

### 第三 1931年の「癩予防法」 強制隔離の強化拡大の理由と責任

## 目次

第三	1931年の「癩予防法」 強制隔離の強化拡大の理由と責任	……………	73頁
第1	「癩予防法」の成立	……………	73頁
第2	15年戦争期の衛生政策とハンセン病対策	……………	74頁
第3	「国民優生法」と「癩予防法」改正案	……………	77頁
第4	「体質遺伝」をめぐる議論	……………	78頁

### 第三 1931年の「癩予防法」 強制隔離の強化拡大の理由と責任

#### 第1 「癩予防法」の成立

1930(昭和5)年10月1日、内相安達謙蔵の命により、内務省衛生局は「癩の根絶策」として3案を発表する。日本のハンセン病患者数を1万5000人と推定し、そのうち、5000人を従来の公立療養所と新設の国立療養所とに収容し、残った1万人について、20年・30年・50年の3とおりの「根絶計画」を提示した。第1案の「二十年根絶計画」は、新たに1万人を収容する施設をつくり、10年後に全患者隔離を達成し、のち10年で患者がほぼいなくなるというもの、第2案の「三十年根絶計画」は毎年500人分ずつ療養所定員を拡大して20年後には全患者隔離を達成し、のち10年で患者がほぼいなくなるというもの、第3案の「五十年根絶計画」が新たに5000人収容の施設を10か年で完成し、その後30年間で全患者隔離を達成し、のち10年で患者がほぼいなくなるというものであった(内務省衛生局編『癩の根絶』、1930年)。いずれも、隔離収容後、患者は10年以内に死亡するという前提である。結局、1936(昭和11)年度より第1案が実施されることになるが、絶対隔離に向けて内務省は動き出していた。

そして、1931(昭和6)年、日本のハンセン病対策に大きな転換が訪れる。1月21日、内相官邸において癩予防協会の創立総会が開かれ、3月27日には前年11月に園長に光田健輔を迎え、岡山県長島に開園した最初の国立療養所長島愛生園で患者の隔離収容が開始され、そして、第59回帝国議会に浜口雄幸内閣から提出された法律「癩予防二関スル件」の大幅な改正案が可決、同年8月1日より施行されたのである。このとき、法律の名称も「癩予防法」と変わる。「癩予防法」の成立後、その施行を前に、内務省衛生局予防課長高野六郎は「癩予防法」と国立療養所と癩予防協会の三者による「癩の根絶」の展望を示している(高野六郎『癩の根絶』、『公衆衛生』49巻8号、1931年8月)。

「癩予防法」には、患者が「業態上病毒伝播ノ虞アル職業」に従事することの禁止、隔離収容された患者の家族への救護、患者の使用物の消毒、「病毒伝播ノ虞アル」患者の国公立療養所への収容、ハンセン病に関係する公務員の守秘義務などの規定が加えられ、それまでの「療養ノ途ヲ有セス且救護者ナキモノ」という隔離収容の条件を削除した。すなわち、隔離収容の対象は全患者となった。これにより、患者は就業する自由を失い、周囲を消毒され、もはや隔離に応じるしか道を選べなくなる。患者の隔離への不安を改称するために残された家族への救護や守秘義務が法に明記された。まさに、「癩予防法」は絶対隔離に対応する法である。

なぜ、法を改正するか。2月21日、衆議院本会議で法案の説明に立った内務政務次官齋藤隆夫は「国家ノ体面上ヨリ、本病予防ノ徹底ヲ期ス」と、改正の意義について述べている(『第五十九回帝国議会衆議院議事速記録』)。2月28日、改正法案を審議している衆議院寄生虫病予防法案外一件委員会においても、内務省衛生局長赤木朝治は「対外関係カラ見マシテモ、国家ノ体面ノ上カラ此病氣ノ徹底的予防、根絶ヲ致スト云フコトハ、愈々緊切ナコトデアル」と述べている。

さらに、赤木は重大な答弁をしている。結核患者は隔離しないのに、ハンセン病患者を隔離する

### 第三 1931年の「癩予防法」

のはなぜかという質問に対し、赤木はハンセン病患者が結核患者に比べて数が少ないこと、結核は全治する場合もあるがハンセン病は不治であることのほか、「癩ニ一旦罹ッタ際、其人個人ナリ或ハ其周囲ノ者ノ受クル所ノ打撃ト申シマスカ、悲惨ナ程度ハ今日結核ニ冒サレタ者ニ比較致シマシテ、雲泥ノ差ガアル」ことをあげている。まさに、患者や家族が差別されるから隔離するという説明である。赤木の説明を見ても、ハンセン病患者を隔離しなければならない医学的根拠は示されなかった。ハンセン病対策を絶対隔離に転換させようとする時点において、国家の側には隔離の医学的根拠は用意されてなかったことになる(『第五十九回帝国議会衆議院寄生虫病予防法案外一件委員会議録』4回)。

こうして、1931(昭和6)年、日本のハンセン病対策は絶対隔離の段階に到達した。この年の9月、柳条湖事件を機に、日本は満州事変に突入、さらに、1937(昭和12)年7月、盧溝橋事件を機に日中全面戦争が勃発、さらには1941(昭和16)年12月、それは米英との戦争にまで拡大した。「癩予防法」は日本が15年に亘るアジア・太平洋戦争に突入する直前に成立し、15年間の戦争のなかで実施されていったことになる。長期化する戦争のなかで、ハンセン病対策も、心身ともに優秀な国民の創出を目指す優生政策の一環に位置付けられていく。

## 第2 15年戦争期の衛生政策とハンセン病対策

ここで、「癩予防法」公布以降、15年戦争期の衛生政策を概観しておこう。1932(昭和7)年、昭和恐慌対策として、斎藤実内閣のもとで、時局匡救医療救護事業が開始される(1936年度まで)。この事業の対象となったのは、「無医階級」と「無医村」である。「無医階級」とは経済的理由で医療を受けられない貧困者、「無医村」とは通院可能な範囲(2里以内)に医療機関がないため医療を受けられない農山村のことである。「無医村」では遠方から医師の往診を求めようとしても、往診料が高額になるため、それも困難となる。したがって、時局匡救医療救護事業は、この段階では、昭和恐慌による貧窮化により医療を受けられない農民が増加したことに対する臨時的対応策の域を出るものではなかったが、1937(昭和12)年以降、総合的な国民の体力強化策のなかに継承されていく。

1936(昭和11)年には、二・二六事件後に成立した広田弘毅内閣の閣議で、陸相寺内寿一が体力強化のため衛生行政の専門省設置を要求する。寺内がこうした要求をおこなった背景には、青年男女に結核が蔓延し、これでは兵力が低下し、次世代の人口も減少するという憂いがあった。以後、陸軍省と内務省が熾烈な主導権争いを展開しながら、衛生行政専門省設置構想が練られていく。これが1938(昭和13)年に厚生省設置となって実現する。厚生省は、単にそれまでの内務省衛生局を中心に関係機関を統合した新省ということに止まらず、体力強化を軸に衛生行政を再編成した機関となる。軍部から衛生専門の官庁設置が求められた1936年度から、前述したハンセン病に対する「二十年根絶計画」が開始され、「無癩県運動」が本格化する。

1937(昭和12)年、盧溝橋事件が勃発し、日本は中国への全面的な侵略戦争に突入する。この年、盧溝橋事件に先立ち、「母子保護法」「保健所法」が成立し、「結核予防法」が改定された。「母子保

護法」は、配偶者がいなくて、13 歳以下の子をもつ母が貧困のために生活不能、あるいは子の養育不能となった場合、市町村が生活を扶助するというもので、そこには、侵略戦争遂行のうで、子どもを次世代の「人口資源」とみなす発想があった。また、改定された「結核予防法」は病者に対する療養の強制が明記され、「保健所法」も結核予防を主たる目的として立案されたものである。さらにこの年から「無医村」対策が本格的に着手され、国庫補助で全国の無医村に診療所が設立されていく。

日中戦争が泥沼化した 1938（昭和 13）年になると、厚生省設置に続いて、「国民健康保健法」が成立している。これは、それまで健康保健の対象外であった農漁民や個人商店主などに国民保健制度を導入することにより医療機会を保障しようとするもので、改定「結核予防法」「保健所法」、そして「無医村」対策とともに、「人的資源」としての国民体力の強化を推進する一環を担った。

また、この年、それまで施行されていなかった「花柳病予防法」の第 2 条・第 3 条が施行される。これは主に私娼を対象とした公立の性病専門病院を設置し、これに対し国庫補助をおこなうという条項である。中国からの帰還将兵により性病が蔓延することを予測した施策である。

同年には、国民精神総動員健康週間が実施され、国民に「健全娯楽」を普及させることを目的とした日本厚生協会も設立されている。時代はまさに「健康報国」の時代となる。

さらに、翌 1939（昭和 14）年には、「花柳病予防法」が改定され、主に私娼を対象にして設置された病院でも一般の性病患者を診療できるようにした。これもまた、中国からの帰還将兵による性病蔓延を恐れた措置である。同年には、厚生省体力局のもと、第 1 回体力章検定も実施されている。これは、15～25 歳の男性（26 歳以上でも希望者は受験可、1943 年からは 15 歳～21 歳の女性にも対象を拡大、その際、22 歳以上でも希望者は受験可）を対象に体力検定をおこない、その成績を体力章に記載し、徴兵検査・簡閲点呼、入学試験、就職試験の際の体力証明とするというものであった。

続く 1940（昭和 15）年には、厚生省に設置された国民体力審議会が原案を作成した「国民優生法」「国民体力法」が成立している。前者は、遺伝と決めつけられた障害者・病者に断種を実施する法律であり、まさに優生思想を最も顕著に具体化したものである。このとき、ハンセン病患者への断種の是非が問題となるのであるが、それについては後述する。また、後者は市長村長・事業主・学校長・幼稚園長に 20 歳未満、すなわち徴兵以前の男性に対する身体・体力検査の実施を義務付けるものである。この検査で結核と診断された者は治療を義務付けられ、また「筋骨薄弱」とされた者は体力向上修練会への参加が強制された。「国民優生法」で遺伝的障害のない子どもを生まれ、生まれたら徴兵年齢まで「国民体力法」で健康を管理するという発想である。この年、「二十年根絶計画」に掲げられたハンセン病患者の 1 万人隔離が達成されている。

そして、対米英戦争にも突入する 1941（昭和 16）年には「医療保護法」が成立し、「無医階級」への医療の保障が実施され、翌 1942（昭和 17）年には「国民医療法」のもと、日本医療団が設置され、「医療新体制」が叫ばれていく。この年には、「国民体力法」が改正され、対象が 25 歳までに拡大された。この 1941（昭和 16）年には 7 月に、公立ハンセン病療養所が国立に移管された。このとき、北部保養院は松丘保養院に、全生病院は多磨全生園に、台風で流失した外島保養園の後

### 第三 1931年の「癩予防法」

身である光明園は邑久光明園に、大島療養所は大島青松園に、九州療養所は菊池恵楓園に、それぞれ改称されている。

このほか、1934（昭和9）年に自然保護、海外からの観光客誘致、国民の保健などを目的に誕生した国立公園も、この年から「健民地」と改称され、大自然は軍事訓練の場と化していった。また、結核・性病予防や母子保健などを掲げた健民運動も開始されている。

このように見ると、15年戦争期には、実に多くの医療政策に関する法律が成立し、新たな制度が始まっていることがわかる。重要なことは、こうした諸法律・諸制度が「人的資源」の培養・動員という国策に沿った一連のもので、優生思想に基づき、長期的な戦争に堪え得る質量ともに優秀な国民を創出しようという国家の要求を実現したものであるという事実である。こうしたなかで、ハンセン病患者への絶対隔離政策も進行したのである。

ただ、絶対隔離は、療養所に深刻な問題を持ち込む結果となった。それは、それまでの放浪患者と異なり、労働運動や社会主義運動などを経験した患者も隔離された結果、療養所の入所者のなかに人権意識を高揚させたことである。1931（昭和6）年には香川県の大島療養所で入所者自治会の結成を求める運動が起こり、ついに療養所当局に自治会を認めさせ（大島事件）また、大阪府の外島保養院では1933（昭和8）年1月に共産主義思想の影響を受けた入所者によりプロレタリア癩者解放同盟が結成され、反宗教闘争を展開、すでに存在した自治会の主導権をめくり入所者中に大きな対立を生み出し、8月、院長村田<sup>まさたか</sup>正太が対立する両派の中心メンバーを追放するという事態にまで至った（外島事件）。

さらに、1936（昭和11）年8月には、長島愛生園で、園当局の患者への強制労働に対する管理強化への反発から自治会結成を求めて入所者が強制労働を拒否し、ついに自治会を園当局に認めさせている（長島事件）。

このような、一連の患者運動の展開は、療養所側に「癩刑務所」の必要性を強く意識させる結果となる。1937（昭和12）年3月、刑事犯中のハンセン病患者を収容するため、群馬県草津町に開設された第2の国立療養所栗生楽泉園内に「癩刑務所」を設置することが、司法省と内務省との間で協議された（『四国民報』1937年3月16日）。しかし、実際に完成したのは、「癩刑務所」ではなく、各療養所にある監禁室の延長線上にある「特別病室」であった。これは、癩予防協会を通じて三井報恩会からの寄付金2,412円により開設されたものである。結局、ここには、「癩予防法」の懲戒検束規程に触れた患者が送致されたが、1938（昭和13）年の開設から1947（昭和22）年の廃止までに、92人がここに監禁され、そのうち22人が凍死、衰弱死、自死している。送致の理由も恣意的であり、従来の各療養所にある監禁所では生温いと療養所側から目を付けられた患者が見せしめとして送致された。監禁期間も30日以内（延長しても2か月以内）という法の規定を無視し、61日以上、監禁された者は47人にも及んでいた。「癩予防法」にも違反する不当な監禁がおこなわれていたことになる（栗生楽泉園患者自治会編『風雪の紋 栗生楽泉園患者五十年史』、1982年）。

### 第3 「国民優生法」と「癩予防法」改正案

1940(昭和15)年3月、第2次近衛文麿内閣は、第75回帝国議会に、遺伝性とみなされた病者・障害者への断種手術の実施を規定し、それ以外の断種手術を違法とした「国民優生法案」を提出した。当然、ハンセン病患者は対象外となる。そこで、それまでおこなってきたハンセン病の患者への断種については、「癩予防法」を改正して、そこに明記することにした。しかし、「国民優生法案」は可決されたものの、「癩予防法」改正案は審議未了に終わった。以後、ハンセン病患者への断種手術は、「国民優生法」の「故ナク生殖ヲ不能ナラシムル手術又ハ放射線照射ハ之ヲ行フコト得ズ」の禁止条項には該当しない事例、すなわち「故ある」事例と解釈され、継続された。

ここで、問題にしたいのは、そうまでして、ハンセン病患者への断種を継続させた根拠である。すでに述べたように、1929(昭和4)年、第56回帝国議会において内務省衛生局長赤木朝治が、1939(昭和14)年、第74回帝国議会において厚生省予防局長高野六郎が、それぞれハンセン病患者への断種手術の根拠として、罹りやすい体質の遺伝をあげていた。ところが、第75回帝国議会では、厚生省側の説明に混乱が生じている。3月14日、衆議院国民優生法案委員会において、厚生政務次官一松定吉は「癩病患者ガ繁殖シタリ、サウ云フヤウナ色々害毒ヲ流シタリスルコトハ、本当カラ言ヘバ国家ノ為ニハ非常ナル損害ナノデアリマス、デアルカラスウ云フ者ノ繁殖シナイヤウニ、其ノ種ヲ断ツヤウニスルコトハ宜シイコトデアル」と、また予防局長の高野は「癩ハ特殊ノ病気デアル……(中略)……癩患者ハ子供ヲ生マナイ方ガ個人ノ為ニモ社会ノ為ニモ宜シカラウ、斯ウ云フ氣持デ今マデ癩ノ断種ト云フコトガ實際ニ行ハレテ参リマシタ」と、それぞれ答弁しているが(『第七十五回帝国議会衆議院国民優生法案委員会議録』2回)、これでは、なぜ、遺伝病ではないハンセン病の患者に断種をおこなってきたのか、医学的な説明にはなっていない。

さらに、3月15日の同委員会においても、厚相吉田茂は、ハンセン病は「遺伝同様ニ伝染スル可能性ノ非常ニ多イ」病気であることを理由に「遺伝ヲシナケレバ皆断種モヤラヌノカト言フト、ソレハ必ズシモサウデハナイ、遺伝デナクモ癩ノヤウニ断種ヲヤルヲ適当トスルモノガアルカモ分ラナイ」と説明し、一方、高野はハンセン病の「特殊性」をここでも強調し、「学術上ハ伝染病デアリマスケレドモ、癩ノ家系ヲ怖レ避ケルト云フ氣持ハ尚ホ容易ニ之ヲ改メシムルコトガ出来ナイヤウナ状態デアリマシテ、随テ癩ヲ親トスル子供ノ生涯ノ不幸ハ甚ダ大キイノデアリマス」と説明し、ハンセン病患者への断種は「癩療養所ノ職員、此ノ人達ノ希望」であるとまで言い切っている(『第七十五回帝国議会衆議院国民優生法案委員会議録』3回)。吉田は、ハンセン病の場合は遺伝ではなくても断種をやれると言い、高野はハンセン病の家系を怖れるという偏見がある以上、ハンセン病の親を持った子どもは不幸だからと断種の根拠を説明する。罹りやすい体質の遺伝という問題には触れていない。

さらに、厚生省予防局優生課長床次徳二は、1940(昭和15)年10月31日、第9回日本民族衛生協会学術大会で「国民優生法」について解説し、「癩は伝染病でありますから勿論国民優生法の対象ではありません。此の癩に対して行つて居りますことは、單純に医療の目的とも言へませぬし、勿論優生の目的の爲に行ふとは言へないものであります」と述べている(床次徳二「国民優生法に

### 第三 1931年の「癩予防法」

就いて、『民族衛生』9巻1号、1941年5月）。ハンセン病患者への断種は医療目的ではないと言う。では何のためか。それについて床次は明言を避けている。

以上のように、ハンセン病患者への断種の根拠は再び曖昧となった。なぜ、罹りやすい体質の遺伝という、それまでの理由付けは後退したのか。その理由としては、それを前面に出すと、絶対隔離の正当性が動揺するからである。以下、この点について検証する。

#### 第4 「体質遺伝」をめぐる議論

絶対隔離政策が進むなか、これに強硬に抵抗したのが、京都帝国大学医学部皮膚科特別研究室の小笠原登であった。小笠原は1926（大正15）年以来、同大学病院でハンセン病医療に携わってきたが、ハンセン病を感染症と認めたくえて、ハンセン病には罹りやすい体質があり、これは遺伝する、ハンセン病はビタミンA・Dの補給など栄養状態の改善で予防できる、ハンセン病は完治するということを主張し、絶対隔離政策と断種に反対し、通院治療を実施していた。小笠原が、こうした主張を学会で発表し、京大病院だけで実践する間は、療養所の医師も黙認していたが、1941（昭和16）年2月23日、『中外日報』が小笠原の学説を「癩は不治でない 伝染説は全信できぬ」と報道したことにより、小笠原は、療養所の医師ら絶対隔離を推進するひとびとから猛攻撃を浴びることになる。

長島愛生園医官早田皓は、5月21日～24日、『中外日報』に「癩の遺伝説と治療の限界に就て京大小笠原博士に呈す」を執筆、小笠原攻撃の先鋒となった。しかし、そこで早田は、「抵抗力が強ければ癩の伝染は防止出来る」「ではどんな者に抵抗力がないか。即ち乳児であり、幼児である」「二歳半位から次第に本病に対する免疫が発生して来るらしく、段々に強増されて十五、六歳位になると相当に強い抵抗を有する様になる」と、年齢とともにハンセン病に対する抵抗力が形成されていくことを認め、さらには「石鹸の使用量と癩の発生は反比例するともいはれて居り、皮膚を清潔にすれば少くも余り危険なものではない」とまで断言している。早田の論に立てば、絶対隔離の必要、いや、隔離そのものの必要も否定される。しかし、そうでありながら、早田は「誤れる仮説の許に治癒を決定し恐るべき伝染病患者を世に送ることは医人としての重大な罪悪である」と小笠原を激しく批判しているのである。さらに早田は、7月4日～10日、『中外日報』に「癩は伝染病なり 再び癩素質遺伝説と治癒問題に就いて」を執筆し、「今や世相は一変した 個人個人の懇望を容れての医学より、民族全体の浄化を計る時機に到来した。一患者を解放することにより、僅かに少数の犠牲者を出すだけであるからといつて之を許すべき時ではない」と語を強めた。この文面からも、早田はハンセン病患者から大勢に感染することはないと理解していたと考えられる。しかし、早田は「民族浄化」の名のもとに、絶対隔離を肯定するのである。

また、全生病院医官の日戸修一は、「生長した人間の大部分は、癩といかに密接に接近しやうと大概は未感染に終る。例へば癩療養所に於ける医師、看護婦は未だ曾と癩に罹患したことはなかつたし、癩の家族或は夫婦についても癩に結婚後感染したと思はるやうな例は実に稀である。この人々は勿論毎日最も感染危険多き位置に置かれてある。……(中略)……つまり癩に同じやうに曝され、



同じ危険率をもつてゐる多くの人達のうち、実に僅かのものだけが発病し、大部分之に罹患しないのは何故であるか」という疑問を提示し、「癩の体質の一部である素質或は素因といふやうなものが一般と異つた立場にあつて、この素因があると癩にかゝり易く、且つ癩の発病を促すのではなからうか、而してこの素質は遺伝病の因子をもつてゐるのではなからうか」と推測している。(日戸修一「癩と遺伝」、『東京医事新誌』3136号、1939年5月27日)。日戸は別の場でも「癩は非常にうつりにくい」「決して癩をチフスや天然痘のやうな伝染病と同一視しないで下さい」とも述べている(日戸修一「癩の遺伝」、『科学知識』19巻12号、1939年12月)。

日戸だけではない。絶対隔離政策推進の軸であつた長島愛生園長光田健輔でさえ、「癩菌に抗<sup>マ</sup>抵<sup>ツ</sup>する強弱は箇人的に千差万別である」ことを認めていたのである(光田健輔「癩素因説に慎重なる検討を加へよ」、『愛生』9巻8号、1939年8月)。

厚生省予防局長高野六郎が議会で、ハンセン病には罹りやすい体質があることを認めたことは既述したが、議会以外でも、高野は「生まれながらの体質や生活環境の如何によつて其の発病が左右される」ことを認め、発症の誘因に「栄養不良とか、過労困憊とか、寒暑風雪の害とか、他の疾病による衰弱」とともにビタミン不足をあげている。それゆゑ、「生活の向上は発病を阻止する条件であり得る」ことも認める(高野六郎『国民病の撲滅』、保健衛生協会、1939年)。高野の説と小笠原の説には共通点が多い。しかし、そうでありながら、高野は絶対隔離を推進する。

以上のように、小笠原の学説は決して突飛なものではなかつた。むしろ、絶対隔離を推進する側にとつても、共有できるものであつた。しかし、彼らは1941(昭和16)年11月14日~15日、第15回日本癩学会で小笠原に批判を集中させ、その主張を葬り去つたのである。問題となつたのは、学説ではなく、通院治療という実践であつた。

小笠原の学説は政治的に葬られた。しかし、光田ら自身も、ハンセン病は誰にでも感染するものではなく、体質や栄養状態などが発病に影響することは医学的にわかつていた。すなわち、医学的には絶対隔離が必要ないことを彼らも理解していたのである。しかし、「国辱」観や優生思想から彼らは絶対隔離に固執したのである。以下の資料はそれを証明している。

すなわち、それが「文部省科学研究費による癩に関する協同研究協議委員会(第三回)記録」という文書である。この会合は1942(昭和17)年5月15日に東京の伝染病研究所で開かれたもので、出席者のなかには小笠原登・志賀潔、さらには厚生省予防局長高野六郎、そして長島愛生園長光田健輔以下、菊池恵楓園長宮崎松記・多磨全生園長林芳信・楽生園長(台湾)上川豊・大島青松園長野島泰治・松丘保養園長中條資俊ら療養所長の名前も見られた。まさに、この文書はハンセン病医療の第一線の医師たちが、文部省の科学研究費を受けて進めていたハンセン病の共同研究の記録である。問題となるのは、このときの協議テーマである。そのテーマのひとつに「癩の体質の問題」が掲げられていたのである。

光田健輔は「従来の統計に依つても、女子の癩患者は男子のそれに比して少いが、これを種々な方面から観察するに、女子は先天的に癩に罹患し難い素質を有してゐるものと思はれる」「癩は子供の時に感染して、十四、五歳で発病し、十九歳位を頂上として四十歳位から次第に病状が減退する」と発言している。光田は性別をあげてハンセン病の発症には体質が影響していることを認め、さら

にいつでも感染するのではなく、子どものときに感染するとも明言している。すなわち、幼少時に患者との接触を防げば、感染しないということを光田は知っていたわけである。この認識に立脚すれば、すべてのハンセン病患者を生涯隔離する、すなわち絶対隔離する必要がないことは明白である。

さらに宮崎松記は「最近、戦争に関係する患者について、打撲その他の発病誘因が大分解つて来た」と述べている。ハンセン病に感染していても誘因があって発病するということである。逆に、誘因がなければ発病は予防できるということになる。さらに誘因については「日光と栄養が問題になると思ふ」(太田正雄)「日光直射の影響もあると考へられる」(中條資俊)という意見も述べられている。

この議論を総合すれば、当時、ハンセン病の発症は体質や発病誘因に左右されるということは専門医の常識であったことがわかる。このことから、誰でもが感染して発症するのではないということは、絶対隔離を進める療養所長たちも分っていたのである。

さらに同年10月27日に菊池恵楓園を皇族の浅香宮鳩彦が訪問しているが、このとき、園長の宮崎松記が朝香宮の前で読み上げた「言上書」の原稿が残されている。そこで、まず、宮崎は「今次支那事変及び大東亜戦争ノ経験ニ鑑ミ從來不明デアリマシタ癩ノ発病病理ガ明瞭ニナツテ参リマシタ。即チコレマデ一般ニハ勿論医学者ノ間ニ於テスラ癩ニ対シマシテハ迷信的ナ恐怖ト特殊ノ觀念ガ抱カレテモタノデアリマスガ今ヤ癩モ結核ト同様ニ過勞飢餓諸種ノ疾病外傷環境ノ変化等ガ誘因トナツテ発病致シマスル単ナル慢性ノ伝染病ニ過ギナイモノデアアルコトガ明確トナツテ参リマシタ」と述べたうえで、「癩モ結核ト同様感染ト発病ハ全ク別個ノモノ」とまで断言している。感染しても過勞・飢餓・他の疾病・外傷・環境の変化などの誘因を防げば発症しないと言う。まさに、ハンセン病には隔離は不要と言っているのと同じである。

さらに、宮崎は軍勤務中に発症した「患者ノ中ニハ既ニ輕快退園致シマシテ産業戦士トシテ農業ニ工業ニ或ハ鉞山ニ夫々再起御奉公申シテオルモノモアリマス」「從來不治ト考ヘラレテオリマシタ癩モ結核ト同様ニ早期ニ適當ノ治療ヲ施シマスレバ相当ノ治癒効果ヲ挙げ得ルコトガ漸時明トナツテ参リマシタ」とも明言している。ハンセン病は不治ではない、治癒効果があると強調しているのである。

以上、紹介した2つの文書は、1942(昭和17)年当時のハンセン病に対する医学的理解と現実の隔離政策との間の存在したあまりに大きな矛盾を如実に物語っている。ここにも、ハンセン病患者が治療とか予防といった医学的見地とは無縁な理由から隔離されたことが明白に示されているのである。