

# ハンセン病問題に関する検証会議

## 最終報告書

(要約版)

2005年3月

財団法人日弁連法務研究財団

ハンセン病問題に関する検証会議



はしがき

私たち検証会議は、ハンセン病問題に関する2年半あまりの検証事業の成果として、『ハンセン病問題に関する検証会議最終報告書』を公表することが出来た。2つの別冊をあわせた、この最終報告書の総頁数は1,500頁に及ぶ。

本事業は厚生労働省より委託されたものであり、その成果が、これからどのように社会へと反映されるかについては、同省による今後の施策に委ねるところが多い。とはいえ、ここに改めて事業の過程をふりかえれば、検証会議とは、国の諸機関、社会の諸団体、そして個人々が、それぞれの立場と主張を持ちながらも、ハンセン病問題という未曾有の国家的人権侵害の真相を究明し、その再発を防止するために集まり、知恵を寄せあった共同作業の場であった。この意味で、検証はそれぞれの立場と主張の枠を超えて進められた、国家政策の点検作業であり、本事業の担い手は決して一つの立場に限定されるものではなく、その役割は決して、過去の断罪だけにとどまるものではない。過去の事実とその背景および起因を明らかにし、今日の状況を踏まえ、将来の政策展開に反映させるという、国と社会、そして個人々人を結びつけた今後のさらなる点検と改善の具体的過程が実現されてはじめて、私たちによる検証の成果は、真の評価を獲得するであろう。

本事業においては、数多くの同行者を見いだすことが出来た。事業実施に直接の責任を担う各委員だけでなく、間接的にも、事業を共に担ってくださった人々、多くの困難な場面を助けてくださった人々、事業に期待を寄せ、あるいは事業を積極的に批判してくださった人々は数多い。この国に、このような多くの人々を見いだしたことは、この問題に携わった先人の苦闘の成果であると共に、私たち検証会議も、今後の問題解決のための社会的力量の創造に、一端でも貢献しえた結果であると考えている。また最終報告書に示したように、十全とは言えないまでも、総合的かつ客観的に過去の事実を解明し、再発防止に関する提言をとりまとめることが出来た。また報告書にまとめられた文書のみならず、それに倍する資料がとりまとめられ、事業終了後、適宜公表される。これらの報告および資料が今後のさらなる問題解決に向けた推進力となるとすれば、それは私たち検証会議が、この国の医療・福祉をより良いものとするために、少なくとも一つの土台を提供しえたということになる。ここにおいて、本事業が、2001年5月におけるハンセン病国賠訴訟の歴史的な司法判断から始まった問題解決の過程を、法廷という場から、より広い社会へ向けて、さらに一歩でも進め上げたとの評価をえることを、私たちは希望する。

2005年3月をもって検証会議は任務を終え、ハンセン病問題の解決に進むための役割を、より広く、国そして社会へと引き継ぐこととなる。私たち検証会議は、私たちそのものが将来の検証の対象となることを自覚し、そのような形でなお問題の解決と改善の過程が不断に継続していくことを深く歓迎する。本要約版は、検証会議による検証の到達点を要約として示し、今後の作業を引き継いでくださる多くの人々に、簡便な資料を提供するために作成した。私たちも、ここに示された結果に責任を持ちつつ、また再びこれからは各々が問題解決のためにあゆむ者として、改めてこの検証を踏みこえて、さらに前へ進みたいと思う。

引き継ぎの担い手となってくださる皆さんが、私たちの衷心を理解され、本書および最終報告書を利用してくださることを願ってやまない。

2005年3月1日

財団法人日弁連法務研究財団ハンセン病問題に関する検証会議 一同

## ハンセン病問題に関する検証会議 最終報告書（要約版）

### 目次

はしがき

検証会議について

1: 熊本地裁判決と真相究明 #1	.....	1 頁
2: 近世の「癩」病観とその形成過程 -1907 年「癩予防ニ関スル件」- #2(1)	.....	4 頁
3: 近代のハンセン病観 -1907 年「癩予防ニ関スル件」- #2(2)	.....	7 頁
4: 強制隔離政策の開始と療養所の実態 -1907 年「癩予防ニ関スル件」- #2(3)	.....	8 頁
5: 1931 年「癩予防法」について -強制隔離収容の強化拡大の理由と責任- #3	.....	10 頁
6: GHQ の対日ハンセン病政策 -1953 年「らい予防法」- #4(1)	.....	11 頁
7: 強制隔離の強化拡大の理由と責任 -1953 年「らい予防法」- #4(2)	.....	14 頁
8: 「癩刑務所」について -1953 年「らい予防法」- #4(2.6)	.....	17 頁
9: 藤本事件の真相 -1953 年「らい予防法」- #4(3)	.....	20 頁
10: 藤楓協会および皇室の役割 -1953 年「らい予防法」- #4(4)	.....	23 頁
11: 1953 年「らい予防法」の改廃が遅れた理由 #5	.....	24 頁
12: ハンセン病に対する偏見・差別が作出・助長されてきた実態の解明 #6	.....	27 頁
13: 日本におけるハンセン病政策と優生政策の結合 #7	.....	29 頁
14: ハンセン病強制隔離政策による被害の全体像の解明 #8	.....	32 頁
15: 全国の国立療養所に残された胎児等標本に関する検証 #9	.....	38 頁
16: ハンセン病医学・医療の歴史と実態 #10(1~6)	.....	42 頁
17: ハンセン病療養所における精神医学・医療の問題 #10(7~8)	.....	45 頁
18: 医学・医療界の役割と責任 #11	.....	55 頁
19: 法曹界の役割と責任 #12(1)	.....	57 頁
20: 福祉界の役割と責任 #12(2)	.....	60 頁
21: 教育界の役割と責任 #13(1)	.....	63 頁
22: 宗教界の役割と責任 #13(2)	.....	67 頁

23: 患者運動（自治会運動と全患協運動）の意義と限界 #14(1)	.....	70 頁
24: マスメディアの対応と責任 #14(2)	.....	73 頁
25: 国際会議の流れと日本のハンセン病政策 #15(1)	.....	77 頁
26: 米国におけるハンセン病政策の変遷 #15(2)	.....	80 頁
27: 沖縄・奄美地域におけるハンセン病政策 #16	.....	83 頁
28: 旧植民地、日本占領地域におけるハンセン病政策 #17	.....	86 頁
29: アイスターホテル宿泊拒否事件 #18	.....	92 頁
30: 再発防止のための提言 #19	.....	95 頁

付録 ー検証会議設置及び活動等関係資料ー #関連資料(2)

1: 契約書	.....	103 頁
2: ハンセン病問題に関する事実検証調査事業実施要領	.....	105 頁
3: ハンセン病問題に関する検証会議運営要綱	.....	106 頁
4: ハンセン病問題に関する検証会議・検討会の検討課題	.....	108 頁
5: 検証会議・検討会委員一覧	.....	109 頁
6: 検証会議・検討会活動記録	.....	111 頁

※本書では、基本として最終報告書の章ごとの要約を掲載していますが、いくつかの章については、節あるいは項について特に要約を掲載しています。なお、各タイトル末に付された#数字は、最終報告書の対応する章(節\_項)の番号を表しています。

## 「検証会議」について

「ハンセン病問題に関する検証会議」（以下、「検証会議」）は、2002年10月16日に第1回会議を開催し、それ以後、約2年半にわたって「ハンセン病問題に関する事実検証調査事業」を実施してきました。この事業は厚生労働省より財団法人日弁連法務研究財団に委託されたものであり、その目的は「ハンセン病患者に対する隔離政策が長期間にわたって続けられた原因、それによる人権侵害の実態について、医学的背景、社会的背景、ハンセン病療養所における処置、らい予防法などの法令等、多方面から科学的、歴史的に検証を行い、再発防止のための提言を行う」（付録「ハンセン病問題に関する事実検証調査事業実施要領」参照）ことにあります。

検証会議を構成する委員は、ハンセン病元患者から2名、マスコミ関係者から4名、弁護士から2名、療養所長から1名、学識経験者から4名の総勢13名であり、このほか、検証活動に必要な調査、検討、報告書の作成等を行うとされた検討会の委員20名が事業に加わりました（付録「検証会議委員一覧（2005年1月現在）」および「検討会委員一覧（2005年1月現在）」参照）。これまで開催された会議は26回を数え、そのうち13回は全国各地の国立ハンセン病療養所での「現地検証会議」として開催されています。この現地検証会議を含めて、検証会議は国内13の国立療養所および2私立療養所、ならびに海外2療養所（韓国・台湾）を訪問し、検証内容の充実をはかってきました。また、検討会は18回の会議で議論をかさねると共に、「ハンセン病問題に関する被害実態調査」活動を担ってきました。

この間、事業の中間点であった2004年3月には『2003年度ハンセン病問題検証会議報告書』（中間報告）を公表しました。また事業の終了年度である2004年度には、最終報告書のとりまとめを担当する起草委員会が検証会議内に設けられ、全国で実施した被害実態調査の結果概要を2004年7月に『被害実態調査結果（速報）』として公表すると共に、翌2005年1月には、最終報告書全文の公表に先だって、『（別冊）ハンセン病問題に関する被害実態調査報告』および『（別冊）胎児等標本調査報告』を公表しました。2005年3月には検証のすべてを、上記の別冊を含む3冊の最終報告書として編集し、同月1日に開催された第26回会議において、尾辻秀久厚生労働大臣に提出しました（付録「検証会議・検討会活動記録」参照）。

## 1：熊本地裁判決と真相究明 #1

### 一 熊本地裁判決の争点に対する判示

#### 1. らい予防法の違憲性

「・・・新法の隔離規定は、新法制定当時から既に、・・・公共の福祉による合理的な制限を逸脱していたというべきものであり、遅くとも昭和三五年には、その違憲性が明白になっていたのである・・・。」

#### 2. 厚生大臣のハンセン病政策遂行上の違法及び故意・過失の有無について

「・・・厚生大臣は、・・・隔離政策の抜本的な変換やそのために必要とする相当な措置を採ることなく、・・・漫然と放置し、・・・隔離を継続させたこと、また、ハンセン病が恐ろしい伝染病でありハンセン病患者は隔離されるべき危険な存在であるとの社会認識を放置したことにつき、法的責任を負うものというべきであり、厚生大臣の公権力の行使たる職務行為に国家賠償法上の違法性があると認めるのが相当である。そして、厚生大臣は、昭和三五年当時、・・・隔離の必要性を判断するのに必要な医学的知見・情報を十分に得ていたか、あるいは得ることが容易であったと認められ、また、ハンセン病患者又は元患者に対する差別・偏見の状況についても、容易に把握可能であったというべきであるから、厚生大臣に過失があることを優に認めることができる。」

#### 3. 国会議員の立法行為の国家賠償法上の違法及び故意・過失の有無について

「・・・新法の隔離規定が存続することによる人権侵害の重大性とこれに対する司法的救済の必要性にかんがみれば、他にはおよそ想定し難いような極めて特殊で例外的な場合として、遅くとも昭和四〇年以降に新法の隔離規定を改廃しなかった国会議員の立法上の不作為につき、国家賠償法上の違法性を認めるのが相当である。」

#### 4. 損害について

「・・・隔離による被害については、・・・時期を特定すれば、一定の共通性を見いだすことが可能であり、・・・個々の原告間の被害の程度の差異については、より被害の小さいケースを念頭に置いて控え目に損害額を算定する限り、被告に不利益を及ぼすものではない。・・・原告らが社会の人々から様々な差別的扱いを受けたこと・・・、そのような地位に置かれてきたことによる精神的損害を被害としてとらえるべきであり、これにも、一定の共通性を見いだすことができる・・・。」

#### 5. 除斥期間について

「・・・本件の違法行為・・・による被害は、・・・社会の中で平穏に生活する権利を侵害されたというものであり、新法廃止まで継続的・累積的に発生してきたものであって、違法行為終了時

において、人生被害を全体として一体的に評価しなければ、損害額の適正な算定ができない。このような本件の違法行為と損害の特質からすれば、本件において、除斥期間の起算点となる『不法行為ノ時』は、新法廃止時と解するのが相当である。」

## 二 熊本地裁判決の意義

地裁判決を聞いた喜び、感動を、ある原告は、次のような詩にまとめた。

太陽は輝いた 九十年 長い長い暗闇の中 ひとすじの光が走った 鮮烈となって  
硬い巖を砕き 光が走った 私は俯かないでいい 光の中を 胸を張って歩ける  
もう私は俯かないでいい 太陽は輝いた

## 三 地裁判決と真相究明

まず、「判示」部分を除くと地裁判決の「判断」部分は、「ハンセン病の医学的知見及びその変遷」と「我が国のハンセン病政策の変遷等」とからなる。そして、後者は、「戦前の状況について」（「癩予防ニ関スル件」の制定、療養所の設置、懲戒検束権の付与、断種の実施、第一期増床計画、入所対象の拡張等、旧法の制定、「癩の根絶策」、療養所の新設、無らい県運動）と、「戦後、新法制定までの状況について」（栗生楽泉園特別病室事件の発覚、優生保護法の制定、プロミンの予算化、戦後の第2次増床計画と患者収容の強化、栗生楽泉園殺人事件とその影響、三園長発言、予防法闘争、衆議院長谷川保の質問に対する内閣総理大臣の答弁書、新法の国会審議、「伝染させるおそれがある患者」の解釈）と、「新法制定後の状況について」（新法制定後の通達の定め、新法改正運動の経過、退所について、外出制限について、優生政策について、患者作業について、療養所における生活状況の変遷について、療養所以外の医療機関での治療について、新法廃止までの経過）と、「ハンセン病患者等に対する社会的差別・偏見について」（旧来からの差別・偏見について、無らい県運動以降の戦前の差別・偏見について、戦後の差別・偏見について、後遺症と園名について、差別・偏見の現れ）とからなる。

原告の主張を真正面から受け止め、90年に及ぶハンセン病政策の歴史的事実の大枠を見事に掴み取った判決といえよう。

しかしながら、裁判という法制度の持つ構造的な制約もあって、真相究明及び再発防止という観点から見た場合、多くの問題が残されたことも確かである。例えば、違憲、不法なハンセン病強制隔離政策が何故、戦後も廃止されず、むしろ逆に強化されたのか。そして、1953（昭和28）年法の廃止が何故、1996（平成8）年まで待たざるを得なかったのか。これらは、以後の検討に委ねられた。強制隔離政策に関わった各界の責任、それも狭義の法的な責任にとどまらず、再発防止という観点から見た場合の広義の責任についても、掘り下げた検討は以後の課題とされたといえよう。

加えて、「石にかじりついても三年解決」という同裁判特有の制約等も存した。その結果、同裁判では共通被害の立証に重点が置かれたために、個別被害の解明は少なくとも表面上は必ず

しも十分ではない。戦後、本土復帰前の沖縄における被害も、その解明は今後に残されることになった。熊本地裁判決は、次のように判示したからである。

「本土復帰前の沖縄のハンセン病政策は、本土のハンセン病政策とは異なる経過をたどってきたのであり、法制自体に共有するところが大きいとはいえ、隔離規定の運用状況や退所許可の実情等については、証拠上必ずしも明らかではなく、本土復帰前の沖縄における被害を、同時期の本土のそれと同視することができるというだけの立証が尽くされているとはいえない。したがって、・・本土復帰前の被害については個別損害として本件訴訟の賠償の対象とはせず、本土復帰後の被害のみを賠償の対象とすることとした。」

差別・偏見の構造の解明についても同様である。同判決は「・・無らい県運動等のハンセン病政策によって生み出された差別・偏見は、それ以前にあったものとは明らかに性格を異にするもので、ここに、今日まで続くハンセン病患者に対する差別・偏見の原点があると言っても過言ではない。」などと指摘しているが、同運動の分析は、その多くが以後に委ねられたといえよう。

しかしながら、これらを放置したままで、真相究明及び再発防止を行えるかといえ、答えは明らかに否であろう。

## 2：近世の「癩」病観とその形成過程 -1907年「癩予防ニ関スル件」- #2(1)

### 一 問題の所在

「癩」はかつて中世社会では、主として仏罰による病と考えられていたが、やがて近世に至って「家筋」とみなされるようになり、さらに近代以降は伝染病認識も加わっていったことが従来の歴史研究の中で指摘されている。ここでは近代のハンセン病に対する差別の歴史的前提として、近世社会における差別について、次の三つの側面から検討を加える。すなわち、まず第一に「癩」を家筋と見なす考え方が近世のいつ頃から、いかなる背景のもとで成立し、普及していくのかという問題、第二に「天刑病」「業病」といった差別意識が家筋意識との関わりの中で、どのように展開していくのかという問題、そして第三にそのような「癩」病観、差別意識のもとで、現実の「癩」患者がどのような生活を送っていたのかという問題である。

### 二 医学書の分析

調査対象とした江戸時代の医学書は、医者向けの専門書を中心に、より一般的な家庭医学書や、寺院関係に伝わる秘伝書類なども含む。その内、「癩」について記載のある書約80冊を検討した。これらの医学書における病因論は、血縁者間に伝わる病とみなす考え方を中心に、食毒説や風土説もある。各説はいずれも起源を中国医書に求めることができるのだが、中国医学が展開する様々な病因論の中からこれらを選び取ったところに、日本近世医学の特性が表れていると言えよう。ここでは、これらの説が成立してきた背景や「癩」に対する差別意識との関係を分析する。

#### 1. 血脈説

医学書では「癩」の「家筋」という言い方はほとんど登場せず、「血脈」と表現される。それは「癩」の血筋に生まれた人が血縁の「癩」患者から「伝染」し、「癩」になると考えたからである。このような考え方は中国医学には見られない日本近世医学独自の見解であり、17世紀後半から登場する。血脈の病とみなされることにより、「癩」は家全体の恥とみなされるようになる。

この血脈説が成立した背景として、1点目には社会的・経済的安定によって中世よりも患者の発症率が下がった中、同じ生活環境にあり、幼児から患者との濃厚接触のあった人々の家族性発病が目立ったということがあげられよう。2点目には江戸時代に大流行した梅毒の影響である。梅毒は性感染症であるとともに、「遺毒」として血縁者から出生前に受け継ぐこともあると広く認識されていた。この梅毒の病理認識が、「癩」にも影響を与えたと考えられる。3点目に、17世紀以降、庶民に至るまで「家」意識が広がっていったことにより、何事も人を「家」という枠組みで見るとまなざしが成立したことがあげられよう。

## 2. 食毒説

血脈以外の人の発病は、食毒や風土に原因が求められた。まず食毒説については、過度の魚肉・獣肉食が体の状態を悪くし、「癩」になりやすくと考えられた。これは「癩」の家筋差別を批判する根拠となると同時に、魚や肉を食べざるを得ない環境にあった、貧しい漁村や被差別部落の人々に対する差別へつながることもあった。

## 3. 風土説

風土説とは特定の地形、水質、季候により発病しやすくなるという考え方である。これも「癩」の家筋説に対する反論の根拠となり得たと同時に、特定の環境に住む人々への差別につながり、いわゆる「癩」村差別を補強することともなった。

## 三 各地域史料からの分析

ここでは江戸時代の「癩者」の生活実態を各地域史料から分析する。江戸時代の「癩者」の生活は、大きく分けて、中世非人の生活形態を継承するもの、「癩」身分として近世賤民制のもとに組み入れられたもの、旅に出たり乞食になる者、在宅のまま家族や共同体に扶養される者の四形態にまとめられる。

### 1. 中世非人の系譜

中世非人宿の構成員に「癩者」がいたことは、従来の中世史研究で明らかになっている。その系譜を引く存在が近世京都の物吉村や奈良北山十八間戸・西山光明院の「癩者」である。中世以来の勸進場で下級宗教者として喜捨を乞うて生計を立てる。ただ、これらの施設は一般の人々の来訪もある開かれた空間であり、近代の隔離施設とは異なる。またこのような生活形態はごく少数の人々に限定された。

### 2. 「癩」身分として近世賤民制下に組み入れられた形態

上記のような下級宗教者としての生活が、中世的形態を継承するのに対して、近世権力が新たに作り上げた「癩」身分という存在形態がある。本来は病気という一時的な状態に過ぎないはずのものが「身分」として固定されたわけである。

地域的には東北諸藩、加賀藩、九州の一部の藩で確認できる。「穢多」身分の配下に置かれて、その下役を務める場合が多い。このような存在形態が、近代において被差別部落にハンセン病患者が多いという偏見が生まれるひとつの土壌となった可能性がある。

### 3. 家を出た人々

温泉湯治に行ったり、巡礼する人々もあった。江戸時代、街道や宿場の整備が整い、「病人村送り」のシステムも完備し、人々の旅が盛んになったこと、各藩の殖産興業政策により、各地に温泉地が生まれたことがその背景としてあげられる。温泉地には病人が無料で入浴できる非

人湯があった。

#### 4. 在宅患者の生活

だが以上のような生活は多数派とは言えない。江戸時代の「癩者」の基本的な生活形態は、強制隔離が進む以前の近代と同様に、在宅で働ける限り働くという形だったと考えられる。

様々な生活形態の内、どれをとるかは各地域・身分・家意識・経済状態・男女の違いによって異なると考えられる。

#### 四 文学史料の分析

「しんとく丸」説話の変遷を通じて、江戸時代の都市を中心とする「癩」病観を分析した。中世末から江戸時代初期には「穢れ」意識に基づく「癩者」の排除は、都の貴族のもので、庶民には見られない。庶民にとって「癩者」を家から出すかどうかは、労働力たり得なくなったときに経済的に扶養できるかどうかで判断された。庶民の差別意識は患者の外見に対する嫌悪感として確認できる。

「癩」を業病として強調するようになるのは17世紀後半からで、「業をさらす」「天刑病」「業病」という言葉が普及し始める。それは、「癩」は家筋の病気であり、家の恥であるという認識が広まり始めた時期と一致する。江戸時代における業病観は、家筋認識によって強化されたと考えられる。

#### 五 結論

このように江戸時代の「癩者」の生活は、地域・身分・家意識・経済状態・男女によって異なり、一括りで示すことは難しい。江戸時代は中世以来の病気観や患者処遇のあり方が近世的に変容し、かつ統一政権たる幕藩体制国家の成立や情報伝達手段の発達によって、それらが一元化されていく過渡期にあるといえよう。病気観や患者処遇のあり方の統一が強く推進されるのは、近代国家による統治へ転換して以降と考えられる。

また中世や近世社会において、北山十八間戸という宗教的施設に「癩者」を收容し、勸進権を認めたのは、中・近世社会の生産力に応じた一つの共生システムとしての側面を持つ。しかしながら近代という歴史段階において、強制的に隔離施設に收容していくことは、その生産力や人権意識、医学の発達レベルに全く対応しない処遇である。

同様に、歴史の発展段階を無視して、近世社会の「癩」患者と近現代社会の療養所のハンセン病患者の生活を比較し、どちらがより「悲惨」かとか、「差別的」であるかなどを論ずることも無意味だろう。が、そのような歴史の発展段階の差をさしおいてみてもなお、近世において地域や共同体、各家のありように応じた生活をしてきた患者を、近代国家が「癩」を強烈な伝染病と宣伝して強制收容を続け、人々の意識と社会システムを絶対的排除へと一元化していった事実は、重く受け止めなければならない。

### 3：近代のハンセン病観－1907年「癩予防ニ関スル件」－ #2(2)

#### 一 隔離政策以前の医学書に見られるハンセン病観

明治初期にハンセン病専門病院として名声を馳せた起癩病院を経営した後藤昌文が1877(明治10)年に発行した『起癩病院医事雑誌』や、昌文の子である昌直による1882(明治15)年の『難病自療』などを読む限り、後藤がアルマウエル・ハンセンの癩菌発見を知っていたかどうかは不明としても、経験的にハンセン病は感染する場合もあり得ると認識していたと考えられる。

これ以後も、1884(明治17)年の小林廣『治癩新論』、1886(明治19)年の松田源徳『治癩訓蒙』、1887(明治20)年の森吉兵衛『通俗癩病物語』、1892(明治25)年の大木幸太郎『列布羅治圓 癩病特効薬養生書』、1895(明治28)年の同『癩病自諭言』など、1880年代以降、すでにアルマウエル・ハンセンの癩菌発見に依拠して、ハンセン病の発症を感染としても理解する見解が発表されていた。

しかし、その一方では、従来の遺伝説に基づく医書も多く、たとえ感染を認めても、一方では遺伝も否定しないという見解も見られる。

#### 二 民衆生活のなかのハンセン病観

明治初期の「高橋お伝」をめぐる文芸作品のなかを示された当時の民衆のハンセン病観を見てみると、遺伝説が広く普及していたことを指摘できる。作品の背景となった事件は、1876(明治9)年に高橋伝という女性が殺人罪で逮捕されたというものであったが、彼女が1879(明治12)年に謀殺の罪で斬罪に処せられた直後から、多くの作品に「高橋お伝」が登場する。ここでは、彼女の夫がハンセン病患者であったとされ、この事件を題材として同1879(明治12)年に発表された仮名垣魯文『高橋阿伝夜刃譚』<sup>おでんやしやものがたり</sup>、岡本起泉『其名も高橋毒婦の小伝・東京異聞』、河竹黙阿弥「綴合於伝仮名書」<sup>とじあわせおでんのかたふみ</sup>などには、それぞれハンセン病を遺伝病とする認識が示されていた。

また、その後に発表された1921(大正10)年の鈴木泉三郎「高橋お伝」には、ハンセン病が被差別部落に多いという俗説が紹介されているが、それは、ハンセン病を遺伝病とみなしたうえで、差別による婚姻忌避で被差別部落には「近親結婚」が多いため、ハンセン病も多発するという論理である。この論理は俗説として存在し、被差別部落への婚姻忌避を正当化するものであった。このような俗説を背景に、1916(大正5)年5月12日、全生病院は、北海道庁と各府県に「特殊部落調附癩村調」を照会している。

## 4：強制隔離政策の開始と療養所の実態 -1907年「癩予防ニ関スル件」- #2(3)

### 一 法律「癩予防ニ関スル件」の背景

1907（明治40）年、法律「癩予防ニ関スル件」を公布し、国家がハンセン病患者の隔離に踏み切った契機は2つある。1つは、1897（明治30）年、ベルリンで開かれた万国癩会議で、ハンセン病が感染症であり、その予防策として隔離がよいと確認されたことであり、もう1つは1899（明治32）年に欧米諸国との間の条約の改正により新条約が発効し、「内地雑居」が開始されたことである。

日清戦争に勝利し、条約の改正にも成功した日本にとり、3万人以上というアジア・アフリカの植民地並みの患者が存在することは国辱以外のなにものでもなかった。

### 二 法律「癩予防ニ関スル件」への途

帝国議会で、国家のハンセン病対策が初めて本格的に議論されたのは、1899（明治32）年3月、第13回国会の衆議院であった。あたかも、「内地雑居」を控えた時期である。以後も国辱という立場からハンセン病患者を取り締まることが議会で求められていくが、そのなかで渋沢栄一との知己を媒介に政界・官界との結びつきを強めた光田健輔の発言力が強まっていく。政府は、ハンセン病を他の急性感染症と区別し、伝染病予防法ではなく、別の法律をつくり隔離をおこなうという方向で検討していく。

### 三 法律「癩予防ニ関スル件」の成立

1907（明治40）年には、無資力の放浪患者を主たる隔離対象とした法律「癩予防ニ関スル件」が成立する。これに基づき、全国を五区に分けて、各区を構成する道府県の連合立により第一区・全生病院（東京・定員350人）、第二区・北部保養院（青森・定員100人）、第三区・外島保養院（大阪・定員300人）、第四区・第四区療養所（1910（明治43）年に大島療養所と改称した。香川・定員170人）、第五区・九州癩療養所（1911（明治44）年に九州療養所と改称した。熊本・定員180人）が、それぞれ開設され、放浪患者の隔離が開始された。光田健輔は全生病院の医官となる。

### 四 懲戒検束規定の登場

日本のハンセン病に対する国策が、資力のない放浪患者の隔離から始まったことは、以後の療養所のあり方を大きく規定した。当初、所長以下、職員には警察官出身者が採用された。放浪患者を管理するには警察官出身者が適切と判断されたからである。そして1916（大正5）年には最初の法改正がおこなわれ、入所者に対する懲戒検束規定が明記された。

また、1915（大正4）年以降、全生病院では院長となった光田健輔のもと、男性入所者への断種手術がおこなわれ、他の療養所へも広まっていく。さらに、職員の不足を補うために入所者は強制的に働かされた。強制労働の内容も、重症患者の付添い看護、包帯・ガーゼの洗濯再

生、清掃、尿尿汲み取り、理髪、裁縫、木工、土工など多岐に及び、かなりの重労働であった。

## 五 絶対隔離への途

1916（大正5）年6月27日、第二次大隈内閣は、内務省に保健衛生調査会を設置、第一次大戦後の人口政策を視野に入れた新たな衛生政策の指針を求め、第4部にハンセン病が位置づけられた。ここで、絶対隔離への方針転換がなされる。

絶対隔離の方針は1921（大正10）年9月14日、保健衛生調査会の決議「根本的癩予防策要項」に具体化した。この要項は公立療養所の増設・拡張と国立療養所の新設、国家・公共団体による資産を有する患者のための自由療養区の設置、感染の恐れのある職業への従業禁止、隔離による生活不能患者への国費・公費による生活費補助、患者の請求による生殖中絶方法の施行などの施策を提起している（内務省衛生局編『癩予防ニ関スル件』、1920（大正9）年）。当初、国公立療養所への患者の隔離収容目標は1万人と設定され（戦後恐慌により1921（大正10）年6月に10年間で5000人収容と修正）、国立療養所設置の方針が固まっていく（保健衛生調査会『第七、八回報告書』、1924年）。

1929（昭和4）年、第56回帝国議会に国立療養所の設置を盛り込んだ法律「癩予防ニ関スル件」の改正案が成立した。

## 六 私立療養所の実態

私立療養所の実態については、1913（大正2）年に真宗大谷派の本多慧孝の報告書を遺族の了解を得て調査し、1910年代初期の実態を明らかにした。こうした私立療養所が、公立療養所を補完する関係にあったと考えられる。

## 5 : 1931 年「癩予防法」について —強制隔離収容の強化拡大の理由と責任— #3

### 一 「癩予防法」の成立

1931（昭和6）年、癩予防協会が設立され、第59回帝国議会で法律「癩予防ニ関スル件」が大幅に改正され、「癩予防法」が成立する。ここに絶対隔離の法が生まれた。また、最初の国立療養所長島愛生園が開設された。こうして、1931（昭和6）年、日本のハンセン病対策は絶対隔離の段階に到達した。この年の9月、柳条湖事件を機に日本は満州事変に突入し、さらに1937（昭和12）年7月には盧溝橋事件を機に日中全面戦争が勃発、さらには1941（昭和16）年12月、それは米英との戦争にまで拡大した。「癩予防法」は日本が15年に亘るアジア・太平洋戦争に突入する直前に成立し、15年間の戦争のなかで実施されていったことになる。長期化する戦争のなかで、ハンセン病対策も、心身ともに優秀な国民の創出を目指す優生政策の一環に位置付けられていく。

### 二 15年戦争期の衛生政策とハンセン病対策

絶対隔離は、療養所に社会運動を持ち込む結果となり、大島事件、外島事件、長島事件が続発する。これに対抗して、患者運動を抑えるために、1938（昭和13）年、栗生楽泉園に「特別病室」＝重監房が開設された。

### 三 「国民優生法」と「癩予防法」改正案

1940（昭和15）年3月、第二次近衛文麿内閣は、第75回帝国議会上に、遺伝性とみなされた病者・障害者への断種手術の実施を規定し、それ以外の断種手術を違法とした「国民優生法案」を提出した。当然、ハンセン病患者は対象外となる。そこで、それまでおこなってきたハンセン病患者への断種については、「癩予防法」を改正して、そこに明記することにした。しかし、「国民優生法案」は可決されたものの、「癩予防法」改正案は審議未了に終わった。以後、ハンセン病患者への断種手術は、「国民優生法」の「故ナク生殖ヲ不能ナラシムル手術又ハ放射線照射ハ之ヲ行フコト得ズ」の禁止条項には該当しない事例、すなわち「故ある」事例と解釈され、継続された。そうまでして、ハンセン病患者への断種を継続させた根拠は、ハンセン病には罹りやすい体質があり、断種によりその体質の遺伝を断つという認識であった。

## 6 : GHQの対日ハンセン病政策 -1953年「らい予防法」- #4(1)

### 一 検討の手法

本検証項目の検討を行うにあたって、国立国会図書館憲政資料室に所蔵されているGHQ文書(マイクロフィッシュ)の中から、ファイルとして保管されているハンセン病関係史料(Leprosy-Japan: PHW04217-04224、Leprosy-Korea: PHW03078-03081、Leprosy-Ryukyu: PHW03088-03089)をテキストファイル化する作業を完了した。全史料は累計すると1021(Japan:641、Korea:288、Ryukyu:92)枚であった。無意味な夾雑物や判読不能文書を除けば、Leprosy-Japanでは、英文が計317枚、和文は計284枚。Leprosy-Koreaでは全史料が英文で計282枚、Leprosy-Ryukyuでは、全史料が英文で計92枚であった。GHQ/PHW(連合軍総司令部保健衛生福祉部)の占領政策を反映している記録用覚書(Memorandum for record)は少ないが、ハンセン病関係の施策の参考とするために交わした書簡やその他の事務文書は多く、その内容分析を進めることによって、GHQ/PHWの関与をおおよそであるが明らかにできた。本史料を中心に占領下のGHQによるハンセン病政策について確認できたことは、以下の諸点に集約できる。

### 二 GHQ/PHWが調査した全国のハンセン病療養所の患者数の各種統計

1945(昭和20)年9月15日付けのリストでは、13の療養所において合計1万411人の患者が収容されていたことが分かる。また、1946(昭和21)年11月では合計8510人、1947(昭和22)年8月1日には合計7931人であった。

### 三 GHQ/PHWが視察した療養所の状況

Knight(Tuberculosis Consultant)は、1947(昭和22)年8月、香川県の大島青松園を視察し「施設の設備は非常によく整っていて研究室の備品も素晴らしい。(中略)患者の福利(social welfare)は極めて適切にケアされている」と報告した。1949(昭和24)年にはJohnsonが四国地区医師会の会合に参加し、その際、大島青松園と長島愛生園を視察した。大島青松園では648人の患者のうち49人、長島愛生園では1480人のうち132人の韓国籍患者がいて、彼らは外国人としての処遇を求めていることを報告していた。また、1949(昭和24)年10月には、Mortonが東京の多磨全生園を、Stolar、Strodeと共に視察した。この時、所員との会合において、Stolarより国際学会ではLeprosyをHansen's Diseaseと変更するという話題が出て、日本側の参加者の関心を引いた。また、ハワイでは既に公文書においてHansen'sを用いていることが指摘されていた。

### 四 プロミンを患者の治療薬として普及させるための働きかけ

今回研究の対象となった文書中には、1948(昭和23)年6月には東京大学のプロミン治療に関する報告書があり、1948年(昭和23年)に日本でプロミンをハンセン病の治療薬として使用していたことが分かった。この時期、プロミンは国内の3つの製薬会社で製造されていたが、

需要に対しては不足しており、180kg の米国での調達が望まれると報告されていた。1949（昭和 24）年には、American Mission to Lepers の Kellersberger がマッカーサー元帥に書簡を送り、「日本からも多くの依頼がきているので、プロミンなどの化学薬剤を使ったらいい患者の治療に関心を寄せていただきたい」と嘆願し、この書簡が PHW に回送され、Sams が「SCAP は日本のらい病患者に関して重大な関心を寄せている。日本の療養所における治療は大部分がプロミンによるものである現在では治療に十分な量の薬剤が供給されていないが、近い将来実現するであろう。日本政府は 4 億 7 千万円を国立らい療養所の予算として計上し、そのうち 5 千万円はプロミンの購入に充てている。各療養所は戦争の被害を受けたものの、効率的に運営され、患者は適切なケアを受けている」と回答していた。

#### 五 日本の研究者を国際らい学会へ復帰させるための働きかけ

第二次大戦勃発後、日本人研究者は事実上、国際的な活動を中止せざるを得なくなり、戦後の占領期においても日本人の海外渡航は厳しく制限され、国際的な学会への参加も基本的に不可能な状態にあった。International Leprosy Association は各方面に働きかけて、日本人研究者を学会に復帰させ、学会誌への投稿を可能にするように活動していた。

Sams は「東京大学の Dr. Kitamura も自発的に Contributing Editor を引き受けるそうだ。私は会ったことはないが、長島愛生園の光田博士は日本におけるこの領域の権威であり、第 1 級の人物だと信じている。上記したすべての人物は英語の読み書きができる。Japan Leprosy Association を International Leprosy Association のメンバーとする許可を考えてほしい。SCAP としてはそれが望ましいと考えている」と記していた。

#### 六 日米の研究者による Leprosy bacillus の純粋培養に関する学術的研究の支援

1940-50 年代には日米の研究者が人工培養に取り組んでおり、PHW は日米の研究者の仲介役として学術的支援を行っていた。また、1949（昭和 24）年の書簡において Sams が「らい病は日本において公衆衛生上において主要な問題ではない」と語っていることは興味深い。

#### 七 外国籍のハンセン病患者の処遇について

当時のハンセン病療養所には日本国籍の患者だけでなく、外国籍の患者も収容されていた。1947（昭和 22）年には、アメリカ在住の女性から、日本の療養所に収容されている息子に関する問い合わせがあり、Sams はこれに対し、「上記の人物は群馬県の療養所に居住していることが分かった。らい病患者はアメリカの法律で入国させないことになっているがアメリカ軍人の配偶者などに関しては例外の規定もある」と回答している。また、外国籍ではないが、本土とは占領形態が違う沖縄と奄美諸島地域の患者について、移送について特別な配慮が必要であったため、PHW は公的な手続きなどに関与していた。

## 八 GHQ の対日ハンセン病政策

GHQ の公衆衛生福祉局 (PHW) の最大、かつ喫緊の関心事は、結核、赤痢・チフスなどの消化器系感染症、それに性病の予防にあった。絶対隔離下にあったハンセン病については、急激に患者が大量発生するという心配は少なく、PHW の関心が薄かったことは否定できない。

PHW は、1949 (昭和 24) 年 6 月の報告で隔離政策の成果を認めている。局長の Sams も、1949 (昭和 24) 年 9 月の書簡において、光田健輔を「まだ会見したことはないが、彼は一流の人物であり、権威として日本人に受け止められている」と高く評価、さらに 1950 (昭和 25) 年 6 月には、日本の国立ハンセン病療養所について「どんな地域も入院治療ができなくて苦しまないように戦略的に配置されている」と、満足している。

PHW および Sams は、患者を隔離したうえで、プロミンを投与すれば日本のハンセン病問題は解決できるという現実的判断から、隔離政策のもたらす人権侵害については重視しなかったといえる。「民主化」のもとでハンセン病患者の人権への配慮がなされなかったことについて、奄美・沖縄の状況を考えれば、同時期に「本土」において占領政策の一環として GHQ が日本型隔離政策を肯定したことは納得できよう。

次に、この一連の文書には見られないが、GHQ が隔離政策を容認した理由は、もうひとつあったと考えられる。それは、療養所における入所者の自治会運動の動向への警戒である。それに関する資料は、星塚敬愛園に所蔵されている一連の文書類のなかにある。

戦後の自治会の全国組織結成をいち早く呼びかけていた星塚敬愛園に対して、共産党の影響を感じ取った GHQ は、入所者間の対立を口実に介入し、星塚敬愛園の入所者自治会は解散せざるを得なくなった。

このように、GHQ は療養所の入所者自治会運動の動向に警戒を強めており、療養所内の待遇改善、さらには強制隔離政策の廃止など、自治会運動の要求には消極的であった。それは、GHQ の「民主化」政策が反共政策を内包するものであったことと一致する。ハンセン病政策もまた、そうした GHQ の「民主化」の枠内にあった。

## 九 結論

以上、今回復刻した GHQ/PHW の資料からは、次のような指摘が可能であろう。すなわち、ハンセン病に対して GHQ は相対的に関心が低く、隔離された状況下でプロミンを投与すればよいと判断したこと。また、関連する当時の資料の検討をとおしては、自治会への警戒が強く、要求する待遇改善の声を無視したこと。これら二点から、GHQ はハンセン病患者への日本の強制隔離政策を改める意思をもたなかったという結論に達する。

## 7：強制隔離の強化拡大の理由と責任 -1953年「らい予防法」- #4(2)

### 一 「らい予防法」の基本的性格

敗戦後のハンセン病政策の動きで注目されるのは、「全患者」収容が実現されたのが戦前ではなく戦後だったという点である。強制収容の担い手にも大きな変化が生じた。新憲法下の医療・福祉政策を担った東龍太郎ら厚生省「新官僚派」と療養所長との間には対立もあったが、それは「コップの中の争い」に過ぎず、総体として国は、両者のバランスのもとに戦後の「全患者」収容政策をむしろ貫徹しえたといえよう。「軽快退所」も強制隔離政策と矛盾するものではなかった。医療・福祉における患者という「主体」が「客体化」される状況を通じて、日本国憲法の「文化国家」「福祉国家」の理念と「国立」療養所への「全患者」収容が接合された結果、あくまで「全患者」収容政策を前提とする「治療」の充実が、同政策の廃棄ではなく、逆に同政策の強化に結びつくこととなったのである。いわば日本国憲法の下でも、「国立」療養所は入所者らにとって依然として「国民からの排除」の場であり、「国立」療養所の入所者は、日本国憲法の享有者ではなく、「新しい明るい日本」の「健康の日本、無病の日本」の犠牲者だったのである。戦後は、全患協をはじめ、国の政策に対する組織的な反対運動が形成されるようになったが、療養所長らは入所者の権利主体性を認めず、あくまでも恩恵・慈悲の対象におしとどめようとし、自治会運動を抑圧しようとした。療養所長を務めるハンセン病専門医師たちは強制隔離を維持・強化するために、社会に対して正確な医学的情報を提供するという役割を放棄したのみならず、反対に国民の恐怖と偏見を煽った。占領政策の転換に伴い、療養所における自治会対策は政治的な色彩を帯びることとなり、国の支持するところとなった。1953（昭和28）年らい予防法の場合、戦前の旧法と異なり、療養所の増床計画を実施するための根拠法という性格をもたず、「全患者」収容政策等に対する反対運動を抑え、「国立」療養所体制を維持するための根拠法という性格が強かった。

### 二 戦後の「全患者」収容政策に果たした保健所の役割

GHQ/SCAPは日本政府に対し保健所の再編成を立てるように勧告した。これを受けて、保健所法（昭和12年4月5日法律42号）が1947（昭和22）年9月5日に全面改正され、翌年1月から施行された。これによって、保健所は全国に675か所、定員1万8857名になり、戦前に比べて3倍近い人員となって発足した。福岡市でも、1949（昭和24）年1月から市立福岡保健所が誕生した。福岡保健所の業務内容では、ハンセン病は保健予防課の予防係が担当とされている。

戦前と違って、戦後の「無らい県運動」ではかなりの地域差が存した。中央集権的な衛生警察から自治体保健所へと強制隔離政策の第一線機関が変化したことがこれに大きく関わっているといえようか。ただ、そのことは戦後の「無らい県運動」が戦前のそれに比べて質量の面で小規模なものであったことを少しも意味しない。むしろ逆に、保健所が第一線機関であったがゆえに、その裾野は医師や保健婦を初めとして著しく拡がり、これらの人々の「善意」が衛生警察の「権威」以上に「全患者」収容に威力を発揮したといえよう。

### 三 ハンセン病問題に対する GHQ の対応

日本のハンセン病政策に対する GHQ の対応は、占領前記と占領後期に分けて考察するのが適当であろう。まず占領前期のそれであるが、この点については、すでに「GHQ の対日ハンセン病政策」において詳しく触れたように、GHQ は少なくともハンセン病については格別の関心を示さず戦前の「国立療養所」への隔離政策を踏襲せしめたと理解しえよう。もともと、沖縄と奄美はともにアメリカの軍政下におかれた。アメリカ軍は、日本の隔離政策を踏襲するだけでなく、植民地支配の一環としてハンセン病患者を処遇した。サンフランシスコ講和条約発効後も、奄美は 1953（昭和 28）年まで、また沖縄は 1972（昭和 47）年までアメリカの施政権下におかれた。統治の形態は軍政府から民政府に変わったが、事態は同じであった。

### 四 軽快退所と「全患者」收容政策の関係

戦後直後の 1947（昭和 22）年 11 月、衆議院厚生委員会において、東医務局長は、国策としての「全患者」收容の方針がいち早く表明するとともに、軽快者の退所を認めるとの意思も表明した。戦前とは異なる動きとして特筆されるが、それは戦後の厚生省「新官僚派」が強制隔離政策の放棄を視野に入れていたことを少しも意味しなかった。彼らにとって、軽快退所を認めることと「全患者」收容とは何ら矛盾するものではなかった。むしろ反対に、「伝染させるおそれのある患者」を極めて広く解釈することにより「全患者」收容を推進するためには、軽快退所の道を用意しておく必要があった。その意味で、この軽快退所の道はあくまでも論理上のそれであって、実際には「開かずの扉」でしかなかった。

### 五 治安政策とハンセン病政策の関係

1949（昭和 24）年頃から 1952（昭和 27）年 4 月の講和条約発効までの占領後期には、占領政策の転換に伴い、占領前期の「非軍事化」「民主化」措置を制限し、撤廃するような「管理法体系」が登場し、治安立法においても、戦前の「天皇制治安立法」に代わる新たな治安立法が排出することとなった。1950（昭和 25）年 6 月、朝鮮戦争が始まり、翌 7 月、マッカーサーは警察予備隊創設の指令を出した。日本を反共の防波堤とするという観点から、日本共産党についても同年 6 月には中央委員 24 名の公職追放、翌 7 月には機関紙「アカハタ」の無期限発行停止の指令などが行われた。このような動きはハンセン病政策にも大きな影響を与えることになった。例えば、栗生楽泉園患者自治会誌は、重監房問題に関し、次のように記している。厚生省当局は患者闘争をあくまでも共産党に躍らされているものとの印象づけにまさに汲々としていた。衆議院は厚生委員会調査団の派遣を決議したが、この派遣団員から共産党は排除されてしまうことになる。自治会運動対策は共産党対策という政治的な色彩をも帯びていた。国立療養所はまさに政治的な意味でも「国立」療養所であった。自治会運動の抑圧という光田らの主張が国の支持するところになった所以といえよう。

入国管理局事務官森田芳夫による「二十六年に、長島愛生園が犯罪らい患者について、関係庁に照会した結果、四十四名（大阪管区未着）の犯罪らい患者がいたが、そのうち朝鮮人は十七

名いた。熊本県菊池の医療刑務支所に、らい患者が十七名収容されていたが、そのうち十三名は朝鮮人である（二十九年七月現在）。・・・」（「在日朝鮮人処遇の推移と現状」、『法務研究報告書』第43集第3号、1955年7月）もこのような治安政策との関係において理解しえよう。ハンセン病患者の処遇の力点が犯罪対策、それも在日朝鮮人のそれに置かれていることが垣間見られる。冷戦構造や朝鮮戦争の下、GHQが、強制隔離政策の放棄を求める自治会運動の支持ではなく、反対に回ったことは想像に難くなかろう。

## 8 : 「癩刑務所」について -1953 年「らい予防法」- #4(2\_6)

### 一 重監房の廃止

1947 (昭和 22) 年に栗生楽泉園の「特別病室」＝重監房が廃止された。これにより、重監房にかわる施設の必要が療養所長の間から生じて来る。重監房の廃止は、刑法に違反したハンセン病患者への処遇をめぐり、大きな衝撃を国家に与えた。すなわち、それまでは、刑法に違反したハンセン病患者は隔離政策ゆえ、通常の留置、拘置ができないため、国家は事実上、放任し、療養所の監禁室や、重罪に該当する場合は重監房に監禁することで対応できたが、重監房廃止はその場を奪うことになったからである。さらに、日本国憲法の施行により、裁判によらず患者を監禁する癩予防法の懲戒検束規定そのものも違憲の疑いが生じていた。そこで、ハンセン病患者専用の刑務所＝「癩刑務所」の必要性が現実となっていく。

### 二 「癩刑務所」の開設

この「癩刑務所」に関する法務府と厚生省との協議が始まるなか、1949 (昭和 24) 年 8 月 4 日には法務府より厚生省に対して、「癩患者はたとえ犯罪者と雖も行刑の対象とすべきものではなくて、寧ろ療養保護の対象とすべきものであるから厚生省主管の施設に収容して、これに適當なる保護を与へるべきである」という GHQ 側の意向が伝えられた。

これに対して厚生省は、警察がハンセン病患者の犯罪を取り上げないことを強調し、重症患者はともかく軽症患者の犯罪には処罰が必要であることを主張したため、あくまで「癩刑務所」の設置を求める厚生省と、療養所への収容を求める法務府の間の溝は深まった。調整のため 8 月 24 日には厚生省側と法務府側とが会合したが、そこで法務府は、国立ハンセン病療養所に留置場と取調べと審判のための特別室を設け、療養所の一部を「代用監獄」とすること、そのために療養所職員の一部を特別司法警察職員とする法改正をおこなうことなどという妥協案を提示し、これに対して厚生省も「事態を已むを得ず」と同意した (厚生省医務局「国立癩療養所に特別監置病棟 (代用監獄又は拘置所の内容をもつもの) を附設するため予算概算を要求するにいたるまでの経過)。

さらに、同年 10 月、東京で国立病院長と国立療養所長を集めた病院管理講習会が開催されたのを機に、国立癩療養所長会議が開かれ、賛成 7、反対 3 で菊池恵楓園に「癩刑務所」を付置することが合意されている (宮崎松記「癩刑務所の出来るまで」、『九州矯正』8 巻 5 号、1953 年 5 月)。

こうして「癩刑務所」構想が論議され始めるなか、栗生楽泉園では 1950 (昭和 25) 年 1 月 16 日深夜から 17 日未明にかけて、入所者同士の対立から 3 名の入所者が殺害されるという事件が起きた。さらに、被害者のひとりが韓国・朝鮮人であり、また殺害に加わったとされる被疑者 14 名も韓国・朝鮮人入所者の文化団体である協親会の会員であった。この事件は、ハンセン病対策に 2 つの影響を与えた。1 つは「癩刑務所」設置の必要性がより強調されるようになったこと、もう 1 つは在日韓国・朝鮮人患者への取締りの必要性がより強調されるようになったこと。

たことである。

事件後、すでに1月31日には、第七回国会衆議院厚生委員会において、厚生省医務局次長久下勝次が「癩患者といえども当然正規の裁断を経た上で刑罰に処すべきものであると決定したならば、正規の刑務所に収容するべきである」と述べ、そのために「癩療養所と連絡のとれます所に癩患者のための刑務所をつくる」ことが適当であるとの見解を示している（『第七回国会衆議院厚生委員会議録』3号）。

衆議院厚生員委員会は3月7日～10日、楽泉園、前橋地方検察庁中之条支所、国家地方警察群馬吾妻地区警察署、草津町警察署に赴き、実地調査をおこなっている。調査をおこなった丸山直友は、3月17日、同委員会で「司法権の発動は、癩患者に対しても仮借なく同様に適用せられなければならない」「癩療養所に隣接して特別なる刑務所を一、二箇所を設置をしなければならぬ」との考えを示した（『第七回国会衆議院厚生委員会議録』14号）。

7月5日には東京都衛生局長が厚生省医務局長に宛て「犯罪らい患者の取扱について」を照会し、「警察署留置場において発見せるらい患者」や「拘置所内において発見せるらい患者」の処遇に困惑している現状を訴え、指示を仰いでいる。

これを受けた医務局長東龍太郎は、7月18日、国家地方警察本部刑事部長に対し、「犯罪らい患者の扱いについて」を通達し、留置場でハンセン病患者と診断された場合は消毒のうえ留置を継続し、起訴されたら拘置所に送致すること、そのために各都道府県内に一か所程度「らい患者留置場」を設置することを要望し、さらに法務府検務局長・矯正保護局長にも、「犯罪らい患者の扱いについて」を通達し、「恒久的ならい犯罪患者収容施設の設置」が実現するまでの措置として拘置所・刑務所では消毒したうえで拘置を継続することとその場合は一般犯罪者として取扱うことを要望している。

これに対し、国家地方警察本部刑事部長は7月31日、厚生省医務局長に「らい患者たる被疑者の扱いについて」を回答し、そこでは「らい患者及び伝染病患者の被疑者等を一時留置する特別留置室をらい療養所所在地の都県内に二ヶ所宛新設すべく」1951（昭和25）年度予算に要求しているとはするものの、現状では留置人がハンセン病患者と診断された場合は療養所に入所させるという方針であると認めている。

また、法務府検務局からは局長事務取扱名で10月7日になって回答「犯罪らい患者の扱いについて」があるが、留置場・拘置所では感染の虞があるハンセン病患者については「当該警察署長又は拘置所長において係検事と連絡の上、措置をするのを相当と思料する」と、抽象的な文言に止まった。

このように「癩刑務所」構想をめぐる厚生省と法務府の意向が一致しないなか、7月15日には、熊本県で巡查らを刺傷する強盗事件が発生し、逮捕された犯人のひとりがハンセン病患者であるという理由で起訴されず釈放され、検察庁は菊池恵楓園に収容を求めた。恵楓園ではこの申し出を拒否できず受け入れるが、これを機に7月18日、熊本地方検察庁、熊本刑務所、熊本県衛生部との懇談協議会を開催し、「検察庁及び刑務所としても癩患者であるが故に法の制裁を免るゝ理由は全くないこと」「緊急に癩刑務所の設置を要望すべきであるということ」で意見

の一致を見た（1950年付厚生大臣宛て宮崎松記「癩患者の強盗並巡査刺傷殺人未遂事件に関する報告」）。

このように、「癩刑務所」の必要性は、現実問題として高まり、厚生省と法務府との間で菊池恵楓園の敷地内に「癩刑務所」を設置することで合意し、1951（昭和26）年度の予算化がなり、1951（昭和26）年1月19日、厚生省と法務府との間で「施設の職員の募集について刑務所側で採用困難の場合は、厚生省側に於て所要人員の斡旋をする」「癩刑務所の医療は菊池恵楓園の医務職員を兼務させて実施する」などの「癩受刑者の矯正保護施設の運営に関する協定」が結ばれるに至った（宮崎松記前掲「癩刑務所の出来るまで」）。

こうして、1953（昭和28）年3月10日、菊池医療刑務支所として「癩刑務所」は開庁されるに至った。当時の収容定員は75名で、「当所に収容するものは等しく犯罪者であることに変わりはないが一面病者であり、而も前途の光明極めて乏しい同情すべき犯罪者であるから収容者に対しては所内規律に反しない限り、飽く迄仁愛の精神を傾けて更生意慾の助長を図る」「病者であるから療養の点では癩療養所と何等異るところなく療養に専念せしめる」「軽症患者にして労働に堪え得るものについては構内に於いて農耕及び花卉栽培その他適当な作業に就かせる」という運営方針が示された（「菊池医療刑務支所概要」）。

## 9：藤本事件の真相 -1953年「らい予防法」- #4(3)

### 一 藤本事件とは

藤本事件とは、1951（昭和26）年に熊本県菊池郡水源村（現菊池市）で起きた2つの事件（ダイナマイト事件、殺人事件）を呼ぶ。この事件は、戦後の「無癩県運動」および菊池恵楓園の増床計画、菊池医療刑務所の設立に伴う強制隔離政策を背景として起こったものであった。

すなわち、1949（昭和24）年6月に決定された無癩県運動の実施要項では、療養所の収容力の増強と、患者の一斉検診による未収容患者の収容徹底が図られた。そしてこれに伴い、恵楓園の増床計画が進められ、1951（昭和26）年6月には、収容能力2100名の最大規模の療養所となった。この恵楓園の定員を満たすために、県は患者を確保する必要から、増床計画と並行して1950（昭和25）年4月には、すべてのハンセン病患者を入所させるという国の「全患者」収容方針のもとで、「らい」患者の強制収容を開始する。藤本事件の被告人とされた藤本松夫はこの最中に県による入所勧告を受けた一人であった。1951（昭和26）年8月、彼に対する入所勧告に関わった村職員一家の住居でダイナマイトによる「殺人未遂事件」が発生すると、彼は容疑者として逮捕されたのである。

こうした事件の経過を周囲がどのように見ていたかを、次の発言は端的に示しているといえよう。すなわち、このダイナマイト事件直後の1951（昭和26）年11月8日、参議院厚生委員会「らい小委員会」における、いわゆる「三園長発言」のなかで、恵楓園長の宮崎松記は「収容の通知を受けた患者が、自分が『らい』と分かったのは、衛生主任が県に報告したからだ」と逆恨みいたしまして、一家謀殺をくわだてたとして、まだ裁判も開始されず、いわんや有罪も確定していない時期に、入所勧告との関係を強調して、事件について言及していた。藤本松夫はこの後、恵楓園内の拘置所から逃亡するが、逃亡中に件の職員が殺害されると、この殺人事件は「らい患者」の「逆恨み」という文脈のもとで、当然のように彼へと結びつけられたのであった。

この時、恵楓園では増床計画にあわせて、ハンセン病患者専用の刑務所建設が予定されていた。自治会の反対にもかかわらず、1953（昭和28）年3月には恵楓園の隣接地に定員75名の菊池医療刑務支所が完成する。藤本松夫は、このいわゆる「癩刑務所」に収容され、無実を訴え続ける。しかし彼はその後、裁判所構内の通常の法廷に一度も立つことなく、同年8月に死刑判決を言い渡された。同年同月には「らい予防法」も成立した。その後、上訴審、再審請求が繰り返されるなか、1962（昭和37）年9月に福岡拘置所において死刑が執行された。

### 二 事件の問題点

#### 1. 特設法廷の設置

裁判所法69条2項に基づいて、裁判は、菊池恵楓園の施設を利用した特設法廷で、「出張裁判」の形で行われた。被告人がかつて「らい」と診断されたことがある以上、そうすることに何のためらいもなかった。司法も漫然と同所で公判廷を開くことを追認したのであった。

恵楓園内の特設法廷で公判廷が行われるということは、一般人が傍聴することが極めて困難な状況にあるということであり、いわば「非公開」の状態での裁判は進行した。

## 2. 公判手続上の問題

被告人がハンセン病患者であることの影響は、取調べから、鑑定、公判過程、死刑執行に至るまで、随所に見られる。

逃亡からの再逮捕の際に拳銃で撃たれた藤本松夫はその痛苦の中で取調べを受ける。取り調べの状況も、ハンセン病への恐怖からほとんど被告人の供述を聞かないまま自白を求めたことが伺える。また鑑定についても、証拠となる被告人の被服等は、消毒が行われてから鑑定に回され、鑑定に当たった教授は「検査資料もそもそも不潔である」、「何かしら不明の物理的科学的な或は雑菌等の繁殖が影響して」と書くなど、科学的とは到底思われない杜撰な鑑定を行っていた。とりわけ法廷については、一見通常の「法廷」が作り出されていたが、被告人以外は白衣・長靴を着用するなど異様な状況の中で公判が進行したのであった。裁判官のハンセン病に対する恐怖も相当大きなものがあり、証拠物の展示にしても、被告人が直接にそれを手にとることは許さなかった。

すなわち、特設法廷の設置を始めとして、公判手続においても、差別・偏見が裁判を構成する大きな要素であったことは否定しえないのである。

## 3. 事実認定における問題点(証人の供述)

弁護人が、証拠調べにおいてすべて同意したことが被告人の防禦権を困難にしたことがあるにしても、さらに問題だと思われるのは、有罪の決定的証拠とされる2人の証言について、被疑者が逮捕される前、すなわち被疑者の弁解を聞く前に「事前の証拠化」が図られているということである。この事前の証拠化は、公判で2人が証言を覆せば彼ら自身偽証罪に問われる恐れがあるという状況の中で、彼らへの配慮から被告人の供述にも何らかの影響を及ぼしたと考えられるのである。

## 三 死刑判決

1953(昭和28)年8月29日に言い渡された第一審判決は、被害者に対する怨恨を強調し、「被告人としては権威ある科学的診断により癩病患者と断定せられた上は素直にこれに応じ」、「医師の適切な治療に身を任せ、その間の精神的、肉体的の苦痛に耐え、健康快復による幸福の一日を早く来らんことに希望を持ち、一意療養に専念することこそ被告人に残された唯一の更生の道であるに拘わらず」殺害に及んだと認定し、鑑定の矛盾や被告人「自白」の矛盾など何らの判断もしないままの死刑判決であった。

## 四 上訴審と公正裁判要請運動

第一審の死刑判決の後、被告人は直ちに福岡高裁に控訴し、全患協の支援によって弁護人と

して野尻昌次弁護士(熊本県弁護士会)が付くこととなった。その後最高裁では、柴田睦夫、関原勇の両弁護士が加わり、はじめて特設法廷に関する指摘を行い、ハンセン病患者であるがゆえの予断と偏見を指摘し、十分な審議を求めた。しかし最高裁が1957(昭和32)年8月23日に下したのは、原裁判所が「予断偏見を有し、良心に反して裁判をしたと認むべき資料は存しない」という上告棄却の判決であった。

1953(昭和28)年の「らい予防法」改正反対闘争の中から始まった藤本事件に対する「公正裁判要請運動」は、療養所の入所者のみならず、外部の多くの人々の支援を得て、1958(昭和33)年には「藤本松夫氏を救う会」にまでに発展していった。藤本事件の本質は、ハンセン病患者に対する社会的偏見と、国のハンセン病政策の過ちによるものである、というのが彼らの見方であった。再審請求がおこなわれる一方で、支援者を中心とした現地調査が1962(昭和37)年に実現し、さらに第2次、第3次の現地調査が計画されていた頃、3度目の再審請求が棄却された。死刑が執行されたのは、その翌日9月14日であった。請求棄却を見こして準備されていたかのような死刑執行は、無罪を主張していた被告人の権利に「厚い壁」を設けたものに他ならない。死刑執行の知らせを受けた各地では次々と大規模な抗議活動が行われたが、それは予断偏見のもとに十分な手続が尽くされないまま極刑が下されたことに対する社会の衝撃を示すものであった。

藤本松夫は、奇しくも死刑執行の2週間後には、10年の懲役刑を受けたダイナマイト事件判決確定から数えて10年を「癩刑務所」のなかで迎えるはずであった。受刑者としての地位を失い、死刑囚としてのみ処遇されるべき「患者」を収容する施設は制度上存在せず、この時、差別・偏見のもとに司法制度上からハンセン病患者を「隔離」した「癩刑務所」にさえも、彼の居場所はなくなろうとしていた。藤本松夫に対する突然ともいえる死刑執行は、このような差別・偏見のもとに生じた司法制度の矛盾を背景とするものであったとも解せられる。

## 五 結論

一見すると、合法的に行われたかに見えるこの事件の捜査・裁判の過程を検討すると、憲法的観点から見た場合の矛盾が浮き彫りとなる。

すなわち、憲法は、裁判を受ける権利と、適正な手続に基づいた公平・迅速な公開の裁判の実現を謳っている。そのために、被告人には弁護士依頼権、黙秘権、反対尋問権が保障され、不利益な供述の強要禁止、不利益な唯一の証拠が本人の自白である場合の有罪の禁止が定められているのである。これは、いうまでもなく本来自由であるはずの人間に対して、国家刑罰権による刑罰適用を是認するための最低限の保障である。いわば、憲法に定められた刑事手続条項はすべて、被疑者・被告人の人権に十分配慮し、その完全な手続的保障の下で捜査・裁判が行われることを要求したものと見える。このような手続的保障が十分に尽くされてはじめて、裁判官は、自らの心証で、事実認定を行うことが許されるのである。藤本事件は到底、憲法の要求を満たした裁判であったとはいえない。

## 10：藤楓協会および皇室の役割 -1953年「らい予防法」- #4(4)

### 一 貞明皇后とハンセン病問題

貞明皇后は癩予防協会設立に際して「御手許金」を「下賜」し、さらには「癩患者を慰めて」と題した歌を詠むなど「救癩」の象徴とされ、その一方で、ハンセン病患者は皇室の「仁慈」を顕在化させる恰好の対象とされた。

### 二 皇室行事とハンセン病患者

近代に入ってから天皇即位式である2つの「大礼」、すなわち1915（大正4）年11月の「大正大礼」、あるいは1928（昭和3）年11月の「昭和大礼」の際には、ハンセン病患者への隔離は強化された。京都周辺の放浪患者を隔離するため、大阪にあった外島保養院はその都度、拡張されている。「大礼」はハンセン病患者にとり、受難の時であった。

### 三 藤楓協会の設立

1951（昭和26）年5月17日、貞明皇后が死去したが、これを機に貞明皇后の遺産を「救癩」のために提供し、皇后のハンセン病患者への「仁慈」を記念しようという声が政財界から起こった。その結果、国民からも広く基金を募り、1952（昭和27）年6月、高松宮宣仁親王を総裁に財団法人藤楓協会が発足し、会長には下村宏が就任、それまでの癩予防協会の事業は藤楓協会に受け継がれた。

この頃は、全患協のもとで癩予防法改正闘争が起こされていた。まさに、それを沈静化するために、皇室の「仁慈」が強調され、患者には憐憫の対象であり続けることが求められた。さらに、藤楓協会は、その誕生から厚生省と一体の関係にあり、皇室の「仁慈」を強調することにより、全患協の運動を抑制し、「文化国家」に反するハンセン病患者の絶滅を目指し、隔離強化という国策を支持する世論を喚起していった。

## 11：1953年「らい予防法」の改廃が遅れた理由 #5

### 一 問題の所在

1953（昭和28）年らい予防法は、立法事実のもとと存在しない法律であった。にもかかわらず、同法の内容は、厚生省および国立療養所長医師らの力を背景として、1907（明治40）年法および1931（昭和6）年法、そして国立療養所等の既成事実を強引に維持・強化したものであった。

それでは立法事実を欠く法律の廃止が何故1996（平成8）年まで遅れたのか。最も基本的な要因は、厚生行政が、差別偏見の根本問題を等閑に付し実利的な観点のみに立ち、患者・入所者の処遇改善のためには現行法のままの方が政策上有利と位置付けたこと（強制隔離と処遇改善の「表裏一体論」）、および国立療養所中心主義が厚生省とらい学会に既得権を与えていたことにあると思われる。

ここでは、立法府、行政府、らい学会の関わりに焦点を当て、自治会運動および全患協運動の流れを踏まえながら、1953（昭和28）年らい予防法の廃止が遅れた理由および背景を検証した。

### 二 立法府の対応

立法権は国会に属するものの、わが国における立法は、実質的に行政が担ってきたといわれる。1953（昭和28）年らい予防法6条の入所規定に医科学的根拠はなかったが、これについても立法府は、1951（昭和26）年国立三療養所長発言を踏まえ、ハンセン病が感染し発病に至るおそれの極めて低い病気であるとの医学・医療の問題を殆ど審議せず、法的拘束力のない付帯決議を付けたただけであった。そして、この付帯決議は、建前的には、国会の仕事である法改正の問題に行政官が口を出すのは越権行為だと行政官の弁解をむしろ許すことになったといえよう。

### 三 行政府の対応

厚生行政の内部においても、全患協による1963（昭和38）年の大規模な法改正運動に呼応してか、法改正に向けての動きが当時、一部に存在したが、法改正には結びつかなかった。

全体として厚生省が1953（昭和28）年法の改正に真正面から取り組まず、改正があまりにも遅れた理由は、厚生省が入所者の処遇改善に必要な予算を獲得するために、大蔵省に対し、新法の隔離条項の存在を強調し、これを最大限に利用していた点、いわば強制隔離と処遇改善の表裏一体論にあったと考えられる。すなわち、厚生省は、「処遇改善に必要な予算を獲得するために、大蔵省に対し、新法の隔離条項の存在を強調し、これを最大限に利用してもいた」のであった。この表裏一体論は厚生省で支配的であり、これが1953（昭和28）年法の改廃を遅らせた基本的理由であると考えられる。

厚生省では、法律については全国的な規模の問題として一定程度の既成事実（社会復帰の実

績等)ができてから制度化(法改正)を考えた方が良く、実体を作って少しずつ変えていく方が無難であると考えられていたとされる。しかし、こうした判断は当時の段階で既に時期を失っており、その意味で机上の空論であったといわざるをえない。社会復帰は1960(昭和35)年頃をピークとして、それ以降は減少に転じることになったからである。

1949(昭和24)年、厚生省社会局長は、生活保護法による保護請求権は法律上認められないと回答している。日本国憲法は個人の幸福追求権、生存権を規定したが、国民はこの権利の主体ではなく、保護の客体でしかなかった。治療に関しても同様で、治療を療養所内に限定することも可能となり、全患者収容政策の強化につながった。生存権の具体的権利性を否定する憲法25条プログラム規定説は、学界の通説的見解となり、判例理論としても確立していった。いわゆる朝日訴訟で第一審の東京地裁は、1960(昭和35)年、朝日茂の主張を全面的に認める画期的な判決を下したものの、最高裁は、1967(昭和42)年、朝日茂の上告を棄却した。この最高裁判決が、強制隔離と処遇改善の表裏一体論を浮上せしめたのである。

らい予防法廃止法は、法廃止後も療養所を維持し、入所者およびその家族の生活保護などを規定したが、これは、自治会運動および全患協運動による経済闘争の成果と評することができる。

#### 四 日本らい学会および厚生行政の対応

日本らい学会では、1941(昭和16)年に小笠原登医師を徹底的に攻撃して以来、国立療養所長医師らの権威と発言力が学会の論調を左右する状態が続いたため、関連国際学会における知見・意見が、わが国におけるハンセン病政策と緊密に結びついた医科学的知見・意見を相対的な視点から判断するための材料として活用される機会は、著しく制限されていた。

一方、厚生行政と内外のらい学会との交流はシステムとしては確立せず、職員の個人的な努力に委ねられていたが、これでは、医科学に根拠を持つ厚生行政を進めることはできず、却って、行政が特定の医師らの見解に無批判に従う結果になった。

日本らい学会は、国立療養所の医師によって運営され、厚生省と深い関係があった。国立療養所中心主義は、人事面、予算面で厚生省および日本らい学会に様々な既得権益を与え、このことが、まさに惰性的に現状を肯定する力になっていたものと考えられる。

#### 五 医療・福祉政策の客体としての患者・入所者

1962(昭和37)～63(同38)年当時、患者はあくまで医療・福祉政策の客体としてのみ認識されており、自ら主張・発言する主体としてとらえられることはなかった。このため、全患協の1963(昭和38)年、1991(平成3)年の改正要望が政策に反映されることはなかった。

#### 六 全患協および自治会側の事情

1953(昭和28)年らい予防法制定後、全患協などは経済闘争に転換していった。しかし、この段階の経済闘争は1951(昭和26)年以来の予防法闘争と矛盾するものではなく、予防法改正

と並ぶ全患協運動の二大柱の一つという性格を有していた。

プロミンなどのめざましい薬効によって治癒した入所者の中からは社会復帰者が出てきたが、社会の厚い壁にぶつかって社会復帰者が減少し始める1960（昭和35）年頃以後、全患協、自治会も運動の中心を社会復帰にではなく、入所者の処遇改善等に置くことになった。厚生省も処遇改善に本格的に取り組み、そのための大蔵省交渉において、強制隔離・処遇改善一体論を最大限に利用した。

療養所の処遇改善が一定程度とはいえ実現された1975（昭和50）年以後の全患協運動および自治会運動の経済闘争は、それまでとは性格を異にし、予防法改廃運動と二者択一の関係に陥っていった。このような状況の中で、再度の予防法闘争に立ち上がるべきであるとの問題提起はあったが、多くの自治会は、この提案を支持することはなかった。予防法改廃が既存の処遇水準の維持および改善の要求とは矛盾するものと考えられたからである。

このため、こうした当時の状況において、再度の予防法闘争を闘うためには、人権の獲得と処遇の保障とを切り離す理論的実践としての、憲法論、人権論の見地からの「強制隔離と処遇の表裏一体」論の打破が急務となる。しかし、この責任を法律家が果たすことはなく、20年以上も遅れた。また他方、再度の予防法闘争を社会の広範な人々が支えることも不可欠で、それにはマスメディアの役割は大きかったにもかかわらず、この時期は、一定の処遇改善が図られたという外形的事実を前提に、ハンセン病に対するマスメディアの関心は薄れていた。このように、法律家の責任放棄、社会の無理解が、入所者をして社会復帰をあきらめさせ、「強制隔離・処遇改善」一体論に追いやり、そして、処遇改善が一定程度実現して以後は、処遇保障のための予防法改廃慎重論に入所者を向かわしめていったのである。

#### 七 1976（昭和51）年の全国療養所所長連盟「らい予防法」改正草案

1975（昭和50）年以後、全患協及び自治会は、予防法改正問題については、いつも「慎重に検討する必要がある」という形で問題を先送りしている。おそらく、この問題は賛否が大きく分かれ、組織分裂を招きかねないと考えられたからではないかと思われる。

国の側にも所長連盟の提案を受け入れなければならない特別の事情は存せず、むしろ予防法改正に向かうことは、これまでの大蔵省への説明と矛盾しかねないという問題があった。療養所所長たちも、提案はしてみたものの、その実現を本気で考えていたかどうかは疑わしい。

#### 八 提言

財務省に対し、次のような新しい予算編成上の原則の樹立を求めるべきである。すなわち、感染症医療、精神医療等に関連する、予防、検査、スクリーニング、治療、リハビリテーション、入通院等の各場面において、法律上の強制の要素がない限り予算措置を講じないとの、これまでに見られた予算編成上の慣行ないし方針が人間の尊厳および人権の尊重に照らし最早破綻していることを認識し、公共保健（パブリック・ヘルス）の目的が存在する場合には強制の要素がなくとも予算措置を講ずるよう努力するとの原則である。

## 12：ハンセン病に対する偏見・差別が作出・助長されてきた実態の解明 #6

### 一 戦前の無癩県運動

#### 1. 「癩予防デー」の設定

この「無癩県」とは文字通り、ハンセン病患者がいない県、すなわち、すべての患者を隔離して、放浪患者や在宅患者がひとりもいなくなった県を意味する。この語が初めて使用されたのは、1929（昭和4）年、愛知県であったが、広く使用されるようになるのは、1931（昭和6）年の「癩予防法」公布により絶対隔離政策が実施されてからで、特にハンセン病患者の「二十年根絶計画」が開始された1936（昭和11）年以降に強調されていく。「無癩県」を実現するため、患者を摘発して療養所に送り込もうとする官民一体となった運動が「無癩県運動」である。

「無癩県運動」を支えたのは、癩予防協会、そして日本MTL、大谷派光明会などの宗教関係組織である。

#### 2. 十坪住宅の建設

このように、「無癩県運動」が活発化すると、隔離される患者数も増加し、各療養所とも定員超過となる。開園以来、慢性的な定員超過という問題を抱えてきた長島愛生園では、園長光田健輔が、その解決策として十坪住宅建設運動を考案した。これは、広く国民から寄付金を募り、入所患者の労働により6畳2間の十坪住宅を建設、これを国庫に寄付するという形式で定員超過の患者住宅に充てようというものであった（長島愛生園慰安会編『十坪住宅』第3版、1936年）。十坪住宅は1932（昭和7）年～1937（昭和12）年に合計82棟、竣工している（長島愛生園慰安会編『十坪住宅』第6版、1937年）。

#### 3. 「無癩県運動」の進展

「無癩県運動」のもと、国立ハンセン病療養所が増設される。国立療養所開設は1931（昭和6）年の長島愛生園に始まり、1932（昭和7）年の栗生楽泉園（群馬県）、1935（昭和10）年の星塚敬愛園（鹿児島県）、1939（昭和14）年の東北新生園（宮城県）と続く。さらに、宮古島に1931（昭和6）年、沖縄県立宮古保養院が開設され、1933（昭和8）年、臨時国立宮古療養所となっている。

こうして、国立療養所も増設されるなか、1936（昭和11）年から開始された「二十年根絶計画」が目指した1万人隔離の目標は、同年11月の三井報恩会からの寄付により、「紀元2600年」に当たる1940（昭和15）年までに達成される見通しがついた。「無癩県運動」は、この「紀元2600年」の「奉祝」と結び付けられて、その意義が宣伝され、予定どおり1万人隔離も同年に達成された。

また、このように「無癩県運動」が進展していくなかで、公立療養所の国立移管が必至となる。なぜならば、国立療養所には収容対象者の地域性はないが、公立療養所は、第一区～第五区までの地域性がある。例えば、東京府に本籍がある患者は第一区の全生病院に隔離するのが

原則とされる。こうしたことから、公立療養所は定員に余裕があっても、管轄道府県以外の出身者は収容できないという矛盾があった。1941（昭和16）年7月1日、公立療養所はすべて国立に移管された。沖縄県立国頭愛楽園も国立移管され、臨時国立宮古療養所も国立宮古南静園となった。これにより、国立ハンセン病療養所は、それまでの長島愛生園・栗生楽泉園・星塚敬愛園・東北新生園に加えて、松丘保養園（旧北部保養園）・多磨全生園（旧全生病院）・邑久光明園（旧光明園）・大島青松園（旧大島療養所）・菊池恵楓園（旧九州療養所）、そして、宮古南静園・国頭愛楽園の11園となったのである。

## 二 戦後の無癩県運動

### 1. 「無癩県運動」の継続・強化

1947（昭和22）年、菊池恵楓園長宮崎松記は、「無癩県運動」の継続を主張、11月7日、厚生省予防局長も各都道府県知事宛て通牒「無癩方策実施に関する件」を発し、「無癩県運動」を指示している。この隔離強化の方針の対象には私立療養所も含まれていた。ただ、こうした「無癩県運動」の継続・強化は、その後の急速なプロミン治療の進展によって、ハンセン病の治癒が否定できない状況となったこととは、著しく矛盾をきたすものであった。たとえば1948（昭和23）年11月27日、厚生省医務局長東龍太郎は第3回国会衆議院厚生委員会で、「癩予防法」を改正して軽快者の退所を認めるべきだと発言していた。

しかし、この方針は、1949（昭和24）年6月24日～25日、癩療養所所長会議の場で、光田健輔らの強い反対で覆され、「無癩県運動」の強化のみが合意されたのである。

### 2. 「無癩県運動」下のハンセン病患者

1951（昭和26）年10月9日、厚生大臣橋本龍伍のもとで改正された「国立療養所入所規程」にも、「療養所における療養の必要がなくなったとき」、療養所長は患者に退所を命じることができる」と書かれながら、その対象から「らいを除く」と但し書きされていた（厚生省医務局長「国立療養所入所規程の成立について」、1951年10月16日）。この時点では、結核患者などについては治癒すれば療養所からの退所を認めながら、ハンセン病患者にはそれを認めないというのが、厚生省の基本方針となっていた。もちろん、現実には「軽快退所」がおこなわれているが、厚生省の原則はあくまで生涯隔離に置かれていたものであり、公的に「軽快退所」を認めただけではなかった。

1951（昭和26）年に参議院厚生委員会は「癩に関する小委員会」を設置し、10月5日には初会合を開いて「癩予防法」の改正に向けて動き出す。戦後の「無癩県運動」は、1953（昭和28）年の「癩予防法」改正、すなわち、強制隔離を明文化した「らい予防法」の公布に世論を導いていった。

## 13：日本におけるハンセン病政策と優生政策の結合 #7

### 一 ハンセン病患者の子孫の出生防止

ハンセン病患者に対する断種手術は1915（大正4）年に全生病院医長の光田健輔が男性患者に対して実施したのが始まりとされる。1909（明治42）年に開設された全生病院は、当初男女隔離が原則とされていた。これはハンセン病の発生予防の見地からの患者子孫の出生防止という考え方を背景としていた。しかし光田は男女隔離という性欲の封じ込めによる出生防止に失敗し、より即物的な断種による出生防止の方法を採用するに至った。出生防止のための手段という意味では、この場合の断種も優生方策ではあるが、導入の経緯は初めに結論ありきで、断種手術の適応としてハンセン病がふさわしいかどうかという優生学的な検討が加えられることはなかった。

### 二 患者管理・療養所運営に利用される園内結婚

断種の導入によって性欲と出産との結びつきを切断した光田は、それまで患者管理の障害であった性欲を、患者管理を促進するための手段に用いることとした。光田は断種を条件に男女間の性交渉を容認することで、患者の性欲を馴致して患者管理を容易にただけでなく、断種導入によって出生防止と両立可能になった男女共同収容を、隔離された患者たちが療養所で強いられる「別の人生」に意義を与える装置として再定義し、活用した。光田の療養所構想によって、断種、そして結婚は要として重要な意味をもっていたといえる。

また光田らは療養所への男女共同収容は、患者の隔離によって健康者への感染機会を減らし、療養所経費の節約にもなると考えた。隔離された患者は、性別役割分業にもとづく労働と相互扶助により生活を支えることが前提とされた。特に男性に比して少ない女性入所者の感化力が、男性入所者の管理に意味があるとされ、女性患者の性と性役割が療養所管理のための資源として利用されることになった。一方で女性の妊娠はあってはならないこととされ、妊娠した女性は墮胎を強いられ、産んでも療養所内で子供と一緒に暮らすことはできなかった。生殖という側面でも女性の性は隔離政策に奪われていた。

### 三 患者の承諾の強調

ハンセン病患者に断種を拡大していく過程で、光田らハンセン病療養所の医師と政府関係者は、ハンセン病患者の断種の口実として、妊娠出産に伴う病状悪化（医学的理由）、養育困難（社会的理由）、乳幼児期の感染および胎内感染や体質遺伝の可能性（優生学的理由）等、さまざまな理由を挙げた。いずれも根拠を欠くものであった。そこで、とりわけ強調されたのが、「患者の承諾にもとづく」ことであった。意思決定能力のある者が承諾した場合は、「公序良俗」に反しない限り、医学的以外の理由による断種でも違法性が阻却されるという解釈が主流であった。ハンセン病療養所の中での「患者の承諾」が自由な意思決定に該当するののかという論点は不問のまま、任意の断種であるという光田らの言い分が通った背景には、リデルらキリスト教主義

療養所責任者も共有していた「ハンセン病患者は子供を産んではならない」という考え方があった。

ハンセン病患者に対する断種は、刑法違反の可能性をはらみながらも既成事実化され、国も公の場でその行為は容認できるとたびたび認めた。1940（昭和15）年における厚生省技師の青木延春の報告によれば、1939（昭和14）年までに全国のハンセン病療養所において1003名の男性患者に精管切除術が実施されたという。

#### 四 断種合法化の動きと失敗

光田が断種を始めた1915（大正4）年には、すでに優生学や米国で成立した断種法が日本の知識人に紹介されていた。断種をはじめとする抑制的優生学（negative eugenics）では、まず社会防衛上「望ましくない性質」が特定され、それらが「子孫への伝達」と結びつけられたため、狭義の「遺伝」だけでなく垂直感染やアルコール等による「胚種毀損」も問題視された。つまり遺伝するか否かの厳密な科学的検証よりも、「望ましくない性質」を持った者の出生防止が優先事項だったのである。1920年代以降、優生学は多くの知識人に支持され、1927（昭和2）年には内閣人口食糧問題調査会に優生運動に関する小委員会も設置された。こうしてハンセン病患者の「任意」断種はあえて告発されることなく黙認されていた。

1938（昭和13）年に設置された厚生省では、予防局優生課を中心として、直ちに断種法の立案が着手された。翌年には「民族優生制度案要綱」が決定され、遺伝性とされた精神病等とならび、「癩患者」もまた断種対象とされた。当局は遺伝性疾患の防止を名目とする優生断種法において伝染病である癩を断種対象として規定することは「筋が違ふ」と自ら認めながらも、患者の子供の養育困難という社会的理由から、ハンセン病患者の断種を要綱中にとりいれたのである。その後、国民体力審議会総会答申を受けて、癩が遺伝病と誤解されるのを避けるため、癩患者の断種に関しては癩予防法中に規定することとし、癩予防法改正案として国民優生法案とともに第75議会に提出した。議会では国民優生法案の遺伝病限定主義の建前と、癩予防法中にせよ、感染症である癩病を断種対象として合法化することの矛盾をつかれ、批判意見が相次いだ。結果としてハンセン病患者の断種を合法化は実現せず、ハンセン病患者を適応外とする国民優生法だけが成立、施行されることになった。にもかかわらずハンセン病患者の断種は、国民優生法適用の例外事項とみなされ既成事実として実施されつづけた。

#### 五 優生保護法下でのハンセン病患者断種の合法化

敗戦後は、戦時中活動停止を余儀なくされていた産児制限運動家たちが活動を再開し、そこから1947（昭和22）年に社会党の国会議員により戦後初めての「優生保護法案」が提出された。第1条には、「この法律は母体の生命健康を保護し、且つ不良な子孫の出生を防ぎ、以て文化国家建設に寄与することを目的とする」と記されていた。ここで精神病院の院長並びに「癩収容所」の所長はその収容者について、生殖を不能とすることが適当であるか否かの審査を優生委員会に求めることができ、適当であると認められれば強制断種が執行されるという項目が盛り

込まれた。癩が「遺伝」であるという認識を、戦前からの体質遺伝の議論や、曖昧な遺伝概念を産婦人科医、産児制限運動家を中心とする社会党案の提出者が、ひきついでいたことがわかる。ただし癩が断種の適応とされたのは「遺伝」であるから、というだけでなく「病弱者、多産者又は貧困者であつて、生れ出る子が病弱化し、あるいは不良な環境のために劣悪化するおそれあるとき」や「遺伝性は明らかでなくとも、悪質な病的性格、酒精中毒、根治し難い黴毒をもつて」いる場合（第3条）など、様々な理由により「不良な子孫」を出生させると見なされた者が断種の対象とみなされた。優生学的な対象が幅広くとられる状況を背景としていた。

社会党が提出した優生保護法案で注目されるのは、「癩収容所」の所長が申請する強制断種に変わっていたことである。優生保護法案を批判した1947（昭和22）年10月の人口問題研究会のメモでも、ハンセン病患者を強制断種の対象とすることは肯定されていた。敗戦後、「文化国家」においてこそ、優生政策を強化すべきだという論調は当時の人口政策関係者や医師の間に強くあった。またこの頃、戦後の無癩県運動が始まり、ハンセン病患者の強制収容を促進するという論調が広がっていたことも影響していたと思われる。

社会党案は審議未了となったが、1948（昭和23）年には谷口弥三郎を中心に、前回の提案者である社会党議員も含む超党派議員によって新しい優生保護法案が国会に提案され、可決された。この優生保護法では任意断種の適応を定めた第3条の3項に「本人又は配偶者が、癩疾患に罹り、且つ子孫にこれが伝染する虞れのあるもの」という文言がもりこまれた。癩疾患については、「現在では伝染病の部類に属している」といいつつ、「先天的に同病に対する抵抗力の弱いと云う事も考えられるのである」という曖昧な説明をしている。なお、優生保護法案提出以前の検閲の段階で、GHQの民政局および公衆衛生局は強制断種問題を中心に法案に様々な注文を出していたが、任意断種についてはハンセン病を適応とすることも含め、問題とされなかった。国会審議においても、ハンセン病患者の断種の是非は触れられることもなかった。日本国憲法が制定された結果、新たな立法措置を講じないと、ハンセン病患者に対する断種という既成事実を維持することが困難になると判断した国は、敗戦直後の未曾有の食糧難という大混乱を利用する形で、断種の合法化だけでなく、墮胎の合法化までも手に入れたのである。

優生保護統計報告によると、戦後の特徴は女性に対する不妊手術が男性を大きく上回っていることである。また、都道府県別の不妊手術や中絶手術の統計をみると、熊本県、愛知県の数が多いが、このことは療養所のある地域だけでなく、療養所がない地域においても、非入所者あるいは患者の配偶者等に対して、ハンセン病を理由とする断種墮胎が行われたことを示唆している。こうした事実にも無癩県運動の影響がみてとることができる。

このような命の選択は人間の尊厳を冒瀆する極みというべきであるが、光田が去った後も少なくとも1996（平成8）年まで変更されることはなかったのである。

## 14：ハンセン病強制隔離政策による被害の全体像の解明 #8

### 一 被害実態調査の実施

ハンセン病問題に関する検証会議および検討会は、被害実態調査班を設置し、2003（平成15）年7月より「ハンセン病問題に関する事実検証事業被害実態調査」を実施した。約1年間にわたる調査によって、総計にして841名からの有効回答を得た。その内訳は、全国13カ所の国立ハンセン病療養所入所者に対する調査として758件、2カ所の私立ハンセン病療養所入所者に対する調査として9件、ハンセン病療養所退所者に対する調査として69件、そして家族等に対する調査として5件である。本調査の目的は、「ハンセン病隔離政策がもたらした被害の全体像とその特徴を明らかにし、ハンセン病隔離政策の歴史的な誤りを確固たる事実として記録にとどめ、これに基づき被害の回復と、再発の防止を図ること」であった。以下ではこれら四分野における調査活動を総合して、調査の意義と特徴および、調査から明らかになったハンセン病問題に関する被害の特徴について述べる。

### 二 調査の意義と特徴

ハンセン病問題に関する被害については、その解明に資すると思われる膨大な量の聞き書き、自伝、文学作品等がこれまでも存在する。とはいえ、本調査のように、被害に関する多面的かつ総合的な実態調査を行った例は必ずしも多くはない。本調査の意義と特徴は次のとおりであろう。

#### 1. 調査範囲および規模

本調査は、全国13カ所の国立療養所および2カ所の私立療養所、さらに退所者、家族等を対象とし、かつて見ない範囲と規模によって被害実態の把握を試みたものである。この点は先行調査でなしえなかったところであり、もちろんハンセン病国賠訴訟の判決対象となった原告層と比較してもはるかに広い。ハンセン病元患者を対象としたこのような範囲と規模を有する調査は、国際的にも例を見ない。

#### 2. 調査方法と内容

本調査は、特に療養所入所者調査において、量的・統計的調査と、聞き取りによる質的調査を同時に行うという方法を採用し、「人生被害」という、人生全般にわたる長期かつ多様な被害実相の把握を試みたものである。これにより、調査対象範囲における被害の普遍性と同時に、その固有性と質すなわち被害の深刻さや根深さを明らかにするものである。

#### 3. 調査協力

本調査は、科学的方法論に準じた、客観調査として、既存の被害実態を解明するものに他ならない。しかし同時に、膨大かつ多様な人々の参加・協力によって実施された、政策検証作業

であった。まず被害当事者であるところの、全療協および各療養所自治会あるいは入所者個人が、調査の設計段階から聞き取りの対象者となるまで、多様な形で本調査に参加・協力した。次には社会福祉専門職団体協議会（社専協）を中心とするソーシャルワーカーの専門職団体が調査員として多様な困難さをかかえた聞き取りに全面的に協力し、また調査実施後における調査票からの膨大な聞き取り情報の入力・整理、テープ起こし等の地道な作業に、多くのボランティア協力者が守秘義務を課された「調査補助者」として従事した。さらに、全ての入所者および、多くの退所者に調査への参加を呼びかけ、単に被害を抽出するという行為にとどまらず、それぞれの個人史を語っていただく、という調査を試みるものであった。このような調査事業全体の行程において、様々な局面で調査に参加・協力した多くの人々の間に、ハンセン病問題の大きさ、深刻さについての認識の必要性を喚起し、その実相にふれる機会を提供したことは、今後のわが国における医療・福祉諸施策の実施における社会認識に一定の影響を与えると共に、今後の被害回復および再発防止の取り組みに向けて、大きな力を準備したといえる。このことは、本調査事業が、調査・検証の対象となったわが国のハンセン病問題をめぐる多様な立場の当事者の協働を実現し、当該政策に対する不断の評価・改善のための人的基盤および社会認識を共有する場を提供したことを意味する。

### 三 調査の限界と今後の課題

一方で、本調査がハンセン病問題の被害実態把握事業として、今後の課題として認識すべき点を有することも認識しなければならない。すなわち全国の療養所 15 カ所の在園者約 3500 名全員に調査への参加を呼びかけたにもかかわらず、調査対象は、任意に参加を申し出た人々に限られることとなった。また、本人が自ら直接に人生を語る、という点を重視した調査であった結果、参加者は、聞き取り可能な人々に限定されざるを得なかった。調査協力者よりも、より高齢で、もっとも過酷な被害を受けたと想定される人々の多くは、不自由者棟あるいは病室にあって聞き取りが困難な状態にあった。入所者における最終的な調査協力者数は 767 名にのぼるが、在園者総数との比較においてはほぼ 4.5 名に 1 名、の割合にとどまっている。また、さらに当初より調査協力者の獲得が困難と想定された退所者調査、家族調査についても、たとえば退所者給与金受給者数が調査実施直後の 2004（平成 16）年 10 月末現在において約 1300 名であることに鑑みれば、本調査における 69 名という有効調査数は、まことにほんの一部にすぎない。本調査においてハンセン病罹患者と同様の被害の存在がかいま見られた家族については、さらに広大な対象者の潜在が想定されることはいままでもない。この意味で、本調査は被害の深淵の一部をかいま見たにすぎないというべきであろう。いまだ未解明の部分が多く残されている。しかし、まさにこうした被害実態を積極的に語ることの困難さ、とりわけ社会生活を営むうえでの退所者あるいは家族の「口の重さ」という状況そのものが、被害の深刻さと、今日に至る継続性を示唆している。退所者調査協力者の「今でもバレたら JR には迷惑をかけるけど、自分は手を合わせて線路の上ですわるつもり」（1944 年入所 男性）という、「覚悟」の背景に存する社会状況を踏まえた、さらなる被害の解明が必要である。

また、非入所者については、一定規模の調査対象者の獲得のための方法論および実施に際する日程的・財政的条件等を検討した結果、調査の実施を断念した。日本の植民地時代における朝鮮、台湾のハンセン病政策下の被害も、歴史的検証として重要な位置を占めると思われる。これらの諸点については、今後の調査活動に期待したい。

#### 四 ハンセン病問題に関する被害実態の概要

本調査によって明らかにされた被害の実態については、別冊『ハンセン病問題に関する被害実態調査報告書』における各調査報告にそれぞれ具体的に述べるべきところであり、むしろそこに示された当事者ごと、立場ごとの多様な被害のあり方そのものの解明が、本調査の目標とも言えようが、ここでは被害実態を構造的に特徴づける要点として、10項目を指摘することにより、あらかじめハンセン病問題に関する被害実態の概要を述べる。

##### 1. 「社会被害」と「在園被害」

本調査によって明らかとなったハンセン病問題における被害を総括すれば、社会生活における「社会被害」と療養所生活における「在園被害」という、2つの場面における被害の存在が認められる。ハンセン病問題における被害とは、この「社会被害」と「在園被害」を中心に構成される複合的被害であると位置づけられよう。いわば、ハンセン病罹患の経験およびハンセン病療養施設への入所の経験によってもたらされた、園内生活および社会生活における、人としての生活全般にわたる苦勞、特段の負担・不利益として顕在した被害であったといえる。そこには、種々の精神的・肉体的あるいは生活上の困難から、財産的損害、身体的損害、精神的損害、さらには「社会の中で平穩に暮らす権利の侵害」を含んでの、「人生被害」総体としての重層的かつ複合的な被害が見いだされる。

##### 2. 「社会被害」

国家による都道府県レベルでの「無らい県運動」や地域社会におけるプライバシー無視の「入所勧奨」等を背景とする、ハンセン病に対する社会の恐怖・嫌悪感が、ハンセン病患者やその家族に対する差別・偏見として同者の就学・就業等の社会生活一般に障害・困難をもたらした事、あるいはもたらしている事。これを「社会被害」と位置づけることができよう。

##### 3. 「在園被害」

この「社会被害」を背景として、「強制収容・隔離」の対象とされたハンセン病罹患者が園内における「反医療・非医療」あるいは「反福祉・非福祉」的処遇の対象となることを余儀なくされ、これによって生活・身体状況の悪化と、さらにはこうした生活・身体状況の悪化によって生じた一般社会における生活・身体状況との相違の拡大が、在園者の一般社会への復帰に障害・困難をもたらした事、あるいはもたらしている事。これらを「在園被害」と位置づけることができよう。

#### 4. 「複合的被害」

こうした「社会被害」と「在園被害」が、決してそれぞれに独立した別個な被害ではないということに留意すべきである。すなわち両者は、「少数者であるハンセン病患者の犠牲の下に、多数者である一般国民の利益を擁護」するための患者の「強制収容・隔離」という公衆衛生的な政策を背景としており、ハンセン病罹患者を社会より「分断」する、という政策的意図において相互補完的に複合的被害を構成していると判断しうるのである。とりわけ戦後の日本国憲法体制下において「強制」の物理的手段が否定された後においてもハンセン病に関する医療・福祉の場が園内に限定されたことによって、「分断」という政策の主旨は維持され、複合的被害も実質的に継続したという観点に留意すべきであろう。

#### 5. 「自己抑圧性・自己差別」

そのため、少数者であるハンセン病患者は一般にこれら公衆衛生政策による処遇に対する積極的抵抗の可能性を否定（消極的抵抗のみを余儀なく）され、一般社会における差別・偏見あるいは園内における劣悪な環境、さらには「強制収容・隔離」そのものまでをも容認せざるを得ないという「自己抑圧性・自己差別」が生みだされたことに留意するべきであろう。

#### 6. 「被害の拡張と継続」

またこれらの被害が、ハンセン病患者・元患者本人にとどまらず、家族、親族等にまで及んでいることに留意しなければならない。「分断」を前提として、家族、親族等は多様な被害の対象となった患者の側にたつか、これらの被害を複合的に構成する基盤としての社会の側にたつかの選択を余儀なくされたといえる。患者の側にたつことは、患者と同様の被害の対象となることを意味し、他方、社会の側にたつことは患者との関係を自ら「断ち切る」すなわち「分断」の加担者となることの負担を生じさせたといえる。家族にこうした苦渋の選択を回避させるために、「積極的に」収容を選択した入所者も見いだされる。こうした家族、親族等への「被害の拡張」に留意すべきである。また、社会復帰の困難等にみられるように、被害は過去のものでは決してなく、強いられている忍従に対し入所者らが立ち上がろうとすると、社会の側がそれに理解を示さないという状態が続いているという、「被害の継続」も、今回の調査で浮き彫りになった。

#### 7. 「差別」「分断」の力として働いた「被害」

「被害」が、「分断」「差別」の力として作用する。このような不幸な例は少なくなかった。「断種」も例外ではなかった。結婚を申し出た男性入所者は、結婚をとるか断種をとるかという苦汁の決断を迫られた。しかし、入所者中、男性に比べ女性が極端に少なかったことから、この苦汁の決断を迫られることがなかった男性入所者も多数存在した。「断種」でさえも、入所者にとっては、「分断」「差別」の契機となりえた。入所者による「患者作業」も同様であった。療養所におけるあまりにも乏しい生活が入所者に自給自足に近い生活を強いた結果、患者作業

には、ありとあらゆるものが含まれることになった。比較的楽で作業賃も良いために希望者が多い作業が存在した反面、重症患者の付き添い「看護」や、死亡した入所者の火葬など、任意では従業者を確保しえない苛酷な作業も存在した。このような作業負担の多寡は「分断」「差別」として作用する契機を有した。

## 8. 「隔離社会の許容」

こうした「強制収容」「絶対隔離」によるハンセン病患者の社会からの「分断」がもたらした被害の帰結として、療養所内に、ハンセン病患者および元患者のみを構成員とし、かつ一定の完結性を有するコミュニティが形成されたことにも留意しなければならない。入所によって、従来の家族・地域社会との関係を「分断」され、代替的に療養所という閉鎖空間での人間関係が形成され、そこには「園内では、…」「ここでは、…」と当事者が説明を加えるような別個の社会関係が擬製された。社会内での就学、就業、恋愛、結婚、さらには衣食等の基礎的生活行為さえ、入所によって中断され、療養所において新たな形で再開・「創造」された。そこには教育、労働、恋愛、結婚、妊娠、病気、老化、看取り、葬礼といった、ほぼ社会内と同規模の生活行為が展開されたとはいえ、それが「終生隔離・収容」の政策意図に基づいて擬製化された側面を有していたことは、出産、育児等の重要な欠損をもつことにも示されている。このことは、調査協力者による療養所の印象が、「人間扱いされない場所」「島流し」「刑務所」「地獄」「コロニー」といった否定の表現から、「楽しく生活できる場」「最高の場」「天国」といった肯定の表現まで、極端な振幅を有することにも示されている。さらには、調査協力者の約半数が経験した偽名の使用は、かかる欠損をもちながらも、社会からの「分断」によって実現した療養所内における社会形成が一定の完結性を示すことを意味しよう。「社会被害」を背景として、こうした重大な欠損を有する「隔離社会」を許容し、適応するという選択が強いられたことは、被害の基本構造として認識されなければならない。

## 9. 「ハンセン病施策と再開された社会生活」

現在の入所者あるいは退所者をとわず、入所経験の後に再開された社会生活における苦勞、特段の負担・不利益が、ハンセン病施策における療養所を軸とした医療・福祉行為と退所生活との関連において生じていることに留意しなければならない。医療・福祉の場が療養所に限定されたことによって、多くの退所者は、「特殊な病気を、特殊な病院で治療する」という印象を回避するため、多様な苦勞をせざるを得なかった。家族や周囲の人々に対する自らのハンセン病罹患経験・入所経験の隠蔽や、就学・就業時における経歴の隠蔽から、あえて経済的支出をおこなって療養所での医療を受ける、あるいは経歴開示の必要性から当然受けるべき利益を放棄せざるを得ない、といった状況までも、さまざまに退所後の社会生活における被害が生じている。また、かかる肉体的・精神的な苦勞、負担・不利益が、再発から再入所への契機として多くの退所経験者に認識されていることにも留意すべきであり、これらは、「被害の再生産」を通じて「人生被害」を構成する過程に他ならない。

#### 10. 「恩惠的福祉観」

また同時に、「強制収容・隔離」によって生じた一般社会と園内社会における生活・身体状況の相違の拡大は、一般社会において在園者に対し、国民総体の利益のために収容・隔離された存在として配慮を与えようとしながらも、彼らの存在や行動がいったん想定された範囲（社会からの「分断」を前提とした生活）を超えた場合に、当初示された好意もしくは許容が、彼らへの敵意へと転換しうるという可能性をもたらしていることに留意すべきであろう。このように、在園者を生活・身体的に異質な存在として、彼らが社会へ参入することを「恩惠的」にとらえ、参入の程度に一定の枠を課そうとする（あるいは、枠からの逸脱を異常視する）観点を「恩惠的福祉観」と位置づけることができよう。こうした観点が、今日においてなお被害を継続あるいは再発させる「被害の構造」の基礎をなしていることに留意すべきであろう。

## 15：全国の国立療養所に残された胎児等標本に関する検証 #9

### 一 情況の概要

全国の国立ハンセン病療養所および国立感染症研究所ハンセン病研究センター（以下、「ハンセン病研究センター」という）には、人工妊娠中絶もしくは自然流産または人工早産など（以下、人工妊娠中絶等とする）による胎児・新生児のホルマリン漬け標本（以下、「胎児等標本」という）が相当数存在している。

ハンセン病療養所における優生手術は、1915（大正 4）年光田健輔によって多磨全生園において開始されたということが明らかにされている。所内結婚の前提としての優生手術もかなり実施されたであろうが、光田等の働きかけにもかかわらず、療養所内での妊娠は相当数に達したものと推察される。ハンセン病療養所は患者の隔離・絶滅を基本理念に置いていたこともあり、僅かの例外を除いて、事実上療養所内での出産・育児を認めていない。そのため療養所では人工妊娠中絶等を実施せざるを得ない状況に置かれていたと思われる。

産出された胎児等は、その処理に関する法的不備もあり、多くが療養所の中へ蓄積されてしまったと考えられる。おそらく一部研究等に供され処理されたものも有ると推察されるが、1930年代から 50 年代にかけて、多くの胎児等がホルマリン漬けにされた状態で無目的に療養所に残ってしまった。

今回の検証事項の中で、この胎児等標本の問題ほど、入所者の人間としての尊厳を傷つけ続けているものはない。

### 二 検証の目的

国立ハンセン病療養所、ハンセン病研究センターに保存されている胎児等標本に関し、科学的に検証し医学的および法的側面より意見を述べる。

### 三 検証の方法

検証会議では、下記の日程で国立ハンセン病療養所、ハンセン病研究センターの胎児等標本に関する検証を行った。（数字は残っている胎児等標本数）

2003(平成 15)年 6 月 25 日	国立療養所邑久光明園	49
2003(平成 15)年 11 月 12 日	国立療養所星塚敬愛園	17
2003(平成 15)年 12 月 8 日	国立感染症研究所ハンセン病研究センター	2
2004(平成 16)年 3 月 1 日	国立駿河療養所	10
2004(平成 16)年 6 月 1 日	国立療養所松丘保養園	1
2004(平成 16)年 7 月 31 日	国立療養所多磨全生園	35

### 四 結果

現在、胎児等標本の残っている施設は上記の 6 施設で、1 施設あたりの胎児等標本数は 1 体

～49 体、合計 114 体である。人工妊娠中絶等が行われ、その結果胎児等が残っている時期は、1924（大正 13）年から 1956（昭和 31）年までの約 32 年間である。正確な年月日に関しては、不明が 50%と半数を占め、明らかなものでは昭和 10 年代が最も多く、昭和 20 年代が続く。114 体中の 29 体は、体長から推測して妊娠 8 ヶ月（32 週）を過ぎていることになり、その内の 16 体は、36 週以後に産まれたものと推測された。これは、それぞれ全体の 25.4%、14.0%となる。すなわち、少なく見積っても 25%以上が妊娠中絶ではなく、人工早産もしくは正期産ということになる。

## 五 考察

### 1. 医学的考察

胎児等標本の残された理由に関して医学的考察を加えた。まず、研究のために残されたという考え方がある。胎児等を用いる研究としては、垂直感染の研究、抗ハンセン病薬の胎児催奇形性の研究などのテーマが考えられる。しかし、実際に検証してみると、胎児等についての情報たとえば人工妊娠中絶等の年月日、両親の名前などは、半数以上の胎児等で添付されていないか、もしくは不完全である。このことから研究が目的であったことはきわめて考えにくい。事実、胎児等の約 80%には研究を目的とする切開創は認められない。おそらく、医療用廃棄物の処理等に関する法律の不備なども手伝って、胎児等標本が使用の目的もなく残されて続けてしまったものと考えられる。

また、胎児等の保存されている施設、環境なども検証したが、その管理体制はきわめて杜撰で、かつ科学性に欠けるものであることが分かった。

この検証の中で最も指摘されるべきことは、国立ハンセン病療養所等における医療倫理感の欠除であろう。中でも医師達の倫理感の欠除には恐ろしいものがあつたし、現在の療養所等にも少なからず影響がおよんでいることである。

### 2. 法的考察

法的考察において重要なことは、胎児等が死産であったか生産であったかによって適用される法律が違ってくることである。まず、死産の場合はその処置の合法性が問われる。1948（昭和 23）年の優生保護法成立前であれば、ハンセン病を理由として人工妊娠中絶等を合法化する法律は存在しない。作製年月日の明らかな胎児等標本の 60%以上は 1948（昭和 23）年 7 月以前に作成されているから、これらの胎児等は、法に基づかない医療行為によって命を奪われたものと考えられる。また、優生保護法成立前も後も、ハンセン病療養所での人工妊娠中絶は直接間接の強制によるものという事実がある。そうであれば、たとえ形式上は優生保護法上の同意を得ていても、任意の同意なき中絶であつて、実質上違法と言うほかない。

一方、生産児であった場合は、娩出後どのようにして生の停止が行われたかが問われる。このことを現時点で推測することはきわめて困難であるが、中には新生児に対して療養所職員による刑法上の殺人が行われていたのではないかと考えざるを得ないケースも存在する。また、

その事実を告発する証言がいくつも存在している。

胎児等の標本化についても当然法律が関与して来る。すなわち、死体(4ヶ月の死胎を含む)を標本にして保存に関しては死体保存法があるのでこれに従う必要がある。4ヶ月以前に関しては医療用廃棄物として扱われる。いずれにしても、標本として残される場合の基本は遺族の承諾であるが、検証の結果そのような承諾書はどの施設にも存在していない。また標本作製の目的は「医学の教育または研究のため特に必要があるとき」であるが、今回の胎児等標本はどちらにもあてはまらない。

## 六 病理標本等に関して

今回ハンセン病療養所の胎児等標本に主たるスポットをあてて検証を行ったが、同様に同じ場所に保存されている病理標本等にも、きわめて大きな問題性のあることが明らかになった。病理標本等には、遺体解剖によって生ずる病理標本と手術などによって生まれた手術摘出材料がある。

まず病理標本に関して長島愛生園、邑久光明園等の報告を検証した。1980(昭和55)年頃まで、両園の園内死亡者数に対する残された病理解剖標本数の比率を計算してみると90%以上となる。すなわち、この頃まで「患者の死亡イコール遺体解剖」という図式が、入所者にほぼ強制的に“当然のこと”として受け入れられていたことが推測される。一般病院では、このような高頻度での病理解剖は到底考えられない。

多磨全生園、邑久光明園などには、病理標本等と並んでたくさんの手術摘出材料が無造作に安置しており、大きなポリバケツに雑然と入れられている。このような場合は個人を識別する情報は往々にして添付されていない。

これらのことを総合すると胎児等標本の問題もきわめて悲惨であるが、外科手術や遺体解剖によって生じた病理標本等もそれに負けず劣らず悲惨で重大である。なぜなら特に遺体の解剖の問題は入所者全員に、長い間いつも重くのしかかっていたことが明白であったからである。幼気ない子どもに入所時「遺体解剖承諾書」に署名させたり、「死亡すれば解剖」という眼に見えない圧力にはきわめて厳しいものがあつた。

## 七 提言

第一に、死因の究明に関する死者の人権は公序であつて私人の意思に左右されない。その趣旨から、胎児等標本のうち生産児の死亡の可能性のある例については、検証結果をもとに在園者、全療協などの意見を踏まえ、厚生労働省が関係当局に対し検視の申出か異状死体の届け出をするよう意見を述べるべきである。

第二に、国立ハンセン病療養所およびハンセン病研究センターは、特殊な機関ではなく他の医療機関と倫理面において全く同様である。胎児等標本はもちろん手術摘出材料に関してもこの際、供養されるべきもの(4ヶ月以上の死亡胎児)は丁重に供養され焼却され、納骨堂等に合祀されるべきものは合祀され、医療用廃棄物に属するもの(4ヶ月未満の死亡胎児)は、特

定の条例がない限り感染性廃棄物としてしかるべく処理されるべきである。

第三に、病理標本等についても個人情報の添付されていない標本は全部、個人情報の添付されているものであっても多くの大学病院等で用いられている CAP（米国臨床病理医協会）の基準にしたがい、10年以上経過したものに関してはこの際正式な手続きを踏み、しかるべき手段をもって処理されるべきである。国立ハンセン病療養所の病理標本等の管理に関しては根本的に見直される必要がある。

第四に、医療倫理面に関していえば、未だになお国立ハンセン病療養所における倫理面での低さは否めない。国立ハンセン病療養所も他の医療機関と全く同様に、医療倫理面における倫理意識の欠落もしくは不足は許されるものではなく、療養所医療そのものの質の低さの許されないのと同様に、倫理面での改善は当然要求されて良い。特に医療の中心にある医師達の倫理面での教育は重大な課題である。

なにはともあれ国立ハンセン病療養所等に安置されている 114 体の胎児等標本、多くの手術摘出材料、2000 体をこえる病理標本、これ等は何を物語っているのでしょうか。今日まで、わが国のハンセン病医療にかかわって来たすべての者に対して“何をしたのか”と強く問いかけているのではないだろうか。たとえ、これらの遺体が丁重に供養され懇ろに葬られたからといって、この事実を決して風化させ忘れさせてはならない。

## 16：ハンセン病医学・医療の歴史と実態 #10(1~6)

### 一 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、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国民の責務である。そのためには、私たち一人一人がハンセン病に対する正しい医学的知識を持たなければならない。その際重要なことは、感染症であれ、遺伝性疾患であれ、病気を理由としたいかなる差別も許されないという立場を貫くことである

### 二 ハンセン病とは

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（平成15）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。むしろ社会が務めるべきは、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。

### 三 臨床医学

臨床医学から見ると、ハンセン病はらい菌の感染を受けた個体の一部が、長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、主に末梢神経と皮膚が侵され種々の程度の知覚麻痺や運動麻痺によって身体障害を起こす特徴がある。このため患者たちは数千年来、様々な形の社会的差別や偏見、迫害に苦しめられてきた。疫学的に見ると、ハンセン病の蔓延状態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状態は大きく変動する。ある集団のハンセン病に対する免疫力は、集団構成員の免疫力の総和であるから、免疫力のある構成

員が多い集団では、らい菌が同じように感染しても発症者は少なく、免疫力を持つ構成員が少ない集団では、発症者は多くなる。同じ集団でも社会経済状態が向上すると免疫力を持つ人が増えて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見かけ上の感染力が変化するのは、発症に関係する後天性因子が変動するためである。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。

#### 四 近代ハンセン病医学・医療の誕生と発展

近代ハンセン病医学は19世紀後半のノルウェーで誕生した。当初遺伝病説が有力だったが、ハンセンによるらい菌の発見によって感染症であることが明らかになり、ノルウェー方式と呼ばれる患者の人権に配慮した穏和な隔離政策が国際的に承認された。「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。

このようにハンセン病予防の基本は患者の隔離であったが、ハンセン病に対する医学的知見の増加に伴い隔離政策はより人道的なものになり、隔離の弊害を少なくするために通院治療と入所を併用する方式に変化していった。

ハンセン病の化学療法が確立したのは、1950年代のダプソンによる経口療法で、それ以降ハンセン病は一般病院における外来治療で治す病気になった。また化学療法中の患者は感染源にならないことが証明されたために、諸外国では、1960年代に感染予防のための隔離も全面的に放棄され「らい予防法」も廃止された。予防法の廃止でハンセン病療養所は存立の法的根拠を失ったが、制度の急激な変更は行われず、諸般の事情で社会復帰できない患者のために療養所は閉鎖されなかった。新患は外来通院で治療し、引き続き在園を希望する患者の療養所残留が保障された。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、世代交代が進み普通の村や町に変貌を遂げつつある。

ハンセン病の基礎医学的研究は、1960年代のシェパードによる「マウス足蹠内増菌法」により新しい化学療法剤の開発が容易となり、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、1980年代には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（平成13）年にはらい菌の全ゲノムの塩基配列が解明され、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。全ゲノムの配列が明らかになったことで、らい菌の生存と増殖に関わる

遺伝子の解析が進んでおり、より有効な治療薬の開発などに道が開けた。

疫学的研究の分野では、遺伝疫学による遺伝素因の解明が進むと共に、発病には後天性因子の存在が不可欠であることが証明され、社会経済状態の変化によるハンセン病消長の医学的根拠が明らかになった。また最近の分子疫学的研究の進歩で、らい菌の感染源や感染様式について新知見が蓄積されつつある。

## 五 日本近代ハンセン病医学・医療の誕生と変遷

明治時代に始まった日本の近代ハンセン病医学は、当初多くの優れた研究者を惹きつけたが、1931（昭和 6）年に癩予防法が制定され、続いて無癩県運動が展開されて日本型絶対隔離政策が強力に進められるようになると、研究者の関心も急速にハンセン病から離れ、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。治療については、戦後間もなく日本でもプロミンの画期的な効果が証明され、本格的な化学療法の時代が始まったが、諸外国に比べると経口薬ダブソンへの切り替えが遅れ、患者の社会復帰の遅れにつながった。これ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。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。現在ではWHOの多剤併用療法が基本となっており、少数の再発者を除いて入所者の多くは現在抗ハンセン病薬を服用していない。

ハンセン病以外の疾患については、日本型絶対隔離政策によって療養所医療が一般医療から隔離されてしまったため、絶対的な量的不足と質の低下を招いた。「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が、医療の実態は悲惨なもので入所者の失望は大きかった。貧困な医療と結核などの伝染病のために多くの失われなくてよい命が失われた。

政府は日本型絶対隔離絶滅政策を完遂するために、療養所外医療を基本的に認めなかった。化学療法の普及で社会復帰した 3500 人を越える元入所者や入所しなかった患者に対する医療は、1996 年のらい予防法廃止まで制度化されておらず、多くの入所者が療養所に再入所せざるを得ない事態を招いた。その責任は重大である。

## 17：ハンセン病療養所における精神医学・医療の問題 #10(7~8)

### 一 ハンセン病療養所における精神科医療

#### 1. 二重の差別

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つて、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。

こうした点について、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。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、既に厳しく批判され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。

#### 2. 精神疾患の症状

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、らい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。セバ、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。ペンタジンは園の薬剤費にも響いた。原田三郎医師は鍼による神経痛治療をこころみ、菊池恵楓園におけるペン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、中川善資医師は先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入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。失明が迫ってくる時の不安は激烈なものがあり、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だけでいたというまぐいっていたようである。

最近では、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。中川善資および高橋幸彦医師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。

## 二 ハンセン病患者が受けた心の傷

### 1. なぜ、自殺か

ハンセン病患者が受けた心の傷の深さを知るには、①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）、②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、ここでは自殺につき検証する。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. 統計資料からみた自殺率

療養所入所者の自殺率を（人口10万人対自殺者数）を算出してみると、次のとおりである。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。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。

1909-10年 (159.5)、1911-15年 (0.0)、1916-20年 (25.7)、1921-25年 (81.8)、  
1926-30年 (28.7)、1931-35年 (98.9)、1936-40年 (54.1)、1941-45年 (52.0)、  
1946-50年 (35.9)、1951-55年 (38.8)、1956-60年 (28.4)、1961-65年 (36.4)、  
1966-70年 (48.4)、1971-75年 (22.4)、1976-80年 (29.8)、1981-85年 (52.7)、  
1986-90年 (51.2)、1991-95年 (29.4)、1996-99年 (45.2)

### 3. 日本全体の自殺率

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。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45)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。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が、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(激しい神経痛、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知れない。

### 4. 医師の証言

神谷美恵子「癩に関する精神医学的研究」(1959)では、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であったと記述されている(同『精神医学研究1』[著作集・7]、みすず書房・1981)。ここに1とか2.1というのは自殺者数で、年平均1名および2.1名の自殺者数ということからみて、長島愛生園では1932-1947年に34名、1948-1957年に10名の自殺者がでたことがうかがえる。神谷はまた長島在園中の非入院患者230名に行った文章完成テストから、230名中160名が病名を知って恐るべきショックを受け、うち約20%(全体の14%)が自殺を考えたとしている。長島愛生園および邑久光明園で精神科医師として勤務したことのある精神科医の高橋幸彦によれば、面接で話を聞くことができた入所者の三分の一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される。

### 5. 回復者の証言

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。この13名は比較的活動的であった方が多いが、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と答えている。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、病苦が3名（このうち1名は特に手が悪いこと）、病苦と将来への希望が持てないこと、病苦と夫からの虐待（それも病気に絡んでの虐待）、病苦と社会的に大変な病気が各1名ということであった。

## 6. 入所者に対する被害実態調査

検証会議が実施した被害実態調査の聞き取りで、発病がわかって思ったことなどを自由に語ってもらったところ、613名のうち77名（12.6%）が「死」や「自殺」を口に出している。あえて言葉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と推測される。自殺を思いとどまらせたのは多くの場合、身近な家族だが、なかには逆に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。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、回答者のうち約9割が見聞したと答えている。療養所が自殺の事実を隠していたのではないかと疑う人もいる。自殺の動機としては、ハンセン病による神経痛のつらさや、うつの傾向のほか、肉親との確執なども挙げられている。

## 7. まとめ

療養所在園者の自殺率は、日本の自殺率のほぼ倍に近い。検討会の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。被害実態調査の回答等も勘案すると、在園者の自殺率は日本の自殺率の3倍ぐらいだったとも推測できる。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。入園前の自殺者もかなりの数に上っていると推測される。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であろう。これらはいずれも、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

以下では、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、一、入所者に対する生活満足度・過去の体験・現在の状況に関する調査、二、療養所園長に対する療養所の精神医療の現状についての調査、三、勤務している精神科医に対する療養所の精神医療の現状についての調査、四、入所者に処方されている向精神薬に関する調査を行った結果を紹介する。このうち、一～三の調査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. ハンセン病療養所入所者に対する調査

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・精神状況について調査した。

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、得点

が高いほど主観的 QOL がよいと判定される。

入所者よりインフォームドコンセントを得て、無記名調査票を使用した。

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、合計 758 名（平成 14 年 5 月 1 日現在入所者数：1,861 名）より調査票を得た。

回答者は平均年齢 74.0 歳、入所時 20.9 歳、入所年数 50.2 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 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、年齢が高くなるほど有意に得点が高かった。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。

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。「在郷家族と関係を持っていない」と「入所中に死のうと思ったことがある」が「低い生活満足度」と有意な相関を示した。

## 2. ハンセン病療養所園長に対する調査

療養所園長に対しては精神科医の必要性について調査した。

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。

このうち 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 1945（昭和 20）年から 1989（平成元）年の間であった。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。

## 3. ハンセン病療養所に勤務する精神科医に対する調査

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（世界保健機構：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、精神障害によらない問題行動の対応について調査した。

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、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。

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、非常勤が 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%）、1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が在籍者の2.7%、うち老年期痴呆が2.5%、F1精神作用物質使用による精神・行動障害が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1.8%、F3気分障害が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0.7%、F6成人の人格障害および行動の障害が0.05%、F7知的障害が0.2%、Fコード以外がてんかん0.1%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。

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、4療養所で所内の介護員等のマンパワーで対応、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。

療養所に勤務す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入所者自治会が）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。

#### 4. ハンセン病療養所における向精神薬処方への調査

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、向精神薬の処方について調査した。

対象は全処方薬剤が把握できる長島愛生園在籍者465名で、2004（平成16）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、同年同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解析した。

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人であった。向精神薬の種類別にみると、睡眠薬が最も多く在籍者の40.0%に処方されており、次いで、抗不安薬が25.4%に処方されていた。

向精神薬の組み合わせにより「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」に分類した。興奮・問題行動群は在籍者の7.5%、うつ群は4.3%、てんかん群が2.2%、不眠群は24.1%、不安・イライラ群は17.0%であった。

今回の調査で興奮・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。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。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。

## 5. まとめ

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。

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。

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。

## 四 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

### 1. 国の体面から始められた点で共通

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。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。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、精神分裂病は不治であるとする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負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。

### 2. 国・公立のハンセン病療養所に対し、私立の精神医療

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。これらがハンセン病療養を公営のものとさせた要因であろう。他方、精神病患者はかなり多数で、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。

### 3. 戦後の新薬の登場後も変わらなかった政策

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。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ても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。

### 4. 著しく切り下げられた療養慰安費あるいは日用品費

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。

### 5. 優生保護法による大きな被害

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。彼らが公正な裁判を受ける機会を奪われ、冤罪を被ったことは、日本における病いに対する差別の深さを物語る。ハンセン病にあつては1951（昭和26）年の藤本事件がそれであり、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。島田事件で死刑が確定した赤堀政夫は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、同様の動きが出ることは必至であろう。

## 6. 患者運動

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は、今回の心身喪失者等医療観察法においても、その制定に向けた強力な推進力となった。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、大谷藤郎がいる。

## 7. 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、患者に何をもたらしたか。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と、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。ハンセン病療養所は終生入院が原則であったといつてよい。両者ともに社会から切り離され、回復しても帰るべき所を失うことになった。

## 8. 一般社会が得たもの、失ったもの

それでは、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何を得たのかもしれない。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も、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。むしろ、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。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。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。今の日本にとって実に大きな課題である。