

ハンセン病問題に関する事実検証調査事業

第25回検証会議・第17回検討会合同会議

2005年1月27日実施

【金平座長】 それでは大変お待たせいたしました。今年になって初めてでございますが、数えますと第25回のハンセン病検証会議、それから検討会が17回です。今日その合同の会議をさせていただきます。

今日の合同会議では、私どものこの検証会議の、任期というのはいませんが、実際の作業期間は今年度ということでございますので、最終的な、いろいろな報告書のこととか、そういうことについてご報告いただいたり、討議を進めたいと思っております。どうぞよろしく願います。

それでは早速議題に入ります。第1番に、特別報告書の提出についてということでございます。それは、ここに書いてございます2つ。胎児等の標本調査結果報告書、ハンセン病問題に関する被害実態調査報告書、この2つがまとまりましたので、本日午前、厚労省のほうにこの報告書を、健康局長にお渡ししてまいりました。大変分厚いもので、これが実態調査でございます。それから胎児班の調査報告書はこれでございます。この報告書につきましては、この検証会議の中で、胎児班、また実態調査班、それぞれ本当にご苦労なさってここまでまとめて頂きました。

この報告書の内容につきましては、これまでもお諮りしてきたので、今日はこれを提出したということのご報告にとどめたいと思います。

次に、2番目の2004年度の検証会議の報告書、これを我々が最終的に、この検証会議として検証の結果を出さなくてはいけません。これについて、検証会議、また検討会の各委員の方たちが、それぞれ検証並びに執筆をいただいております。ほぼ出そろっております。後ほど申しますけれども、3月の初めには、何としてもこれを厚労省に提出したいと思っておりますので、今日はこの報告書についての最終的な概要についてご報告をいただきたいと思っております。

これについては、起草委員長のほうに司会をお任せしてよろしいでしょうか。願います。

【内田副座長】 起草委員長の内田でございます。最終報告につきましては、検証会議の起草委員会のほうで責任をもって当たるということございましたので、起草委員会の

ほうでその任務を果たすべく、ずっと議論をさせていただいたというところでございます。起草委員会を逐次何回も開催させていただきまして、いただきました原稿につきまして、縦横等の調整も含めまして、いろいろと審議を重ねてまいりました。1月16日に、実質的には最後の起草委員会を開かせていただきまして、いろいろとご検討いただいたというところでございます。本日も、幾つか残された問題がございましたので、若干時間をとってご議論をいただいたというところで、今後は、印刷等の関係もございまして、起草委員長のところで編集上の調整等をさせていただきまして、印刷に入れるという形にさせていただきたいと思っています。

先生方のお手元に最終報告書の目次案を配付させていただいております。これはあくまでも現時点でということございまして、いろいろと縦横の調整をさせていただきまして、若干修正をさせていただくということもあり得るかと思っております。

この目次案は、基本的には、昨年度出しました中間報告書の目次案をベースにしながら、加えたり、あるいは引いたりという形でつくらせていただいております。全体の調整を図らせていただくという形に、横の第一、縦の第1、横の一、二、三という形で調整をさせていただきたいと思っております。先生方から提出いただきました原稿につきましても、そういう形で若干形式上の修正をお願いしておりますので、この点、ご了承いただければと思います。

それから、検証会議の報告書ということでございますので、それぞれ委員の個人的見解という形でお書きいただいたことにつきましては、修正をさせていただきまして、検証会議全体の意見という形をとらせていただくというところでお願いをさせていただいております。

それから、検証会議は、検証に基づきまして再発防止の提言をさせていただくというところでございますので、第十四章というところで、一番最後のところでございますけれども、再発防止のための提言をさせていただくということで、ここに入れさせていただいております。これは先生方のほうでお出しいただきました、それぞれの原稿の末尾にございます再発防止の提言というものを全体としてまとめて、調整させていただきまして、ここに載せさせていただくという形式をとらせていただいております。

この再発防止の提言も、現時点ではまだ確定というところではございませんで、まだ原稿について、若干残っているところがございますので、そういうこともあわせまして、最終的な再発防止の提言の原稿を確定ということで、印刷に入れるという形にさせていただ

きたいと思っているところでございます。

この目次の中で、胎児の部分と、それから被害実態調査の部分がございますけれども、先ほど座長がご報告いただきましたように、特別報告書という形で、本日、厚労省のほうに提出させていただいたということでございますので、一応、その目次としては掲げさせていただきますけれども、内容につきましては別途特別報告書に譲るという形式をとらせていただければと。ただし、胎児の部分につきましても、被害実態調査につきましても、検証会議の最終報告と一体のものであるという形をとらせていただければと思っているところでございます。

重ねて、形式上等につきましては、検証会議全体としての意見を出すということで、まことに先生方には申しわけございませんけれども、幾つか修正のお願いをしているというところで、いろいろと失礼の段があるかもしれませんけれども、お許しいただきたいと思っていますところでございます。

とりあえず全体としては以上というところでございます。今、正確には計算しておりませんが、胎児の部分と被害実態調査を除きましても、千数百ページの大部のものができるのではないかと。かつ先生方に頑張ってくださいましたので、内容的にもかなり、従来の先行研究を一步も二歩も深めたものができるのではないかと喜んでいるところで、重ねて先生方にはお礼を申し上げたいと思っております。

以上でございます。

【金平座長】 それでは各委員からご説明をいただきたいと思います。その前に、特に今日、傍聴においでくださっている方がいらっしゃいますので、ちょっと申し上げたいと思います。

今日、お手元にお配りした中に質問表というのが入っているかと思います。ここに、恐縮でございますが、もし何かこの会議のほうにご質問がございましたらお書きいただければと思います。そして、この第2の議題が各概要説明でございますが、これが終わった時点でこちらに回収させていただきまして、そこで1回休憩をとりますが、休憩の間に整理させていただきまして、残った時間の中で、私どものほうでご質問にお答えするということも考えております。もしご質問が多いようでしたら、すべてにはお答えできないので、その中の幾つかということになるかと思いますけれども、この検証会議として初めて、こういう場を一回持たせていただこうと思って、ここに質問表をお入れしておりますので、ご準備いただければ幸いです。

以上です。

【内田副座長】 それでは、それぞれの項目につきまして、先生方のほうから、原稿と
いいですか、ご執筆いただいた内容を要約的にご紹介していただければありがたい
と思います。なお、全体として2時間ぐらいいとらせていただきたいと思いますので、
申しわけございませんが、お1人5分ないし10分という形でご報告をいただければ
ありがたいと思っております。

それでは、恐れ入りますが、着席順にそれぞれ、まず検討会委員の先生方からご報告
いただきました後、検証会議の委員で担当した先生方からご紹介いただくという形にさせて
いただきたいと思います。教育の江連先生のほうから順番に回っていきます。

【江連委員】 こんにちは。検討会の江連です。私のほうでは、教育界の責任について
原稿を書かせていただきました。目次案だと3枚目の「各界の役割と責任の解明」という
ところに当たります。5分ぐらいで述べたいと思います。

私は療養所が設置されてから戦後の療養所の中でのいわゆる「教育」と、あともう一つ
は、「外」の世界である教育学会や教科書、そういうレベルのところはどうであったのか検
討を加えました。

まず療養所における「教育」というのは、大きくはおそらく3つぐらいの時期に分かれ
るだろうと思います。一つは寺子屋的な、私塾的な教育の時期。ここではいわゆる患者教
師と呼ばれる、教育経験があったりとか、教養がある患者が教育を行う、いわば私教育と
いうような取り組み段階であったわけです。その後、1930年代前後あたりからいわゆる
学園教育期と呼ばれるような、「無らい県運動」などによって収容患者数が増大する中
での、療養所の中にいわゆる学園ができていく時期。そこでは患者作業の一環として、患者
に教員としてゆだねて、教育が行われていくという時期です。このあたりから例えば子
もたちの文芸作品が出てくるとか、運動会などの様々な学校文化のようなものができ上
ってきます。その後、戦時期あたりから、いわゆる義務教育段階、公的な分校とか分教室
と呼ばれるような段階に入っていくことになります。これは療養所によって時期が多少ず
れてはいます。例えば戦後になって始まる場所もあれば、戦前から地域の分校という形
になる場合もありました。戦後になると、例えば教材費が予算化されていくとか、さら
には唯一の高校である新良田教室が開校されていくということについて全体的に眺め、検
討しました。

ここで考えていかなければならないのが、その「教育」を通してどういう人間を育成し

ようとしていたのか、子どもたちに求められたものとはどういうものか、そこは一番の問題だったと思います。

例えば長島愛生園では、「よき愛生人」になるということが究極の目標とされたわけです。学力とか、何を育てたいのかということを考えると、それは園内で通用する学力、つまり「園内通用学力」のようなものが求められていたわけです。それは、強制隔離の思想が背景にある中での、閉ざされた学力であっただろうということが考えられます。そういうことが、療養所の中の「教育」を検討してみえてきました。

それを、具体的に見ていくということで、幾つかハンセン病と教育の問題で挙げられるのが、1つは新良田教室の問題と、もう一つが龍田寮の黒髪小事件の問題かと思いたすので、その2つを大きく取り上げていきました。

一つは、新良田教室の高校設置の問題です。これは『全患協運動史』などにも書かれているように、一定の評価はされるべきだと思いますし、予防法闘争の中で高校設置が実現されたということは非常に評価できるべきだと考えています。子どもたちにとっても、それは社会復帰につながる大きな手段というか、手だてになっていたわけですので、そこはやはり評価すべきでしょう。しかし、その中での教育の実態はどうだったか。これはさまざまな入園者の方が回想されているように、子どもたちの教育の機会均等の面や、いわゆる教育権の保障の実態から考えると、法的な整備とは裏腹に、相当乖離が広がっていただろうと考えられます。例えばベル制の問題であるとか、白衣を着てお札を消毒液につけていたこととか、修学旅行の問題とか、いろいろあるわけですが、そういうことが、子どもたちの心の痛みに最終的にはつながったわけですし、それが、例えば長島愛生園での聞き取りでもありましたけれども、今日までその問題がずっと尾を引きずっている。そこは考えなくてはいけないだろうと思います。やはり高校が設置されたとはいえ、ハンセン病にかかわる子どもたちの存在というのは、社会から隔離され、子どもたちにとって相当生きにくい状況をつくってしまっていた。その意味では、当時の医療政策だけではなくて、教育政策の側面から見過ごされてしまっていた。この問題は非常に大きいのではないかというふうに、この高校設置の問題から考えました。

なお、70年代に入ってくると、いわゆるノーマライゼーションの考え方というのが広がっていくわけですが、にもかかわらず、そういう理念というのが、療養所の中の学校の中までなかなか広がっていかなかった、広がっていき得なかったというところは大きな問題だろうと考えています。

次に、黒髪小に関しては、事件そのものは非常に政治性を帯びた事件ではあるわけですが、やはり当時から龍田寮の存在自体が忘れられていた存在というか、タブー視されていた存在であり、地域の方からもそこは見えない形で存在していたんではないかと考えます。事件が起きた後も、入学反対運動が起きるわけですが、反対運動に入らないと村八分になるというような、さまざまな意識レベルでの差別というか、偏見が積み重なっていたと考えられます。この事件そのものは、力づくでというか、ちゃんとした解決策がなされないまま終わってってしまうわけです。国や県、市の教育委員会の対応は、当初は入学賛成だったわけですが、そうならないという問題については大きいのではないかと考えましたし、やはり人々の差別意識という問題は、強制隔離政策がもたらした大きな産物であるだろうと考えています。

最後に、ハンセン病問題と教育界にかかわって幾つか考えました。

1つは、教科書の記述がどうなっているかということを考えてみたのですが、これは『全患協運動史』にも取り上げられているように、保健体育の教科書の記述が問題となりました。結果的には、年代順にすべてを追うことは不可能であったので、幾つか取り上げた中で検討していったわけです。教科書叙述というのは、保健体育に限らず、ほかの国語や社会や理科もそうですけれども、当時の背景にあるその学界、例えば社会だったら歴史学とか、そういう学界の共有財産というか、そういうものを前提として記述されるわけです。保健体育の「保健」部分のところに関しては、やはり医学界の責任が非常に大きいだろうと考えられます。なかでも、教師用指導書には、これは恐ろしい病気だ、皮膚から腐っていく病気であることを教えなさいとか、そのようなことが書いてあるわけですが、それというのは、背景にある医学界の責任は非常に大きいだろうと考えます。さらに、そういう教科書を検定の中で認めてしまった当時の文部省の責任も大きいのではないかと考えています。これはさらに深く追及していく必要があるだろうと考えています。

次に、教師たちについてです。新良田の話だと、先生がひどいという話にもなるわけですが、教師自身も非常に悩みながら教えていたと思います。やはり戸惑いやためらいを感じながら子どもたちに向き合っていた姿ですね、そういう苦悩があったわけです。子どもたちだけではなく、教師たちも非常にゆがんだ中での教育環境に置かれていたんだと考えています。

最後に、ハンセン病の子どもたちや教育に関する研究状況や実践がどのあたりまでされているのかということです。本格的になされるのは90年代以降の障害児教育や、保育関

係などで研究がスタートし、今ようやく蓄積がされてきているという段階です。そういう意味ではやはり教育学そのものも、ハンセン病の問題を見過ごしてきたというか、そこから隔離されていた問題は大きいだらうと考えます。このほか非常に気になるのは、最近の人権教育です。裁判以降に、ハンセン病を正しく理解しましょうということで、いろいろな人権や啓発活動が行われていますけれども、そういう問題が過去の歴史責任をしっかりとふまえた上での取り組みになっているかどうかという意味では、あらためて検討すべきと考えます。

よって、ハンセン病にかかわる教育や子どもたちの問題というのは、歴史の中で忘却されてきた側面が大きい。それは、逆に言えば国による教育政策、医療政策も含めてですけれども、そういう政策がこの問題を十分とらえてこなかった、位置づけてこなかった、改善してこなかったという責任を照らし出すものであったと考えています。

【岡田委員】 岡田です。精神科医なもので、ハンセン病の問題と精神疾患の問題を両方絡めて書きました。第七の「ハンセン病医学・医療の歴史と実態」という中で、その第七の「ハンセン病と精神疾患」中の2項目、それから次の「ハンセン病、精神疾患患者についての比較法制処遇史」と、合計して3項目書いていますので、全部細かく述べていくと大分時間をとっちゃいますので、はしょって話をします。

特にハンセン病療養所における精神科医療の点はまだ報告していなかったと思いますので、ここにちょっと重点を置きます。これについては、各園からの回答を求めて、それから全生園にいた中川さん、菊池にいた原田さん、今も邑久に行っておられる高橋さんと3人の精神科医の聞き取りをしました。ここでは大体の歴史と。歴史の中では、最初から、結局ハンセン病療養所には精神病患者を監禁する施設が必要だったようでして、九州療養所の文書にはそういった点が残っているわけです。大事なことは、我々の先輩であります神谷さんが書いているところですが、やはりハンセン病療養所の中で精神病患者さんはさらに差別されていたと。ですから薬ができてからも、精神病患者の患者さんは薬も与えられず、同じころ精神科の治療でも新薬ができていたわけですが、そちらも恩恵に浴していない非常に悲惨な状態だった。それから看護者が職員に切りかわるのも精神病患者で一番遅いわけです。

ハンセン病療養所で精神疾患に特殊性があるかということで、統合失調症となった分裂病、あるいは躁うつ病などの疾患については、発生率に大きな差はないと。それから、昔からい精神病という特殊なものが存在するかどうかということは議論されていたわけで

すけれども、これはかなり昔から脳に菌は見当たらないということで否定されています。やはりハンセン病療養所における精神疾患というのは環境的な影響、あるいは病気に伴う苦痛、そういったものによる修飾を受けているんだろうということで、そういった点については3人の先生から聞いたことを書きました。特に神経痛に伴う鎮痛剤中毒とか、やはり閉じこめられて、しかも体のことだけ気にさせられる状態にいますので、心気症的、つまり体のことにこだわった神経症が多くなるとか、そういう点です。

結論としましては、精神病をめぐっては、差別の中の差別という問題があったと。聞き取りですと、これは全生園での患者さんから伺ったことですが、やはり療養所の中でも結核になるとまた差別される、同じように精神病も差別される。二重の差別があるということです。とにかくハンセン病療養所の中でも精神科医療は十分に行われなかったし、今でも十分じゃないと。ただ、老齢化に伴って重点は老年性の精神疾患に移っている。

最後に、こここのところでは、神谷さんへの評価をちょっとだけ入れさせていただきます。ご存じのように、鈴木禎一さんが大分神谷さんの著作を分析されていますけれども、ともかく神谷さんは、ハンセン病が今のように治ると言える段階ではなくて、非常に大変な病気だったときに献身的に入っていったという点では脱帽せざるを得ないわけですが、ただ、彼女は、療養所の体制に柔軟な人に対しては限りない慈愛を注いでいましたけれども、それを外れた人に対しては非常に冷たかったという点があるわけです。ですから、この点は文学のほうで神谷さんの著作を分析されるはずですが、やはり医者としても、彼女に対しては脱帽するけれども、少し批判をせざるを得ないということです。

その次に、ハンセン病療養所の患者さんたちが受けた心の傷という問題を取り上げました。これは前に大体報告してありますけれども、園からの回答と、それから全生園の患者さんの13名からの聞き取り、それからそのほかの文献などによっています。数字は大体挙げてありまして、5年ごとの自殺率を計算しますと、大体国民の自殺率の倍になるということです。この点、できればやはり、僕はグラフをつけたわけですが、グラフは入れていただいたほうがはっきり見えていいんじゃないかと思います。

調査の過程で、特に大きく気づきましたのは、神谷さんが挙げている数字。神谷さんは療養所に勤めた職員ですから、彼女が挙げている数字は当然その園の数字であるはずですが、今回園からいただいた回答は神谷さんが挙げている数字よりずっと低いわけです。それから宇佐美さんも、自分の記憶している範囲では、何名だったということをおっしゃってくださいました。結局、そういったことを総合すると、数字の上では2倍という格好

が出ていますけれども、むしろ3倍と見たほうがいいんじゃないかと。というのは、ほかのところについても、昔の、国がまとめた報告などに載っている数字とちょっとずつ違う点があるんです。やはりこの自殺率の高さというのは、ハンセン病になられた方が受けた心の傷の深さを示すものだろうと思います。神谷さんも言うておられるけれども、やはり初期において、だから入園されて初期と、それから入園前と、その段階で自殺を考えられる人が多い、あるいは企図。ですから園の報告に載っているより前に、入園前に自殺した人もかなりいるだろうし、またご存じのように、親戚の人で自殺されている人もいます。血縁者に同病の人がいる場合、あるいは非常に小さくて病気になった人の場合にはあまり自殺を考えていないけれども、そうでない人は結局、高橋さんにも伺ったんですけども、自分が面接した人の3分の1か半分ぐらいはかなり深刻に自殺を考えたとし、それから自殺企図もあったということで、やはり半分ぐらいの人にとっては自殺の問題というのはかなり深刻だったんだろうと思います。

ここでは、実態調査のほうでの元患者さんの証言も入れていただいて、そういう中で、やはり自分が知っているところでは、1年に何人も亡くなったとか、何か随分すごい数字が出ているんです。そしてそれは、園の今回の報告とは大分違うし、そういう数字の食い違いは、自殺企図をしたけど生き残った人とか、あるいは退園してすぐに外で亡くなった人が数えられないということもあるでしょうし、実態調査に出ている中では、自殺だと警察が来るから病死にしたんだよという患者さんたちの証言もあります。ですから、ともかく公的に出ている数字よりはかなり高かったと。その高かったことはやはり患者さんたちが受けた心の傷を示していると言えると思います。

今日はおいでになっていないけど、田ヶ谷さんが日本精神神経学会でやったアンケートに基づいて現状の精神科の実態を調べ、それから患者さんたちが受けた心の傷の問題などをあれして。それからもう一つは、彼は、現在の処方されている薬剤から、大体どういった病気が推定されるかということを書いて、やはり今後の問題として、老年精神疾患の問題が大きいということを書いていたんだと思います。

僕の最後は、ハンセン病と精神病との比較ということで、これはもう長い歴史ですし、ここでも報告していますので省略させていただきますけれども、新しくつけ加えたことで大きいのは、その隔離によって得たもの、失われたものということです。精神病の患者さんも、ハンセン病ほどのひどい隔離じゃないですけども、特に措置入院という、それでは隔離が主だったわけです。隔離によって社会は一時的な安心感を得ることはできるわけ

ですけれども、それによって非常に大きな費用も要しているわけです。それから社会は、それによって少しくあいが悪い人と一緒に暮らしていこうという寛容さを失ったと思うんです。このことは非常に大きい問題だと思うんです。というのは、ごく最近も感じているんですけれども、ついこの間聞いた人の話ですと、ある有名な新聞社の幹部の方ですけれども、忙しくてうつなんですよ。ですから、無理だと言いなさいと言っても、私の地位でこんなところへ通っていることを言えませんよと言うんです。ご存じのように、うつ病は心の風邪だと言われているけれども、そういう状態。というのは、結局寛容さを失ったことが自分たちの首を絞めている状態になっているわけです。

隔離の問題というのはもう少し詳しく書いてありますけれども、長くなりますので、このぐらいで、次にお返しします。

【窪田委員】 委員の窪田です。私は第九の「ハンセン病強制隔離政策に果たした関係学会、各界の役割と責任の解明」というところの、第4の福祉界を担当いたしました。

福祉界といって、どのような領域を対象とするかという点でも最初見当が付きませんでしたけれども、慈善事業、感化救済事業、社会事業、社会福祉というふうに、さまざまな言葉で呼ばれております福祉のかなり多様な実践と、それからごく少数ですが、研究の世界というものを包括的にとらえて、それが隔離政策とどのようにかかわってきたかを検討いたしました。

日本社会福祉学会というものが成立したのも戦後のことですので、歴史の半分はそれ以前に属するところを扱います。

ここの目次に書いてありますような、最初の慈善事業、感化救済事業とハンセン病対策、隔離政策と福祉界というあたりの状況を申し上げますと、明治期に入って、公衆衛生と、それからさまざまな形の慈善救済、貧困者への医療の提供という、救療と言われる領域もまた治安政策の一部として展開するわけですが、かなり共通の指導者による指導で政策が立案されております。その人々は、大体西欧の制度を輸入しながら、しかしそれを極めて日本的なものに改変しながらつくっていきまして、したがって、当時の社会事業の、福祉界の状況を見ますと、それは例えば、初期は日本慈善事業協会、後の日本社会事業協会ですが、そういうものと、そこにおいて主に大きな力を持っておりました情報交換誌、「社会事業」あるいは「慈善と救済」、あるいは「私設社会事業」といったような雑誌を資料にして検討をいたしましたが、大体いずれの機関誌の場合でも、光田健輔や高野六郎や、当時の多くのハンセン病の隔離政策の指導的な立場にあった人たちの論説

を詳しく紹介するという形で、慈善事業界、あるいは感化救済と言われる、これは極めて日本的な社会事業の発展の一段階でありまして、天皇からのご下賜金というのを基本にし、それを当時の内務省が優良と認定した幾つかの民間社会事業　ここには幾つものハンセン病の療養所も含まれるわけですが、ここに交付すると。一般の事業費には使えなかったんですけども、施設費などにそれを使うことができたわけですが、そのような形で、社会福祉、慈善事業の世界の人たちも、一定のご下賜金をもらって事業を展開するということが優良な社会事業であるということの認定を受けるという仕組みができていて、当時の政策立案者たちの動きに対する批判を、全く行うことができなかったということを読み取ることができました。

そして、その中で福祉界は、近代医学の名において、伝染のおそれがあるということを強調されるにつれて、ハンセン病の対策を全く医療の手にゆだねるという形をとって、初期の、かなり子どもの問題、家族の問題を含めて対応しておりました社会事業はハンセン病へのかかわりから退いてまいります。そのあたりが四節の「隔離政策と福祉界」のあたりでかなり明らかにしたところでありまして、その場合には、当時の慈善事業が置かれておりました極めて劣悪な条件と、それから公的な貧困者の救済を全く行わずに、一方でご下賜金などの制度を使っただけで、国の出費を全く行わないで、高級官僚と各地域ごとの資産家の克明な調査に基づいた、ほとんど強制的な寄附、しかもそれを各都道府県相互の競争をさせながら全国的に集めて、これを支給するという形式の中で、民間の募金とかボランティアなさまざまな団体の活動というものが極めて低く抑えられていたという福祉界の当時の状況が、結果的には、ハンセン病療養所の中の生活が劣悪なものであるということ知られていながら、しかしそれを批判したり告発したりするのではなく、むしろ何の援助もないに等しい慈善事業施設の中に入れられるよりは、まだ専門医がいて、その治療が受けられるところのほうがましであろうという認識、これは1950年代の終わりぐらいまで、あるいはもう少し後まで、かなり福祉界には広く受け入れられていた考え方ですが、そのような仕組みの中で、医療にゆだねるという形がとられました。

その場合の福祉界はどのようなことをしていたかと言いますと、一つには三井報恩会という、これは日本社会事業協会の特別会員であった慈善事業への助成団体ですが、これによる財政的な補助と、それから全国的に無らい県運動などに大きな力を発揮しました民生委員が、組織的な面では力を貸しております。この2つの事業を日本慈善事業協会と並べて検討し、その設立の時代的背景とその特殊な役割を調べたというわけです。

その中で、福祉界のさまざまな実践家、それからほんのわずかの研究者たちは、残された家族の問題、療養所入所に伴う家族への援護のほうにその関心を向けます。そこでは、初め、療養所の中では子どもを連れてくる、あるいは療養所の中で生まれる子どもも随分いたわけですが、それは思いのほかにも多い数なのですけれども、その子どもたちのための方策は何もとられていなかったんですが、そこから次第に療養所に、保育所という名前で、病気の親から生まれた子どもたちの保育及び教育が行われますが、その経過を検討いたしました。それらは療養所の本来の仕事でないために、外郭団体であつたらいい予防協会の事業として行われざるを得なかったわけですが、一部の民間の社会事業団体も、委託を受けたりしてこれにかかわっております。そのような児童の問題と、それから残された家族の家族援護の問題、それからさらに戦後になって、親たちの老後の問題。これも療養所に入所していた人の親が、ある老人ホームへの入所を断られて自殺したという事件をきっかけに要望が出て、しかし、らい予防協会としては、全国的な完全隔離のためには、後顧の憂いなく療養所に入らせるために必要な施策であるとして、老人ホームが1つだけ設立されておりますが、そのあたりの問題を検証いたしました。

その間、ずっと福祉界はハンセン病者を医学的な、つまり伝染のおそれがあるという明文を掲げ、国際的な、国家的な対面を保つためというスローガンのもとに行われている隔離政策にゆだねて、そこにまた依存し、見えないところにあるということで、一番それを忘れ去り、結果的にそれを隠蔽することに力を貸して、療養所に働く人を美化して、これを福祉の教育の場合に使うということもありましたけれども、直接的には無力のままに過ぎたと考えられます。

再び福祉界がハンセン病とかかわりを持つのが、戦後、軽快患者が目に見える数で増加し、それから患者自身も社会復帰への夢を描き始める1950年代の終わりから60年代の初めにかけて、身体障害者福祉あるいはその他の生活援護のさまざまな貸付制度の準用などを通じ、それからまた、一時的に数の増えた軽快患者が60年代の半ばから停滞いたしますので、療養所は積極的にケースワーカーという、戦後の新しい専門職を導入するんですが、そのときに再びの接点を持つわけですが、これも十分に実らない形で、つまりらい予防法の中にすべての施策を取り込んだ療養所主義というものの中で、福祉もまた十分にかかわりを持つことができず、リハビリテーション医学の発展や国際会議における研究などを通じて、さまざまなリハビリテーションの新しい方式が取り入れられたにもかかわらず、それぞれの段階における技術的な紹介とその評価だけが行われて、心理的な、精神

的なりハビリテーション、あるいはリハビリテーションにおいて常識とされるチームワークといったものがついに導入されずに、原則はあくまでも隔離主義であった。したがって、退所の基準といったものを全国一律にはつukらないという方針のもとで、再びそこに、在所者もまた退所した人も、何の援護もないままに退所しながら自分の生活を築き、残された者もまた同じように傷つきながら、この隔離による被害を深めていった、そういう経過を明らかにしたつもりであります。

そのようなところから、福祉界が、やはりこの裁判以降、少しずつの動きを始めておりますが、すべてがまだこれからと考えます。

以上です。

【訓覇委員】 第九「ハンセン病強制隔離政策に果たした関係学会、各界の役割と責任の解明」の第3の、宗教界の責任ということをご報告させていただきます。ちょっと要約した、手元でまとめたものがありますので、それを読ませていただく形で、少し補足しながらご報告させていただきます。

宗教界の責任。「一 はじめに」「排除され、隔離された者が運命共同体としての同感同苦の心を結び、捨てられた者のみが持つ世を捨てた思いが、隔離の島を楽土としたいという悲願に生きたとしても責められることではない。そしてそこに足を運んだ人も、それを受け入れた人も、隔離を前提として、それを動かすことのできないものとしてうべなったことは覆うべきもない事実である。『ハンセン病・隔絶40年 人間開放へのメッセージ』、伊奈教勝。この一文は、長島愛生園入所者として隔離の中で48年の生涯を浄土真宗信者の園内団体、真宗同朋会の活動に打ち込んだ真宗大谷派の僧侶、園名藤井善こと伊奈教勝が、晩年に自身の人生に向き合う中で苦渋の思いで記したメッセージである。この、隔離の島を楽土としたいという悲願に生きた伊奈が見詰めた、自他ともに隔離をうべなっていたのだという事実、その事実と向き合おうとする1人の入所者の思いを課題に向き合う視座として、宗教の責任を解明していく。

「二 ハンセン病療養所と宗教教団との関わり」。2004年8月現在、国立ハンセン病療養所の入所者数3,436人の87.8%に当たる3,019人が何らの宗教、あるいは所内の宗教団体とかかわりを持っている。園内には90近い宗教サークルがあり、園内宗教施設を拠点とした宗教活動が戦前戦後を通して活発に行われてきた。この状況からも、ハンセン病療養所入所者に宗教が与えた影響、国家政策との関係の中で与えた被害などについて、確かめていくことを等閑にすることはできない。

それぞれの宗教団体の宗旨別割合は、仏教系 48.6%、キリスト教系 31%、新宗教系 8.4%であり、一般社会の割合から考えるとキリスト教系の割合が非常に高いことが一つの特徴と言える。そのうちハンセン病療養所と仏教教団とのつながりとしては、浄土真宗系、日蓮宗系、真言宗系などが深いつながりを持っているが、とりわけ浄土真宗系と日蓮宗系は隔離政策存続に大きな役割を果たしたと言える。浄土真宗系、特に真宗大谷派によるハンセン病療養所慰安教化は「癩予防二関スル件」の施行とともに始まったが、それは国家のハンセン病政策と完全に同調するものであった。また、日蓮宗系の活動としては、身延深敬園を創立した綱脇龍妙のハンセン病問題への取り組みが突出したものであろう。身延深敬園は各療養所に誕生する日蓮宗の園内団体の本山的な役割を果たし、一時は九州分室も開園したが、1992年11月、入所者の減少により閉園されるが、私立療養所として国家政策とのつながりの中で、国立療養所を補完する大きな役割を果たしたと言える。

キリスト教系団体もハンセン病問題に積極的にかかわりを持っている。前述したとおり、療養所全体のキリスト教の会員は30%を超えており、日本におけるキリスト教の信者の割合は約1%と言われる中で、その数値は特別に高いと言える。入所する以前に洗礼を受けていたというよりも、療養所に入所してから洗礼を受けてキリスト信者となり、キリスト教の信仰に支えられて療養所での生活を営んでいるという人のほうが多く、その分、信仰が入所生活に与える影響も大きいと言える。また、キリスト教系の団体のハンセン病問題への取り組みとして注目しなければならないのは、支援団体である好善社や日本M T Lの活動、そしてキリスト教精神によって設立された私立のハンセン病療養所の役割である。しかし、これらもまた日本M T Lの目的にある、「本会はい者にキリストの福音を宣伝し、らいの予防、救らい事業の促進を図り、これが絶滅を帰するをもって目的とす」ということから伺えるように、国家政策との強いつながりの中にあるものであった。その他、新宗教においても、天理教などが教団としての積極的なハンセン病療養所入所者に対する布教活動を展開している。

「三 隔離政策存続に宗教が果たした役割」。それでは、このような形でハンセン病問題とかかわってきた宗教教団が、絶対隔離政策存続に果たした役割はどのようなものであったのか。「国立のらい病患者収容所はこのほど東京府下に新設されたることなるが、世に最も哀れむべき境遇にあるこれらの患者に対し、如来の慈光に浴せしめ、慰安を与うるの必要を認め、当局者より本山へ交渉ありしかば、東京養育院蓮岡教師は献身進んでこれが担当することとなりたり。かの天平のころ、光明皇后の垂教の慈懐のことなどしのばれて尊

し、大谷派の機関誌『宗報』に収録された短い一文であるが、ここには国の政策への呼応、救済の内実、そして皇恩との協調と、宗教がハンセン病隔離政策に果たした役割を考えるキーワードが羅列されている。そしてこれらは浄土真宗系の取り組みに限らない。特に戦前、ハンセン病問題にかかわった宗教全体に共通するものであったと言える。

国策への呼応としては、真宗大谷派光明会、日本M T Lなどが積極的に行った、国民に対する国の絶対隔離政策の正当性が社会に認知され、定着していくことを目的とした世論喚起の取り組みがある。リーフレットやポスターなどが多く作成され、教団の組織などを媒体としながら全国的に展開されていった。また、ハンセン病療養所入所者に対する慰安教化も国の強い要請によるものであった。ここで主に説かれたことは、あきらめの境地である。入所者に隔離の現実を甘受させていくためには、信仰の持つ力は大変有効なものであった。宗教者もまたその期待にこたえ、宗教的使命として隔離政策を推進していったのである。

その活動の中でもう一つ見落とせないことが皇恩との協調である。国が隔離政策推進にハンセン病患者を哀れむ皇恩を強調していったことに呼応し、宗教教団もことあるごとに皇室の恩を神の恩、仏の恩になぞらえて強調していったのである。このことが慰安教化の中身として説かれる内容、あるいは世論喚起の内容が入所者や一般国民に浸透していく大きな要因ともなったと考えられる。このように、特に戦前の宗教者のハンセン病問題に対する取り組みは、国家のそれと完全に軌を一にしているものといえることができる。それでは、そのような宗教者の活動が入所者に与えたものは一体何であったのか。それを一言で言えば、隔離を受容する感覚ということになるのではなかろうか。

少し補足ですが、後から土壇場で本原稿に突っ込んだ部分なんですが、神山復生病院のある入所者は、自分の療養所生活の支えが信仰であると語り、自分がらいになったために兄弟、親戚に苦しみを与えずに済んでいるのだという自負があると述べている。これは信仰という点から見たとき、非常に注目に値する発言である。長島愛生園の医師、クリスチャンであった神谷美恵子の「癩者に」という詩の中に「なぜ私ではなくあなたが、あなたにかわってくださったのだ。かわって、人としてあらゆるものを奪われ地獄の責苦を悩み抜いてくださったのだ」という一節があるが、自分が他の人にかわって苦しみを引き受ける、それを甘受していくことで他者が苦しみから逃れられるという、ある意味で療養所の中で説かれたキリスト教の信仰特有の思いを抱いて、現在も療養所生活を送っている人がいるのである。みずからの存在を、さまざまな屈辱的政策により卑下するしかない状態に

おとしめられている入所者にとって、療養所で生活することそのものが救済となるという教えは生活の光であったのではないか。このような教化は、隔離による人権侵害が強ければ強いほど大きな力として入所者に受け入れられたのであろう。人間の尊厳が踏みにじられることの最後の防衛手段、それは尊厳が踏みにじられているという事実を覆いをかぶせてしまうことである。そこにかかわったのが、人間を超えたものとしての天皇の仁慈と一つになったところで展開された、慰安救済という名の宗教の教化であった。隔離の現実を覆いをかぶせる、そのことにはある意味で究極の人権侵害ということもできよう。

「四 何故宗教者は『隔離』が見えなかったのか」。戦後になって国家との関係が戦前のものと大きく変化しても、宗教教団のハンセン病療養所での活動のあり方は基本的に変わらなかった。隔離の非人間性を信仰の課題としてとらえることができず、入所者に対して、隔離の中でどう安からに生きるのかを説き続けてきたのである。

ある療養所を退所した、キリスト教を信仰する1人の退所者の記事を『山桜』から引用する。「療養所のキリスト教は転機に直面しているように思われる。療養所のキリスト教は今大きな変革を要請されていると思う。簡単に言って、療養所で死ぬためのキリスト教ではなく、療養所外で生きるためのキリスト教が必要なのだ。信仰のみ主義から必然的に予定調和の信仰が生まれる。多くの場合は神様がよしくやってくれるだろうから、自分が余計な手出しをしてはかえって失礼になる。自分は社会問題にも政治問題にも手を出さない。キリスト者は信仰のみに生きるべきだというようなことになる。私は、しかし原則的にはむしろその反対が正しいと思う。キリスト者はその与えられた自由によって現実の不都合と積極的なかわりを持つべきであると思う。そうした現実とのかかわりを回避して、すなわち立法の問題を回避して信仰のみをもって足れりとしているところに現在の療養所のキリスト者の問題があると思う」。「生きるためのキリスト教」、野村完吉、『山桜』1962年12月号なんですけれども、そこには宗教者における救う者・救われる者という構図の中で宗教的取り組みが自己完結していくという問題がひそむ。このような問題提起を宗教者は受けとめることができなかつたわけです。

最後に、まとめとして、我が国の隔離政策の存続をもたらした要因としての宗教の責任に関する説明を通して、1つ再発防止に向けての提言を行うなら、療養所に布教に入る宗教者とそれを受け入れる入居者が、救う者・救われる者という関係を翻し、ともに人間を非人間化するものから解放されていくという対等な関係を紡いでいくことであると表現したい。ハンセン病国賠訴訟における熊本地裁での最終公判の際に弁護団から提起された、

まさしく「救済の客体」から「解放の主体」へという言葉が再発防止に向けての宗教者、宗教教団の今後の取り組みの方向を示唆していると言えよう、という内容で報告させていただきました。

【鈴木委員】 第二の、「ハンセン病強制隔離政策に関する立法・政策の検討」のところの第1の一、「近世の『癩』病観とその形成過程」という部分です。鈴木が担当いたしました。

ここでもタイトルに「癩」という言葉が入れてありますが、前近代についてはすべて「癩」で統一して、近代以降「ハンセン病」という形で報告書のほうも書いております。

らいは、かつて中世社会では、主として仏罰による病というふうには考えられていたのですが、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の認識も加わっていったことが、従来の研究史の中で指摘されています。私が担当した部分では、近代のハンセン病に対する差別の歴史的な前提として、近世社会の差別について、次の3つの側面から検討を加えました。

第1に、らいを家筋とみなす考え方が、近世のいつごろから、どのような背景のもとで設立し、普及していくのかという問題。それから2点目に、天刑病、業病といった差別意識が、家筋意識とのかかわりの中でどのようにして展開していくのかという問題。そして3点目に、そのようならい病観、差別意識のもとで現実のらい患者がどのような生活を送っていたのかという問題です。

目次のほうにありますように、医学書の分析と各地域資料と文学資料の3つに分けて分析しています。

まず医学書の分析ですけれども、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、素人向けの家庭医学書や寺院関係に伝わる治療法の秘伝書類なども含んでおります。そのうち、らいについて記載のある書、約80冊を表にして、原稿のほうに添付しております。その表に挙げた医学書の病因論というのは、大きく分けると、主なものを3つに分けることができます。

まず1つ目に、血縁者間に伝わる病気だというふうにはみなす考え方。これが一番多い考え方です。それから2点目に、食べ物の毒によってなるんだという考え方。それから、その地域の風土によってなるという考え方。この3つをピックアップすることができます。それぞれの説はいずれも、たどっていくとそのオリジナルは中国医学に求めることができますので、中国医学が提示するさまざまな病因論の中から、わざわざこれを日本

この江戸時代の医学が選び取ったところに、日本の近世医学の特性があらわれていると考えられます。それぞれの説がどのようにして成立してきたのか。その背景やらいに対する差別意識との関係をその後、分析しました。

まず、血脈説が成立することについてです。医学書では、らいの家筋という言い方はほとんど登場しません。血脈というふうに表示されています。それは、らいの血筋に生まれた人が、血縁のらい患者から伝染してらいになると考えたからです。このような考え方は中国医学ではほとんど見られない、日本の近世医学が独自に展開させていった考え方で、17世紀の後半から登場し始めます。らいは血脈の病とみなされることによって、家全体の恥と考えられるようになっていきます。このような血脈説が成立した背景の一つには、社会的、経済的な安定によって、中世よりも近世は患者の発症率が下がった結果、同じような生活環境に置かれて、小さいときから患者と濃厚に接触する機会があった人々の家族性の発病が目立ったという点が考えられるのではないかと思います。

2点目には、江戸時代に大流行した梅毒の影響が考えられます。梅毒は性感染症であるということが当初からわかっていますが、それとともに遺毒として血縁者から出生前に受け継ぐことがあるというふうにも認識されていました。この梅毒の病理認識が、らいの病理認識、つまり血筋、血脈という考え方に影響を与えたんだと考えられます。

3つ目には、17世紀以降、庶民に至るまで家意識が広がったことによって、いろいろな事象を家という枠組みで見るとまなざしが成立したことを指摘できるのではないかと考えます。

それから医学の病因説の2つ目に挙げた食毒説ですが、特にどのようなものでらいになると考えたかということ、魚肉や獣肉を食べることによってらいになると考えられた。それは血脈以外の人がいになるという、その現実をどう医学的に説明するのかということから出てきた説です。これは風土説も同じですけれども、まず食毒説は、たくさん魚肉や獣肉を食べると体の中に湿熱がたまってらいになりやすくなると、医学的な説明が加えられています。これはある意味では、らいの家筋差別を批判する根拠となり、現にそのようなことを医学書に書いている医師もいますが、魚や肉をたくさん食べざるを得ないような環境にあった、つまり自分の職業がそのようなものに関係する職業であった人々、つまり貧しい漁村や被差別部落の人々に対する差別につながることもあったと考えられます。

それから病因説の3つ目の風土説ですが、風土説というのは、特定の地形、水質、気候によってらいが発病しやすいという考え方です。これもらいの家筋説に対する反論の根拠

になり得たと同時に、特定の生活環境に置かれた人々の差別につながって、やはりこれもいわゆるらい村差別を補強することになったと考えられます。

目次の3のところに挙げました、各地域資料からの分析のほうに移ります。この部分では、江戸時代のらい患者の生活実態を各地域の資料から分析していきました。その結果、江戸時代のらい患者の生活というのは、大きく分けて、まず第1点に、中世非人の生活形態を検証するもの。それから2つ目に、らい身分として近世の賤民制の中に組み入れられた形。それから3つ目に、旅に出たり、乞食になったりして放浪する人々。それから4つ目には、家に家族と一緒にそのまま暮らして、家族やもしくは共同体に扶養されるという生活形態をとった人々、この4つの形態に分けてみました。

中世非人の系譜を引く存在形態、これは中世の非人宿と呼ばれる非人の集団の構成員にらい者が含まれていたことは、従来の中世史の研究で既に指摘されています。その系譜を引く存在が、以前報告いたしました近世の京都の物吉村であったり、有名な奈良の北山十八間戸、それから西山光明院のらい者であります。中世以来、彼らが持っていた勸進場を下級宗教者として喜捨をこいながら彼らは生計を立てている。しかしながら、こういった施設というのは、一般の人々の来訪もあって、極めて開かれた空間で、近代の隔離施設とはかなり性格が異なります。また、こういった生活形態というのは、ごく少数の人々に限定されて、地域的にもかなり限定されていると考えられます。

2点目に挙げました、らい身分として近世の賤民制のもとに組み入れられた形態ですが、さきの中世非人の系譜に入るような下級宗教者として暮らした人々、それが中世の形態をそのまま江戸時代まで引きずっているのに対して、近世権力が新たにつくり上げたらい身分という存在形態と言えます。本来は、病気という一時的な状態にすぎないものが身分として固定されてしまったわけです。地域的に確認できているのは、東北地域、加賀藩、九州の一部の藩です。この場合、えた身分の下に置かれて、生活の支配関係としては、その下役を務める場合が多いです。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一つの土壌になった可能性もあります。

それから家を出て放浪した人々ですけれども、温泉湯治に行ったり、それから巡礼をして歩く人々がいました。江戸時代のわりと初期の段階で、いわゆる五街道と呼ばれる街道にプラス脇街道、各街道の宿場、そういったものの整備が整って、また病人の村送りというシステムも完備していく中で、人々の旅が非常に盛んになってきます。それと各藩が殖産興業政策を行って、温泉地が日本中に増えていきます。そういったことが背景として、

旅するらい者というものが生まれたんだと考えられます。そういった温泉地には、病人が無料で入浴できる非人湯というものを幾つも確認しております。そういった江戸時代の社会システムが、家を出て旅をする人々の生活を支えていたんだと考えます。

それから、そのまま在宅した人々についてですが、今まで見てきた中世非人の系譜を引く生活であったり、近世賤民制のもとにらい身分として入れられたり、家を出て旅をして歩いた人たち、そういった生活形態は、おそらく江戸時代のらい患者の生活形態としては多数派とは言えないだろうと考えています。江戸時代のらい患者の基本的な生活形態というのは、強制隔離が進む以前の近代と同様に、在宅の状態、働ける限り家で働くという形だったと考えられます。

4つ挙げたさまざまな生活形態の中で、家を出たり、中世非人の系譜に入ったり、近世の賤民になったり、どれをとるかというのは、地域によって差があるし、それからその人が、武士身分であったり、町人身分であったり、百姓であったり、どの身分に属しているのか。それから家意識がどのようなレベルであったのか、家というものに対する意識が非常に強かったかどうか。それから経済的にどの程度のクラスに位置づけられる人だったのか、それから男女でもおそらく違いが出たと考えられます。ですから江戸時代の患者さんの生活というのは、個人差が非常に大きいと考えております。

次に、4の文学資料の分析にいけますけれども、前に報告させていただきましたが、「しんとく丸」というらいにかかった少年の説話の変遷を通じて、江戸時代の都市を中心にするらい病観を分析しました。その結果、中世の末から江戸時代初期には、汚れの意識に基づくらい者に対する排除というのは、都の貴族のもので、庶民には見られないと考えられます。庶民にとっては、らい者を家から出すかどうかというのは、その人がまだ労働力たり得るかどうか、もし労働力たり得なくなったときに、その家が経済的に扶養できる余裕があるかどうかで、どうも判断されています。庶民の差別意識というのを文学資料の中で読み取るときに、この中世末から江戸時代初期の段階では、汚れというよりもむしろ患者の外形に対する嫌悪感として表現されています。

らいを業病として強調するようになるのはいつごろからなのかというと、この「しんとく丸」説話からは、17世紀の後半から登場します。そのあたりから業をさらすという考え、天刑病、業病という言葉が頻繁に出始めます。それは、らいは家筋の病気であって、家の恥であるという認識が始まった時期と一致します。江戸時代における業病観というのは家筋意識によって強化されたもので、中世的な、宗教的な業病観というものがそのまま

引き継がれたというよりも、17世紀の後半ぐらいから広がっていく家筋意識によって庶民にまで広がっていったと考えるべきだと、近世的な業病観と考えるべきだろうと考えます。

最後に、総論のところ、全体をまとめた上で、江戸時代のらい者の生活というのは、地域、身分、家意識、それから経済状態、それから男女によって異なっていて、ひとくくりで示すことは非常に難しい。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、かつ統一政権ができたために、幕藩体制国家の成立や情報伝達手段が発達することによって、今までばらばらだったらい者の生活形態、処遇、それかららい病観といったものが徐々に一元化されていく過渡期にあっただろうと考えます。これが完全に一元化されていくのが、近代国家による統治へ転換して以降だと考えます。

江戸時代というのは、そういうふうに位置づけられると考えられますけれども、中世や近世社会、北山十八間戸のような宗教的な施設にらい者を収容して、町の中を勧進して歩くことを認めたというのは、中世や近世という社会の生産力に応じた一つの共生のシステムとしての側面を持ちます。だから、その時代においては、これも一つの存在形態としていたし方ない部分があっただろうと考えます。しかしながら、これが近代という歴史段階において、強制的に隔離施設に収容していくことは、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と考えます。同様に、歴史の発展段階を無視して、近世社会のらい患者と現代社会の療養所のハンセン病患者の生活を比較して、どちらがより悲惨かとか、被差別的であるかなどを論ずることも無意味だろうと考えます。そのような歴史の発展段階にさお差しおいて見ても、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、近代国家がらいを強烈な伝染病と宣伝して、強制隔離を続け、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とめなければならないだろうと考えます。

以上です。

【並里委員】 「ハンセン病医学・医療の歴史と実態」のところの、主に4番目のところの四番の多磨研究所の活動と5番目の一、二、6番目を調査いたしました。この順番でまいります。

国立多磨研究所、今のハンセン病研究センターですが、ここは当初から、報告されておりますアニュアルレポートを主になんですけれども、それとそこから出版されたものと両方合わせまして時系列ですと並べて、活動内容を調査してみました。個別ではなくて、

まとめて言えますことは、その後続きます療養所の問題と非常によく似ているんですけども、そのとき、どういう人がそこにいたかといいますか、その当時、だれが活躍していたかということによって非常に大きな差が出てくるということが言えると思います。発足初期のときには、軌道に乗るまでかなりの時間がかかっておりますが、その後、世界に非常にインパクトを与えるような研究が、少数ですがあった一方で、全く不合理なといえますか、医学的な観点から見まして、合わないような研究というか、意味が感じられない研究が多数出ているのも事実です。

時系列でと申し上げましたが、最近、今どういうふうな形で続いているかといいますと、やはり大きくハンセン病本来のものというのが、一部の人で続けられている一方で、あまり意味のないことが、全くハンセン病と関係ないものもずっと入ってきておりますし、続けられているというのが現状で、その後の医学の問題と、療養所との問題ともよく似ておりますが、そこにもやはり客観的な評価機構が見られないということが大きな原因だろうと思われました。

次の5番目の、「ハンセン病療養所の医療水準」の問題ですが、ハンセン病自体の医療と、それからそれ以外の病気というふうに、ここで分けておりますが、ハンセン病に対する医療水準を見てみますと、報告書の中では、第1世代、第2世代、第3世代という形で表現されておりますが、ここでも言えますことは、隔離というものは、時間が経過しますと、ますます隔離性、孤立性が強まりまして、日本の中にもポケットみたいな、隠されたところが何力所かできてしまうという形をつくってくるんだと言えることがわかりまして、報告しています。

第1世代、第2世代、第3世代という形で報告書では出ておりますが、当初は政策、そこにいる担当者たちが強力な国家政策のサポーターという形で活躍しておりますし、一方では、近世になりますと、医療レベルのほうに第3世代のほうが、そのひずみが大きく影響してきまして、日本では、経済的な問題がないということで、治療薬なんか非常に容易に入手し得ている一方で、世界にそれが通用するような医療になっていないというか、そのときにだれがその療養所に、ポケットですから、隠された部分、孤立した部分、エリアなものですから、そこにどういう人が活躍していたかによって非常に大きな違いが出てくる。今問題になっております全生園問題が、その典型的な例だということが言えます。

その次に、ハンセン病以外の疾病に関する医療水準につきましては、私の所属しておりますところで非常に情報が得やすかったということがありまして、楽泉園のデータが主に

なっておりますが、ほかからいただいたデータはそれをサポートする形のデータでありました。楽泉園のデータの開設当初からのものをずっと、それも経時的に見てみますと、やはり昔、結核は非常に多かったわけですが、一つの閉じこめられた空間の中に患者さんが1人いて、何人かの結核の患者がどこにでもいたと思いますが、一種の感染性の疾患が閉じこめられた社会の中で非常に充満してしまう。日本全体が多かった時代ではありますが、異常な多さというか、結核の罹患者、死亡者がものすごく高かったということがわかります。

それともう一つ、これは非常に重要なものだと思うんですが、腎疾患の多さです。腎臓が悪くて、最終的には、それぞれ死因がどこまで追跡できたかということは問題ですが、腎疾患で死亡されている方が非常に多かった。これは、結果的に言いますと、強制労働をはじめ非常に重要な労働力だったということは明らかにされておりますが、在園者の人たちの力が、手足の麻痺がある人たちにそういうものをさせるといことが、ますます悪化するというのは当然の話で、外傷に由来する慢性の感染症などを多くの人たちが持っていたらというのはいち早く想像されることでして、そういうものが大きく死因の中に影響していることがわかります。

次の6番目の、ハンセン病療養所以外の患者さんの処遇については、一つ大きなデータが得られたのは愛知県のクリニックの活動歴でした。これはできた当初、遅きに失するとは言えますけれども、これができた意味というのは非常に大きかったと思われまして、これが発展すればよかったかと、本当にこれを調べながら思われたんですけども、療養所以外の地域で、ただ場所は非常にへんぴなところでしたし、多くの人たちがそこに簡単に行けるということはかなり難しかったようでして、また、それにも増して、このクリニックが開かれているのが月に1回とか2回とか、だんだんもっと少なくなってくるんですけども、そういう形ではあります、それでもそういうものが開かれたというのは、当初の意味は大きかったらと思われまして。しかし、それが1980年代ですか、自然閉鎖的に閉鎖されてしまうんですけども、ここで見てみますと、活動性の病変を持っていた方がかなりたくさん通っていらしたということがわかります。療養所しかできなかったこの病気の治療が、本当にわずかなところで、本土にここということだけなんで、不足は不足です、足りないことだらけなんですけれども、そういうものがあつたというのは非常に意味は大きかったのに、それもまたそのまま発展させることはできなかったということが言えます。

もう一つ、京都大学の外来で、この疾患を一般皮膚科の中で、場所はちょっと違うんですけども、ほかの患者さんと同じような扱いで、法律的な縛りがいっぱいあるにもかかわらず、大きな活動をずっと延々と続けて、そこでいかにたくさんの人たちが救われたかということを総括的に述べております。

それから、全体的にまとめというか、最終的な今後の再発防止ということなんですけれども、今まで学会も、それから医療も、ずっと述べてきました共通する問題の一番大きいところは、自分たちがやっているアクティビティというか、活動に対する評価機構、第三者のというか客観的な目、自称専門家が、自分たち同士の中でいいかげんにするということではなくて、きちんと客観的にそれを評価するということが、本当に今なおきちんと確立されていない、ずっとされないままで通ってきたというか、再発防止機構のなさというのが一番大きく浮かんでくることだと思います。それが証拠にといいですか、今、日本の世の中に出ています教科書類のたぐいとか、看護学校の教科書などにも、これは報告書の中に書きましたけれども、あるいは啓発パンフレットみたいなものですか、そういうものも含めまして、いわゆる自称専門家の書いたものの中に、印刷されたものの中に目を疑うような、医学的に非常な間違い、大きく正反対のこととか、間違っただけものが堂々と世に出ているということも、評価機構のなさがこんなふうにつながってくるんだということが言える一つのあらわれかと思えます。再発防止に関しましては、きちんとした立派な評価機構があるということを非常に強調したいと思えます。

【福岡委員】 福岡です。私は第五の「ハンセン病強制隔離政策による被害の全体像の解明」というところですけども、調査班に属して仕事をさせていただきました。既に本日、厚労省のほうに特別報告書という形で提出されているそうですので、できるだけ簡単に、感想めいたことを述べる形にかえさせていただきます。

調査班に属しまして、私がやった作業というのは3点だったと思うんですけども、1つは、調査班での皆さんの議論を踏まえながら調査票を作成した、量的な調査と質的な調査を兼ね備えてやれるような調査票の作成をしたということが1点です。2点目としては、入所者の皆さんからの聞き取りの録音テープのテープ起こしと、それによる聞き取りのほうのまとめというところをさせていただきました。3点目としては、去年の9月に3泊4日の形で菊池恵楓園の場をお借りしてやったんですが、家族、遺族の方からの聞き取り、5名からでしたけれどもさせていただいて、それをテープ起こしをしてまとめたという形になります。

簡単にしますけれども、入所者の皆さんからの聞き取り、要するに質的な作業のほうで言いますと、一番やっていたと思ったことは、隔離政策、それから絶滅政策ということによる被害というものが、過去のものという形で終わってはいないという、今だにずっと続いているんじゃないかなという印象を特に持ちました。例えば外出制限と言ったときに、確かに制度的な意味での外出制限はある時点でなくなっているんですけども、やっぱり厳しい外出制限の中に置かれたことによって、それと社会の中に、政府の政策によってより強固につくられていった差別偏見というもので、入所者の皆さんの中に、社会の人たちのまなざしへのおびえというものが自分の中に内面化されていくと。外から確かにかぎはかけられなくても、その影響として、自分の中に外へそうそう気軽には出られない自分というものをつくらせられていってしまうと、それは皆さんがということではないんですけども、ずっと聞き取りの事例をテーブル起こししてやっていきますと、やっぱりまだ随分そういう方がいらっしゃる。

それから、例えば優生政策にしても、確かにある時点で断種はされなくなったんでしようけれども、今ちょっと手元に資料を持っていないので、はっきりした年代はわかりませんが、かなりこちら側になって、たぶん1980年代のむしろ後半ぐらいだったと思いますけれども、ちょっと年数が不正確なんですけれども、新良田教室を卒業された女性の方が、要するに病気ではない男性の方と結婚して、そのときにハンセン病療養所のお医者さんを訪ねてアドバイスを受けているんですけども、そういうときに、子どもはつくらないほうがいいよというふうに、報告書をお読みになれば出ていると思いますけれども、そういう形が行われている。だから断種が行われなくなったというのは、ただ単に入所者の皆さんの年齢が高齢化していただけであって、ここにいらっしゃる並里先生とか、そういう先生に当たればこんなばかなアドバイスはしないんでしようけれども、全体の中にはやっぱりまだそういう優生政策みたいなものの考え方から脱していないというか、ずるずるとそういう考え方を引きずったままきた先生もおられるんじゃないかなと。いろんな意味で、被害というのは終わっていないんだと強く印象を持ちました。

それから、わずか5名の方だけだったんですけども、家族、遺族の方からの聞き取りをさせていただいて、これは3泊4日、泊まり込みでやりましたので、ご本人たちからすれば、言いたいことはすべて言ったというところまで聞かせていただいたんですけども、やっぱりこれまで、僕などは、入所者の方たちのほうから語られる家族像というのはお聞きしてきましたけれども、家族の方から直接伺ったときに、やっぱりすごい差別を受けて

いる。特に働き手が強制隔離された瞬間に生活そのものがもう成り立たなくなる方もいましたし、学校でいろいろいじめを受けたり、学業を脅かされる。それから就職のときの就職差別、ある人は、工業系の高校でしたけれども、面接した企業の側から、おたくの高校にはそういう病気の親を持った生徒がいるようだけれども、そういうところからは今後募集をやめるといふ、要するに退学させろという圧力をかけられて、進路指導の先生からはおまえ退学しろと言われているんですが、担任の先生と校長が守ってくれたとか、いろいろなすさまじいものを受けています。それから結婚のときも問題になりますし、いわば隠して結婚した場合も、ずっと結婚生活が続けられるかということのおびえを持っていくと、そういう隠して生きていくしんどさというのが、やっぱりご本人たちから話を聞くとストレートにわかりました。

そういう形で、差別を受けた家族の人自身が、今度は逆に病気になった肉親を排除していく、差別していくという意識のメカニズムがありますし、それからやっぱりすごく印象的だったのは、入所者の皆さんからすると、家族から関係を断ち切られたということになるんでしょうけれども、家族、遺族の側からした場合にも、やっぱり大事な肉親を奪われて、それを奪われ続けてきたということがすごくわかりました。だから小さい、3つ4つのときに親が、例えば両親とも、両親ともというのは、星塚敬愛園を妊娠中のときに夫婦して脱走して無事に生まれた人からみたときですが、4歳のときに両親がまた再び強制収容されてしまう。あるいはもう1人の方は、父親が菊池恵楓園に収容されて、母親は姿を消してしまうと。そうすると、やっぱり小さいときに肉親からのいわば無条件の愛とか、人間的な包容とか、そういうものを受けないで育っていくし、親戚の人たちには冷たい目で見られながら、あるいはたらい回しになりながら、居場所のない形で大きくなっていくし、大きくなってまた療養所の肉親に会いたいと言ったときも、隠していますからなかなか逆に会えない。肉親を奪われ続けるというのは、もう亡くなられた方の場合でいうと、ふるさとの実家のお墓に入れてあげたいと言っても、ほかの兄弟たちが大反対して、どうにもならないと。

すごく印象的だったのは、ハンセン病の元患者さんたちの遺族、家族の人たちが、地域社会の中で隠さないで生きられる条件ができたときに、やっぱり療養所に収容された肉親を取り戻すことができるんだと、それは生きて取り戻す場合もあるでしょうし、お骨をちゃんとふるさとのお墓にと、やっぱり家族あるいは遺族の方たちが隠さなければ生きていけない状況が今でも続いているわけですけども、続いている限り、問題の解決は到底な

いと。

「れんげ草の会」というのができているわけですが、神美知宏さんが、ハンセン病問題の特徴は家族の会がないことだと言われていて、やっとできたわけですが、通常の病気の場合だと、患者さんたちを支援する形の家族の会だと思うんですが、当事者の方たちからお話を聞いていると、支援のための会ではなくて、明らかに当事者団体であるというのがはっきりしています。自分たちが隠し隠して、ずっと痛めつけられてきた自分たち自身を自己回復するための一つのセルフヘルプグループという形でありまして、それと同時に、自分たち自体、国のハンセン病政策によってすさまじい被害を受けたんだと。国にはっきり、自分たちに対する謝罪をきちんとしてほしいという意味での、やっぱり闘う当事者団体、規模は小さいかもしれませんが、そういう印象を持ちました。

あと、半分はおわびしながらなんですけれども、入所者の皆さんからの聞き取りというのは、テープを回させていただいたのが、録音のときは500名を超えますと思いますが、やっぱり時間的な制約とか、いろんなことがございまして、現状ではすべてを資料化できているわけではありません。やっぱり調査をして、それを記録として保全するというのが検証会議のかかげた課題だったと思いますので、ぜひすべての聞き取りの資料を、ご本人たちの最終的な承諾を得ながら、きちんとした記録にして、資料として保全できるような体制づくりを検証会議としてお考えいただきたいというのが、そういう仕事を担当してきた者の考えていることです。

以上です。

【丸井委員】 丸井です。目次の1ページをめくっていただいた裏側、第3の「GHQの対日ハンセン病政策」というところを簡単にご報告いたします。

戦後、いわゆるGHQが日本の政策に非常に強く関与したわけですが、その文書は、すべてGHQの占領が終わったときにアメリカに持ち帰っております。その文書をすべてマイクロフィッシュにしまして、現在、国立国会図書館の憲政資料室に所蔵されております。その中で、ハンセン病関係資料となっているものを取り出しまして、そのテキスト化を行いまして、それを読み、そして若干の考察を行いました。全資料は、累計しますと1,021枚ございまして、英文、和文にまじっております。そして、いわゆるメモラムレコードというのは比較的少ないわけですが、書簡、その他事務文書はかなりあるということで、GHQ、特に保健衛生福祉部が、どのようにハンセン病について考え

ていたかということがわかるような資料になっております。

幾つかの項目についてご説明しますと、1945年9月15日、終戦直後ですが、このときに13の療養所で、合計1万411人の患者が収容されていたという統計調査に始まりまして、GHQ、この保健衛生福祉部が幾つかの療養所を訪問したりもしております。その印象は、どちらかというと良好なというか、よい印象を持って帰っております。施設の設備がかなり整っていて、研究室の備品もいいと、患者の福利、ソーシャルウエルフェアも極めて適切にケアされている云々という報告がありまして、ネガティブな報告は極めて少ないということになっております。その後、何回かあちこちの療養所に出かけております。先ほどの大島青松園です。そのほか長島愛生園、あるいは多磨全生園などに行っております。この時期、すべて、英文では Leprosy という言葉を使っておりますけれども、時折 Hansen's disease という言葉も出始めておりまして、1949年にはそのような言葉が紹介されはじめてきております。

そして、このGHQが行ったことが幾つかありますけれども、1つはプロミンを治療薬として普及させるということにかなり努力をしました。そして、国内の製薬会社でもつくられておりましたけれども、非常に不足しているので、アメリカからも輸入したいということはかなり強くアメリカに対して望む文書もありました。あるいは日本のプロミンを使った治療にさまざまな形で関心を、いろいろな幾つかの財団にも関心を持ってほしいということをして連絡をしたり、書簡を出したりということをしておりまして、プロミンを非常に重要なカードとして考えていたということがあります。そのほか、戦後ですので、日本の研究者が隔離された状況ということに、同じようになっておりまして、日本のハンセン病の研究者をインターナショナル・レプロシー・アソシエーションに復帰させるということをお大分仲介しております。また学術的研究として、菌の純粋培養をするという研究を支援するというも行っており、また、先ほどすべて資料があるとお話ししましたが、それは韓国関係及び沖縄関係も若干含まれておりまして、さまざまな療養所に外国籍の患者も当時おりまして、その処遇をどうするかということで、特に沖縄、奄美との関連で、さまざまにGHQが動いているということがございました。

以上のようなことからGHQは、主としてやはり急性の感染症、当時アメリカ軍の兵士に影響を及ぼすような感染症、あるいは性病には非常に強い関心を持っておりましたけれども、比較的うまく、そういう意味では社会的にコントロールされておりましたハンセン病についてはあまり関心を強く持っていなかったというのが実際のところだろうと思いま

す。そしてまた、GHQのサムズ局長ですが、彼も1949年の手紙の中で、光田健輔にはまだ会っていないけれども、彼は一流の人物で、権威として日本人に受けとめられているとかなり高く評価しております。先ほどお話ししましたように、国立のハンセン病療養所については非常にうまく配置されていると、どちらかという満足印象をあらわしているということで、むしろ隔離をそのまま継続し、そしてプロミンを投与することで日本のハンセン病問題は解決できるのではないかと考えていたと考えられます。

そして、このあたりまでが私と研究協力者がこの文献からいろいろ出してきたことですが、それ以外に、起草委員会の先生のほうから、その当時の周辺の社会的な動きの中で、GHQが療養所の入所者自治会運動をかなり警戒していたと。これは、そういう意味では、今回の文書からは出てきませんが、我が国のいわゆる共産化を非常に警戒していたということで、療養所内の待遇改善、あるいは隔離政策の廃止等々につながるような自治会運動の要求に極めて消極的、それ以上にむしろ弾圧的であったということで、GHQのいわゆる民主化というのが、どちらかという反共政策を含んだものだということでありまして、今回、復刻いたしましたこのGHQの資料から見ますと、ハンセン病に対して、GHQはどちらかという関心が低かった。そして、それまで我が国が行っていたような隔離された状況下でプロミンを投与していくという方針を継続していけばよいと考えていましたし、また先ほどお話ししましたように、自治会への警戒、あるいは待遇改善を無視するという形で、GHQは、当時、民主化ということをかなり大きく出してはいたものの、ハンセン病患者への強制隔離対策を特に改めていこうという意思は持っていなかったのではないかと、今回の資料並びに起草委員会の先生方の追加的な資料によって伺われるということ、この項目では報告させていただきました。

【内田副座長】 お1人、5分ないし10分でご報告いただけますでしょうか。

【宮本委員】 文学における検証ということでご報告いたします。

ハンセン病文学は、明治初期、高橋お伝の逸話、仮名垣魯文、河竹黙阿弥など、戯作文学の中にまずあらわれ、幸田露伴、尾崎紅葉、生田葵山の文学で『対髑髏』『巴波川』『団扇太鼓』が描かれ、そして大正期に入ると江口渙、『蝦蟇』、『馬丁』、森田草平『輪廻』、それから昭和初期、戦後の探偵小説に書かれたハンセン病描写がある、それを淵源とする小酒井不木の『直接証拠』、それから大正期の正宗白鳥『人さまざま』、横光利一『馬車』。

それから2番目として、昭和10年代のハンセン病文学台頭の時代として、北条民雄、吉屋信子、小川正子『小島の春』、島木健作『癩』、そのような文学があり、らい療養所文

芸がハンセン病隔離政策拡大強化に奨励されたという状況があります。

3番目といたしまして、昭和初期、戦後、大衆探偵小説にハンセン病文学が非常に描かれた。昭和初期の探偵小説誌『新青年』に木下宇陀児『星史郎懺悔録』、山本禾太郎『小坂町事件』、また米田三星、『告げ口心臓』など、非常に多く書かれ、医師であった木々高太郎イコール林譚『青色鞏膜』などが話題を呼びました。また、『新青年』以外にも、久米正雄『光の漣』、渡辺啓助『癩鬼』などがあります。

4番目といたしまして、戦後は、木々高太郎『葦草』、山田風太郎『厨子家の悪霊』、深尾登美子『天使にはなれない』など、相変わらずハンセン病の取材が大衆探偵小説に非常にあらわれたと。また、小川正子の生き方の受け継ぎ手としての神谷美恵子のハンセン病、精神科医としての叙述がある。

5番目に、戦後ですけれども、これは1956年まで、石川淳『かよい小町』、武田泰淳『蝮のすゑ』、阿部知二『黒い影』、平林たい子『実説・高橋お伝 4人目の夫』、椎名麟三『邂逅』などの作品に書かれたということです。ただ、戦後は阿部知二の作品と、また大西巨人の評論など、新しいハンセン病の知見を反映した文学も出ている。

しかし、現代になりましては、現代文学にハンセン病を取材した作品は非常に少なくなりました。らい予防法の廃止及び熊本判決まで続いた国民のハンセン病問題への無知、無関心、不作為が重大に反映しているという現象として考察いたします。不作為、沈黙、これがハンセン病、らい予防法の廃止をおくらせ、無知、無関心の形での偏見、差別を存続したと考えます。そのあらわれとして、現代文学で取り上げることは少なくなりましたが、しかし、その少ない中のハンセン病描写の大半は相変わらず感傷主義、つまり科学的実情に合わない、また人権問題を無視したハンセン病描写が相変わらず続いている。日本文学における社会性の欠如、狭隘性、人権思想の未確立の問題として、日本の文学の問題として、ハンセン病問題の描写というのは、それを最も象徴的にあらわすものではないかと検証しました。

作品としては、松本清張『砂の器』、遠藤周作『私が・棄てた・女』、中村豊秀『癩病棟』、三島由紀夫『癩王のテラス』、宮原明夫『誰かが触った』、これは芥川賞の作品です。戸川昌子『私のインモラル物語』、大原富枝『忍びてゆかな』、また田宮虎彦の講演記録というのがあります。もちろんこの中には、新しい知見を反映した文学も入っております。

今回は、大変数が多いということで、小川正子の『小島の春』と北条民雄の文学という2つに絞って検証いたしました。

以上です。

【森川委員】 森川です。私のほうは、目次でいいますと第十一「沖縄・奄美地域におけるハンセン病問題」です。私から事務局のほうに提出しました原稿は、前年度の報告書に加筆し、多少全体的に整理したというものです。また、内容的には、第2「隔離政策の始まり」以下第5まで、4つの部分に分かれております。第2は戦前、第3は戦時期、第4と第5はアメリカ統治下の奄美と沖縄ということになっております。

第1は、1930年代に日本の隔離政策が強化されますが、奄美・沖縄では患者数が多く、その隔離政策も本土よりも強力に推進されたということが言えるかと思えます。まず、簡単に数字を言いますと、沖縄では、人口は全国のおよそ100分の1であります。療養所入所者は全国のおよそ10分の1でありますから、隔離政策の威力ということでは、およそ本土の10倍ということが言えるのではないかと思います。

第2の戦時期は、日本軍の残された陣中日誌などによりながら、1944年の日本軍による強制収容が第9師団や第24師団によって進められたこと、また、当時の沖縄愛楽園自治会の日誌等に基づいて、この日本軍による大収容のために、定員の2倍となった入所者が園内で過酷な戦時生活を送っていたことが実証的に紹介されております。

次に、戦後、本土復帰前の奄美では、米軍による過酷な強制収容政策が行われたことが紹介されております。また、1953年12月の日本復帰後に、同年制定されたらい予防法のもとで隔離政策が積極的に推進された事実も指摘されております。

次に、戦後、本土復帰前の沖縄では、戦後第1期、第2期、第3期と時期区分をしましたが、熊本地裁判決によって、不明であるとされました隔離政策による被害実態が、本土と区別されるべきものではないということが説明されております。各期を通して言えますことは、医師不足など、療養条件が著しく不備であったということです。宮古などは専門医が1人もいないという時期が長く続いておりました。

戦後第1期について簡単に言いますと、この時期は、米軍が戦前の絶対隔離政策を継承します。そして、その米軍の政策が住民によっても支持されていたという時代であります。

戦後の第2期は、そうして絶対隔離政策が進められた結果、療養所は人口過剰となります。そして、施設拡張も財政的な余裕がなくできないという状況になります。そのもとで隔離政策はどのような形をとったかといいますと、行政的に患者の隔離を徹底して、いつでも入所させることができる状態というのがつくられました。しかし、その間に在宅治療というのは行われていませんので、制度的には全くありませんでしたので、ハンセン病の診

断は受けるが、治療は受けることができないという状況ができ上がりました。

そして第3期は、在宅治療が一応制度的には始まっているという時期として特徴的ですが、この在宅治療制度につきましても、琉球政府やアメリカの民生部は、政策としては非常に消極的な位置づけをしておりました。法律的には、感染性の病型の患者さんが入所するという形がとられていたわけですが、実はこれ自体は、50年代から優先的に入所していたのは感染性の病型にある患者さんでしたので、ハンセン病予防法が制定されたにもかかわらず、政策としては、50年代から60年代にかけて基本的に変化はないということが言えます。そして、60年代というのは、沖縄では本土復帰に向けていろいろな準備が進められている時期ですが、この時期には本土のハンセン病の専門医の方が援助という形で沖縄に来ますが、この本土のハンセン病の専門医は、本土においては患者さんの発生というのが少なくなっておりましたので、実態的には沖縄に、感染源対策ということで患者を発見しにきたということが言えるかと思います。そして感染性の病系にある人は隔離するという制度を積極的に宣伝し、しかも非感染性の病型にある患者さんも、一たんは療養所に入所すべきであるということを沖縄で説いておりました。

したがって、結果としましては、戦前は日本の絶対隔離政策のもとにありまして、戦後は沖縄的な絶対隔離政策が継承し、そして本土復帰によって日本の絶対隔離政策のもとに戻ったということができるとかと思えます。

以上です。

【内田副座長】 ありがとうございます。引き続きまして、藤野先生と光石先生のほうから。

【藤野委員】 検証会議の藤野です。私の担当は多いので、簡単にやります。

1つは、第二の「ハンセン病強制隔離政策に関する立法・政策の検討」の第1の二と三、「近代のハンセン病観」と「強制隔離政策の開始と療養所の実態」。これは昨年の中間報告書にもかなり詳しく書いたのですが、1つは、近世から近代にハンセン病観がどう変わったのかということ、それからそれに対して、新しく恐ろしい感染症という認識がどう出てくるか、遺伝と感染という矛盾するような2つの認識が近代初期においてどのようにかかわっていたのかということ、明治初期の医学書、1870年代から90年代初期までの医学書の分析、それからいわゆる戯作文学と申しますか、民衆レベルの認識を比較しながら検討してきました。

その結果、明治初期からある程度感染ということは、医師の間では経験的に存在したということがわかりました。次に、1907年の「癩予防ニ関スル件」の法律の成立とその中身を検討する、これは三なんですが、中間報告では、むしろ去年は公立の療養所を中心に書いたのですけれども、今年はそれにプラスしまして、私立の療養所がどうだったのかと。ともすれば、公立は強制隔離で厳しい管理をして、私立は宗教的な信仰心から患者を温かく待遇したというイメージがあるんですが、実は私立の療養所というものも、「癩予防ニ関スル件」の枠組みに取り込まれて、言ってみれば隔離政策の補強をしたという側面を今回は少し明らかにいたしました。

それから次に、第2の「1931年の『癩予防法』 - 強制隔離の強化拡大の理由と責任 - 」というところです。これも昨年の中間報告でかなり詳しく書いたことでして、今回、特に大きく書き加えたり、修正したことはないのですけれども、少なくとも満州事変からいわゆる太平洋戦争、敗戦という段階までの15年間の医療全体をまず少し出して、医療政策全体の中にこのらい予防法改訂を位置づけるという展開をしました。そのポイントは、やはり兵力としての国民の体力強化、そういう全体的な医療が戦争に従属していく中で、ハンセン病の隔離も強化されたという社会的な背景も論じることができました。

次に、第3の「1953年の『らい予防法』 - 強制隔離の強化拡大の理由と責任 - 」の中の四番目の「藤楓協会及び皇室の役割」ということでありまして、これがおそらく厚生労働省にとっても一番関心を持っていただけるテーマじゃないかなと思っておるのですが、従来の藤楓協会の役割については、皇室への恩とか、そういったことを強調する機関という面はもうわかっておったんですが、それだけではなくて、やはりこの藤楓協会ができたのが1952年という、戦後のらい予防法の改正闘争が高まる時期にできている。そしてこの藤楓協会は、患者運動、全患協の当時の運動を鎮静化する、そういう行動をとっている。つまり患者をいたわるかのごとき言動を弄しながら、実は患者を隔離に甘んじるようにしむけている。そういう藤楓協会の役割がかなり資料的に明らかになりました。この資料は、厚生労働省が今回提供していただいた中にそうしたものがございました。そういった意味では、藤楓協会が果たした客観的役割が昨年の中間報告以上に鮮明になったのではないだろうかと考えておりますが、ソフトな隔離といいますが、そういった面もここで展開いたしました。

それから、第三の「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」という、いわゆる無らい県運動についてなんです。これはこの夏に、北海道から沖縄まで、

全国都道府県の自治体の資料調査というのを行いました。昨年の中間報告では、国がこういう方針で無らい県運動を展開し、絶対隔離をやったんだということは書いてあるんですけども、それが実際に村レベル、町レベル、市町村レベルという現場ではどうだったのかということについて、今回は全国の都道府県の大部分の自治体から資料提供を受けまして、かなり克明に無らい県運動の実態がわかってきました。

特に戦後について、無らい県運動の実態は、かなりこうした自治体資料を使って解明できました。患者に対する脅し、これは奈良県の県庁文書に、患者を脅して、強制隔離される前に自主的に隔離に応じるように県の職員が説得して回ると、説得というか、脅迫して回ると、そういった報告書が大変多く出てきて、任意ではあっても、実は強制隔離のような実態が明らかになりました。それから厚生省は、無らい県運動のときには密告を奨励しました。その密告の奨励によって、密告する手紙とか文書が和歌山県と大阪府から大量に見つかりました。まさに患者は、戦後においてもこのようにして強制隔離という脅しをかけられて、やむを得ずみずから任意で応じる、そして周囲の住民たちから密告されていた。こうした実態が、いまだに故郷に帰れない、肉親と会うことをいまだにためらう方々が大勢いると、そうした現在のハンセン病元患者、快復者の方々の人権侵害の根本にあるということになりました。こうした意味では、本当は出したくない資料を出してくれた多くの自治体の方々に感謝します。ここでは、特に神奈川、長野、愛知、福島、大阪、兵庫、和歌山、奈良といった府県の資料をかなり使うことができました。これは今年の大きな成果であろうと考えております。

それから、植民地の問題がありまして、これが第十二の項目です。「旧植民地におけるハンセン病患者の処遇と政策」韓国と台湾、目次には落ちていますが、第3に満州があります。それからあと、ここは旧植民地だけになっておりますが、さらに旧占領地も入っております。中国、それから東南アジア、これは目次に欠けておりますが、入っております。特に昨年の中間報告では、韓国と台湾が非常に弱かった。特に韓国についてはかなりご批判もある内容でした。そこで今年は、特に韓国と台湾についての調査、執筆を補強しまして、小鹿島でも、実際にクリスチャンであるがために神社参拝を拒否して断種をされたという方の聞き取りも行いまして、被害実態が去年よりもより鮮明になりましたし、まさに日本の植民地政策の一環としての小鹿島の、韓国の隔離という問題がより鮮明になりました。また、台湾でもやはり断種が行われておったこと、あるいは墮胎があったことも、楽生院の入園者の人たちからの聞き取りで明らかになり、また楽生院から戦前の日本統治時

代の資料が何点か出てきまして、こうしたものも今年の最終報告書に反映することができました。

検証会議としては、全国の13園を回ってきましたけれども、やはり全国の13園だけではなく、台湾や韓国の療養所も含めた、日本の一貫した隔離政策というものを今回の報告書でははっきりと打ち出すことができたのではないかと考えております。

あと、この目次に落ちておるんですけども、先ほど言った自治体の資料とか、さまざまな資料調査のデータもつけておりますので、それはどこになるんですか。目次には入っていないんですけども、資料調査という項目は……。

【内田副座長】 全体の資料ですか。一番最後……。

【藤野委員】 一応、全国の自治体の資料の保存状況とか、厚生労働省にある資料の目録とか、そういったものは全部これも表にしておつけするはずになっております。

以上です。

【光石委員】 検証委員の光石です。目次の2枚目の表の、これは第二の中の第4、「らい予防法の改廃が遅れた理由」というのが一つです。これは中間報告書にも詳しく述べましたが、既にあるいろいろな資料のほかに、厚生省の担当者からの聞き取り（実はまだもう一つ聞き取りが残っています）などをもとにしてまとめたものです。

もともと法律には、その制定の基礎に、社会的、経済的、医科学的な事実が横たわっているもので、それを立法事実といいますが、一連のらい予防法はそういう立法事実を欠いている法律でした。戦後の1953年法もそうです。にもかかわらず、立法事実を欠いているのに、何でもとも新憲法公布後にそういう法律ができたんだらうかということから出発して、それからまた、廃止がなぜ1996年まで遅れたんだらうかということを考えざるを得ない。その場合、結論的に言えば厚生行政が、どちらかといえば差別偏見の根本問題のほうはなるべくそっとしておいて、むしろ実利的な観点に立って、そして患者や入所者の処遇改善のために現行法のままのほうが政策上有利なんだというふうに位置づけた。これを強制隔離と処遇改善の表裏一体論と表現しましたが、そういう強制隔離と処遇改善の表裏一体論。

もう一つは、国立療養所中心主義と言っていい、厚生省とらい学会が既得権を得ていたということにあるのではないかと考えています。もちろん立法府もかわりがありますけれども、実は日本では、立法の実質はほとんど行政が担ってきています。そして立法府ではそういった医科学的な問題はほとんど審議しないで、国立療養所長の3園長の陳述なん

かを踏まえてああいう法律をつくったわけですが、そこに法的拘束力のない附帯決議をつけました。これは、ないよりあったほうがいいわけですが、その附帯決議によれば、法改正はこれは国会の仕事なんだということで、行政官がそこに口を出すのは越権行為なんだという、行政官のいわば弁解を建前としては可能にしてしまったということがあると思います。

それから行政府の対応に関しては、今言いました表裏一体論、これが基本的な理由であると考えますが、一方で、何でこういう表裏一体論が出てきたんだろうかということを考えると、やはり日本国憲法の25条が規定した生存権、プログラム規定説というのが、これは有名な朝日訴訟の最高裁判決で出てきています。これは、要するに生存権の具体的な権利性は否定するという考え方です。ですから、結局、そういうものが強制隔離と処遇改善の表裏一体論を浮かび上がらせたのではないかと。

あと、日本らい学会と厚生行政の対応のことですけれども、本来、厚生行政とらい学会の交流ができてなくてはならないんですけども、国際的な学界と厚生行政のコミュニケーションが非常に薄かったといえますが、非常に個人的なレベルに委ねられていた。結局、らい学会が国立療養所の医師たちによって支配されるということで、人事とか予算面での既得権がありますから、まさに情性的に現状を肯定する力になっていったということがあります。要するに、患者さんや入所者は政策とか医療の客体にすぎなかったということです。

この間に、全患協や自治会がどういうふうに役割を果たしたかということについても分析を加えました。そして、先ほどのことを考えると、厚生省が財務省に対して、予算編成上、強制隔離をやっているんだからということで処遇改善の予算をつけてもらうということがあったと考えますと、今後は、この辺の予算編成についての慣例のようなものを変えていかないといけないのではないかとこの提言もしています。

それからもう一つは、目次で言いますと、3枚目の第九というところの第1、「法曹界 - 法律家・団体の対応・責任」のことですが、これも中間報告で大体詳述しておりますので、ほぼ省略して、今後に向けても、どうしたらいいかということも相当詳しく指摘したつもりです。個々の立法についても、感染症立法におけるいろいろな原則の確立の仕方とか、あるいは感染症の場合に、いわゆる公共の福祉という概念をもって強制力の行使を基礎づけているわけなんですけれども、その絞り込みをきちんとしなくてはいけないという法学界の大きなテーマが横たわっていますが、そういったことも含めて提言をさせていただきます。

ました。

以上です。

【和泉委員】 和泉です。ちょっとお話をする前に、この間のアチェのことなんですけれども、アチェのあの地震で、いろんなご援助をいただいたこと、ありがとうございます。インドネシアから感謝します。ただ一つだけ皆さんにお知らせしておきたいのは、アチェというのはインドネシアの中でも有数なハンセン病の流行地で、海岸のところ是相当たくさんの患者が集まって住んでいました。おそらくその人たちが全滅したと思います。報道には載ってこないんですけども、悲惨な状態でした。

本題に入りますが、私が担当していたのは、2枚目の後ろのページにある第七の「ハンセン病医学・医療の歴史と実態」というところと、その次の第八の「ハンセン病強制隔離政策に果たした医学・医療界の役割と責任の解明」と、その2つのところですよ。

基本的な立場は、我が国の近代ハンセン病対策で非常にたくさんの犠牲者が出たということから私たちが学ぶことは、ハンセン病だけではなくて、感染症の患者、それから遺伝性疾患の患者を特別な病気として考えるという差別や偏見をなくすと、そういうものがない社会をつくるということがこの検証会議の重要な役割であるという認識で検証を行いました。

それからもう一つは、ハンセン病医学というのは、後で八のところでも言いますけれども、極めて非科学的で独善的で、行政の道具に成り下がった学問であったということ、これは隔離政策の結果ですが、そういうものを頭に置いて、検証会議で出してくるハンセン病医学に関する知見というのは、後の人がこの時代のハンセン病医学・医療に対する認識として、あの人たちはあんな程度の認識しか持っていなかったのかと言われることがないように、最新のものを、最も正しいものを入れようという姿勢でやりました。それから、医療の内容については、並里先生がお話しになりましたので、私のほうでは触れないことにします。

2つ、ハンセン病医学に対する考え方として、臨床医学から見たハンセン病、これはよく言われているように、末梢神経と皮膚の病気ということで、それからもう一つ、疫学的なところ、ここは非常に弱点なので強調してきちっと正確に書きました。これは、らい菌の感染はともかくとして、発症力というのは集団によって非常に違うということが今まであまり言われずに、発症力は弱い弱いということばかりが強調されたんですが、そうでないという事実もきちっと挙げまして、流動的であるというか、状態によって変わるという

ことをしっかり述べたつもりです。それから、その結果として、現在の日本では、ハンセン病はうつりにくい病気ということではなくて、うつらなくなった病気と、日本人の発症というのは限りなくゼロに近いということを積極的に打ち出したつもりです。

それから、近代ハンセン病医学の研究を検証する上で一番わかりやすいのは、世界の流れと日本の流れがどう違うかということと比較することだったわけです。そういう手法をとっています。近代ハンセン病医学というのは、これは国際的な流れですが、ノルウェーの歴史からずっと現代に至るまでのものをまとめて、基本を言うと、隔離が緩和されていく方向に流れて、さらに1960年代以降は隔離を完全に廃止するという方向で世界が流れた。それに対して、日本はそれと違う行き方をとってしまったので、もし世界の流れにのっとってやれば、現代のような悲劇は起きなかったということを検証したということになりました。

それから、第八のところの隔離政策に果たした医学・医療界の役割ですが、これは2つの視点から検討しています。間違ったハンセン病医学を国民に教えたというのが1つ。それから、それに基づいて行われた実践によって、国民がハンセン病に対する間違った考え方を持つようになった。そういう2つの視点から検討していますが、今までよそで述べられていなかった新しい視点として、先ほど並里先生がちょっと言われた、第1世代、第2世代、第3世代、日本のハンセン病対策を3つの時代に分けまして、第1期は53年のらい予防法制定まで、それから次は96年のらい予防法廃止まで、それからその以降が第3世代、現在もそうですが、それぞれについて、どんな間違いをしたのか、どんな責任があるのかということを書きました。

第1世代については、光田健輔を中心とする話なので、かなり今までたくさんの方が語られていますので、ここではちょっと触れないことにします。それは、とにかく非科学的であり、しかも論理矛盾に満ちていて、ご都合主義で、隔離政策のためだったらどんなことでも言うてしまうということです。それから断種の推進とか、いろんな問題がありますが、それはすべて報告書に書いてあります。

今まであまり検証されてこなかったのは第2世代の責任です。第2世代というのは、化学療法が確立して、世界が隔離を放棄した時代に、日本だけ隔離を放棄しなかった。それはなぜかという、第2世代の人たちが、基本的に化学療法中の患者は感染源にならないという世界のコンセンサスを受け入れないで、菌が見つかる限りは感染源になると言って、予防法の廃止をさせなかった。特に1987年になっても、まだ所長連盟などは伝染病予

防法の範疇でらい予防法を見て、廃止するつもりはないとはっきり断言していますから、こういう第2世代の隔離政策をやめなかったという責任は極めて重大だと思います。

それから第3世代については、現在活動しているんですけども、何が一番大きな責任かということ、やはり正しいハンセン病医学を国民に対して教えないで、啓発活動を誤らせることによって国民のハンセン病に対する差別や偏見がなくなるという方向にいかなかった。特にこの検証会議の中心である、ハンセン病に限らずすべての遺伝病の患者、あるいは感染症の患者と共生していく社会をつくらなければならないという哲学の貧困を指摘しました。検証会議のこういう報告が中心になって、新しい啓発活動が広がっていったらと思っています。

【内田副座長】 では私のほうから少し補足をさせていただきます。

第四でございますが、最終報告書では、これまで原稿ができておりませんでした「ハンセン病政策と優生政策の結合」ということにつきまして原稿化して、最終報告書に掲載させていただきたいと思っています。

内容といたしましては、断種、墮胎ということを光田さんたちはどういう形で考えて行われたのか。国がそれをどういう形で受容されたのか。戦前は合法化できなかったにもかかわらず、戦後は優生保護法で合法化した。戦後と戦前の違いは何だという点につきまして分析をさせていただいたということでございます。

次は、国際会議の流れと日本におけるハンセン病政策についてという部分でございます。目次で言いますと第十というところでございます。これはハンセン病関係の国際会議を丹念に追いまして、そこで何が議論されたのか、何が決議されたのか。日本からどなたが出席されたのか。その方が日本に帰ってどういうご報告をされたのか。しかし、それとは違った動きが日本であったという関係を詳細に分析した上で、どうしてそういう違いが出てきたのかということをも丹念にフォローするという内容でございます。

それから、各界の責任というところございまして、第5、患者運動ということも新たに最終報告では掲載させていただきました。これは自治会運動とか、全患協運動を担われたたくさんの方々に対しまして聞き取りを実施いたしました。詳細な聞き取りに基づきまして、自治会運動かと患者運動についてどのような自己評価をしておられるかということも踏まえ、分析させていただきました。

それから、自己評価の部分で、かなり意見の違いというものがございまして、どういところで違いが出ているのかということも分析させていただきました。加えまして、

それについて第三者評価という形で、検証会議の見解といえますか、考察をさせていただきました。全患協運動などは、多くの成果をお上げになった反面、やはり残された課題があったと。どうしてそういう残された課題が生じることになったかにつきまして、主として社会の側の責任というところに視点を当てて分析をさせていただいたと。今後の再発防止とか、材料にという形でございます。

特に今回は、目次をごらんになっていただきますと、女性の役割ということで、自治会運動に占める女性の入所者の方たちがどういう役割を果たされたのか。つまり男女平等という視点からあったときに、どういう問題が生じるのかということの詳細に分析をさせていただいたと。もう一つは、園内結婚ということが、女性の立場から見たときにどういう意味を持つかということについても焦点を当てさせていただいたということでございます。

もう一つは、日本国憲法というのが、患者運動に対してどういうふうな役割を果たしたのかということ、詳細な聞き取りに基づいて分析をさせていただいたというところでございます。

その次は、マスメディアの対応というところでございますけれども、戦後、敗戦から1996年までの全国紙のハンセン病報道につきまして全部リストアップしまして、その記事を分析し、記事見出しをつくらせていただくと。加えまして、療養所所在地の地方紙などの記事につきましてもピックアップして見出しをつけさせていただいた。それぞれの各期における特徴というものを抽出した上で、全体としてハンセン病報道が、報道に対して期待される役割を十分に果たしていただいたのかどうかという観点で分析をさせていただいたということでございます。

それから、十三のところでございますけれども、アイスターの問題で、宿泊拒否事件があったということで、看過し得ない問題ということで検証会議としても検証させていただいたということです。まず最初に、どういう事実経過があったかということに注視した上で、当事者の方たちの中でどういう文書が作成されたとか、あるいは提出されたかということに資料収集という形で収集させていただきました。その後、アイスター事件に関して、どういうふうに報道されたかと、その新聞記事をすべてピックアップいたしまして、時系列で分析をさせていただいた。最後に、考察ということで、再発予防という観点から見たときに、どういうふうに考えるべきかということに考察させていただいたというところでございます。

以上が最終報告書の内容でございます。あと幾つか落ちている部分がございますけれ

ども、時間の関係でお許しいただきたいと思います。

【金平座長】 執筆者の皆様方、本当にご苦勞さまでございました。本来ならここで相互に意見交換をしたいんですけども、時間がどうしても追ってしまいましたので、どうしてもということがありましたら、ここでちょっとあの方にあれを聞きたいというのがありましたら、もういいですね。

この後、先ほど申しましたように、質問をお受けするということになっていますので、1回ここで休憩に入らせていただきます。その間に質問を少し整理いたしまして、場合によってはどなたかにお答えをいただくということになるかもしれませんが、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、5分だけ休憩して始めたいと思います。よろしく申し上げます。

(休 憩)

【金平座長】 再開したいと思います。

今、数件質問をいただきましたので、ちょっと十分こちらも、意味をまだ取りかねているところもございますけれども、答えられるところからお答えいたします。

まず和泉さん、こういう質問ですということをおっしゃって、一言お願いします。

【和泉委員】 和泉ですが、ご質問の内容は、現在、日本人で発病する可能性というか、ハンセン病が感染する可能性はゼロに限りなく近いということだけ、その資料が手に入るかということですが、極めて少数の患者ですので、調査は毎年行われていまして、それが日本ハンセン病学界という雑誌に出ています。その新患発生の状況というのを見ていただくとわかると思います。ちなみに、去年のデータは僕はちょっと持っていないんですが、2002年で1人、その前が1人くらいだと思います。大体これから先、ゼロから5人ぐらいがだらだらと続いて、1年ゼロになったから次は出ないという保証はありませんけれども、限りなくゼロに近いというか、天文学的に少ないということで、日本のハンセン病の流行は終わったと言っていいと思います。資料は日本ハンセン病学界の雑誌を見てください。学界の雑誌を見たければ一番手短なのは東村山にあるハンセン病研究センターの図書館に行けば見ることができますし、電話をかけて聞いてもらうことも可能です。

【金平座長】 ありがとうございます。それでは神さん、質問をおっしゃってから言ってください。

【神委員】 時間がなくて、4時に終わるということですので、的確に答えられるかどうかわかりませんが、今、社会復帰をなさっている方が一番悩んでおられる問題は、

いつ、どういう病気になるかもわからない。病気にかかったときにハンセン病療養所でしか診療を受けられなくて困っている。一般市民と同じように、どこの病院にも行って治療を受ける権利があるにもかかわらず、一般社会の中で、ハンセン病に対する無理解、偏見、差別がなお根強くあるために、なかなか円滑に一般市民並みの診療は受けられない。これは非常に前々からある問題で、まだ未解決のままなんです。これを突破するためには、やはり一般市民だけではなくて、医療にかかわっているお医者さんやナースの中でさえ、ハンセン病に対する無理解があるために、ハンセン病であったということがわかっただけで診療を拒否する傾向はなくなっておりません。そういう意味では、医療の選択権がいまだに確立されていないというのが現実であるわけで、私どもはこの観点に立って、厚生労働省に対する要請活動は長年続けておりますけれども、まだまだハンセン病問題に対するこういうたぐいの啓発普及運動はおざなりにすぎない、こういう問題の解決はまだ入り口に立ったばかりだと思うわけで、今後に残された一番大きな課題ではないかと私たちは思っています。

それからセカンドオピニオンのこと、ハンセン病療養所以外でも市民並みにどこでも治療を受けられる手だてを考える必要があるんじゃないかという御指摘、まことにこのとおりでありまして、私どもはいまだに医療差別を受けているという認識は強く残っているわけでありまして、一般市民並みにというスローガンを掲げて運動しておりますけれども、こういう問題は一朝一夕に解決するものではなくて、やはり法的責任をきっちり国のほうも自覚をしていただいて、国が先頭に立って、こういう壁の打破のために動いてもらわなくちゃいかん、そういう観点に立って、私どもはやかましく政府に対しても要求しているところです。

時間がありませんので、この辺で置きます。

【内田副座長】 それでは私のほうから。3ついただきましたので、回答させていただきます。

まずお1人は、各界の報告から国の隔離政策の誤りが検証されつつあると感じましたが、これらの検証が今後具体的な政策に結びつくことを望みます。具体的に反映させていく内容についてお聞かせくださいということでございます。

先ほど申し上げましたように、最終報告書の末尾に再発防止の提言ということをしていただきまして、国・自治体のみならず、各界に対する再発防止の提言をさせていただくということでございます。もちろん国・自治体等につきましては、その再発防止策の提言

を尊重していただくということになっておりますけれども、各界の場合は必ずしもそういう約束はございませんけれども、各界に対して粘り強く再発防止の提言を実行していただくようお願いしていくと。そのためにロードマップ委員会等を4月からつくっていただいて、ロードマップ委員会等が各界と協議する中で、粘り強く再発防止の提言を実行していただくという提言をさせていただきたいと思っているところでございます。

お2人目は、まず1つは、報告書を書籍として刊行する予定はないかということで、私どもとしてもできるだけそういう形でさせていただきたいと思っておりますが、ただ、書籍として刊行するためには国との間で少しいろいろと協議しなきゃいけないことがございまして、国のほうに、できる限り書籍として刊行できるようにお願いしたいと思っておりますので、こういうご要望にできるだけこたえるようにしたいと思っております。

2つ目は、全体とは言わないまでも、サマリーのみでも英文で刊行できないかということでございますが、最終報告が、先ほど申しましたように1,200とかというページになりますので、要約版を別に、100ページぐらいのものを作成して配布するというふうにさせていただきたいと思っております。まず、その要約版については、英語バージョンをつくりたいという希望も持っておりますけれども、予算とかいろいろなことがございますので、できるだけそういうことができれば、国際的にも活用していただければという希望を持っているというお答えにとどめさせていただきたいと思っております。

3番目は、この報告を学校教育、初等・中等教育に反映させる計画はないかということでございますけれども、各地の小学校・中学校の「命の授業」というのがなされておまして、その「命の授業」の中で、このハンセン病問題についてもかなり詳しい教育をしていただいている先生方がいらっしゃいますので、そういったところでもできるだけ活用していただきたいということを考えています。

とりあえず、以上でございます。

【金平座長】 時間に協力していただいたものですから、一応出していただきましたものについて、簡単ではございますがお答えさせていただきました。ありがとうございます。報告だけではなくて、この提言が生かされるようにしろということが、私は、今この検証会議をやっている者としては大変励みにもなるご質問をいただきまして、ありがとうございました。

それでは、予定どおり、今日用意いたしましたものは終わりにさせていただきます。も

う一回確認いたしますが、本日、実態調査と胎児調査については、一応特別報告という形で出しました。今私の手元には、既に夕刊などにも少し記事が載っているようでございますけれども、多くの方にやはりこういう実態を知っていただきたいと思います。あとは3月1日の最終の答申に向けて、相当まだまだ細部についてやるべきことがあるし、今日またいろいろご意見で、こういうこともやりたいという各執筆者のご意向も伺いましたが、そこら辺のところもどうぞよろしく願います。

確認でございますけれども、今日ここでお話を伺いまして、あとそれが成文化、文書にいたしますのは、この会議をもう一度開くことができませんから、細部につきましては起草委員長にお任せするというのをこの場で確認させていただきますが、ご異論ございませんか。

【森川委員】 再発防止のための提言については、全く見させていただいていないんですけれども。

【金平座長】 まだ当然、これは全部、ほかの方のご意見も、今日初めてお聞きになった方もあるでしょうし、ご意見がございましたら起草委員長のほうにお出しいただけますか。

【森川委員】 検証会議の再発防止のための提言を事前に見せていただくことはできないということですか。

【内田副座長】 委員の方々にはメール等で配付させていただきまして、ご意見を聞くという手続を踏もうと思っております。

【金平座長】 それでよろしゅうございますね。

【筈委員】 3月1日の検証会議はどのような内容になりますか。

【金平座長】 今のところで予定しておりますのは、私ども、厚生労働省からこの委託を受けておりますので、報告書は厚労省のほうに出したいと思っております。そして、そのときには、できたら厚労大臣においでいただいて、お手渡ししたいと思っております。そして厚労省のほうから、これを受けて、当然何かごあいさつをいただく中で、私どもの検証作業を一応終わりにしたいと思っております。

【筈委員】 それが3月1日の会議ですか。

【金平座長】 時間は、3月1日の1時からです。そして場所は星陵会館でございます。国会中ということもございますが、厚労省のほうに既にそういうふうに、大臣の出席方についても申し入れをしております、今調整をさせていただいているところです。やはり私

どもは国から委託を受けた検証作業でございましたので、やはり責任者の方にお渡ししたいと考えております。もちろん時間がありましたら、そのところで少し厚労省のほうと意見交換ができればいいですけれども、さらにこれをお渡しするだけではなくて内容を説明できればいいですけれども、ちょっとそこら辺は時間を見ながらでございます。

ただ、これから後のことについては、当然もう一回皆さんでお諮りしたりするような機会が、時間が少しでもあればと思っております。

では、ちょうど4時1分前ですので、4時に明け渡すことができました。ご協力大変ありがとうございました。

了