

第五 らい予防法の改廃が遅れた理由

目次

第五	らい予防法の改廃が遅れた理由	155 頁
第 1	問題の所在	155 頁
第 2	立法府の対応	155 頁
第 3	行政府の対応	156 頁
	一 法改正に真正面から取り組まなかった理由	
	二 元厚生省結核予防課長に対する聞き取り	
	三 処遇改善および強制隔離の「表裏一体論」	
	四 見逃した法改正の機会	
	五 強制隔離と処遇改善の「表裏一体論」を浮上せしめた朝日訴訟最高裁判決	
	六 法廃止後の既得権維持	
第 4	日本らい学会及び厚生行政の対応	163 頁
	一 国立療養所長医師らによる日本らい学会支配	
	二 厚生行政と内外のらい学会との交流システムの未確立	
	三 厚生行政と日本らい学会の緊密な結びつきと既得権益	
第 5	政策および医療の客体としての患者・入所者	164 頁
第 6	全患協および自治会側の事情	165 頁
第 7	1976 年の全国療養所所長連盟「らい予防法」改正草案が採用されなかった理由	166 頁
第 8	提言	167 頁

第五 らい予防法の改廃が遅れた理由

第1 問題の所在

1953年らい予防法は、法律制定の基礎に関わる社会的、経済的、医科学的事実、すなわち立法事実のもと存在しない法律であった。既に、アメリカにおける1943年のプロミン開発後、日本でも戦後間もなくプロミン等による治療が開始され、1947年以降日本らい学会でプロミンの有効性が次々と報告され、1949年にはプロミンが予算化されるなど、ハンセン病が、治せる病気、早期発見により後遺症の残らない病気になりつつあり、また、外来治療でも対応できる可能性も広がりつつあった。一方、1947年の新憲法施行以降の状況を概観すれば、楽泉園「特別病室」重監房患者虐待問題、1951年国立三療養所長発言の医科学的信憑性の問題、1951年以来の患者・入所者によるらい予防法制定反対闘争、衆議院議員長谷川保の質問等、法案の内容と明らかに矛盾している。にもかかわらず、1953年法の内容は、国家無責任の原則に従い、厚生省および国立療養所長医師らの力で、1907年法、1931年法、国立療養所等の既成事実を強引に維持・強化したものである。

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

立法府、行政府は当然であるが、1953年法の改廃には、当事者であるハンセン病患者および医療関係者の他に、法律家・団体、医学・医療プロフェッションも関わる。このうち、法律家・団体の対応・責任については別項で検討した（法制定に際してハンセン病患者・入所者の、総決起集会、患者作業拒否、デモ行進、国会への陳情、座り込み、ハンストなど生命をかけた激しい運動が展開され、マスメディアで報道されたにもかかわらず、法律家・団体は意見表明すら殆どしていない）。

ここでは、立法府、行政府、らい学会の関わりに焦点を当て、自治会運動および全患協運動の流れを背景に、1953年らい予防法の改廃が何故1996年まで遅れたのか、その遅れた理由および背景を検討する。

第2 立法府の対応

立法権は国会に属するから、本来、法律の改正、廃止も立法府の責任である。ただ、日本では実際上、立法は実質的には行政が担ってきた。すなわち、近時議員立法が増えてはいるものの、法律の圧倒的多数は行政の縦割り部局が実質的に法案作成を行い、立法府での審議は儀式に過ぎないことが少なくない。立法府での反対意見は、例えば、法的拘束力のない付帯決議に生かす、法律の前文に入れる等で政治的妥協が図られ、法的拘束力のある法律の本文は聖域とされて原案が維持されることが少なくない。

第五 らい予防法の改廃が遅れた理由

1953年らい予防法6条の入所規定に医科学的根拠はなかったが、立法府は、偽証にも値する1951年国立三療養所長発言を踏まえ、ハンセン病が伝染し発病に至るおそれの極めて低い病気であるとの医学医療の問題を殆ど審議せず、役割放棄に等しい付帯決議を付けた。この付帯決議は、全患協による予防法闘争の成果と評価することもできる。なぜなら、立法内容の不当性を立法府が事実上認めたと等しい内容だからである。しかし、付帯決議末尾「近き将来本法の改正を期する」のうち実際に決議が実行されたのは、1954年家族援護金制度創設のみであった。

付帯決議には法的拘束力がない。国会の政治的義務に止まる。しかし、付帯決議に対し、国会の仕事である法改正の問題に行政官が口を出すのは越権行為との行政官の弁解を建前としては可能にする。付帯決議には長所もあるが、日本の場合特に、責任の所在を曖昧にするという短所があることに留意すべきである。

第3 行政府の対応

一 法改正に真正面から取り組まなかった理由

厚生行政の内部には、全患協による1963年の大規模な法改正運動に呼応してか、法改正に向けての動きが一部に存在した。しかし、法改正には結びつかなかった。

全体として厚生省が1953年法の改正に真正面から取り組まなかった理由、改正があまりにも遅れた理由は、厚生省が入所者の処遇改善に必要な予算を獲得するために、大蔵省に対し、新法の隔離条項の存在を強調し、これを最大限に利用していた点、いわば強制隔離と処遇改善の「表裏一体論」にあると考えられる。

二 元厚生省結核予防課長に対する聞き取り

この「表裏一体論」を含めて、1953年法の法改正などの法的な問題を所管する厚生省公衆衛生局結核予防課長を1962年12月から1965年3月にかけて勤めた小西宏（北大医学部卒、海軍軍医、WHOフェロウシップとして米英留学）に対し、同法改正問題についての聞き取りを行ったので、先ず、同人の言葉を素材に検討する（元号はすべて西暦に変更している）。

a. ハンセン病の医療を担当するのは医務局の国立療養所課で、予防法関係を公衆衛生局の結核予防課が担当した。とくに問題が起きなければ、両課の合同会議が行われることはなかった。

b. 「国際らい学会」決議については荒川（同級生の荒川巖医師）から聞いて知識としては持っていたが、決議について紹介した日本語文献に接した記憶はない。結核予防課長になった翌1963年の3月か4月、日本らい学会に出席し、らい医学の進歩を改めて知った。

c. 結核関係の学会と同様に、「らい学会」も療養所の医師が中心になって運営していた。他の学会よりは、結核やハンセン病の学会と厚生省との関係は深く、両学会には、結核予防課長が出たり、技官が出たりしていた。

d . 荒川が送ってくれた資料などから、ハンセン病が治る病気だと知って嬉しかった。医学的に治るようになった以上は、結核と同じように取り扱うべきで、社会的な条件が許せば法改正すべきだが、法律は全国的な規模の問題で、ある程度の既成事実（社会復帰の実績等）ができてから、制度化（法改正）を考えた方が良くとも考えた。

e . 当時は経済成長のときだったから、ひどい後遺症がなければ社会に出ても生活ができるようになっていた。退所者もぼちぼち出始めていた。

f . 1963 年から、「救らいの日」（6 月 25 日）を「らい病を正しく理解する日」に改め、ハンセン病は治る病気、予防できる病気だという P R に取り組み始めた。

g . 療養所に入らないと治療を受けられないということも改善できないかと考えたが、ハンセン病の治療は、他の患者への配慮から、一般医療機関では積極的に受け入れてくれないという問題があった。外来治療には何か仕掛けが必要で、大学の協力を得て治療することは考えられないかとも思った。

h . 全患協ニュース 1963 年 8 月 15 日号によれば、小西課長の談として「予防法の改正については今のところ私の口からはいえない」と報じられているが、言ったかは疑問。「国会の仕事である法改正の問題に行政官の私が口を出すのは越権行為だから、なんともいえない」と話したのかもしれない。ただ、法改正についての検討の場（たとえば調査会）を厚生省内、あるいは藤楓協会内に設けること自体は行政としてもできるのではないかと考えていた。それを全患協は即法改正と誤解したのではないか。調査会の委員について具体的な構想があったわけではない。

i . 予防法を改正しようとする場合には、「大々的にいじる」という方法、あるいは昭和 28 年法可決に際しての参議院付帯決議などに基づいて「少しずついじる」という方法などがあるが、法改正に向けての「内々の案」は予防課にはまだなかった。課には法律事務官もいたが、課長として法案作成を命じるということはしていなかった。検討の場を設けて、その結論を得てからと考えていたと思う。

j . 1963 年 9 月 15 日号によれば、全患協からの予防法改正要望書が厚生大臣宛に提出されたと報じられているが、結核予防課内の要望書の受け止め方は、「法改正のためには一般世論、社会の認識を改める必要があり、簡単にはいかないだろう。いきなり法改正を突きつけられても、どうこう言えない。」という認識であった。

k . 隔離はけしからんから該当条項を改正しろというのが全患協の態度であったが、強制隔離があったために、入所者の医療を保障し、家族の生活を保障するという面もあった。強制隔離を抜いた場合、医療保障や生活保障がどうなるかという心配がいつもあった。入所者の処遇改善に努力している療養所課の足を引っ張るのはまずいという悩みもあった。

l . 全患協からは、療養所における処遇改善の要求も、医務局に提出されていた。食糧事情は戦後になっても悪かった。入所者の食事は貧しかった。国立療養所課では処遇改善に躍起になっていた。法改正し、強制隔離を外した場合、処遇改善に響くのではないかという心配はあった。

m . 1963 年 10 月 15 日号によれば、「調査会を作るべく予算要求している。」「昭和 39 年度研究して、法改正は昭和 40 年度になる。」と報じられているが、調査会設置の予算は通らなかった。公衆

第五 らい予防法の改廃が遅れた理由

衛生局内各課や医務局国立療養所課に相談したが、すぐには理解が得られなかった。

n . 公衆衛生局や国立療養所課の理解を得るためには、「実証的な説明資料が必要だ」と考え、現状認識のための課内資料「らい予防の新しい考え方」(1964年3月付け)を作成した。同資料は、国賠訴訟に際し、国側から裁判所に証拠資料として提出されたが、予防可能、治療可能につき「そこまでの認識を厚生省が持っていたのであれば、法改正しなかったのはおかしい」という形で裁判では使われたときいている。

o . 1963年10月15日号によれば、小西課長の談として、「調査会には患者代表は入れられない」と報じられている。当時の行政の常識として、患者代表を入れるという考えは当然ではなかった。大変難しいので、約束できない、といったと思う。

p . 1964年4月1日号によれば、若松公衆衛生局長の談として、「一挙に改正しては世間の理解が追いつかない」と報じられているが、局長が全患協と会ったことは憶えている。局長の考えは当時の厚生省の考え方で、調査会の設置も時期尚早ということだったと思う。

q . 1964年7月15日号によれば、小西課長の談として、「調査会設置の予算は認められなかった。」「全患協による6・5行動(国会内での座り込みなど)以来、困った立場にある。」と報じられているが、「困った立場」というのは、全患協に同情的だった結核予防課の立場が辛くなった、あるいは全患協と付き合い難くなった等の意味ではなかったか。

r . 1964年9月1日号によれば、小西課長の談として、「結核予防課は孤立無援。社会の偏見と同じものが省内でもあり、時間が必要。」と報じられている。「ハンセン病についての世間の理解はそこまで進んでいないのではないか。今、その問題を持ち出しても、国民に理解してもらえないのではないか。国会にも理解してもらえない。時期尚早だ。」というのが省内の大方の意見であった。

s . とくに調査はしなかったが、入所者が療養所の外に出てきてアルバイトをしたとの新聞報道に見られるように、ハンセン病患者に対する世間の無理解、恐れは根深いものがあり、偏見が浸透していた。患者に対する誹謗中傷もあった。テレビで「治らない病気だから」といった報道がなされ、全患協の抗議で取り消すというようなことがあった。

t . 法改正よりは処遇改善の方が先だ、というのが厚生省内の当時の考え方だったと思う。患者の中にも、処遇改善の方により関心を持つ人もいた。全患協のなかにもいろいろな意見があった。

u . 1965年4月1日号によれば、小西課長の談として、「一度出して叩かれるとまた遅れる。」「現行法でも運用で相当できる。」「まず実体を作ってあと法を出す。」と報じられている。これは省内でいわれたことである。実体を作って少しずつ変えていく方が無難というのが省内の意見であった。

v . 1965年4月、急に千葉県衛生部長に転出することになった。結核予防課長の後任がすぐには決まらなかったため、ハンセン病の扱いについて十分な申し継ぎができなかった憾みがある。

w . 結核予防課で、社会復帰支援のための施策(鉢植えのリース業や農場、中間施設等)に予算が付いたが、世間の協力が得られず、予算を消化しきれなかったこともあった。

三 処遇改善および強制隔離の「表裏一体論」

「k．強制隔離はけしからんから該当条項を改正しろというのが全患協の態度であったが、強制隔離があったために、入所者の医療を保障し、家族の生活を保障するという面もあった。強制隔離を抜いた場合、医療保障や生活保障がどうなるかという心配がいつもあった。」
 「d．法律は全国的な規模の問題で、ある程度の既成事実（社会復帰の実績等）ができてから、制度化（法改正）を考えた方が良くとも考えた。」
 「r．ハンセン病についての世間の理解はそこまで進んでいないのではないか。今、その問題を持ち出しても、国民に理解してもらえないのではないか。国会にも理解してもらえない。時期尚早だ。」
 「t．法改正より処遇改善の方が先だ、というのが厚生省内の当時の考え方だったと思う。」

このような現状認識は、小西一人にとどまらず、厚生省全体のそれをも示すものといえよう。それは、「らい予防法」廃止に大きな役割を果たした大谷藤郎（厚生省で小西の12、3年後輩）においても共有されていたところである。ハンセン病国賠訴訟熊本地裁判決は、当時の大谷の考えを、次のように分析している。

「大谷は、厚生省医務局国立療養所課長となった昭和四七年当時から、新法が国際的にみてその学問的根拠を失っていることは明らかであると考えていた・・・しかし、大谷は、昭和四九年ころ、当時の全患協の事務局長であった鈴木禎一から、『先生が法律改正をやるといわれるなら、全患協は全面的に協力して闘う。』旨持ち掛けられた際、新法改正の動きが療養所での入所者の処遇の後退につながることを危惧し、迷った末に、新法の廃止を訴えるよりも事実上の部分的開放化と処遇改善を図る方が実利が大きいと考えて、新法改正に賛同しなかった・・・この決断について、大谷は、後にその著書・・・の中で、・・・『ハンセン病差別の基本である予防法改正問題に身を挺して取り組むべきであったと悔やまれた。』『実体を改善していけばそれで前進になるのではないかと考えて努力し、自らを慰めてきたのは、やはり姑息的で小役人的モノの考え方にとらわれていたとしか言いようがなかったと今でも悔やまれる。』・・・と振り返り、証人尋問でも同様の証言をしている。」

小西、大谷の1953年法に対するスタンスを見れば、厚生省は、「処遇改善に必要な予算を獲得するために、大蔵省に対し、新法の隔離条項の存在を強調し、これを最大限に利用してもいた」（熊本地裁判決）、いわば強制隔離と処遇改善の「表裏一体論」が厚生省で支配的であり、これが1953年法の改廃を遅らせた基本的理由であると考えられる。

らい予防法の下、療養所はほぼ完全に自足的な社会を構成し、社会から患者を隔離すると共に自らをも隔離し、生活保護や国民年金、医療といった基本的な社会福祉・社会保障制度からも自らを切り離し、らい予防法の枠内で、国の全額負担の「福祉」を提供するという体制を作り上げた。療養所の設備や処遇の改善についても同じである。そのなかで提供される福祉は、その意味できわめ

第五 らい予防法の改廃が遅れた理由

て独特のものであった。また、わが国の福祉水準の低さがそのまま隔離生活への疑問を封じ、その存続を下支えしてきたことも忘れてはならない（療養所予算の推移なども含めて、詳しくは本報告書・第十二の第2「福祉界」を参照）。

四 見逃した法改正の機会

「d. 法律は全国的な規模の問題で、ある程度の既成事実（社会復帰の実績等）ができてから、制度化（法改正）を考えた方が良いとも考えた。」「u. 「一度出して叩かれるとまた遅れる。」「現行法でも運用で相当できる。」「まず実体を作ってあと法を出す。」と報じられている。これは省内でいわれたことである。実体を作って少しずつ変えていく方が無難というのが省内の意見であった。」

この厚生省の考え方は、一面、机上の空論であり、他面、既に時期を失っていた。何故なら、長年入所していた者の社会復帰は言うべくして實際上困難であることは関係者には分っていたからであるし、また、入所者の社会復帰のピークは1960年頃で、それ以降は減少傾向に転じていたからである。「社会復帰の実績を作ってから法改正を考える」というのであれば、1960年頃に法改正を考えるべきであった。厚生省が法改正の絶好の機会を見逃したことは確かである。小西の現状認識も、大谷のそれも、この法改正の機会を見逃した1960年以降に示されたものであることに注意する必要がある。その結果、1960年以降、厚生省は、強制隔離と処遇改善の表裏一体論に追い込まれることになったといえよう。

五 強制隔離と処遇改善の「表裏一体論」を浮上せしめた朝日訴訟最高裁判決

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

「しかし、このようなGHQの方針は、国の採用するところとはならなかった。たとえば、愛知県知事からの『生活の保護を要する状態にある者は、生活保護法により保護を請求する権利を有するか』との疑義照会に対する厚生省社会局長の1949年（昭和24年）3月付けの回答は、「保護請求権は法律上認められず、これは、新しく制定された日本国憲法とも矛盾していない」という旨のものであった。生活保護制度については、1950年の新生活保護法において不服申立制度が導入され（第64条以下）、不服申立権が認められた（小山進次郎「生活保護法の解釈と運用」）。しかし、日本国憲法が13条で個人の幸福追求権を規定し、また、25条で国民の生存権を規定したものの、国民は憲法における権利の主体ではなく、保護の客体でしかなかった。」

それは、国立療養所への全患者収容の主要目的の一つとされた治療に関しても同様であった。入所者等による直接請求権は否定され、そこでも国の政策による反射的利益の面が強調された（「全患

協運動史」第5章「生活と福祉を向上させる闘い」にみられる国の対応等参照)。全患者収容政策は、このような「主体の客体化」を通じて、日本国憲法の文化国家、福祉国家の理念と接合された。

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

生存権の具体的な権利性を否定し、国家に対して政治的・道義的義務を課しただけで、個々の国民は義務の履行を裁判上請求出来ないという、このような「憲法 25 条プログラム規定」説は、その後、学界の通説的見解となり、判例理論としても確立していったが、この点で見逃すことができないのは朝日訴訟であった。

岡山の国立結核療養所に入院していた朝日茂氏は、生活保護法による医療扶助および生活扶助を受けていた。しかし、朝日氏が 1956 年 8 月以降、実兄から扶養料として毎月 1500 円の送金を受けたことから、津山市福祉事務所長は、月額 600 円的生活扶助(日用品費)を打ち切り、1500 円から 600 円を控除した残額 900 円を医療費の一部として朝日氏に負担させる旨の保護変更の決定をした。朝日氏は、岡山県知事および厚生大臣に対し、不服の申立てを行ったが、いずれも却下された。そこで、朝日氏は、1957 年に、厚生大臣が定める日用品費 600 円の基準額は、日本国憲法 25 条および生活保護法が規定する「健康で文化的な最低限度の生活水準」を維持するに足りない違法なものであるとして、厚生大臣の不服申立却下裁決の取消しを求める行政訴訟を起こした。

第一審の東京地裁は、1960 年、朝日氏の言い分を全面的に認める画期的な判決を下した(東京地判昭和 35 年 10 月 19 日)。裁判長の名前をとって浅沼判決と呼ばれたこの判決は、権利としての社会保障の実現をめざす国民の戦いを大いに勇気づけるものであった。次のように判示されたからである。

「・・・『健康で文化的な』とは決してたんなる修飾ではなく、その概念にふさわしい内実を有するものでなければならないのである。それは生活保護法がその理由を具体化した憲法 25 条の規定の前述のような沿革からいっても、国民が単に辛うじて生物としての生存を維持できるという程度のものであるはずはなく、必ずや国民に『人間に値する生存』あるいは『人間としての生活』といいうるものを可能ならしめるような程度のものでなければならないことはいうまでもないだろう。・・・その具体的な内容は決して固定的なものではなく通常は絶えず進展向上しつつあるものであると考えられるが、それが人間としての生活の最低限度という一線を有する以上理論的には特定の国における特定の時点においては一応客観的に決定すべきものであり、またしうるものであるということができよう。」

全患協に結集した入所者自治会も、「人間裁判」と喩えられた、この朝日訴訟から多くを学ぶことによって、療養所における「福祉なき福祉」の改善、権利としての社会保障を国に求める運動を強力に展開した。しかしながら、朝日訴訟自体は、原告敗訴で終わった。最高裁は、1967 年、次のように判示して、朝日氏の上告を棄却したからである(最判昭和 42 年 5 月 25 日)。

第五 らい予防法の改廃が遅れた理由

「(憲法 25 条 1 項は)すべての国民が健康で文化的な最低限度の生活を営みえるように国政を運営すべきことを国の責務として宣言したにとどまり、直接個々の国民に対して具体的権利を賦与したものではない・・・。具体的権利としては、憲法の規定の趣旨を実現するために制定された生活保護法によって、はじめて与えられているというべきである。」「もとより、厚生大臣の定める保護基準は、法八条二項所定の事項を遵守したものであることを要し、結局には憲法の定める健康で文化的な最低限度の生活を維持するにたりるものでなければならない。しかし、健康で文化的な最低限度の生活なるものは、抽象的な相対的概念であり、その具体的内容は、文化の発達、国民経済の進展に伴って向上するのはもとより、多数の不確定要素を総合考慮してはじめて決定できるものである。したがって、何が健康で文化的な最低限度の生活であるかの認定判断は、いちおう、厚生大臣の合目的な裁量に委されており、その判断は、当不当の問題として政府の政治責任が問われることはあっても、直ちに違法の問題を生ずることはない。」

この最高裁判決を前提とすれば、療養所における「福祉なき福祉」の改善も、「厚生大臣の合目的な裁量に委されており、その判断は、当不当の問題として政府の政治責任が問われることがあっても、直ちに違法の問題を生ずることはない」ということになる。そのような一般的な「裁量福祉」という状況の中で、上記の改善のために特別な扱いを求めようとした場合、厚生省としては、そのための特別な理由を提示しなければならなかったことは想像に難くない。そして、厚生省がこの特別な理由として持ち出したのが、新法の強制隔離条項であったことは既に指摘したところである。

もとより、この強制隔離条項の存在のほかに、別の特別な理由を求め得ないわけではなかった。例えば、今回の熊本地裁判決のような「らい予防法違憲」判決の獲得を通じて特別な扱いを求める(患者・元患者が厚生省に求める、および厚生省が大蔵省に求める)という道も論理的には存在した。しかしながら、三権分立制度の下、行政機関にそれを求めることは不可能に近かったといえよう(例えば前掲小西発言等参照)。社会復帰が困難となるなか、「憲法 25 条プログラム規定」説が、強制隔離と処遇改善の「表裏一体論」を浮上せしめたといっても誤りではなからう。

ちなみに、強制隔離・医療でなくても、本人治療の目的とパブリック・ヘルス(公共保健)の目的が並存している隔離・医療に公費負担が認められるべしとの論理は、未だに確立していない。現在でも、財務省主計局は強制医療という前提がない限り予算措置を講じないと思われる。精神医療における非任意入院・治療でも同様の問題を抱えている。

六 法廃止後の既得権維持

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

きる。これらは、全患協運動等による経済闘争を経ることなしにはありえなかったものと思われる。

第4 日本らい学会および厚生行政の対応

一 国立療養所長医師らによる日本らい学会支配

1934年中條資俊論文、1934年小笠原登論文、1939年日戸修一論文等にもかかわらず、日本らい学会は、これらを無視し、1941年に小笠原医師を徹底的に攻撃して（『小笠原登 - ハンセン病強制隔離に抗した生涯』（真宗ブックレット NO.10）2003年）以来、国立療養所長医師らによる学会支配が確立し、その状態は長く続いた。

それ故、「らいに感染した患者には、どのような、特別規定をも、設けず、結核など他の伝染病の患者と同様に、取り扱うこと。従って、すべての差別法は廃止さるべきこと」等の1956年ローマ会議決議、「政府がいまだに強制的な隔離政策を採用しているところは、その政策を全面的に破棄するように勧奨する」等の1958年第7回国際らい会議決議、「らいは他の伝染病と同じ範疇に位置付けられるべきであり、そうしたものとして公衆衛生当局によって扱われるべきである。こうした原則に適合しない特別の法制度は廃止されるべきである」等の1960年WHOらい専門委員会報告書、「無差別の強制隔離は時代錯誤であり、廃止されなければならない」等の1963年第8回国際らい会議における知見および意見は、日本らい学会によってことごとく無視された。

日本の強制隔離政策の中で「ハンセン病医療自体が隔離されたという現実」があると言える。

二 厚生行政と内外のらい学会との交流システムの未確立

厚生行政と内外のらい学会との交流はシステムとしては確立せず、職員の個人的な努力に委ねられていたことは、元厚生省結核予防課長小西発言によってもうかがわれる。

「b.「国際らい学会」決議については荒川（同級生の荒川巖医師）から聞いて知識としては持っていたが、決議について紹介した日本語文献に接した記憶はない。結核予防課長になった翌1963年の3月か4月、日本らい学会に出席し、らい医学の進歩を改めて知った。」

これでは、医科学に根拠を持つ厚生行政を進めることはできず、却って、行政が特定の医師らの見解に無批判に従う結果になる。

三 厚生行政と日本らい学会の緊密な結びつきと既得権益

日本らい学会が国立療養所の医師によって運営され、厚生省と深い関係があったことは、小西発言によってもうかがわれる。

「c. 結核関係の学会と同様に、「らい学会」も療養所の医師が中心になって運営していた。他の学会よりは、結核やハンセン病の学会と厚生省との関係は深く、両学会には、結核予防課長が出た

第五 らい予防法の改廃が遅れた理由

り、技官が出たりしていた。」

元日本らい学会会長成田稔は、「らい予防法」の廃止が遅れた責任は、厚生省と日本癩学会(...)にあることは言うまでもない。「らい予防法」が制定されたころ(...)には、絶対隔離がほぼ完成し、すべての治療は療養所中心になっていた。そしてこの体制を法的に支持する「らい予防法」が外来診療の大きな妨げになっていたことは、日本らい学会の中でも一部の会員によって問題にされていた。そこへもってきて琉球政府が「ハンセン氏病予防法」(...)によって外来治療を定着させた(...)ことや、大学病院の外来診療がらい患者の減少に伴って撤退し始めたために、らい療養所だけで外来診療を行うのは立地的に対応がむづかしくなり、「らい予防法」の見直し(改正もしくは廃止)の声も大きくはなったが、広がるには至らなかったのである。これは要するに、療養所中心主義が確立していたために惰性的に現状を肯定する傾向が強く、そのような状況を背景に療養所の幹部が学会の中枢をしめていたという側面が大きい」と東京地裁国賠訴訟の法廷で証言している。

この国立療養所中心主義は、人事面、予算面で厚生省および日本らい学会に様々な既得権益を与え、このことが、まさに「惰性的に現状を肯定」する力になっていたものと考えられる。

元日本らい学会会長成田稔は、日本らい学会の1995年4月22日見解が「これまでに、「現行法」の廃止を積極的に主張せず、ハンセン病対策の誤りを是正できなかったのは、学会の中枢を療養所の医師が占めて、学会の動向を左右していたからでもあり、長期にわたって「現行法」の存在を黙認したことを深く反省する」とした点について、「荒唐無稽な法律であることは分っていたが、患者の9割が療養所に入っている中でらい予防法の廃止は療養所の存亡にかかわる。これによって、入所者の行き場がなくなることを懸念した」と厚生行政と軌を一にする見解を表明しているのも宜なるかなである。強制隔離政策の一翼を担った藤楓協会も日本らい学会に深く関わっていた。

第5 政策および医療の客体としての患者・入所者

なぜ、全患協の1963年、1984年、1988年、1991年の改正要望が政策に反映されなかったのか。1962~3年当時、患者は厚生省が同情するものの、政策の客体であり、主体ではなかったことは、小西発言によってもうかがわれる。

「o. 1963年10月15日号によれば、小西課長の談として、「調査会には患者代表は入れられない」と報じられている。当時の行政の常識として、患者代表を入れるという考えは当然ではなかった。大変難しいので、約束できない、といったと思う。」

「q. ... 「全患協による6・5行動(国会内での座り込みなど)以来、困った立場にある。」と報じられているが、「困った立場」というのは、全患協に同情的だった結核予防課の立場が辛くなった、あるいは全患協と付き合い難くなった等の意味ではなかったか。」

当事者である患者(団体)は法作成(改正)プロセスの蚊帳の外に置かれてきたから、全患協の63年改正要望等は無視されたものと考えられる。

この点は、現在でも同様の状況で、ごく僅かな例外を除いて、医療の需要者たる患者ないし患者会の代表が立法ないしは法改正の草案作成段階から参加できないでいる。しかし、感染症法など医

療に関連するルール形成に、患者ないし患者会の代表が当事者代表として、問題の探求や要綱案等を作成する委員会に委員として参加するべきは当然であろう。因みに、公聴会は明らかに儀式であるし、パブリック・コメントも期間があまりにも短かく、ほとんどフィード・バックされないから半儀式のようなもので、患者・市民は原案が固まるまで蚊帳の外に置かれる。

第6 全患協および自治会側の事情

1953年のらい予防法制定後、全患協などは、療養所内での処遇や医療の改善など、いわゆる経済闘争に転換していった。

また、プロミンなどのめざましい薬効によって全治した入所者の中から社会復帰者が出てくるが、社会の厚い壁にぶつかって、1960年頃をピークとして社会復帰者は減少し始める。完全隔離、完全収容の政策原則は変わらず、そのために、社会復帰の準備から退所者への支援まで、福祉界との新たな接点となるべきプログラムは、法的な根拠を与えられないことになったのである（詳しくは、本報告書・第十二の第2「福祉界」参照）。以後、全患協、自治会も、運動の中心を社会復帰にではなく、入所者の処遇改善等に置くことになった。

しかし、この段階の経済闘争は1951年以来の予防法闘争と矛盾するものではなく、予防法改正と並ぶ全患協運動の二大柱の一つという性格を有していた。

大谷藤郎が厚生省のハンセン病担当者になって以後は、厚生省も上記の処遇改善に本格的に取り組んだ。ただ、そのための大蔵省交渉において、「強制隔離・処遇改善」一体論を最大限に利用した。

療養所の処遇改善が一定程度実現された以後の全患協運動および自治会運動の経済闘争は、それまでとは性格を異にし、既得権擁護に化すことによって、予防法改廃運動と二者択一の関係に陥っていった。

このような状況の中で、全患協会長に就任した曾我野一美は、次のように、再度の予防法闘争に立ち上がるように問題提起した。

「・・・それでは、らい予防法と全患協の目的とするものの相対的關係はどうか。水と油、あるいは火と水のように、異なる物質または現実の両極形態として捉ええるのではないか。言葉を変えていえば、吾々を正当な人間として扱わず、汚物視の論理から組み立てられている現行のらい予防法がある限り、全患協が組織をあげて、取り組んでいる偏見打破や基本的人権の確立、あるいは生活、文化の向上も絵にかいた餅であるといっても過言ではあるまい。もう一歩踏み込んで言うならばらい予防法を根本的に改正させるために吾々の全患協は結成され、以来今日に至るまで三十三年を襲って来たというべきであろう。それでは、昨今の全患協内部におけるこれらにかかわる議論はどうであろうか。かならずしも前述の議論に沿っているとは考えにくいのではないか。・・・現実に受けている生活待遇を過大に評価して、それによって原点をねじ伏せているのではないか。・・・吾々の組織内で予防法改正問題に関して、全会員の意志を問えばどうであろうか。改正志向の積極論が小さく、名を捨てて実をとるという消極論が大きい

第五 らい予防法の改廃が遅れた理由

のではなからうか。それでも行政は確実に動くだろう。後塵を拝して、後手後手では闘えない。侍になるのか。乞食になるのか。どちらを選択するか議論をはじめなければなるまい。」(1984年1月15日『全患協ニュース』は、このような会長の主張を「侍か乞食になるか 予防法論議の出発点」と題して、一面で掲載)

しかし、多くの自治会は、この提案を支持することはなかった。大谷藤郎がリードした法廃止の動きにおいても、受動的な態度が維持された。予防法改廃が既得権擁護と矛盾すると考えられたからである。

しかし、この点については、次の視点が重要であるように思われる。すなわち、一定の処遇の改善が実現しつつあった1975年以降、自治会及び全患協が、受動的に法廃止を受け入れるのではなく、能動的、主体的に、再度の予防法闘争を闘うためには何が必要であったのかという点である。「乞食」にならない保障が必要であったといえよう。そのためには、憲法論、人権論の見地から「強制隔離と処遇の表裏一体」論を打破することが急務となるが、これには法律家の支えが必要不可欠であった。しかし、この責任を法律家は果たすことはなく、20年も遅れた。怠慢の誹りは免れがたい。他方、再度の予防法闘争を社会の広範な人々が支えることも不可欠で、それにはマスメディアの役割は大きかったといえよう。しかし、この時期は、一定の処遇改善が図られたということもあって、ハンセン病に対するマスメディアの関心は薄れていた時期にあたる(詳しくは、本報告書・第十四の第2「マスメディアの対応・責任」などを参照)。このような状況の中で、再度の予防法闘争に向けて、自治会及び全患協が意思統一を図っていくことには無理があったといえよう。社会の無理解、そして、法律家の責任放棄が、入所者をして社会復帰をあきらめさせ、「強制隔離・処遇改善」一体論に追いやり、そして、処遇改善が一定程度実現した1975年以後は、既得権擁護のために予防法改廃慎重論に入所者を向かわしめていった。

入所者数の減少、入所者の高齢化等に伴い療養所の将来構想が大きな問題となっている。曾我野が提起した再度の予防法闘争に対して、そして、法廃止に当たって、生存権不在の故に入所者らが陥らざるをえなかった二律背反の状態に再び追い込むようなことがあってはならない。

第7 1976年の全国療養所所長連盟「らい予防法」改正草案が採用されなかった理由

全患協及び自治会は、予防法改正問題についてはまるで腫れ物に触るかのように扱い、いつも「慎重に検討する必要がある」という形で問題を先送りにしている(たとえば、全患協ニュース1978年6月1日号)。おそらく、この問題は賛否が大きく分かれ、組織分裂を招きかねないと考えられたからではないかと思われる。

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

第8 提言

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

第五 らい予防法の改廃が遅れた理由