

ハンセン病問題事実検証調査事業  
第19回検証会議・第15回検討会 合同会議

2004.6.27(日)

【金平座長】 どうもお待たせいたしました。時間を過ぎてしまって申しわけございません。

それでは、本日第19回の検証会議並びに第15回の検討会の合同会議を開催いたします。私ども検証会議といたしましては、今年の4月に、2003年度の検証会議の報告書を取りまとめて、厚労省の方に提出いたしました。また、この2004年度、一応最終年度にあたりまして、それぞれ鋭意、それぞれの分野で検証並びに調査をお願いしているところでございます。また、私ども、実態調査を国立療養所全園でいたしましたけれども、これのまとめも現在進めております。そのほか、最終報告に向けての取りまとめも視野に入れながら、今この検証会議が進められておりますが、今日は、久しぶりに東京に戻ってきて、合同会議ということになりました。どうぞ最後まで、よろしく願いいたします。

それでは、今日の会議は議事でございますように、まず第1番目には、2004年度の報告書に向けてということになっております。私ども今日の検討会の各委員の皆様方が、それぞれの検証、研究のテーマを持って進められておりますけれども、現時点における最終報告に向けての現状のご報告を、まずお願いしたいと思っております。お手元にレジюмеが出ておりますので、それをごらんになりながら、まず最初に4人の委員の方たちに、おのおの20分ないし30分ぐらいお話をちょうだいして、これについても少し討議をしながら、その後そのほかの検討会の方々から5分ないし10分ぐらい研究の報告をお願いしたいと思っております。

では、順序はこちらで勝手に決めさせていただきましたけれども、まず佐藤先生に、米国におけるハンセン病政策の変遷ということで、お話をお願いしたいと思っております。順序としては、次に窪田先生、岡田先生の順序でお願いいたします。松原先生、4人目をお願いいたします。

【佐藤委員】 ご紹介ありがとうございます。東京大学の佐藤でございます。私に与えられた題の1つが、ハンセン病政策、隔離政策の国際比較、国際的な観点からの検討ということでございます。国際と申しますと、WHOなどの国際機関のリコメンデーション・レポートというものがよく引き合いに出されるわけでございますが、通常、政策主体になるのは、国以下のレベルの行政主体でございまして、実際に政策がどのように考えられ、行われてきたのかというような過去の経緯を明らかにして、日本との比較の材料とする、つまり、普遍的な問題の抽出であったり、日本の特殊な状況を、1つはそういった検討から得られないかということをご期待しているわけでございます。その点において、特に、後ほど再発防止ということで恐らく議題に上がるかと思っておりますが、公共政策すべからくそうでございますが、特に、医学の中でも公衆衛生という公共政策にかかわる部分においては、

古典的な感染症の対策、防疫に始まる警察国家、ポリス・ステートというもののあり方から始まり、それから現代の福祉や富の配分にかかわる市場に対する政府介入に至るまで、公権力の行使や、平等、人権といった問題と深くかかわっているものですから、こうした問題を念頭におきながら、1つには法制度とその運用、2番目にはハンセン病の問題でございまして、疾患の管理という点からの隔離と治療のあり方、それから3つ目は、お互い関連し合っておりますが、療養所というものの存立とその運営のあり方、4つ目にはそういったもののバックグラウンドとなる政策の議論のされ方、政策決定の仕組み、それから最後に、先ほどの予防という観点からも検討が必要かと思われまますが、このように、市民権を制限するといったような政策手段がとられる場合の審査の方法や考え方、あるいは不服審査の制度や運用という課題を念頭に置きながら、米国の歴史を見ることを意図した次第でございます。

お手元の資料の冒頭に書いてございますが、米国のケースを考えまして、その中で幾つか日本との関連で非常に興味深いと思われるところは、米国におきましては、ハワイ領、その後ハワイ州になりますが、そこに、クリオン療養所の置かれたフィリピンもまた米国領となりましたが、絶海の孤島であるモロカイ島カラウパパに隔離収容所が置かれた。それから、本土内では、ルイジアナ州カービルという土地に国立のらい療養所が設置されて、現在まで名前、形を変えて、それが存続していること。それから、ハンセン病の治療あるいは公衆衛生的な対処の仕方には、1941年に臨床応用が始まりましたスルホン薬、プロミンをはじめとする薬剤が、画期的な革命をもたらしたと言われておりますが、まさにその知識が得られて、臨床応用が始まった国であること。それから、戦後特に、米国の医学あるいは政策というものが、国際機関及び日本に強く影響を及ぼし得たことというふうな観点から、米国の事例について考えてみることは重要ではないかと考えた次第でございます。

簡略でございますが、お手元の資料をごらんになりながらお話しをさせていただければと思います。米国において、ハンセン病政策は、まず州の方の対策から始まっておりまして、1860年代あるいは70年代のころに、ハワイ州の政府による検疫と隔離の開始が、非常に初期のものとして知られております。ハワイ州におきましては、ハワイ島、オアフ島など、現在でも多くの方が住む島とは別にモロカイ島という島がございまして、その中でも高い断崖や山に囲まれて、あまり人が行き来しないカラウパパという土地に、ハンセン病、らい患者の居住施設がつくられました。それとともに、オアフ島の方にも受け入れ施設や診断施設がつくられたというのが、初めの取り組みでございます。そういった報告を、連邦政府が受けまして、連邦政府の方でもハワイ州の隔離措置のバックアップをするため、1905年に法律を制定いたしまして、ハワイ州の患者居住地の一部割譲を受けるとともに、医務総監がハンセン病の調査資料目的として施設に入所させる権限を定めております。同時に、これは1990年代の半ば過ぎまでずっと続いておりますが、ハンセン病が危険な病気であるということを前提にして、療養所あるいはその関連施設で働く就業

者に、危険手当として通常の給与の半分をさらに上乘せするという法制度が導入されました。

米国本土におきましては、本土全体で大きな問題になることはあまりなかったのでございますが、フロリダ、テキサス、ルイジアナなど、メキシコ湾岸の州では、以前からハンセン病の存在が知られております。特に、ルイジアナでは、北欧からの移民、カナダからの移民とも関連がございますが、その中でハンセン病が比較的多いことが知られておりました。1894年にルイジアナ州の政府が、カービル、もともとプランテーションの土地でトウモロコシ畑とかが広がっていたところで、あまり人の行き来がないところでございますが、そこに州のらい療養所を開設いたしております。1922年までに、各州政府の取り組みによって、米国18州及びその他の地域で、検疫対象、報告義務のある疾患に指定されました。

その後、連邦政府もハワイ州の取り組みあるいは各州からの活動の報告を受けまして、専門家委員会を組織して、連邦としての取り組みが何らか必要であろうという議論を開始いたしております。特にその中でも、1916年の上院公聴会では、ハンセン病が本土において増加傾向にあり、疾患の撲滅、予防に唯一の手段が隔離であること、それから、社会の中で偏見が多く、人道的に見てもあるいは経済的な見地からも、対策としては国立の療養所を設置する以外に、選択肢はなかろうという決議が出されまして、翌1917年に米国議会が国立療養所の設置法律を制定しております。

この法律によりますと、ハンセン病罹患者の介護、治療のために、国立の療養所を設置すること、それから、医務総監が省令規則を定めて、介護、拘置、治療のために出頭した者、これはみずから出頭した者という意味ですが、それから、検疫法のもとに拘束された者、それから、基準は明確ではございませんが、保健当局者によって、療養所に入るべきであると判断された罹患者のいずれも、収容が可能であると定められました。それから、先ほど申し上げたように、ハワイの場合の法律と同様に、療養所の就業者には、通常の1.5倍の俸給を支給するということが定められております。同年には、療養所の運用規則が定められて、これには診断、入院手続、退院基準、退院後の経過観察の方法などが定められております。この規則には、患者の外出を禁じ、異性との交流を禁止することが含まれております。そのほか、実際面で当時の記述を見ますと、友人、親族を困らせないようにということで、入所時に新たな名前を選ぶように要請をされ、また選挙権は付与されておられません。それから、1930年から45年の時期の入院患者で、自発的に入院した者は15%程度。20%は超えないであろうといわれております。ほとんどが強制的な入院であったというふうなことが、うかがい知れるかと思えます。療養所から外へ鉄条網にぐりぐりと穴をあけて出る者もいたようですが、そうした者は、公式な裁判を受けることなく、療養所内の監獄と呼ばれる地区に収容されたというふうなことも、記載がございます。

このようにして、戦前の療養所が設立され、運用されていたわけでございますが、戦中・

戦後期になりますが、プロミンをはじめとした薬が導入されて、治療法あるいは感染に対する考え方が変わってからどうなったのかという点が、大きな課題かと思います。プロミンをはじめとするスルホン薬は、カービルの国立療養所長によって、1941年に実験的応用が開始されております。当初は、二次的な感染症、らい菌自体に対する効果というよりは、ほかの感染症に対する効果が期待されて、実験が始められたようでございますが、その後1年、2年のうちに、ハンセン病自体に非常に効果がありそうだということで、使用する医者の方も目をみはるという状態であったということです。1941年から数年して、2、3年、1944年、5年、またそれ以降、療養所のスタッフによって、スルホン薬の有効性についての報告が、たくさん出回るようになってきております。

ところが、ほとんど同時期となりますが、それに少しおくれて、1944年の公衆衛生法が制定されたときには、その中のハンセン病に関するセクションでは、基本的に以前の考え方を踏襲しております。すなわち介護、拘束、治療のために、みずから出頭したハンセン病患者、公衆衛生局が必要と認めた患者、あるいは、各州の衛生部局が公衆衛生局の治療が必要であると認めた患者は、公衆衛生局の病院に入院させる。拘束、治療のために必要な場合には、強制的措置を講ずると定められたものとなっております。その後、専門家委員会をつくる必要があるということで、審議会が政府内に設置されまして、その中で議論が行われ、外来治療を始める必要があるということで、これは法律に基づいたものではございませんが、ルイジアナ州ニューオーリンズで、実験的な外来プロジェクトが開始されております。

この時期、1940年代の終わり、プロミンの使用が開始されてその有効性が知られ始めたところでございますが、このころの専門家の意見を当時の公文書、公聴会、あるいは幾つかの医学文献から拾ってみますと、感染可能例の隔離は必要であるというふうに考えながらも、画一的な隔離、すなわち感染の危険があまりないと考えられる例には、隔離をする必要がないだろうという意見が、徐々に始まっております。

しかしながら、判別が困難な症例などでは、基本的にまず療養所に移送して経過を観察し、その後どうするかを考えるというのが、実際のところ行われていた様子でございます。ただし、すべての医者がそのように考えていたわけではなくて、医師の中には、あるいは役所を退役した者の中には、もしも感染性に疑問の余地があれば、その余地は患者の自由に資するように用いられるべきであるというふうに、原則的にとにかく一度収容して評価するという考え方に対して、あやしいところがあれば収容しない方針でいく方がよいのではないかという意見が出されていたということも、述べておきたいと思っております。

その後、1948年に、薬の治療効果も知られ始めて、療養所の方では、感染期にある患者でも患者の家族が経済的に受療支援が可能であり、あるいはカービルの方に定期的に治療、あるいは状態の報告を行うような主治医が見つければ、自宅あるいはその近隣で、治療を継続してもよいと運用方針が改正されております。実際には、これに相当した患者さんは非常に少数で、このような方針が出されても、1年、2年に1人、2人というふう

な状態であったということでございます。他方、法律の改正でございますが、専門家の中には、あるいはお手元の資料には、退役軍人のリライという方と、それから全米の身体障害者連盟の方の、2つの名前がございますが、前述の方の退役軍人の方は、タイ、フィリピンをはじめ、海外のらい療養所の経験がおありの方で、こうした方を中心にして、ハンセン病に関する法律、公衆衛生法の記載が現代にそぐわないということから、法律を改正したいという法案が、数年にわたって議会に提出されております。

これは、ハンセン病に関して、新しい医学的知見に基づいた理解を進め、スティグマが不当であるということを示的に中に取り込みまして、それから、例えば「らい」という言葉を公文書から廃止すること、また、治療体制をほかの感染症と同様に整えて、ハンセン病を特別視しないといった、現代でも非常に画期的な方針を盛り込んだ法案でございました。このディスカッションは、毎年数年次にわたって行われましたが、以前の日本の内務省にあたります公衆衛生局の親の連邦保安庁、フェデラル・セキュリティ・エージェンシーは、毎年この法案に異を唱えておりまして、中でも、患者の拘束あるいは強制入院に関しては、法制度上は、このような手段のための公権力行使の余地を残すべきであり、万が一の必要が生じた際の、代替手段を講じずに安易に疑問に付すべきではないというふうに、繰り返し主張をしております。

このようにして、1940年代から50年代の初めに、法律改正の努力が失敗に終わりました。1950年に入った半ばあたりの専門家の意見を見ますと、やはり感染性がある患者については隔離をすべきであるということが、繰り返し述べられております。その当時、個別の症例に対する臨床効果ということでは、短期的には確かにプロミン、スルホン薬というのは、画期的な治療薬であるけれども、これが治癒をもたらすのか、あるいは再発のリスクがどのくらいあるのかということについては、まだ判断する時期ではないというふうに述べられております。

ところが、公衆衛生政策としての患者隔離への反対意見というものは、徐々に大勢を占めるようになってまいりまして、そういう意味では、感染の可能性のある者の強制隔離を否定はしないけれども、外来治療の重要性が徐々に論じられるようになってきたわけでございます。このような新しい知見に基づいた考え方で、療養所を、長期居住の場ではなく、病院、医療施設としての性格のものに変えたいという努力が、公衆衛生局のほうで始まるわけでございます。1953年に就任した療養所長ゴードンという方が、医学的に入所の必要を認めない入所患者を、積極的に退所させたいということで、幾つかの方針を出しました。

ところが、長期療養の方をはじめとして、入所の方は、生活の場を奪われるということなどに対する不安が非常に強く、この問題は政治闘争となりまして、結局この所長が更迭されるという事態で、病院、療養所を変える、あるいはその療養所の入所者を、医学的な基準で退所させるという努力は、失敗に終わります。結局、中にいる者に対して継続居住する権利を保障するという基本的な姿勢は、現在にまでその後継続して保持されることに

なりました。国立療養所への強制入所の最後は、1960年といわれておりますが、その当時療養所には、300人ほどの入所者がおりました。ただ、長くいる者のほかに、新規に診断をされ、あるいは最初の経過観察のために療養所に送られる者については、大体入所が平均5年未満というふうになって、非常に短くなってきたということが、報告をされております。

法律や規則ということでは、1975年に連邦規則が改正になりました。そのときには、明示的にはございませんが、入所のための規則の中から「拘束(リテンション)」という、拘束強制をして入所させるという文言が削除されております。それから、適切な入院または外来治療が必要である、それを政府が供するというふうなことが、明記されております。

このように、外来治療が実験的なプロジェクトとして、各地、大学であったり州政府の努力で、一部には進められていたのですが、連邦政府として、法律に基づいて外来治療を体系的に提供し始めたのは1981年であり、11の北米地域で、地域医療プログラムとして外来を開設いたしております。法律が大きく改正されましたのは、プロミンの開始から四十数年、1985年に、ハンセン病プログラムという法律が採択された際でございます。このときに、連邦の運用規則ではなく、法律から「拘束(リテンション)」という言葉が削除されました。そのときには、米国厚生省　ディパートメント・オブ・ヘルス・アンド・ヒューマン・サービシーズ　という公衆衛生局の親組織でございますが、そこの長官が、ハンセン病に罹患し、治療、介護を必要とし、また申請した者に、カービルのハンセン病センターで無料で外来治療を含む治療、介護を提供するというふうなことが定められております。

ただ、その法律改正の後、どのように療養所を運営するかという方針を立てた際には、これまでの居住者に生涯にわたる養介護を提供するという使命は全うするにしても、新規の入所者はこれ以上受け入れるべきではない。また、将来的な療養所の閉鎖まで入所者数を自然減として減らしていくことが妥当であるとして、療養所を自然閉鎖する方針が、明示的に述べられるわけでございます。

その後、最終的な療養所の命運を決したのは、1997年の法律でございます。ハンセン病センターにおいては、外来治療を含む短期の介護、治療は、無料で提供するけれども、長期療養などはこれ以上提供しないことが明示的にうたわれております。そのほかに、長期に療養所内におられた方については、いくつかの選択肢を用意いたしまして、その後継続してセンター内で生活するという選択肢が第一。第二の選択肢は、療養所から出るかわりに、年間3万3,000ドルの生活費を支給する、そのかわりセンター内では居住を許さないというものですが、この2つの選択肢を法律で提示しております。前者を選んだ者は後者に変更が可能ですが、すなわち、いつでも生活費を支給されて外に出ていくことはできますが、一旦そちらを選んだ者は、療養所には戻れないという制度になっております。

以上述べましたことが、概略でございます。今後、我が国と比較をしながら、またほかの方の報告を待ちながら、議論を深めたいと考えております。法律というものが一度でき

て、それが運用面では徐々に改善をしながらも、抜本的な改正に至るまでには、数十年という時間を要したこと、あるいは医学的な観点から療養所運営を変更しようと考え始めたときにも、従来の入所者を社会的にどう扱うべきかというところは、なかなか判断材料もなく、また政策手段もない段階で、うまくいかなかったという経緯が見てとれます。それから政策決定という側面では、米国においては、日本のようにハンセン病学会という専門家の集団はございませんが、感染症、内科、皮膚科といった関連の学会に属する医者、中でもハンセン病に関心を持つ医者・専門家集団、それから、ハンセン病の担当部局である役所のある部門というふうに、非常に限られた人々、組織の中で政策が論じられてきたということで、司法の場などでそうしたものが問い直されることなく、法律が長く温存されてきたということは、問題視されてしかるべきかと考えております。

今後、日本と異なった点、例えば外来治療が早期から開始されたこと、あるいは、非常に明示的に、入所者を退所に向けて、あるいは社会復帰に向けていこうという努力が過去にとられたことなど、違う点もございますので、相異を勘案しながら、我が国が学ぶべき点がどういうところであるかということの議論を深めていきたいと考えております。

【金平座長】 どうもありがとうございました。大変興味があるところでございましたけれども、あんまり1人の方とディスカッションができませんが、せっかくだから、佐藤委員に何かご質問なりご意見あれば。

はい、藤野委員どうぞ。

【藤野委員】 どうも佐藤さん、ご苦労さまでした。アメリカのこと、我々大変不勉強なので、大変ご報告、興味深く伺いました。1つ伺いたいことがございますので、よろしく申し上げます。概要というふうに、今日お配りになったものの中で、上から12行目の終わりから、最初の冒頭の部分ですけど、12行目の終わりあたりの「原因を過度に日本の特殊性に求めず、社会、政策・行政の普遍性を考慮しつつ明らかにする可能性を有する」と、ここにアメリカのハンセン病問題の研究の意義があるという趣旨なんですけれども、「過度に日本の特殊性に求めず」という文言、これ非常に重要な文言だと思いますけれども、これについては佐藤さんどのようなことを考えていらっしゃるのか、ちょっと説明の補足をお願いしたいと思います。

【佐藤委員】 特にそこに思い入れがあるわけではございませんが、社会科学のあり方といたしまして、いつも対立仮説、何かを検証し主張する場合には、対立仮説をおいて比較検討するということが、知識というものを生成するために重要であるという意味合いを込めて書いただけの話でございまして、特に具体的な意味はございません。

【藤野委員】 座長、いいですか。

【金平座長】 はい、どうぞ。

【藤野委員】 今日は、傍聴の方もいらっしゃいますので、ちょっと誤解されてはいけないうち思って今ご質問したんですけれども、検証会議というのはやはり普遍性という、世界でもどこの国でもハンセン病患者が差別をされたという普遍性を求めるのではなく、

なぜ日本であのような異常な事態が起こったのかという、特殊性を特に解明しようというのが、この検証会議を設けた趣旨であると思いますので、ちょっとこの文言がございまして、傍聴の方などが誤解されたいけないと思ひまして、今ちょっと質問した次第なんでございまして。決して、これは日本だけではない、世界どこでも差別したんだからというふうな、そういう趣旨ではないということですね。

【佐藤委員】　　そういうことではございませぬ。午前中の準備会のほうでも、幾つか意見が出されておりましたが、療養所を導入した国では、それをどのようにして変えていくか、存続させていくか、廃止させていくかという点で、非常に苦慮した歴史を持っております。して、そのような国での政策審議をできるだけ総覧して比較検討したいというふうな考えを持っております。

【藤野委員】　　今伺って安心しました。傍聴の方も多分誤解されないとと思ひますので、どうもありがとうございます。

【金平座長】　　鮎京委員、それから光石委員とお願いします。

【鮎京委員】　　これからさらに研究されていかれるところだと思うので、幾つかリクエストを交えてご指摘したいと思ひます。

1つは、概要のところにも佐藤先生書かれているように、アメリカの立法、行政政策は、連邦制というものがありますものですから、連邦とそれから州とで、異なってくる場合があるというふうなことがあると思ひます。それなので、単純に連邦法と日本の法律とを比較して云々というようなことが、アメリカの場合はなかなかストレートにいかない部分があると思ひます。この点についてのご配慮を今後どんなふうにしていかれるのかという点が1つです。具体的には、州ごとにカービルに患者さんを送る基準が異なっていたというふうに聞いておりますので、そういう点も検証していただきたいと思ひています。

2番目は、カービルの収容者数なんですけれども、最大でも400人台だったというふうに聞いてます。「カービルの100年」というパンフレットがあるんですけれども、それを見ますと、90年代の後半で、アメリカでは登録患者が6,000人、新規患者で100人というふうな数が統計的に出されているにもかかわらず、カービルは200人以下だったというようなことで、過去にも400人台が最高だったということですので、実際には全体の患者さんの中で収容されている人の数が非常に少ない。そこら辺の違いはどこから来ているのかと。日本と比べて非常に違うものですから、その点の検証をしていただきたいということが2番目です。

それから、3番目は、先ほどこれからの課題として日本とアメリカとの違いのところ、早期からの外来治療の開始と、早期からの社会復帰の開始というふうなことを挙げていただいたんですけど、それともう1点、人権侵害というような点から、療養所の中における処遇ですね、その点も見ていただきたいと思ひています。具体的には、療養所の中でカービルの場合は、不妊手術も墮胎もありませんでしたし、強制労働もなかった。居住スペースは非常に広くて、ホテルのツインルームぐらいの部屋があったというふうにも聞いてい

ます。無らい菌運動はもちろんありませんでした。そういうような人権侵害というものが、アメリカではどんなふうな感じで、なかったのかあったのか、そこら辺の日本との比較も、これからしていただきたいと思っています。

【金平座長】 リクエストとしましてで、ご意見を今いただかなくてもよろしいですか。何かございますか、ちょっと。

【佐藤委員】 いえ。よく承りましたので。時間的な制約もありまして、なかなか網羅的というわけにはまいりませんのと、いくつか誤解を招くことがあるので、申し上げておくと、断種、バゼクトミーというのはアメリカでも行われておりました。付言しますと、アメリカは、例えば今ハンセン病のミュージアムに行きましても、ネガティブな資料はほとんど出してない。例えば、隅っこの人目のつかないところに行きますと、昔強制収容に使った足かせや手かせが転がっていたりするんですが、目立つ場所はポジティブな展示で占められている。そういう意味では、表面に出てきた歴史だけでは、アメリカで人権侵害がなかったということは、言えないであろうと考えております。

【鮎京委員】 不妊手術や墮胎がなかったというふうに言いかえます。

【金平座長】 ちょっと待ってください。こちら先に。光石委員、お願いします。

【光石委員】 2点ほど、今お答えいただかなくていいんですけども、1つはやはりスティグマについて議論がされているようですけども、アメリカにおけるスティグマと日本におけるそれと、何か違いがあるのかなのか、メキシコ湾沿岸に多かったとかハワイに多かったとかということをお聞きすると、何となく類似点もあるのかなという気もしますが、そのスティグマの違いが1つと、もう1つは、国際学会があれだけいろいろな勧告をしたにもかかわらず、結局かなりおくられているんですね、アメリカも、強制入院とか隔離を中心としたもの。国際学会の影響というのが、どうしてなかったんだろうか。あったのにそうなったんだろうかというのを、知りたいと思います。以上です。

【金平座長】 これ、ご意見、ご要望でよろしいでしょうか。じゃ、筈委員どうぞ。

【筈委員】 筈です。ちょっとお伺いします。この冒頭の部分の中で、何項目か番号を振ってありますが、その中の6項のところ、「日本との関係においては第二次世界大戦後の占領・駐留軍（民生部）を含め、直接・間接的に我が国の政策に大きな影響力を及ぼし得たこと」というふうにあります。私このハンセン病の療養所に当時からおまして、確かに進駐軍という形で、私多磨全生園におったんですが、月に二、三回は来ていましたかね。私なんかは、「前に出てこい」と言われて、園長が私に関する治療上の説明を行うなどありました。しかし、このハンセン病の私たちの状況というのは、まだまだ強制労働やその他過酷な現実が繰り返られていました。それに対して、何ら目を通そうとしなかったというふうに、私は実感として受けとめています。第一、この隔離政策、絶対主義的隔離政策について、何ら言及しない。政策的に大きな影響力を及ぼしたというふうにいわれていますが、及ぼさなかったんじゃないかと。進駐軍は、日本のハンセン病の隔離政策に対して、何ら影響を及ぼすことはなかったというふうに、私は実感として思っていますが、

この点についてはいかが判断していますか。

【佐藤委員】 ありがとうございます。米国の状況あるいは専門家の意見と、それから日本への影響というところのその介在部分につきましては、丸井委員をはじめとする方々が専門にされているものですから、私がこのように米国のことをまとめましたのは、そういった介在部分、戦争後の状況を含めまして、検討、研究される方々のバックグラウンド資料として、役立てていただきたいという気持ちを込めてこの第6項を入れたというのが正直なところでございます。それから、間接ということを申し上げますと、先ほどアメリカにはらいの学会、ハンセン病の学会はないというふうに申し上げましたが、ハンセン病の国際紙、インターナショナル・ジャーナル・オブ・レプロシーをはじめとした国際紙の編集局というのはアメリカにあることが多くありまして、日本の学界にも知識の伝播により、影響を及ぼし得たであろうと想像をしております。こうした意味で、今申されましたことにつきましては、また丸井先生などともディスカッションをして、何とか少し知見を得たいというふうに考えております。

【金平委員】 ありがとうございます。じゃ、宇佐美委員、お願いします。

【宇佐美委員】 ちょっとお尋ねしますけれども、先生のご報告で、アメリカのプロミンが最初に開始したのは、1941年の3月ですけれども、43年の11月24日の公衆衛生学会の雑誌で、プロミンの効果が確認されたというふうに出されております。51年にアメリカの解放政策、菌の出ない者、少菌症の者、多菌症の者を含めて、解放されたということをお聞きしておったんですが、両方とも文献がなかったんで、先生のご報告によりまして、隔離政策がずっと持続されておったというんですけれども、そういうような私の誤解であったかどうか、その点に、51年に解放政策をとらなかったかどうか、何か文献はないものでしょうか。なかったでしょうか。

【佐藤委員】 恐らく「開放政策」という言葉が一種のあいまいさを持つので、なかなか難しいところであると思うんですが、当時の米国で発行された医学文献を見ておりますと、感染性のあると思われる患者と、それから、そういったものがないと思われる患者を厳密に区別して処遇すべきであるということは、繰り返し述べられておりますが、例えば感染性があると思われる患者さんについて、隔離が必要である不要であるという議論は、あまり見た記憶がございません、もう一度そういった点に留意しながら、文献にあたってみたいというふうには考えておりますが。

【宇佐美委員】 それで、沖縄県において、最初は厳密な意味での隔離政策を推進したんですけれども、中途から沖縄の西南地区の民生局の担当官が開放政策に移ったのは、本国の影響があってやったのか、または沖縄だけの特殊性でやったのか、その点について先生の方で何か知見されたものがあれば、お教えいただきたいんですが。

【佐藤委員】 恐らく森川先生などにもご相談をしてということになると思いますが、私の記憶では、1950年代半ばもしくは1960年代の初めに、インターナショナル・ジャーナル・オブ・レプロシーに沖縄の愛楽園に関する、詳細な英語の報告が出ておりま

したので、そういったものを見直して、少し今のご質問に答えられるように努力したいというふうに考えます。

【金平座長】 ありがとうございます。まだまだ伺いたいんですが、ちょっと時間がなくなりました。鮎京委員が何かありましたら、一言。

【鮎京委員】 今、宇佐美委員の質問の中で、開放政策ということで、何かそういうような根拠はというようなお話があったんですけども、例えばガッソーという方の著書を見ますと、カービルの退所基準がずっと変わっていったという中に、1948年の段階で、感染可能状況であっても退所を認めるというので、幾つか例が、患者の家族が外来診療費を負担できるとか、治療するお医者さんが毎月外で患者を診ることができるとか、何かそういうようなものがあれば、感染可能状況でも退所を認めるというのが、カービルの退所基準にあったというようなことがあるので、退所基準がカービルの場合でも、ずっと時代によって変わってきているというような点を、少しくローズアップしていただければと思っています。

【金平座長】 今後で……。

【佐藤委員】 ありがとうございます。ガッソーについては、今言及されたので一言申し上げておきますと、彼の著作、またその中で引用された文献の原典にあたって調べておりますので、間違いはないかと思えます。

【金平委員】 どうもありがとうございました。ほんとうにこれだけでもまだまだ話し合いすべきこと、また伺いたいこともございますが、時間の関係で先にまいります。

窪田委員の方からは、ハンセン病隔離政策と福祉界という形でお願いいたします。20分ほどでお願いいたします。

【窪田委員】 検討会の中でご助言をいただきまして、社会福祉は、学会というものも戦後にようやくできた領域でありますから、学会という意味のものではなくて、むしろ慈善事業の時代から始まった福祉の世界といいましょうか、その慈善事業の実践部分を含めまして、それらが隔離政策とどのようにかかわってきたか。その絶対隔離政策にかかわる社会福祉界の責任というのを明らかにする作業の一環として、私の課題を設定することと、それから、それをどこから手をつけるかということについていえば、とりあえず三井報恩会と方面委員を最初に取り上げてはどうだろうということをご助言いただきましたので、その作業から取りかかっております。

本日は、そのほかの領域についても少し仕事を進めておりますので、今後の計画として、この一、二カ月集中したいと思っておりますが、とりあえず三井報恩会と方面委員のことについてのご報告になります。

最初にちょっと、一般的な社会福祉の歴史というものについて考えまして、一般に慈善事業、社会事業、社会福祉というふうに関展するというふうにいわれているんですが、我が国の場合は、慈善事業と社会事業といわれるものの中に、感化救済事業という特有の時期が存在しまして、それを媒介にして社会福祉事業への移行がなされて、その歴史の上

に、戦時厚生事業というのが重なってくるという、そういう道をたどっております。慈善事業の時期というのは、明治の初期からずっと続くわけですが、目に見える形で貧困の深まりが拡大いたしますのは、明治20年代終わりからでありまして、慈善事業といわれております時期に、主として外国の宣教師による慈善事業としてのといひましょか、ハンセン病の施設がつくられております。

しかし、同時にその時期の約10年後ぐらいから、我が国での貧困の深まりというのはさらに大きな問題になって、どちらかという、慈善事業の創始者の仕事として個別に行われているのでは、到底対応しきれないような事態が生まれてまいります。社会福祉の領域の法律でいいますと、1874年明治8年に出されております恤救規則が、実に昭和の初めまでこれは続くわけですが、その恤救規則による救済を受けている人たちの統計を見ても、これが非常に大きく増えて、内務省がその恤救規則をあまり適用しないように、相互扶助の強化をうたうような通牒を出しておりますんですが、そういう意味で、この慈善事業が及ばなくなってくるほどの貧困の深まりの中から、次第に数多くの慈善事業が生まれてくる中の、相互の慈善事業の組織化と、それが感化救済事業への移行というふうになっております。

その歴史のことを大体おさえました上で、その中にハンセン病への対応がどのような形で行われていたか、殊に、多くの貧窮に陥った人たちへの対策としての慈善事業の中で、どう扱われていたかということ、最初に考えました。このころ、もちろん国としても対策が問題になるわけですが、ハンナ・リデルの事業を個人的に、あるいはもちろんイギリスの聖公会の資金では賄いきれなくて、また個別の資産で賄うことができなくて、大隈、渋沢などの両人を訪ねまして、これを問題にいたしました中で、最初の「癩予防二関スル件」がつくられたのは、これはもう広く知られていることですが、そのときのことをその後、雑誌『社会事業』という、これは社会福祉界という業界の情報交換誌のようなものでありますが、その17巻の5号に、窪田静太郎がそのときの自分が渋沢からの強い要請を受けたけれども、自分としてはこう考えたということを書いていられることがございます。それは、そもそも伝染病と確定したらいが 当時「らい」という言葉を使っておりました の公衆に対する伝染予防事業というものと、らい患者その人を保護、救済するということは、別であると。衛生局長としては、伝染予防を主管するもので、公衆衛生の見地からすれば、らいの予防は第一に着手しなくてはならない問題ではないと考えていたようです。1903年から1910年まで衛生局にいた人間とすれば、まだ急性伝染病の予防に力を尽くさなければならなくて、また、各地方の官吏の人員から見ても、経費の負担からいっても、慢性の伝染病までは手が回らなかったということ、1つ挙げています。

もう1つもし慢性の伝染病を取り上げるとしても、性病、トラホームその他必要性からいえば、結核が第一であるというようなことは、関係者間に異論がなくて、まず着手すべきものがらいの予防とは考えにくかった。伝染病であることは明らかであったけれども、

伝染によって発症したという感染経路の明らかなケースというのは、極めてまれであったので、彼自身も、それが明らかでないときに隔離してそれが伝染の予防になるというふうには考えにくいということを書いております。体質の問題などをここで言っています。それから、しかし、救済の対象としては、らい患者は最も緊急の必要があると。それは、それまでのさまざまな救済事業の中でも明らかになっているわけですから、殊に資力に乏しくて、居宅において療養ができない患者は、速やかに救済する必要はがあると。しかし救済ということならば、内務省では地方局の担当であって、公衆衛生局ではないと。また、風紀上の取り締まりということになるなら、それは警保局の主管であって、これも公衆衛生の仕事ではないというふうに言っているんですが、渋沢らの熱心な勧告がありまして、それに応じて、とりあえず自分としては、伝染の予防は第二にして、第一にとりあえず救護を公費で与える方針に着手するという案をつくります。これが、各道府県を中心にして、救護所をつくって、そこでその人たちの救護を目的とするような施設をつくるべきではないかという提案に、内務省の中ではなっていくのですけれども、しかし、この窪田の案は、地方局からの猛烈な反対に遭います。当時吉原三郎という人が地方局長だったんですけれども、彼の反論の理由は、らいは遺伝であるという立場からなんですけれども、らいは遺伝なのだから、伝染を予防するという意味で、患者の救護に緊急性はないということを行っています。その上、地方の公費負担は既に重くて、このような事業に着手するのは事の緩急の順序を誤っているというものでありました。

冷静に見てみますと、当時の政府には、らいが伝染であろうとなかろうと、遺伝であろうと、予防のために緊急の救護を行う必要は、それほど大きくなかったんだと思います。そういう中の、内務省内部での対立を含みつつ、らいに関する法律が制定されるわけなんですけれども。そして、道府県連立の療養所が開設されます。この疾病と貧困との関係からいいますと、明治の20年代以降というか、もう少しはっきりしてくるのは、日清戦争の後になりますが、20年代の終わりから30年代にかけて、産業革命がほぼ完成したところからのいろいろな問題の、貧困の問題の背後に疾病があり、病気になっている人たちはなかなか当時の新しい西洋医術の医療を受けることができない中で、疾病と貧困に関する非常に大きな変化として行われたのは、貧困者一般に対する低額または無料の医療供給システムですね。具体的には、1911年、明治天皇が「施薬医療の勅語」というのを発しまして、150万円のご下賜金を基金とする済世会の設立をしております。これは、同じような形態で、次にハンセン病の予防のための基金集め、及び全国的な組織の形成が行われるという意味で興味があるので、指摘しておきました。

次に、感化救済事業の時期に入りますと、感化救済事業を始めた人たちというのは、その後の公衆衛生行政にかかわった人たちがたくさんおります。これは、1900年、明治33年に、救済とか慈善事業の指導的立場にあった人たちが、貧民研究会というのを組織いたしますんですが、それは、内務省の地方局それから内務省の参事官、あるいは警保局、それから監獄課の人たち、それから内務省の衛生局、警視庁、それから学者としては岡田

朝太郎と桑田熊蔵　ともに東京帝大の教授ですが　慈善事業家としては、原胤昭と留岡幸助、それから安達憲忠が入っております。この人たちは、欧米諸国の社会政策を取り入れながら、それを日本的なものにつくりかえようというふうに通じた人たちであります。

そして、この貧民研究会の指導のもとに、感化救済事業というのは大きく転換をいたしまして、1908年に、強力な指導で、日本慈善同盟会というのがその前にあったのを、中央慈善協会にそれを再編成し、それから感化救済事業の講習会及び地方改良事業講習会として、この時期が1つの転機になって感化救済事業というのが始まっております。その中で、全国的な組織でありました中央慈善協会というのは、非常に積極的にその間同時に進んでいたハンセン病の隔離政策の始まりを支持しております。幾つもの論文で、内務省の関係者や殊に衛生局の関係者による文章も、この「社会と救済」、あるいは「社会事業」の中に載せております。そういう中で、中央慈善協会、後の中央社会事業協会というのが、要するに政策の動きに即して忠実に情報を提供するという役割を続けておりまして、関西の「救済研究」という雑誌もあわせて、社会事業家たちの常識とか世論を形成する上で、この2つの情報誌は非常に大きな役割を果たしたのであります。

そういうのを前提といたしまして、時間がございませんが、三井報恩会というものの設立と、それが果たした役割というのを検証いたしました。1930年に、内務省衛生局がらみの根絶策を提起いたしまして、そして1万床への増床ということを始めますけれども、この時期の経済的な事情というのは、1929年のアメリカの株式市場の大暴落に始まって、昭和恐慌のただ中にありまして、このときに基金を得ることは非常に難しいという状況がありました。そのときに、非常に大きく力を発揮したのが、三井報恩会。これは、中央社会事業協会の特別会員ということで、三井報恩会は入っておりますので、広い意味の社会事業界の柱の1つであったと思いますが、これはよく知られていますように、当時の財閥転向といわれる流れの1つであります。これは、1932年に、三井の場合は三井合名理事長だった団琢磨が血盟団によって暗殺されまして、それに引き続いて三井と三菱が内務省の強力な指導もあって、満州国への借款を承知するんです。それぞれ1,000万円ずつ出しますが、それに続く流れの中で、三井報恩会が組織されます。三井報恩会の組織の特色というのは、助成団体のうち　助成というのは助ける　お金を出す社会事業教育の関係の団体の中で、圧倒的な多額の事業をしているという点が1つです。

1937年の調査によりますと、資金5万円以上の社会事業、助成団体というのは、設立年は1901年から33年にわたっているんですが、その数は15あるんですが、三井報恩会はその全体の43.3%という巨大な額を、自分たちだけで出しております。第二番目に出しておりますのは、原田積善会なんですが、これは個人がつくった基金であります。これが2番目で、全体の21.4%。これも大きいのですが、三井は245万円と、全体の中の43%という多額の資金を出しております。それから、助成内容についてであります。農村救済と結核の療養とらいの療養というのが主な支出になっております。ハンセンの療養所及び療養関係についての三井の負担額の大きさは既に藤野先生のご研究で詳

細にあると思います。それから、内務省と非常に密接な関係を持っておりまして、愛生園の増築や何かのときに出しておりますけれども、事務所を愛生園の慰安会を経過せずに内務省の中に、三井報恩会、らい療養所建設委員会というのを作りまして、それが経理を担当しているというふうに、非常に内務省との密接な関係を持つ。これも三井報恩会の1つの特徴だと思います。

そのような動きについて、三井の中にどういう動きがあったかと申しますと、当然予想されることですが、三井の内部にはこれに対する批判が生まれてまいります。そして、とにかく、その事業が「おおむね官庁追隨の弊に陥り、農村更生、結核撲滅、救らい事業等、既に国家の管理となりたる事業に、依然主力を注ぐ傾向を帯び」ているので、もっと三井の発言を強化して、三井グループの中でのいわば公益事業部門とさせたいという改革案が一時出るんですが、これはつぶされてしまいます。このように見てきますと、このハンセン病の隔離政策が三井の支援によって可能になったということは確かにあります。さらに、当時済世会の募金方式に酷似した方式で、らい予防協会が全国的に募金を実施しているんですが、これが思うように進まないという状況の中で、いってみれば、国のハンセン病の絶滅を目標とした絶対隔離において、三井の報恩会の力が十二分に使われたというふうないうべきであろうというふうに思います。

次に、方面委員のことについて、少し調べてみました。これは、絶対隔離政策というものは、在宅患者への検診とか療養所への入所の勧誘という非常に困難な仕事を必要としまして、単に療養所のベッド数をふやせばいいということをはるかに超えた、そこで働く人たちの組織と、それから一般への教育活動みたいなものを前提とするわけです。ちょうどその時期に、社会福祉のというか、社会事業の關係の各団体の中で力になった幾つもの組織のうちの1つが、方面委員であります。方面委員令というのは、勅令として昭和11年に公布されるんですが、実際の動きは、それよりはるか前に岡山とか大阪とか東京とかというところで、さまざまな名称で、仕事が始まっております。その中で、愛知県の例を調べるということを行いました。愛知県は無らい県運動のトップを切ったところですし、光田はたびたび殊に『愛生』の中で、愛知県を名指している場合もありますし、一般に方面委員、医師、教育家、方面委員に望むという1文を書いたりしておりまして、この人たちを当てにして絶対隔離の政策を進めようというふうにしております。そして、自分の知っている例というのをいくつか挙げて、特に愛知県の具体的な方面委員が50人愛生園に送ったとか、30人、50人というふうに全生病院に送ったという例を挙げて、これは2回にわかれて、多分同じ人の例を挙げているのかもしれないのですが、時期はかなり離れているんですが、光田もそれを言っております。その愛知県の方面委員は、ちょうどそのころしばしば愛生園を見学もしております。『愛生』の中に、「愛生日誌」というのを光田は書いておりますが、その中でも具体的に愛知県の方面委員が11人見学に来たといったような記事がございます。そういう意味での方面委員の職務というのは、愛知県は大阪の方面委員の制度をかなりモデルとしているんですが、それで進められております。他の

県についても、少し検証をする必要があるというふうに考えております。方面委員の仕事は、もちろん強制隔離に伴う家族の問題や年取った親の問題、それから残された子どもの問題というところに広がりますし、同時にカード階級の調査を非常に克明にやることを通して得ている情報が、警察その他関係者に伝えられて、強制隔離を具体的に助けたという例も、なかったわけではないというふうに思います。具体的には、熊本県の社会事業史の、これは私費出版で出ております内田守さんの本の中に、方面委員の例も1つ出ています。このようなことを少しずつ検証を重ねながら、同時にこれをさらに分けまして、具体的に隔離の前後をめぐる福祉的な福祉とは必ずしもいえないと思いますが福祉的な活動の内容、「未感染」といわれた子どもや親をどういうふうに扱ったかというようなことについての資料を整理する必要があると思って、それを次の作業にしたいと思って、研究計画としてお出ししてあります。同時に、やはり、在園中の労働のことについて検討したいと思っています。これはやはり、とてもきつい労働だったと思いますし、その労働の問題自身が1つあるのと、けれども、自分で働いてお金をとって、それを自分の自由に使うということの基本的なところを、やはりどういうふうにとらえられていたか、またそのことにつけこんで、というのはあまりいい言葉ではないと思うんですが、それが療養所を支えることになっているということの非常に大きな問題を、何かの形で、これは全患協のニュースなどの情報を主に整理したいというふうに考えております。大変まとまりませんでした。が……。

【金平座長】 どうもありがとうございました。はしょらせてしまいまして、申しわけございませんでした。それぞれ検証、専門の分野ごとに進めておりまして、なかなかご発表いただき、また相互に討議してこそ、検証が深まると思うんですけども、時間がないものですから、今日はやはり何人かの方にまずこれまでのところをご発表いただこうと思っておりますので、今の窪田委員のに何かお一人かお二人質問がございましたら、それじゃ、佐藤委員。

【佐藤委員】 ありがとうございます。一言だけ。大変詳しく調べていただいて勉強になるんですが、私が素人の立場からお願いしたいのは、過去どうであったのかということと、もう1つ将来に向けてどう役立ち得たかということの第二点目についての考察もぜひ皆さんで深めていただければというふうに思います。福祉ということで、2点お願いしたいのは、1つは、救済あるいは福祉ということにかかわる団体組織とその事業活動の目的探しということが第一点です。すなわち、ハンセン病に対する医学的知見が変わってきたときに、福祉団体をはじめとした団体が、どう自分の目的や活動を変革し得たかという転換点の検討と制度づくりができるかできないかの考察です。第二点は、福祉というと物質的な補助ということがどうも頭に浮かぶんですが、ハンセン病の場合にはやはり社会のスティグマ、社会復帰ということが大きな問題になりますので、物質的な面ではなくスティグマのような無形の部分に対して、福祉界、福祉というものが役立ち得るのかということ、こうした2点の考察を今後いただければ、ありがたいと思います。

【窪田委員】 はい。第二点は特に難しいと思いますけれども、第一点のご指摘については、既に慈善事業の後、各施設がどのような点を強調したかという点については、調べ始めておりますので、またご意見も承りたいと思います。

【金平座長】 あともう1人だけございましたら、いかがでしょうか。よろしいですか。それでは、ありがとうございました、窪田委員。

続きまして、岡田委員にお願いしたいと思います。精神障害者とそれからハンセンの方の法制、ハンセン病及び精神病の比較法制・処遇史ということで、岡田委員お願いいたします。

【岡田委員】 僕はずっと半世紀近く、精神科の医療史を調べてきている人間でして、今回この問題に取り組みさせていただいたときに、やはり精神病に対する処遇と、それからハンセン病とで、共通する面が非常に大きいということに注目したわけです。その第一は、皆さんご存じのように、東京府の養育院、現在の松沢病院の前身になります東京府癲狂院というのは、養育院の精神病室を使って発足しているわけですね。それから皆さんご存じのように、養育院には回春病室が光田健輔によって設けられた。しかも、養育院がつけられたというのは、明治5年でしたか、それまであった浮浪者なんかの施設を廃止したところに、ロシアのアレクセイ皇太子というのが来ることになって、それでこじきが東京市内をうろうろしているのは困るということで、養育院がつけられたわけですね。つまり、外国への体面からつけられた。それで、これはハンセン病の歴史の中で十分明らかにされていることですが、法律がつけられたのはやはり外国に対する体面、戦勝国がこんなことでいいのかということ。それから、精神科で最初の法律であります精神病患者監護法というのができたのについても、日本で精神病患者は勝手に入院させられると。権利が保障されていないと。結局両方とも、病者の苦しみを救おうとか治療しようとか、そういうことではなくて、外国へのメンツということから、法律がつけられ施設が発足しているということ。

この伝統は戦後も変わらないわけですね。ご存じのように、国際学会の勧告なんかを、ハンセン病学会あるいは日本政府は無視し続けてきましたし、それから戦後の日本の精神科医療に対してWHOのたび重なる勧告も、例えばイギリスのクラークという人が来たときの勧告を、イギリスは斜陽国だからというようなことでそういう勧告を無視する。それで、その後宇都宮病院事件というのがあって、そのときには、日本政府も外国からの批判に対して一応精神衛生法というのを精神保健法というのに切りかえまして、それで患者さんが自由意思で入院する任意入院という制度を設けるわけですが、ただその任意入院であっても、閉鎖病棟であっていいというような、大変いいかげんな運営をするわけです。つまり、両方の場合、外国のことは無視する、あるいは表面的に受け入れるけど、日本的な知恵で、なし崩しにごまかすというようなこと。それから、両者の場合に大変違う点は、ハンセン病対策というのは主として公費、あるいは国の手で行われたけど、精神病患者対策というのは私的経営にゆだねられていた。戦前でいいますと、私宅監置という座敷牢と、それから私立の病院。もちろん、精神病院法というのが大正8年につくられ

て、道府県立病院の設置を命ずることができるという法律なのですけれども、実際は金がないものですから、ほとんど道府県立病院の設置というのは進まなくて、戦前には8病院だけです。専ら代用病院という格好で、私立病院を利用する。結局日本の精神科医療というのは、私的経営にゆだねられてきている。

先ほども、午前中の準備会で、なぜ日本では戦後、薬ができて政策転換ができなかったのかということ、いわれましたけれども、結局私立病院に頼っている以上、私立病院の精神病院協会というのに、国はちゃんと指導できないわけですね。時間がありませんので飛び飛びになりますけど、それから療養所あるいは精神病院というのは本当に医療施設といえたのかどうか。その点は、例えば精神科の病院でも、北海道で私宅監置室、例えば市町村がそういう座敷牢を幾つかつくって、それに医者が往診する、そういうものを精神病院として認めていいかという照会に対して、衛生局長と予防局長が連名で構わないというわけですよ。同様にハンセン病でも、初期の療養所長は警察官であることがたびたびありましたね。実際医制を見ますと、院長というのは医者じゃなくちゃならないとなってますし、その当時あんまり細かく規定されていないから、常駐の医者じゃなくてたまに往診するだけの医者でもいいというふうに読めるのかどうか。その後は、ご存じのように、ハンセン病療養所では医者がちゃんといなくて、例えば眼科医がちゃんといれば失明しないで済んだ人が失明するに至る。精神科でも、戦後のことですけど、医療法の特例ということで医者は3分の1でいい、看護師は3分の2でいい、これは大体今も精神科の場合は続いているわけですね。

それから、両方とも、ハンセン病療養所では、ほかの科のお医者さんも一応定員として何人かいたようですよけれども、精神科は単科でして、僕も精神病院育ちですが、無医村だということをお互いやってきた。現在精神科の患者さんて、やはり合併症を持ったときの治療というのは拒まれて、なかなか一般病院で治療を受けることができないという状況は今でも続いています。つまり、こういったところを見ますと、療養所も精神病院も、ほんとうに病院といえたのかどうかということ。それから、両方とも戦後に新憲法のもとで、しかも新しい薬ができてくる、そういう中で、そういう点が改善されないわけですよ。閉じこめは両方とも共通しています。特に精神科の場合には、外国では薬とともに病床というのはどんどん減っていつているのに、日本ではどんどんふえていつている。これは結局公的な力を注がないで、私的経営に任せてきたから今になってどうにもならないということになっているわけですね。

もっと順序立てて述べていくと大変時間がなくなりますので、飛ばします。

それで、やはりこういう歴史から、幾つかの教訓を導き出すことができると思います。1つは、精神科の場合には治療及び保護ということがうたわれています。それから、ハンセン病の方でも、予防、医療、福祉でやはり強制的な措置を伴う場合に、こういうあいまいな幅広過ぎる目的というのは、大変危険だということが1つあると思います。それから、当然今のインフォームド・コンセントを持ち出すまでもなくて、本人の意思は最大限尊重

されるべきだし、それから本人の自由を制限せざるを得ないときでも、制限というのは最小限にした条件で行われるべきだと。それから、やはり両方で特にこれはハンセン病の医者とか何かの定員がどういうふうに決められたか、それがちょっと分からないわけですが、ともかくハンセン病療養所も精神科の病院も、医者は少なくてもいい。それから、ハンセン病の場合には、いうまでもないことですが、看護者だって初めはろくになくて、皆さん付き添いをさせられたわけですね。戦後もそういった状態が続いたわけですね。すると、「法のもとの平等な」ということがどうなっているのか。特に精神科の場合は、それが今でも続いているわけですね。それから、両方とも、超過収容というのがかなり行われました。戦後、特に日本では、超過収容によって私立病院というのはどんどん拡張することができたわけですね。ハンセン病の場合だって、僕、死亡率ちょっと出しましたけど、やはり長島で死亡率が特に高かったのは、光田さんの超過収容政策によるんだらうと思います。

それからもう一つ学ぶべきことは、単科の病院というのは、これからは認めるべきじゃないと。結局単科の病院というのは、ほかの治療の機会を奪うことになるわけですね。これが一応今までやってきたことですね。

それから、これからの問題、今もやりかけていることですが、一応療養所における精神科医療はどうだったかということで、調べています。それで、一応各療養所から回答を求めたんですけど、3分の2ぐらいで、あまりご回答いただいたところからも、そういう情報は得られなかったんですね。ここに挙げましたように、中川さん、原田さん、高橋さんそれぞれ知り合いの精神科医で療養所に勤めたことのある人の話を伺ったんです。細かく言っていきますと時間がありませんので、将来のこととして大事なことだと思いますのは、個室がいいということで個室主義がとられてきていることは、皆さんご存じだと思いますけども、現在のように老人、高齢化が進んでいる中で、孤立しちゃって動かないでおられる方というのは非常に多くて、高橋先生 愛生園に神谷さんの後行っておられて、現在は光明園に行っている方ですけど 「やはり自分も個室がいいと言ったことがあるけども、今になっちゃうと個室という考え方が、お年寄りの精神的な健康を考える上で、いいのかどうか」ということを言っておられます。これは、大変今後の問題として大事なことだと思います。

それから精神科の問題で、やはり神谷さんをどう評価するかという問題。これ、大変難しいことです。

それから、僕、今まで文献ばかり読んできたんですけど、自治会長だった方のお世話で、全生園の快復者の方を何人が訪問させていただいて、今まで8人、それからあと一応5名予定しています。その中で、やはり自殺の問題というのがかなり大きかった。これは高橋先生にも伺ったんですけども、個人的な話を伺うことができた人だと、半分ぐらいの方が、入所前あるいは最初に自殺を考えたということですね。これは、現在各療養所に、死亡者の中で自殺者がどのぐらいあるか統計を出していただいているんですけど、やはり、

数字の上ではそう多くありません。結局、入所されてしばらくすると、自殺は考えなくなるということのようです。あと、やはり実家には帰れないという人が半分ぐらいいるんですよ、今になっても。例えば、原告になられた方でも、「頭ではこんなふうじゃいけないとわかったけど、やっぱり踏み切れないわね」とおっしゃいます。それから、一応問題になりますのは、田ヶ谷委員が調査をされるということで、僕の精神科関係のことは、そういう大数、非常に多くの数を集めた調査ではありませんので、あるいは被害実態調査なんかと僕があれしたこういったものを、どういうふうに組み合わせるかというのが、一応問題になるかと思えます。

それから、これは僕に直接関係したことじゃないんですけど、やはり療養所の状況というのは、僕らが考えていたよりずっと深刻だということですね。というのは、並里委員おいですけど、全生園で「並里欲しや」という人が多いんですよ。結局今の患者さん、受け持ちで安心できる治療を受けられない。だからぜひ並里先生の治療を受けたいんだという声を聞きました。それからあと、訴訟に関しては、クリスチャンだから、クリスチャンは訴訟に参加すべきじゃないという意見が、かなり一時期強かったということを知りました。一応それだけご報告申し上げておきます。あと皆さんのご意見を入れて、もう少し筋の通ったものにしていきたいと思ってます。

【金平座長】 ぜひ、よろしく願いいたします。ちょっとここで、何かお1人かお2人。はい、光石委員どうぞ。

【光石委員】 ありがとうございます。結局、精神疾患とハンセン病について、最初はとにかくまず私人に責任を押しつけようとしたんだけど、精神疾患の場合には、まず私宅監置やらせて、それで私宅監置がもうどうしようもないということになって、結局病院という施設をつくるんですけども、そのときに、何で私立病院がメジャーになったのかということの原因というのが、それはハンセン病との違いがあるに違いないと思うんだけど、その点はどうですか。

【岡田委員】 それは極めて簡単なことでして、国が金出さなかったからです。というのは、精神病院法というのができたのは大正8年ですけど、初年度予算が5万円なんですよ。5万円というのは、その当時の金で1病棟つくるに足りない金でした。

【光石委員】 しかし、いろいろな補助金は国が出しているわけですよ。それからまた、措置入院なんかに関しては、全部公費で負担するわけですよ。そういうふうに公費は同じように出しているにもかかわらず、何で施設が、一方は国立に収れんし、もう一方は私立になったかということの、国が予算をどうのこうのというのだけでは、説明がつかないんじゃないかと思うんですが。

【岡田委員】 結局、でも私立病院ですと、もちろん代用病院というのに対しては、補助金を建設費のいくらかというのを出してますね。でも、その目的である道府県立病院の場合には、もっと地方公共団体の負担が大きいわけです。ですから、代用病院でやる方が、国は楽なわけですよ。それから、戦後の措置入院というのは戦後になりますけれど

も措置入院となると、今度は自傷他害という要件がありますので、結局、これは皆さんご存じの大谷さんが昔は精神衛生課にいて、僕なんかもそのライシャワ事件なんかも一緒にあれしたわけですけどね、大蔵省は危険な患者の対策だったら幾らでも金を出すということになったんですね。だから、公安的な要請からなら金を出すというふうに、戦後はそうなる。

【光石委員】 公安的な要請という意味では、精神病の場合も一緒だったんじゃないですか。その社会防衛という観点からという……。

【岡田委員】 一緒だったというのは、いつ。

【光石委員】 つまり、ハンセン病と同じだったように思うんですが、予算が少なかったんだ、出さなかったんだというようなことだけで説明がつくのかなというふうに思ったものですから、問題提起させていただきました。

【岡田委員】 やっぱ戦前は精神病者のことというのは、大きな目では二の次だったんだと思いますが。

【光石委員】 ハンセン病に比べてですか。

【岡田委員】 いや、ハンセン病に比べてというふうには言えるかどうかわかりませんが、国の全体的な衛生施策の中では、というのは、例えば断種法をつくるときの有力な意見の1つは、国民が汗を流して働いているときに、精神病院をつくるために使う金はもったいないから、断種すれば金が助かるというような意見が、堂々と述べられました。

【光石委員】 まあ、これ時間あまり食うといけませんので、おしまいにはしますが、ちょっとそういう……。

【岡田委員】 もう少し考え方を整理させていただきます。

【金平座長】 はい、筈委員。

【筈委員】 筈です。先生今のお話の中で、各園の精神病に関するカルテですか、を要請しているのがなかなか情報がかめないというふうにお話しになりましたけど、多磨全生園ではどうです。資料は届いてますか。

【岡田委員】 はい、全生園からは資料をいただきまして、全生園と栗生からは、かなり細かい資料をいただいています。それから長島ですね。ただ、やはりいつごろどういう病棟ができてとか、あるいは長島の場合に、全体の中の患者さんの延べ患者数とか、そういった資料でしてね、あとところによっては、僕、「研究会なんかで出したものの発表されたものがあつたら欲しい」ということをあれしたんですけども、研究会での報告なんていうのは、大体が老人時代になってからで、狭い意味の精神科的な時代の研究発表なんていうのは、あまりなかったようなんですね。

【筈委員】 私、お伺いしたいというか、私たち寮友の中の精神病患者がどう扱われたか、私、多磨全生園、小さいときからおりまして、特に戦中・戦後になりますが、本当に悲惨な状態で、10号病室という病棟がありまして、そうですね10人ぐらい大抵閉じ込められていました。それで、その中で精神科の医者はいませんでした。で、診てたのは当

時医務課長だった内科医です。内科医が診ていたんですが、私たちがぞっとした思いがするのは、その精神病室から飛び出してきて我々の仲間の中へ入り込んで、いろいろ騒いだりなんかする精神病患者がいて、その人があまりわーわー騒ぐと、その内科医の名前を言うんですよ、我々が。「何々先生が来るよ」と言うと、急におとなしくなっちゃう。これは一体何かと。私たちは精神病棟の中で何が行われたのかというのが、なんかそのことで察しがつくような気がするんですよ。その「何々先生が来るぞ」と言うと、その精神病患者はおとなしくなっちゃう。何があるのかなという、私子どもころから、いい先生だからおとなしくなるといふには思いませんでした。恐ろしいことがその病室内で行われるんだろう。つまり、ひどい目に遭うから、その先生が来るというとおっかながって、おとなしくなる、そういうふうな記憶がはっきり今も残っています。戦後しばらくずっと昭和28年の我々のらい予防法闘争以後になるまでは、患者看護としては精神病のね

……

【岡田委員】　そうですね。

【筈委員】　そうすると、私の友人で、少年舎、私、少年舎にいたんですが、少年舎に私と1つ違いの子どもが精神病になりました。それで、彼が死んだのは、真冬、ふろへ入れようとしたのか何か、真っ裸で彼がその精神病棟から飛び出して、それで各病棟内を真っ裸で走り回ってた。だれも止めようができない。小さい子でしたけど、ものすごく速くて大人がなかなか捕まえることができなかつた。その結果どうなったかという、翌日死にました。そういう事実がありますのでね、先生がハンセン病療養所内での精神病患者がどう扱われてきたか、神谷恵美子さんの評価を含めてということですが、本当にぜひしっかりと検証していただきたい。心からそう思っています。よろしくお願いします。

【金平座長】　じゃ、ちょっとご意見でよろしいですか。じゃ、また岡田先生、よろしくお願いいたします。

【岡田先生】　あと、一言だけ付け加えますと、やはり療養所には特有の精神的な問題あったようでして、ご存じのように神経痛に対する鎮痛剤、特にペンタジン中毒なんていうのが、ある時期かなり問題になったようですね。それについては、原田先生から昔発表された資料をいただいたので、ぜひうまく使っていきたいと思っています。

【金平座長】　いろいろと今資料も集めてらっしゃるようですので、どうぞよろしくお願いいたします。

今日は20分ほどのご準備くださった方が5人いらっしゃいまして、松原先生、それから藤野先生がいらっしゃるんです。1回ちょっと休憩とらなきゃいけないけど、松原先生お一人、ここでちょっとやっていただけますか。恐れ入ります。それから休憩をしたいと思います。松原委員からは、ハンセン病政策下での断種、墮胎、嬰兒殺しの被害について。

【松原委員】　松原です。

【金平座長】　時間がなくて、ちょっとごめんなさい。

【松原委員】　はい。資料の概要に沿ってお話しいたします。私に課せられた課題とい

うのは、ここのタイトルにあるように、日本のハンセン病の政策のもとでの断種、墮胎、  
嬰兒殺の被害の問題です。それで、この問題については、既に元患者の方々の証言や先行  
研究、それから裁判資料等について、事実あるいは問題がたくさん指摘されてきておりま  
す。この検証事業で私の課題としては、こうした被害の実態の解明を、この検証会議で使  
える資料を生かして行う。背景には、療養所における性と生殖の管理というのがあるわけ  
ですが、そういう問題を検討する。さらに、日本におけるハンセン病政策と優生政策の結  
合、特にハンセン病が優生保護法で断種の適用になったのはなぜかというようなことを検  
討するということになります。それでこのうち、最初の2点につきましては、今進行中の  
被害実態調査と、それから検証会議の胎児標本検証、これを受けて、それから既にいろ  
いろ出ている資料、あと優生保護統計報告のうち、各都道府県別とか年齢、階層別、あと墮  
胎については、墮胎の時期、そういったものについての原資料がありますので、そうい  
ったもの、これを突き合わせて分析したいと思っています。それで、今回はこれではなくて、  
次の断種の問題、ハンセン病の患者に対する断種合法化について、検討いたします。

周知のとおり、国公立のハンセン病療養所、最初は全生病院ですけれども、1915年  
から明確な法的な根拠がないまま手術が行われてまいりました。戦前、ハンセン病を適用  
とする断種合法化の動きはあって、それでらい予防法の改正ということで、最終的には合  
法化しようとしたわけですけれども、合法化できませんでした。それで、国民優生法とい  
う日本最初の断種法がありますが、これは、いわゆる遺伝病とされたものに適用が限定さ  
れておりました。しかし、戦後1948年に優生保護法ができて、最初からハンセン病が  
任意断種の適用となりました。任意断種というのは、本人の承諾を得た上の断種です。ち  
なみに、法律的に強制断種という場合には、本人の承諾にかかわらず、特定の機関が断種  
の必要を認めれば断種ができるというものです。ハンセン病については、任意という形に  
なっていました。この過程について、特に3つの問いを検討しました。

まず第一に、明確な法的な根拠がないハンセン病療養所内での断種というのが、戦前な  
ぜ罰せられなかったかということです。それで、ハンセン病療養所の医師とか、それから  
衛生当局を中心とする政府関係者は、ハンセン病患者の断種が正当であることの理由とし  
て、妊娠、出産に伴う病状悪化　これはいわゆる医学的理由というものです。それから、  
療養所の中で子どもを育てるのは難しいとか、ここで生まれた子どもは引き取り手がいな  
いとか、そういった養育困難　これはいわゆる社会的な理由となります。また、乳幼児  
期の感染及び体内感染や体質遺伝の可能性があるとということ　これは、子孫への影響と  
いうことで、いわゆる優生学的な理由となります。こういったものを、断種が正当である  
という理由として挙げていました。しかし、こういった中で特に強調されたのは、患者の  
承諾に基づいて行っているということです。患者が望むからとか、患者の承諾に基づいて  
というようなことがいわれておりました。当時の法学者の議論で、断種法一般について、  
さまざま論点があったんですが、医学的な理由は、生命の危機にかかわる、健康にかかわ  
るということで、治療の一環として当然適応であるということ。実際、妊娠、出産でハン

セン病が悪化するかどうかというのは別として、一般に医学的な理由としては、容認できる。問題は、社会的、優生学的理由が、断種の違法性というのを阻却するかということです。

これはハンセン病だけでなく一般論として、こういった理由で断種が許されるかという議論があったわけです。ただし、どんな場合においても、意思決定能力のある人がみずから承諾した場合は、公序良俗に反しない限り、これは例えば子どもをつくらずに享樂的に遊びたいとか、当時の言い方ですけれども、こういったようなことでない限り、医学的以外の理由による断種でも、違法性が阻却されるんだという解釈が多かった。ハンセン病療養所の中で患者の承諾といっても、これが違法性阻却の前提となる自由な意思決定に該当するかどうかというのは、非常に問題というか、まず該当しないと思われるわけですが、そういった論点は不問のまま、任意の断種であるという光田らの言い分が、表面上通っていました。

こういった言い分が通っていた背景には、キリスト教系の療養所の責任者にも共通していた「ハンセン病の患者は子どもを生んではならない」という考え方があったと思います。例えば、キリスト教系でしたら、これを男女の隔離という形で、子どもをつくらせないということになるわけです。光田の場合には、結婚させるけれども断種手術等で子どもをつくらせない、こういうことになるわけです。医師、官僚、法学者らの、こういう子どもを生んではいけないという考え方は、当時の優生学と結びついていました。光田が断種を始めた1915年には、既にアメリカ、ヨーロッパで流行していた優生学、それから、アメリカで得た州法として成立していた断種法、これが知識人を中心に紹介されていました。

それで、一般に優生学は、ポジティブ・ユージェニクスとネガティブ・ユージェニクスの2つの方向があるといわれているんですが（ネガティブ・ユージェニクスというのは、望ましくない子どもを生ませないという考え方です）、消極的優生学あるいは抑制的優生学というふうになっています。断種は、このネガティブ・ユージェニクスのほうに当たります。この考え方では、まず社会防衛上望ましくない性質というのが特定されて、それが子孫への伝達ということに結びつけられたので、狭い意味での遺伝だけではなくて、垂直感染、これは体内感染とか乳児期の母子感染のようなもの、それからアルコール等による胚珠毀損、これは生殖細胞が損傷されて子孫に悪影響が及ぶということです。こういったものも、優生学的な問題として問題視されたわけです。つまり、この性質が科学的に遺伝するものなのかどうかという厳密な検証よりも、まず望ましくない性質というものが特定されて、それを持った者の出生防止というのが、優先事項だというのが、ネガティブ・ユージェニクスの特徴です。1920年代以降、優生学というのは多くの知識人に支持されまして、27年には人口食糧問題調査会というところに小委員会もできるという方向で、その後どんどん政府関係にも浸透していきました。それで、こういう状況の中で、厳密に考えれば、ハンセン病患者の断種というのは傷害罪に抵触する可能性が当然ながらあったわけですが、あえて告発されることなく黙認されておりました。

1920年の根本的癩予防策要綱には、生殖中絶方法を、患者が望めばしていいというような規定が盛り込まれたり、それから29年の「癩予防二関スル件」の帝国議会審議では、ハンセン病患者に対する断種というのが随分話題になりまして、それで衛生局関係の担当者が「必要である」というような答弁をして、議員のほうも「必要でありましょう」というような話し方をしていたという状況でありまして、単に本人の承諾だからいいんだということでは危ういので、ハンセン病患者に対する断種の合法性というのを確固たるものにする、そういう手が打たれてまいりました。

それにもかかわらず、戦前なぜ政府は断種合法化をできなかったのかということですが、1940年に、国民優生法という断種法ができるわけですが、その計画段階で、最初は純然たるネガティブ・ユージェニクス（優生学）の法律ということで構想されていたんですけども、その途中で、人口政策で、とにかく人口を増やすという方向が明確にできまして、それで、断種法プラス、優生学的な趣旨だけでなく、健全人口の産児制限目的の断種、墮胎の取り締まりの性格が強くなりました。これは広い意味では優生思想に基づくものというふうに考えられますが、つまり、人口の量のコントロールの要素というのが、非常に強くなってきて、それで、それまでは好ましくないといわれながらも容認されていた避妊ですとか、産児制限目的の不妊手術というようなものが、厳しく取り締まられるようになったわけです。そうしますと、患者の承諾があれば仕方ないというようなことではなくなって、承諾の許容範囲というのが当然ながら限定されることになるわけで、それはハンセン病の患者の断種についても、やはり任意であるとしてもきちっと合法化しないと政策上問題であるということになったわけです。

一方、優生政策全般として見ますと、性病やその他の感染症も、子孫への影響という点でターゲットになってきていたわけですが、つまりいわゆる遺伝病だけではなくたんですが、その国民優生法という断種法をつくるに当たっては、数ある外国の断種法の中でも、特に1933年のナチスの断種法をモデルとしました。ナチスの断種法の特徴は、遺伝という概念の中に適応を限定する（アルコール中毒は例外）ということですが、遺伝するかしないかについては、当時の学会でもいろいろと議論があったところなんですが、とにかく遺伝という概念に閉じ込めるスタイルの断種法でした。それで、単に遺伝するかしないかじゃなくて、「反社会性」とか「社会不適応性」のある「遺伝性」の精神障害、知的障害及び身体疾患障害にその適応を限定する方針というのが、日本ではとられたわけです。この背景には、日本民族衛生協会というのがありまして、ここで、学者を中心にドイツの遺伝精神病学を中心とする断種法モデルというのが採用されておりました。あと、優生学のすそ野は広くて、産児制限を支持する優生主義者というのがたくさんいたわけですが、こういった本流のといえますか、日本民族衛生協会のような優生学の考え方ですと、産児制限は敵でありますので、そういったようなこととの違いというのをはっきりさせるといって、そういう意図もあったと思います。とにかく、産児制限運動家なんかは割と遺伝という概念をアバウトにとるんですが、日本民族衛生協会はそれを限定していきました。

その結果、私が考えるのは、結局国民優生法案とらい予防法の改正案というのが同時提出されて、それでハンセン病の断種の是非が議論されるわけですが、断種法の路線が遺伝中心主義になったために、遺伝か感染かというところが非常に際立つような問題設定がされることになって、そうしますと、やはり断種法というのは遺伝を対象とすべきだという線でいってしまっていましたので、どうしてもハンセン病の断種というのは体質遺伝ではやはり弱いということで、成立しなかったというふうに考えます。

では、戦後なぜ優生保護法で合法化されたのか。戦後は、結局いわゆる人口過剰問題というのが生じてきて、優生主義者も産児制限を容認せざるを得なくなったわけです。しかし、優生学の考え方でバース・コントロールは逆淘汰を進めると。つまり、好ましくない子孫を増やすという考え方がありますので、なおさら優生断種というのを強化しないといけないというふうに人口政策関係者は考えました。それから、国民優生法は、今申し上げたような形で、政府中心で進んでいったわけなんですけれども、優生保護法ができるときには産婦人科が主導で、つまり中絶の合法化というのを非常に意識して進めてきたわけです。しかし、優生保護法をつくるのかかわった産婦人科医たちも戦時中は優生学的な出産政策に協力していましたし、それから知的なバックグラウンドとして優生学というのがもう当然だというふうに思っていて、ハンセン病が優生学的な断種の対象になるということにも、特に抵抗はなかったと考えられます。

これは、例えば最初の優生保護法案というのが47年に社会党から出るわけですが、ここでらいが遺伝であるというような、非常にいいかげんな文言を使いながら出てしまっている。これが、産婦人科とか産児制限運動家が中心に出しているというようなことからわかります。当時は、GHQの検閲がないと法律が通らなかったわけで、優生保護法の場合には、議員立法として提案されたので、公衆衛生局の前に民生局の検閲を受けて、検討されました。その際の資料を見ますと、問題にされたのは強制断種の適応が非常に問題にされていて、任意断種の適応についてはほとんどノー・チェックでした。ハンセン病は任意断種になっていましたので、私が見た限りのGHQの優生保護法関係の資料では、まったくその是非は不問にされておりました。以上です。

【金平座長】 どうもありがとうございました。膨大なものを短時間で恐縮でした。ここでちょっと休憩をやはりとりたいと思います。大変恐縮ですが、この後まだ今日お決めいただかなくちゃならないこともございますので、5分を目途にいたします。よろしくをお願いします。

( 休 憩 )

【金平座長】 それでは、再開いたします。一応まだ20分のお願いをしている方がお1人いらっしゃるんですが、とりあえず今日は各検討会の委員の方がご自分の現在ここをやっているというところを一言でもお話くださったほうがいいかと思っておりますので、1分と言っては申しわけないので、5分以内ぐらいにお1人ずつちょっとお話しくださいませ。ちょっと質疑なしに、まず順番で。じゃ、魯委員のほうから。今後に向けてね、何をして

いるかというところ。じゃ、後にしますか。じゃ、福岡委員からでよろしいでしょうか。

【福岡委員】 福岡ですけれども。僕は、当事者の方からの聞き取り調査のまとめですので、ひたすら学生たちにテープ起こしをやってもらって、で、そのままでは使い物になりませんので、もう一度自分で聞き直して読める形にというのを、遅々としてやっております。僕はさぼっているつもりはないんですが、やっぱり仕事量からいって、すいません、なかなかすべきことからいうと一部ですが、とにかくひたすらテープ起こしの資料を作成をしております。とにかく、できるところまでやらせていただきますという、それに尽きます。

【金平座長】 ありがとうございます。ほんとうに実態調査が基本的なところでございますので、期待しております。よろしく。じゃ、並里委員どうぞ。

【並里委員】 楽泉園のほうからは、昨年出させていただいたんですが、その後最近までに集まったのが、愛生園と恵楓園と光明園です。それで、そこでいただいたのが、昨年出させていただいたのと大きく新しいノイエスが出てくるかどうかというのが、ちょっと疑問だと思えてきまして、昨年の報告を補強する形で、他園のこの3つの園の出させていただけるのかなと思っております。それは和泉先生にご報告いたしまして、おいおいさらに煮詰めていただきたいと思えます。あとは、園外ですけど、愛知と那覇にあるクリニックなんですけれども、その2つもいただいておりますが、ちょっともうこれ以上は無理かなという形で、園外クリニックはこの2つで、あと愛知のを補強する形で三重県のデータに期待しています。

【金平座長】 ありがとうございます。それじゃ、訓覇委員。

【訓覇委員】 中間報告で出させていただいたのは、基本的には宗教とハンセン病問題とのかかわりということが、私のテーマですが、真宗大谷派というところの取り組みに限定したような形になったんですが、基本的にアプローチの仕方としては、大谷派というところで象徴的にとらえた方向で考えていけると思っております。ただ、それに、今年度さらに補足せよということで出されていたテーマが、大谷派以外のところでどうかということはもちろんですが、それと、戦後の宗教とハンセン病問題との関係。戦後の隔離維持にどのように宗教が役割を果たしたのかというところを明確にせよということです。その事柄を中心に、現在作業をしておりますが、基本的にすべての教団というわけにはいきませんので、象徴的なことで幾つかちょっと予備調査をして、ここを深められると考えた仏教系では、浄土真宗以外では、日蓮宗、そしてキリスト教系は3派ですね、そして、いわゆる新宗教系ということで、天理教と創価学会を課題として上げております。現在、特にキリスト教系においては、現在も取り組みを続けておられる好善社、昨日好善社の理事長さんと随分お話をしてきましたが、それからM T Lの現在の団体であるJ L Mの理事の方とお話をして、資料等をもってきております。それから、神山復生病院を訪ねて、カトリックは現在療養所を持っているということで、それぞれの歴史について話を聞いてきております。

そういうことと加えて、園の中で宗教施設や宗教の会が、どのような変遷をとってきたのかということ、これは団体を特定するというよりも、幾つかの療養所を特定して、並列して考えたほうが見やすいということを思いまして、栗生楽泉園と多磨全生園、それから長島愛生園、基本的にはとりあえずその3園で、幾つかの宗教の会を、並列して考えて見つめてみよう。で、そこの現在の会の代表の方への聞き取りを、ほぼさせてもらっております。

そういうような作業をする中で、ただ1つ課題として見えてきているのは、やはり私の最初の思いでは、宗教団体どこでも同じような感覚でこの問題にかかわってきたのではないのかという憶測があったんですが、それは随分と団体によって違いがあるということ。その違いは、教団自体が当時の国家というものとどういったような結びつきを持っていたのかということが、このハンセン病政策へのアプローチの仕方に大きな違いを生じさせているという、そういうことが言えるんじゃないかと。療養所の中で何を語ってきたのかというところには、大きな違いはないかもしれないけれども、やはり教団の国家とのつながりというもの、当然のことながらハンセン病政策とのつながりに大きな色の違いを出させてきている。そういうところから考えると、先ほどの窪田先生の福祉の関係とか、もう少しいろんな課題と宗教のかかわりというところも見えていかなければ、明確にならない部分があるのかなという、そういうようなことを考えております。特に、天理教が戦後非常にハンセン病問題に関心を持って、別所母屋というハンセン病患者、療養所の入所者専用の宿泊施設を天理教本部内につくっています。そのことで、非常にいわゆる親里帰りがしやすくなったという声が出る反面、現在もそれが続いているというような問題とか、いろんなこれまで考えていなかったようなことも、私の中ではちょっと見えてきていることがありますので、その辺も報告書の中に入れて、考えていきたいと思っております。以上です。

【金平座長】 どうぞよろしくお願いいたします。それじゃ、江連委員お願いいたします。

【江連委員】 江連です。自分は、子どもと教育の問題を中心に、ようやく調査が始まりつつあるという段階です。特に教育問題に関しては、黒髪校共学拒否問題や新良田教室のことなどを軸に進める形になるかと思っております。そのほか、例えば戦後の教科書叙述の問題や、教育学界について検討します。今見ている限りでは、民間の民主的な教育団体をふくめても、十分な対応がなされていないと思われま。ハンセン病の子どもたちへの関心は意外と少なかったのではないかと考えられます。療養所で育った子どもたちの問題や、あるいは地域とのかかわりなど、幾つか論点があると思っておりますので、多角的に見ていきたいと思っております。7月、8月で集中的に検討する予定です。よろしくお願いいたします。

【金平座長】 どうぞよろしくお願いいたします。7月、8月をお使いになるわけですね。宇佐美委員も、ございますか。

【宇佐美委員】 何とも視力障害者で、資料収集のほうも分析もできなくて、最近井上先生のあっせんで、鈴木さんという愛媛大学の先生にも補助委員としてやっていただきま

したので、ほんとうにただ資料を集めるだけで、目録をつくるだけじゃ困るというようなご意見もありますが、何とか酒井先生も協力していただいて資料ができればありがたいと思っていますが、あまり期待にそえません。よろしくをお願いします。

【金平座長】 ありがとうございます。どうぞよろしく。それじゃ、ちょっと戻って、魯委員、ちょっと一言。それから、藤野委員、最後をお願いします。

【魯委員】 順天堂大学の魯でございます。自分は、医史学の立場から植民地韓国のハンセン病対策について、ずっと研究してまいりましたが、今年度は、昨年度の報告を補強する形で進めたいと思います。相変わらず韓国側の元患者の証言とか資料、そして日本では広島の高尾先生がかなりたくさん資料を収集して研究なさっているので、高尾先生の資料も参考にしながら、補強したいと思います。占領下の中国の植民地対策については、藤野先生と話し合いながら進行を考えてまいります。以上です。ありがとうございます。

【金平座長】 ありがとうございます。よろしくをお願いします。それじゃ、最後になりましたけれども、藤野委員。ほんとうは藤野委員は20分をお願いしていたんですけども、すみませんが5分をお願いいたします。

【藤野委員】 近況報告ということで、今日お手元についております原稿は、2003年度の報告書に、私がある程度責任を持って書いた部分の補足原稿でして、1つは明治初期のハンセン病にかかわる医学書の内容紹介ということで、そこでは、やはり明治初期のころは、遺伝という認識が強いのですが、しかし、経験的にやはり感染するという論調が結構あるということですね。それをご紹介しました。これは、近世の江戸時代のほうで鈴木則子さんが、近世におけるハンセン病観をなさいますので、それが遺伝であると。その遺伝が感染するというところに、どう認識が変わっていくのかということで、それを医学書を中心にやりました。対象にした医学書というのは、国立国会図書館と東京大学の明治新聞雑誌文庫等にある、保存されているものを中心にやりましたので、当然すべての医学書を見ておるわけじゃありませんけれども、とりあえずそういうところにある明治初期大体明治20年代ぐらいまでですけれどもの医学書は全部目を通しました。

それから、第二に、ハンセン病に対する差別感というものの分析の中で、部落差別と非常に結びつくということで、これは昨年度の2003年度報告書でも多少触れましたけれども、かなりそれを実証的に深めたのかなと。ただあまり深く書くと、部落問題の報告書になってしまうので、一応ハンセン病ということがテーマなので、結論部分だけ書くことにしました。これについては、資料調査及びその分析において、全療協、それから部落解放同盟のご協力がありまして、部落解放同盟からもこの内容を検証会議の報告書に使うことについては、了解をとっております。

第三に、私立の療養所について。これは、訓覇さんの宗教の問題に絡むので、私は今回は、設立初期といいますか、1910代のデータに限定しまして、それ以降私立の病院がどういう機能を果たしたかというのは、宗教の責任という形で、訓覇さんのほうになさると思うので、一応隔離が始まった当時、私立の療養所はどうであったかということについ

て、まとめました。書き足した原稿は、その3点です。

それ以外に、これからはということは、担当者が書けないとか担当者のご都合で執筆をおりた項目などがありまして、それを私がある程度引き受けたということで、今そういうことについてはこれから作戦を練ってやります。

1つは、らい刑務所について。まったくこれはこれからやるんですけども、らい刑務所の設立について重監房の代監も踏まえまして、書くつもりですけども、現在のまだ不十分な調査の段階では何とも言えないんですけども、一般的には1916年に「癩予防ニ関スル件」という法律が改正されて、監禁、懲戒検束規定が設けられたということですが、私の調査に基づけば、それ以前から全生園とか全生病院とかそういったところでは、非公式に監禁をやっているようなんですね。そういった意味では、患者に対する監禁という問題は、どうも隔離が始まった当時からあったんじゃないかと、そういうことから少し解き起こして、重監房の問題とそして戦後のらい刑務所と何とか一貫して書ければと思っているんですけども、これについてはまだこれから、特にらい刑務所についてはこれから調査しなきゃいけないので、やってみなければわからないという状況です。

それから、無癩県運動等については、今各都道府県の自治体に対する資料調査の依頼を出しております。これについては、各都道府県によって相当温度差があって、非常に熱心に資料について調査して回答してくれた県もありますし、ほとんど音信不通の県もあるわけで、全部の県から回答があるとは思えませんけれども、現在回答があった都府県については、8月、9月を使って調査をしていきたい。その中で、現在非常に脈があるのは、三重県、奈良県、鳥取県、埼玉県、兵庫県。この5県からは非常に丁寧な回答がありまして、しかも内容が、非常に検証会議に使えるんじゃないかという、そういうデータも随分あるので、この5県については現在のところ8月、9月を使って調査するつもりです。さらに、まだ回答が来ない県については、今後も回答を待ちながらさらに調査していくつもりでして、一応大阪、沖縄、岡山あたりは多分出てくるだろうと考えております。また、大阪は独自に大阪府と大阪市が真相究明委員会をつくっておられるわけですけど、昨日大阪府と大阪市の真相究明の委員の方にお会いしまして、検証会議に対する資料提供その他協力について、お願いしました。これについては、また改めて検証会議から公的に文章を出していただきたいと思っておりますけれども、大阪はかなり脈があるはずですよ。

そういう中でまた新しい資料が出てくれば、無癩県運動だけではなく、検証会議全体に還元できるものがあるだろうと考えております。またこういったものを通して、少し資料調査、資料とかデータベース等という項目についても、何がしかの提供をしていけるだろうと。とにかく、8月、9月にどれだけ資料調査ができるかによって、かなり左右されると思っておりますけれども。また、厚生労働省におかれても、厚生労働省に今保存されている資料について、まだ一部しか調査できていないので、これもこの8月、9月の間に調査させていただきたいと。またこれも検証会議のほうから厚生労働省のほうにお願いいたしますので、そのことについても、ご協力よろしくお願いいたします。以上でございます。

【金平座長】 質問ですか。じゃ、1つ。ごめんなさい。じゃ、ちょっと。

【福岡委員】 藤野先生のご報告にちょっと一言だけ、質問いいですか。すいません、千葉県は回答がございましたか。

【藤野委員】 今挙げたのは、魅力のある回答ということであって、千葉県ありますけれども、あまり……。

【福岡委員】 そっけない回答ですか。

【藤野委員】 いや、そっけないというか、要するにあまり資料的には期待できないということなのですから。

【福岡委員】 そう言いますのは、僕は千葉県人権問題懇話会の座長をしまして、千葉県の人権問題の取り組みの提言をつくるときに書き込んだし、それから県側がつくった推進指針に、検証作業に協力するという一条が入っているはずなんです。だから、ちゃんとしてもらわないと困る。こういう資料では検証作業に十分に協力したことにはならないというふうに、例えば知事あてに、福岡がこの会議で言っていたというのを……。それと、ちょっと働かせてください。役に立つのが出てくるかどうかわかりませんが、千葉県はね。そんなに多かったわけでもなさそうですし。そういうふうないきさつがありますので、すいません、ちょっとプッシュしていただけますか。

【藤野委員】 ぜひ、こちらからもよろしくお願いします。

【金平座長】 県のほうの立場でも、また非常に助っ人というか、大きな力になっていただけそうでございますね。それじゃ、和泉委員が、ごめんなさい、検討会の委員でございました。一言どうぞ。

【和泉委員】 和泉ですが。2年ほどインドネシアに行つてまして、6月10日に帰ってきたんですけども、10月の下旬ぐらいまでは引き続き日本にいますので、その間にこの仕事を一応済ませておいて、それから再赴任したいと思っています。私が検討委員として分担したのは医学医療のことで、それから国際比較です。医学医療に関しては、中間報告で去年の段階ではハンセン病医学の基本的な認識について、去年の中間報告では十分ではありませんでしたので、この点を今度はきちっとして、正しいハンセン病医学についての認識を最終報告の中では入れるように、やりたいと思っています。

それから、去年の中間報告の中で、第二世代、第三世代論というのを展開したんですけども、第二世代の責任、第二世代というのは要するに化学療法、スルホンによる化学療法以降の世代ですが、この世代でなぜ日本の政策が完全に転換できなかったのかということについて、去年はあまり十分できていませんでした。その点を今年にははっきりさせておきたいと思います。

それから、第三世代というのは、現在の療養所の人たちですが、この世代については、正直に言って去年の私の認識自身が非常に甘くて、それなりによくやっているんだろうというふうに思っていたんですが、最近全生園における医療過誤問題その他がありまして、療養所の中での医療というのは第三世代になっても非常に悪いものがある、それが多くの患

者の命を奪っているという現実があるということがわかってきましたので、現状の中で第三世代が果たしている役割について、やっぱり検証会議としても、しっかりした認識を示しておく必要があると考えています。この点についても、今年の報告書では補強しておきたいと思っています。

それから、もう1つの国際比較ですが、先ほど佐藤委員のほうから非常に詳しいアメリカのデータが出されました。これについても、藤野委員のほうから出てきた日本の特殊性の配慮、この辺を含めて、アメリカの問題はしっかり報告書の中に書き込みたいと思っています。

それから、大東亜共栄圏のらいという問題、植民地の問題も含めてですが、去年あまり十分にできていませんでしたので、私自身はインドネシア担当ということで、今年に入ってからインドネシアのいろんな昔の療養所、それからかつての患者さんその他に会って、資料収集してきました。それも含めて書き込みたいと思います。それから、青木先生が今年の4月にミャンマーから帰ってこられまして、ミャンマーの資料を集めてきてくださったというメールをいただいています。青木先生の協力も得て、その辺をやりたいと思いますし、それから去年十分資料が検討できなかった、集めただけで十分分析できなかった南方らいに関して、日本の絶対隔離論者がどのようなことを考えて、それが現地でどう行われたかというのを、ミャンマー、インドネシアの例がありますので、それも含めて総合的な検討をしたいと思っています。

それからもう1つ、WHOを中心とした世界的なハンセン病の対策の変化の中で、日本がどうかかわったか、あるいはかかわらなかったかということの検討が、去年は残ってしまっただけですけども、その点についても、資料を手元に集めて、十分検討したいと思っています。私自身のタイムリミットが10月上旬ぐらいですので、9月の終わりごろには今までのものを含めてできるだけ書いておきたいと思っています。

【金平座長】 どうぞよろしくお願いいたします。ほんとうは検討会委員長のご報告もあるんですけども、次回にお願いいたしまして、割愛させていただきます。あしからず。それでは、この議事の第1番のほう、今年度末の2004年度の報告書に向けての現時点における報告、それから方向性、こういうようなものをご報告いただきました。今日ここで、もっと討議すれば深まるというものもあったかと思いますが、どうぞ、時間の関係で、ご理解いただき、今日お聞きになったもので、もしこういう点をぜひ入れてほしいとか、私の意見はこうだというふうなことがございましたら、それぞれの検討会の担当委員の方にその情報をご提供いただくということで、お互いのここで残したことを、ぜひそういうふうな形で、お願いいたいというふうに思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、2番目の再発防止の提言というのに移ります。実は、もう1つ、「その他」というのに大変大きな問題が起こってしまいましたので、この再発防止の提言をいたしまして、3の「その他」に移りますので、ご協力をお願いいたします。今日ここ5時までとい

うことをごさいますので。それでは、再発防止の提言ということです。

これにつきましては、検討会並びに検証会議の皆様方たちは、再発防止の提言を我々がこの7月ぐらいにひとつまとめるという方向性は、何回もお話をしてきましたので、ご了解得ていることだと思います。ちょっと私が内容に入る前に簡単に申しますと、この検証会議の設置の目的を考えますと、あくまでやはり国の誤った隔離政策、ハンセン病に対する、こういうふうなものに対して、メスを入れること。そして、なぜそのような政策がとられたのか。そしてその結果、どんな被害が患者さん、また家族その他に及んだのか。そしてまたその歴史的な流れ、経過。こういうふうなものを検証することにあると思います。そして、確かに誤った政策が、極めて大きな患者さんたちに対する差別、偏見を生んだということについては、もう改めて言うまでもございせん。しかし、じゃあ法制度が変わったから、すぐ差別、偏見がなくなるかということ、そうでもない。詳しく申しませんけれども、たまたま去年の末に起きました黒川のホテル事件。まさに予防法が廃止され、それから熊本判決が出た後で起こった問題でございました。私たち、先週ですか、もう先々週になりますか、熊本の菊池恵楓園に参りまして、いかにその事件がどういうものであったか、また、その結果、新たに恵楓園の自治会に対して、差別、偏見の新たな言葉が投げかけられたという実態も検証してまいりました。

こういうふうなことを考えてまいりますと、やはり私たちは、なぜ起こったかということだけでなく、いかにしてやはり差別、偏見をなくすかと、ここのところに私たちの報告が最終的に行かなくては、意味がない、こういうふうにごさいます。これが、来年の3月に出します私たちの2004年度報告書には、ぜひこの再発防止提言というのを盛り込む、こういうふうなつもりでおりますけれども、これも黒川事件をはじめとして、私たちはやはり政策というふうなものが、絶えずその時点において、何が起きているかということは、資料を提供し、提言をし続けていかないと、これはいけない、こういうふうなことも、この検証作業の中で大変大きく感じたところでごさいます。したがって、来年の3月の報告書を待たず、私どもは7月に私たちが現時点における提言というふうなものをまとめて、厚生労働省のほうに出したい、こういうふうなことで、作業を進めてまいりました。このことについて、今日はお手元にもう資料をお配りいたしておりますので、まとめていただきました内田副座長のほうから、この基本的な考え方と、それから中間報告に対する留意点と申しますか、これをご説明いただきたいと思います。

【内田副座長】 それでは、ご説明申し上げたいと思います。今座長からお話しがございましたように、この再発防止策骨子(案)につきましては、検証会議に設けられました再発防止策を検討する班がございまして、そこで検討しておるところでございませんけれども、本日は、資料3 - 、3 - という形で、骨子案を作成するにあたっての基本的な考え方及びこれに関連いたします被害実態調査の中間報告を作成するにあたっての留意点ということをご説明いただきまして、ご承認いただければありがたいというふうにごさいます。

まず、資料3 - の再発防止策骨子（案）作成の基本的な考え方ということでございますけれども、3つの柱を立ててはどうかということでございます。

1つは、政策決定過程における科学性・透明性等を確保するシステムの構築ということでございます。この理由でございますけれども、2つございまして、1つは、権威者とされた人々の、真の専門家を排した独善的で非科学的な知見が、国の誤ったハンセン病政策に大きな影響を与えたと、こういったことなどにかんがみまして、その再発を防止するために、公衆衛生等の政策決定等が、今後このような独善的で非科学的な知見ではなく、最新かつ公正な科学的知見に基づいて行われるようにすることということが、1つでございます。

もう1つは、熊本地裁判決に見られますけれども、新法の隔離規定は、少数者であるハンセン病患者の犠牲のもとに、多数者である一般国民の利益を擁護しようとするものであり、その適否を多数決原理にゆだねることは、もともと少数者の人権保障を脅かしかねない危険性を内在している。こういう指摘などにかんがみまして、公衆衛生等の政策決定等に当たっては、同政策の実施等により重大な人権侵害をこうむる危険性のある患者等が、問題点を洗いだし、法案の草案作成作業段階から委員として参加する権利等を十分に尊重すると、こういうことを柱にしたシステムを構築することによって、再発防止策を考えていってはどうかというのが、1つの柱でございます。

2つ目の柱は、患者被験者の諸権利を法制化するというを柱にしてはどうかということでございます。その理由等でございますけれども、2つございまして、1つは、国の誤ったハンセン病政策がもたらした言語に絶するような人権侵害の重大性、広範性等にかんがみ、公衆衛生等の政策等におけるその再発を防止するためには、患者・被験者の諸権利を法制化することが必要ではないかというのが、1つでございます。

あわせて、この法制化にあたっては、感染症予防医療に関する諸原則も規定するか、患者及び家族等に対する差別、偏見等を防止するための国等の責務とその施策等についてもあわせて規定すると、こういうような形で、権利をきちんと法制化することによって、再発防止を考えてはどうかというのが、2つ目の柱でございます。

3つ目の柱は、患者等の権利擁護システムの整備ということでございまして、ハンセン病患者等に対する上記の重大かつ広範な人権侵害を、我が国の人権擁護システムが看過ないし放置する結果に終わったことなどにかんがみ、その再発を防止するために、公衆衛生等の政策等における患者、被験者等の諸権利を、治療及び療養生活の実態に即して、個別、具体的に擁護するとともに、患者等が利用しやすい簡易、迅速な人権救済システムを整備すると、こういう観点で、第三の柱の内容をまとめさせていただいてはどうかということでございます。

そして、その次でございますけれども、このような骨子案を実現していただくというために、ロードマップ化を考えてはどうかということでございます。平成17年度の来年度の厚生労働省の概算要求中に、「調査費等」を、仮称でございますが、入れていただくとい

うことによって、ロードマップ化を具体的に考えていただきたいと。それから、この予算「調査費等」に基づいて、ロードマップ委員会、仮称でございますが、設置して、ロードマップのために具体的に採用していただきたいというのが、基本的な考え方でございます。この基本的な考え方を本日ご了承いただきましたら、これに基づきまして、早急に再発防止班といたしまして、この内容をまとめさせていただくということにさせていただきたいと思っております。そして、座長の決裁をいただきまして、提言するというふうな形にさせていただきたいと思っております。

次に、資料の3 - でございますけれども、検証会議の再発防止の提言というのは、検証に基づいて、それに裏づけられた再発防止の提言をするということでございまして、特に検証中におきましては、被害実態調査というのは非常に大きな意味を持つということでございますので、この骨子案という観点から見たときに、調査班のほうで非常にご努力して調査していただいております被害実態調査結果というものが、非常に大きな意味を持ちますけれども、調査班におかれましては、非常に最終報告に向けて今、詳細な検討をいただいているということでございますので、差し当たりは再発防止班の責におきまして、この再発防止策骨子案との関係で、中間報告というものを作成させていただきたい。それを一種の添付資料という形で、国に対して提言をさせていただきたいということでございますので、この中間報告というのが問題になりますが、それを作成するにあたって、基本的にこういうふうな考えさせていただきたいというのが、資料の3 - でございます。

まず、総論的な留意点でございますけれども、最終の被害実態調査結果報告を作成するにあたっての基本的な方針等については、改めて調査班のほうでもご検討いただきまして、検討会、検証会議でもきちんと検討した上で作成させていただきたいということでございます。それから、「過去の個別」「具体的な」「法的責任を追求し得る」被害に限定せず、より広い被害を明らかにするというこのことの上に、再発防止策骨子案を考えさせていただきたいということです。

3番目といたしまして、被害実態調査をするにあたって、検証会議として確認しましたいろんな事項がございますので、そういった点についても、やはり今回の中間報告を作成するにあたって、留意させていただきたい。それから、検証会議などの席におきまして、在園保障とか、あるいは社会復帰上のいろんな問題についても、配慮してほしいというふうな、そういう問題点についても、十分に踏まえてほしいというふうなご指摘がございましたので、この点についても留意するということが、3番目でございます。

次に、各論的な留意点でございますけれども、以下のような被害の特徴を踏まえた骨太の中間報告、速報とするということでございます。最終の結果報告書では、非常に多様な、いろんな問題について、きめの細かい報告書が出ると思いますが、今回はとりあえず基本軸についての中間報告ないし速報にさせていただきたいということでございます。それから、その「骨太」の中身でございますが、 から というところでございますが、戦後は日本国憲法等の制定に伴い、ハンセン病療養所の存在意義として、医療、福祉の保

障などが前面に打ち出された結果、戦前以上の全患者隔離が実現されることになったということ。それから、療養所における医療・福祉の実態は、非・反医療・福祉とも言うべきもので、このことが入所者に、隔離や差別、偏見等に伴う社会被害に加えて、非・反医療・福祉による在園被害という、複合的な被害を生み出したということ。でございますが、社会被害のみならず、在園被害も今なお続いていることに留意していくこと。でございますが、「医療・福祉の保障等」という建前と、実態との乖離等が、療養所はどのようなところかということについて、被害実態調査したところ、入所者の方々の異なる評価、「治療の場」あるいは「隔離の場」という評価を導き出しているのではないかということ。5番目ですけれども、入所が強制だったかどうかにつきましても、自己の社会生活と在園生活を比較して、「在園生活のほうがまだましだ」というふうにお考えになった方は、「療養所はありがたい場所だった」などと回答している傾向が見られますけれども、このことは、在園被害がなかったことを少しも意味するものではなく、在園被害さえも上回る厳しい社会被害を経験されたと、そういったことにも留意することが必要ではないかということが、でございます。

こういったような被害の特徴を踏まえまして、2番目としまして、在園被害に焦点を当てつつ、本中間報告においては、差し当たり以下の3つの柱を立てることということでございまして、療養所における「医療」等の実態、療養所における「生活」等の実態、それから、おくれた被害回復と今も続く被害と、こういう形で中間報告を、差し当たり作成させていただきたいということでございます。

それから、3番目としまして、在園保障等の問題については、のおくれた人間回復と今も続く被害の中で、少し言及させていただければと。

以上のような方針で、中間報告をまとめさせていただきまして、先ほどの骨子案に添付するというような形で、国等に提言させていただいてはどうかというふうに考えております。で、この中間報告等につきましても、再発防止班のほうで、本日この留意点の基本的な考え方を承認いただきましたら、早急にまとめさせていただきまして、座長の決裁を仰いだ上で、しかるべき国のほうにというふうに考えております。以上でございます。あとは座長のほうから……。

【金平座長】 検証会議の場でおっしゃいましたのは今回が初めてでございますけれども、ずっとこの問題について、私ども検証とこの再発防止というふうなことは、私たちが常に頭に置きながら、やってまいりました。どうしてもこの段階において、私どもの最終報告に出てからでは、やはり来年度以降どうなるかという問題もございますので、この案をもしご承認いただければ、7月に厚労省のほうにこれを提出したいというふうに考えますが、何かご意見がございましたら。はい、藤野委員、どうぞ。

【藤野委員】 再発防止の提案ですけれども、もう1つ社会啓発とか教育に対する提言というのはないんでしょうか。再発防止に向けての、そういう教育面、啓発面についてということは……。

【内田副座長】 今おっしゃったように、先ほども座長がご説明されましたように、最終的な再発防止策の中には、国に対する部分、それから地方自治体に対する部分、それからいろんな各界に対する部分というのは、非常に網羅的に最終報告書の中には、今後ご議論いただいてまとめていただいて、載せさせていただくということになるのかと思います。先ほど座長がご説明いたしましたように、今回はとりあえず最終報告書に載るであろう再発防止策の中の、国に対する部分のうちの、緊急的なものだけに限定して、骨子案という形でまとめさせていただきましたので、もちろん社会提言とかいろんな形の問題が必要だということも出ておりますけれども、それにつきましては、さらに検討いただきまして、最終報告書の中で盛り込むという形で対応させていただいてはと思っております。

【金平座長】 ほかにございませんでしょうか。もし……。はい。

【井上委員長】 この表現の中で、「速報」って入っているんですけどね、これは、変えますか。

【内田副座長】 「中間報告」というふうにさせていただきます。

【金平座長】 今回の留意点の中の2の「各論的な留意点」、「骨太の速報」じゃなくて「中間報告」、こういうふうにご訂正いただきたいと思います。それでは、まだこれは留意点であり、それから基本的な考え方でございますけれども、これに基づいて早急に案文をつくり、そして厚労省のほうに提案したいと思いますが、よろしいでしょうか。ありがとうございました。それでは、あと早速案文をつくりまして、提出する前に委員の皆様方には当然お配りしたいと思いますが、今のところ6月の末といいましても末になってしまいましたので、今日ご了解を得ましたから、7月の初めに、できれば厚生労働大臣のほうに、私どもにこの検証をお任せくださいました大臣のほうに、これを提言としてご提出申し上げたいというふうに考えております。どうもありがとうございました。

それでは、最後でございますが、その他の議題でございます。これにつきましては、私ども検証の中に、胎児班というのがございます。胎児の検証をやってまいりましたが、これにつきまして、ちょっとこの経過とそれから現時点におけるちょっと問題点、これを胎児班の責任者である牧野先生からお願いします。

【牧野委員】 各療養所にある胎児標本に関しましては、人権蹂躪の最たるものということで、私たち検証委員も重くとらえ、検証と並行して胎児標本の検証をやっているわけですが、そして、前回のこの会でもご報告いたしましたように、6月下旬、すなわちこの会で、ある程度の私たちのまとめを報告できると、そして7月上旬には厚労省へそれを提出したいと、こういうふうにご報告いたしましたのでありますが、きわめて深刻なことが起こってしまいました。それは、6月の中旬に、多磨全生園の園長から報告がありまして、新たに胎児が36体、多磨全生園で発見されたと、こういうことが起こってしまったんですね。それはどうしてかといえますと、去年の検証会議では、胎児標本はないと、こういうような報告をいただいていたんですが、多磨全生園にはたくさん標本があるわけですが、病理標本が。これはみなホルマリンに入っているわけですが、ホルマリンは1

年に一遍くらいは量が減ったり、それから汚れたりするので、入れかえをする必要があるわけですが、臨床検査技師が今度徹底的に、ホルマリン液の入れかえをやったところ、6月11日に、胎児が病理標本の中に混ざっていると、こういうことがわかったそうです。これはいけないということで、さらに徹底的にやったところ、1週間の間で36体見つかっております。それから、胎盤が8つ。こういうような事態になったわけですね。新たに出た胎児も当然報告に加えなければいけないので、なるべく早い時期にこの多磨全生園の胎児の検証をして、そして7月上旬、厚生労働省へ報告する予定でしたが、それを1カ月延ばしまして、8月上旬には新たな多磨全生園の胎児を加えた報告書をつくりたいと、こういうふうに思います。ですから予定を、まことに申しわけありませんが、1カ月延ばしたいと、こういうふうに思っております。

もう少し事実経過を申しますと、その後、21日には厚生労働省のほうへ多磨全生園から報告があり、22日には多磨全生園の自治会へ報告。それから、全療協のほうへ上がりまして、25日付で全療協より検証委員会議案あり、厳しい再検証の要請がきております。こういう事態でありますので、1カ月予定がおくれますことをご報告申し上げて、胎児標本問題の現況といいますが、終わりたいと思います。

【金平座長】 ありがとうございます。以上のような経過と内容でございますが、あくまで胎児班としての今後の検証の中で、さらにこれが明らかにいろいろとされていくと思います。またご報告はいたしますが、何かご意見なりございましたら、お1人でも、どうぞ。いいですか。じゃ、神委員。

【神委員】 午後の検証会議の予備会議の中で、かなり討論いたしましたので、あえてここで繰り返して言う必要もないんですが、公開の場で傍聴者も少人数ながらいらしていただいておりますので、この時点における全療協のこの問題に対する考え方について、端的に触れなくてはならないのではないかと、そのように思っています。

多磨全生園の臓器等の検証をさせてもらったときに、私どもの仲間から確かにあの倉庫の中には缶の中に胎児があるのを見たという事実を確認した人がおりまして、私どもが検証したときに、この管理をしている職員に対して、「胎児がないはずはない」というふうに指摘をした、そのことが、多磨全生園の検査官の頭にあったということも、1つのポイントになって、園長の指示等もあって改めて全体を調べ直した。同時に、たくさんあるおびただしい数のホルマリン漬けのそれを1つ1つ調査をして、ホルマリンの交換をした。その作業がついに先日終わったばかりで、当時「ない」というふうに検証会議に報告をされていた胎児が、36体も出てきた。非常に衝撃的な事実が、そこで明らかになりました。当初私どもが検証会議の一員として検証したときには「ない」と言われていたものが、後から出てきた。調査が非常にずさんであったということの、何よりの証左だというふうに思うんです。

この問題を直ちに検証会議としては改めて検証する必要があるということとはもとよりですが、全国の療養所においてもかつてはそれぞれの療養所の中に胎児が保管されていた歴

史的な事実があるわけで、今後またどこかの療養所からこういう事態が発生することもなきにしもあらずという考えを、私どもは持っています。したがって、可及的速やかに厚生労働省に報告をする前に、全国の施設に、もう一度調べてみるという調査を、検証会議が直接やるか、あるいは厚生労働省を通してやってもらうかということ、速やかに対応を考える必要があるのではないか。そして、それなりに検証会議としては、重い歴史的な事実として、これを正しく受けとめて、今後の再発防止はもとより、どういう経過があって、いつごろからいつまでの間に胎児がこういうふうに出てきたのかということ等も含めて、きっちり検証して国民の前に明らかにする必要がある。そういう責務と使命を、この検証会議は持っているというふうに私は考えておるわけで、そういう観点に立って、今日午後の会議の中で、いろいろと議論をしたところです。時間がありませんから繰り返しますが、そういう前提に立って、これから検証会議としてはこの問題に取り組もうということが、確認されたところです。終わります。

【金平座長】 ありがとうございます。もう、検証会議といたしましては、牧野胎児班の班長のほうから、そういう決意表明を含めまして、お話がありましたので、私から再度申しません。ただ、私ども胎児の検証を、この検証会議でほんとうに1園1園やってまいりましたけれども、ここにこうやってまた新たな数が出てくるということで、じゃあ管理はどうなっていたのかというふうなことも、新たにまた疑問が出てまいります。こういうことを含めまして、胎児班、ひとつ全療協ともよく連絡をとっていただき、また園側とも連絡をとりながら、また新たな調査も必要ならばそういうこともぜひやらねばならないかなというふうに思っておりますけど、私としては、牧野委員長のほうにお任せいたします。よろしく願いいたします。一応今のところは、あまり先に延ばさないで、報告を1カ月ほど延ばすと。1カ月の猶予ということですね。そういうことでやらせていただきたいと思います。

大変長丁場になってしまいました。今日は各委員の皆様方が、これまでのご検証の結果を詳しくお話しいただきました。まだ話したいというところもございましょうけれども、とりあえず今日ところはこれでおしまいしたいと思います。次回は7月でございますが、ちょっと事務局……、私が言いますか、7月の14日、15日の2日間でございます。松丘保養園ということでございます。どうぞよろしく願いいたします。それじゃ、本日でこれでおしまいいたします。ありがとうございました。

了