

第四 1953年の「らい予防法」

第2 強制隔離の強化拡大の理由と責任

一 「全患者」収容政策の実現と「日本国憲法」体制

1. 増床計画—8000床を1万3500床へ—

1) 具体的経過

ハンセン病問題をめぐる動きのうち、敗戦から昭和28年法の制定までの主だったそれを挙げると、次のようになる。

1947（昭和22）年

8月、特別病室事件の報道。

同月、衆議院厚生委員会で栗生楽泉園問題が議題として取り上げられる。

同月、厚生省の調査団の現地派遣（9月には国会の現地調査団）。

10月、愛知県で戦後の「無らい県計画」がスタート（昭和25年3月まで）。

11月、厚生省医務局長の「治療としての全患者の収容を国策として取り上げる」旨の国会答弁（軽快者の退所を認める意思も表明）。

1948（昭和23）年

5月、厚生大臣が栗生楽泉園で「特別病室、監禁室ともに使用しないが、無断外出は厳禁」の旨を言明。

同月、優生保護法の制定による断種の合法化。

10月、多磨全生園でプロミン獲得促進委員会の結成。

1949（昭和24）年

4月、プロミンの予算化（6000万円）の実現。

6月、所長会議で光田らが軽快者の退所にも懲戒検束の撤廃にも反対の決議。

9月、5療養所患者連盟による衆・参両院議長等への最初の大々的な文書による陳情（慰安金並びに患者作業慰労金の増額）運動

1950（昭和25）年

1月、栗生楽生園殺人事件が発生。

2月、衆議院厚生委員会で光田らが患者取締りの強化を主張。

同月、厚生省は医務局長通達122号で「患者懲戒検束規定」は憲法違反でないことと、同規定の取扱いについて指示。

3月、刑政長官の「新憲法下でもライ予防法施行規則（懲戒検束規定）により必要な限度で懲戒処分を行うことは適法である」旨の答弁。

6月、朝鮮戦争が勃発。

8月、厚生省は全国らい調査を実施（推定患者数は1万5000人、このうち入所患者数は1万100人、未収容患者数は2526人）。

同月、厚生省は全患者収容とそのため増床（昭和26年度から昭和28年度までに5500増床）の方針を打ち出す。

1951（昭和26）年

2月、多磨全生園で「全癩患協」（昭和28年4月から「全患協」）発会式。

8月、藤本事件（ダイナマイト事件）発生

11月、参議院厚生委員会「らい小委員会」で林・光田・宮崎の3園長が「らいに関する件」で参考人として証言（自治会運動への激しい敵意を示し、患者の完全収容、そのための強制権限の付与、懲戒検束権の維持・強化、無断外出に対する罰則規定の創設などを主張）。

同月、光田が文化勲章受賞。

12月、菊池恵楓園において医療刑務所の建設に着手。

1952（昭和27）年

6月 らい予防協会を「藤楓協会」に改組。

同月、厚生省医務局長通達により「一時帰省」を正式に承認。

7月、藤本事件（殺人事件）発生。

10月、全癩患協「癩予防法改正促進委員会」発足。

11月、栗生楽泉園で所内結婚に当たって慣行として行われてきた優生手術の強制が廃止。

同月、長谷川衆議院議員の「現行法は多くの疑義がある」との質問に対する吉田首相の「憲法に抵触しないし、懲戒検束も可能。治癒による退所は当然のことで規定せず、伝染力は相当強い」旨の答弁書。

1953（昭和28）年

2月、長谷川議員から全癩患協へ説明（「改正法案は厚生省で立法したい」旨の申入れがあり、議員立法を断念）。

同月、政府提案の「癩予防法」改正案が「バカヤロー解散」で廃案。

6月、全患協「らい予防法案改悪反対総決起大会」開催。

8月、「らい予防法」成立。

9月、国立療養所長宛厚生事務次官通知「らい予防法の施行について」（外出規制、秩序の維持）。

→「患者療養心得」

医務局長通知「らい予防法の運用について」（外出許可に当たって必要な措置など）。

知事宛の次官通知「らい予防法の施行について」（入所の説得・勸奨など）。

2) 「全患者」収容は戦前ではなく戦後において実現

上に見たような敗戦後の動きで注目されるのは、「全患者」収容が実現されたのは戦前ではなく戦後だったという点である。

1930（昭和5）年10月、内務省によって発表された「癩の根絶策」（20年根絶計画、30年根絶計画、50年根絶計画）は、「癩予防法」の制定（1931（昭和6）年4月公布）によって根拠法を得た。ただし、同計画が実施に向けて大きく動きだしたのは、制定からしばらく経った後の昭和10

第四 1953年の「らい予防法」

年頃からで、1936（昭和11）年2月、官公立「らい療養所」所長並びに所属府県衛生課長会議は「らい根絶20年計画」を公表し、その第1段階として昭和11年度から10年間に患者1万人の収容施設整備拡充を決定した。もちろん、これには、日中全面戦争に突入（1937（昭和12）年7月）、太平洋戦争の勃発（1941（昭和16）年12月）というような戦時体制の進行が大きく関わっていた。これらにより、1万人収容（療養所の収容定員8000床）が実現されることになった。

しかし、それは、光田らが主張した「全患者」収容の達成を意味するものではなかった。1950（昭和25）年8月に実施された厚生省全国らい調査によれば、推定患者数1万5000人のうち入所患者数は1万100人、未収容患者数は2526人という結果であった。また、1951（昭和26）年11月、参議院厚生委員会「らい小委員会」において参考人として証言した林多磨全生園長も、「まだ約6千名の患者が療養所以外に未収容のまま散在しておるように思われます。」と述べているからである。

むしろ逆に、敗戦の混乱により、「現住患者」は戦前よりも戦後の方が増加したのではないか。このような指摘も存した。たとえば、愛知県『らいの話』（昭和25）年は、次のように記している。「本県が無らい県運動を展開したのは昭和二十二年であった。らい関係事務が警察部から新設の衛生部に移管された昭和二十二年、県内に於けるらいの全貌を知るため台帳に依って整理をして見ると、・・・現住患者四八四人という数字が出て来た。この数字は・・・昭和十四年の三六〇人よりは一二十四人も多く、前月の救護月報よりは二〇七名も多い。」

そこで、1950年頃、厚生省は「全患者」収容の方針を打ち立て、これに基づき、「全患者」収容を前提とした増床を行い、患者を次々と入所させていった。昭和24年度から昭和28年度までに5500床の増床が実現し、療養所の収容定員は1万3500人となった。1953年（昭和28）年の調査によれば、推定患者数は約1万3800人とされたので、この時点でほぼ全患者の収容が可能となり、増床が終了したことになる。

3) 担い手

収容の担い手について戦後、生じた重要な変化は警察に関わる。患者の一斉調査、強制収容、所内治安維持、そして、ときには療養所の敷地確保など、戦前において警察が果たした役割は大きかった。警察は療養所協議会（1932年1月に第1回協議）の主要構成員でもあり、無らい県運動でも主要な役割を果たした。警察官出身の療養所長も少なくなかった。1907（明治40）年3月に成立した「癩予防ニ関スル件」も、警察医出身の山根正次代議士が提案したものであった。しかし、1947（昭和22）年の警察改革、すなわち「行政警察」の廃止に伴い、ハンセン病関係事務は地方においても警察部（衛生警察）から新設の衛生部（保健所）に移管されることになった。これにより、ハンセン病問題の所管をめぐる戦前の構図、すなわち、中央における内務省衛生局（医師）と刑保局（警察）の「綱引き」と、地方における警察（衛生警察）主導という構図は、表面的には、大きく崩れることになった。

もっとも、戦後においても、社会福祉行政（国の機関委任事務）における行政警察的機能の維持に対応して、警察が水面下において看過しえない役割を果たし続けたことは、戦後の増床計画についての1949（昭和24）年5月19日付けの次のような新聞記事からも明らかであろう。「厚生省は、

三〇年計画で日本からライ病を根絶するためその潜在患者を発見すべく全国的にライの一せいで検診に乗り出した。」「各市町村の衛生官と警官が協力してライ容疑者名簿を作る・・・」。戦後も療養所協議会（療養協議会）が定期的に開催されている点は注目されよう。

ちなみに、伊藤周平『社会保障史・恩恵から権利へ』178頁によれば、戦後の社会福祉行政の行政警察的側面が次のように分析されている。すなわち、大量の失業者、引揚者、物資の絶対的不足といった終戦直後の特殊事情を背景に、社会福祉政策が治安対策的機能をも担った結果、社会福祉行政が行政警察的概念から脱却できなかつたが、このような性格はその後も長く残存し続け、日本の社会福祉行政の大きな特色となつていった。また、社会福祉事務の大半が機関委任事務として取り扱われたために、国の統制が及ぶ範囲がかなり大きかつた、と。

変化の第2は、法務省に関わる。すなわち、厚生省および政府は合憲としたものの、療養所長等による懲戒検束権の行使の人権問題化に伴い、園内監禁室や特別病室に替えて、在園者専用の留置場（たとえば、1952（昭和27）年2月、栗生楽泉園では園内監禁室を改造し、所轄警察署付属の留置場に移管するようとの厚生省通達）、刑務所（1953（昭和28）年3月、恵楓園に隣接する菊池医療刑務所の設置）の整備が図られたことである。もっとも、これらの矯正施設はいずれも「絶対隔離政策」を前提とするもので、憲法上の疑義を内包せざるをえなかつた。しかし、この点に関する弁護士会や法学会などの反応は皆無に等しかつた。

変化の第3は、「無らい県運動」に関してである。患者の療養所への入所を図るという点では、戦前と連続性を有しつつも、客観的な状況の変化に対応して、相対的に異なる性格も帯びることになつたからである。たとえば、「絶対隔離」政策と日本国憲法との乖離を埋めるために、入所勧奨に応じた「自発的な入所」を強調するという性格がそれである。治療目的が強調されている点も同様である。戦前を上回る深刻な被害を患者・家族に発生させたことはいままでもない。

ちなみに、前述の愛知県『らいの話』（昭和25）年では、「我々は新しい明るい日本を築き上げるべき大きな使命を持っている。日本の人を全部此の悲しい病気から守ることの出来る様お互いに協力して戴く様に希望する。」などと述べた後で、末尾で「患者感想文」を掲載しているが、そこでは次のように記述されている。

「治療が早ければ早いほど早く治ることが出来るのは当然だと私はそういうことに気づき愛生園に行く事に決心し親兄弟にその決心を反し涙乍らに入園した。それから二年近くになったが今更乍ら年月のたつた、早いことに驚いて居る、これは毎日が平安に気楽に生活しているからである。」

「無らい県運動」等において日本らい予防協会（1931年3月に設立、1952年6月から藤楓協会）や宗教団体、マスコミなどが果たした役割は戦前を上回るものがある。この点については、本報告書「ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任」を参照のこと。

第四 1953年の「らい予防法」

2. 日本国憲法との接合

1) 光田などと新憲法下の「新官僚派」の動き

戦後の「全患者」収容に関して補足しておかなければならないことは、戦後直後の1947（昭和22）年11月、衆議院厚生委員会において、東医務局長が「最近におきましては、らい治療ということに対して、非常に大きな光明を見出しつつありますから、治療を目的とするところの全らい患者の収容ということ、一つの国策としてでも取上げていくようにいたい」と答弁している点である。「国策としての『全患者』収容」の方針が早くも昭和22年に表明されている点が注目されるが、これにも増して注目されるのは、収容目的として「治療」が強調されており、軽快者の退所を認めるとの意思も表明されている点である。戦前とは異なる動きとして特筆されよう。

もっとも、このような動きは、直ちに光田らによる強い反対に遭遇することになった。1949（昭和24）年6月、国立療養所長会議で、光田らは、軽快者の退所にも懲戒検束の撤廃にも反対を決議した。1950（昭和25）年2月、衆議院厚生委員会で、光田らは、患者取締りの強化を主張した。1951（昭和26）年11月、参議院厚生委員会「らい小委員会」で、光田らは、参考人として証言し、患者の完全収容、そのための強制権限の付与、懲戒検束権の維持・強化、無断外出に対する罰則規定の創設などを主張した。これらがそれである。日本らい学会も、それを支えた。

その結果、厚生省も政府も、光田らの見解に一応、従うことになった。1950（昭和25）年2月、厚生省は医務局長通達122号で「患者懲戒検束規定」は憲法違反でないことなどを指示。同年3月、刑政長官の「新憲法下でも癩予防法施行規則（懲戒検束規定）により必要な限度で懲戒処分を行うことは適法である」旨を答弁。1952（昭和27）年11月、吉田首相の「憲法に抵触しないし、懲戒検束も可能。治癒による退所は当然のことで規定せず、伝染力は相当強い」旨の答弁書。これらの指示や答弁等からも、それは明らかであろう。

問題はその理由であるが、後述するように、新憲法下の医療・福祉政策とそれを担った厚生省「新官僚派」の内包せざるをえなかった限界にもよるが、それだけではない。政党の動き（療養所内外での活動）など、国内政治が及ぼした影響も大きかったといえよう。占領政策の転換も見逃すことはできない。

しかしながら、そのことは、戦後において実現された「全患者」収容が、東医務局長らのそれではなく、光田らのそれであったということまで帰結するものではなかろう。また、両者の対立を強調し過ぎることも誤りであろう。むしろ、戦後の「全患者」収容政策は、両者の側面を必要とした。そして、国は、それらを巧みに使い分けた。その意味では、両者の綱引きは「コップの中の争い」にすぎなかったともいえよう。

2) 収容の論理と日本国憲法

社会保障、特に公的扶助に関するGHQの方針の主眼は、戦前の日本の社会事業が内在していた恩恵的・慈善的な性格を払拭することに置かれた。1946年（昭和21）年2月に発表され、戦後の政策の枠組みの形成を促したとされる「GHQ覚書・社会救済（SCAPIN775）」も、このような方向を明確に打ち出すものであった。

しかし、このようなGHQの方針は、国の採用するところとはならなかった。たとえば、愛知県知事からの「生活の保護を要する状態にある者は、生活保護法により保護を請求する権利を有するか」との疑義照会に対する厚生省社会局長の1949年（昭和24）年3月付けの回答は、「保護請求権は法律上認められず、これは、新しく制定された日本国憲法とも矛盾していない」という旨のものであった。このような「憲法25条プログラム規定」説は、その後、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。日本国憲法は13条で「個人の幸福追求権」を規定し、また、25条で「国民の生存権」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。

それは、「国立」療養所への「全患者」収容の主要目的の一つとされた「治療」に関しても同様であった。入所者等による直接請求権は否定され、そこでも国の政策による反射的利益の面が強調された。「全患者」収容政策は、このような「主体の客体化」を通じて、日本国憲法の「文化国家」「福祉国家」の理念と接合された。

これによれば、「治療」を療養所内に限定することも可能となり、この限定を通じて、「治療」の充実が、「全患者」収容政策の廃棄ではなく、むしろ反対に、同政策の強化に接続せしめられることになった。大きな成果を上げたプロミン予算獲得闘争もこのような悪循環を断ち切るまでにはいたらなかった。

3) 「国民」概念の役割

日本国憲法の下、「国立」療養所への収容は、「国民」への新たな包摂を意味した。日本国憲法が規定する主権者としての「国民」、基本的人権の享有者としての「国民」がそこでも貫徹されることを入所者は期待した。しかし、現実に待ち受けていたのは、「国民」からの「排除」に等しいものであった。「治療なき治療」、「福祉なき福祉」がその実態だったからである。裁判所の裁判を受ける権利や適正手続保障なども無視された。

ところで、小熊英二『<日本人>の境界』640頁は、国民国家における包摂と排除に関わって、次のように指摘している。

「マイノリティの人々が『国民としての権利』を期待して、国民国家への包摂を指向することを、いちがいに非難することはできない。だがそこで問題なのは、現実においては、為政者が期待する『国民』と、包摂される側が期待する『国民』では、しばしばずれが存在することである。・被支配者側が『日本人』化を指向したさいには、国民としての権利をそこに期待した。だが支配側の多くは、もっぱら国家と天皇へ忠誠を誓う国家資源という意味で『日本人』という言葉を使用した。そして、被支配者が忠誠心を示すことでまず『日本人』であることを立証してのち、『日本人』としての権利を付与するか否かは別個に考えるというのが、その論理であった。」

日本国憲法の下でも、「国立」療養所は、依然として、「排除の場」であり続けた。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」、「文化日本」、「健康の日本、無病の日本」の犠牲

第四 1953年の「らい予防法」

者となった。もとより、そこでは、強制された「犠牲」ではなく、自発的な任意による「犠牲」が虚構された。それは、上述した「患者感想文」の中の次のような記述からも容易にうかがい知ることが可能であろう。

「私は今瀬戸内海の小島で悪病と戦いつつ希望と感謝の生活に明るく楽しく暮らして居る病者です。」「私達も文化日本の建設に些かの貢献をしているものと思っております。私は願くば健康の日本、無病の日本の礎となっても皆様の五体をお守りしたい覚悟です。」

3. 権利運動と昭和28年法

1) 権利運動

戦前は、「強制」収容から逃れるという消極的な対応がもっぱらで、本妙寺部落指導者の重監房収容（1940年（昭和15）年7月）など、「不穏患者」の取締りの必要性が強調されたものの、国の政策に対する組織的な反対運動はなかったといえよう。これに対し、戦後は、全患協をはじめとして、国の政策に対する組織的な反対運動が形成されることになった。たとえば、次のような動きがそれである（昭和42年以降は省略）。もちろん、それは、自己の権利主体性を回復ないし獲得するという意味において、優れて護憲運動でもあった。「国民」からの「排除」が、このような権利運動を必然化させた。

1947（昭和22）年

8月、楽泉園で第1回の患者大会開催および人権闘争。

10月、全生園でプロミン獲得促進委員会設置。

11月、楽泉園で療養協議会（職員および患者）設立。

1948（昭和23）年

1月、5療養所患者連盟（星塚、菊池、駿河、東北、松ヶ丘）発足。

6月、全国らい患者プロミン予算獲得闘争委員会設置。

1949（昭和24）年

全国らい療養所患者生活擁護連盟発足。

1951（昭和26）年

1月、全生園内に全癩患事務局を設置。

2月、全癩患協（1953年4月から「全患協」）発会式。

1952（昭和27）年

10月、全癩患協「らい予防法改正促進委員会」発足。

1953（昭和28）年

6月、らい予防法改正促進患者大会開催と法改正反対闘争。

1954（昭和29）年

4月、菊池恵楓園保育所龍田寮児童通学拒否事件発生。

5月、藤本松夫を救う会が募金活動を活発化。

1957（昭和32）年

8月、藤本事件で上告棄却。

9月、救う会への賛同と資金カンパの訴え（昭和33年3月8日に「救う会」発足）。

1959（昭和34）年

11月、ハンセン氏病政策に対する研究委員会（楽泉園）設立。

1960（昭和35）年

11月、全患協は法務大臣に嘆願書（藤本）を提出。

1961（昭和36）年

2月、楽泉園で患者処遇に関する研究会（所内の再編成についての試案、無菌者の退園を前提とした処遇など）開催。

1962（昭和37）年

9月、藤本松夫が福岡拘置所で処刑（21日に抗議集会）。

1965（昭和40）年

2月、全患協「療養生活研究委員会」設置。

1966（昭和41）年

1月、第5回同全国委員会で「ハンセン氏病の未来像」を持ち寄り、討論。

2月、同委員会による「強制隔離収容の被害実態」アンケート実施。

8月、第7回同全国委員会で「将来の療養所像」をまとめる。

2) 権利運動への対応

このような運動に、光田ら、園側は激しい敵意を示した。たとえば、1951（昭和26）年11月、参議院厚生委員会「らい小委員会」で参考人として証言した光田は、次のように述べている。

「療養所の中にいろいろ民主主義というものを誤解して患者が相互に自分の党を殖やすというようなことで争いをしているところがございますし、それは非常に遺憾なことで、患者が互に睨み合っているというようなことになっておりますが、これは患者の心得違いなのでありますが、..このような療養所の治安維持ということについて、いろいろ現状を調べましたり、強制収容の所をこしらえたり、各療養所においてしておりますけれども、まだまだこれが十分に今のところ行届きませんので、こういうようなことをもう少し法を改正して闘争の防止というようなことにしなければ、そういうような不心得な分子が院内の治安を紊し、そうして患者相互の闘争を始めるようなことになるのでありますから、この点について十分法の改正すべきところはして頂きたい・・・。」「逃走罪という一つの体刑を科するかですね、そういうようなことができればほかの患者の警戒にもなるのであるし、.. 逃走罪というような罰則が一つ欲しいのであります。それは一人を防いで多数の逃走者を改心させるというようなことになるので、それができぬものでしょうか。」

第四 1953年の「らい予防法」

光田らは、入所者の権利主体性を認めず、あくまでも恩恵、慈悲の対象にとどめようとした。懲戒検束権の維持や、無断外出に対する罰則規定の創設などを主張し、これによって自治会運動などを抑圧しようとした。このような光田らの主張は、前述したように、国の支持するところとなったが、これには当時の政治状況が大きく与ったといえよう。

権利運動への対応の意味としては、療養所の内と外との分断を図り、権利運動に対する一般国民の支持の拡大を阻止するという点があげられるが、「無らい県運動」などが国民に深く根付かせた「ハンセン病が恐ろしい伝染病でありハンセン病患者が地域社会に脅威をもたらす危険な存在である」という認識が、これに大きく寄与した。この点についても、光田は、国会で、次のように証言した。

「神経癩であろうと、癩と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に考えるのであります。」「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ませんのでありますけれども・・・、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・・・、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、又ひどく破壊が起るのであります。現在の有力なる治療でも再発を防ぐということはなかなか私は難しいように思うのであります。」

「国立」療養所における「特別権力関係」を維持するために、社会に対し正確な医学的情報を提供するという専門医の役割を放棄し、反対に国民に「恐怖」と「偏見」を煽ったといえよう。

3) 昭和28年の法改正

「患者」収容という観点から見た場合、注目されるのは、昭和6年法と昭和28年法とでは、その役割に大きな相違が存するという点である。昭和28年法の場合、昭和6年法と異なり、増床計画を実施するための根拠法という性格をもたなかったからである。

前述したように、長島愛生園の開設を契機として、1930（昭和5）年10月、「癩の根絶策」（20年計画、30年計画、50年計画）が内務省によって発表された。1万人収容が20年計画の内容とされた。この1万人収容計画の根拠法となったのが、1931（昭和6）年に公布された「癩予防法」（法律第58号）であった。しかし、同計画が実施に向けて大きく動き出したのは、しばらく経った1935（昭和10）年頃からで、戦時体制が進む中、1万人収容（8000床）が実現することになった。この昭和6年法の下、厚生省は、1950（昭和25）年頃、「全患者」収容の方針を打ち立て、これに基づき、「全患者」収容を前提とした増床を行い、患者を次々と入所させていった。昭和24年度から昭和28年度までに5500床の増床が実現し、療養所の収容定員は1万3500人となった。1953（昭和28）年の調査によれば、推定患者数は約1万3800人とされたので、この時点でほぼ全患者の収容が可能となり、増床が終了したことになる。そして、「全患者」収容がほぼ実現を見たこの年、1953（昭和28）年8月に、「らい予防法」が制定されたからである。

それでは、いかなる目的をもって、昭和28年法が制定されたのであろうか。結論的にいえば、権

利運動に対抗する、あるいは権利運動に基づく法改正に対抗するという側面が強かったといえよう。「全患者」収容政策など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、それである。同法が廃止された場合、「国立」療養所の法的な存立根拠が失われ、入園者の生活の基盤が根こそぎ奪われることになるとの園側などの意図的な宣伝も、権利運動に基づく法改正の牽制に大きな効果を発揮した。

法制定直後の1953（昭和28）年9月には、一連の通知、すなわち、国立療養所長宛厚生事務次官通知「らい予防法の施行について」（外出規制、秩序の維持）、医務局長通知「らい予防法の運用について」（外出許可に当たって必要な措置など）、知事宛の次官通知「らい予防法の施行について」（入所の説得・勧奨など）が出されている。このうち、次官通知をみると、秩序の維持についても、入所者が当然に守るべき事項を「患者療養心得」において定め、飲酒、風紀をみだすような言動等の禁止、物品の持ち込み、持ち出し、文書、図画等の配布、回覧、掲出の制限などのほか、私生活にわたる事項も事細かに規制していた。1955（昭和30）年の「庁舎管理規定」なども同様で、自治会運動などの規制が強く意識されていた。

その後、権利運動に対する国側の対応はハードからソフトへ転換するが、この転換を象徴したのが、1957（昭和32）年の光田の園長退職であった。

二 戦後の「全患者」収容政策に果たした保健所の役割

1. GHQの勧告

1947年のはじめ、GHQ/SCAPは政府に対して、公衆衛生サービスを治療だけでなく、予防対策を含む方向へと拡大し、基本的公衆衛生機能をさらに充実させるために、保健所の再編成を立てるべく次のように勧告した（『GHQ日本占領史 22 公衆衛生』23頁等参照）。

【資料IV-1】保健及厚生行政機構改正ニ関スル件（1946年5月11日AG323・31 SCAPIN945 終連經由）

一、1945年9月22日附覚書及1946年2月27日附覚書ヲ以テ指令セル通り、日本帝国政府ハ保健及厚生ニ関スル緊急事態ニ対処スル為左ノ行政機能遂行ノ目的ヲ以テ保健及厚生行政ノ機構ヲ直チニ改正スベシ。

イ、衛生局 之ガ責任事項ハ、公共衛生（母性、小児及成人ノ衛生）衛生教育、人口統計及栄養ノ各事項

ロ、医療局 之ガ責任事項ハ一般事項（医事、教護計画）、病院の行政、療養所ノ行政、医務、薬務（配給）、製薬（細菌学的製剤ヲ含ム）及薬品ノ適正化トス。

ハ、予防局ヲ新設スベシ、之ガ責任事項ハ衛生工事、急性伝染病ニ関スル事項トス。

ニ、社会局 之ガ責任事項ハ公共援護、公共厚生ニ関スル事項並ニ右ノ事項ヲ遂行スルニ要スル資材ノ入手及処理ニ関スル事項トス。

第四 1953年の「らい予防法」

- 二、厚生省ノ其ノ他ノ機能及ビ現ニ主管セル事項中、前記諸項ニ該当スルモノ以外ハ、本覚書ニヨリ何等影響セラレルコトナシ。但シ将来ニ於テ考慮セラレルコトアルベシ。
- 三、日本帝国政府ハ地方庁ニ衛生部及厚生部ヲ設置スベシ。右二部ノ機能ハ、厚生省機構改正ニ関シ、本覚書第一項中其ノ綱要ヲ指示セルガ如キ機能ヲ含ムベク、公共衛生及厚生ニ関スル事項ヲ処理スベシ。
- 四、本覚書関係事項ニ関スルハ能フ限り、地方庁其ノ他地方官庁ニ於テ管掌スベク、政策ニ関スル事項、技術的事項並ニ衛生及厚生活動ノ統合ニ関スル事項ハ、中央政府ノ管掌トスベシ。
- 五、本覚書ニ基ク機構改正ハ、日本議会ノ手続ニ抛リ変更セラルベシ。

最高指揮官代理

高級副官部 高級将官副官

准将 B・M・フィッチ

【資料IV-2】保健所機能の拡充強化に関する件（1947年4月7日 PHMJG 16 APO 500 連合軍総司令部公共衛生福祉部）

上記の基本指令（SCANPIN48「公衆衛生対策に関する件」、同 945「日本帝国政府の保健及厚生行政機構改正に関する件」）に掲げられた諸政策を促進して、日本の公衆衛生上の諸問題に有効適切に対処する目的を以て、次の措置を要望する。即ち、厚生省は日本の全保健所について、公衆衛生に関する適切な活動力を得確立すべきこと、而してこの場合、本来保健所の取扱ふべき下記事項について行政事務並にその実施に必要な予算、施設、人員及び機構を整備すべきこと。

- a. 公衆衛生看護事業
- b. 母子衛生
- c. 人口動態統計
- d. 細菌検査及各種試験検査
- e. 口腔衛生
- f. 栄養改善事業
- g. 上下水道環境衛生及食品衛生
- h. 衛生教育
- i. 医療社会事業
- j. 伝染病予防
- k. 性病予防（診断治療を含む）
- l. 結核予防（同）

公衆衛生福祉部長

クロフォード・エフ・サムス大佐