認定されていない）は、いくつかあった。最初の精神病院は、1875（明治8）年設立で府立の京都癲狂院であったのだが、1882（明治15）年にこれが、収支相償わずとして廃止されたことは、日本の精神科医療史にとって象徴的であった。私立では、1878（明治11）年に東京府に癲狂病院、つづいて瘋癲病院が、翌年には癲狂病院が設立された。

4．その後の精神病床の発達

その後の精神病床の発達を【表 - 10】にまとめた。ここで目立つのは、次の各点である。精

神科医療の先進国では、人口 1 万人対 20～30 という病床数が達成されていたのに、日本における水準は戦前の最高でもその 10 分の 1 であったこと。先進国では精神病院は主として公的機関や宗教団体により設立されていたのに対して、日本のそれはほとんどが私的経営によるもので、しかも、年を経るごとに公的病床比率が低下してきていること。そのわずかな病床が当時の 3 府に極度に偏在していたことである。

なお、先取りの言え、精神科医療が主として私的経営に委ねられているという傾向は戦後も続く。いや、戦後はその傾向がさらに強まってきている。病床の偏在は、国の水準ではないが、都道府県の水準では強くて、精神病院の多くは人口密度の小さい土地、つまり、利用者の居住地を離れた土地にある。そのために精神病患者は入院によって、物理的にも家族から大きく引き裂かれる。人口 1 万人当たりの精神病床数は、先進国では薬物療法の導入とともに激減したのに対し、日本では逆に急増したまま高原状態を保っている。

ハンセン病医療・対策は圧倒的に公的機関により行われたのに対し、精神科医療は私的経営に委ねられてきた点に特色がある。

【表 - 10】戦前における人口 1 万人対精神病床数、公的病床比率、3 府内および東京府内の病床比率の変遷

年	人口1万人対 精神病床数	うち公的病床 比率 (%)	全国病床中比率 (%)	
			3府	東京府
1875	0.01	100	100	0
1880	0.10	54.3	91.4	77.4
1885	0.15	41.4	93.1	58.6
1890	0.18	45.2	95.8	71.1
1895	0.27	37.7	95.5	56.0
1900	0.37	33.7	94.8	61.2
1905	0.54	23.7	91.5	68.5
1910	0.62	20.6	87.3	67.9
1915	0.82	18.9	76.2	55.8
1920	1.06	13.6	67.5	48.3
1925	1.22	20.8	59.0	37.1
1930	1.82	19.4	57.0	30.5
1935	2.40	18.4	51.1	27.3

四 関連法の成立と敗戦時までの状況

1. 精神病患者監護法の成立

日本で最初の精神病患者に対する全国的法制である精神病患者監護法が成立したのは、1900(明治33)年である。相馬事件が契機となった。それまでは、警視庁布達など道府県段階の規則があって、精神病患者の監禁あるいは入院を規制していた。

相馬事件とは、旧相馬藩主相馬誠胤の自宅監禁、入院などをめぐり起こった騒動で、旧藩士の一部はそれを、お家の財産乗っ取りをねらう陰謀だとして争った。相馬は1892(明治25)年に糖尿病で死去したが、翌年に、あれは毒殺だったとの告発があった。自由民権の時代であったから、この事件は自由権の侵害として世に騒がれた。内務省衛生局長後藤新平も告発側を支援した。裁判では、毒殺の証拠なしとして、告発側の誣告罪が確定した。ところが、海外へこの事件が日本では精神病患者は無権利で勝手に監禁されると報道されたために、条約改正を急いでいた明治政府はひどい痛手をこうむった。こうして、相馬事件は精神病患者監護法制定を急がせることになった。つまり、この法律の背景には外国への顧慮があったのである(精神医療史研究会編『精神衛生法をめぐる諸問題』、松沢病院医局病院問題研究会、1964年)。

1900(明治33)年7月から施行された精神病患者監護法の内容は、監護義務者(第1条)が精神病患者を自宅または精神病院・病室に監置する手続き(第2~9条)を定めたものである。ここに監護あるいは監置とは、監禁と保護の中間と解されていた。だが、衛生行政を警察が担い、警察官がこの法律施行の直接の監督者となっていた時代では、監置とは監禁そのものに他ならなかった。

この点をもっともはっきり示したのが、1903(明治36)年の東京府巣鴨病院に対する東京府内訓である。1901(明治34)年に留学から帰国して東京帝国大学医科大学の精神病学担当教授となった呉秀三は、兼任した東京府巣鴨病院医長として、非拘束の開放的患者処遇に努めた。それに伴い患者の逃走がわずかに増加したことへの注意書が、この内訓である。その要点は、治療は大事だが、患者の心身の自由を保護しようとして監置実行が疎かになっては困る、というものである。

東京都公文書館に蔵されている内訓原案には、“精神病患者ノ監護上監置ト療養ノ二者ハ片廃スヘカラサルモノナリト雖トモ監置ハ主トシテ公益ノ為メニシ療養ハ専ラ私益ノ為メニスルモノナルカ故ニ主従ノ別軽重ノ差自ラ存スルアリ乃チ患者ノ療養ハ監置ノ実行ヲ妨ケサル範圍ニ於テ之ヲ行ハサルヘカラス若シ療養ニ偏重シ患者ノ心身ノ自由ヲ保護セントスルノ結果看護人ヲシテ只管患者ノ意ヲ迎フルニ努メシメ遂ニ患者ヲシテ構外ニ逸出セシムルカ如キコトアリテハ公衆ニ対スル危険予防ノ趣旨ニ副ハサルノ嫌アルヲ以テ右ノ趣旨ヲ体シ一層注意シ遺策ナキコトヲ期ス可シ”とある。

つまり、精神病院への入院とは公衆に対する危険防止のためにそこに監置されることであった。“明治 年 月 日精神病患者 巣鴨病院監置ノ件許可ス”といった警視總監名義の許可証も、東京都公文書館に残されている。精神病院に求められるのは、患者の治療よりは、患者を逃走させないことであった。この内訓をきっかけに呉医長(1904年からは院長)は、精神病患者監護法の本質がどこにあるかを痛感して、私宅監置調査に着手することになる。後でもう一度触れるが、精神病学教室員を各地に派遣して実地調査させた結果を榎田五郎とともにまとめた「精神病患者私宅監置ノ実

況及び其統計的觀察」(『東京医学会雑誌』第 32 巻第 10~13 号、1918 年)で、呉は、私宅監置は監禁あって治療なしと断じ、精神病患者監護法の全面改正というよりは廃止を要求した。1919(大正 8)年に精神病院法ができたが、精神病患者監護法は廃止されずに残った。精神病院在院患者数が私宅監置などの患者数をはっきり上まわるのは 1929(昭和 4)年のことである。私宅監置制度は 1951(昭和 26)年まで続いた。こうして、私宅監置は、戦前の日本における代表的精神病患者処遇制度となった。

2. 法律第十一号癩予防二関スル件の制定

伝染病予防法は 1897(明治 30)年に成立していた。1905(明治 38)年に第 21 回帝国議会で山根正次議員らは、当時対象とされていた 6 種伝染病に癩を追加する伝染病予防法案を提出したが、政府の反対意見もあって、否決された。

法律第十一号制定に対する推進力としては、日本の無策に対する外国人の批判が大きかった。また、同法制定を推進した政治家などの発言には、文明国あるいは戦勝国としての日本国の体面をいうものが目立った。病者の悲惨さへの同情心などよりは上記の要因が法律第十一号制定に至らせたことは、精神病患者監護法制定に共通するものがある。

第 23 回帝国議会で提出されて成立し、1907(明治 40)年 3 月に公布された法律第十一号は、浮浪ハンセン病患者を主対象とするものであった。そして 1909(明治 42)年に、全国全 5 区に 5 か所の公立療養所が設置された。ところが、これらのうち 4 か所では最初の警察出身の「警視」所長が就任した。“病院”を名乗る第 1 区の全生病院(東京)でも、1910(明治 43)年に、院長事務職扱いを解かれた東京府属大野徳太郎に替わって正式の院長になった池内才次郎は、千葉県市原郡長をしていた警視で、1914(大正 3)年に光田が院長に任ぜられるまでその職にあった。

しかし、1874(明治 7)年の医制には、“第三十一条 院長ハ公私病院ニ拘ラス医術開業免状(第三十七条)ヲ所持スル者ニアラサレハ其職ニ任スルヲ許サス”とあり、翌年の医制第 13 条も同内容である。この点を受けた 1933(昭和 8)年の診療所取締規則にも、“第十五条 診療所ノ開設者医師ナルトキハ自ラ其ノ診療所ヲ管理スベシ(中略)診療所ノ開設者医師ニ非ザルトキハ医師ヲシテ其ノ診療所ヲ管理セシムベシ”とあった。病院・診療所の院長または管理者は医師でなくてはならなかった。とすると、法律第十一号による公立癩療養所は当初、病院とははっきり位置づけられていなかった、ということになるのだろうか。

精神病院にも類似の例はあった。東京府癩狂院の院長は 2 代にわたり医師であった。1887(明治 20)年に同院の医務は東京帝国大学医科大学が負担することになったとき、2 代目院長中井常次郎からその任を引き継いだ医科大学教授榊俣の職は医長であり、同院は医長 - 書記長の 2 頭制となった。1904 年に東京府巢鴨病院は院長制に復帰した。

また、1925(大正 14)年北海道長官からの“市町村ニ於テ永久的ニ精神病患者監置室ノミヲ数室建設シ診療ハ市町村医若クハ開業医ニ囑託シ病者ニ対スル給養其ノ他一切ノ監督ハ特定ノ私人ニ請負ハシムルモノ”についての照会に対し、衛生局長は“精神病患者監護法第 9 条ノ精神病院トシテ御取扱相成可然”と回答している。さらに、診療所取締規則が出た後の 1938(昭和 13)年の同様の照

会（ただし、診療については“診療八市町村医若ク八開業医ニ囑託シ往診セシメツツアル”と明記してあるが。）に対し、当該監置室は精神病院ではあるが、収容定員 10 人以上なら診療所取締規則による病院であるし、10 人未満なら診療所である、と予防局長・衛生局長連名で回答している（厚生省予防局『予防衛生ニ関スル法規及例規』、1941 年）。

医療法制定前には病院の制度が整わなかった面があるにもせよ、癩療養所、精神病院といった特殊病院にあっては、その制度運用はさらにずさんであった、とってよかろう。私立のハンセン病専門病院・療養所の医療体制も、医師がどの程度常勤していたかなど、かなり弱いものであったようである。

3. 精神病院法の制定

前にも触れたが、東京帝国大学医科大学教授の呉秀三は、各地の精神病患者私宅監置の調査結果を櫻田五郎と共にまとめて、1918（大正 7）年に「精神病患者私宅監置ノ実況及び其統計的觀察」として発表している。内務省衛生局も即刻その別刷りを『精神病患者私宅監置ノ実況』の題で配布した。

私宅監置（座敷牢よりは、住宅に接した小屋が多かったが。）に監禁あって治療なく、監禁室の居住性・衛生条件もよくない。その原因は精神病患者監護法の不備にある。この法律のために、監置しなくてよい精神病患者が治療を受ける場がない。“我が邦十何万ノ精神病患者八実ニ此病ヲ受ケタルノ不幸ノ外ニ、此邦二生レタルノ不幸ヲ重ヌルモノト云フベシ。”

呉はこのように激しい批判をもって、精神病患者監護法の全面改正ならびに精神病院の建設を要求した。一方、保健衛生調査会の第 5 部会は、1917（大正 6）年 6 月 30 日に全国の精神病患者を調査して、私宅監護（未監置患者を含む）59,930 名、在院 5,004 名の数字を得た。この結果と外国の事情調査とにもとづき、同会は精神病患者監護法を改正するべきだ、との意見を出した。

これを受けて、政府は、病者の救済および公安上の要請のために精神病院を私人の経営に任せおくことは適当でない、国と地方とが協力してそのための施設を作ることが必要である、として、1919（大正 8）年に精神病院法案を第 41 回帝国議会に提出した。同法案は結核予防法案およびトラホーム予防法案と同じ特別委員会で審議され、比較的短期の審議の後に可決された。同法の主な内容は、主務大臣は道府県に精神病院設置を命じることができる（第 1 条）、地方長官がこの病院に入院させるのは、イ．精神病患者監護法により市区町村長が監護するべき者、ロ．罪を犯した者で司法官庁が特に危険の虞があると認める者、ハ．療養の途なき者、などである（第 2 条）、本法による精神病院の長は、主務大臣の定めるところにより、入院者にたいし、監護上必要な処置を行うことができる（第 4 条）、道府県立精神病院が充分普及するまでは、道府県立以外の公私立精神病院をもって道府県立精神病院の代用をさせることができる（代用精神病院）（第 7 条）、といったものであった。

この法律は、精神病患者の医療に対する公共の責任という理念を表明したものと評価できる。しかし、予算が伴わなかった。要求額 50 万円に対して初年度に認められた 3 万円は、当時、1 病棟を建てるにも足りない額であった。1945（昭和 20）年までにできた精神病院法による精神病院は、東京府立松沢病院（既存のものを 1920 年に認定）、大阪府立中宮病院（1926 年設立）、神奈川県立芹

香院（1929年設立）、福岡県立筑紫保養院（1931年設立）、鹿児島県立保養院（既存のものを1931年認定）、愛知県立精神病院（1932年設立）、兵庫県立光風寮（1937年設立）、京都府立精神病院（1945年設立）の8院にとどまった。結果として、精神病院法は代用精神病院の規定によって私立精神病院の発達を促した。精神病患者監護法は、1950（昭和25）年に精神衛生法が制定されるまで存続した。法制定ときに論じられた国立精神病院は実現されなかった。国立精神病院の最初は、1940〔昭和15〕年開設の傷痍軍人療養所・武蔵療養所であった。

それだけではない。精神衛生法第4条（現行精神保健福祉法第19条の7）は、“都道府県は、精神病院を設置しなければならない”と、都道府県立精神病院の設置を義務づけた。だが、2001（平成13）年現在、奈良、鳥取、佐賀、大分の4県は県立精神病院を欠いている。また同年10月1日の数字（『厚生指標』50巻9号、2003年所載より算出）では、病院病床1,646,797床中の32.6%が公的病床であるのに対し、精神病床357,385床中の公的病床は11.0%にすぎない。精神病院がもっぱら私的経営に委ねられてきたのが、日本の著しい特色である。

4. 癩予防法の改正他

1916（大正5）年、癩療養所に患者の懲戒・検束権を与える法律第十一条の一部改正が公布され、ついで、懲戒・検束の内容は譴責、謹慎、減食、監禁と定められた。そして、療養所に監禁室が設置された。

その後、公立療養所の拡張および国立療養所の新設を中軸とする療養充実の方策が論じられた。日本で最初の国立療養所、長島愛生園が1930（昭和5）年に開設され、翌年光田健輔がその所長に任ぜられた。ハンセン病患者隔離には、療養所収容と自由療養地によるものと、二つの方向があったが、次第に自由療養地抑止の動きが強くなった。自由療養地であった群馬県草津町湯之沢部落の近くに国立療養所栗生楽泉園が開所されたのは、1932（昭和7）年である。ハンセン病濃厚地である沖縄県に県立宮古保養院が開設したのは1931（昭和6）年であるが、この院長は3代にわたって宮古警察署長の兼任であった。

法律第十号の大幅改正の形で、1931（昭和6）年の第59回帝国議会で成立した癩予防法は、病毒伝染のおそれある患者すべてを強制収容できるようにした。法律施行の実態は、病毒伝染のおそれに関係なく、全患者の、退所なき強制収容であった。

全生病院では光田によって、1915（大正4）年から、断種を前提に結婚を認めることになり、その方針は全療養所に広がっていった。1940（昭和15）年の国民優生法制定に際して、ハンセン病患者の断種も論じられたが、遺伝性疾患ではないとして、法対象には入れられなかった。それでも癩療養所での非合法の断種は強力に進められた。一方、精神病患者にあっては、病的性欲高進、性欲異常、性的犯罪を繰り返す重症精神薄弱、性格異常の患者に対する治療として去勢（睾丸摘出）が試みられて、ある程度の効果があがったとされる。しかし、この適用例は多くなかったようである。遺伝性のものとされていた精神病、精神薄弱が国民優生法では主要対象であったが、この国民優生法のもとで断種された例は少数にとどまっていた。

国民優生法をめぐる論議のなかでしばしば引かれたのは、“よき種を選びて教草うゑひろめなむ野

にも山にも”の明治天皇御製である。また、同法制定を推進した民族衛生協会理事長永井潜は“民族の花園を荒す雑草は断種手術によって根こそぎ刈取り日本民族永遠の繁栄を期さねばならぬ”と語った（『読売新聞』1936年12月23日、談話）。このように、人を植物になぞらえる発想のなかで論議が展開されていったことを指摘しておかなくてはならない。他方、京城帝国大学教授藤本直のように、“病院の新設と云ひ、ベットの増設と云ひ、畢竟病者監置治療の一時的便法にしか過ぎず、此の逐年に激増する〔精神〕病者の根を絶やすことなど到底不可能だと見られる。而も斯かる不生産的な使途に充てる莫大な金は、健全者の汗に成る極めて貴重な勤勞の所産なのである”（『断種法』、岩波書店、1941）として、断種法を支持する意見もあった。

癩療養所における患者の集団行動は1914（大正3）年に大島療養所において始まった。1936（昭和11年）には、超過収容による生活状況悪化に患者たちが団結して抵抗するという長島事件が起こった。日本癩学会は1927（昭和2）年に発足し、財団法人癩予防協会は1931（昭和6）年に設立された。1931年には皇太后誕生日の6月25日が癩予防デーとされ、翌年に皇太后は癩患者を慰める歌を詠んだ。この後、様々な形で、“皇室の御仁慈”が示された。他方、1902（明治35）年に設立された貧困精神病患者の救済団体、精神病者慈善救済会に対する宮内省下賜金および宮家寄付金は、回数も少なく少額であった。

癩療養所ではその後国立3園が開設され、1933（昭和8）年には公立の1園が、1941（昭和16）年には5園が国立に移管された。1945（昭和20）年には傷痍軍人癩療養所が開設された。他方、私立では、1941（昭和16）年、1942（昭和17）年にそれぞれ1院が廃院となり、残る私立療養所はごく少数となった。栗生楽泉園では1938（昭和13）年に、重監房“特別病室”が竣工して、全国の患者抑圧の中心的な役割りを果たすことになる。

五 敗戦時までのハンセン病患者および精神疾患患者の処遇状況の比較

1. 全般的処遇状況

戦前の精神病院における患者処遇の状況を概括的に描き出すことはきわめて困難である。処遇状況はその病院により大きく違っていた。たとえば、呉秀三は巢鴨病院医長に囑託されると、すぐに手革・足枷・縛衣の使用を禁じたが、使用が止まないの、手もとに集めてそれらを廃棄した。しかし、その後の巢鴨病院 - 松沢病院では看護者による患者の蒲団蒸しなどは跡を絶たなかったし、患者虐殺もときどき新聞に報じられた。松沢病院だから報じられた。近くは2001（平成13）年に、大阪府による箕面ヶ丘病院の抜き打ち調査によって、デイルームの窓鉄枠に2メートルの紐でつながれた59歳の男の患者が見付かった。彼の診療記録に拘束の記載はなかったが、彼は約10年間紐でつながれ続け、他の患者は“おいポチ、元気か”と声をかけていたとされる（原昌平「箕面ヶ丘病院事件 31年間、止まっていた時計」、『精神医療』第32号、2003年）。

初期の精神病院については、「東京府巢鴨病院 五区患者手記（1892年）『読売新聞』連載 1903年5月7日より6月20日まで」「人類の最大暗黒界癩癪病院」の記録がある。それらには、看護者が患者の食事をかすめとる、患者に雑巾水を飲ませる、患者を蒲団に巻いて柱に吊す、患者の衣類

を入質して女郎買いに行く、といったことが記されている。看護者用の寝具が足りないので、看護者は患者と“同衾”せざるをえないことが、巣鴨病院から東京府に上申されている。看護者の勤務条件は苛酷で、しかも日給は女工などをはるかに下まわって最低であった。精神病院に腰を落ち着ける看護者はごく少数だった。こういう中では、患者の食事をかすめとって自分の食費を浮かそうとすることも、ある意味では当然とさえいえたと。

東京府の場合、警視庁には精神病院監督にあたる医師がいて、死亡数の多い病院に注意を与えたりしてはいた。とはいえ、監督官庁である警察にとって最大の関心事は、患者逃走のないことであった。逃走があると当番の看護者は始末書を取られ、始末書2枚で解雇といった病院が多かった。

精神病院法第4条には、“第一条規定ニ依リ設置スル精神病院ノ長ハ主務大臣ノ定ムル所ニ依リ入院患者ニ対シ必要ナル処置ヲ行フコトヲ得”とあり、各地方長官宛内務次官通牒「精神病院法施行ニ関スル件」に付けられた「精神病院法制定理由」には第4条につき次の説明がある。

“監置其ノ他ノ監護上必要ナル処置ハ純粹ノ医療行為ト認ムルヲ得サル場合アルヲ以テ本条ニ依リ之カ処置ノ権限ヲ与ヘントスルモノナリ而シテ監置其ノ他監護上必要ナル処置ハ大体ニ於テ地方長官ノ許可ヲ受ケシメ緊急ノ場合ニ於テハ機宜ノ処置ヲ誤ラサル様後ニ於テ許可ヲ受ケシムル方針ナリ”(前掲『予防衛生ニ関スル法規及例規』)。

だが、ここにいう許可の手続きが定められた様子は見当たらない。その結果、道府県立精神病院および代用精神病院の長は、監置などについて無制限の権限を得たといつてよい。それだけでなく、監置も治療に含まれるという論さえあって、そうなると治療の名目で何でもできることになってしまう。戦後の精神衛生法においても、「精神病院の長は、入院中又は仮入院中の者につき、その医療または保護に欠くことのできない限度においてその行動について必要な制限を行うことができる」(38条)と、きわめて包括的な行動制限権を認めていた。

1984(昭和59)年に、患者リンチ死ほか虐待、労働搾取などを内容とする宇都宮病院事件が発覚した。これを受けてやっと、1987(昭和62)年に改正されて名称を変えた精神保健法で、上記の行動制限権にある程度の歯止めがかけられ、隔離および身体拘束の手続きも定められた。といつても、これらの規定に違反する行動制限は跡を絶つことなく、1997(平成9)年には大阪府の大和川病院で職員の暴行による患者死が、翌年には新潟県の国立犀潟病院で違法身体拘束中の患者の窒息死が発覚した。“ポチ”と呼ばれた患者のことは前述した。

癲癲養所における懲戒・検束の内容は、内務省令第6号、国立癲癲養所懲戒検束規定に具体化された。それは精神病院における包括的な監置、行動制限などに比べれば、いくらか具体的である。精神病院における監置などはいちおう“治療または保護のため”といった名目を持っていたのに対し、こちらは懲罰的なものであるから、具体的に規定されなくてはならないのは当然であった。しかし、懲罰的なものであるからには、その手続きや記録法も詳細に規定されるべきであったが、それはなされず、その執行は療養所当局の恣意に委ねられた。勢い、この懲戒検束権が療養所当局に少しでも批判的な者に向けられるに至ったことは、1941(昭和16)年に起きた山井道太の事例が示

すとおりである。精神病院、精神病室、私宅監置室の構造については、いくらかの基準もあり、それについての監督もあった。癩療養所の監禁室、とくに栗生楽泉園の重監房に届く監督の目はなかった。戦前の精神病院に、あの重監房に比肩するものが存在しなかったことだけは確実である。

しかし、ひるがえって考えると、それも当たり前であったといえよう。精神病院には治療保護のために監禁・拘束が無際限に許されていた。また、職員に批判的な態度、それが職員の不正あるいは不当な行為への正当な批判であっても、それを“症状”とみなすことを、当時の一方的な精神病理学は許していた。監禁、拘束、また戦後の向精神薬登場まで一般的であった電気けいれん療法を懲罰的に、しかも“治療”と称して用いることも十分に可能であった。また、精神病院内部において患者たちは分断されていて、自治会活動らしいものはなく、ある病棟での虐待が患者間に広く伝えられることもなかった。戦前の精神病院における虐殺、虐待は、新聞に報道された少数例を除いては、埋もれてしまったことが十分に想定される。これに対し、癩療養所では患者たちは仲間意識をもってある程度団結し、不完全ながら自治会活動も行っていたので、懲戒検束権の濫用も少しは抑えられていた。

癩療養所では予算定員に対する超過収容はしばしば起こっていた。外島保養院壊滅後の他療養所におけるそれは止むを得なかった面もある。だが、長島愛生園では光田院長の積極収容主義によって、定員を大幅に超過する患者が収容された結果、予算不足のために患者の生活は窮乏した。しかも園当局は患者に対し強圧的であった。こういうときにも懲戒検束権が発動された。戦前の精神病院では、極端な超過収容は認められなかった。そこには、監督官庁である警察の目があった。

2. 警察との関係

精神病院でも大阪府立中宮病院のように、元警察官が事務部の中枢を占めていて、病院の監禁的体質をがっちり固めていた所もある。しかし、警察は病院の建築や収容人数、死亡状況についてある程度監督機能を果たしていた。精神病院に対する警察の役割は機能監督にあったといつてよい。これに対し、警察関係者であった初期の癩療養所の所長は、強制収容所として療養所を固める役割を果たした。そして、その後の警察は、患者を療養所に押し込める働きはしても、建築や収容人員などその内部を監督する“機能監督”の役割は果たさなかった、といえよう。

3. 患者作業

癩療養所では患者の労働力ははじめから不可欠のものとして期待されていた。患者看護のほとんども軽症患者に委ねられていた。この点、癩療養所は医療機関だったのか、と疑わしめるに充分である。建築、土木、運搬などの重労働によって、傷を負い症状をさらに悪化させる患者も多かった。もっとも、それらに対し出される作業賃は、少額とはいえ、患者の生活にとって欠くべからざるものであった。

精神病院では、戦争中に男の看護者が極度に不足したときに、看護者の仮眠中に“分かった”患者に看護室の番をしてもらおうという事態もあった。病院運営に不可欠な他部門、たとえば炊事で、作業患者何名で職員1名相当と認定されているようなこともあった。だが、精神病院における作業

は一般には、“作業療法”の名で治療として行われ、それに従事した患者には少額の奨励金など、あるいは煙草などが出された。作業療法はある理念のもとで、一定の指導員によってなされるものであった。だが、本格的な作業療法はそれほど普及せず、実際に行われていたのは内職的なものが多かった。1927（昭和2）年には、私立精神病院で行われていた内職作業から5割の手数料を差し引く病院もあるが、患者には作業工賃の7割5分は渡すようにと、警視庁が指導したことがある。

戦後には作業療法は精神病院に大いに普及した。だが、その多くは十分な治療理念や担当職員の配置を伴わないもので、使役の面を強く持っていた。精神科作業療法が点数化されたのは1974（昭和49）年で、この際施設基準なども定められた。とはいえ、1984（昭和59）年の宇都宮病院事件、1996（平成8）年の栗田病院事件（長野県）は、患者使役、労働搾取が跡を絶っていないことを示した。

要するに、精神病院における作業も、“療法”と名乗ったとはいえ、使役あるいは労働搾取の非難をまぬがれぬ面を多分にもっていた。

4．皇室との関係

皇室から示される“御仁慈”についてはすでに述べた。『昭和御大礼衛生記録』（内務省衛生局、1929年）警視庁総監官房文書課記録係編纂『大礼記録警視庁』（1929年）などをみると、大礼に際し病気では花柳病、結核、トラホーム、ハンセン病、精神病が取り締まりの対象とされ、これを機に全国のハンセン病患者、精神病患者の発見・収容が強化された。警視庁が1928（昭和3）年1～11月に収容したハンセン病患者は113名、うち全生病院送致64名、逃走46名、死亡7名（前年より繰り越し4名）であった。

ハンセン病患者を含む山窩の集落、別府的ヶ浜が1922（大正11）年に警察官により焼き払われたのは、閑院宮載仁の来訪を前にしてのことであった。同様に、皇族の別邸建設を機に移転させられた精神病院があり、また大演習を機に拡張させられたものもある。こうして、ハンセン病患者、精神病患者はともに“忌むべき”ものであった。そして、国民体育大会などの際に精神障害者が取り締まれることは、戦後も長く続けられた。

5．死亡率（とくに敗戦前後の）の比較

患者入院療養施設における死亡率は、その施設が医療施設と呼ぶに値するかどうかの重要な指標である。そこで、年間在籍者数および年間死亡者数をつかめた療養所、病院につき、1941（昭和16）年から1947（昭和22）年にいたる数字をあげる。以下の死亡率は、年初、あるいは前年末の在所（院）者数と年間入所（院）者数との和である年間在籍者数に対する年間死亡者数の比率（％）として算出した。暦年でなく、年度のところもある。

（注）年度をとると、1945（昭和20）年における死亡数および死亡率が暦年をとった場合より小さくなる。例えば、1945年度初患者数140名であった宮古南静園の同年度中の死亡者数は94名であったが、同暦年のそれは110名であった。下の南静園の数字は、年度による。

（注）ハンセン病療養所については、今回の検証事業における療養所の回答を用いた。ただ、この数字がその園の係出

版物掲載のものと少し食い違うものが2、3あった。精神病院については、それぞれの記念誌によった。煩を避けて、算出した死亡率だけを1941年から1947年まで順次挙げていく。

なお、国立療養所史研究会編『国立療養所史(らい編)』(厚生省医務局療養所課、1975)巻末に載る死亡率は、1942(昭和17)年から1946(昭和21)年までのものを欠いている。その死亡率は1911(明治44)年の12.3%に始まり、ときに9%台に下がりながら、1918(大正7)年に15.2%と上がったのちは、だいたい6.7%台にあった。敗戦後は1947(昭和22)年が8.8%と高いが、あとは急速に下がって、1951(昭和26)年からは1%台を続けている。

ハンセン病療養所における1941年から47年の死亡率の推移を【表 - 11】に示す。

【表 - 11】ハンセン病療養所における死亡率の推移

	1941年	1942年	1943年	1944年	1945年	1946年	1947年
松丘保養園(青森県)	3.9	7.6	6.7	7.1	10.6	3.9	5.3
東北新生園(宮城県)	3.0	4.0	4.5	3.6	6.4	5.2	3.8
栗生楽泉園(群馬県)	5.1	6.4	6.5	6.4	9.1	9.6	4.6
多磨全生園(東京都)	6.1	9.2	6.9	8.0	9.6	8.4	4.6
駿河療養所(静岡県、1945設立)					0	0	0.7
邑久光明園(岡山県)	4.6	5.6	5.5	9.7	18.1	8.9	7.1
長島愛生園(岡山県)	6.8	7.9	7.4	11.3	17.1	10.1	8.2
大島青松園(香川県)	6.6	9.3	8.5	12.9	7.8	7.5	5.7
菊池恵楓園(熊本県)	7.9	8.6	8.9	9.0	10.3	6.9	5.2
星塚敬愛園(鹿児島県)	5.6	6.5	4.3	6.7	11.4	4.6	3.2
奄美和光園(鹿児島県、1943年設立)			0	7.3	4.5	8.7	4.1
沖縄愛楽園(沖縄県)	4.8	2.3	3.3	6.1	26.4	4.4	2.6
宮古南静園(沖縄県)	1.4	4.0	5.2	11.9	31.9	8.1	3.0

多磨全生園では、1945(昭和20年)の山の他、1942(昭和17)年にも山がある。大島青松園の山は1943(昭和18)年と1944(昭和19)年である。奄美和光園の山は1946(昭和21)年にある。これらを除けば、ほぼ1945(昭和20)年に平時の倍に近いかそれを越す山がある園が多い。とくに沖縄県の2園では高く、沖縄戦の影響を受けた、さらに宮古南静園ではマラリヤ流行により多数の死者が出たものによると考えられる1945(昭和20)年に、この年には空襲によって星塚敬愛園で7名、菊池恵楓園で2名の死者が出ている。邑久光明園、長島愛生園の1945年の死亡率の高さは、食糧事情など両園に共通の問題があったのだろう。

ちなみに、国民全体の死亡率は人口1000対で、1941(昭和16)年15.7、1942年15.8、1943

年 16.8、1944～1946 年の数字を欠き、1947 年 14.6 となっている。戦中および戦後間もなくのハンセン病療養所における死亡率は、国民全体のそれを数倍していた。

他方、精神病院の記念誌で死亡者数を掲げているものは多くないが、1941 年から 47 年の死亡率の推移を見ると【表 - 12】のようになる。

【表 - 12】精神病院における死亡率の推移

	1941 年	1942 年	1943 年	1944 年	1945 年	1946 年	1947 年
下総療養所（千葉県）	0	0	0.6	2.3	8.3	9.3	13.6
傷痍軍人療養所として 1941 年設立、1943 年まで頭部戦傷者だけ							
東京都立松沢病院	17.6	13.3	13.6	31.2	40.9	20.4	13.5
井之頭病院（東京都、私立）	19.0	22.0	21.2	38.8	52.5	25.0	11.4
武蔵療養所（東京都、傷痍軍人精神療養所）	6.6	13.1	8.0	20.2	31.4	19.6	12.1
神奈川県立芹香院	16.5	19.7	27.5	28.1	40.3	27.8	12.8
愛知県立精神病院	22.6	31.5	42.8	51.9	62.3	38.9	23.0
京都府立精神病院（1945 年 6 月設立）					40.0	31.5	28.6
大阪府立中宮病院	14.1	?	26.9	22.5	51.0	31.4	23.0
阿波井島保養院（徳島県、私立）	9.3	4.7	5.4	11.1	9.5	31.9	17.2
福岡県立筑紫保養院	15.3	11.3	9.3	11.0	26.1	46.1	26.5

上にみられるように、精神病院における死亡率も、下総療養所、阿波井島保養院および筑紫保養院を除いて、1945（昭和 20）年に山がある。下総療養所では精神病部門の拡大につれて死亡者数が増している。また、下総療養所および武蔵療養所における死亡率が他より低いのは、それらが傷痍軍人療養所であったことに関係しているのだろう。阿波井島保養院および筑紫保養院では 1946（昭和 21）年に山があるのは、奄美和光園も同じで、食糧救援の遅れが想定される。空襲による死亡は、1945（昭和 20）年松沢病院における 2 名だけである。同年の松沢病院の死亡原因のほぼ 3 分の 2 は、広義栄養失調症候に属するものであった。愛知県立精神病院では、1945 年の死亡者 76 名中 73 名が衰弱死とされている。

なお、東京府立巣鴨病院 - 松沢病院では、巣鴨から松沢村へ移転の年の 1919（大正 8）年に 25.1% の死亡率を示している。平年には 4% 台であったのが、1914（大正 3）年から上がり出し、米騒動の翌年に最高値を示した。ハンセン病療養所全体でも 1918（大正 7）年に 15.2% の山を示した。国民死亡率（人口 1000 対）も、1918 年に 26.9、1920（大正 9）年に 25.4 の高値を示した。物価暴

騰のなかで食糧費予算の増額が認められなかったことが大きかったといえよう。

ハンセン病療養所および精神病院ともに、戦時中および戦後間もなくはひどい食糧不足に襲われ、多くの死者を出した。だが、精神病院における死亡率はハンセン病療養所におけるものをはるかに上まわった。この違いは何によっていたのだろうか。一般に精神病院は郊外地に建てられて、作業療法用農耕地をもっていた。さらに、運動場他の空き地も農耕に転用された。しかし、ハンセン病療養所は僻地に建てられ広大な敷地を持っていた。そのために、農耕にあてられており、またそれに転用された土地は、精神病院より広がったろう。また、療養所入所者はある程度の団結力を持っていた。これらの事情は、ハンセン病療養所における死亡率増加に抑制的に働いたと思われる。

また、精神病院では、戦争激化に伴ない引き取り手のある患者は引き取られた反面、いくつかの病院には、周辺の病院の戦災や活動停止などで、かなりの数の患者が転院してきた。これらの転院してきた患者の大部分が急速に死亡した。こういった事情も、死亡率を引き上げる要因として働いた。

六 戦後

病者にとってとくに苦しかった戦いは終わった。1947（昭和 22）年に施行された日本国憲法は、人権を高らかに謳いあげ、法の下での平等を強調した。そして、ハンセン病に対しても精神病に対しても、革命的な特効新薬ができた。では、ハンセン病患者および精神病患者にとって、この戦後とは何だったのだろうか。

1. ハンセン病療養所の動き

古くからあった大風子油はハンセン病に対しいくらかの効果を持っていた。しかし、1942、3（昭和 17、8）年に喧伝された虹波およびセファランチンは、無効であるばかりか、症状を悪化させ、重大な副作用も伴っていた。それらの試用はまったくの人体実験であった。

特効薬プロミンは日本でも敗戦の翌年からその試用が始まり、1951（昭和 26）年に第 24 回癩学会でその効果が正式に確認された。その後、新しい抗ハンセン病薬がいくつか開発されて、ハンセン病は完全に“治せる”病気となった。もっとも、治療術式の確立までには、これら新薬のかなり無理な試用も行われて、症状を悪くさせた人もいる。しかし、光田などはこれら特効薬の効果にもかかわらず、ハンセン病は基本的には不治であるとの信念を変えなかった。

各療養所でプロミン獲得運動が始まり、これが自治会活動の盛り上がりへ繋がっていった。1947（昭和 22）年には楽泉園特別病室事件が発覚して、ハンセン病療養所のあり方に批判が集まった。1947 年の第 1 回国会に提出された優生保護法案（いわゆる社会党案）は、国民優生法は悪質遺伝防止の目的を殆んど達成していないとして、強制断種の面を強く押し出し、ハンセン病など非遺伝性のものにも対象を拡大していた。翌年に成立した優生保護法はこの線に沿うもので、これにより、今まで法を無視して強行されてきたワゼクトミーが合法化された。同年には療養所入所者に対する療養慰労金が払われるようになった。

1951(昭和26)年、全国国立癩療養所患者協議会(全癩患協、以下全患協という)が結成された。全患協による激しい予防法闘争にもかかわらず、改正らい予防法が1953(昭和28)年に成立した。1930(昭和5)年から強力的に推進されていた強制隔離政策を受け継ぎ、さらに強化するものであった。それは世界の動きに逆行していた。1956(昭和31)年ローマ国際会議、1958(昭和33)年東京での第7回国際癩会議、1963(昭和38)年第8回国際癩会議の決議などを、日本政府及び関係者は無視し続けた。とくに、東京で開催された会議の成果が、日本のハンセン病対策に反映されなかったことは、不思議というしかない。

1954(昭和29)年の全患協第2回支部長会議は、療養慰安費の増額を要求した。その額は、生活保護法による入院患者日用品費に見合うものだったが、その差はだんだん広がっていった。1957(昭和32)年に結核患者朝日茂は、あまりに低額な月額600円の日用品費は憲法第25条に違反すると訴訟を提起し、1960(昭和35)年の第1審判決は朝日勝利だった。この訴訟に伴い日用品費は上がりだした。1950年に慰安費200年にに対し日用品費350円、1955年が500円と600円、1960年が500円と705円、1965年が850円と2075円、1970年が1200円と4296円。1970(昭和45)年には自用費案も出されたが、1972(昭和47)年から拠出制障害年金1級にスライドした額が支給されることになった。これは全患協の大変な努力の成果であった。

全患協が力を入れたものとして、作業返還と、それと平行しての職員増員の問題があった。病棟看護切り替えの要求は1953(昭和28)年から出されており、昭和40年代(1965年から)には入所者による作業返還運動が盛んになった。看護業務返還が終了したのは、長島愛生園で1967(昭和42)年、大島青松園で1970(昭和45)年であった。いま在所者の高齢化が進むなかで、療養所の医師・看護婦不足は新たな段階で深刻さを増してきている。在所者数に対する医師、看護者の定数がどのように算出されているのか、外からわからぬ点である。

1948(昭和23)年の医療法施行令は病院の従業員の定数につき、「主として精神病、結核、らいその他厚生大臣が定める疾病の患者を収容する病室を有する病院は(中略)厚生省令で定める従業者の標準によらないことができる」とし、1958(昭和33)年に厚生省次官通達をもって、精神病院および結核病院におくべき医師、看護婦・准看護婦の定数を、一般病院よりはるかに低い水準のものであったが定めた。ハンセン病療養所については、こういった基準は定められぬままであった。在所者を、要治療者および療養者に大別して、それぞれの数に応じた基準を作ることは可能であつたらう。また、ハンセン病療養所におくべき診療科として、皮膚科、神経内科(日本ではこの面が無視されてきた。)内科、眼科、外科、整形外科を明記するべきであった。

1960(昭和35)年に多磨全生園で11名の看護婦らが、入院を要する程度の精神不調を来す事件が起こった。これは、ハンセン病療養所という閉鎖的環境のなかで苛酷な労働条件にあった看護婦たちが、患者たちの力が強くなっていくことへの怯えから、集団的に精神不調を起こしたものであった(Yoshiko Ikeda: An Epidemic of Emotional Disturbance Among Leprosarium Nurses in a Setting of Low Morale and Social Change. Psychiatry Vol.29 No.2, 1966)。こういった患者-職員関係の改善問題は、今後の諸施設の運営においても十分に考慮されなくてはならない。

邑久・長橋大橋は1988(昭和63)年に開通し、差別の壁がやっと一つ取り払われた。1953(昭

和 28) 年のらい予防法改正後も、法改正運動は続けられた。病名改称の声もあがった。1963 (昭和 38) 年に全患協が発表した法改正案は、「ハンセン病予防法」改正案であった。

法改正論議のなかで 1994 (平成 6) 年に、藤楓協会理事長の大谷藤郎は個人的見解として、らい予防法を廃止する考えを打ち出した。厚生省にあって精神衛生行政および国立療養所運営にあたってきた大谷は、宇都宮病院事件への国際的批判のなかで人権の重要さを思い知らされ、らい予防法が人権の面で欠けることに気づいたのである。療養所在者には、法廃止によって自分たちの生活はどうなるのか、居場所がなくならぬか、との不安が強かった。だが、関係者に廃止論が強まっていった、1996 (平成 8) 年にらい予防法は廃止された。これらに伴って、優生保護法の優生手術部分が、論議も反省もないまま廃止され、母体保護法になった。

2. 精神障害者対策の動き

新法制定の動きは、1947 (昭和 22) 年占領軍民政部のサムス准将の示唆による精神衛生団体と厚生省との協議に始まった。1950 (昭和 25) 年成立の精神衛生法は、その対象を精神障害者とした (第 3 条)。精神障害者の範囲は、はじめは旧来の精神病者とその周辺であったが、その後の法改正の間に範囲は拡がり、今や軽微なものも含めてすべての精神疾患に及んでいる (精神保健福祉法第 5 条)。たとえば、禁煙すべき身体疾患があるのに喫煙がやめられないたばこ依存も立派な精神障害である。私宅監置制度は翌年までに廃止されることになった (第 48 条の 2)。精神衛生法の中軸は、精神障害のために自傷または他害のおそれある者を、一定の資格ある複数の医師による精神鑑定を経て、都道府県知事の命令により強制入院させる、措置入院制度 (第 29 条) である。

厚生省における精神衛生行政の主管課の精神衛生課の予算は、措置入院費補助金でその殆んどが占められていた。措置入院患者数が減りだした 1978 (昭和 53) 年においても同課予算の 93.5% は同補助金であった。措置入院制度は最初は私宅監置からの救済に向けられ、ついで、ギリギリで医療保護にかからぬ程度の精神障害者 (たとえば、わずかの田畑を有する農民など) が主対象とされた。当時、社会的危険性のある精神障害者の入院治療のためという名目なら、大蔵省は気前よく予算をつけた。その結果、1970 (昭和 45) 年には、在院精神障害者 252,524 名中措置入院患者が 76,532 名 (30.3%) を占めるにいたった。生活保護法による在院者もほぼ 3 分の 1 で、あわせてほぼ 3 分の 2 が公的費用による入院であった。取りはぐれのないことは病院経営を安定させ、私立病院の増設・拡張を促進した。もちろん、自傷他害のおそれ (危険性) のある患者はそんなに多くはない。措置入院制度は、医療保障制度が充実するまでの代替として利用されたのである。このあり方は“経済措置”と通称された。“経済措置”の受益者は、精神障害者よりは、これによって病院経営の経済的保障を得た私立精神病院であった。そして、精神障害者は“危険性”とより大きく結びつけられた。また、一部に開放的処遇の試みはあったが、精神科医も精神障害者は基本的に閉じこめておくべきものとして扱う態度を身につけさせられた。

治療面では、1954 (昭和 29) 年にレセルピンが、翌年にはクロルプロマジンが薬価基準にのって、精神科に薬物療法の時代が到来した。それまで精神科で使われていた主な治療手段は、鎮静剤・催眠剤、インシュリン・ショック療法、電気けいれん (電気ショック) 療法、作業療法であった。イ

ンシュリン・ショック療法はかなりの技術を要し、死を含む副作用の危険性もかなりあった。電気けいれん療法は手軽に行えるが、患者にとって不快で、ときにはそれを行うのにある程度の強制を要した。その点で向精神薬による薬物療法は手軽で、患者の苦痛は電気けいれん療法に比べて、なによりに等しいものであった。だが、日本で薬物療法の技術は、十分に完成されたものとはならなかった。向精神薬を過量に服用させると、患者は過鎮静させられて、大勢の患者を扱うにはそのほうが便利である。薬価差益の多い新薬をうまく使えば、収益はさらに増す。結核病院や産婦人科から転科した医師が、精神病院を運営することはそう困難ではなかった。

精神科医療の先進国で薬物療法の登場は、入院医療から院外医療への切り換えを促したが、日本では精神病院の大幅増床を促した。この違いは何によっていたのだろうか。

日本では薬物療法が、少なすぎた病床の当然増、精神科医療普及の始まりの時期に登場し、精神科での経験に乏しい多くの医師によってなされたのが、その一因である。もう一つは、主流的精神医学者たちに深く根づいていた精神分裂病（統合失調症）不治説である。精神分裂者の患者は精神病院在院者のほぼ70%を占めていたが、その原因は不可視の内因過程とされていた。薬物療法によって臨床的に治癒が得られても、それは表面だけで、内因過程は変わらない。そう信じている精神医学者の一部は、薬でおとなしくなった患者を、社会から隔離して安穩に暮らせる精神病院パラダイスを目指そうとさえした。

ロボトミー（精神外科手術）が広く行われるようになったのは戦後のことである。これはポルトガルのモニスが創始した方法で、彼はこれにより1949（昭和24）年にノーベル賞を得た。ロボトミーはついでアメリカで流行し、日本でも精神分裂病、精神病質などに適用された。しかも、世界的に一応効果が認められたとされる - その効果がまったく根拠を欠くことが間もなく判明するのだが - 標準的術式だけでなく、“どこでも切ってみよう”式のさまざまな変法がまったく実験的に試行された。薬物療法が普及しはじめてからもロボトミーは後を絶たなかったが、やがて実施されなくなった。

精神病床増加を促したものについては、ハンセン病療養の項でも触れた、精神病院に置くべき従業員定数の特例（1958年）がある。医師数は一般病院のほぼ3分の1、看護婦等はほぼ3分の2でよいとされた。2001年の医療法改正でこの基準はわずかに引き上げられた。精神科医療では治療的人間関係が重視されるが、このことは治療の機会を奪うことを意味し、精神病院を収容所にした。医師は常勤医より非常勤医が多い時期もあったし、医師、看護等の名義貸しもかなり広く行われていた。それだけでなく、定数を大幅に上回る超過収容が認められていた。公的統計でも、全国精神病院の年間平均利用率が111%を超えたことがあり、県立病院で112%、私立病院で150%の数字もみられた。従業員の少ない所への詰め込みである。監査の際に超過収容への注意が次第に厳しくなりだし、1986（昭和61）年からは過度の超過収容に対しては室料・看護料・入院時医学管理料が減点されるようになった。

これらの事情は精神病院の増設・増床に拍車をかけた。増床は年間1万床から2万床の勢いで進み、戦前には先進国の10分の1だった人口1万当たりの病床数は1970（昭和45）年頃には世界一となり、その後増勢は止まったものの高原状態のままである。既述のように、先進国では非収容型

医療への転換がなされて精神病床は激減したのに対し、日本では収容型医療中心である点は変わらない。患者の居住地を離れた、大型で単科の、医師、看護師なども少ない閉鎖的な精神病院に患者を収容することが、日本の精神科医療の基本的なあり方で、1960（昭和35）年頃に確立されたこの体制は、今も変わっていない。資本主義社会で私立精神病院がその存続・拡大を図ることは当然で、非収容型医療への転換がなされなかった点では、日本精神科病院協会よりは、精神科病院の責務を民間に押しつけてきた国の姿勢がまず責められなくてはならない。

精神科病院の入院患者は、生活保護法による日用品費でも差別されていた。もちろん、これを受け取るのは生活保護法により入院した人だけであり、また、これを家族が受け取って患者本人を益しない事例もときどきあった。日用品費月額、1954（昭和29）年が一般病院600円に対し精神科病院は同額、1957年が一般600円に対し精神科病院は400円と下げられ、1960年は705円に対し400円、1965年は2,085円に対し1,400円、1970年は4,295円に対し3,405円となった（ただし、1974年は7,920円で原則同額）。しかし、この差別を批判する声は1、2の精神科医にとどまった。

3. 精神障害者への差別

1964（昭和39）年に、アメリカのライシャワー大使が大使館内で日本の19歳の“異常少年”に刺されるという事件が起こった。新聞はさっそく“野放しの精神障害者”、“百余万人野放し”と書きたてた。実は前年に精神衛生実態調査が行われ、全国の精神障害者は124万人ほどと推定され、うち28万人ほどが精神病院などに入院していた。残る100万人弱には外来通院中の人もごく軽症の人もいたが、そのすべてが“野放し”の危険人物とされたのである。その後の新聞報道等ではこんなに極端な差別表現は少なくなったが、精神障害者に関する新聞報道では今も犯罪報道が圧倒的である。また、報道機関がときに差別の牙をむき出すことは、2001（平成13）年の大阪府池田小学校事件が示したところである。しかも、この犯人は結局狭義の精神障害者でないことが判明したのに、政府与党はこの誤報に便乗して、心神喪失者等医療観察法を成立させた。

精神障害者への差別を裏打ちしていたものとして、優生保護法の役割も見逃せない。同法は別表に、“遺伝性精神病（精神分裂病、そううつ病、てんかん）、遺伝性精神薄弱、顕著な遺伝性精神病質（顕著な性欲異常、顕著な犯罪傾向）”などを掲げており、これらのことは高等学校の保健教科書にも入っていた。つまり、国は精神病は遺伝だと教育していたのである。

さて、ライシャワー大使刺傷事件に続いて政府は、警察権の介入を大きくする精神衛生法緊急改正を強行しようとしたが、関係者の反対によりそれは阻まれた。翌年成立した精神衛生法第12次改正では、措置入院制度が強化されるとともに、入院外医療の方向も打ち出された。

日本の精神科医療の現状については、WHO顧問による4度の勧告が出され、精神科医療の重点は入院よりは外来に置かれるべきだなどと勧告した。日本の当局者は、「英国は何分に斜陽国でありまして、日本がこの勧告書からまなぶべきものはまったくありません」などと、それらの勧告を無視した（加藤正明「我が国における社会精神医学の過去、現在、未来について」『日本社会精神医学会雑誌』9巻1号、2000年）。だが、1984（昭和59）年に宇都宮病院事件が外国にも報道されて、外国から調査団が来日、国際連合の差別小委員会で取り上げられたりするに及ぶと、日本政府もほ

っておけなくなった。精神衛生法には、精神障害者本人が拒否しても保護義務者の同意により入院させる同意入院制度（第 33 条）があった。今は医療保護入院と呼ばれる。日本政府等は、これは強制入院ではないと強弁したが、そんな言い分は国際的には通用しなかった。このときの外国からの批判の激しさに、大谷は自分の人権感覚を反省するにいたった。1987（昭和 62）年に改正されて精神保健法と名称を変えたが、これには、精神障害者本人が入院の意思を示した場合の任意入院の制度（第 22 条の 3）が設けられた。この運用の実際は、本人がはっきり拒否しなければ任意入院としてよい、任意入院患者も閉鎖（出入りが自由でない）病棟に入れてもよい、というもので、羊頭狗肉と評するしかあるまい。このように日本の当局者は、外国からの批判は無視するか、あるいは、表面だけ受け入れてきた。

1987（昭和 62）年およびその後の法改正（1995 年改正で法律名は精神保健福祉法と改称）では、精神障害者の権利擁護規定が強化され、社会復帰、福祉の諸制度も織り込まれた。法律の文面は大きく変わり、充実した。しかし、人口 1 万当たり 28.2 床という世界に類のない精神病床数を“誇る”入院（収容）中心主義は変わっていない。長期在院者比率も大きいままだというのが、悲しむべき現状である。

2002（平成 14）年に日本精神神経学会は、“精神分裂病”（在院患者中もっとも多い疾患）の語は不適であるとして、“統合失調症”と改めた。

政府は心神喪失者等医療観察法の審議過程で、精神障害者による違法行為が増えているわけではないと答弁しながらも、この法案の審議を強行した。2003（平成 15）年に同法は成立した。この法律は、精神障害者を犯罪と結び付けて差別の強化を図る保安処分立法であるだけでなく、医療的基盤の弱い日本の精神科医療を切り崩すものともなっている。

七 歴史に学ぶ

1. 若干の比較検討

まず、ハンセン病療養の動きと精神障害者対策の動きとを、比較検討してみよう。両者はともに、病者を苦しみから救うためでなく、対外的顧慮および諸外国に対する日本の体面から始められた点で共通している。占領下に制定された精神衛生法はその後、ライシャワー大使刺傷事件、宇都宮病院事件などに際し、対外的顧慮から改正されてきた。だが、外国からの批判を真摯に受けとめようとの態度に乏しく、無視するか、表面だけ受け入れて恰好だけつけようとすることが多い。国際的な意見の無視はらい予防法改正過程ではさらに顕著であった。

ハンセン病医療において国際的意見の無視を招いた要因としては、第 1 に日本の中心的ハンセン病学者であった光田健輔の“癩は治らぬ”との信念があった（鈴木敦子〔日本女子大学卒業論文〕「『救らいの父』光田健輔は歴史的批判に耐え得るか」、2002 年）。そして日本のハンセン病療養所および関係学会の首脳陣は、光田の閥閥および門下によって占められていたのである。行政側もこれを批判する姿勢をもたなかった。精神病医療の側では、精神分裂病不治という指導的精神医学者の妄信があり、精神障害者の危険性を強調して予算をとってきた厚生省官僚がいた。入院精神科医

療のほとんどを背おわされてきた民間の精神病院経営者にとっても、外国の動向よりは病院の経営維持こそが関心事であった。

ただ、ハンセン病療養はほとんどが国および地方公共団体によってなされたのに対し、精神障害者対策、とくに医療面は、民間の手に大部分が委ねられてきた点は、対照的である。ここで目を結核に転じてみると、結核による死亡者数は1910（明治43）年代から年間10万人を越していたが、日本が本格的に結核に取り組むのは、結核が軍の兵員補充に重大な脅威を与えるに至った1937（昭和12）年からである。つまり、国民にとって重大な疾患であっても、それが国策上重大となるまでは、真剣にその対策に取り組むことがないのが、日本国の体質であった。ハンセン病は感染症であって、国として何らかの対策は必要である。しかし、資本主義体制に乗らないために私立の専門病院・療養所はほとんど発達せず、しかも患者はそう多くはない（1919年全国調査で16,261名）。これらがハンセン病療養を公営のものとした要因であろう。他方、精神病患者はかなり多数（1917年調査で64,934名）で、しかも私立精神病院が少しずつ発達してきた。財政窮乏のなかで精神病患者に振り向ける予算はできるだけ減らしたい、との判断が働いたのだろう。またハンセン病患者に対し皇室の“御仁慈”がことさらに強調されていたが、精神病患者にそれが示されることは僅かであった。

ハンセン病および精神病に対し、戦後における新薬の登場はまさに革命的なものであった。しかし、プロミンなどの薬効はらい予防法の改正には影響しなかった。精神衛生法は向精神薬登場前に制定された。この法律は向精神薬の普及後も措置入院制度中心に運用されて、精神障害者は危険だとの印象を深く刻み込ませることになった。ちなみに、措置入院制度がもっとも広く運用されていた当時の対象人数の減少分を、今日の医療費に換算すると、6兆円を越す積算値になる。この額を早くから入院外医療他に向けていけば、日本の精神科医療はもっと違ったものになっていたはずである。民間依存だからそういう大きな政策転換が図れないのである。とすれば、民間活力を保ちながら政策転換を図る知恵と勇気が日本の今後の精神科医療に求められているといえよう。

また、ハンセン病についても精神病についても、革命的新薬が政策転換をもたらさなかった背景には、両者ともに基本的には不治であるとの医学者の妄信があった。さらにいえば、動的な治癒概念に移りえない日本の医学理論の旧態があった。

医療は、ハンセン病療養施設においても精神病院においても低劣なものであった。患者看護までも入所者に託されていたハンセン病療養施設と、医師・看護師などは一般病院よりずっと少なく、よいと今もされている精神病院とはまさに好一対である。両者ともに、医療よりは隔離収容に重点がおかれていた。両者ともに、一般社会から切り離された単科の密室的な場であり、内部には特別権力関係が存在していた。どちらにおいても、ある時期には超過収容が行われ、このことが、そうでなくても薄い治療密度をさらに薄くした。

療養慰安費あるいは日用品費は、両者ともに一般病院におけるよりも著しく切り下げられていた。とくに、ハンセン病療養施設における療養慰安費は、精神病院における日用品費よりもさらに低かった。こういう差別方針決定が、どういう根拠で、どんな審査過程を経てなされたか、今後さらに追究されなくてはなるまい。

国民優生法から“改正”された優生保護法からは、ハンセン病患者も精神病患者もともに大きな被害を受けた。ハンセン病患者が公正な裁判を受ける機会を奪われ、精神病患者に冤罪者の出たことは、日本における病いに対する差別の深さを物語る。ハンセン病にあっては1951（昭和26）年の藤本事件（同年に、いわゆるダイナマイト事件、翌年に殺人事件）がそれであり、精神障害では1954（昭和29）年の島田事件、1979（昭和54）年の野田事件などがそれである。このうち島田事件は1989（平成元）年に再審無罪となった。

そして、こういったことが、1947（昭和22）年に施行された日本国憲法のもとで起こった点が重要である。2001（平成13）年に熊本地方裁判所がハンセン病国家賠償訴訟につき、日本のハンセン病対策は違憲との判決を出したのも当然である。心神喪失者等医療観察法を含む日本の精神障害者対策にも、いずれ裁きの日が来るだろう。

熊本判決までの動きでは、患者運動の存在が大きい。他方、精神障害者の側では、家族会は全国的なものが成立しているが、当事者運動はきわめて微弱で、しかも対立をはらむものである。私立精神病院の殆んどを傘下に入れている日本精神病院協会の政治力は強大である。同協会は当然その利権を守ろうとしており、今回の心神喪失者等医療観察法においても強力な制定推進力となった。

なお、ハンセン病療養史および精神病医療史に共通する人物としては、初期に政治家の山根正次（医師）大隈重信、中期には内務省技師の氏原佐藏（医師）最近では、何回か名をあげた大谷藤郎がいる。

2. 隔離収容が患者にもたらしたもの

ハンセン病患者および精神病患者の隔離収容が、患者個人および社会一般に何をもたらしたか、ここで考察しよう。

精神病患者といってもその入院形態・処遇は時代により様々であるが、ここでは戦後の代表的入院形態であった措置入院の患者を取り上げる。現在では措置入院率は1%を割っているものの、既述のように1970（昭和45）年には措置入院率は30.3%を占めていた。

ハンセン病療養所入所者および措置入院患者は、その医療費 ハンセン病療養所入所者は最低限度の生活費も を公費で保障されていた。もっとも、措置入院患者に対する医療費が健康保険に準ずることになったのは1961（昭和36）年からで、それまでは収容中心であった。また1995（平成7）年からは健康保険優先となっている。医療にはいろいろ問題はあっても、基本疾患については一定の保障がなされていた。ただ措置入院患者では外出等にかかなりの制限があり、リハビリテーション医療には支障があった。精神病院のほとんどは単科病院で、ハンセン病療養所も単科病院に近いものであったから、合併症、併発病および偶発病の医療は極めて不十分で、しばしば困難であった。

ハンセン病療養所は終生入院が原則であったといつてよい。措置入院は本来短期のものであるべきだが、健康保険制度が充実するまでは、いわば社会保障的なものとして運用され、患者や家族がそれを求めることも希ではなかった。勢い長期措置入院患者がかなりの数に達し、現在でも20、30年にわたる措置入院患者が一定数いる。措置入院患者に限らず精神病院入院患者は、病院外との交流を厳しく制限されてきたし、今でもそうである。

ハンセン病患者も精神病患者も、その生活は所内・院内に制限されてきたとあってよく、変化の激しい社会での人生を剥奪されてきた。そして両者ともに施設症に侵されることになった。無気力、自発性欠如、常同症、不潔症など、統合失調症の症状とみなされてきたものかなりの部分が、施設症であったことは、内外の開放処遇の実践者たちが報告しているところである。金の使い方、電車の乗り方、生活器具の使用法がわからなくて困るといった報告は今も後を絶たない。ハンセン病療養所においても、療養所の気質、人間関係の特異なあり方への言及は散見するが、ハンセン病療養所における施設症を全面的に解明しようとの試みはなされなかったようである。両者ともに、施設外生活への適応は困難になっており、施設内に留まれば施設症はさらに進んで悪循環に至る。

ハンセン病も精神病も烙印を押された病いであり、肉親さえもその烙印を避けたがる。しかも、療養所も精神病院も居住地を離れた交通不便な所にある。心の絆は空間的距離に反比例する。親は子を慈しむもので、親の代には保たれていた絆も同胞の代には切れてしまうことが多い。患者はいなかった者とされる。戦前、京都岩倉の精神病患者保養所には戸籍もそこに移された人が何人もいた。親の死を知らされなかった、あるいは葬式への出席を拒まれた患者は多い。

回復した精神病患者はこうして帰るべき所を失う。措置入院患者に限らず、社会的入院と括られる大群が発生するわけである。その人たちが退院するとなると、病院の近くのアパート暮らしになる。病院所在地の自治体は、住民税を払わず生活保護受給者であることが多い退院患者は歓迎できない。退院したハンセン病患者がその基本疾患について一般の医療機関に受診することができなくされてきた点も指摘しておかなくてはならない。

3. 患者の隔離収容から一般社会が得たもの

では、こういった患者隔離から一般社会は何を得たのだろうか。いわば“異形の”者を目の前からいなくし、危険な者を遠ざけたという安堵感は得られたかもしれない。だが、ハンセン病患者隔離が有病率低下をもたらしたわけではない。有病率低下は別の要因による。他害症状を示す精神病患者の措置入院は、その場での危険防止には役立っているかもしれない。だが、圧倒的多数例において他害症状が存続するのは短期間である。その人を長く閉じこめておくべき理は存在しなかった。「精神障害者対策」は一般的には犯罪防止には直結しない。そして、国および地方公共団体は、かりそめの安心感を維持するために莫大な公費を負担してきた。

ハンセン病患者および精神病患者が長く隔離収容されてきたことは、国民の間の両疾患に対する偏見を強化し、固定化し、差別を助長してきた。この偏見・差別は精神病患者の早期受診を妨げるものともなった。精神病院にドーナツ現象と称されるものがある。精神病院の診療圏は、その至近の所を除いた中距離圏が主となるのである。現在はこの傾向はやや薄らいでいるようであるが、患者は近所に名の知られた精神病院に行くことを避けるのである。精神病院の建て替えや社会復帰施設の新設に際し、「子どもの安全がおびやかされる」、「土地の資産価値が低下する」などの理由で猛反対が起き、それらが不可能になる事例は、今でも枚挙にいとまがないほどある。

「うつ病は心の風邪」などと軽く言われ出してから久しい。最近企業の合理化・人員整理がまた一段と進むなかで、残っている人への負担が増している。その重圧をまともに受けて、うつ病発症

寸前というべき人が増えている。そういう人に「このままじゃつづれると医者に言われましたと上の人と相談しなさい」と奨めると、「いや、こういうところ（精神科診療所）へ通っていることは、やはり言えませんよ」との答えが返ってくることが多いという。アメリカでは、精神分析を受けていることが一種のステイタス・シンボルであった時代もあった。今の日本では、精神病院入院でなくて、精神科診療所に通うことさえも、偏見にさらされているのである。

ハンセン病患者および精神病患者の排除は、社会に健康・安寧の幻想を生み出した。同時に社会は弱者・病者への寛容さ、共にゆっくり歩む心構えを失った。現代の精神医学は、人格障害、依存症状、高機能自閉症など新しい病態を次々と発見している。感染症でも、エイズが発生し、今後も新しい感染症が発生する危険は大きい。それよりも人口の老齢化とともに、弱者・病者はさらにさらに増え続ける。寛容さを失うことは、実は、自らが差別・偏見の対象となる可能性を大きくすることである。

ハンセン病患者、精神病患者が失ったものをいかに取り戻させることができるかは、今の日本にとって、実に大きな課題なのである。

なお、これらのことは他の精神病患者（精神障害患者）も同様にあてはまることである。

八 歴史から学び取るべき原則

1. 重複した曖昧な目的規定は避けなければならない。

らい予防法は、目的として予防、医療、福祉を掲げていた（第1条）。福祉の中心は療養＝収容であった。精神衛生法は（今の精神保健福祉法も）目的の最初に、“精神障害者の医療及び保護”を挙げており（第1条）この“医療及び保護”は随所に繰り返されている。だが、とくに医療に強制を伴いうる場合に、このように重複したあいまいな目的規定は危険である。医療は医療に徹すべきであって、さもないと、上述の目的は収容中心に墮してしまう。

2. 医療は本人の意思を最大限に尊重し、その同意を得て行われなくてはならない。

ここでは、十分な同意能力を欠く人（幼年者、一部の精神障害者、認知症を呈する人等）における代諾の問題が生ずる。1984（昭和59）年の宇都宮病院事件に続く国際的論議のなかで、日本政府側は、日本で強制入院というべきは措置入院だけで、それを受けている患者は多くない、同意入院（現在の医療保護入院）は強制入院ではない、と主張した。だが、この論議は受け入れられず、日本政府側も同意入院（それを「代諾入院」と改称しようとの動きもあったが。）は強制入院の一種であることを認めざるを得なかった。こういった国際的動向に照らしてみると、代諾をもって強制処置の法的辻褄を合わせようとするようなことは、最小限に制限されるべきである。急性伝染病などで国権による強制をどこまで用いるべきか、検討し直す必要がある。この点については、「医学・医療界の責任」の項を参照。諸外国では、裁判所命令によって医療を強制し、あるいは差し止める手続きがよく使われる。日本でこういった手続きを考えると、司法手続きがあまりに遅いことが問題である。例えば、精神保健福祉法第32条第2項によれば、医療保護入院させられた患者につき4週間までは家庭裁判所による保護者の選任が済んでいなくてもよい。だが、現在、4週間以内に退

院できる患者は多い。つまり、その患者が強制入院している間に、その人を強制入院させる法的手続きは済まぬままに終わるのである。こういった事情からすると、法的手続きの迅速化も強く求められる。

3. 医療は、本人の自由を制限することがもっとも少ない条件で行われなくてはならない。
4. 医療においても法の下での平等の原則は厳重に守られなくてはならない。ハンセン病療養施設だから、精神病院だからと医師・看護師・薬剤師などが少なくてもよいといった事態があってはならない。
5. ハンセン病療養所にはいくつかの診療科を備えたものもあったが、多くは単科病院に近い状態にあった。精神病床の大部分も単科精神病院のもので、精神障害者は身体疾患治療の機会を著しく制限されている。慢性疾患の医療は、総合病院的機能を有する一般病院の一部としてなされるべきであって、単科の大医療施設は原則として認められるべきではない。
6. 医療施設・療養施設における超過収容は、災害などの非常事態を除いては、1名であっても許されてはならない。
7. 何よりも、医療およびそれに伴う福祉的処置は、日本国憲法の人権規定にのっとって行われなくてはならない。

【参考文献】岡田靖雄『日本精神科医療史』医学書院、2002年

