

**第十一 ハンセン病強制隔離政策に果たした
医学・医療界の役割と責任の解明**

目次

第十一	ハンセン病強制隔離政策に果たした医学・医療界の役割と責任の解明	……………	285 頁
第 1	強制隔離政策の推進	……………	285 頁
	一 2つの視点		
	二 偽りの国会証言		
	三 非科学的で矛盾に満ちた論理		
	四 予防法改正の研究		
第 2	断種政策の推進	……………	290 頁
第 3	ハンセン病の治癒性	……………	292 頁
第 4	二重の差別と迫害	……………	294 頁
第 5	啓発活動に果たした専門家の責任	……………	296 頁
第 6	再発防止の提言	……………	298 頁

第十一 ハンセン病強制隔離政策に果たした医学・医療界の役割と責任の解明

第1 強制隔離政策の推進

一 2つの視点

日本の医学・医療界が日本型絶対隔離政策の推進に加担したことは論を待たない。2つの視点から問題を整理し、分析を進めることにしたい。

まずは、時代による問題の整理である。わが国のハンセン病政策は大きく分けて3つの時代があり、それぞれの時代を担った専門家がいた。

第1は1907年の「癩予防二関スル件」制定から1931年の「癩予防法」の制定と無癩県運動を経て、1953年に「らい予防法」が制定されるまでの時代である。この時代の特徴は、絶対隔離政策が確立され、強力に推進されたことである。この時期の専門家を第1世代と呼ぶことにする。

第2は「らい予防法」制定から1996年の予防法廃止に至る44年間である。1950年代のスルフォン剤の導入と1980年代からの多剤併用療法によってすべての患者が治癒するようになった時代と重なる。化学療法が確立して行く過程の中で、日本だけが隔離政策の理念を持ち続けた時代でもある。この時代の専門家を第2世代と呼ぼう。

第3の時代はらい予防法廃止以後である。現在の日本のハンセン病医学・医療を支える専門家たちで、これを第3世代と呼ぶことにする。

もうひとつの視点は、責任の内容による整理である。専門家の責任は、絶対隔離政策等を推進するために、非科学的で矛盾に満ちたハンセン病医学を作り上げて、無意味な予防対策を実行することで、患者や家族に重大な被害をもたらした責任と、ハンセン病に対する誤った認識を広めた責任とに大別される。

二 偽りの国会証言

第1世代を代表する光田健輔は、1951(昭和26)年11月8日の参議院厚生委員会に参考人として出席し、次のように証言している。

癩と結核とは全く別でありまして、皮膚の上皮層の0.1ミリか0.2ミリ下には黴菌の膿があるのですから、その黴菌の猛毒質の群衆があるのです。鼻の粘膜からは出、口の粘膜からは癩菌が飛ぶというようなことになっておるのであります。……結核及び梅毒の病巣と癩の病巣との差は、それは紙一重の下にある菌と、それから深部にある菌との差であろうと思うのです。そんなに上皮が被っておるものは開放的でないというふうには言えないと思うのです。蚊にもくちばし、それから蠅にも血を吸うくちばしがあるし、それからダニ、疥癬ですね、これらによって血と共に癩菌が運搬せられる。(中略)神経癩は移りませぬ、それは外に出してもかまや

せぬというようなことを言う人があるのであります。それはもう少し病源というものを追求して行けば、神経癩であろうと、癩の名のつくものは私どもはやはり隔離しておかねばこれはうつるものだというふう考えるのであります。

この証言は、第1世代が自分たちのハンセン病医学を国会という公的な場でまとめて述べた貴重な記録で、2年後の「らい予防法」の制定の重大な根拠となった証言なので、少し分析してみたい。

まず、光田が強調したのは、らい菌は皮膚の表面に近いところにあるから、深部に病巣のある結核や梅毒より危険だということである。しかし、この主張は科学的に正確さを欠く。結核の場合は、肺の病巣は気管支とつながっていて結核菌が病巣から外へ排出されるし、梅毒の場合は性器粘膜に病巣があり、そこから非常に感染性の強いスピロヘータが排出されるので深部とは言えない。また、吸血昆虫によるらい菌の媒介については疫学的証明はなく、単なる憶測に過ぎない。日本には人を刺す蠅も存在しない。さらに何の根拠も示さずに神経癩が感染源になると断定しているが、神経癩の菌は神経の中だけにいるのであり、まさに光田の言う「深部」にほかならない。

光田証言の特徴は、感染症の疫学に関する基礎的な知識すら持ち合わせていないことである。光田も参加した1923年の第3回国際らい会議では、菌数の少ない型の患者は疫学的見地から隔離する必要がないことが合意されていたのである。

光田はまた、らい菌は猛毒質の菌と証言しているが、ハンセン病の病変がらい菌の毒素によって引き起こされるという証拠はなく、もちろんらい菌が産生する毒素も同定されていなかったし、現在でも見つかっていない。ハンセン病の特徴は、通常の感染症とは桁違いに多数の菌が体内で増殖しても、全身状態が侵されることはなく、普通の日常生活が可能なことである。この点からも、らい菌が人体に有害な毒素を産生する菌とは考えられない。

第1世代にとっては、絶対隔離政策の推進という結論がまず初めにあって、そのために間違った情報を国民に流し、国民がハンセン病を恐怖し、社会から排除するようにし向けたのである。

三 非科学的で矛盾に満ちた論理

第1世代の絶対隔離論者はまた、多くの疫学的事実を無視して、ハンセン病は強烈な伝染病である、と繰り返して宣伝し国民に信じ込ませようとした。しかし、この主張は当時でも医学的には明らかに誤っていた。

毎年の発症者はほとんど減少しなかったものの、ハンセン病の新患は多い年でも年1000人を越えることはなく、通常は500人前後に過ぎず、1910年から29年までの平均罹患率は、人口10万人につき0.9人に過ぎなかった。（「国立療養所史（らい編）」、1975年）これに対して同じ慢性抗酸菌感染症である結核は、年間死亡だけでも人口10万人につき200人以上を数え、国民病と呼ばれ常に日本人の死因の上位を占めていた。発症力という点では、固定的ではないものの、結核とは比較にならないほどハンセン病の問題は小さかったのである。

こうした事実を前に、第1世代は、科学的根拠を示して自分たちの強烈伝染病という主張を論証

することができなかった。その好例が上述の参議院での証言だった。当時菊池恵楓園の園長だった宮崎松記は次のように述べている。

私ども今までただ癩は隔離するということでやって参りましたが、只今患者の自覚と申しませうか、そういうことから同じ伝染病である結核は、……まあ出て歩く。併し事癩患者になると一歩この境界を出てもつかまって懲戒検束をやるとか、周囲からやかましく抗議されるというのはなぜかということをつたひ質問を受けるのであります。何故癩患者は隔離しなければならないか、……結核患者はなぜ隔離しなくてもいいのかということの根本問題を1つはっきりして、私どもは隔離の根本理念を確立して頂きまして、患者が如何ように申して参りまして、こういう方針だと私ども確信を以て患者の隔離を断行できるような理論的な裏付けをして頂きたいと思ひます。

現場で絶対隔離政策を進める療養所長ですら、つじつま合わせの論理しか持ち合わせておらず、患者を説得できる論理を考えてほしいと国に懇願するほどだった。

1939（昭和14）年、小笠原登は、「癩と体質」という論文で、次のように書いている。

文献を繙く時は、恐怖の念を唆るが如き感染報告が屢々みられる。しかし、これ等の事実の反面には、癩に接触しても、到底比較しがたき程多数の人が感染しなかった事を思ふならば、それらの感染現象は単なる除外例であるに過ぎぬと見られる。即ち癩は菌の輸入を受けたものは高率に発病すると云う疾患では無く、菌の輸入が起こった後、或る少数の特定な人のみが発病する疾患である。故に、発病には、癩菌の輸入を受けると云う事以上に人体側の感受性なるものが大きな役を努めると考えられる。……この感受性の研究は、発病する身体は如何なる状態の下にあるかの研究であり、従って体質の研究が主要な問題である。

そして、小笠原は、12の疫学および細菌学的根拠を挙げて、絶対隔離論を批判した。日本では千年以上の歴史において一時伝染性と考えられたこともあったが、近年は遺伝病と考えられていた、日本では歴史上予防施設はなく放置されたのに国民全部が罹患する事態が起きなかった、通常同一家族からの患者は1人で2人以上発生するのは「頗る稀」であること、夫婦間感染がほとんどないこと、患者が産んだ子供を患者が育てても発病率は余り高くないこと、らい菌を人体に接種した220人から発病したのは5人であった事実（国際的に有名な事実で、もちろん日本のことではない。ダニエルセンも自分を含む関係者にこのような実験を行っているし、ハンセンも患者の目で感染実験をしたことで有罪判決を受けている）、流行地においては、患者と接触した場合の発病率と接触歴のない人の発病率が同じであること、療養所の職員が罹患した例がほとんどないこと、一般病院にハンセン病患者を入院させても周りに感染が起きないこと、フィリピンの例では、多発している村落と密接に交渉のある周りの村落には病気が広がらないこと、日本においては、人口が稠密な都会よりも人口希薄な農村において患者がより多く発生している（これは結

核と大きく違う)、発病者の約半数は患者を見たこともないと言っていること。これらの点を挙げて、小笠原は、「癩患者との接触が一般の人によって重視せられている程に重要な役を務めて居らぬ事が察知せられる」と結論している。(「医事公論」1392号、昭和14年)北部保養院(現国立療養所松丘保養園)の院長、中條資俊なども小笠原と同じような主張をしている。

第1世代のハンセン病の感染性に関する主張は極めて杜撰なものであったが、彼らの予防対策は論理の杜撰さに輪をかけて非科学的で矛盾に満ちたものであった。そうした予防対策を目にした国民はハンセン病に対する恐怖心を募らせ、誤った認識をさらに深め、患者と家族を地域社会から排除しようとしたのである。

よく知られているように、戦前戦後を通じてハンセン病患者の収容には「お召し列車」の異名をとった特別な車両が用いられた。だが、発症から入園まで平均4年も社会で暮らしてきた患者を輸送するたかだか1日か2日のために特別な車両を使わねばならぬ医学的根拠はまったくなかった。昭和30年代までは、収容に際しては患者が歩いた後をクレゾールを噴霧したり、患者が収容されて「感染源」がなくなった後の住居を係官が真っ白になるまで消毒薬を散布したために、残された家族が大きな被害を受けたことはよく知られている。また、鹿児島のある患者は、感染を恐れて山の中の一軒家にひとり隠れ住んだが、関係者に執ように追跡されて強制収容されている。公衆衛生的に無意味な予防対策を実行して国民の中に強い恐怖心を醸成した責任はこの上もなく大きい。

その他方で、強烈な伝染病とする主張とはまったく相容れない政策が行われた事実も明らかになっている。

1935(昭和10)年に栗生楽泉園が発行したパンフレットには「資力ある患者の為の自由地区」という項目があり、自費で家を建てて自炊をするか、園に食費を月7円50銭を払い、希望するのなら健康な付添人を連れてきてよい、と書かれている。「……身の周りの世話をしつ貰ふ人が1人位は、ほしいとか云う方々は日常生活の相棒に健康な付添人をつれておいでになってもかまいません」となっている。

この事実は、ハンセン病患者と日常的に接触しても病気が感染しないことを、第1世代が認めていたことを示しており、国民に対してハンセン病は強烈な伝染病と信じ込ませた主張と明らかに矛盾する。彼らの主張はご都合主義的で、医学理論としての一貫性がなかった。

四 予防法改正の研究

このような第1世代の不見識は、「らい予防法」制定以後を担った第2世代に受け継がれた。

1963年、全患協は「らい予防法改正研究委員会」を設置して予防法改正運動に乗り出し、その第1歩として専門家を招聘して意見を求めた。招聘されたのは、西占貢(京大、神経学)、北村包彦(東大、皮膚科学)、柳沢兼(予研、免疫学)、浜野規矩雄(藤楓協会、疫学)、谷奥喜平(岡大、薬理学)、津下健哉(岡大、更正医学)で、おおよそ以下のような改正案をまとめることで一致を見た。

1. 伝染力は弱く、幼年時のみに感染し、発病率は4~5%
2. 薬物治療で全治とは、L型では病勢が停止してから2年以上、T型では1年以上経過して

から菌検査を2年以上反復して常に陰性

3. 療養所には有菌者と経過観察を要する無菌者を入れ、治癒した者は退所させる
4. 新入所者は菌陰性までを入所期間として家族との関係を断たないようにする
5. 有菌者で伝染源となる者は原則入所とし、やむを得ないときには在宅治療を認めるが通院治療は絶対に避け、伝染予防措置が必要
6. 療養所からの外出禁止は、伝染のおそれのある者に限定する

1963年当時、世界の趨勢はまだ予防のための隔離を全面的に放棄することで十分固まっていなかったから、改正案はおおむね妥当といえないこともない。しかし、菌検査が陽性の者はすべて有菌者として感染源になると考えていること、全治の基準が厳しすぎること、通院治療が感染の拡大につながる可能性があると考えていることなどは、疫学的にみて少なからず問題があった。

この改正案は結局実現しなかったが、その間にも世界では、ダブソン内服中の患者の菌はダブソンで破壊されているので感染源にならないとして、感染予防のための隔離を徐々に中止し、らい予防の関連法令を廃止する国が相次いだ。それでも、第2世代は絶対隔離政策から脱却しようとしなかった。

1976年1月、らい療養所所長連盟は「らい予防法研究班」を設置し、検討を始めた。所長連盟は「改正する方向で検討しているのではなく、現行法の問題点の検討をしているだけ」との見解を示した。しかし、9月になると「改正草案」がまとめられ、「都道府県知事はらいを伝染させるおそれがある患者について、らい予防上必要があると認めるときは、……らい療養所に入所し、又は入所させるように勧奨することができる」（第7条）としながらも、「医師は感染性の患者が、……療養所への入所が困難な場合は、……外来治療が受けられる……」（第4条4）その場合には「指定医は家庭内の感染を防ぐために適切な指示を与える……」（第4条5）とした。

この草案は1953年制定の「らい予防法」を改案したとしながらも、「感染性の患者」、「らいを伝染させるおそれのある患者」とはどんな患者か、また、「予防上必要があると認めるとき」というのはどんな時なのか、条文からは明らかでなかった。

化学療法中の患者が感染源とならないことがより明確に証明されたのは1983年であった。大阪大学の高坂健二によって、患者がリファンピシンを二日間服用すると、たとえ患者から菌が検出されても、この菌が感染力を持たないことが、ヌードマウスを使って実験的に証明された。この成果は日本らい学会で日本語で発表されたから、学会員である専門家は当然知っていたはずである。後にこの事実は論文としても出版されている。

このようなハンセン病医学の進歩の中で、療養所所長連盟は再び予防法改正問題に取り組み、1987年2月に「らい予防法」の改正に関する請願を発表した。この請願の文案を書いたのは当時所長連盟の事務局長をしていた全生園園長の成田稔であった。

成田は「所長連盟としては、らい予防法を伝染病予防法のひとつに残す方針である」（「ハンセン病療養所と老人二法」全患協ニュース696号、1987年）としており、請願は「所長連盟は、この見直しを通して法の廃止を望むものでは決してありません」との立場で貫かれている。請願は「入所者の10%前後は菌陽性であり、伝染源になり得る可能性を残しております」と明確に述べており、

第6条（国立療養所への入所）については「勸奨もしくは説得をもって足りるはずであり」とし、第15条（外出制限）については「伝染のおそれがないと認められれば、すべて外出を許可して当然であり」と述べている。

第2世代の代表である所長連盟の見識は、菌陽性の患者はすべて感染源となると主張した第1世代の絶対隔離論者の見解と同一であり、1950年以降のハンセン病医学の進歩を無視し、80年代になってもまだ療養所には感染源となる患者がいるという誤った考えを持ち続けた。入所者の社会復帰を妨げ、法廃止を遅らせた。自分たちのハンセン病医学の論理と現実が矛盾しても、理論を訂正しない非科学的な態度は、第1世代と共通していた。

2004年5月、ハンセン病資料館の見学者（看護学生）に対して成田は次のように講義している。

男子学生がハンセン病を発症しているがまだ診断がついていない場合について、「こういう場合にももちろん相手の女子学生の方は（らい菌に）感染する可能性は十分にある。おそらく感染するだろう。だけど発病することだけは絶対にはないと言っていい。ただし保菌者にはなる。でもあなた方の産む子がハンセン病になることは決してない。しかし、一つだけ注意しなくてはいけないのは……この子どもを患者である男子学生に抱かせてはいけない。少なくとも菌が陰性になるまでは抱かせない方がいい。逆に女子学生のほうがハンセン病だったとする。この場合に子供を産んで差し支えない。……しかし、菌が出ている状態では育てない方がいい。乳を搾ってそのお乳を保育所に持って行って育ててもら方がいい。」

この講義は、次の2点において明白に誤っている。第一に、ハンセン病の診断がついていないのであれば、親が子どもを抱いたり、授乳するのは自然であり、これを周囲が止める理由はない。第二に、診断がついていれば、ハンセン病の化学療法が開始され、菌は感染力を失っているのだから、治療中の患者が感染源になることはありえず、子どもを抱いたり、授乳したりしても何も問題はない。演者ははっきり述べていないが、何らかの療養指導をする以上診断がついているのが前提であり、治療が始まっているのは当然であるから、この場合、親が子どもを抱いたり、授乳するのを禁止する理由はまったく存在しない。この講義は国民にハンセン病患者は子どもを持たない方がよいという誤解を与えるものであり、啓発講義としてまったく不適切である。人権擁護の面から見逃すことはできない。

第2 断種政策の推進

光田は、ハンセン病予防のためには患者・家族の断種手術が不可欠だという「迷信」を持っていた。参議院厚生委員会で次のように証言している。

予防するにはその家族伝染を防ぎさえすればいいのでございますけれども、……又男性、女性を療養所の中に入れて、それを安定せしめる上においてはやはり結婚というようなこともよろしいと思います。結婚させて安定させて、そしてそれにはやはりステルザクション即ち優生手術というようなものを奨励するというようなことが非常に必要があると思います。

治療もそれは必要でありますが、私どもは先ずその幼児の感染を防ぐために癩家族のステルザクションというようなこともよく勧めてやらず方がよろしいと思います。癩の予防のための優生手術ということは、非常に保健所あたりにもう少ししっかりやってもらいたい。

この（インドをはじめ諸外国の）人たちに避妊法を教えて、又優生手術を施すようなことを一つやったらよからうということでまあ忠告はしておるのですけれども……貞明皇后様の……治療より予防というその御趣旨を奉戴して……世界各国に宣伝する必要があると思うのです。

光田が男性ハンセン病患者に精管切断術（ワゼクトミー）を最初に行ったのは1915（大正4）年のことで、1936（昭和11）年までに約1000人に優生手術が行われている。光田はその成果を賛美して「恐らく世界の各療養所が今後10年を出ざる間に於いてこの方法を実行するに至るであろう」と書いている。（「愛生」、1936年4月）

光田はハンセン病を撲滅する唯一の正しい対策は、全患者の終生隔離であり、そのためには患者・家族の断種による子孫絶滅であると信じていた。この「妄信」はスルフォン剤の治療効果が確立し、すべてのハンセン病患者が治るようになった1951年になっても変更されることはなかった。この光田の考え方を多くの第1世代は支持し、少数の例外を除いてすべての療養所で断種手術が行われた。ここでもまず初めに結論ありきであった。

大島青松園の野島泰治は、1931（昭和6）年に「本手術は最も簡便にして性欲に変化なく他に何等の障害がないものであるから癩患者の男性全部に施しうるならば金を要せないでらい予防の目的を達することも出来るわけで、国家経済の貧弱なる我が国の癩政策に対して最も合理的な方法ではあるまいか。光田先生の緒論に対して双手をあげて賛成するものである」（「皮膚科及び泌尿器科雑誌」31号、1931年）と賞賛した。

また、日戸修一は、「伝染病に断種が伴うというのは、これだけではいかにもおかしい。同一の論理で行けば他の伝染病でも全て断種しなければならない。癩の断種の本当の意のあるところは、癩の社会生活における特殊性が原因だろうと思う。癩療養所で生まれた“未感染児童”は、悲惨というより過酷な生涯を運命づけられている。癩の断種を勧めるのはこのような事情に由来している。こういう人道的な処置をとった光田翁は偉大な宗教家などより遙かに人道上の功蹟を残している」（「東京医事新誌」3136号、1939年）と光田の政策を絶賛した。

ちなみに、日戸は体質学を専門にしており、結核やハンセン病などの感染症もその発症には体質が関係していると考え、国民の体質改善のためには断種法も一助になると主張した。しかし、その日戸でさえも体質改善にではなく未感染児童の苛酷な生涯の回避に、ハンセン病の断種の根拠を求めざるを得なかったのである。

林文雄も、「これによって幼弱児を癩より救い、また因習的に酷遇を受ける癩血族の増加を防ぎ、妊娠による癩病勢増悪を防いだ功績は顕著である」（「東京医事新誌」3189号、1940年）と評価している。

ハンセン病患者の断種や妊娠中絶の医学的根拠についての研究はあまり多くないが、小川正子は癩患者が妊娠出産すれば47%は病勢が悪化すると報告し、横田篤三は、L型患者から生まれた子供の発病率は5.7%であると報告している。

第1世代の中で、唯一断種政策に反対したのは太田正雄や小笠原登であった。1938年(昭和13)年に小笠原は「癩患者の断種問題」と題する論文を書き、次のように厳しく批判した。

「ここに於いて一応考へて置くべき根本問題がある。それは、癩なる疾患は、果たして多くの人が信じて居るが如き極重悪病であって、如何なる犠牲を払っても何より先に絶滅せねばならぬ程のものかであるかと言う問題である」と疑問を投げかけた小笠原は、「ハンセン病は単に皮膚と末梢神経とを同時に犯すことが多いだけであり、比較的治癒しやすい病気であり、寧ろ伝染力が絶対に無いと言った方が大過がない程うつりにくい疾患だから、特に極悪質の病気では無い」と分析し、「一男一女相寄って営む家庭に於いて子無き場合には、種々な悲劇が展開せられる。癩の予防は此の如き不幸の到来を予期しつつ断種を行わねばならぬと云う程の事件では断じて無い。患者の完全なる治療と国民全般の衛生状態の改善とを策する事によって足るのである。一足飛びに断種に迄考へを進める事は宜しきを失する」(「芝蘭」12号、1938年)と結論づけた。

第3 ハンセン病の治癒性

多剤併用療法が普及した現在、ハンセン病が治癒する病気であることに異論を唱える専門家は少ない。しかし、日本の専門家たちは、ハンセン病の治癒可能性について長年論争を続けてきた。争点の一つは、治癒とは何かであった。

ハンセン病の治癒性を肯定する専門家は、感染症は病原となる微生物との闘いによって何らかの組織障害が残るのが普通であり、どのような障害もまったく残らない場合のみを治癒と定義するとすべての感染症は不治になる。ハンセン病にも他の疾患と同様の基準を適用すればハンセン病は不治の疾患でなくなり、神経麻痺は病勢の活動性を示すものではなく後遺症にすぎないと主張した。これに対して不治を強調する専門家は、ある時期病勢の進行が停止したように見えても、いずれは進行が再開する症例があると主張し、神経障害の完全回復は不可能であるからハンセン病は治らないと主張した。

ハンセン病が治癒するとの報告はわが国の近代ハンセン病対策の初期に多い。

1923年、桜根孝之進は「癩ノ治癒ニ就イテ」と題して10例のT型の治癒例を報告し、小笠原は、1931年に「癩に関する三つの迷信」という論文を書きハンセン病は結核より治り易いと主張した。また、1932年、大阪大学の谷村忠保は第5回日本癩学会で「癩の治癒に就いて」と題して講演し、早期に適当な処置を施せば治癒するとの考えを示した。すなわち大学などの日常外来で扱っている軽症例ではほとんど何の後遺症もなく治癒すると報告している。

同じ学会で、九州療養所(現菊池恵楓園)の河村正之は、「社会問題としての癩の治癒に就いて」と題して発表し、療養所においても病勢が停止する者は珍しくない。伝染の危険のない者を長年月療養所にとどめておくのは無意味である。軽快患者が退院したがるのは一旦癩を宣告された者

は家庭や社会から冷遇されるからだが、冷遇の原因は世人が癩を不治と信じ、患者を恐れているからである、と主張した。

これに対して外島保養院の村田正太は再発しないと保証できない以上、治癒を口にすべきでないとして反論したが、同じく九州療養所の内田守は、治癒ではなく軽快と呼んで退院させたら社会的気運も変わる、と河村に賛意を示した。小笠原も後遺症を不治と誤ってはならないと警告した。小笠原はその後もハンセン病の治癒性について多くの報告を書き、らい菌が体内から絶滅したという証明不可能な条件を持ち出すのではなく、炎症が消失すれば治癒とすべきであると主張した。

ハンセン病は治癒するという議論は、1931年に癩予防法が制定されて、絶対隔離政策が国の基本方針として確立し、無癩県運動が展開される中で行われなくなった。絶対隔離を主張する第1世代は、ハンセン病は不治の病であるという誤った説を国民に浸透させていった。

ハンセン病は不治という絶対隔離論者の「迷信」は、プロミンの導入で多くの患者の病状が軽快に向かっても維持された。終生隔離が必要な理由を光田は参議院厚生委員会の証言で次のように述べている。

現在の治療というものがどのくらいの程度かと申しますというと、ひどく癩菌が増殖して潰瘍を作る、その潰瘍を治癒せしめるということだけではできるのでありますけれども、すでにできたところの神経の症状、癩性神経炎というようなものについては、これは神経の中に神経繊維の再生はできないのであります。それでありますから依然として癩菌が少なくなったから、これを出すことができるものならいいが、依然として、そういうような患者さんは外部において又いろいろの職業に従事いたしまするといって、又ひどく破壊が起こるのであります。現在の有力な治療でも再発を防ぐということはなかなか私はむずかしいように思うのであります。それで今までの経験上癩予防事業のうちで一番重大なものは患者を安定せしめるということであると思います。

この証言には多くの偽りがある。重症のL型患者だけに触れてすべてのハンセン病患者を終生隔離しなくてはならないと議員に思い込ませるのは明らかに偽りである。菌がひどく増殖して潰瘍を作るような者以外にも、T型や境界群の者など多彩な患者がいるので、プロミンの効果も多彩であり、それぞれの患者に合った療養の仕方があるはずであった。

菌が少なくなっても、らい性神経炎は治らない。社会に出て労働をすると、また神経が破壊されるから、退所させられない、という主張も偽りである。らい性神経炎は、らい反応などによる急性期を除いて特に安静にしていなければならないわけではない。もし慢性期のらい性神経炎にまで安静が必要ならば、ハンセン病患者は一生「安静」にしていなければならないことになる。らい性神経炎にとって労働が悪いというのであれば、光田はなぜ園内作業をすべての入園者に強いたのだろうか。ちなみにL型の神経炎は、他の原因による神経炎よりも神経繊維の再生が良く、機能回復が期待できることが分かっている。

再発防止が困難であるという主張もおかしい。この証言が行われたのは、プロミンによる治療が

始まって数年しかたっておらず、再発についてはまだデータが揃っていなかった時期で、すべての患者が再発するという医学的根拠はなかった。かりに再発が起こってもそのときに対処すればすむことで、再発の可能性を理由に現実には再発していない患者も園内にとどめておく合理性がどこにあったのだろうか。

光田は、証言の中で、患者の安定という言葉を繰り返し使っている。これは終生隔離と同義語であり、この終生隔離のためにはハンセン病は不治でなければならず、断種は必須だと帰結せざるを得なかったのである。

ハンセン病は人体の免疫力が病気の経過に重要な役割を持っている感染症であるから、スルフォン剤のような効果の優れた治療薬がなかった時代でも、免疫力が回復して進行がとまったり、自然治癒した例はかなりの数に上った。さらに、数百年以上使われてきた大風子油が治癒率を向上させたことは事実である。ただ、大風子油がL型の患者にどの程度効いたかについては信頼できるデータがない。多くの専門家はほとんど効果がなかったと考えているが、L型でもごく初期に治療を始めればもっと有効であった可能性は否定できない。

早期に発見し、早期に治療すれば治癒するということを国民に理解させることなく、いたずらに不治を強調したのは第1世代の重大な過ちである。

スルフォン剤による化学療法で多くの患者が軽快した事実を体験した第2世代にとって、ハンセン病が治る病気であることを受け入れることには抵抗はなかったが、治癒という概念を受け入れるのには時間がかかった。厚生省らい化学療法研究班は、1965年に「らい病勢並治癒判定基準」を作成したが、「治癒の明示については今しばらく検討する」として治癒を認めず、病勢が最も落ち着いた“arrested”(休止状態)の判定基準として、皮膚と神経の症状が2年以上消失していること、菌検査が2年以上続いて陰性であること、病理組織学的に菌を認めないこと、レプロミン反応は陽転することが望ましいなど、非常に厳しい基準を示した。これではL型の患者の多くは基準を満たすことはできないから、社会復帰を強く希望する患者は、軽快退所ではなく事故退所扱いとなった。

第2世代の責任で最も重大なことは、化学療法の確立によって大多数の患者が軽快ないし治癒したにもかかわらず、絶対隔離政策を基本とするハンセン病対策を根源から問い直さなかったことである。3500人も患者が療養所から退所したにもかかわらず、回復者が住所地の近くで安心して一般医療機関で受診できる制度を作らず、療養所に外来受診制度を設けるにとどまった。ハンセン病医療を制度的に一般医療機関に「統合」しない限り、医療従事者も一般国民もハンセン病を普通の病気としては受け入れない。そのために国民のハンセン病に対する認識は変わらず、患者は特別の施設でしか治療を受けることができないという政策が継続されることになった。WHOの「統合」という方針が日本で進まなかったのは、第2世代の犯した大きな過ちである。

第4 二重の差別と迫害

第1世代から第3世代に至る日本のハンセン病専門家の弱点は、ハンセン病に対する疫学的視点を十分に認識していないことである。ハンセン病は人体側の要因が決定的に重要な役割を果たして

いるのに、日本の専門家の多くは、この分野に関する基礎的知識を持ち合わせていない。

ハンセン病は細菌による慢性感染症であり、ある遺伝子を保有しているだけで発症してくる遺伝病でない。しかし、菌の感染と発症の間に大きな乖離があり、患者と接触しても一部の人しか発症しないために発症率が低下すればするほど感染性が見えにくくなること、菌の感染から発症までの期間が数年から10数年と長いために感染源が分からない患者が多いこと、また時には同一家族内から複数の患者が出る家族内集積性が見られるなど、遺伝病と誤解されやすい多くの要素をもっている。

わが国では、ハンセン病が初めて侵入して病気が拡大した奈良時代頃まではハンセン病は“うつる病気”と考えられていた(令義解)。しかし、その後数百年を経た江戸時代になると発症者は人口1000人に1人前後の水準で固定して感染性が見えにくくなってきた。そのために当時の人々はハンセン病は「血筋の病気」、すなわち今日でいう遺伝病と考えるようになった。患者やその親族は原因不明の奇病が出る悪い血統として差別されたが、他人に病気をうつす危険な存在として地域社会から排除されることはなかった。ただ江戸時代は血統を重視する社会であったから、ハンセン病患者が出た家系は縁組みなどに際しては厳しい差別を受けた。

わが国近代ハンセン病対策は、らい菌の発見によってハンセン病が細菌感染症と証明された時代の影響を受けて、「伝染病対策」として始まった。国民は従来の悪い血筋の病気という考えを捨てきれないまま、伝染(人から人にうつる)に対する恐怖を抱くようになり、患者と家族は二重の差別と迫害に苦しむことになった。国は、伝染病としての差別だけでなく、悪い血筋としての差別についても、絶対隔離政策に矛盾するにもかかわらず、これを放置し続けた。

ハンセン病と遺伝に関する専門家の議論でまず問題となったのは発症における「体質」の役割についてであった。日本人の遺伝病に対する厳しい差別観に配慮して、外島保養院の村田正太のように、遺伝説は何の根拠もない、と発症における体質の役割を真っ向から否定しようとした専門家もいた。しかし、ハンセン病以外の疾患でも発症における体質の役割は広く認められていたので、ハンセン病についても体質の役割を認める専門家は少なくなかった。

ただし、体質の役割を肯定する論者の中には、国家による国民の体質管理という「体質国家主義」に基づいて国民の体質改善を図らなければとの主張も見られた。そして、それは広義の「遺伝」概念と結びついて、断種法制定の有力な論拠を提供した。

現在の啓発活動でもハンセン病が遺伝病でないことが繰り返し強調される。ハンセン病を悪い血筋の病気として差別した長い歴史と、ハンセン病患者とその血族を断種してまで病気を撲滅しようと考えた絶対隔離論者などの主張によって多大の被害を受けた患者・家族等のことを考えると、ハンセン病が遺伝病でないことを繰り返し国民に啓発する必要性を絶対に過小評価してはならない。

「体質国家主義」に対しても警戒が必要であろう。しかし、その一方で、体質遺伝学の発展によって分かってきた、ハンセン病の発症には人体側の要因(免疫力)が大きく関わっていること、すなわち、先天性素因に対する後天性因子の作用によって人体側の要因が変化するという点についても、国民が正しい認識をもてるように啓発活動をする必要がある。

発症力という点では、結核とは比較にならないほど、ハンセン病の問題は小さかった。しかし、そのことはハンセン病の発症力が固定的だということを意味しない。

例えば、ハンセンがらい菌を発見した当時のノルウェーのベルゲンでは、市民の40人に1人はハンセン病に罹患していた。20世紀前半のナウル島では、島民の3割がハンセン病に罹ったことが知られている。また、太平洋の小島カピングマランギでは、1960年代、住民の10%が罹病したことが明らかになっている。1997年と1998年の2回、日本人の疫学研究グループがインドネシアの北マルク州で調査したときの村民の有病率は2.4%だった。ハンセン病は現在でも流行地では慢性感染症としてはかなり強い感染性をもっているのである。

一方、これとはまったく逆の現象も知られている。かつて中世ヨーロッパでは慢性感染症の代表格だったハンセン病は、有効な治療法や予防措置がなかったにもかかわらず、中世の終焉と共に姿を消したし、19世紀前半に患者が急増したノルウェーにおいても、19世紀後半になると隔離対策とは無関係に患者が減少しはじめて20世紀に入ると自然消滅してしまった。

わが国近代ハンセン病対策の中での患者数の推移を見ると、多くの国民が貧困にあえいでいた戦前は、絶対隔離政策が強化されたにもかかわらず毎年の発症者数がほとんど減少しなかったのに対し、戦後の経済復興と国民生活の向上に伴って発症者は着実に減少し、現在では毎年数人しか発症しなくなっている。

これらのハンセン病の消長に関する過去と現在のデータで明らかなのは、ハンセン病には固定的な感染力は存在せず、蔓延の条件が整えば強い感染性を発揮するが、流行の条件がなくなれば、発症は自然に減少して消滅に向かうという事実である。どのような条件がハンセン病を流行させ、どのような条件があればハンセン病の流行は終息するか、不明の部分も残されているが、社会経済状態が向上すると流行が終息に向かうことは疑う余地のない事実として広く世界で受け入れられている。

現在の日本では、人々の生活状態が向上しているために、ハンセン病にかかり易い人は存在せず、たとえらい菌に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。昭和20年代には年700人くらいの新患が、2003年は全国でただ1人発見されただけである。

第5 啓発活動に果たした専門家の責任

日本の近代ハンセン病対策の中では啓発活動の大切さが強調され、絶対隔離政策の時代から長年「啓発」活動が行われてきた。国民が専門家に期待するものは、その時々最新の研究や医療の実践から引き出されてきた正しい知識と考え方の提供である。

しかし、第1世代は、絶対隔離政策を進めるために、ハンセン病は猛毒質の菌による強烈な「伝染病」で、文明国にはあってはならない病気であり、どんな犠牲を払っても撲滅しなければならない「極悪質の疾病」であると喧伝した。これによって国民は妄信を信じ込まされ、拭いがたいハンセン病に対する恐怖と差別意識を抱くようになった。

第1世代の負の遺産を受け継いで活動した第2世代の専門家は、ハンセン病は強烈な伝染性を持

つ不治の病とする第1世代の説を訂正して、ハンセン病は微弱な感染性の伝染病で、化学療法で治癒可能な疾病であるとの説を唱え国民に普及させた。しかし、この世代の専門家は、化学療法中の患者の菌は感染力をもたないというハンセン病対策上極めて重要な事実を認識せず、また、ハンセン病の発症における人体側要因の重要性を見落として、菌検査が陽性の患者はすべて感染源になり得るという誤った情報を国民に流す過ちをおかした。この誤った認識のために、強制隔離政策の廃止とハンセン病の一般医療への統合が進まず、予防法廃止が30年も遅れた結果、治癒した大量の患者が社会復帰できずに、療養所で生涯を終えなければならないという今日の異常事態を招いた。

第2世代が活躍した時代はまた、ハンセン病医学が従来の停滞を脱して急速に進歩し、ハンセン病に対する新知見が急速に蓄積された時代でもあった。この新しい知見は、ハンセン病という病気に関する疾病観を根本的に修正するものであり、啓発活動にとっては極めて強力な武器を提供するものであった。ところが、第2世代、特に療養所の運営に携わっていたリーダーたちはその重要性を理解せず、第1世代から受け継いだ旧態依然としたハンセン病観によって啓発活動を行った。

1996年らい予防法が廃止され、ハンセン病は一般医療機関でも治療できる病気になり、それに伴ってこれまでとは違う意味で啓発活動が重要になった。特に熊本判決は、啓発活動の幅と質を大きく広げるものであり、第3世代に科学的に正しいハンセン病観にもとづく啓発活動が託された。だが、第3世代がこの期待に十分に応えているかという点、課題が残されているように見受けられる。

国民が最も関心を持つらい菌の感染性と発症については、菌の感染力は弱く、感染しても発症することは稀と説明されていることが多い。たとえば、国立感染症研究所のホームページでは、ハンセン病の感染について「感染しますが、実際は心配ありません。らい菌の感染力は極めて弱いので、乳幼児期に多量かつ頻回にらい菌を口や鼻から吸い込む以外まず発病しません」とされている。ある国立療養所が出しているリーフレットでも「らい菌の感染力は極めて弱く、抵抗力が弱まっている状態の人が繰り返し菌に接触した場合に、稀に感染する事があります。しかし、感染しても発病するのはごく一部の人が過ぎません」とされている。

しかし、前述したように、らい菌の感染力は微弱だとする説明が、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ているとすれば、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、だとすると、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。ハンセン病の啓発にとって重要なことは、ハンセン病の発症力が相対的で、正常な免疫機能を持っている人の場合、らい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。そして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、という点である。

また、今日の啓発活動では、ハンセン病は遺伝病でないことが繰り返し強調される。例えば、ハンセン病をどう教えるか編集委員会編『ハンセン病をどう教えるか』(2003年12月、解放出版社)でも、「(WHOが免疫学的分類よりも簡便な2型分類を採用したことについて)この分類法は、免疫学的分類によって生じやすい体質遺伝に関する議論を排除しうる利があります」との記述が見られる。確かにハンセン病は感染症であり、ある遺伝子を保有しているだけで発症する遺伝病ではない。しかし、人類の疾病にはほとんど例外なく先天性素因が関与しており、ハンセン病の発症につ

いても先天性素因が関与していることは何の不思議もない。そのことはハンセン病が他の病気と何ら変わらない普通の病気であることを意味するにすぎない。ハンセン病の発症に先天性素因が関与する事実までも否定するとすれば、医学的に問題がある。非科学的だという批判は避けられない。無理に否定しようとするのは、遺伝病についての旧態依然とした先入観があるからではないか。こう指摘する声もある。第3世代が自ら進んで、感染症であれ、遺伝性疾患であれ、病気を理由とする差別は許されないという立場をより強く打ち出すことを求めたい。私たちが目指す社会は、遺伝病患者や家族も私たちと同じ国民として共生する社会でなければならない。社会は患者に対し最善の医療を保障する義務を負う。

以上、総じて言えば、わが国のハンセン病医学は、独善と非科学性に満ちており、論理に一貫性を欠き、絶対隔離政策のためには、患者・家族に背を向けて、その場限りの論理を平然と持ち出して恥じない行政の道具に成り下がっていた。こうした中で専門家が犯した過ちは、日本の社会に古くから存在していたハンセン病に対する偏見や差別意識を、近代医学の進歩によってもたらされる科学的知識によって解消するのではなく、医学的に誤ったハンセン病観を普及することによって拡大再生産し、取り返しのつかない悲劇を招いたことである。患者・家族は二重の差別と迫害に苦しむこととなった。国は感染症としての差別だけでなく悪い血筋としての差別についても、これを放置し続けた。

ハンセン病の日本型絶対隔離政策は、ハンセン病医学・医療そのものをも他の医学・医療分野から隔離してしまった。時代の推移と共に、隔離の歪みは少しずつ是正されてはきているが、第3世代になっても、まだ隔離政策の爪痕は色濃く残っている。ハンセン病の正しい理解に向けて、専門家の果たす役割は大きい。

第6 再発防止の提言

かつて私たちは、国と”専門家”の誤った宣伝に惑わされて、ハンセン病絶対隔離絶滅政策や無癩県運動を進めて未曾有の被害・悲劇を患者・家族らに惹起した。この取り返しのつかない痛恨の過ちから、以下のような教訓が引き出されよう。この教訓を無駄にしないことは、国と専門家のみならず、私たち一人一人も負っている患者・家族らに対する重大な責務である。

1 .感染症患者の人権を保障し感染の拡大を防ぐ唯一の方法は患者に最良の治療を行うことであって隔離や排除ではないとの認識を普及すること。

急性感染症については、やむをえず強制隔離が必要な場合もあるが、それに伴う患者の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。慢性感染症については、急性感染症のように感染力が強くないこと、また患者の人権に対する重大な侵害なしには隔離できないため、原則として患者の隔離を行ってはならない。

2. 遺伝病は誰でも罹る可能性のある疾患であって、特定の家系に起きる特別な疾患だといった誤った認識を払拭させるための啓発活動を行うこと。

3. 医学・医療界は、患者・家族らの立場に立った医学・医療の確立に努め、それを担保する制度・システムの整備・充実を図ること。

日本の誤ったハンセン病絶対隔離政策が示しているのは、これを推進し、あるいは加担した医学・医療界には患者・家族らの視点が決定的に欠落していたことである。

4. 患者・家族らが、国や専門家の権威に盲信することなく、いずれの学説が正しいかを自主的に判断できるように、インフォームド・コンセントやセカンド・オピニオン等をはじめとする「患者の権利」を確立するための法整備等を行うこと。

5. すべての病人や障害者に優しい社会を作るように国、社会は不断に努めること。

第十一 ハンセン病強制隔離政策に果たした医学・医療界の役割と責任の解明