

ハンセン病問題に関する検証会議

最終報告書

(要約版)

2005年3月

財団法人日弁連法務研究財団

ハンセン病問題に関する検証会議

はしがき

私たち検証会議は、ハンセン病問題に関する2年半あまりの検証事業の成果として、『ハンセン病問題に関する検証会議最終報告書』を公表することが出来た。2つの別冊をあわせた、この最終報告書の総頁数は1,500頁に及ぶ。

本事業は厚生労働省より委託されたものであり、その成果が、これからどのように社会へと反映されるかについては、同省による今後の施策に委ねるところが多い。とはいえ、ここに改めて事業の過程をふりかえれば、検証会議とは、国の諸機関、社会の諸団体、そして個人が、それぞれの立場と主張を持ちながらも、ハンセン病問題という未曾有の国家的人権侵害の真相を究明し、その再発を防止するために集まり、知恵を寄せあった共同作業の場であった。この意味で、検証はそれぞれの立場と主張の枠を超えて進められた、国家政策の点検作業であり、本事業の担い手は決して一つの立場に限定されるものではなく、その役割は決して、過去の断罪だけにとどまるものではない。過去の事実とその背景および起因を明らかにし、今日の状況を踏まえ、将来の政策展開に反映させるという、国と社会、そして個人を結びつけた今後のさらなる点検と改善の具体的過程が実現されてはじめて、私たちによる検証の成果は、真の評価を獲得するであろう。

本事業においては、数多くの同行者を見いだすことが出来た。事業実施に直接の責任を担う各委員だけでなく、間接的にも、事業を共に担ってくださった人々、多くの困難な場面を助けてくださった人々、事業に期待を寄せ、あるいは事業を積極的に批判してくださった人々は数多い。この国に、このような多くの人々を見いだしたことは、この問題に携わった先人の苦闘の成果であると共に、私たち検証会議も、今後の問題解決のための社会的力量の創造に、一端でも貢献しえた結果であると考えている。また最終報告書に示したように、十全とは言えないまでも、総合的かつ客観的に過去の事実を解明し、再発防止に関する提言をとりまとめることが出来た。また報告書にまとめられた文書のみならず、それに倍する資料がとりまとめられ、事業終了後、適宜公表される。これらの報告および資料が今後のさらなる問題解決に向けた推進力となるとすれば、それは私たち検証会議が、この国の医療・福祉をより良いものとするために、少なくとも一つの土台を提供しえたということになる。ここにおいて、本事業が、2001年5月におけるハンセン病国賠訴訟の歴史的な司法判断から始まった問題解決の過程を、法廷という場から、より広い社会へ向けて、さらに一歩でも進め上げたとの評価をえることを、私たちは希望する。

2005年3月をもって検証会議は任務を終え、ハンセン病問題の解決に進むための役割を、より広く、国そして社会へと引き継ぐこととなる。私たち検証会議は、私たちそのものが将来の検証の対象となることを自覚し、そのような形でなお問題の解決と改善の過程が不断に継続していくことを深く歓迎する。本要約版は、検証会議による検証の到達点を要約として示し、今後の作業を引き継いでくださる多くの人々に、簡便な資料を提供するために作成した。私たちも、ここに示された結果に責任を持ちつつ、また再びこれからは各々が問題解決のためにあゆむ者として、改めてこの検証を踏みこえて、さらに前へ進みたいと思う。

引き継ぎの担い手となってくださる皆さんが、私たちの衷心を理解され、本書および最終報告書を利用してくださることを願ってやまない。

2005年3月1日

財団法人日弁連法務研究財団ハンセン病問題に関する検証会議 一同

ハンセン病問題に関する検証会議 最終報告書（要約版）

目次

はしがき

検証会議について

1: 熊本地裁判決と真相究明 #1	.....	1 頁
2: 近世の「癩」病観とその形成過程 -1907 年「癩予防ニ関スル件」- #2(1)	.....	4 頁
3: 近代のハンセン病観 -1907 年「癩予防ニ関スル件」- #2(2)	.....	7 頁
4: 強制隔離政策の開始と療養所の実態 -1907 年「癩予防ニ関スル件」- #2(3)	.....	8 頁
5: 1931 年「癩予防法」について -強制隔離収容の強化拡大の理由と責任- #3	.....	10 頁
6: GHQ の対日ハンセン病政策 -1953 年「らい予防法」- #4(1)	.....	11 頁
7: 強制隔離の強化拡大の理由と責任 -1953 年「らい予防法」- #4(2)	.....	14 頁
8: 「癩刑務所」について -1953 年「らい予防法」- #4(2.6)	.....	17 頁
9: 藤本事件の真相 -1953 年「らい予防法」- #4(3)	.....	20 頁
10: 藤楓協会および皇室の役割 -1953 年「らい予防法」- #4(4)	.....	23 頁
11: 1953 年「らい予防法」の改廃が遅れた理由 #5	.....	24 頁
12: 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 #6	.....	27 頁
13: 日本におけるハンセン病政策と優生政策の結合 #7	.....	29 頁
14: ハンセン病強制隔離政策による被害の全体像の解明 #8	.....	32 頁
15: 全国の国立療養所に残された胎児等標本に関する検証 #9	.....	38 頁
16: ハンセン病医学・医療の歴史と実態 #10(1~6)	.....	42 頁
17: ハンセン病療養所における精神医学・医療の問題 #10(7~8)	.....	45 頁
18: 医学・医療界の役割と責任 #11	.....	55 頁
19: 法曹界の役割と責任 #12(1)	.....	57 頁
20: 福祉界の役割と責任 #12(2)	.....	60 頁
21: 教育界の役割と責任 #13(1)	.....	63 頁
22: 宗教界の役割と責任 #13(2)	.....	67 頁

23: 患者運動（自治会運動と全患協運動）の意義と限界 #14(1)	.....	70 頁
24: マスメディアの対応と責任 #14(2)	.....	73 頁
25: 国際会議の流れと日本のハンセン病政策 #15(1)	.....	77 頁
26: 米国におけるハンセン病政策の変遷 #15(2)	.....	80 頁
27: 沖縄・奄美地域におけるハンセン病政策 #16	.....	83 頁
28: 旧植民地、日本占領地域におけるハンセン病政策 #17	.....	86 頁
29: アイスターホテル宿泊拒否事件 #18	.....	92 頁
30: 再発防止のための提言 #19	.....	95 頁

付録 ー検証会議設置及び活動等関係資料ー #関連資料(2)

1: 契約書	.....	103 頁
2: ハンセン病問題に関する事実検証調査事業実施要領	.....	105 頁
3: ハンセン病問題に関する検証会議運営要綱	.....	106 頁
4: ハンセン病問題に関する検証会議・検討会の検討課題	.....	108 頁
5: 検証会議・検討会委員一覧	.....	109 頁
6: 検証会議・検討会活動記録	.....	111 頁

※本書では、基本として最終報告書の章ごとの要約を掲載していますが、いくつかの章については、節あるいは項について特に要約を掲載しています。なお、各タイトル末に付された#数字は、最終報告書の対応する章(節_項)の番号を表しています。

「検証会議」について

「ハンセン病問題に関する検証会議」（以下、「検証会議」）は、2002年10月16日に第1回会議を開催し、それ以後、約2年半にわたって「ハンセン病問題に関する事実検証調査事業」を実施してきました。この事業は厚生労働省より財団法人日弁連法務研究財団に委託されたものであり、その目的は「ハンセン病患者に対する隔離政策が長期間にわたって続けられた原因、それによる人権侵害の実態について、医学的背景、社会的背景、ハンセン病療養所における処置、らい予防法などの法令等、多方面から科学的、歴史的に検証を行い、再発防止のための提言を行う」（付録「ハンセン病問題に関する事実検証調査事業実施要領」参照）ことにあります。

検証会議を構成する委員は、ハンセン病元患者から2名、マスコミ関係者から4名、弁護士から2名、療養所長から1名、学識経験者から4名の総勢13名であり、このほか、検証活動に必要な調査、検討、報告書の作成等を行うとされた検討会の委員20名が事業に加わりました（付録「検証会議委員一覧（2005年1月現在）」および「検討会委員一覧（2005年1月現在）」参照）。これまで開催された会議は26回を数え、そのうち13回は全国各地の国立ハンセン病療養所での「現地検証会議」として開催されています。この現地検証会議を含めて、検証会議は国内13の国立療養所および2私立療養所、ならびに海外2療養所（韓国・台湾）を訪問し、検証内容の充実をはかってきました。また、検討会は18回の会議で議論をかさねると共に、「ハンセン病問題に関する被害実態調査」活動を担ってきました。

この間、事業の中間点であった2004年3月には『2003年度ハンセン病問題検証会議報告書』（中間報告）を公表しました。また事業の終了年度である2004年度には、最終報告書のとりまとめを担当する起草委員会が検証会議内に設けられ、全国で実施した被害実態調査の結果概要を2004年7月に『被害実態調査結果（速報）』として公表すると共に、翌2005年1月には、最終報告書全文の公表に先だって、『（別冊）ハンセン病問題に関する被害実態調査報告』および『（別冊）胎児等標本調査報告』を公表しました。2005年3月には検証のすべてを、上記の別冊を含む3冊の最終報告書として編集し、同月1日に開催された第26回会議において、尾辻秀久厚生労働大臣に提出しました（付録「検証会議・検討会活動記録」参照）。

1：熊本地裁判決と真相究明 #1

一 熊本地裁判決の争点に対する判示

1. らい予防法の違憲性

「・・・新法の隔離規定は、新法制定当時から既に、・・・公共の福祉による合理的な制限を逸脱していたというべきものであり、遅くとも昭和三五年には、その違憲性が明白になっていたのである・・・。」

2. 厚生大臣のハンセン病政策遂行上の違法及び故意・過失の有無について

「・・・厚生大臣は、・・・隔離政策の抜本的な変換やそのために必要とする相当な措置を採ることなく、・・・漫然と放置し、・・・隔離を継続させたこと、また、ハンセン病が恐ろしい伝染病でありハンセン病患者は隔離されるべき危険な存在であるとの社会認識を放置したことにつき、法的責任を負うものというべきであり、厚生大臣の公権力の行使たる職務行為に国家賠償法上の違法性があると認めるのが相当である。そして、厚生大臣は、昭和三五年当時、・・・隔離の必要性を判断するのに必要な医学的知見・情報を十分に得ていたか、あるいは得ることが容易であったと認められ、また、ハンセン病患者又は元患者に対する差別・偏見の状況についても、容易に把握可能であったというべきであるから、厚生大臣に過失があることを優に認めることができる。」

3. 国会議員の立法行為の国家賠償法上の違法及び故意・過失の有無について

「・・・新法の隔離規定が存続することによる人権侵害の重大性とこれに対する司法的救済の必要性にかんがみれば、他にはおよそ想定し難いような極めて特殊で例外的な場合として、遅くとも昭和四〇年以降に新法の隔離規定を改廃しなかった国会議員の立法上の不作為につき、国家賠償法上の違法性を認めるのが相当である。」

4. 損害について

「・・・隔離による被害については、・・・時期を特定すれば、一定の共通性を見いだすことが可能であり、・・・個々の原告間の被害の程度の差異については、より被害の小さいケースを念頭に置いて控え目に損害額を算定する限り、被告に不利益を及ぼすものではない。・・・原告らが社会の人々から様々な差別的扱いを受けたこと・・・、そのような地位に置かれてきたことによる精神的損害を被害としてとらえるべきであり、これにも、一定の共通性を見いだすことができる・・・。」

5. 除斥期間について

「・・・本件の違法行為・・・による被害は、・・・社会の中で平穏に生活する権利を侵害されたというものであり、新法廃止まで継続的・累積的に発生してきたものであって、違法行為終了時

において、人生被害を全体として一体的に評価しなければ、損害額の適正な算定ができない。このような本件の違法行為と損害の特質からすれば、本件において、除斥期間の起算点となる『不法行為ノ時』は、新法廃止時と解するのが相当である。」

二 熊本地裁判決の意義

地裁判決を聞いた喜び、感動を、ある原告は、次のような詩にまとめた。

太陽は輝いた 九十年 長い長い暗闇の中 ひとすじの光が走った 鮮烈となって
硬い巖を砕き 光が走った 私は俯かないでいい 光の中を 胸を張って歩ける
もう私は俯かないでいい 太陽は輝いた

三 地裁判決と真相究明

まず、「判示」部分を除くと地裁判決の「判断」部分は、「ハンセン病の医学的知見及びその変遷」と「我が国のハンセン病政策の変遷等」とからなる。そして、後者は、「戦前の状況について」（「癩予防ニ関スル件」の制定、療養所の設置、懲戒検束権の付与、断種の実施、第一期増床計画、入所対象の拡張等、旧法の制定、「癩の根絶策」、療養所の新設、無らい県運動）と、「戦後、新法制定までの状況について」（栗生楽泉園特別病室事件の発覚、優生保護法の制定、プロミンの予算化、戦後の第2次増床計画と患者収容の強化、栗生楽泉園殺人事件とその影響、三園長発言、予防法闘争、衆議院長谷川保の質問に対する内閣総理大臣の答弁書、新法の国会審議、「伝染させるおそれがある患者」の解釈）と、「新法制定後の状況について」（新法制定後の通達の定め、新法改正運動の経過、退所について、外出制限について、優生政策について、患者作業について、療養所における生活状況の変遷について、療養所以外の医療機関での治療について、新法廃止までの経過）と、「ハンセン病患者等に対する社会的差別・偏見について」（旧来からの差別・偏見について、無らい県運動以降の戦前の差別・偏見について、戦後の差別・偏見について、後遺症と園名について、差別・偏見の現れ）とからなる。

原告の主張を真正面から受け止め、90年に及ぶハンセン病政策の歴史的事実の大枠を見事に掴み取った判決といえよう。

しかしながら、裁判という法制度の持つ構造的な制約もあって、真相究明及び再発防止という観点から見た場合、多くの問題が残されたことも確かである。例えば、違憲、不法なハンセン病強制隔離政策が何故、戦後も廃止されず、むしろ逆に強化されたのか。そして、1953（昭和28）年法の廃止が何故、1996（平成8）年まで待たざるを得なかったのか。これらは、以後の検討に委ねられた。強制隔離政策に関わった各界の責任、それも狭義の法的な責任にとどまらず、再発防止という観点から見た場合の広義の責任についても、掘り下げた検討は以後の課題とされたといえよう。

加えて、「石にかじりついても三年解決」という同裁判特有の制約等も存した。その結果、同裁判では共通被害の立証に重点が置かれたために、個別被害の解明は少なくとも表面上は必ず

しも十分ではない。戦後、本土復帰前の沖縄における被害も、その解明は今後に残されることになった。熊本地裁判決は、次のように判示したからである。

「本土復帰前の沖縄のハンセン病政策は、本土のハンセン病政策とは異なる経過をたどってきたのであり、法制自体に共有するところが大きいとはいえ、隔離規定の運用状況や退所許可の実情等については、証拠上必ずしも明らかではなく、本土復帰前の沖縄における被害を、同時期の本土のそれと同視することができるというだけの立証が尽くされているとはいえない。したがって、・・本土復帰前の被害については個別損害として本件訴訟の賠償の対象とはせず、本土復帰後の被害のみを賠償の対象とすることとした。」

差別・偏見の構造の解明についても同様である。同判決は「・・無らい県運動等のハンセン病政策によって生み出された差別・偏見は、それ以前にあったものとは明らかに性格を異にするもので、ここに、今日まで続くハンセン病患者に対する差別・偏見の原点があると言っても過言ではない。」などと指摘しているが、同運動の分析は、その多くが以後に委ねられたといえよう。

しかしながら、これらを放置したままで、真相究明及び再発防止を行えるかといえ、答えは明らかに否であろう。

2：近世の「癩」病観とその形成過程 -1907年「癩予防ニ関スル件」- #2(1)

一 問題の所在

「癩」はかつて中世社会では、主として仏罰による病と考えられていたが、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認識も加わっていったことが従来の歴史研究の中で指摘されている。ここでは近代のハンセン病に対する差別の歴史的前提として、近世社会における差別について、次の三つの側面から検討を加える。すなわち、まず第一に「癩」を家筋と見なす考え方が近世のいつ頃から、いかなる背景のもとで成立し、普及していくのかという問題、第二に「天刑病」「業病」といった差別意識が家筋意識との関わりの中で、どのように展開していくのかという問題、そして第三にそのような「癩」病観、差別意識のもとで、現実の「癩」患者がどのような生活を送っていたのかという問題である。

二 医学書の分析

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、より一般的な家庭医学書や、寺院関係に伝わる秘伝書類なども含む。その内、「癩」について記載のある書約80冊を検討した。これらの医学書における病因論は、血縁者間に伝わる病とみなす考え方を中心に、食毒説や風土説もある。各説はいずれも起源を中国医書に求めることができるのだが、中国医学が展開する様々な病因論の中からこれらを選び取ったところに、日本近世医学の特性が表れていると言えよう。ここでは、これらの説が成立してきた背景や「癩」に対する差別意識との関係を分析する。

1. 血脈説

医学書では「癩」の「家筋」という言い方はほとんど登場せず、「血脈」と表現される。それは「癩」の血筋に生まれた人が血縁の「癩」患者から「伝染」し、「癩」になると考えたからである。このような考え方は中国医学には見られない日本近世医学独自の見解であり、17世紀後半から登場する。血脈の病とみなされることにより、「癩」は家全体の恥とみなされるようになる。

この血脈説が成立した背景として、1点目には社会的・経済的安定によって中世よりも患者の発症率が下がった中、同じ生活環境にあり、幼児から患者との濃厚接触のあった人々の家族性発病が目立ったということがあげられよう。2点目には江戸時代に大流行した梅毒の影響である。梅毒は性感染症であるとともに、「遺毒」として血縁者から出生前に受け継ぐこともあると広く認識されていた。この梅毒の病理認識が、「癩」にも影響を与えたと考えられる。3点目に、17世紀以降、庶民に至るまで「家」意識が広がっていったことにより、何事も人を「家」という枠組みで見るとまなざしが成立したことがあげられよう。

2. 食毒説

血脈以外の人の発病は、食毒や風土に原因が求められた。まず食毒説については、過度の魚肉・獣肉食が体の状態を悪くし、「癩」になりやすくと考えられた。これは「癩」の家筋差別を批判する根拠となると同時に、魚や肉を食べざるを得ない環境にあった、貧しい漁村や被差別部落の人々に対する差別へつながることもあった。

3. 風土説

風土説とは特定の地形、水質、季候により発病しやすくなるという考え方である。これも「癩」の家筋説に対する反論の根拠となり得たと同時に、特定の環境に住む人々への差別につながり、いわゆる「癩」村差別を補強することともなった。

三 各地域史料からの分析

ここでは江戸時代の「癩者」の生活実態を各地域史料から分析する。江戸時代の「癩者」の生活は、大きく分けて、中世非人の生活形態を継承するもの、「癩」身分として近世賤民制のもとに組み入れられたもの、旅に出たり乞食になる者、在宅のまま家族や共同体に扶養される者の四形態にまとめられる。

1. 中世非人の系譜

中世非人宿の構成員に「癩者」がいたことは、従来の中世史研究で明らかになっている。その系譜を引く存在が近世京都の物吉村や奈良北山十八間戸・西山光明院の「癩者」である。中世以来の勸進場で下級宗教者として喜捨を乞うて生計を立てる。ただ、これらの施設は一般の人々の来訪もある開かれた空間であり、近代の隔離施設とは異なる。またこのような生活形態はごく少数の人々に限定された。

2. 「癩」身分として近世賤民制下に組み入れられた形態

上記のような下級宗教者としての生活が、中世的形態を継承するのに対して、近世権力が新たに作り上げた「癩」身分という存在形態がある。本来は病気という一時的な状態に過ぎないはずのものが「身分」として固定されたわけである。

地域的には東北諸藩、加賀藩、九州の一部の藩で確認できる。「穢多」身分の配下に置かれて、その下役を務める場合が多い。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ひとつの土壌となった可能性がある。

3. 家を出た人々

温泉湯治に行ったり、巡礼する人々もあった。江戸時代、街道や宿場の整備が整い、「病人村送り」のシステムも完備し、人々の旅が盛んになったこと、各藩の殖産興業政策により、各地に温泉地が生まれたことがその背景としてあげられる。温泉地には病人が無料で入浴できる非

人湯があった。

4. 在宅患者の生活

だが以上のような生活は多数派とは言えない。江戸時代の「癩者」の基本的な生活形態は、強制隔離が進む以前の近代と同様に、在宅で働ける限り働くという形だったと考えられる。

様々な生活形態の内、どれをとるかは各地域・身分・家意識・経済状態・男女の違いによって異なると考えられる。

四 文学史料の分析

「しんとく丸」説話の変遷を通じて、江戸時代の都市を中心とする「癩」病観を分析した。中世末から江戸時代初期には「穢れ」意識に基づく「癩者」の排除は、都の貴族のもので、庶民には見られない。庶民にとって「癩者」を家から出すかどうかは、労働力たり得なくなったときに経済的に扶養できるかどうかで判断された。庶民の差別意識は患者の外見に対する嫌悪感として確認できる。

「癩」を業病として強調するようになるのは17世紀後半からで、「業をさらす」「天刑病」「業病」という言葉が普及し始める。それは、「癩」は家筋の病気であり、家の恥であるという認識が広まり始めた時期と一致する。江戸時代における業病観は、家筋認識によって強化されたと考えられる。

五 結論

このように江戸時代の「癩者」の生活は、地域・身分・家意識・経済状態・男女によって異なり、一括りで示すことは難しい。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、かつ統一政権たる幕藩体制国家の成立や情報伝達手段の発達によって、それらが一元化されていく過渡期にあるといえよう。病気観や患者処遇のあり方の統一が強く推進されるのは、近代国家による統治へ転換して以降と考えられる。

また中世や近世社会において、北山十八間戸という宗教的施設に「癩者」を收容し、勸進権を認めたのは、中・近世社会の生産力に応じた一つの共生システムとしての側面を持つ。しかしながら近代という歴史段階において、強制的に隔離施設に收容していくことは、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。

同様に、歴史の発展段階を無視して、近世社会の「癩」患者と近現代社会の療養所のハンセン病患者の生活を比較し、どちらがより「悲惨」かとか、「差別的」であるかなどを論ずることも無意味だろう。が、そのような歴史の発展段階の差をさしおいてみてもなお、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「癩」を強烈な伝染病と宣伝して強制收容を続け、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、重く受け止めなければならない。

3：近代のハンセン病観－1907年「癩予防ニ関スル件」－ #2(2)

一 隔離政策以前の医学書に見られるハンセン病観

明治初期にハンセン病専門病院として名声を馳せた起癩病院を経営した後藤昌文が1877(明治10)年に発行した『起癩病院医事雑誌』や、昌文の子である昌直による1882(明治15)年の『難病自療』などを読む限り、後藤がアルマウエル・ハンセンの癩菌発見を知っていたかどうかは不明としても、経験的にハンセン病は感染する場合もあり得ると認識していたと考えられる。

これ以後も、1884(明治17)年の小林廣『治癩新論』、1886(明治19)年の松田源徳『治癩訓蒙』、1887(明治20)年の森吉兵衛『通俗癩病物語』、1892(明治25)年の大木幸太郎『列布羅治圓 癩病特効薬養生書』、1895(明治28)年の同『癩病自諭言』など、1880年代以降、すでにアルマウエル・ハンセンの癩菌発見に依拠して、ハンセン病の発症を感染としても理解する見解が発表されていた。

しかし、その一方では、従来の遺伝説に基づく医書も多く、たとえ感染を認めても、一方では遺伝も否定しないという見解も見られる。

二 民衆生活のなかのハンセン病観

明治初期の「高橋お伝」をめぐる文芸作品のなかを示された当時の民衆のハンセン病観を見てみると、遺伝説が広く普及していたことを指摘できる。作品の背景となった事件は、1876(明治9)年に高橋伝という女性が殺人罪で逮捕されたというものであったが、彼女が1879(明治12)年に謀殺の罪で斬罪に処せられた直後から、多くの作品に「高橋お伝」が登場する。ここでは、彼女の夫がハンセン病患者であったとされ、この事件を題材として同1879(明治12)年に発表された仮名垣魯文『高橋阿伝夜刃譚』^{おでんやしやものがたり}、岡本起泉『其名も高橋毒婦の小伝・東京異聞』、河竹黙阿弥『綴合於伝仮名書』^{とじあわせおでんのかたなふみ}などには、それぞれハンセン病を遺伝病とする認識が示されていた。

また、その後に発表された1921(大正10)年の鈴木泉三郎「高橋お伝」には、ハンセン病が被差別部落に多いという俗説が紹介されているが、それは、ハンセン病を遺伝病とみなしたうえで、差別による婚姻忌避で被差別部落には「近親結婚」が多いため、ハンセン病も多発するという論理である。この論理は俗説として存在し、被差別部落への婚姻忌避を正当化するものであった。このような俗説を背景に、1916(大正5)年5月12日、全生病院は、北海道庁と各府県に「特殊部落調附癩村調」を照会している。

4：強制隔離政策の開始と療養所の実態 -1907年「癩予防ニ関スル件」- #2(3)

一 法律「癩予防ニ関スル件」の背景

1907（明治40）年、法律「癩予防ニ関スル件」を公布し、国家がハンセン病患者の隔離に踏み切った契機は2つある。1つは、1897（明治30）年、ベルリンで開かれた万国癩会議で、ハンセン病が感染症であり、その予防策として隔離がよいと確認されたことであり、もう1つは1899（明治32）年に欧米諸国との間の条約の改正により新条約が発効し、「内地雑居」が開始されたことである。

日清戦争に勝利し、条約の改正にも成功した日本にとり、3万人以上というアジア・アフリカの植民地並みの患者が存在することは国辱以外のなにものでもなかった。

二 法律「癩予防ニ関スル件」への途

帝国議会で、国家のハンセン病対策が初めて本格的に議論されたのは、1899（明治32）年3月、第13回国会の衆議院であった。あたかも、「内地雑居」を控えた時期である。以後も国辱という立場からハンセン病患者を取り締まることが議会で求められていくが、そのなかで渋沢栄一との知己を媒介に政界・官界との結びつきを強めた光田健輔の発言力が強まっていく。政府は、ハンセン病を他の急性感染症と区別し、伝染病予防法ではなく、別の法律をつくり隔離をおこなうという方向で検討していく。

三 法律「癩予防ニ関スル件」の成立

1907（明治40）年には、無資力の放浪患者を主たる隔離対象とした法律「癩予防ニ関スル件」が成立する。これに基づき、全国を五区に分けて、各区を構成する道府県の連合立により第一区・全生病院（東京・定員350人）、第二区・北部保養院（青森・定員100人）、第三区・外島保養院（大阪・定員300人）、第四区・第四区療養所（1910（明治43）年に大島療養所と改称した。香川・定員170人）、第五区・九州癩療養所（1911（明治44）年に九州療養所と改称した。熊本・定員180人）が、それぞれ開設され、放浪患者の隔離が開始された。光田健輔は全生病院の医官となる。

四 懲戒検束規定の登場

日本のハンセン病に対する国策が、資力のない放浪患者の隔離から始まったことは、以後の療養所のあり方を大きく規定した。当初、所長以下、職員には警察官出身者が採用された。放浪患者を管理するには警察官出身者が適切と判断されたからである。そして1916（大正5）年には最初の法改正がおこなわれ、入所者に対する懲戒検束規定が明記された。

また、1915（大正4）年以降、全生病院では院長となった光田健輔のもと、男性入所者への断種手術がおこなわれ、他の療養所へも広まっていく。さらに、職員の不足を補うために入所者は強制的に働かされた。強制労働の内容も、重症患者の付添い看護、包帯・ガーゼの洗濯再

生、清掃、尿尿汲み取り、理髪、裁縫、木工、土工など多岐に及び、かなりの重労働であった。

五 絶対隔離への途

1916（大正5）年6月27日、第二次大隈内閣は、内務省に保健衛生調査会を設置、第一次大戦後の人口政策を視野に入れた新たな衛生政策の指針を求め、第4部にハンセン病が位置づけられた。ここで、絶対隔離への方針転換がなされる。

絶対隔離の方針は1921（大正10）年9月14日、保健衛生調査会の決議「根本的癩予防策要項」に具体化した。この要項は公立療養所の増設・拡張と国立療養所の新設、国家・公共団体による資産を有する患者のための自由療養区の設置、感染の恐れのある職業への従業禁止、隔離による生活不能患者への国費・公費による生活費補助、患者の請求による生殖中絶方法の施行などの施策を提起している（内務省衛生局編『癩予防ニ関スル件』、1920（大正9）年）。当初、国公立療養所への患者の隔離収容目標は1万人と設定され（戦後恐慌により1921（大正10）年6月に10年間で5000人収容と修正）、国立療養所設置の方針が固まっていく（保健衛生調査会『第七、八回報告書』、1924年）。

1929（昭和4）年、第56回帝国議会に国立療養所の設置を盛り込んだ法律「癩予防ニ関スル件」の改正案が成立した。

六 私立療養所の実態

私立療養所の実態については、1913（大正2）年に真宗大谷派の本多慧孝の報告書を遺族の了解を得て調査し、1910年代初期の実態を明らかにした。こうした私立療養所が、公立療養所を補完する関係にあったと考えられる。

5 : 1931 年「癩予防法」について —強制隔離収容の強化拡大の理由と責任— #3

一 「癩予防法」の成立

1931（昭和6）年、癩予防協会が設立され、第59回帝国議会で法律「癩予防ニ関スル件」が大幅に改正され、「癩予防法」が成立する。ここに絶対隔離の法が生まれた。また、最初の国立療養所長島愛生園が開設された。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し、さらに1937（昭和12）年7月には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。

二 15年戦争期の衛生政策とハンセン病対策

絶対隔離は、療養所に社会運動を持ち込む結果となり、大島事件、外島事件、長島事件が続発する。これに対抗して、患者運動を抑えるために、1938（昭和13）年、栗生楽泉園に「特別病室」＝重監房が開設された。

三 「国民優生法」と「癩予防法」改正案

1940（昭和15）年3月、第二次近衛文麿内閣は、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。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は、ハンセン病には羅りやすい体質があり、断種によりその体質の遺伝を断つという認識であった。

6 : GHQの対日ハンセン病政策 -1953年「らい予防法」- #4(1)

一 検討の手法

本検証項目の検討を行うにあたって、国立国会図書館憲政資料室に所蔵されているGHQ文書(マイクロフィッシュ)の中から、ファイルとして保管されているハンセン病関係史料(Leprosy-Japan: PHW04217-04224、Leprosy-Korea: PHW03078-03081、Leprosy-Ryukyu: PHW03088-03089)をテキストファイル化する作業を完了した。全史料は累計すると1021(Japan:641、Korea:288、Ryukyu:92)枚であった。無意味な夾雑物や判読不能文書を除けば、Leprosy-Japanでは、英文が計317枚、和文は計284枚。Leprosy-Koreaでは全史料が英文で計282枚、Leprosy-Ryukyuでは、全史料が英文で計92枚であった。GHQ/PHW(連合軍総司令部保健衛生福祉部)の占領政策を反映している記録用覚書(Memorandum for record)は少ないが、ハンセン病関係の施策の参考とするために交わした書簡やその他の事務文書は多く、その内容分析を進めることによって、GHQ/PHWの関与をおおよそであるが明らかにできた。本史料を中心に占領下のGHQによるハンセン病政策について確認できたことは、以下の諸点に集約できる。

二 GHQ/PHWが調査した全国のハンセン病療養所の患者数の各種統計

1945(昭和20)年9月15日付けのリストでは、13の療養所において合計1万411人の患者が収容されていたことが分かる。また、1946(昭和21)年11月では合計8510人、1947(昭和22)年8月1日には合計7931人であった。

三 GHQ/PHWが視察した療養所の状況

Knight(Tuberculosis Consultant)は、1947(昭和22)年8月、香川県の大島青松園を視察し「施設の設備は非常によく整っていて研究室の備品も素晴らしい。(中略)患者の福利(social welfare)は極めて適切にケアされている」と報告した。1949(昭和24)年にはJohnsonが四国地区医師会の会合に参加し、その際、大島青松園と長島愛生園を視察した。大島青松園では648人の患者のうち49人、長島愛生園では1480人のうち132人の韓国籍患者がいて、彼らは外国人としての処遇を求めていることを報告していた。また、1949(昭和24)年10月には、Mortonが東京の多磨全生園を、Stolar、Strodeと共に視察した。この時、所員との会合において、Stolarより国際学会ではLeprosyをHansen's Diseaseと変更するという話題が出て、日本側の参加者の関心を引いた。また、ハワイでは既に公文書においてHansen'sを用いていることが指摘されていた。

四 プロミンを患者の治療薬として普及させるための働きかけ

今回研究の対象となった文書中には、1948(昭和23)年6月には東京大学のプロミン治療に関する報告書があり、1948年(昭和23年)に日本でプロミンをハンセン病の治療薬として使用していたことが分かった。この時期、プロミンは国内の3つの製薬会社で製造されていたが、

需要に対しては不足しており、180kg の米国での調達が望まれると報告されていた。1949（昭和 24）年には、American Mission to Lepers の Kellersberger がマッカーサー元帥に書簡を送り、「日本からも多くの依頼がきているので、プロミンなどの化学薬剤を使ったらいい患者の治療に関心を寄せていただきたい」と嘆願し、この書簡が PHW に回送され、Sams が「SCAP は日本のらい病患者に関して重大な関心を寄せている。日本の療養所における治療は大部分がプロミンによるものである現在では治療に十分な量の薬剤が供給されていないが、近い将来実現するであろう。日本政府は4億7千万円を国立らい療養所の予算として計上し、そのうち5千万円はプロミンの購入に充てている。各療養所は戦争の被害を受けたものの、効率的に運営され、患者は適切なケアを受けている」と回答していた。

五 日本の研究者を国際らい学会へ復帰させるための働きかけ

第二次大戦勃発後、日本人研究者は事実上、国際的な活動を中止せざるを得なくなり、戦後の占領期においても日本人の海外渡航は厳しく制限され、国際的な学会への参加も基本的に不可能な状態にあった。International Leprosy Association は各方面に働きかけて、日本人研究者を学会に復帰させ、学会誌への投稿を可能にするように活動していた。

Sams は「東京大学の Dr. Kitamura も自発的に Contributing Editor を引き受けるそうだ。私は会ったことはないが、長島愛生園の光田博士は日本におけるこの領域の権威であり、第 1 級の人物だと信じている。上記したすべての人物は英語の読み書きができる。Japan Leprosy Association を International Leprosy Association のメンバーとする許可を考えてほしい。SCAP としてはそれが望ましいと考えている」と記していた。

六 日米の研究者による Leprosy bacillus の純粋培養に関する学術的研究の支援

1940-50 年代には日米の研究者が人工培養に取り組んでおり、PHW は日米の研究者の仲介役として学術的支援を行っていた。また、1949（昭和 24）年の書簡において Sams が「らい病は日本において公衆衛生上において主要な問題ではない」と語っていることは興味深い。

七 外国籍のハンセン病患者の処遇について

当時のハンセン病療養所には日本国籍の患者だけでなく、外国籍の患者も収容されていた。1947（昭和 22）年には、アメリカ在住の女性から、日本の療養所に収容されている息子に関する問い合わせがあり、Sams はこれに対し、「上記の人物は群馬県の療養所に居住していることが分かった。らい病患者はアメリカの法律で入国させないことになっているがアメリカ軍人の配偶者などに関しては例外の規定もある」と回答している。また、外国籍ではないが、本土とは占領形態が違う沖縄と奄美諸島地域の患者について、移送について特別な配慮が必要であったため、PHW は公的な手続きなどに関与していた。

八 GHQ の対日ハンセン病政策

GHQ の公衆衛生福祉局 (PHW) の最大、かつ喫緊の関心事は、結核、赤痢・チフスなどの消化器系感染症、それに性病の予防にあった。絶対隔離下にあったハンセン病については、急激に患者が大量発生するという心配は少なく、PHW の関心が薄かったことは否定できない。

PHW は、1949 (昭和 24) 年 6 月の報告で隔離政策の成果を認めている。局長の Sams も、1949 (昭和 24) 年 9 月の書簡において、光田健輔を「まだ会見したことはないが、彼は一流の人物であり、権威として日本人に受け止められている」と高く評価、さらに 1950 (昭和 25) 年 6 月には、日本の国立ハンセン病療養所について「どんな地域も入院治療ができなくて苦しまないように戦略的に配置されている」と、満足している。

PHW および Sams は、患者を隔離したうえで、プロミンを投与すれば日本のハンセン病問題は解決できるという現実的判断から、隔離政策のもたらす人権侵害については重視しなかったといえる。「民主化」のもとでハンセン病患者の人権への配慮がなされなかったことについて、奄美・沖縄の状況を考えれば、同時期に「本土」において占領政策の一環として GHQ が日本型隔離政策を肯定したことは納得できよう。

次に、この一連の文書には見られないが、GHQ が隔離政策を容認した理由は、もうひとつあったと考えられる。それは、療養所における入所者の自治会運動の動向への警戒である。それに関する資料は、星塚敬愛園に所蔵されている一連の文書類のなかにある。

戦後の自治会の全国組織結成をいち早く呼びかけていた星塚敬愛園に対して、共産党の影響を感じ取った GHQ は、入所者間の対立を口実に介入し、星塚敬愛園の入所者自治会は解散せざるを得なくなった。

このように、GHQ は療養所の入所者自治会運動の動向に警戒を強めており、療養所内の待遇改善、さらには強制隔離政策の廃止など、自治会運動の要求には消極的であった。それは、GHQ の「民主化」政策が反共政策を内包するものであったことと一致する。ハンセン病政策もまた、そうした GHQ の「民主化」の枠内にあった。

九 結論

以上、今回復刻した GHQ/PHW の資料からは、次のような指摘が可能であろう。すなわち、ハンセン病に対して GHQ は相対的に関心が低く、隔離された状況下でプロミンを投与すればよいと判断したこと。また、関連する当時の資料の検討をとおしては、自治会への警戒が強く、要求する待遇改善の声を無視したこと。これら二点から、GHQ はハンセン病患者への日本の強制隔離政策を改める意思をもたなかったという結論に達する。

7：強制隔離の強化拡大の理由と責任 -1953年「らい予防法」- #4(2)

一 「らい予防法」の基本的性格

敗戦後のハンセン病政策の動きで注目されるのは、「全患者」収容が実現されたのが戦前ではなく戦後だったという点である。強制収容の担い手にも大きな変化が生じた。新憲法下の医療・福祉政策を担った東龍太郎ら厚生省「新官僚派」と療養所長との間には対立もあったが、それは「コップの中の争い」に過ぎず、総体として国は、両者のバランスのもとに戦後の「全患者」収容政策をむしろ貫徹しえたといえよう。「軽快退所」も強制隔離政策と矛盾するものではなかった。医療・福祉における患者という「主体」が「客体化」される状況を通じて、日本国憲法の「文化国家」「福祉国家」の理念と「国立」療養所への「全患者」収容が接合された結果、あくまで「全患者」収容政策を前提とする「治療」の充実が、同政策の廃棄ではなく、逆に同政策の強化に結びつくこととなったのである。いわば日本国憲法の下でも、「国立」療養所は入所者らにとって依然として「国民からの排除」の場であり、「国立」療養所の入所者は、日本国憲法の享有者ではなく、「新しい明るい日本」の「健康の日本、無病の日本」の犠牲者だったのである。戦後は、全患協をはじめ、国の政策に対する組織的な反対運動が形成されるようになったが、療養所長らは入所者の権利主体性を認めず、あくまでも恩恵・慈悲の対象におしとどめようとし、自治会運動を抑圧しようとした。療養所長を務めるハンセン病専門医師たちは強制隔離を維持・強化するために、社会に対して正確な医学的情報を提供するという役割を放棄したのみならず、反対に国民の恐怖と偏見を煽った。占領政策の転換に伴い、療養所における自治会対策は政治的な色彩を帯びることとなり、国の支持するところとなった。1953（昭和28）年らい予防法の場合、戦前の旧法と異なり、療養所の増床計画を実施するための根拠法という性格をもたず、「全患者」収容政策等に対する反対運動を抑え、「国立」療養所体制を維持するための根拠法という性格が強かった。

二 戦後の「全患者」収容政策に果たした保健所の役割

GHQ/SCAPは日本政府に対し保健所の再編成を立てるように勧告した。これを受けて、保健所法（昭和12年4月5日法律42号）が1947（昭和22）年9月5日に全面改正され、翌年1月から施行された。これによって、保健所は全国に675か所、定員1万8857名になり、戦前に比べて3倍近い人員となって発足した。福岡市でも、1949（昭和24）年1月から市立福岡保健所が誕生した。福岡保健所の業務内容では、ハンセン病は保健予防課の予防係が担当とされている。

戦前と違って、戦後の「無らい県運動」ではかなりの地域差が存した。中央集権的な衛生警察から自治体保健所へと強制隔離政策の第一線機関が変化したことがこれに大きく関わっているといえようか。ただ、そのことは戦後の「無らい県運動」が戦前のそれに比べて質量の面で小規模なものであったことを少しも意味しない。むしろ逆に、保健所が第一線機関であったがゆえに、その裾野は医師や保健婦を初めとして著しく拡がり、これらの人々の「善意」が衛生警察の「権威」以上に「全患者」収容に威力を発揮したといえよう。

三 ハンセン病問題に対する GHQ の対応

日本のハンセン病政策に対する GHQ の対応は、占領前記と占領後期に分けて考察するのが適当であろう。まず占領前期のそれであるが、この点については、すでに「GHQ の対日ハンセン病政策」において詳しく触れたように、GHQ は少なくともハンセン病については格別の関心を示さず戦前の「国立療養所」への隔離政策を踏襲せしめたと理解しえよう。もともと、沖縄と奄美はともにアメリカの軍政下におかれた。アメリカ軍は、日本の隔離政策を踏襲するだけでなく、植民地支配の一環としてハンセン病患者を処遇した。サンフランシスコ講和条約発効後も、奄美は 1953（昭和 28）年まで、また沖縄は 1972（昭和 47）年までアメリカの施政権下におかれた。統治の形態は軍政府から民政府に変わったが、事態は同じであった。

四 軽快退所と「全患者」収容政策の関係

戦後直後の 1947（昭和 22）年 11 月、衆議院厚生委員会において、東医務局長は、国策としての「全患者」収容の方針がいち早く表明するとともに、軽快者の退所を認めるとの意思も表明した。戦前とは異なる動きとして特筆されるが、それは戦後の厚生省「新官僚派」が強制隔離政策の放棄を視野に入れていたことを少しも意味しなかった。彼らにとって、軽快退所を認めることと「全患者」収容とは何ら矛盾するものではなかった。むしろ反対に、「伝染させるおそれのある患者」を極めて広く解釈することにより「全患者」収容を推進するためには、軽快退所の道を用意しておく必要があった。その意味で、この軽快退所の道はあくまでも論理上のそれであって、実際には「開かずの扉」でしかなかった。

五 治安政策とハンセン病政策の関係

1949（昭和 24）年頃から 1952（昭和 27）年 4 月の講和条約発効までの占領後期には、占領政策の転換に伴い、占領前期の「非軍事化」「民主化」措置を制限し、撤廃するような「管理法体系」が登場し、治安立法においても、戦前の「天皇制治安立法」に代わる新たな治安立法が排出することとなった。1950（昭和 25）年 6 月、朝鮮戦争が始まり、翌 7 月、マッカーサーは警察予備隊創設の指令を出した。日本を反共の防波堤とするという観点から、日本共産党についても同年 6 月には中央委員 24 名の公職追放、翌 7 月には機関紙「アカハタ」の無期限発行停止の指令などが行われた。このような動きはハンセン病政策にも大きな影響を与えることになった。例えば、栗生楽泉園患者自治会誌は、重監房問題に関し、次のように記している。厚生省当局は患者闘争をあくまでも共産党に躍らされているものとの印象づけにまさに汲々としていた。衆議院は厚生委員会調査団の派遣を決議したが、この派遣団員から共産党は排除されてしまうことになる。自治会運動対策は共産党対策という政治的な色彩をも帯びていた。国立療養所はまさに政治的な意味でも「国立」療養所であった。自治会運動の抑圧という光田らの主張が国の支持するところになった所以といえよう。

入国管理局事務官森田芳夫による「二十六年に、長島愛生園が犯罪らい患者について、関係庁に照会した結果、四十四名（大阪管区未着）の犯罪らい患者がいたが、そのうち朝鮮人は十七

名いた。熊本県菊池の医療刑務支所に、らい患者が十七名収容されていたが、そのうち十三名は朝鮮人である（二十九年七月現在）。・・・」（「在日朝鮮人処遇の推移と現状」、『法務研究報告書』第43集第3号、1955年7月）もこのような治安政策との関係において理解しえよう。ハンセン病患者の処遇の力点が犯罪対策、それも在日朝鮮人のそれに置かれていることが垣間見られる。冷戦構造や朝鮮戦争の下、GHQが、強制隔離政策の放棄を求める自治会運動の支持ではなく、反対に回ったことは想像に難くなかろう。

8 : 「癩刑務所」について -1953 年「らい予防法」- #4(2_6)

一 重監房の廃止

1947（昭和 22）年に栗生楽泉園の「特別病室」＝重監房が廃止された。これにより、重監房にかわる施設の必要が療養所長の間から生じて来る。重監房の廃止は、刑法に違反したハンセン病患者への処遇をめぐり、大きな衝撃を国家に与えた。すなわち、それまでは、刑法に違反したハンセン病患者は隔離政策ゆえ、通常の留置、拘置ができないため、国家は事実上、放任し、療養所の監禁室や、重罪に該当する場合は重監房に監禁することで対応できたが、重監房廃止はその場を奪うことになったからである。さらに、日本国憲法の施行により、裁判によらず患者を監禁する癩予防法の懲戒検束規定そのものも違憲の疑いが生じていた。そこで、ハンセン病患者専用の刑務所＝「癩刑務所」の必要性が現実となっていく。

二 「癩刑務所」の開設

この「癩刑務所」に関する法務府と厚生省との協議が始まるなか、1949（昭和 24）年 8 月 4 日には法務府より厚生省に対して、「癩患者はたとえ犯罪者と雖も行刑の対象とすべきものではなくて、寧ろ療養保護の対象とすべきものであるから厚生省主管の施設に収容して、これに適當なる保護を与へるべきである」という GHQ 側の意向が伝えられた。

これに対して厚生省は、警察がハンセン病患者の犯罪を取り上げないことを強調し、重症患者はともかく軽症患者の犯罪には処罰が必要であることを主張したため、あくまで「癩刑務所」の設置を求める厚生省と、療養所への収容を求める法務府の間の溝は深まった。調整のため 8 月 24 日には厚生省側と法務府側とが会合したが、そこで法務府は、国立ハンセン病療養所に留置場と取調べと審判のための特別室を設け、療養所の一部を「代用監獄」とすること、そのために療養所職員の一部を特別司法警察職員とする法改正をおこなうことなどという妥協案を提示し、これに対して厚生省も「事態を已むを得ず」と同意した（厚生省医務局「国立癩療養所に特別監置病棟（代用監獄又は拘置所の内容をもつもの）を附設するため予算概算を要求するにいたるまでの経過」）。

さらに、同年 10 月、東京で国立病院長と国立療養所長を集めた病院管理講習会が開催されたのを機に、国立癩療養所長会議が開かれ、賛成 7、反対 3 で菊池恵楓園に「癩刑務所」を付置することが合意されている（宮崎松記「癩刑務所の出来るまで」、『九州矯正』8 巻 5 号、1953 年 5 月）。

こうして「癩刑務所」構想が論議され始めるなか、栗生楽泉園では 1950（昭和 25）年 1 月 16 日深夜から 17 日未明にかけて、入所者同士の対立から 3 名の入所者が殺害されるという事件が起きた。さらに、被害者のひとりが韓国・朝鮮人であり、また殺害に加わったとされる被疑者 14 名も韓国・朝鮮人入所者の文化団体である協親会の会員であった。この事件は、ハンセン病対策に 2 つの影響を与えた。1 つは「癩刑務所」設置の必要性がより強調されるようになったこと、もう 1 つは在日韓国・朝鮮人患者への取締りの必要性がより強調されるようになったこと。

たことである。

事件後、すでに1月31日には、第七回国会衆議院厚生委員会において、厚生省医務局次長久下勝次が「癩患者といえども当然正規の裁断を経た上で刑罰に処すべきものであると決定したならば、正規の刑務所に収容するべきである」と述べ、そのために「癩療養所と連絡のとれます所に癩患者のための刑務所をつくる」ことが適当であるとの見解を示している（『第七回国会衆議院厚生委員会議録』3号）。

衆議院厚生員委員会は3月7日～10日、楽泉園、前橋地方検察庁中之条支所、国家地方警察群馬吾妻地区警察署、草津町警察署に赴き、実地調査をおこなっている。調査をおこなった丸山直友は、3月17日、同委員会で「司法権の発動は、癩患者に対しても仮借なく同様に適用せられなければならない」「癩療養所に隣接して特別なる刑務所を一、二箇所を設置をしなければならない」との考えを示した（『第七回国会衆議院厚生委員会議録』14号）。

7月5日には東京都衛生局長が厚生省医務局長に宛て「犯罪らい患者の取扱について」を照会し、「警察署留置場において発見せるらい患者」や「拘置所内において発見せるらい患者」の処遇に困惑している現状を訴え、指示を仰いでいる。

これを受けた医務局長東龍太郎は、7月18日、国家地方警察本部刑事部長に対し、「犯罪らい患者の扱いについて」を通達し、留置場でハンセン病患者と診断された場合は消毒のうえ留置を継続し、起訴されたら拘置所に送致すること、そのために各都道府県内に一か所程度「らい患者留置場」を設置することを要望し、さらに法務府検務局長・矯正保護局長にも、「犯罪らい患者の扱いについて」を通達し、「恒久的ならい犯罪患者収容施設の設置」が実現するまでの措置として拘置所・刑務所では消毒したうえで拘置を継続することとその場合は一般犯罪者として取扱うことを要望している。

これに対し、国家地方警察本部刑事部長は7月31日、厚生省医務局長に「らい患者たる被疑者の扱いについて」を回答し、そこでは「らい患者及び伝染病患者の被疑者等を一時留置する特別留置室をらい療養所所在地の都県内に二ヶ所宛新設すべく」1951（昭和25）年度予算に要求しているとはするものの、現状では留置人がハンセン病患者と診断された場合は療養所に入所させるという方針であると認めている。

また、法務府検務局からは局長事務取扱名で10月7日になって回答「犯罪らい患者の扱いについて」があるが、留置場・拘置所では感染の虞があるハンセン病患者については「当該警察署長又は拘置所長において係検事と連絡の上、措置をするのを相当と思料する」と、抽象的な文言に止まった。

このように「癩刑務所」構想をめぐる厚生省と法務府の意向が一致しないなか、7月15日には、熊本県で巡查らを刺傷する強盗事件が発生し、逮捕された犯人のひとりがハンセン病患者であるという理由で起訴されず釈放され、検察庁は菊池恵楓園に収容を求めた。恵楓園ではこの申し出を拒否できず受け入れるが、これを機に7月18日、熊本地方検察庁、熊本刑務所、熊本県衛生部との懇談協議会を開催し、「検察庁及び刑務所としても癩患者であるが故に法の制裁を免るゝ理由は全くないこと」「緊急に癩刑務所の設置を要望すべきであるということ」で意見

の一致を見た（1950年付厚生大臣宛て宮崎松記「癩患者の強盗並巡査刺傷殺人未遂事件に関する報告」）。

このように、「癩刑務所」の必要性は、現実問題として高まり、厚生省と法務府との間で菊池恵楓園の敷地内に「癩刑務所」を設置することで合意し、1951（昭和26）年度の予算化がなり、1951（昭和26）年1月19日、厚生省と法務府との間で「施設の職員の募集について刑務所側で採用困難の場合は、厚生省側に於て所要人員の斡旋をする」「癩刑務所の医療は菊池恵楓園の医務職員を兼務させて実施する」などの「癩受刑者の矯正保護施設の運営に関する協定」が結ばれるに至った（宮崎松記前掲「癩刑務所の出来るまで」）。

こうして、1953（昭和28）年3月10日、菊池医療刑務支所として「癩刑務所」は開庁されるに至った。当時の収容定員は75名で、「当所に収容するものは等しく犯罪者であることに変わりはないが一面病者であり、而も前途の光明極めて乏しい同情すべき犯罪者であるから収容者に対しては所内規律に反しない限り、飽く迄仁愛の精神を傾けて更生意慾の助長を図る」「病者であるから療養の点では癩療養所と何等異るところなく療養に専念せしめる」「軽症患者にして労働に堪え得るものについては構内に於いて農耕及び花卉栽培その他適当な作業に就かせる」という運営方針が示された（「菊池医療刑務支所概要」）。

9 : 藤本事件の真相 -1953年「らい予防法」- #4(3)

一 藤本事件とは

藤本事件とは、1951（昭和26）年に熊本県菊池郡水源村（現菊池市）で起きた2つの事件（ダイナマイト事件、殺人事件）を呼ぶ。この事件は、戦後の「無癩県運動」および菊池恵楓園の増床計画、菊池医療刑務所の設立に伴う強制隔離政策を背景として起こったものであった。

すなわち、1949（昭和24）年6月に決定された無癩県運動の実施要項では、療養所の収容力の増強と、患者の一斉検診による未収容患者の収容徹底が図られた。そしてこれに伴い、恵楓園の増床計画が進められ、1951（昭和26）年6月には、収容能力2100名の最大規模の療養所となった。この恵楓園の定員を満了するために、県は患者を確保する必要から、増床計画と並行して1950（昭和25）年4月には、すべてのハンセン病患者を入所させるという国の「全患者」収容方針のもとで、「らい」患者の強制収容を開始する。藤本事件の被告人とされた藤本松夫はこの最中に県による入所勧告を受けた一人であった。1951（昭和26）年8月、彼に対する入所勧告に関わった村職員一家の住居でダイナマイトによる「殺人未遂事件」が発生すると、彼は容疑者として逮捕されたのである。

こうした事件の経過を周囲がどのように見ていたかを、次の発言は端的に示しているといえよう。すなわち、このダイナマイト事件直後の1951（昭和26）年11月8日、参議院厚生委員会「らい小委員会」における、いわゆる「三園長発言」のなかで、恵楓園長の宮崎松記は「収容の通知を受けた患者が、自分が『らい』と分かったのは、衛生主任が県に報告したからだ」と逆恨みいたしまして、一家謀殺をくわだて」として、まだ裁判も開始されず、いわんや有罪も確定していない時期に、入所勧告との関係を強調して、事件について言及していた。藤本松夫はこの後、恵楓園内の拘置所から逃亡するが、逃亡中に件の職員が殺害されると、この殺人事件は「らい患者」の「逆恨み」という文脈のもとで、当然のように彼へと結びつけられたのであった。

この時、恵楓園では増床計画にあわせて、ハンセン病患者専用の刑務所建設が予定されていた。自治会の反対にもかかわらず、1953（昭和28）年3月には恵楓園の隣接地に定員75名の菊池医療刑務支所が完成する。藤本松夫は、このいわゆる「癩刑務所」に収容され、無実を訴え続ける。しかし彼はその後、裁判所構内の通常の法廷に一度も立つことなく、同年8月に死刑判決を言い渡された。同年同月には「らい予防法」も成立した。その後、上訴審、再審請求が繰り返されるなか、1962（昭和37）年9月に福岡拘置所において死刑が執行された。

二 事件の問題点

1. 特設法廷の設置

裁判所法69条2項に基づいて、裁判は、菊池恵楓園の施設を利用した特設法廷で、「出張裁判」の形で行われた。被告人がかつて「らい」と診断されたことがある以上、そうすることに何のためらいもなかった。司法も漫然と同所で公判廷を開くことを追認したのであった。

恵楓園内の特設法廷で公判廷が行われるということは、一般人が傍聴することが極めて困難な状況にあるということであり、いわば「非公開」の状態で開催された。

2. 公判手続上の問題

被告人がハンセン病患者であることの影響は、取調べから、鑑定、公判過程、死刑執行に至るまで、随所に見られる。

逃亡からの再逮捕の際に拳銃で撃たれた藤本松夫はその痛苦の中で取調べを受ける。取り調べの状況も、ハンセン病への恐怖からほとんど被告人の供述を聞かないまま自白を求めたことが伺える。また鑑定についても、証拠となる被告人の被服等は、消毒が行われてから鑑定に回され、鑑定に当たった教授は「検査資料もそもそも不潔である」、「何かしら不明の物理的科学的な或は雑菌等の繁殖が影響して」と書くなど、科学的とは到底思われない杜撰な鑑定を行っていた。とりわけ法廷については、一見通常の「法廷」が作り出されていたが、被告人以外は白衣・長靴を着用するなど異様な状況の中で公判が進行したのであった。裁判官のハンセン病に対する恐怖も相当大きなものがあり、証拠物の展示にしても、被告人が直接にそれを手にとることは許さなかった。

すなわち、特設法廷の設置を始めとして、公判手続においても、差別・偏見が裁判を構成する大きな要素であったことは否定しえないのである。

3. 事実認定における問題点(証人の供述)

弁護人が、証拠調べにおいてすべて同意したことが被告人の防禦権を困難にしたことがあるにしても、さらに問題だと思われるのは、有罪の決定的証拠とされる2人の証言について、被疑者が逮捕される前、すなわち被疑者の弁解を聞く前に「事前の証拠化」が図られているということである。この事前の証拠化は、公判で2人が証言を覆せば彼ら自身偽証罪に問われる恐れがあるという状況の中で、彼らへの配慮から被告人の供述にも何らかの影響を及ぼしたと考えられるのである。

三 死刑判決

1953(昭和28)年8月29日に言い渡された第一審判決は、被害者に対する怨恨を強調し、「被告人としては権威ある科学的診断により癩病患者と断定せられた上は素直にこれに応じ」、「医師の適切な治療に身を任せ、その間の精神的、肉体的の苦痛に耐え、健康回復による幸福の一日を早く来らんことに希望を持ち、一意療養に専念することこそ被告人に残された唯一の更生の道であるに拘わらず」殺害に及んだと認定し、鑑定の矛盾や被告人「自白」の矛盾など何らの判断もしないままの死刑判決であった。

四 上訴審と公正裁判要請運動

第一審の死刑判決の後、被告人は直ちに福岡高裁に控訴し、全患協の支援によって弁護人と

して野尻昌次弁護士(熊本県弁護士会)が付くこととなった。その後最高裁では、柴田睦夫、関原勇の両弁護士が加わり、はじめて特設法廷に関する指摘を行い、ハンセン病患者であるがゆえの予断と偏見を指摘し、十分な審議を求めた。しかし最高裁が1957(昭和32)年8月23日に下したのは、原裁判所が「予断偏見を有し、良心に反して裁判をしたと認むべき資料は存しない」という上告棄却の判決であった。

1953(昭和28)年の「らい予防法」改正反対闘争の中から始まった藤本事件に対する「公正裁判要請運動」は、療養所の入所者のみならず、外部の多くの人々の支援を得て、1958(昭和33)年には「藤本松夫氏を救う会」にまでに発展していった。藤本事件の本質は、ハンセン病患者に対する社会的偏見と、国のハンセン病政策の過ちによるものである、というのが彼らの見方であった。再審請求がおこなわれる一方で、支援者を中心とした現地調査が1962(昭和37)年に実現し、さらに第2次、第3次の現地調査が計画されていた頃、3度目の再審請求が棄却された。死刑が執行されたのは、その翌日9月14日であった。請求棄却を見こして準備されていたかのような死刑執行は、無罪を主張していた被告人の権利に「厚い壁」を設けたものに他ならない。死刑執行の知らせを受けた各地では次々と大規模な抗議活動が行われたが、それは予断偏見のもとに十分な手続が尽くされないまま極刑が下されたことに対する社会の衝撃を示すものであった。

藤本松夫は、奇しくも死刑執行の2週間後には、10年の懲役刑を受けたダイナマイト事件判決確定から数えて10年を「癩刑務所」のなかで迎えるはずであった。受刑者としての地位を失い、死刑囚としてのみ処遇されるべき「患者」を収容する施設は制度上存在せず、この時、差別・偏見のもとに司法制度上からハンセン病患者を「隔離」した「癩刑務所」にさえも、彼の居場所はなくなろうとしていた。藤本松夫に対する突然ともいえる死刑執行は、このような差別・偏見のもとに生じた司法制度の矛盾を背景とするものであったとも解せられる。

五 結論

一見すると、合法的に行われたかに見えるこの事件の捜査・裁判の過程を検討すると、憲法的観点から見た場合の矛盾が浮き彫りとなる。

すなわち、憲法は、裁判を受ける権利と、適正な手続に基づいた公平・迅速な公開の裁判の実現を謳っている。そのために、被告人には弁護士依頼権、黙秘権、反対尋問権が保障され、不利益な供述の強要禁止、不利益な唯一の証拠が本人の自白である場合の有罪の禁止が定められているのである。これは、いうまでもなく本来自由であるはずの人間に対して、国家刑罰権による刑罰適用を是認するための最低限の保障である。いわば、憲法に定められた刑事手続条項はすべて、被疑者・被告人の人権に十分配慮し、その完全な手続的保障の下で捜査・裁判が行われることを要求したものと見える。このような手続的保障が十分に尽くされてはじめて、裁判官は、自らの心証で、事実認定を行うことが許されるのである。藤本事件は到底、憲法の要求を満たした裁判であったとはいえない。

10：藤楓協会および皇室の役割 －1953年「らい予防法」－ #4(4)

一 貞明皇后とハンセン病問題

貞明皇后は癩予防協会設立に際して「御手許金」を「下賜」し、さらには「癩患者を慰めて」と題した歌を詠むなど「救癩」の象徴とされ、その一方で、ハンセン病患者は皇室の「仁慈」を顕在化させる恰好の対象とされた。

二 皇室行事とハンセン病患者

近代に入ってからのもとの天皇即位式である2つの「大札」、すなわち1915（大正4）年11月の「大正大札」、あるいは1928（昭和3）年11月の「昭和大札」の際には、ハンセン病患者への隔離は強化された。京都周辺の放浪患者を隔離するため、大阪にあった外島保養院はその都度、拡張されている。「大札」はハンセン病患者にとり、受難の時であった。

三 藤楓協会の設立

1951（昭和26）年5月17日、貞明皇后が死去したが、これを機に貞明皇后の遺産を「救癩」のために提供し、皇后のハンセン病患者への「仁慈」を記念しようという声が政財界から起こった。その結果、国民からも広く基金を募り、1952（昭和27）年6月、高松宮宣仁親王を総裁に財団法人藤楓協会が発足し、会長には下村宏が就任、それまでの癩予防協会の事業は藤楓協会に受け継がれた。

この頃は、全患協のもとで癩予防法改正闘争が起こされていた。まさに、それを沈静化するために、皇室の「仁慈」が強調され、患者には憐憫の対象であり続けることが求められた。さらに、藤楓協会は、その誕生から厚生省と一体の関係にあり、皇室の「仁慈」を強調することにより、全患協の運動を抑制し、「文化国家」に反するハンセン病患者の絶滅を目指し、隔離強化という国策を支持する世論を喚起していった。

11：1953年「らい予防法」の改廃が遅れた理由 #5

一 問題の所在

1953（昭和28）年らい予防法は、立法事実のもとと存在しない法律であった。にもかかわらず、同法の内容は、厚生省および国立療養所長医師らの力を背景として、1907（明治40）年法および1931（昭和6）年法、そして国立療養所等の既成事実を強引に維持・強化したものであった。

それでは立法事実を欠く法律の廃止が何故1996（平成8）年まで遅れたのか。最も基本的な要因は、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。

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踏まえながら、1953（昭和28）年らい予防法の廃止が遅れた理由および背景を検証した。

二 立法府の対応

立法権は国会に属するものの、わが国における立法は、実質的に行政が担ってきたといわれる。1953（昭和28）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、これについても立法府は、1951（昭和26）年国立三療養所長発言を踏まえ、ハンセン病が感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、法的拘束力のない付帯決議を付けたただけであった。そして、この付帯決議は、建前的には、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だと行政官の弁解をむしろ許すことになったといえよう。

三 行政府の対応

厚生行政の内部においても、全患協による1963（昭和38）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当時、一部に存在したが、法改正には結びつかなかった。

全体として厚生省が1953（昭和28）年法の改正に真正面から取り組まず、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ったと考えられる。すなわち、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」のであった。この表裏一体論は厚生省で支配的であり、これが1953（昭和28）年法の改廃を遅らせた基本的理由であると考えられる。

厚生省では、法律については全国的な規模の問題として一定程度の既成事実（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、実体を作って少しずつ変えていく方が無難であると考えられていたとされる。しかし、こうした判断は当時の段階で既に時期を失っており、その意味で机上の空論であったといわざるをえない。社会復帰は1960(昭和35)年頃をピークとして、それ以降は減少に転じるようになったからである。

1949(昭和24)年、厚生省社会局長は、生活保護法による保護請求権は法律上認められないと回答している。日本国憲法は個人の幸福追求権、生存権を規定したが、国民はこの権利の主体ではなく、保護の客体でしかなかった。治療に関しても同様で、治療を療養所内に限定することも可能となり、全患者収容政策の強化につながった。生存権の具体的権利性を否定する憲法25条プログラム規定説は、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。いわゆる朝日訴訟で第一審の東京地裁は、1960(昭和35)年、朝日茂の主張を全面的に認める画期的な判決を下したものの、最高裁は、1967(昭和42)年、朝日茂の上告を棄却した。この最高裁判決が、強制隔離と処遇改善の表裏一体論を浮上せしめたのである。

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が、これは、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。

四 日本らい学会および厚生行政の対応

日本らい学会では、1941(昭和16)年に小笠原登医師を徹底的に攻撃して以来、国立療養所長医師らの権威と発言力が学会の論調を左右する状態が続いたため、関連国際学会における知見・意見が、わが国におけるハンセン病政策と緊密に結びついた医科学的知見・意見を相対的な視点から判断するための材料として活用される機会は、著しく制限されていた。

一方、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が、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った。

日本らい学会は、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。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。

五 医療・福祉政策の客体としての患者・入所者

1962(昭和37)～63(同38)年当時、患者はあくまで医療・福祉政策の客体としてのみ認識されており、自ら主張・発言する主体としてとらえられることはなかった。このため、全患協の1963(昭和38)年、1991(平成3)年の改正要望が政策に反映されることはなかった。

六 全患協および自治会側の事情

1953(昭和28)年らい予防法制定後、全患協などは経済闘争に転換していった。しかし、この段階の経済闘争は1951(昭和26)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。

プロミンなどのめざましい薬効によって治癒した入所者の中からは社会復帰者が出てきたが、社会の厚い壁にぶつかって社会復帰者が減少し始める1960（昭和35）年頃以後、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。厚生省も処遇改善に本格的に取り組み、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とはいえ実現された1975（昭和50）年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、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、再度の予防法闘争に立ち上がるべきであるとの問題提起はあったが、多くの自治会は、この提案を支持することはなかった。予防法改廃が既存の処遇水準の維持および改善の要求とは矛盾するものと考えられたからである。

このため、こうした当時の状況において、再度の予防法闘争を闘うためには、人権の獲得と処遇の保障とを切り離す理論的実践としての、憲法論、人権論の見地からの「強制隔離と処遇の表裏一体」論の打破が急務となる。しかし、この責任を法律家が果たすことはなく、20年以上も遅れた。また他方、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にもかかわらず、この時期は、一定の処遇改善が図られたという外形的事実を前提に、ハンセン病に対するマスメディアの関心は薄れていた。このように、法律家の責任放棄、社会の無理解が、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て以後は、処遇保障のための予防法改廃慎重論に入所者を向かわしめていったのである。

七 1976（昭和51）年の全国療養所所長連盟「らい予防法」改正草案

1975（昭和50）年以後、全患協及び自治会は、予防法改正問題については、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している。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せず、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。療養所所長たちも、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。

八 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の、これまでに見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最早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。

12：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 #6

一 戦前の無癩県運動

1. 「癩予防デー」の設定

この「無癩県」とは文字通り、ハンセン病患者がいない県、すなわち、すべての患者を隔離して、放浪患者や在宅患者がひとりもいなくなった県を意味する。この語が初めて使用されたのは、1929（昭和4）年、愛知県であったが、広く使用されるようになるのは、1931（昭和6）年の「癩予防法」公布により絶対隔離政策が実施されてからで、特にハンセン病患者の「二十年根絶計画」が開始された1936（昭和11）年以降に強調されていく。「無癩県」を実現するため、患者を摘発して療養所に送り込もうとする官民一体となった運動が「無癩県運動」である。

「無癩県運動」を支えたのは、癩予防協会、そして日本MTL、大谷派光明会などの宗教関係組織である。

2. 十坪住宅の建設

このように、「無癩県運動」が活発化すると、隔離される患者数も増加し、各療養所とも定員超過となる。開園以来、慢性的な定員超過という問題を抱えてきた長島愛生園では、園長光田健輔が、その解決策として十坪住宅建設運動を考案した。これは、広く国民から寄付金を募り、入所患者の労働により6畳2間の十坪住宅を建設、これを国庫に寄付するという形式で定員超過の患者住宅に充てようというものであった（長島愛生園慰安会編『十坪住宅』第3版、1936年）。十坪住宅は1932（昭和7）年～1937（昭和12）年に合計82棟、竣工している（長島愛生園慰安会編『十坪住宅』第6版、1937年）。

3. 「無癩県運動」の進展

「無癩県運動」のもと、国立ハンセン病療養所が増設される。国立療養所開設は1931（昭和6）年の長島愛生園に始まり、1932（昭和7）年の栗生楽泉園（群馬県）、1935（昭和10）年の星塚敬愛園（鹿児島県）、1939（昭和14）年の東北新生園（宮城県）と続く。さらに、宮古島に1931（昭和6）年、沖縄県立宮古保養院が開設され、1933（昭和8）年、臨時国立宮古療養所となっている。

こうして、国立療養所も増設されるなか、1936（昭和11）年から開始された「二十年根絶計画」が目指した1万人隔離の目標は、同年11月の三井報恩会からの寄付により、「紀元2600年」に当たる1940（昭和15）年までに達成される見通しがついた。「無癩県運動」は、この「紀元2600年」の「奉祝」と結び付けられて、その意義が宣伝され、予定どおり1万人隔離も同年に達成された。

また、このように「無癩県運動」が進展していくなかで、公立療養所の国立移管が必至となる。なぜならば、国立療養所には収容対象者の地域性はないが、公立療養所は、第一区～第五区までの地域性がある。例えば、東京府に本籍がある患者は第一区の全生病院に隔離するのが

原則とされる。こうしたことから、公立療養所は定員に余裕があっても、管轄道府県以外の出身者は収容できないという矛盾があった。1941（昭和16）年7月1日、公立療養所はすべて国立に移管された。沖縄県立国頭愛楽園も国立移管され、臨時国立宮古療養所も国立宮古南静園となった。これにより、国立ハンセン病療養所は、それまでの長島愛生園・栗生楽泉園・星塚敬愛園・東北新生園に加えて、松丘保養園（旧北部保養園）・多磨全生園（旧全生病院）・邑久光明園（旧光明園）・大島青松園（旧大島療養所）・菊池恵楓園（旧九州療養所）、そして、宮古南静園・国頭愛楽園の11園となったのである。

二 戦後の無癩県運動

1. 「無癩県運動」の継続・強化

1947（昭和22）年、菊池恵楓園長宮崎松記は、「無癩県運動」の継続を主張、11月7日、厚生省予防局長も各都道府県知事宛て通牒「無癩方策実施に関する件」を発し、「無癩県運動」を指示している。この隔離強化の方針の対象には私立療養所も含まれていた。ただ、こうした「無癩県運動」の継続・強化は、その後の急速なプロミン治療の進展によって、ハンセン病の治癒が否定できない状況となったこととは、著しく矛盾をきたすものであった。たとえば1948（昭和23）年11月27日、厚生省医務局長東龍太郎は第3回国会衆議院厚生委員会で、「癩予防法」を改正して軽快者の退所を認めるべきだと発言していた。

しかし、この方針は、1949（昭和24）年6月24日～25日、癩療養所所長会議の場で、光田健輔らの強い反対で覆され、「無癩県運動」の強化のみが合意されたのである。

2. 「無癩県運動」下のハンセン病患者

1951（昭和26）年10月9日、厚生大臣橋本龍伍のもとで改正された「国立療養所入所規程」にも、「療養所における療養の必要がなくなったとき」、療養所長は患者に退所を命じることができる」と書かれながら、その対象から「らいを除く」と但し書きされていた（厚生省医務局長「国立療養所入所規程の成立について」、1951年10月16日）。この時点では、結核患者などについては治癒すれば療養所からの退所を認めながら、ハンセン病患者にはそれを認めないというのが、厚生省の基本方針となっていた。もちろん、現実には「軽快退所」がおこなわれているが、厚生省の原則はあくまで生涯隔離に置かれていたものであり、公的に「軽快退所」を認めただけではなかった。

1951（昭和26）年に参議院厚生委員会は「癩に関する小委員会」を設置し、10月5日には初会合を開いて「癩予防法」の改正に向けて動き出す。戦後の「無癩県運動」は、1953（昭和28）年の「癩予防法」改正、すなわち、強制隔離を明文化した「らい予防法」の公布に世論を導いていった。

13：日本におけるハンセン病政策と優生政策の結合 #7

一 ハンセン病患者の子孫の出生防止

ハンセン病患者に対する断種手術は1915（大正4）年に全生病院医長の光田健輔が男性患者に対して実施したのが始まりとされる。1909（明治42）年に開設された全生病院は、当初男女隔離が原則とされていた。これはハンセン病の発生予防の見地からの患者子孫の出生防止という考え方を背景としていた。しかし光田は男女隔離という性欲の封じ込めによる出生防止に失敗し、より即物的な断種による出生防止の方法を採用するに至った。出産防止のための手段という意味では、この場合の断種も優生方策ではあるが、導入の経緯は初めに結論ありきで、断種手術の適応としてハンセン病がふさわしいかどうかという優生学的な検討が加えられることはなかった。

二 患者管理・療養所運営に利用される園内結婚

断種の導入によって性欲と出産との結びつきを切断した光田は、それまで患者管理の障害であった性欲を、患者管理を促進するための手段に用いることとした。光田は断種を条件に男女間の性交渉を容認することで、患者の性欲を馴致して患者管理を容易にただけでなく、断種導入によって出生防止と両立可能になった男女共同収容を、隔離された患者たちが療養所で強いられる「別の人生」に意義を与える装置として再定義し、活用した。光田の療養所構想によって、断種、そして結婚は要として重要な意味をもっていたといえる。

また光田らは療養所への男女共同収容は、患者の隔離によって健康者への感染機会を減らし、療養所経費の節約にもなると考えた。隔離された患者は、性別役割分業にもとづく労働と相互扶助により生活を支えることが前提とされた。特に男性に比して少ない女性入所者の感化力が、男性入所者の管理に意味があるとされ、女性患者の性と性役割が療養所管理のための資源として利用されることになった。一方で女性の妊娠はあってはならないこととされ、妊娠した女性は墮胎を強いられ、産んでも療養所内で子供と一緒に暮らすことはできなかった。生殖という側面でも女性の性は隔離政策に奪われていた。

三 患者の承諾の強調

ハンセン病患者に断種を拡大していく過程で、光田らハンセン病療養所の医師と政府関係者は、ハンセン病患者の断種の口実として、妊娠出産に伴う病状悪化（医学的理由）、養育困難（社会的理由）、乳幼児期の感染および胎内感染や体質遺伝の可能性（優生学的理由）等、さまざまな理由を挙げた。いずれも根拠を欠くものであった。そこで、とりわけ強調されたのが、「患者の承諾にもとづく」ことであった。意思決定能力のある者が承諾した場合は、「公序良俗」に反しない限り、医学的以外の理由による断種でも違法性が阻却されるという解釈が主流であった。ハンセン病療養所の中での「患者の承諾」が自由な意思決定に該当するののかという論点は不問のまま、任意の断種であるという光田らの言い分が通った背景には、リデルらキリスト教主義

療養所責任者も共有していた「ハンセン病患者は子供を産んではならない」という考え方があった。

ハンセン病患者に対する断種は、刑法違反の可能性をはらみながらも既成事実化され、国も公の場でその行為は容認できるとたびたび認めた。1940（昭和15）年における厚生省技師の青木延春の報告によれば、1939（昭和14）年までに全国のハンセン病療養所において1003名の男性患者に精管切除術が実施されたという。

四 断種合法化の動きと失敗

光田が断種を始めた1915（大正4）年には、すでに優生学や米国で成立した断種法が日本の知識人に紹介されていた。断種をはじめとする抑制的優生学（negative eugenics）では、まず社会防衛上「望ましくない性質」が特定され、それらが「子孫への伝達」と結びつけられたため、狭義の「遺伝」だけでなく垂直感染やアルコール等による「胚種毀損」も問題視された。つまり遺伝するか否かの厳密な科学的検証よりも、「望ましくない性質」を持った者の出生防止が優先事項だったのである。1920年代以降、優生学は多くの知識人に支持され、1927（昭和2）年には内閣人口食糧問題調査会に優生運動に関する小委員会も設置された。こうしてハンセン病患者の「任意」断種はあえて告発されることなく黙認されていた。

1938（昭和13）年に設置された厚生省では、予防局優生課を中心として、直ちに断種法の立案が着手された。翌年には「民族優生制度案要綱」が決定され、遺伝性とされた精神病等とならび、「癩患者」もまた断種対象とされた。当局は遺伝性疾患の防止を名目とする優生断種法において伝染病である癩を断種対象として規定することは「筋が違ふ」と自ら認めながらも、患者の子供の養育困難という社会的理由から、ハンセン病患者の断種を要綱中にとりいれたのである。その後、国民体力審議会総会答申を受けて、癩が遺伝病と誤解されるのを避けるため、癩患者の断種に関しては癩予防法中に規定することとし、癩予防法改正案として国民優生法案とともに第75議会に提出した。議会では国民優生法案の遺伝病限定主義の建前と、癩予防法中にせよ、感染症である癩病を断種対象として合法化することの矛盾をつかれ、批判意見が相次いだ。結果としてハンセン病患者の断種を合法化は実現せず、ハンセン病患者を適応外とする国民優生法だけが成立、施行されることになった。にもかかわらずハンセン病患者の断種は、国民優生法適用の例外事項とみなされ既成事実として実施されつづけた。

五 優生保護法下でのハンセン病患者断種の合法化

敗戦後は、戦時中活動停止を余儀なくされていた産児制限運動家たちが活動を再開し、そこから1947（昭和22）年に社会党の国会議員により戦後初めての「優生保護法案」が提出された。第1条には、「この法律は母体の生命健康を保護し、且つ不良な子孫の出生を防ぎ、以て文化国家建設に寄与することを目的とする」と記されていた。ここで精神病院の院長並びに「癩収容所」の所長はその収容者について、生殖を不能とすることが適当であるか否かの審査を優生委員会に求めることができ、適当であると認められれば強制断種が執行されるという項目が盛り

込まれた。癩が「遺伝」であるという認識を、戦前からの体質遺伝の議論や、曖昧な遺伝概念を産婦人科医、産児制限運動家を中心とする社会党案の提出者が、ひきついでいたことがわかる。ただし癩が断種の適応とされたのは「遺伝」であるから、というだけでなく「病弱者、多産者又は貧困者であつて、生れ出る子が病弱化し、あるいは不良な環境のために劣悪化するおそれあるとき」や「遺伝性は明らかでなくとも、悪質な病的性格、酒精中毒、根治し難い黴毒をもつて」いる場合（第3条）など、様々な理由により「不良な子孫」を出生させると見なされた者が断種の対象とみなされた。優生学的な対象が幅広くとられる状況を背景としていた。

社会党が提出した優生保護法案で注目されるのは、「癩収容所」の所長が申請する強制断種に変わっていたことである。優生保護法案を批判した1947（昭和22）年10月の人口問題研究会のメモでも、ハンセン病患者を強制断種の対象とすることは肯定されていた。敗戦後、「文化国家」においてこそ、優生政策を強化すべきだという論調は当時の人口政策関係者や医師の間に強くあった。またこの頃、戦後の無癩県運動が始まり、ハンセン病患者の強制収容を促進するという論調が広がっていたことも影響していたと思われる。

社会党案は審議未了となったが、1948（昭和23）年には谷口弥三郎を中心に、前回の提案者である社会党議員も含む超党派議員によって新しい優生保護法案が国会に提案され、可決された。この優生保護法では任意断種の適応を定めた第3条の3項に「本人又は配偶者が、癩疾患に罹り、且つ子孫にこれが伝染する虞れのあるもの」という文言がもりこまれた。癩疾患については、「現在では伝染病の部類に属している」といいつつ、「先天的に同病に対する抵抗力の弱いと云う事も考えられるのである」という曖昧な説明をしている。なお、優生保護法案提出以前の検閲の段階で、GHQの民政局および公衆衛生局は強制断種問題を中心に法案に様々な注文を出していたが、任意断種についてはハンセン病を適応とすることも含め、問題とされなかった。国会審議においても、ハンセン病患者の断種の是非は触れられることもなかった。日本国憲法が制定された結果、新たな立法措置を講じないと、ハンセン病患者に対する断種という既成事実を維持することが困難になると判断した国は、敗戦直後の未曾有の食糧難という大混乱を利用する形で、断種の合法化だけでなく、墮胎の合法化までも手に入れたのである。

優生保護統計報告によると、戦後の特徴は女性に対する不妊手術が男性を大きく上回っていることである。また、都道府県別の不妊手術や中絶手術の統計をみると、熊本県、愛知県の数が多いが、このことは療養所のある地域だけでなく、療養所がない地域においても、非入所者あるいは患者の配偶者等に対して、ハンセン病を理由とする断種墮胎が行われたことを示唆している。こうした事実にも無癩県運動の影響がみてとることができる。

このような命の選択は人間の尊厳を冒瀆する極みというべきであるが、光田が去った後も少なくとも1996（平成8）年まで変更されることはなかったのである。

14：ハンセン病強制隔離政策による被害の全体像の解明 #8

一 被害実態調査の実施

ハンセン病問題に関する検証会議および検討会は、被害実態調査班を設置し、2003（平成15）年7月より「ハンセン病問題に関する事実検証事業被害実態調査」を実施した。約1年間にわたる調査によって、総計にして841名からの有効回答を得た。その内訳は、全国13カ所の国立ハンセン病療養所入所者に対する調査として758件、2カ所の私立ハンセン病療養所入所者に対する調査として9件、ハンセン病療養所退所者に対する調査として69件、そして家族等に対する調査として5件である。本調査の目的は、「ハンセン病隔離政策がもたらした被害の全体像とその特徴を明らかにし、ハンセン病隔離政策の歴史的な誤りを確固たる事実として記録にとどめ、これに基づき被害の回復と、再発の防止を図ること」であった。以下ではこれら四分野における調査活動を総合して、調査の意義と特徴および、調査から明らかになったハンセン病問題に関する被害の特徴について述べる。

二 調査の意義と特徴

ハンセン病問題に関する被害については、その解明に資すると思われる膨大な量の聞き書き、自伝、文学作品等がこれまでも存在する。とはいえ、本調査のように、被害に関する多面的かつ総合的な実態調査を行った例は必ずしも多くはない。本調査の意義と特徴は次のとおりであろう。

1. 調査範囲および規模

本調査は、全国13カ所の国立療養所および2カ所の私立療養所、さらに退所者、家族等を対象とし、かつて見ない範囲と規模によって被害実態の把握を試みたものである。この点は先行調査でなしえなかったところであり、もちろんハンセン病国賠訴訟の判決対象となった原告層と比較してもはるかに広い。ハンセン病元患者を対象としたこのような範囲と規模を有する調査は、国際的にも例を見ない。

2. 調査方法と内容

本調査は、特に療養所入所者調査において、量的・統計的調査と、聞き取りによる質的調査を同時に行うという方法を採用し、「人生被害」という、人生全般にわたる長期かつ多様な被害実相の把握を試みたものである。これにより、調査対象範囲における被害の普遍性と同時に、その固有性と質すなわち被害の深刻さや根深さを明らかにするものである。

3. 調査協力

本調査は、科学的方法論に準じた、客観調査として、既存の被害実態を解明するものに他ならない。しかし同時に、膨大かつ多様な人々の参加・協力によって実施された、政策検証作業

であった。まず被害当事者であるところの、全療協および各療養所自治会あるいは入所者個人が、調査の設計段階から聞き取りの対象者となるまで、多様な形で本調査に参加・協力した。次には社会福祉専門職団体協議会（社専協）を中心とするソーシャルワーカーの専門職団体が調査員として多様な困難さをかかえた聞き取りに全面的に協力し、また調査実施後における調査票からの膨大な聞き取り情報の入力・整理、テープ起こし等の地道な作業に、多くのボランティア協力者が守秘義務を課された「調査補助者」として従事した。さらに、全ての入所者および、多くの退所者に調査への参加を呼びかけ、単に被害を抽出するという行為にとどまらず、それぞれの個人史を語っていただく、という調査を試みるものであった。このような調査事業全体の行程において、様々な局面で調査に参加・協力した多くの人々の間に、ハンセン病問題の大きさ、深刻さについての認識の必要性を喚起し、その実相にふれる機会を提供したことは、今後のわが国における医療・福祉諸施策の実施における社会認識に一定の影響を与えると共に、今後の被害回復および再発防止の取り組みに向けて、大きな力を準備したといえる。このことは、本調査事業が、調査・検証の対象となったわが国のハンセン病問題をめぐる多様な立場の当事者の協働を実現し、当該政策に対する不断の評価・改善のための人的基盤および社会認識を共有する場を提供したことを意味する。

三 調査の限界と今後の課題

一方で、本調査がハンセン病問題の被害実態把握事業として、今後の課題として認識すべき点を有することも認識しなければならない。すなわち全国の療養所 15 カ所の在園者約 3500 名全員に調査への参加を呼びかけたにもかかわらず、調査対象は、任意に参加を申し出た人々に限られることとなった。また、本人が自ら直接に人生を語る、という点を重視した調査であった結果、参加者は、聞き取り可能な人々に限定されざるを得なかった。調査協力者よりも、より高齢で、もっとも過酷な被害を受けたと想定される人々の多くは、不自由者棟あるいは病室にあって聞き取りが困難な状態にあった。入所者における最終的な調査協力者数は 767 名にのぼるが、在園者総数との比較においてはほぼ 4.5 名に 1 名、の割合にとどまっている。また、さらに当初より調査協力者の獲得が困難と想定された退所者調査、家族調査についても、たとえば退所者給与金受給者数が調査実施直後の 2004（平成 16）年 10 月末現在において約 1300 名であることに鑑みれば、本調査における 69 名という有効調査数は、まことにほんの一部にすぎない。本調査においてハンセン病罹患者と同様の被害の存在がかいま見られた家族については、さらに広大な対象者の潜在が想定されることはいうまでもない。この意味で、本調査は被害の深淵の一部をかいま見たにすぎないというべきであろう。いまだ未解明の部分が多く残されている。しかし、まさにこうした被害実態を積極的に語ることの困難さ、とりわけ社会生活を営むうえでの退所者あるいは家族の「口の重さ」という状況そのものが、被害の深刻さと、今日に至る継続性を示唆している。退所者調査協力者の「今でもバレたら JR には迷惑をかけるけど、自分は手を合わせて線路の上ですわるつもり」（1944 年入所 男性）という、「覚悟」の背景に存する社会状況を踏まえた、さらなる被害の解明が必要である。

また、非入所者については、一定規模の調査対象者の獲得のための方法論および実施に際する日程的・財政的条件等を検討した結果、調査の実施を断念した。日本の植民地時代における朝鮮、台湾のハンセン病政策下の被害も、歴史的検証として重要な位置を占めると思われる。これらの諸点については、今後の調査活動に期待したい。

四 ハンセン病問題に関する被害実態の概要

本調査によって明らかにされた被害の実態については、別冊『ハンセン病問題に関する被害実態調査報告書』における各調査報告にそれぞれ具体的に述べるべきところであり、むしろそこに示された当事者ごと、立場ごとの多様な被害のあり方そのものの解明が、本調査の目標とも言えようが、ここでは被害実態を構造的に特徴づける要点として、10項目を指摘することにより、あらかじめハンセン病問題に関する被害実態の概要を述べる。

1. 「社会被害」と「在園被害」

本調査によって明らかとなったハンセン病問題における被害を総括すれば、社会生活における「社会被害」と療養所生活における「在園被害」という、2つの場面における被害の存在が認められる。ハンセン病問題における被害とは、この「社会被害」と「在園被害」を中心に構成される複合的被害であると位置づけられよう。いわば、ハンセン病罹患の経験およびハンセン病療養施設への入所の経験によってもたらされた、園内生活および社会生活における、人としての生活全般にわたる苦勞、特段の負担・不利益として顕在した被害であったといえる。そこには、種々の精神的・肉体的あるいは生活上の困難から、財産的損害、身体的損害、精神的損害、さらには「社会の中で平穩に暮らす権利の侵害」を含んでの、「人生被害」総体としての重層的かつ複合的な被害が見いだされる。

2. 「社会被害」

国家による都道府県レベルでの「無らい県運動」や地域社会におけるプライバシー無視の「入所勧奨」等を背景とする、ハンセン病に対する社会の恐怖・嫌悪感が、ハンセン病患者やその家族に対する差別・偏見として同者の就学・就業等の社会生活一般に障害・困難をもたらした事、あるいはもたらしている事。これを「社会被害」と位置づけることができよう。

3. 「在園被害」

この「社会被害」を背景として、「強制収容・隔離」の対象とされたハンセン病罹患者が園内における「反医療・非医療」あるいは「反福祉・非福祉」的処遇の対象となることを余儀なくされ、これによって生活・身体状況の悪化と、さらにはこうした生活・身体状況の悪化によって生じた一般社会における生活・身体状況との相違の拡大が、在園者の一般社会への復帰に障害・困難をもたらした事、あるいはもたらしている事。これらを「在園被害」と位置づけることができよう。

4. 「複合的被害」

こうした「社会被害」と「在園被害」が、決してそれぞれに独立した別個な被害ではないということに留意すべきである。すなわち両者は、「少数者であるハンセン病患者の犠牲の下に、多数者である一般国民の利益を擁護」するための患者の「強制収容・隔離」という公衆衛生的な政策を背景としており、ハンセン病罹患者を社会より「分断」する、という政策的意図において相互補完的に複合的被害を構成していると判断しうるのである。とりわけ戦後の日本国憲法体制下において「強制」の物理的手段が否定された後においてもハンセン病に関する医療・福祉の場が園内に限定されたことによって、「分断」という政策の主旨は維持され、複合的被害も実質的に継続したという観点に留意すべきであろう。

5. 「自己抑圧性・自己差別」

そのため、少数者であるハンセン病患者は一般にこれら公衆衛生政策による処遇に対する積極的抵抗の可能性を否定（消極的抵抗のみを余儀なく）され、一般社会における差別・偏見あるいは園内における劣悪な環境、さらには「強制収容・隔離」そのものまでをも容認せざるを得ないという「自己抑圧性・自己差別」が生みだされたことに留意するべきであろう。

6. 「被害の拡張と継続」

またこれらの被害が、ハンセン病患者・元患者本人にとどまらず、家族、親族等にまで及んでいることに留意しなければならない。「分断」を前提として、家族、親族等は多様な被害の対象となった患者の側にたつか、これらの被害を複合的に構成する基盤としての社会の側にたつかの選択を余儀なくされたといえる。患者の側にたつことは、患者と同様の被害の対象となることを意味し、他方、社会の側にたつことは患者との関係を自ら「断ち切る」すなわち「分断」の加担者となることの負担を生じさせたといえる。家族にこうした苦渋の選択を回避させるために、「積極的に」収容を選択した入所者も見いだされる。こうした家族、親族等への「被害の拡張」に留意すべきである。また、社会復帰の困難等にみられるように、被害は過去のものでは決してなく、強いられている忍従に対し入所者らが立ち上がろうとすると、社会の側がそれに理解を示さないという状態が続いているという、「被害の継続」も、今回の調査で浮き彫りになった。

7. 「差別」「分断」の力として働いた「被害」

「被害」が、「分断」「差別」の力として作用する。このような不幸な例は少なくなかった。「断種」も例外ではなかった。結婚を申し出た男性入所者は、結婚をとるか断種をとるかという苦汁の決断を迫られた。しかし、入所者中、男性に比べ女性が極端に少なかったことから、この苦汁の決断を迫られることがなかった男性入所者も多数存在した。「断種」でさえも、入所者にとっては、「分断」「差別」の契機となりえた。入所者による「患者作業」も同様であった。療養所におけるあまりにも乏しい生活が入所者に自給自足に近い生活を強いた結果、患者作業

には、ありとあらゆるものが含まれることになった。比較的楽で作業賃も良いために希望者が多い作業が存在した反面、重症患者の付き添い「看護」や、死亡した入所者の火葬など、任意では従業者を確保しえない苛酷な作業も存在した。このような作業負担の多寡は「分断」「差別」として作用する契機を有した。

8. 「隔離社会の許容」

こうした「強制収容」「絶対隔離」によるハンセン病患者の社会からの「分断」がもたらした被害の帰結として、療養所内に、ハンセン病患者および元患者のみを構成員とし、かつ一定の完結性を有するコミュニティが形成されたことにも留意しなければならない。入所によって、従来の家族・地域社会との関係を「分断」され、代替的に療養所という閉鎖空間での人間関係が形成され、そこには「園内では、…」「ここでは、…」と当事者が説明を加えるような別個の社会関係が擬製された。社会内での就学、就業、恋愛、結婚、さらには衣食等の基礎的生活行為さえ、入所によって中断され、療養所において新たな形で再開・「創造」された。そこには教育、労働、恋愛、結婚、妊娠、病気、老化、看取り、葬礼といった、ほぼ社会内と同規模の生活行為が展開されたとはいえ、それが「終生隔離・収容」の政策意図に基づいて擬製化された側面を有していたことは、出産、育児等の重要な欠損をもつことにも示されている。このことは、調査協力者による療養所の印象が、「人間扱いされない場所」「島流し」「刑務所」「地獄」「コロニー」といった否定の表現から、「楽しく生活できる場」「最高の場」「天国」といった肯定の表現まで、極端な振幅を有することにも示されている。さらには、調査協力者の約半数が経験した偽名の使用は、かかる欠損をもちながらも、社会からの「分断」によって実現した療養所内における社会形成が一定の完結性を示すことを意味しよう。「社会被害」を背景として、こうした重大な欠損を有する「隔離社会」を許容し、適応するという選択が強いられたことは、被害の基本構造として認識されなければならない。

9. 「ハンセン病施策と再開された社会生活」

現在の入所者あるいは退所者をとわず、入所経験の後に再開された社会生活における苦勞、特段の負担・不利益が、ハンセン病施策における療養所を軸とした医療・福祉行為と退所生活との関連において生じていることに留意しなければならない。医療・福祉の場が療養所に限定されたことによって、多くの退所者は、「特殊な病気を、特殊な病院で治療する」という印象を回避するため、多様な苦勞をせざるを得なかった。家族や周囲の人々に対する自らのハンセン病罹患経験・入所経験の隠蔽や、就学・就業時における経歴の隠蔽から、あえて経済的支出をおこなって療養所での医療を受ける、あるいは経歴開示の必要性から当然受けるべき利益を放棄せざるを得ない、といった状況までも、さまざまに退所後の社会生活における被害が生じている。また、かかる肉体的・精神的な苦勞、負担・不利益が、再発から再入所への契機として多くの退所経験者に認識されていることにも留意すべきであり、これらは、「被害の再生産」を通じて「人生被害」を構成する過程に他ならない。

10. 「恩惠的福祉観」

また同時に、「強制収容・隔離」によって生じた一般社会と園内社会における生活・身体状況の相違の拡大は、一般社会において在園者に対し、国民総体の利益のために収容・隔離された存在として配慮を与えようとしながらも、彼らの存在や行動がいったん想定された範囲（社会からの「分断」を前提とした生活）を超えた場合に、当初示された好意もしくは許容が、彼らへの敵意へと転換しうるという可能性をもたらしていることに留意すべきであろう。このように、在園者を生活・身体的に異質な存在として、彼らが社会へ参入することを「恩惠的」にとらえ、参入の程度に一定の枠を課そうとする（あるいは、枠からの逸脱を異常視する）観点を「恩惠的福祉観」と位置づけることができよう。こうした観点が、今日においてなお被害を継続あるいは再発させる「被害の構造」の基礎をなしていることに留意すべきであろう。

15：全国の国立療養所に残された胎児等標本に関する検証 #9

一 情況の概要

全国の国立ハンセン病療養所および国立感染症研究所ハンセン病研究センター（以下、「ハンセン病研究センター」という）には、人工妊娠中絶もしくは自然流産または人工早産など（以下、人工妊娠中絶等とする）による胎児・新生児のホルマリン漬け標本（以下、「胎児等標本」という）が相当数存在している。

ハンセン病療養所における優生手術は、1915（大正 4）年光田健輔によって多磨全生園において開始されたということが明らかにされている。所内結婚の前提としての優生手術もかなり実施されたであろうが、光田等の働きかけにもかかわらず、療養所内での妊娠は相当数に達したものと推察される。ハンセン病療養所は患者の隔離・絶滅を基本理念に置いていたこともあり、僅かの例外を除いて、事実上療養所内での出産・育児を認めていない。そのため療養所では人工妊娠中絶等を実施せざるを得ない状況に置かれていたと思われる。

産出された胎児等は、その処理に関する法的不備もあり、多くが療養所の中へ蓄積されてしまったと考えられる。おそらく一部研究等に供され処理されたものも有ると推察されるが、1930年代から 50 年代にかけて、多くの胎児等がホルマリン漬けにされた状態で無目的に療養所に残ってしまった。

今回の検証事項の中で、この胎児等標本の問題ほど、入所者の人間としての尊厳を傷つけ続けているものはない。

二 検証の目的

国立ハンセン病療養所、ハンセン病研究センターに保存されている胎児等標本に関し、科学的に検証し医学的および法的側面より意見を述べる。

三 検証の方法

検証会議では、下記の日程で国立ハンセン病療養所、ハンセン病研究センターの胎児等標本に関する検証を行った。（数字は残っている胎児等標本数）

2003(平成 15)年 6 月 25 日	国立療養所邑久光明園	49
2003(平成 15)年 11 月 12 日	国立療養所星塚敬愛園	17
2003(平成 15)年 12 月 8 日	国立感染症研究所ハンセン病研究センター	2
2004(平成 16)年 3 月 1 日	国立駿河療養所	10
2004(平成 16)年 6 月 1 日	国立療養所松丘保養園	1
2004(平成 16)年 7 月 31 日	国立療養所多磨全生園	35

四 結果

現在、胎児等標本の残っている施設は上記の 6 施設で、1 施設あたりの胎児等標本数は 1 体

～49 体、合計 114 体である。人工妊娠中絶等が行われ、その結果胎児等が残っている時期は、1924（大正 13）年から 1956（昭和 31）年までの約 32 年間である。正確な年月日に関しては、不明が 50%と半数を占め、明らかなものでは昭和 10 年代が最も多く、昭和 20 年代が続く。114 体中の 29 体は、体長から推測して妊娠 8 ヶ月（32 週）を過ぎていることになり、その内の 16 体は、36 週以後に産まれたものと推測された。これは、それぞれ全体の 25.4%、14.0%となる。すなわち、少なく見積っても 25%以上が妊娠中絶ではなく、人工早産もしくは正期産ということになる。

五 考察

1. 医学的考察

胎児等標本の残された理由に関して医学的考察を加えた。まず、研究のために残されたという考え方がある。胎児等を用いる研究としては、垂直感染の研究、抗ハンセン病薬の胎児催奇形性の研究などのテーマが考えられる。しかし、実際に検証してみると、胎児等についての情報たとえば人工妊娠中絶等の年月日、両親の名前などは、半数以上の胎児等で添付されていないか、もしくは不完全である。このことから研究が目的であったことはきわめて考えにくい。事実、胎児等の約 80%には研究を目的とする切開創は認められない。おそらく、医療用廃棄物の処理等に関する法律の不備なども手伝って、胎児等標本が使用の目的もなく残されて続けてしまったものと考えられる。

また、胎児等の保存されている施設、環境なども検証したが、その管理体制はきわめて杜撰で、かつ科学性に欠けるものであることが分かった。

この検証の中で最も指摘されるべきことは、国立ハンセン病療養所等における医療倫理感の欠除であろう。中でも医師達の倫理感の欠除には恐ろしいものがあつたし、現在の療養所等にも少なからず影響がおよんでいることである。

2. 法的考察

法的考察において重要なことは、胎児等が死産であったか生産であったかによって適用される法律が違ってくることである。まず、死産の場合はその処置の合法性が問われる。1948（昭和 23）年の優生保護法成立前であれば、ハンセン病を理由として人工妊娠中絶等を合法化する法律は存在しない。作製年月日の明らかな胎児等標本の 60%以上は 1948（昭和 23）年 7 月以前に作成されているから、これらの胎児等は、法に基づかない医療行為によって命を奪われたものと考えられる。また、優生保護法成立前も後も、ハンセン病療養所での人工妊娠中絶は直接間接の強制によるものという事実がある。そうであれば、たとえ形式上は優生保護法上の同意を得ていても、任意の同意なき中絶であつて、実質上違法と言うほかない。

一方、生産児であった場合は、娩出後どのようにして生の停止が行われたかが問われる。このことを現時点で推測することはきわめて困難であるが、中には新生児に対して療養所職員による刑法上の殺人が行われていたのではないかと考えざるを得ないケースも存在する。また、

その事実を告発する証言がいくつも存在している。

胎児等の標本化についても当然法律が関与して来る。すなわち、死体(4ヶ月の死胎を含む)を標本にして保存に関しては死体保存法があるのでこれに従う必要がある。4ヶ月以前に関しては医療用廃棄物として扱われる。いずれにしても、標本として残される場合の基本は遺族の承諾であるが、検証の結果そのような承諾書はどの施設にも存在していない。また標本作製の目的は「医学の教育または研究のため特に必要があるとき」であるが、今回の胎児等標本はどちらにもあてはまらない。

六 病理標本等に関して

今回ハンセン病療養所の胎児等標本に主たるスポットをあてて検証を行ったが、同様に同じ場所に保存されている病理標本等にも、きわめて大きな問題性のあることが明らかになった。病理標本等には、遺体解剖によって生ずる病理標本と手術などによって生まれた手術摘出材料がある。

まず病理標本に関して長島愛生園、邑久光明園等の報告を検証した。1980(昭和55)年頃まで、両園の園内死亡者数に対する残された病理解剖標本数の比率を計算してみると90%以上となる。すなわち、この頃まで「患者の死亡イコール遺体解剖」という図式が、入所者にほぼ強制的に“当然のこと”として受け入れられていたことが推測される。一般病院では、このような高頻度での病理解剖は到底考えられない。

多磨全生園、邑久光明園などには、病理標本等と並んでたくさんの手術摘出材料が無造作に安置しており、大きなポリバケツに雑然と入れられている。このような場合は個人を識別する情報は往々にして添付されていない。

これらのことを総合すると胎児等標本の問題もきわめて悲惨であるが、外科手術や遺体解剖によって生じた病理標本等もそれに負けず劣らず悲惨で重大である。なぜなら特に遺体の解剖の問題は入所者全員に、長い間いつも重くのしかかっていたことが明白であったからである。幼気ない子どもに入所時「遺体解剖承諾書」に署名させたり、「死亡すれば解剖」という眼に見えない圧力にはきわめて厳しいものがあつた。

七 提言

第一に、死因の究明に関する死者の人権は公序であつて私人の意思に左右されない。その趣旨から、胎児等標本のうち生産児の死亡の可能性のある例については、検証結果をもとに在園者、全療協などの意見を踏まえ、厚生労働省が関係当局に対し検視の申出か異状死体の届け出をするよう意見を述べるべきである。

第二に、国立ハンセン病療養所およびハンセン病研究センターは、特殊な機関ではなく他の医療機関と倫理面において全く同様である。胎児等標本はもちろん手術摘出材料に関してもこの際、供養されるべきもの(4ヶ月以上の死亡胎児)は丁重に供養され焼却され、納骨堂等に合祀されるべきものは合祀され、医療用廃棄物に属するもの(4ヶ月未満の死亡胎児)は、特

定の条例がない限り感染性廃棄物としてしかるべく処理されるべきである。

第三に、病理標本等に関しても個人情報の添付されていない標本は全部、個人情報の添付されているものであっても多くの大学病院等で用いられている CAP（米国臨床病理医協会）の基準にしたがい、10年以上経過したものに関してはこの際正式な手続きを踏み、しかるべき手段をもって処理されるべきである。国立ハンセン病療養所の病理標本等の管理に関しては根本的に見直される必要がある。

第四に、医療倫理面に関していえば、未だになお国立ハンセン病療養所における倫理面での低さは否めない。国立ハンセン病療養所も他の医療機関と全く同様に、医療倫理面における倫理意識の欠落もしくは不足は許されるものではなく、療養所医療そのものの質の低さの許されないのと同様、倫理面での改善は当然要求されて良い。特に医療の中心にある医師達の倫理面での教育は重大な課題である。

なにはともあれ国立ハンセン病療養所等に安置されている 114 体の胎児等標本、多くの手術摘出材料、2000 体をこえる病理標本、これ等は何を物語っているのであろうか。今日まで、わが国のハンセン病医療にかかわって来たすべての者に対して“何をしたのか”と強く問いかけているのではないだろうか。たとえ、これらの遺体が丁重に供養され懇ろに葬られたからといって、この事実を決して風化させ忘れさせてはならない。

16 : ハンセン病医学・医療の歴史と実態 #10(1~6)

一 ハンセン病医学とハンセン病対策

わが国の近代ハンセン病政策が犯した取り返しのつかない過ちから、感染症の患者を危険な存在として排除したり、遺伝性疾患の患者・家族を不良な遺伝子を持った特別な人間として差別したりしない社会を作っていくことは私たち国民の責務である。そのためには、私たち一人一人がハンセン病に対する正しい医学的知識を持たなければならない。その際重要なことは、感染症であれ、遺伝性疾患であれ、病気を理由としたいかなる差別も許されないという立場を貫くことである

二 ハンセン病とは

ハンセン病の発症（発病）には3つの要因が関わっている。1つは、人体がらい菌に感染することである。もっとも人体がらい菌に感染したからといって直ちに発症するわけではない。わが国では発症するのはきわめて稀で、かつ、菌の感染から発症までに数年から10数年かかることも珍しくない。感染しても発症するケースが限られているのは、防御免疫機能が多くの場合、正常に働いているからである。この防御免疫機能が働かない場合に発症することになるが、これには先天性（遺伝的）素因と後天性因子が関係しているというのが近年の研究成果である。先天性素因というのは親から受け継いだもので一生変わらないが、この素因が、生後の生活の中で培われた後天性因子の作用を受けながら免疫異常を引き起こし、発症を導くとされる。社会が豊かになり、人々の生活状態が向上すると、後天性因子が減少し、その作用を受けないために先天性素因が免疫異常を引き起こすことはなくなる。2003（平成15）年の日本人の発症者は1名である。現在の日本でハンセン病に罹る可能性は数千万分の一にすぎず、しかも万が一発症しても、特効薬が開発されており、多剤併用療法により外来治療で完治する。免疫力の回復によって自然治癒する症例や、進行が停止する症例も少なくない。治療が遅れた場合、完治しても身体障害が残り、不便な生活を強いられることもあるが、この身体障害は単なる後遺症に過ぎない。後遺症を見てハンセン病は不治と考えたり、「周りの人にうつる」などと考えるのは迷信である。むしろ社会が務めるべきは、障害者福祉という観点から元患者らに接することである。ハンセン病の啓発活動は、この現状を国民に正しく伝えるものでなくてはならない。

三 臨床医学

臨床医学から見ると、ハンセン病はらい菌の感染を受けた個体の一部が、長年月にわたる不顕性感染の後に発症する慢性細菌感染症で、主に末梢神経と皮膚が侵され種々の程度の知覚麻痺や運動麻痺によって身体障害を起こす特徴がある。このため患者たちは数千年来、様々な形の社会的差別や偏見、迫害に苦しめられてきた。疫学的に見ると、ハンセン病の蔓延状態には集団ごとに大きな違いがあり、同じ集団でも時代の推移と共に状態は大きく変動する。ある集団のハンセン病に対する免疫力は、集団構成員の免疫力の総和であるから、免疫力のある構成

員が多い集団では、らい菌が同じように感染しても発症者は少なく、免疫力を持つ構成員が少ない集団では、発症者は多くなる。同じ集団でも社会経済状態が向上すると免疫力を持つ人が増えて流行は自然に終息に向かい、逆の場合は流行が復活する。このようにハンセン病の見かけ上の感染力が変化するのは、発症に関係する後天性因子が変動するためである。現在の日本人がハンセン病を発症する可能性は限りなくゼロに近い。

四 近代ハンセン病医学・医療の誕生と発展

近代ハンセン病医学は19世紀後半のノルウェーで誕生した。当初遺伝病説が有力だったが、ハンセンによるらい菌の発見によって感染症であることが明らかになり、ノルウェー方式と呼ばれる患者の人権に配慮した穏和な隔離政策が国際的に承認された。「ノルウェー方式」は、次の4つの柱から成っている。

1. ハンセン病は一般的清潔法の普及で予防できる。
2. ハンセン病の隔離は故郷において十分行われうる。
3. 貧民で自宅隔離が不完全なときは国立病院に救護隔離する。
4. 浮浪患者は絶対隔離とし、他は任意でよい。

このようにハンセン病予防の基本は患者の隔離であったが、ハンセン病に対する医学的知見の増加に伴い隔離政策はより人道的なものになり、隔離の弊害を少なくするために通院治療と入所を併用する方式に変化していった。

ハンセン病の化学療法が確立したのは、1950年代のダブソンによる経口療法で、それ以降ハンセン病は一般病院における外来治療で治す病気になった。また化学療法中の患者は感染源にならないことが証明されたために、諸外国では、1960年代に感染予防のための隔離も全面的に放棄され「らい予防法」も廃止された。予防法の廃止でハンセン病療養所は存立の法的根拠を失ったが、制度の急激な変更は行われず、諸般の事情で社会復帰できない患者のために療養所は閉鎖されなかった。新患は外来通院で治療し、引き続き在園を希望する患者の療養所残留が保障された。その結果、在園者数は社会復帰や死亡などによって年々減少する一方、世代交代が進み普通の村や町に変貌を遂げつつある。

ハンセン病の基礎医学的研究は、1960年代のシェパードによる「マウス足蹠内増菌法」により新しい化学療法剤の開発が容易となり、1970年代にはココノオビアルマジロやヌードマウスを用いて動物接種にも成功し、研究に不可欠な新鮮ならい菌材料が大量に手に入るようになった。また、同じ頃始まった免疫学の急速な進歩に支えられて、ハンセン病を引き起こす病的免疫応答の機構が解明されたこと、さらには、1980年代には分子生物学的手法の導入で、ハンセン病医学も他の医学分野に遜色ない研究が可能になった。2001（平成13）年にはらい菌の全ゲノムの塩基配列が解明され、らい菌のゲノムサイズは330万塩基対で結核菌の4分の3しかなく、多くの重要な遺伝子機能に欠失があることが明らかになった。らい菌は生き延びるに必要な最低限の遺伝子しか持っておらず、何らかの寄生宿主がなければ増殖できない細菌であることが明らかになった。全ゲノムの配列が明らかになったことで、らい菌の生存と増殖に関わる

遺伝子の解析が進んでおり、より有効な治療薬の開発などに道が開けた。

疫学的研究の分野では、遺伝疫学による遺伝素因の解明が進むと共に、発病には後天性因子の存在が不可欠であることが証明され、社会経済状態の変化によるハンセン病消長の医学的根拠が明らかになった。また最近の分子疫学的研究の進歩で、らい菌の感染源や感染様式について新知見が蓄積されつつある。

五 日本近代ハンセン病医学・医療の誕生と変遷

明治時代に始まった日本の近代ハンセン病医学は、当初多くの優れた研究者を惹きつけたが、1931（昭和 6）年に癩予防法が制定され、続いて無癩県運動が展開されて日本型絶対隔離政策が強力に進められるようになると、研究者の関心も急速にハンセン病から離れ、ハンセン病医学は少数の医師の独善と非科学的論理が支配する世界になり、国策を無批判に支持する行政の道具に成り下がっていった。治療については、戦後間もなく日本でもプロミンの画期的な効果が証明され、本格的な化学療法の時代が始まったが、諸外国に比べると経口薬ダブソンへの切り替えが遅れ、患者の社会復帰の遅れにつながった。これは社会復帰や療養所外医療に対する関係者の認識が遅れていたことが主要な原因である。1970 年代に入ると、日本の療養所でもリファンピシンやクロファジミンが使われるようになった。現在ではWHOの多剤併用療法が基本となっており、少数の再発者を除いて入所者の多くは現在抗ハンセン病薬を服用していない。

ハンセン病以外の疾患については、日本型絶対隔離政策によって療養所医療が一般医療から隔離されてしまったため、絶対的な量的不足と質の低下を招いた。「充実した医療が受けられる」というのが、「安心した生活が送れる」等と並んで、療養所への強制入所の名目とされたが、医療の実態は悲惨なもので入所者の失望は大きかった。貧困な医療と結核などの伝染病のために多くの失われなくてよい命が失われた。

政府は日本型絶対隔離絶滅政策を完遂するために、療養所外医療を基本的に認めなかった。化学療法の普及で社会復帰した 3500 人を越える元入所者や入所しなかった患者に対する医療は、1996 年のらい予防法廃止まで制度化されておらず、多くの入所者が療養所に再入所せざるを得ない事態を招いた。その責任は重大である。

17：ハンセン病療養所における精神医学・医療の問題 #10(7~8)

一 ハンセン病療養所における精神科医療

1. 二重の差別

ハンセン病療養所において精神病患者は二重に差別されてきた。かなり長い間、精神病患者に対する処遇は監禁・隔離だけだったといえよう。監禁放置のなかで死を早めた例もかなりあったことが推定される。精神病棟建設も、他の患者から反対され、ハンセン病治療薬、向精神薬が出て、精神病を病むハンセン病患者はそれらの恩恵を受けることが著しく遅れた。看護が患者の手から職員に移るのも遅かったようである。大勢の人を収容する施設であれば、当然ある数の精神疾患は発生する。ハンセン病療養所には常勤または非常勤の精神科医は不可欠であるが、その配置も遅れ、現状においても極めて不十分である。

ハンセン病療養所では結核患者も差別されていたと聞く。精神病患者と結核患者とで差別のあり方がどう異なっていたか、興味あるところだが、結核の問題は調査できなかった。いずれにせよ、差別された者が仲間であるべき人を差別する、という差別の二重化の問題は、今後も起こりうることであつて、さらに研究を深める必要がある。

ハンセン病療養所は強制収容所であつた。そこでは当然、強制収容所症候（あるいは施設症）が生じうる。それが実際にはどういう形で現れたか。精神疾患の面では、心性の内向化に伴う心気症の増加となつた。自殺者が多かつたのもこれに関係している。さらには、対人関係その他の心性および行動の面に広く現れているはずである。

こうした点について、いち早くハンセン病療養所における精神科医療に身を投じた神谷美恵子は、さまざまな心理検査によってそれに迫ろうとしたが、強制収容所症候の全容を把握するには不十分であつた。もっと早く広汎な社会心理学的調査が行われるべきであつたが、今となつては機を逸している。ハンセン病が十分に治りきるには至っていない段階で長島愛生園に赴いた神谷には、ただただ脱帽するばかりである。だが、神谷は当時の療養所のあり方を肯定的に捉えていて、それを受容している患者に限りない慈愛の目を降り注いだ。それに批判的な患者には冷たい。この点は、既に厳しく批判されているとおりである。神谷は、光田体制下での献身的な精神科医であつた、と見るのが妥当であろう。

2. 精神疾患の症状

かつてハンセン病特有の精神病が存在するかという問題が提起されていた。現在、らい菌が直接に脳を侵すことはないとの所見から、「癩性精神病」の存在は否定されている。

ただ、ハンセン病には激しい神経痛が伴う。リファンピシンが使用されるようになって、神経痛ははっきりと減つた。多磨全生園では、1932（昭和7）年ごろからモルヒネ中毒が流行し、その所持、使用が発見されると患者は監房に収容された。ひそかにけしが栽培されていた園もある。戦後も鎮痛剤依存の人は続いた。セバ、ソフラン、ペンタジン、ラボナールなど園によりその主たる薬物は異なっていたようである。とくに夜間の注射要求は当直医の負担を大きく

していた。ペンタジンは園の薬剤費にも響いた。原田三郎医師は鍼による神経痛治療をこころみ、菊池恵楓園におけるペンタジン依存の発生をかなり抑えることができた。

療養所収容により、分裂病反応を呈した事例は神谷により記載されている。

多磨全生園で1960（昭和35）年以降、アルコールが解禁になった一時期、アルコールによるウェルニッケ脳症が増えたことを、中川善資医師は先任者から聞いていたという。

ハンセン病による身体不自由のために、精神疾患の症状にいくつかの特殊性がみられた。金銭管理面で代行行為を必要とする人がかなりおり、それに伴い「物とられ妄想」が発生しやすい。また、感覚障害に伴って、介護の人が充分乾ききっていない洗濯物を取り入れたと誤解するなど、被害的な受けとり方をする人もいた。頑固で一般には治療が難しいかと思われる、隣室の人などによるとされる「物とられ妄想」に対し、所長の権限による転室を繰り返したところ、きれいにおさまった事例もあったとか。身体不自由であるために、向精神薬の副作用としてのアカシジアが「上体ゆすり」という形で発現することもある。失明が迫ってくる時の不安は激烈なものがあり、自殺にいたることもあった。しかし、失明ノイローゼといった形で精神科を受診する人は、あまりいなかった。

療養所が社会に対し閉ざされていた時期に、患者の関心はもっぱら内に、自分の身体に向いて、心気症傾向を示す人が目だっていた時期もある。統合失調症の人で、園内のやや離れたところにひっそり住んで、派手な症状再燃を示さずにすんでいると判断される人がかなりいる。

うつ病の治療は、精神科医がいなくても、内科医による抗うつ剤処方だけでいたというまぐいっていたようである。

最近では、精神科特有の問題は減ってきて、老化に伴う問題が大きくなってきている。とくに、いま問題となるのは、老化が進んで他人との交流が減ってくるなかで、完全孤立というべき状態の人が増えていることである。個室化、独立家屋化を進めて食堂を廃止したりしたことが、今となってはよかったのかどうか。中川善資および高橋幸彦医師は疑問に思っているという。他人との交流も含めた精神面の豊かさを取り戻せるような老化対策が、今求められている。

二 ハンセン病患者が受けた心の傷

1. なぜ、自殺か

ハンセン病患者が受けた心の傷の深さを知るには、①深刻な自殺の思い、その企図、既遂がどの程度にみられたか（出来れば親族も含めて）、②元患者が現在、親族および出身地とのつながりをどの程度にもっているのか、などを調べるのが鍵となろう。そのうち、ここでは自殺につき検証する。ハンセン病療養所における精神医学的問題としても、自殺は大きい。

2. 統計資料からみた自殺率

療養所入所者の自殺率を（人口10万人対自殺者数）を算出してみると、次のとおりである。原則として各5年の値を出した。この自殺率は、報告のあった各園の年間在園者数（繰り越し人数＋年間入園者数）の和に対して算出している。園の回答では転園者が前の園と転園先の園で二重

にカウントされているために、真の自殺率は下記の数字より少し高くなる。

1909-10年 (159.5)、1911-15年 (0.0)、1916-20年 (25.7)、1921-25年 (81.8)、
1926-30年 (28.7)、1931-35年 (98.9)、1936-40年 (54.1)、1941-45年 (52.0)、
1946-50年 (35.9)、1951-55年 (38.8)、1956-60年 (28.4)、1961-65年 (36.4)、
1966-70年 (48.4)、1971-75年 (22.4)、1976-80年 (29.8)、1981-85年 (52.7)、
1986-90年 (51.2)、1991-95年 (29.4)、1996-99年 (45.2)

3. 日本全体の自殺率

日本全体の自殺率をみると、20を前後に推移している。1967(昭和42)年には14.2の低値を示した。それが1998(平成10)年から急増している。警察庁のまとめによる2003(平成15)年の自殺者は34,427名で、同年10月1日の人口1億2,761万9千人に対する自殺率は27.0となり、これは近年における最高値だろうか。厚生労働省の死因統計による自殺者数は、警察庁による自殺者数より2~3,000人少ない。

これらに比してハンセン病療養所における自殺率の高いことは明白である。療養所における自殺率の推移の特徴は、敗戦時までの「高値」、1961(昭和36)–1970(昭和45)年の「上昇」、そして1981(昭和56)年からの「再上昇」と概括できよう。この推移が何により規定されているのか確言はできないが、敗戦時までの「高値」は、収容の苦しみ(家族に絡んだ悩みを含む)及び病苦(激しい神経痛、失明恐怖を含む)からの脱却の試みとして、近年の「再上昇」は入園者の高齢化によるとみることが可能かも知れない。

4. 医師の証言

神谷美恵子「癩に関する精神医学的研究」(1959)では、過去10年間(1948–1957)の自殺率は1で、これに先立つ16年間(1932–1947)のそれは2.1であったと記述されている(同『精神医学研究1』[著作集・7]、みすず書房・1981)。ここに1とか2.1というのは自殺者数で、年平均1名および2.1名の自殺者数ということからみて、長島愛生園では1932–1947年に34名、1948–1957年に10名の自殺者がでたことがうかがえる。神谷はまた長島在園中の非入院患者230名に行った文章完成テストから、230名中160名が病名を知って恐るべきショックを受け、うち約20%(全体の14%)が自殺を考えたとしている。長島愛生園および邑久光明園で精神科医師として勤務したことのある精神科医の高橋幸彦によれば、面接で話を聞くことができた入所者の三分の一から半分の人には自殺企図又は深刻な自殺の考えがあったとされる。

5. 回復者の証言

多磨全生園在園者13名(女5、男8、年齢は68–86歳、失明者2名)の生活史および病歴の聞き取りを行った。この13名は比較的活動的であった方が多いが、13名中6名が自殺企図をし、あるいは強い自殺の考えを抱いたと答えている。自殺を企てさせ、あるいは強くそれを求めさ

せた状況を見ると、病苦が3名（このうち1名は特に手が悪いこと）、病苦と将来への希望が持てないこと、病苦と夫からの虐待（それも病気に絡んでの虐待）、病苦と社会的に大変な病気が各1名ということであった。

6. 入所者に対する被害実態調査

検証会議が実施した被害実態調査の聞き取りで、発病がわかって思ったことなどを自由に話してもらったところ、613名のうち77名（12.6%）が「死」や「自殺」を口に出している。あえて言葉にしなかった人でも、かなりの割合で自殺や死を意識したと推測される。自殺を思いとどまらせたのは多くの場合、身近な家族だが、なかには逆に死んでくれといわれて、つらく悲しい思いをした人もいる。発病後、療養所に入る前にひそかに自ら死を選んだ人が少なからずいたであろうことは想像に難くない。園内での自殺については、回答者のうち約9割が見聞したと答えている。療養所が自殺の事実を隠していたのではないかと疑う人もいる。自殺の動機としては、ハンセン病による神経痛のつらさや、うつの傾向のほか、肉親との確執なども挙げられている。

7. まとめ

療養所在園者の自殺率は、日本の自殺率のほぼ倍に近い。検討会の宇佐美委員の記憶によると、実際の自殺者数は園回答の数字を大きく上回っているという。被害実態調査の回答等も勘案すると、在園者の自殺率は日本の自殺率の3倍ぐらいだったとも推測できる。本人の病気のために近親者が自殺している事例がかなり多くある。入園前の自殺者もかなりの数に上っていると推測される。在園者の高い自殺率はほとんどがハンセン病に結びついていると見てよいであろう。これらはいずれも、この国でハンセン病に罹ることによって患者たちが受けた心の傷の深さを示すものである。

三 ハンセン病療養所入所者の精神保健に関する調査

以下では、ハンセン病療養所入所者の現在の精神保健の問題について、一、入所者に対する生活満足度・過去の体験・現在の状況に関する調査、二、療養所園長に対する療養所の精神医療の現状についての調査、三、勤務している精神科医に対する療養所の精神医療の現状についての調査、四、入所者に処方されている向精神薬に関する調査を行った結果を紹介する。このうち、一～三の調査は日本精神神経学会リハビリテーション委員会ハンセン病に関する小委員会報告書に基づくものである。

1. ハンセン病療養所入所者に対する調査

療養所入所患者に対して、生活満足度調査K（LSIK）、年齢、性別、入所期間、入所前・入所時・入所後の生活状況、現在の身体・精神状況について調査した。

LSIKは高齢者を対象として主観的QOL（幸福な老い）を測定するための自記式尺度で、得点

が高いほど主観的 QOL がよいと判定される。

入所者よりインフォームドコンセントを得て、無記名調査票を使用した。

全国の 13 の国立ハンセン病療養所に協力を依頼し、菊池恵楓園、東北新生園、多磨全生園、邑久光明園、大島青松園の 5 療養所で協力が得られ、合計 758 名（平成 14 年 5 月 1 日現在入所者数：1,861 名）より調査票を得た。

回答者は平均年齢 74.0 歳、入所時 20.9 歳、入所年数 50.2 年であった。

65 歳以上の入所者（650 名）における LSIK 得点は 2.3 であり、性、入所年数、入所年代、入所時年齢による差はみられなかったが、年齢が高くなるほど有意に得点が高かった。日本人高齢者の全国サンプルとの比較では性別、年齢ごとにマッチングさせた群と比較して、全ての群で有意に点数が低かった。

ハンセン病療養所入所者の生活満足度（LSIK 得点）に関連する要因をロジスティック回帰分析を用いて解析した。「在郷家族と関係を持っていない」と「入所中に死のうと思ったことがある」が「低い生活満足度」と有意な相関を示した。

2. ハンセン病療養所園長に対する調査

療養所園長に対しては精神科医の必要性について調査した。

全国の 13 の国立ハンセン病療養所園長に協力を依頼し、菊池恵楓園、松丘保養園、栗生楽泉園、東北新生園、多磨全生園、邑久光明園、大島青松園、長島愛生園、奄美和光園、沖縄愛楽園、宮古南静園の 11 療養所より回答を得た。

このうち 4 療養所で精神科医が勤務しており、精神科医が勤務するようになったのはそれぞれ 1945（昭和 20）年から 1989（平成元）年の間であった。その理由は 2 施設で園長が必要と判断したため、2 施設で不明であった。精神科医が勤務していない 7 療養所のうち、精神科医が必要であると回答があったのが 5 療養所、1 療養所が不要、残りの 1 療養所は「どちらともいえない」という回答であったが、精神疾患については近くの県立精神病院と医療提携しているとのことであった。

3. ハンセン病療養所に勤務する精神科医に対する調査

ハンセン病療養所に勤務する精神科医に対して診療している患者の ICD-10 分類（世界保健機構：WHO による疾患分類）による疾患ごとの数、強制的治療が必要な場合の対応、精神障害によらない問題行動の対応について調査した。

全国の 13 の国立ハンセン病療養所に協力を依頼し、菊池恵楓園、栗生楽泉園、東北新生園、多磨全生園、邑久光明園、大島青松園、長島愛生園、星塚敬愛園、奄美和光園、沖縄愛楽園、宮古南静園の 11 療養所の協力を得たが、6 療養所では勤務している精神科医がおらず、菊池恵楓園、東北新生園、多磨全生園、長島愛生園、星塚敬愛園の 5 療養所の精神科医より回答を得た。

回答を得た 5 療養所のうち、常勤で精神科医が勤務しているのは 3 療養所、非常勤が 1 療養

所、不明が1療養所であった。常勤医の勤務日数は2～3日/週であった。

診療している患者数については、回答が得られなかった1療養所をのぞく4施設（在籍者合計2,044名）の合計で、191名（9.3%）、1日あたり14.0人、1ヶ月あたりのべ91.0人であった。ICD-10分類による疾患別の内訳は、F0症状性を含む器質性精神障害が在籍者の2.7%、うち老年期痴呆が2.5%、F1精神作用物質使用による精神・行動障害が0.3%でその全てがアルコール依存症、F2精神分裂病、分裂病型障害及び妄想障害が1.8%、F3気分障害が1.6%、F4神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が2.0%、F5生理的障害および身体要因に関連した行動症候群が0.7%、F6成人の人格障害および行動の障害が0.05%、F7知的障害が0.2%、Fコード以外がてんかん0.1%であった。ハンセン病の発病、入所生活に関連した症例としては、アルコール依存症とストレス性胃炎が1例ずつあげられた。

上記の全在籍者に対する有病率を、日本の高齢者の有病率と比較してみると、F2は差が無く痴呆、F3、F4てんかんは有意に低かった。

精神症状のために行動制限が必要な患者（興奮、暴行、器物破損、徘徊など）に対する対応としては、1療養所で精神病棟のある病院に依頼、4療養所で所内の介護員等のマンパワーで対応、1療養所で家族の力を借りた、3療養所でときに拘束したとの回答であった。

療養所に勤務する精神科医としての要望としては、「心理カウンセラー、精神科作業療法士の増員」「（厚生労働省あるいは入所者自治会が）医療保護入院に該当するケースの対応を明確にしてほしい」などが挙げられた。

4. ハンセン病療養所における向精神薬処方調査

ハンセン病療養所における精神障害有病率を推定するため、向精神薬の処方について調査した。

対象は全処方薬剤が把握できる長島愛生園在籍者465名で、2004（平成16）年7月27日現在、平均年齢77.0歳である。薬剤部の協力により、同年同月日付で向精神薬を処方されている患者数、その処方内容について解析した。

向精神薬を処方されていたのは在籍者の55.1%にあたる256人であった。向精神薬の種類別にみると、睡眠薬が最も多く在籍者の40.0%に処方されており、次いで、抗不安薬が25.4%に処方されていた。

向精神薬の組み合わせにより「興奮・問題行動群」「うつ群」「てんかん群」「不眠群」「不安・イライラ群」に分類した。興奮・問題行動群は在籍者の7.5%、うつ群は4.3%、てんかん群が2.2%、不眠群は24.1%、不安・イライラ群は17.0%であった。

今回の調査で興奮・問題行動群は7.5%であり、今回の調査対象と同じ年齢の日本人の統合失調症（精神分裂病）と痴呆の有病率の合計である8.5%より有意に低かった。うつ群の率は4.3%と、日本人全体の有病率の4-7%の範囲に収まっているが、調査対象の平均年齢の77.0歳の日本人有病率の3.0%より有意に高かった。てんかん群は調査対象の2.2%で、内因性てんかんの有病率を大きく上回っていた。不安・イライラ群の率は17.0%で、日本人の神経症の

有病率 5-30%と差はみられなかった。不眠群は調査対象の 24.1%であった。これは 70 歳以上日本人で睡眠薬等を使用しているものの比率 7.8%より遥かに高かった。

5. まとめ

ハンセン病療養所入所者の生活満足度は日本の一般高齢者よりも低く、うつ病、てんかん、不眠で治療を受けている者の割合が高い。

ハンセン病療養所入所者の高齢化にともない老年期痴呆が増加しており、行動制限が必要となる場合も増えているが、療養所内では精神保健福祉法に基づく行動制限が行えないため、精神病院入院の際の手続きの明確化が必要となっている。

ハンセン病療養所では日本の一般高齢者と比較して向精神薬を処方されている者の率が高いが、このかなりの部分が精神科以外の科の医師によって処方されていると考えられる。

四 ハンセン病および精神疾患患者についての比較法制処遇史

1. 国の体面から始められた点で共通

まず、ハンセン病療養の動きと精神障害者対策の動きとを、比較検討してみよう。

両者はともに、病者を苦しみから救うためでなく、対外的顧慮および諸外国に対する日本の体面から始められた点で共通している。占領下に制定された精神衛生法はその後、ライシャワー大使刺傷事件、宇都宮病院事件などに際し、対外的顧慮から改正されてきた。だが、外国からの批判を真摯に受けとめようとの態度に乏しく、無視するか、表面だけ受け入れて恰好だけつけようとすることが多い。国際的な意見の無視はらい予防法改正過程ではさらに顕著であった。

ハンセン病医療において国際的意見の無視を招いた要因としては、第 1 に日本の中心的ハンセン病学者であった光田健輔の「癩は治らぬ」との信念があった。そして日本のハンセン病療養所および関係学会の首脳陣は、光田の閥閥および門下によって占められていた。行政側もこれを批判する姿勢をもたなかった。精神病医療の側では、精神分裂病は不治であるとする指導的精神医学者の妄信があり、精神障害者の危険性を強調して予算をとってきた厚生省官僚がいた。入院精神科医療のほとんどを背負わされてきた民間の精神病院経営者にとっても、外国の動向よりは病院の経営維持こそが関心事であった。

2. 国・公立のハンセン病療養所に対し、私立の精神医療

ただ、ハンセン病療養はほとんどが国および地方公共団体によってなされたのに対し、精神障害者対策、とくに医療面は、民間の手に大部分が委ねられてきた点は、対照的である。ここで目を結核に転じてみると、結核による死亡者数は 1910（明治 43）年代から年間 10 万人を越していたが、日本が本格的に結核に取り組むのは、結核が軍の兵員補充に重大な脅威を与えるに至った 1937（昭和 12）年からである。つまり、国民にとって重大な疾患であっても、それが国策上重大となるまでは、真剣にその対策に取り組むことがないのが、日本国の体質であった。

ハンセン病は感染症であって、国として何らかの対策は必要である。しかし、資本主義体制に乗らないために私立の専門病院・療養所はほとんど発達せず、しかも患者はそう多くはない。これらがハンセン病療養を公営のものとした要因であろう。他方、精神病患者はかなり多数で、しかも私立精神病院が少しずつ発達してきた。財政窮乏のなかで精神病患者に振り向ける予算はできるだけ減らしたいとの判断が働いたのだろう。またハンセン病患者に対し皇室の“御仁慈”がことさらに強調されていたが、精神病患者にそれが示されることは僅かであった。

3. 戦後の新薬の登場後も変わらなかった政策

ハンセン病および精神病に対し、戦後における新薬の登場はまさに革命的なものであった。しかし、プロミンなどの薬効はらい予防法の改正には影響しなかった。精神衛生法は向精神薬登場前に制定された。この法律は向精神薬の普及後も措置入院制度中心に運用されて、精神障害者は危険だとの印象を深く刻み込ませることになった。ハンセン病についても精神病についても、革命的新薬が政策転換をもたらさなかった背景には、両者ともに基本的には不治であるとの医学者の妄信があった。さらにいえば、動的な治癒概念に移りえない日本の医学理論の旧態があった。医療は、ハンセン病療養施設においても精神病院においても低劣なものであった。患者看護までも入所者に託されていたハンセン病療養施設と、医師・看護師などは一般病院よりずっと少なくてもよいと今もされている精神病院とはまさに好一対である。両者ともに、医療よりは隔離収容に重点がおかれていた。両者ともに、一般社会から切り離された単科の密室的な場であり、内部には特別権力関係が存在していた。どちらにおいても、ある時期には超過収容が行われ、このことが、そうでなくても薄い治療密度をさらに薄くした。

4. 著しく切り下げられた療養慰安費あるいは日用品費

療養慰安費あるいは日用品費は、両者ともに一般病院におけるよりも著しく切り下げられていた。とくに、ハンセン病療養施設における療養慰安費は、精神病院における日用品費よりもさらに低かった。こういう差別方針決定が、どういう根拠で、どんな審査過程を経てなされたか、今後さらに追究されなくてはなるまい。

5. 優生保護法による大きな被害

国民優生法から「改正」された優生保護法からは、ハンセン病患者も精神病患者もともに大きな被害を受けた。彼らが公正な裁判を受ける機会を奪われ、冤罪を被ったことは、日本における病いに対する差別の深さを物語る。ハンセン病にあつては1951（昭和26）年の藤本事件がそれであり、精神障害では1954（昭和29）年の島田事件、1979（昭和54）年の野田事件などがそれである。島田事件で死刑が確定した赤堀政夫は1989（平成元）年に再審無罪となった。

そして、こういったことが、1947（昭和22）年に施行された日本国憲法のもとで起こった点が重要である。2001（平成13）年に熊本地方裁判所がハンセン病国家賠償訴訟につき、日本のハンセン病対策は違憲との判決を出したのも当然である。心神喪失者等医療観察法を含む日本

の精神障害者対策にも、同様の動きが出ることは必至であろう。

6. 患者運動

熊本判決までの動きでは、患者運動の存在が大きい。他方、精神障害者の側では、家族会は全国的なものが成立しているが、当事者運動はきわめて微弱で、しかも対立をはらむものである。私立精神病院の殆んどを傘下に入れている日本精神病院協会は、今回の心身喪失者等医療観察法においても、その制定に向けた強力な推進力となった。なお、ハンセン病療養史および精神病医療史に共通する人物としては、初期に政治家の山根正次（医師）、大隈重信、中期には内務省技師の氏原佐藏（医師）、最近では、大谷藤郎がいる。

7. 隔離収容が患者にもたらしたもの

ハンセン病患者および精神病患者の隔離収容が、患者に何をもたらしたか。精神病患者といってもその入院形態・処遇は時代により様々であるが、ここでは戦後の代表的入院形態であった措置入院の患者を取り上げると、措置入院は本来短期のものであるべきだが、健康保険制度が充実するまでは、いわば社会保障的なものとして運用され、患者や家族がそれを求めることも希ではなかった。勢い長期措置入院患者がかなりの数に達し、現在でも 20、30 年にわたる措置入院患者が一定数いる。措置入院患者に限らず精神病院入院患者は、病院外との交流を厳しく制限されてきたし、今でもそうである。ハンセン病療養所は終生入院が原則であったといつてよい。両者ともに社会から切り離され、回復しても帰るべき所を失うことになった。

8. 一般社会が得たもの、失ったもの

それでは、こういった患者隔離から一般社会は何を得たのだろうか。いわば「異形の」者を目の前からいなくし、危険な者を遠ざけたという安堵感は何を得たのかもしれない。だが、ハンセン病患者隔離が有病率低下をもたらしたわけではない。有病率低下は別の要因による。他害症状を示す精神病患者の措置入院も、その場での危険防止には役立っているかもしれない。だが、圧倒的多数例において他害症状が存続するのは短期間である。その人を長く閉じこめておくべき理は存在しなかった。「精神障害者対策」は一般的には犯罪防止には直結しない。そして、国および地方公共団体は、かりそめの安心感を維持するために莫大な公費を負担してきた。むしろ、ハンセン病患者および精神病患者が長く隔離収容されてきたことは、国民の間の両疾患に対する偏見を強化し、固定化し、差別を助長してきた。この偏見・差別は精神病患者の早期受診を妨げるものともなった。患者は近所に名の知られた精神病院に行くことを避けるのである。精神病院の建て替えや社会復帰施設の新設に際し、「子どもの安全がおびやかされる」、「土地の資産価値が低下する」などの理由で猛反対が起き、それらが不可能になる事例は、今でも枚挙にいとまがないほどある。今の日本では、精神病院入院でなくて、精神科診療所に通うことさえも、偏見にさらされているのである。

ハンセン病患者および精神病患者の排除は、社会に健康・安寧の幻想を生み出した。同時に

社会は弱者・病者への寛容さ、共にゆっくり歩む心構えを失った。現代の精神医学は、人格障害、依存症状、高機能自閉症など新しい病態を次々と発見している。感染症でも、エイズが発生し、今後も新しい感染症が発生する危険は大きい。それよりも人口の老齢化とともに、弱者・病者はさらにさらに増え続ける。寛容さを失うことは、実は、自らが差別・偏見の対象となる可能性を大きくすることである。

ハンセン病患者、精神病患者が失ったものをいかに取り戻させることができるか。今の日本にとって実に大きな課題である。

18：医学・医療界の役割と責任 #11

一 医学・医療界の責任

日本のハンセン病政策は3つの時代に大別でき、それぞれの時代を担った専門家がいた。

第1は1907（明治40）年から1953（昭和28）年までの時代で、その特徴は絶対隔離政策の確立と強力な推進で光田健輔に代表される第1世代の専門家が活躍した。第2は1953（昭和28）年から1996（平成8）年迄の44年間で、化学療法によって隔離が不要になったのを知りながら隔離政策の理念を放棄しなかった時代であり、第2世代の専門家が活動した。第3は1996（平成8）年から現在に至る時代で第3世代の専門家が活動している。

第1世代の専門家は、ハンセン病に対する偏見に囚われて、絶対隔離政策を推進するために、この病気が猛毒の菌による強烈で不治の伝染性疾患であり、どのような犠牲を払っても真っ先に撲滅しなければならない特別な病気であるとの誤った情報を国民に浸透させ、患者と家族に重大な損害を与えた。また、患者を生涯療養所に閉じこめておくために、所内結婚を奨励すると共に精管結紮による断種と墮胎を強要した。そのハンセン病医学は非科学的で論理矛盾に満ちており、国際的常識からかけ離れたものであったが、わが国の絶対隔離政策こそ唯一正しいハンセン病政策と考え、それを世界に普及しようとした。この世代の専門家は、政府の政策に対して直接的組織的に働きかけて絶対隔離政策を推進した責任もある。

第2世代の専門家の責任も、第1世代の専門家に勝るとも劣らない重大なものである。そのハンセン病医学は非科学的で論理矛盾に満ちている点で第1世代のそれを踏襲しているが、最も重大な過ちは、化学療法の普及で世界が予防目的の隔離を全面的に放棄した事実を知りうる立場にありながら、絶対隔離政策の放棄を政府に迫らなかったことである。もし諸外国に倣って1960年代に絶対隔離を放棄してハンセン病医療を一般医療の中に統合し、入所者の社会復帰を促進していたら世界に類例を見ない今日の異常事態は回避できたことを考えれば、その責任の重大性は疑問の余地がない。彼らは皮膚塗抹菌検査が陽性の患者は全て感染源となりうるとの誤った説を唱え、らい予防法を伝染病予防法規の範疇で残すべきと主張し、予防法の廃止を遅らせて被害を拡大した。

第3世代の専門家は、自ら強制隔離に手を染めた経験を持たず、第1世代と第2世代の誤った政策の被害者である入所者の医療を担っている世代であり、ハンセン病に対する偏見は比較的少ないが、ハンセン病医学、とりわけハンセン病の疫学や体質遺伝学、分子生物学などに対する見識が不十分で、啓発活動で正しいハンセン病の病因論を国民に普及するという国民の期待に十分応えていない。なかには、日進月歩の現代ハンセン病医学について行けず、旧態依然としたハンセン病医学を国民に普及して、国民のハンセン病に対する認識を誤らせている専門家もある。

わが国における新患の減少に伴いハンセン病の診療経験が全くない一般病院の医師が患者の治療に当たる機会が多くなった。この経験不足による患者の不利益をさける目的でハンセン病診療に経験のある専門医が支援のネットワークを作っている。しかしこの支援担当医の適性を

評価する機構がないために不適切なアドバイスをする危険性が現実に存在する。ハンセン病学会として責任をもって推薦する評価システムの構築が必要である。

以上、総じて言えば、わが国のハンセン病医学は、絶対隔離政策のためには、患者・家族に背を向けて、その場限りの論理を平然と持ち出して恥じない行政の道具に成り下がっていた。こうした中で専門家が犯した過ちは、日本の社会に古くから存在していたハンセン病に対する偏見や差別意識を、近代医学の進歩によってもたらされる科学的知識によって解消するのではなく、医学的に誤ったハンセン病観を普及することによって拡大再生産し、取り返しのつかない悲劇を招いたことである。患者・家族は二重の差別と迫害に苦しむこととなった。国は感染症としての差別だけでなく悪い血筋としての差別についても、これを放置し続けた。

ハンセン病の日本型絶対隔離政策は、ハンセン病医学・医療そのものをも他の医学・医療分野から隔離してしまった。時代の推移と共に、隔離の歪みは少しずつ是正されてはきているが、第3世代になっても、まだ隔離政策の爪痕は色濃く残っている。ハンセン病の正しい理解に向けて、専門家の果たす役割は大きい。

二 痛恨の過ちから引き出される提言

かつて私たちは、国と”専門家”の誤った宣伝に惑わされて、ハンセン病絶対隔離絶滅政策や無癩県運動を進めて未曾有の被害・悲劇を患者・家族らに惹起した。この取り返しのつかない痛恨の過ちから、以下のような提言が引き出されよう。この教訓を無駄にしないことは、国と専門家のみならず、私たち一人一人も負っている患者・家族らに対する重大な責務である。

第一に、感染症患者の人権を保障し感染の拡大を防ぐ唯一の方法は患者に最良の治療を行うことであって、隔離や排除ではないとの認識を普及すること。急性感染症については、やむをえず強制隔離が必要な場合もあるが、それに伴う患者の人権の制限は必要最小限とし、患者に対しては最善の医療が保障されなければならない。慢性感染症については、急性感染症のように感染力が強くないこと、また患者の人権に対する重大な侵害なしには隔離できないため、原則として患者の隔離を行ってはならない。

第二に、医学・医療界は、患者・家族らの立場に立った医学・医療の確立に努め、それを担保する制度・システムの整備・充実を図ること。日本の誤ったハンセン病絶対隔離政策が示しているのは、これを推進し、あるいは加担した医学・医療界には患者・家族らの視点が決定的に欠落していたことである。

第三に、患者・家族らが、国や専門家の権威に盲信することなく、いずれの学説が正しいかを自主的に判断できるように、インフォームド・コンセントやセカンド・オピニオン等をはじめとする「患者の権利」を確立するための法整備等を図ること。

第四に、すべての病人や障害者に優しい社会を作るように国、社会は不断に努めること。

19：法曹界の役割と責任 #12(1)

一 検証の趣旨

少数の法律家・団体による個々の案件への誠実な取り組みの実績が一部には記録されているものの、全体としてみると法律家・団体が社会から付託された責任を果たさず、なすべき行動を怠ってきたのが、1953（昭和28）年らい予防法の廃止が大幅に遅れた主な原因のひとつではないか。このような仮説にもとづき、らい予防法を中心とするらい法制の改廃に対する日本の法律家・団体の対応・責任を、主として1947（昭和22）年5月3日の憲法施行以降に焦点を絞って検証した。

二 戦前の法状況

戦前は立法批判が困難であった。旧憲法上、「立法権は天皇の大権に属し」ていたからである。政治思想上、改良主義的デモクラシー理論としての民本主義（吉野作造）もあったが、その力点は「人民のための」というところにあり、主権在民の立場に立つ民主主義（「人民の、人民による」の含意）とは明確に区別されるものであった。

三 弁護士グループ・個々の弁護士の対応

楽泉園「特別病室」重監房患者虐待問題で自由法曹団が殺人等で前橋地検に告訴告発し、らい予防法制定反対闘争に関して自由人権協会の海野晋吉弁護士が「らい患者の人権を守る会」の発起人に名を連ね、自由法曹団の野尻昌次弁護士らが藤本事件の弁護人を務め、同じく藤本事件の弁護人を務めた関原勇弁護士は、宮下事件でも患者作業の根本的問題につき入所者に講演している。

らい予防法違憲国家賠償訴訟は、1998（平成10）年7月熊本地裁提訴につき徳田靖之弁護士らの、1999（平成11）年3月東京地裁提訴につき豊田誠弁護士らの、1999（平成11）年9月提訴につき平井昭夫弁護士らの訴訟代理人によって遂行されている。

四 弁護士会の対応

多磨全生園の地元である東京弁護士会においては、1977（昭和52）年人権擁護委員会医療問題研究部会の渡辺良夫弁護士らが医療の現状につき問題提起し全患連と討論、1986（昭和61）年優生保護思想と医療につき山田雅康弁護士らが問題提起をしているが、その他には、比較的早期に会として外部に開かれた活動をしたとの記録は見当たらない。

日本弁護士連合会でも、人権擁護委員会医療部会による調査が始められたのが1994（平成6）年、「らい予防法制の改廃」に関する会長声明、意見書が発せられたのは1996（平成8）年であり、遅きに失した。らい予防法廃止後の諸問題についての人権擁護委員会医療部会等による調査も組織的対応の不十分さ等によって処理が遅れた。

五 裁判所・検察庁・法務省の対応

1952（昭和27）～1972（昭和47）年頃には派出所（特殊・専用派出所）の設置、1954（昭和29）年からは留置場（特殊・専用留置場）の設置、1947（昭和22）年～1972（昭和47）年には出張裁判（裁判所外における開廷場所の指定）の実施、そして1953（昭和28）年～1997（平成9）年頃には菊地医療刑務支所（特殊・専用刑務所）の設置がそれぞれ行われたが、これらについては、差別を助長することにつながらないか、法の下での平等に反しないか、裁判を受ける権利に反しないか、裁判の公開に反しないか、最高裁による裁判所法69条2項の「必要と認めるとき」の解釈は不当ではないか等の問題点があった。

六 法学界の対応

法学界では、個々の研究者のレベルにおいても、らい予防法が合憲との政府見解が疑われることはなかった。また憲法違反という観点から、らい予防法の改正について理論的な検討が加えられるということもなかった。

法学者の見解をみると、憲法学では、「公共の福祉」の要請があれば基本的人権を一般的に制限しうるとする通説は、これと軌を一にする判例と共に、らい法制を支えたと思われる。この通説に対しては、人権相互間の矛盾衝突を調整する原理としての実質的公平の原理と捉える説（宮沢俊義）がある。この説に立てば、伝染病から守られる利益など、厳密に権利といえないが保護される一般的利益は厳密に人権と言い切ってよいかの疑義が残り、伝染病者ないし伝染を疑われる者の居住移転の自由を公共の福祉では制限し得ないことになる。

また特別権力関係論における3つの原則、(i) 特別権力の主体は命令権・懲戒権などの包括的支配権を与えられ、個々の場合に法律の根拠なくして当該関係に属する者を包括的に支配できる、(ii) 特別権力の主体はそれに服する者に対して、一般国民として保障される権利・自由を法律の根拠なくして制限することができる、(iii) 特別権力の主体がそれに服する者に対して行う行為は、支配権の発動であるから、原則として司法審査は排除される、はらい法制を直接的に支えたものと思われる。

行政法学では、直接強制と即時強制の区別は流動的で、現実にはオーバーラップしている場合がある。直接強制を含む、行政上の強制執行につき、戦前は一般法として行政執行法があったが、戦後は、人権侵害のおそれが強いと反省が加えられ、行政執行法は廃止、これに代わる行政代執行法が制定され、直接強制は、個々の法令で例外的に認められることになった。「非代替的作為義務や作為義務の履行に付いては一般法は存在せず、個別の法律が必要に応じて規定しているにとどまる（…直接強制については…らい予防法6条等）。」（小高剛）との見解がみられる。

七 法曹界の対応の遅れ

法律家の専門外への無知や臆病等といった職業習慣病、個々の弁護士実務と弁護士会による公益活動の限界、1953（昭和28）年らい予防法への対応の欠如等、総じて「見ざる・聞かざる・

言わざる」の姿勢が貫かれたといえる。この、らい予防法改廃に対する対応の遅れには弁明の余地がない。

八 今後に向けての提言

法律家の職業習慣病に対する免疫の獲得努力、法律家の積極性の陶冶・問題意識の組織化、弁護士会の改革、法学教育・人権教育の改革が望まれる。

個々の立法については、感染症立法における強制力の行使を基礎付ける公共の福祉概念の絞り込み、感染症立法における基本原則の立案、行政上の即時強制の限界を一般法で明文化することが必要である。

20：福祉界の役割と責任 #12(2)

一 検証の領域と課題

慈善事業、社会事業、社会福祉と、さまざまな名称のもとに行われた公私の諸事業の実践と研究の歴史にてらし、それぞれの時期の特徴を視野にいれつつ、ハンセン病の患者とその家族たちへの事業がどのように行なわれたかを包括的にとりあげて検証の対象とし、特にそれらがハンセン病隔離政策の形成と発展の歴史にどのように関わってきたかを明らかにした。また隔離政策のもとで、ハンセン病の治療、研究、福祉的諸活動のすべてが、それぞれ一般の生活保護、児童保護、社会復帰援護等の施策から切り離されて運営され、しかも完全隔離原則のもとでは事業の本流の外におかれていたために、在園者の苦しみをいっそう大きなものにした経過を検討した。

二 公衆衛生と社会事業、とくに救貧、救療事業は、ともに治安政策としての性格を色濃くもって成立し、一群の共通の指導者のもとで、諸外国の制度に学び、しかもそれを日本的に改変しつつ、近代国家としての体面を維持するという目的を掲げて展開し、ともに内務省の管轄であった。そのため、隔離政策の初期から、社会事業界は、光田健輔が熱心に提唱した隔離政策に、全面的に同調した。それ以前に、ハンセン病に起因する極端な貧困におちいつている人々とその集落に対して、外国からの基督教宣教師を主とする救護が、慈善事業の名において行なわれていたのであったが、それらは皇室からのご下賜金の配分による選別と組織化のもとで「感化救済事業」へと組織されて、実践的な政策批判の力を失い、他方近代的なボランティアな諸事業は弱体化して、結果的にきわめて容易に、ハンセン病療養所建設とそこへの収容の流れに賛同したのであった。外国人の経営する病院を含む民間病院ははなはだしい経営困難に陥っていた。近代医学による事業として、医療の専門家の力に無条件に委ね、それは慈善事業の低水準よりはまだましであろうとの当時の社会事業界の考え方もあり、その意味で福祉の低水準、公的福祉の貧弱さが結果的に療養所劣悪な生活の問題を隠蔽し、その継続を下支えしたといってもよい。福祉界は隔離政策に依存し、そこに逃避し、そこに働く人々を美化してその問題の深刻さを十分に認識していなかった。

三 慈善事業としてハンセン病をその対象としてきた福祉界の人々が当初からもっともこだわっていたのが、その生活の全体的な保護・保障であり、具体的には家族、とりわけ病気の親から生まれた子どもたち、また病気で養育できなくなった親たちの残した子どもたちの保育であった。近代医学の名によって、またその伝染性の強調によって、「医療」の世界にひきとられていった親たちのための子どもの保育、あるいは残された家族の援護、老親の養護といった領域が次に福祉界の課題となった。福祉界は直接療養所内での保育の実践(委託による)をふくめ、人材の供給などにも僅かながら関わったが、それは福祉界の全体への影響という面では、きわめて限られたものであった。

四 一万床への増床、無らい県運動に象徴される隔離政策の進展のなかで、昭和恐慌の只中であって資金の調達が難しく、軍事費の膨張のもとで建設が困難であった時代にそれを支えたのは、組織的には救護法の実施とともに法制化された全国の民生委員と、資金的には社会事業助成団体としての三井報恩会であった。検証では特にこの両者についてその成立の時代的背景と組織の特質を調査して、隔離政策とのつながりを明らかにした。

五 一方、前述の「家族援護」の状況については、これらがそれ以前に個別の、民間諸事業における重点課題であったにもかかわらず、療養所の初期には全く何の対応策もとられずに各療養所任せであった事実と、それは予防法の本旨からみればいわば余分な事業であったためにらい予防協会の事業として組織されざるを得ず、また療養所入所者たちが、故郷をかくし、家族に迷惑になるのをおそれてしばしば偽名を使い、出身市町村との連絡をとりたがらない、といった諸事情に阻まれて、本来の目的を達することができず、療養所入所者たちからの信頼を得ることができなかった状況を明らかにした。児童の保育所、家族の生活援護、老人ホームなどである。福祉界は、時には地域の実践におけるモデルを提供し、時にはベテランの職員を派遣するなど、外側からの援助を行なうにとどまり、理論的にこれらを論じた少数の研究者も存在したが、福祉界の総体としては、きわめて部分的なかかわりをもったに過ぎなかった。

六 戦後も、原則としては全く変化しなかった完全隔離政策のもとで、福祉界はふたたび、ハンセン病と社会との接点に立たされる機会をもった。それはプロミンに代表される新化学療法剤の出現による症状の安定・軽快と、それが在園者にあたえた社会復帰のゆめと、一時の大量の退所者数にひきつづく停滞期に、療養所再編論議とあわせて導入された戦後の社会福祉専門職としてのケースワーカー、各種身体障害者施設の利用可能性などへの多様な期待と、それらが隔離原則のゆえにあくまでも療養所の本来の仕事の中に位置づけられなかったことの結果として、退所の基準の問題、退所後の健康管理の問題、職業訓練、退所者への経済保障、一時金、家族との連絡、財産の処分その他の相談などがどれ一つをとってもきわめて部分的であり、かつ在園者の心情を理解できないままに試みられたことによる被害を述べた。

七 国際的に常識となっていた外科的リハビリテーションにしても、きわめて部分的な対応策が、しかも療養所全体としてのリハビリテーションのイメージが欠如したままに行われたために、それぞれの医療技術の進歩がばらばらに導入され、それぞれの過程内での評価にとどまって、社会的、心理的リハビリテーションの必要性の認識や、チームワークの組織化、社会的リハビリテーションのためのアセスメントや支援の方法なども、療養所ごとに異なり、ケースワーカーごとにその水準も、援助方法もことなっていた。

八 特に退所基準が存在せず、各療養所の医局、あるいは退所基準委員会などによって決定が

行なわれたため、療養所により、時期によっては、正式に許可がもらえなかった人たちの事故退所が多かった。正確な評価を受けないまま、教育も不十分なままに退所した人たちには、全く何の技能も資力もないままに、社会的保障も保護もなく、悪戦苦闘せざるを得なかったし、しかも病気の再燃、症状の悪化などに際しては療養所以外での治療を受けることができなかった。これらの矛盾は1960年代の歴史を通じて専門家の間でも、患者自身にも、学会のシンポジウム、各療養所の機関誌などを通じて明らかであったにもかかわらず事態は変わらなかった。個別の医療者の志にも関わらず、正確なフォローアップは望むべくもなかった。先駆的な、いわば「開拓者」の意気込みをもって対処した人たちの体験もその後の退所者のために積極的に生かされる道はなかったといえる。

九 療養所の中では、患者作業の職員化がすすめられたが、自治会活動を含む管理・運営に関わる作業に従事する人たちの精神的身体的負担はむしろ増加し、療友を見捨てられないという気持ちも関係者には強く、故郷との長い断絶、新薬の登場時には間に合わなくて後遺症が大きい、病型によって困難、社会に帰るべき手がかりが皆無、などの理由で療養所にとどまる決意の人も多く、社会復帰を目指す人たちとの心理的な溝も深かった。非科学的であるとともに非現実的でもあった完全隔離原則は、退所を決意し、実行した人たちにも、在園継続を決意した人にも等しく重い被害を、いっそう複雑に重ねていったのである。

十 医療と福祉の連携が重視されるようになったのは、1980年代からといってもよい。医療福祉の専門家たちは、医療の現場における後発の専門職であって、その数も少なく、力量もまた理想に遠く及ばないのが現実である。福祉界は、ハンセン病とのかかわりのなかで、今後の活動の課題を多く抱えている。歴史の教訓を生かすべきときである。

21：教育界の役割と責任 #13(1)

一 子どもと教育への影響

日本のハンセン病政策が子どもと教育の領域にどのような影響を与えたのか。日本国憲法や教育基本法の下で、すべての子どもたちは教育上差別されず学習権の保障がなされ、児童福祉の側面からも子どもの学習・生活の保障が進められた。「らい予防法」では、入所患者のための教員派遣が決められ教育保障の整備が規定されたが、子どもたちを取り巻く実情とは大きく乖離しており、教育保障は困難を極めた。強制隔離政策のもとで、家族離散や共学拒否などの差別・偏見によって子どもたちの生存と人権はつねに危機にさらされてきたのである。

二 ハンセン病療養所における「教育」の状況

療養所内の「教育」は、大きく三つに時期区分できる。私塾（寺子屋）的教育期は、「患者教師」が寺子屋式の授業を行う「私教育」の取り組みであった。学園教育期は「無癩県運動」による収容患者数が増加するなかで「学校らしい体裁」が整えられていく時期である。分校・分教室教育期には、地域の公立学校の分校として位置づけられていく。だが、「所内に於て之に対応したる義務教育を授けつつあるも尚甚だ不完全」（『癩の根本対策』）であり、さらなる施設拡大が求められた。また、教材費などの予算は皆無で、全体の物品費などから捻出している状態であった。「国も施設も入所児童に対して、正規の教育を受けさせることなど念頭になく、専門的な分野の授業は到底望むべくもなかった」のである。教材費が予算化されるのは1950年代からであり、義務教育の実質的な実施には困難な教育環境であった。ハンセン病の子どもたちに関わる教育施設は、1987（昭和62）年の新良田教室の閉校によってその役割は終了する。

では、教育を通してどのような人間を育成しようとしていたのか。例えば長島愛生園では、「よき愛生人」になることであり、「園の体制を受け入れて、この中でおとなしく療養生活を送る」ことであった。そして、「新聞が読めて、手紙が書けて、園内通用券の計算ができる」という生活の手段、道具としての「学力」＝「園内通用学力」であった。それは隔離の思想と表裏一体をなす、いわば“閉ざされた学力”であった。なお、故郷や家族と引き離された経験は、子どもたちの感性や人格の形成に大きな影響を与えた。強制的な隔離は、子どもたちの「安心の基盤」を強制的に剥奪し、深い心の傷をつくることになった。

「未感染児童」については、「多くの場合、親族縁者からも、各県の児童関係施設からも養育を拒否」され、一般養護施設への受け入れも多くの困難を伴った。通学についても、長島愛生園では園内保育所の子どもたちの通学に対して住民からの反対が起こった。地域社会へのハンセン病理解が充分対処され得ないまま、差別・偏見にもとづく認識が温存され、子どもたちの学習権、教育の機会均等そのものを奪っていくことになった。子どもたち自身にとっては、「らい」であるがゆえに、その病の持つ意味の重さを否が応でも感じざるを得ず、子どもたちの精神生活に大きく影響することになった。

三 高校設置と社会復帰

高校進学は、入所患者にとって「人間完成」のための一つの方策であり、教養獲得のための高校進学は、子どもたち一人ひとりにとっては教育権・学習権を獲得し保障するものであると同時に、教育経験が社会復帰への回路となるという大きな意味を持っていた。高校進学とは隔離社会から自らを解放する第一歩だった。

しかし、入学は「自分自身が患者であるということであらためて知らしめられること」であり、ハンセン病であるがゆえの屈辱的な体験として子どもたちの記憶に刻まれることになった。入学後も修学旅行やベル制問題など、「無意識のうちいつも劣等感を植えつけられ」た。だが、生徒会による要求運動・校内民主化運動は、ハンセン病患者がおかれた境遇そのものを大きく変えていく可能性を有するものであると同時に、国や療養所が教育条件の整備を充分積極的に行っていなかったことを浮きぼりにさせた。

「らい予防法」闘争の成果として高校設置の実現がなされた意義は大きいですが、全患協が求めていた三校設置や全日制が実現しなかったこと、あるいは教育の機会均等がどこまでなされたのか等の問題が残った。とくに、「ベル制」や白衣着用、消毒の実施、修学旅行の問題等は、差別・偏見に基づく教育環境を示すものだった。日本のハンセン病政策が抱えていたハンセン病（者）に対する認識そのものが、子どもたちの教室空間、子どもたちの学習権、さらには一人ひとりの人権そのものを規定していったのである。また、ノーマライゼーションの考えが広がっていく1970年代においても離島内への隔離が継続され、社会復帰に大きな困難をもたらした。卒業生の就職問題においても、過去を隠蔽したり真の友人を作ることができないなど、現在まで問題が積み残されている。

四 黒髪小学校における龍田寮児童共学拒否問題

「タブー」であり「忘れられた存在」であった龍田寮児童の入学・共学拒否が1953（昭和28）年に起こった。菊池恵楓園の宮崎園長が熊本地方法務局に差別撤廃の申告をしたことがきっかけだった。翌年に行われた法務省、厚生省、文部省の三省会議では「らいを他に感染させる虞はない」「保育児童は一般の学校に通学させるべき」「少年期という人生の中で最も肝心な人格形成の時期において、一般児童と差別され、教育のひとしい機会が阻まれていることは、人権の尊重を基調とする民主主義社会の在り方ではない」とし、PTAの反対運動に対しては、「多数の暴力を以て教育の機会均等をよく圧するもの」であり「深く猛省すべきこと」と批判した。反対派は同盟休校を決議し、入学式には登校妨害を行った。校門には「らいびやうのこどもと一しょにべんきやうをせぬやうに、しばらくがくかうをやすみませう」との大きな張り紙が張られた。地域住民にとっては、「反対せんなら村八分」との状況が生み出された。反対派の政治的な思惑も含めて、政治的圧力と暴力による問題行動がとられたのである。結局、国会討議で問題は解決せず、熊本商科大学学長の自宅から通学することになり、最終的には龍田寮の入学児童で黒髪小学校を卒業できた子どもは一人もおらず、龍田寮も廃止された。この事件は、ハンセン病への差別・偏見に基づいた認識により子どもたちの教育権・学習権が剥奪された事件

であり、「家族」「親子」という関係をも遮断するという子どもにとっては深刻な心の傷をもたらすものであった。事件の解決を国・県・市が責任をもって対処しないままの「解決」策は、ハンセン病者とその子どもへのいわれのない偏見を温存させた。これは、人びとの差別意識を醸成した政府による強制隔離政策の産物であるといえよう。

五 ハンセン病問題と教育界

まず、教科書記述について。全患協は高校・保健体育の指導書において「らいはらい菌によって皮ふからくさっていく恐ろしい病気であることを説明する」と記されていたことを問題視した。教科書の内容は、「らい予防法」の内容に基づいた記述になっており、結果として隔離がハンセン病政策の基本であることが学習されることになった。教科書の中には強制隔離が残され続けていたのである。記述の根拠としてのハンセン病医学界、そして教科書検定を行う文部省の立場が問われるであろう。

次に、教師について。新良田教室の生徒が教師に感じた「いつも見えない壁のようなもの」。教師は「生徒にとって異邦人」であった。強烈な伝染病との誤った認識が、教師たちの言動を制限することになったのである。また、長島へ行くということ自体が偏見の対象であったなかで、教師自身もさまざまな悩みや思いを抱えていた。良心的な教師たちは「戸惑い」「ためらい」を感じながら子どもたちに向き合っていたのである。子どもたちのみならず、ハンセン病療養所で教育にたずさわること自体が差別・偏見の対象となったことにハンセン病政策の大きな問題が含まれているといえよう。それは子どもたちだけでなく、教師たちにも「ゆがみ」を生じさせることになった。

さらに、ハンセン病の子ども・教育に関わる研究・実践について。現在、主に保育史や障害児教育史研究の分野において蓄積がなされてきているが、いまだ「特殊」な研究分野としてみなされる傾向が強いといえよう。これまで龍田寮事件などの問題は、ほとんど取り上げられることなく忘却されてきた。教育学の分野においての研究は今後の進展によるところが大きく、その意味ではこれまでの教育学界の責任は大きいといわざるを得ない。教育・啓発活動についてもこれまでの歴史責任をふまえた取り組みが求められている。

六 結論

ハンセン病隔離政策のなかで、日本の教育学・教育界もまた、子どもたちの教育・学習権から「隔離」され、問題を見据えることをしなかつた。療養所における「教育」のとりくみと、そこでの子どもたちの「学び」の実態、共学拒否という学習権の剥奪などの問題の検討を通して考えられることは、ハンセン病にかかわる子どもたちへの教育政策や教育実践、一般社会における人権教育・啓発等の実践、さらには教育学や教育運動のなかに「ハンセン病にかかわる子どもたち」についての認識はほとんど皆無であった。それだけ、ハンセン病に関わる子ども・教育の存在は、ほぼ見過ごされ、置き去りにされ、忘却されてきたといえる。それが、子どもたちの人権を大きく侵害することになったのであり、国と教育行政の大きな過ちを照ら

し出すものとなった。このことが、ハンセン病（者）への差別・偏見を生み、子どもたちに深い傷を残すことになったことは疑いのない事実であろう。

22：宗教界の役割と責任 #13(2)

一 入所者として、宗教者として

排除され、隔離された者が、運命共同体としての同歎同苦の心を結び、捨てられたもののみが持つ「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てとしても責められることはない。そしてそこに足を運んだ人も、それを受け容れた人も、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くもない事実である。（『ハンセン病・隔絶四十年 人間解放へのメッセージ』伊奈教勝）

これは、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、苦汁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て」伊奈が見つめた、自他共に、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一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（平成16）年8月現在、国立ハンセン病療養所の入所者数3436人の87.8%にあたる3019人が、何らかの宗教あるいは所内の宗教団体と関わりをもっている。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、戦前戦後をとお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いえる。

そのうち、ハンセン病療養所と仏教教団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もっているが、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いえる。

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、「らい予防ニ関スル件」の施行と共に始まったが、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（平成4）年11月、入所者の減少により閉鎖されるが、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いえる。

キリスト教系団体も、ハンセン病問題に積極的に関わりをもっている。

前述したとおり、療養所全体のキリスト教の会員は 30%を越えており、日本におけるキリスト教の信者の割合は、約 1%と言われるなかでその数値は特別に高いといえる。

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方が多く、その分、信仰が入所生活に与える影響も大きいといえる。

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MTL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MTLの目的にある、「本会は癩者に基督の福音を宣伝し癩の予防救癩事業の促進を図り之が絶滅を期するを以て目的とす」という言葉からもうかがえるように、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関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。

国立の癩病患者収容所は此程東京府下に新設せられたる事なるが、世に最も憐れむべき境遇に在る此等の患者に対し、如来の慈光に浴せしめ、慰安を与ふるの必要を認め、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事となりたり、彼の天平の頃、光明皇后の垂救の慈懐の事など俚ばれて尊し。

（『宗報』真宗大谷派 1910年2月号）

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、ハンセン病問題に関わった宗教全体に共通するものであるといえる。

国策への呼応としては、真宗大谷派光明会、日本MTLなどが積極的におこなった、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、教団の組織などをも媒体としながら、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、諦めの境地である。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応え、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、もうひとつ見落とせないことが「皇恩」との連携である。国が隔離政策推進に、ハンセン病患者を憐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言うことができる。

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。

自らの存在を、様々な屈辱的政策により卑下するしかない状態に貶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ことが「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容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被せてしまうことである。そこに関わったのが、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「教化」であった。隔離の現実を覆いを被せる、そのことは、ある意味で、究極の人権侵害ということもできよう。

四 なぜ宗教者は「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は変らなかった。隔離の非人間性を信仰の課題として捉えることができず、入所者に対して、隔離の中でどう安らかに生きるのかを説き続けてきたのである。

そこには、宗教者における、「救うもの」「救われるもの」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。

最後に、まとめとして、わが国の隔離政策の存続をもたらした要因としての「宗教」の責任に関する解明をとおして、一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所者が、「救うもの」と「救われるもの」という関係を翻し、共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にある、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いえよう。

23：患者運動（自治会運動と全患協運動）の意義と限界 #14(1)

一 憲法運動

日本のハンセン病強制隔離政策は、「分断」「差別」の体系ということも可能であろう。多種多様な「分断」「差別」の力がハンセン病患者と元患者、その家族らを襲うことになった。それらのうちでも特筆されるのは、「市民」からの「分断」「差別」という力である。国立療養所を囲う高い壁の存在が、これに大きく与ったことはいまでもない。療養所に強制隔離された入所者が被った様々な「在園被害」には、このような「市民」からの「分断」「差別」、社会生活の剥奪を核心とする「社会被害」が重なっていた。

療養所のあまりにも乏しい生活・医療を改善しようとする入所者の取り組みも、入所者に対し「分断」「差別」として作用する契機を有していた。強制隔離に甘んじることによって、処遇改善を実現するのか。あるいは、強制隔離政策の廃止のために、処遇改善の要求を取り下げるのか。国の採用した「強制隔離と処遇改善は表裏一体」論は、入所者にこのような選択不可能な選択を強いたからである。この国による園内と園外との「分断」「差別」は、1996（平成8）年の「らい予防法」廃止法の、そして、「らい予防法」違憲国賠訴訟の提訴の是非をめぐって、再び顕在化することになった。

このような自らを襲った多種多様な「分断」「差別」の力に抗して、入所者らは自治会や全患協等の組織を通じて「団結」「連帯」に努め、多くの犠牲を払いながらも憲法第25条が保障するような生活を求めて勇敢に闘い、自らの力で多くの成果を勝ち取ってきた。2001（平成13）年5月11日の「らい予防法」違憲判決もその最大の成果の一つである。社会から隔離され、孤立無援に近い入所者にとって、日本国憲法こそは文字通り唯一の教科書にして、導きの糸であった。ただ、これには長い前史があった。

二 多くの成果

全患協運動等を振り返ると、画期となる闘争の存在が認められる。1952（昭和27）、53（同28）年における「らい予防法」闘争を初めとして、1953（昭和28）年から55（昭和30）年にかけての龍田寮児童通学拒否事件への取り組み、1957（昭和32）年8月23日に死刑が確定した藤本事件に対する救援活動、1955（昭和30）年における患者専用留置場設置の反対運動、1964（昭和39）年3月における予防法改正及び療養所生活改善のための国会請願、同年6月における看護切替完全実施のための厚生省交渉、1972（昭和47）年度予算における基本処遇の確立の取り組み、同年7月における療養所医療を充実させる総決起集会および療養所管理作業返還の取り組み、1973（昭和48）年における中学校保健体育教科書等の改定の働きかけ、1984（昭和59）年1月15日の『全患協ニュース』による再度の予防法闘争の提起、1996（平成8）年3月27日の「らい予防法」廃止への取り組み、1998（平成10）年7月に西日本訴訟が提起された「らい予防法」違憲国家賠償請求への取り組み、等々。これらの闘い等において全患協運動等が果たした役割ないし意義に対する入所者自身の評価は、当然のことながら高いものがある。

「患者が組織として要求していくという運動形態は、それまでは世界でも例がなかった。」「生活改善、医療問題で、組織が声を出さなければ、厚生省や園は何もしなかった。現在の生活環境や医療状況があるのは、患者運動の成果だ。大いに評価したい。」「私たちが個々バラバラではなく、組織的に人権意識を抱き、物心両面で幸せになろうと努力してきた。これは意義深いことであり、自分たちの人間性に照らして誇りに感じる。」「自治会は抵抗の歴史である。」

ただ、これらの闘争を個別に取り上げ、その断層を静態的に眺めれば、厳しい路線の対立が浮かび上がる。1975（昭和 50）年以降、「強制隔離と処遇は表裏一体」論の影響により、全患協運動等にかんがりの矛盾ないし停滞が生じたことも確かである。法廃止や国賠訴訟に対する全患協等の対応に問題がなかったともいえない。自治会運動に占める女性の比重の低さ等も問題となろう。しかし、国が法廃止に際し、これまでの処遇を確保すると約束せざるを得なかったのも、経済闘争の成果が既得権として入所者の間でしっかりと根を下ろしていたからであろう。その意味で、国賠訴訟は全患協運動の積み重ねの結果だったと思うという自己評価は的外れではないように思われる。熊本地裁判決後、同判決の意義が多くの非原告によって共有されるといふ現象も生じている。

三 社会的支援

全患協運動等の歴史は、国等に対して患者の諸権利を擁護させ、病気を理由とする差別・偏見を根絶させ、そして再発防止対策を実施させる主体が、何よりも患者自身であり患者運動であることを雄弁に物語っている。患者は権利の主体であって、客体では決してない。とはいえしかし、患者、患者運動が社会からの支援なしに孤立無援で闘いえるかという点、答えが否であることもよく示しているところである。そのために重要な問題が残されることになった。入所者自身の自己評価が分かれるのも、この点についてである。

残された問題のなかでも大きいと思われることの第一は、園内での一定の処遇改善が実現しつつあった 1975（昭和 50）年以降、全患協等が能動的、主体的に再度の予防法闘争を闘うことができなかつたのは何故かという点に関わっている。闘うためには、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不可欠で、これには法律家の支えが必要であったといえよう。しかし、この責任を法律家が果たすことはなかつた。一部の弁護士によって法律家の責任が果たされたのは、それから 25 年後のことであった。あまりにも遅すぎた。このような状況の中で、再度の予防法闘争に向けて、全患協等が意思統一を図っていくことには無理があった。

入所者らの社会復帰においても同様の問題が認められる。社会復帰に向けた自治会の取り組みについては「社会復帰を促進させるような動きは建前は別として実際はやっていない」といった消極的な評価が強い。しかし、社会復帰者の数が 1960（昭和 35）年頃をピークとしてその後は減少に転じた理由のほとんどは社会の側に起因するものだったからである。地裁判決後、状況に改善が見られたのだろうか。社会の側における責任回避の態度は是正されたのだろうか。入所者らの自助努力にまだまだ多くが委ねられていないか。入所者らの社会復帰のための環境整

備と受け皿作りが急務となっている。自治体等による実情に即したきめの細かい、市民参加型の取り組みと、これに対する国による財政的な裏付けを強く要望しておきたい。社会福祉関係等の専門家による自己批判に基づいた貢献も欠かせない。

差別・偏見に対する闘いでも多くの問題が残された。回復者たちが同情されるべき存在として控えめに暮らす限りにおいては、この社会は同情し、理解を示す。しかし、強いられている忍従に対して立ち上がろうとすると、社会はそれに理解を示さない。逆にこれに反発し、ときには敵意さえも示す。「無癩県運動」等によって人々の心の奥底に植え付けられた、この「同情論と表裏一体の「差別意識のない差別・偏見」を人権論の観点から打ち破るのは法律家の役割だが、アイスターホテル宿泊拒否事件等で浮き彫りになったのは、この責任が果たされてこなかったという事実である。法学界もほとんど沈黙に近い状態を続けている。

「差別意識のない差別・偏見」の構図を一刻も早く解消しなければならない。国の責任が第一だということは改めて詳述するまでもないが、社会の側の責任も重大なものがある。弁護士会、マスメディア、宗教界等に対し、差別・偏見の根絶に向けた継続的な取り組みとそのため体制作りを、他機関・他団体のそれと連携しつつ推進されることを改めて要望しておきたい。

全患協の運動方法についても、「国民に訴えること、社会的に広がりを求めることがおろそかになっていた。」との自己批判が見られる。しかし、これも社会の側が責めを負うべき課題といえよう。歴代の新聞記者の多くはハンセン病問題に不勉強で、ハンセン病療養所に足を踏み入れることもなかった。取材が認められる体制も弱かった。現代社会において、発生する問題の多くは、報じられることによって社会に認知される。ハンセン病問題に報道者が気づかなかったということは、社会的に問題を抹殺したのも同然であった。この教訓をどう生かすか。マスメディアの大きな課題だといえよう。

市民運動との連携についても、市民運動の側がむしろ全患協運動から多くを学び中でネットワークの輪が広がることを期待したい。女性運動との連携の必要性についても強調しておきたいが、そのためのコーディネーター等の機能を果たすのは、自治体、法律家、マスメディア、研究者等の責任である。

自治会及び全療協にとって「将来構想問題」は今や最大の課題となっているとの指摘が強い。この問題についても、次の点を確認しておかなければならない。「国及び社会は、このような事態に至ったことの責任が自らの側にあることを深く認識し、これを十分に踏まえた対応を行わなければならない」という点がそれである。

患者運動に対する社会的支援、なかでも「法的、市民的支援の必要性と、この面において果たすべき法律家、マスメディア等の大きな役割」、「裁判を含めた少数意見を尊重するためのチャンネルの豊富化」、「社会復帰支援センターなど、社会復帰のための受け皿作り」等の必要性は、ハンセン病の場合に限られない。すべての患者運動に共通の課題ともいえよう。

24：マスメディアの対応と責任 #14(2)

一 各期の特徴

敗戦から1953（昭和28）年末までの時期は、ハンセン病関係の記事が非常に少ない。ニュースとしてのハンセン病の優先順位は事件的な要素を伴わない限り、高くなかったと推測できる。数としてはハンセン病患者に対する救済の必要性を指摘する記事の方が多いが、いずれも恩恵・慈善といった観点からのもので、全患者強制隔離収容政策の容認もしくは前提として書かれている。ハンセン病に対する差別、偏見を助長するような記事も一部に見受けられる。1953（昭和28）年は「ライ予防法」の改正案が国会にかけられた年であったが、報道内容はハンセン病患者が陳情や座り込みを行ったことをごく短く報じるにとどまっている。予防法改正に関して何が議論されたのかは記事を見ても分からず、アジェンダ・セッターとしての新聞の機能は果たされていない。

1954（昭和29）年から1960（昭和35）年末までの時期の特徴は、報道量が増加していることが第一である。きっかけとなったのは「黒髪校事件」報道で、西部本社管内を中心に、患者、反対派住民、行政の対立が詳しく報道されている。量的な増加にも増して注目されるのは質的な変化で、「中立的な立場」が採用されている。同じく熊本で発生し、全国ニュース化した「藤本事件」報道でも、「中立的な立場」がとられている。従前の「ライ」観に「揺れ」がみられると評価しえようか。従前の「救ライ」観に立脚している点が気にかかるが、対外的な「救ライ」活動に関する報道の増加も目につく。患者の外出を問題視する隔離推進的な記事も減少するが、なお残存している。

1961（昭和36）年から1975（昭和50）年末までの時期の特徴は、鳥取県による初の「里帰り事業」を報じる1964（昭和39）年11月4日の記事を画期として2期に小別できる。同年同月までの前期では、それまでの時期にみられた「揺れ」がより深まっていると評価しえようか。熊本地裁判決は遅くとも1960（昭和35）年頃には「らい予防法」は違憲状態に陥っていたと認定したが、強制隔離と憲法との関係を問うような記事は皆無である。法改正等に関するものや人権侵害等に関するものなども見出せなかった。

この「ライ」観の「揺れ」が大きく変化し、紙面のなかで「理解促進」が基調となるのは、前述「里帰り事業」報道以降の後期である。推進論の立場から、事業の内容、推移等が詳しく報道されている。隔離推進論からの明確な訣別といえようか。隔離推進的な記事は姿を消している。ハンセン病・ハンセン病患者に対する理解を求める記事も、「里帰り事業」報道に次いでいる。この運動には厚生省主導による上からのものと、「厚い壁」上映運動などに象徴される下からのもののが含まれているが、後者の運動も取り上げられている。憲法論や人権論の観点からのものとは必ずしもいえないものの、「中立的な立場」等から取り上げるようになったこと自体、一定の変化といえよう。1965（昭和40）年5月から、従前の「ライ病」「ライ患者」に代えて、「ハンセン氏病」「ハンセン氏病患者」という表記が用いられるようになった点も特筆されよう。対外的な「救ライ」活動に関する報道のうち、韓国関係の比重が大きいのも特徴である。

日韓の友好を意識したものといえよう。沖縄関係の報道も目につく。ただ、こうした対外面では、従前の「救ライ」観もまだまだ根強い。

1973（昭和48）年から1978（昭和53）年の間は、報道量が極めて少なくなる。ハンセン病問題はもはや解決済みとの意識が生じたことによるものであろうか。

1976（昭和51）年から1990（平成2）年末までの記事も、長島架橋着工決定を報じる1984（昭和59）年12月27日の記事を画期として、2期に小別できる。1976（昭和51）年から1984（昭和59）年末までの前期では、「偏見解消」に力点が置かれている。ハンセン病・ハンセン病患者に対する「理解」の内容が、「救ライ」的なそれから「偏見解消」に質的に変化している。1984（昭和59）年1月15日の『全患協ニュース』は再度の予防法闘争の必要性を提起している。だが、マスメディアで大きく取り上げられることはなく、このことが全患協等が再度の予防法闘争を断念し、その後の予防法改正及び廃止において受動的な対応を余儀なくされる複線になっていったことは重要であろう。1985（昭和60）年からの後期は、「人間回復」が前面に出てくるのが特徴である。きっかけとなったのは、前述の長島架橋に関する記事であり、「愛の架け橋」などの見出しの下に大きく報道されている。

1991（平成3）年から1996（平成8）年末までの記事は、「予防法改正・廃止を促進」と特徴づけることができようか。全患協、識者の動きなどを詳しく追っており、1994（平成6）年頃からは法廃止論を主張している。所長会議や日本らい学会の反省も大きく扱われている。予防法廃止後も残された課題についても、かなりの紙面が割かれている。入所者の肉声等の伝達による啓発等の姿勢もうかがえる。従前の「人間回復」に加え、「人権」もキーワード化している。

二 考察

ハンセン病に対する社会の差別・偏見を洗浄し、正しい理解を広げるとともに、二次被害を防止し、社会復帰を含む必要な「人間回復」のための「受け皿」作りとそのための支援の輪を紡いでゆこうと、マスメディアが果たす役割は大きなものがある。このような角度から見た場合、1965（昭和40）年以降、とりわけ1979（昭和54）年以降のマスメディアは、おおむね世論の半歩先を歩んでいたといえよう。その先見性を評価しえないこともない。

だが、自治会及び全患協がマスメディアに望んだ報道という角度から眺めると、風景は異なってくる。予防法闘争や、その後の作業返還闘争等を初めとする園の貧しい医療・福祉等の改善闘争、そして、幻に終わった再度の予防法闘争、等々。これらはいずれも、マスメディアが大きく取り上げることによって、社会的支持が広がることを自治会及び全患協が期待した事項であった。しかし、この切なる願いは「片思い」に終わることになった。いわゆる全国紙と呼ばれ、紙面の面積が比較的多い媒体でも、他に報じなければならない出来事があるという編集上の判断に基づく優先順位に押されて、ハンセン病に関する記事は報道の「隅っこ」に追いやられていた。そして、それは再度の予防法闘争を幻に終わらせる大きな要因の一つとなっていた。自治会及び全患協が願ったのは1984（昭和59）年以前の報道についてであったが、マスメディアがその立場に立ったと自負する「患者運動」というのは、皮肉にも、社会的支持の広

がりを欠く中、国の「強制隔離と処遇は表裏一体」論の大きな影響を受けることになった、いわば変化を余儀なくされた「患者運動」であった。

問題は、このような「すれ違い」がどうして生じてしまったのかである。アジェンダ・セッティング機能を発揮することが強く期待されるマスメディアの場合、社会的な課題に対してはより高度な関心を維持することが求められている。社会で虐げられている人々が感じている、苦しみや痛みは、やがて社会全体に蔓延し、より多くの人々に窮屈さや殺伐とした空気をもたらしていく。日常的、恒常的に、あたかも皮膚感覚で進行する差別や偏見の感情こそが、のちに大きな被害を生む。しかし、全国の歴代の新聞記者の多くはハンセン病問題に不勉強であった。ハンセン病療養所に足を踏み入れることもなかった。取材が認められる体制も弱かった。

現代社会において発生する問題の多くは、報じられることによって社会に認知され、それが政策決定者の意思決定にも大きな影響を与えることになる。報道者が気づかぬということは社会的に問題を抹殺したのも同然である。報道の現場にいと、突発的なことや奇異に映ることに目を奪われがちで、日々の紙面づくりに追われて、日常生活の陰にひっそりと潜んでいる問題を発掘する作業は後手後手になりがちになることもあるといわれる。

マスメディアの記者に要請されてきたニュース判断というものが、その時々マスとしての読者の求める情報に向かって、あまりにも身を寄せすぎる傾向があることも克服すべき課題となっている。それが結局は、少数ではあるが、掬い上げる必要度の高い問題の当事者からの声に耳を傾けることを妨げ、取材の原点ともいべき現場の存在を見失う結果を長期にわたってもたらすことがしばしばあったからだ。また、無意識にせよ記者および編集者の心の中に住み着いてしまった差別・偏見の存在がハンセン病患者、元患者に対する継続的かつ重大な人権の侵害をニュースとして取り上げることに消極的姿勢をとる大きな要因となったことも否定できない。

ほとんどの記者は療養所に通う機会を放棄し、「隠蔽された人権侵害」の救済には無力であった。記者が療養所に足を踏み入れなかったことなどは、事業部だけでなく社会部など第一線の取材記者も一緒に取り組んだアジア救ライ事業の報道にも如実に現れている。社会的弱者の存在にもっとも敏感であるはずの社会部記者らが、なぜ、国内の療養所には目もくれずに、インドをはじめとするアジアの国々のそれに肩入れしていったのか。

ハンセン病報道の過ちは、決して偶発的なそれではない。日本の戦後マスメディアが構造的に抱えている、そして、いまだ克服しえていない問題に起因しているといえよう。

三 再発防止策

記者個人に求めるべきこととしては、「世間の常識や国の政策について安易に現状を追認せず、懐疑的な目で正邪を問い直す姿勢を貫くこと」や「少数者の声に耳を傾け、その声を社会に伝えるために努力と工夫を怠らぬこと」などがあげられよう。

また、新聞社に求めるべきこととしては、「社会に訴えるべき問題が水面下で眠っていないかどうか、不作為の掘り起こしにも力を入れさせる仕組みを作ること」、「読者からの社会が内包

している問題についての取材の要請、問題点の指摘などを受け付ける『公聴』セクションを開
設し、その内容と対応の結果を定期的に公表すること」、「マスメディアの伝える情報と学会専
門誌の伝える情報との間の空白地域を埋めるための方策を講じること」などがあげられよう。

25：国際会議の流れと日本のハンセン病政策 #15(1)

一 国際会議のはじまり

ハンセン病に関するはじめての国際会議は、1862（幕末：文久 2）年のロンドン「ハンセン病原因究明会議」である。ハンセン病は遺伝病であるとの意見が主流を占め、インドの医師のみが伝染性を肯定していた。なおこの時期、国内でのハンセン病政策はほぼ皆無であり、海外からの宣教師や篤志家による救済事業が行われていたに過ぎない。

二 1900年から1920年代まで

第1回国際らい会議が1897（明治30）年ベルリンで、第2回会議が1909（明治42）年ベルゲンで、第3回会議が1923（大正12）年ストラスブルグで開かれた。これらの会議では、感染症であることを前提にハンセン病の予防・治療は一般法の枠内で行い、隔離は放浪する患者に限ることなどが決議された。第3回会議で光田健輔は隔離こそ病気再発を予防する方法だと主張したが、支持は得られなかった。しかし、光田の発案した「万人収容計画」は、ハンセン病を国辱と考える国粹主義や、隔離を正当化する社会防衛論などにも支持されて進められていった。第一次世界大戦後、日本はヨーロッパ諸国に対して独自性、優位性を強調するようになるが、このような政治情勢が大きく与ったといえる。

三 1930年から1945年まで

1930（昭和5）年の国際連盟らい委員会（バンコク）や1938（昭和13）年の国際らい学会（カイロ）の報告においては、ハンセン病は公衆衛生問題の一環として捉えるべきで、隔離は例外的な場合に限るとされた。しかし、日本国内では、絶対隔離政策を定めた「癩の根絶策」を内務省が公表し、1931（昭和6）年に癩予防法が制定された。その直後の1933（昭和8）年に国際連盟を脱退した日本は、国際動向を無視し、東アジアの占領地においても隔離政策を開始した。

四 戦後の動向ー日本国憲法とハンセン病政策ー

1946（昭和21）年に日本国憲法が制定され、人権を保障する新たな時代を迎えた。同年、世界保健機関（以下、WHO）が設立された。日本は、国際連合に加盟した1955（昭和30）年からWHO活動に参加し、また国際らい会議にも第6回以降、継続して参加者を送った。戦後になると日本は国内でのハンセン病治療薬プロミンの合成に成功し、治療が開始された。

こうした状況を背景として、1948（昭和23）年には国会において、厚生省東龍太郎医務局長が、プロミン等の治療薬の進展により絶対隔離政策を見直す必要がある旨の重要な答弁を行ったが、これ以降、絶対隔離を見直す発言は一切ない。国内の医療関係者、光田らの療養所長医師の意見が反映されていたと考えられる。

1953（昭和28）年8月6日、絶対隔離政策の継続を内容とする政府案は、患者による必死の

予防法案改悪反対の訴えのなか、原案通り可決された。日本癩学会会員の中で「らい予防法は廃止すべきだ」という意見は一つも出なかった。

五 戦後の動向－隔離政策の継続と国際的動向の無視－

1948（昭和23）年の第5回国際らい会議（ハバナ）、1952（昭和27）年のWHO第1回らい専門委員会（リオデジャネイロ）、1956（昭和31）年のローマ会議等では、ハンセン病に対する差別的な法制度、隔離施設が否定された。さらに日本で開催された1958（昭和33）年の第7回国際らい会議（東京）では、各国政府に対し、いかなる隔離も廃止するよう勧告されるにいたった。その上で、社会復帰施策の重要性が指摘されたのである。しかし、日本政府は絶対隔離政策の見直しを拒否し続けた。

厚生省は、国際動向をまったく認識していなかったのではなく、法改正を伴わず、①社会復帰（厚生指導事業、「らい患者の暫定退所決定準則」、就労助成金制度にて対応）、②外来診療（愛知県名古屋市に診療施設設置）、などのように、らい予防法の弾力的範囲内で対応しようとしたのであった。しかし、国際学会およびWHOが各国政府に求めているのは、差別的な法制度の見直しであり、強制隔離政策の否定であった。らい予防法を廃止しなかった日本政府の態度は国際動向を無視するもので、WHO等の趣旨を矮小化したという意味ではむしろ問題は根深いともいえた。

このように日本が国際動向を無視し、らい予防法を廃止しなかった理由としては、戦前からの厳しい隔離政策の影響で、①ハンセン病及び患者に対する国民の偏見・差別が大きく、政府が法改正を行う際に、社会的障壁が大きいことが懸念されたこと、②患者だけでなく、ハンセン病医学及びハンセン病療養所自体が社会から「隔離」された状況であり、関係する情報や実態が社会に流されなかったこと、③戦後、国際学会に出席することができなかった療養所医官等にとって国際動向を日本の現実問題とひきつけて捉えることができなかったこと、等が大きかったといえよう。

六 戦後の動向－隔離政策を廃止する諸国と継続する日本－

1963（昭和38）年の第8回国際らい会議（リオデジャネイロ）および1965（昭和40）年の第3回WHOらい専門委員会（ジュネーブ）では、1950年代の国際動向を踏まえ、一般公衆衛生のなかでハンセン病対策を位置づけること、ならびにハンセン病に対する差別的立法の廃止が各国政府に求められた。すでに日本を除くアジア諸国では、隔離政策を見直し外来診療に移行し始めていた。このような中で、日本国内でも再び患者運動側かららい予防法改正の機運が高まることとなった。しかし、国際的動向に沿って隔離政策を抜本的に見直すというような動きは厚生省には見られず、療養所内の生活改善を中心に検討を行っているにすぎず、問題が深刻だとは考えられていない。厚生省は、社会一般のハンセン病に対する恐怖心を理由に、らい予防法の法改正には向かわなかった。

1970（昭和45）年以降のWHOでは、日本を除くアジア諸国等の隔離政策の見直しを背景と

して、活動の中心が外来治療に移行することになった。しかし、日本らい学会では、隔離政策の廃止が提起されることはあったが、主流になることはなかった。予防法が廃止されたのは1996（平成8）年に至ってからのことである。

七 まとめ

国際らい会議、WHOらい専門委員会等の動向と、日本が隔離政策を継続した関係について検証した。日本が国際動向を無視し始めた時期は、1923（大正12）年の第3回国際らい会議からである。この時期の国際的政治状況は緊迫しており、日本は独自の道を模索し、ハンセン病政策については、隔離収容政策を選択する。1946（昭和21）年、日本国憲法によって新たな時代を迎えるが、ハンセン病については、医学も立法も戦前の隔離収容政策を継続した。1955（昭和30）年国際連合に加盟するが、ハンセン病政策については、国民の偏見・差別が強い等の国内情勢を理由に、国際会議及びWHOの指示に従わなかった。法廃止によらずらい予防法の弾力的運用で対応しようとした。日本国憲法下においても隔離収容政策が継続された主要な原因は治安政策等に求められるが、戦前の長きにわたる隔離政策によって、患者のみならず、ハンセン病医学・ハンセン病療養所自体が「隔離」され、社会的関心が払われなかったことも大きかったと考えられる。

また、なぜ光田が絶対隔離にこだわったのかという問題と国際学会との関係について、第3回国際らい会議においてインドでハンセン病医療に取り組んでいたロージャーが、日本のハンセン病患者を10万人と報告したことにふれておきたい。光田はこの時、「血統の純潔を以て誇りとする日本国が、却つて他の欧米諸国より世界第一等の癩病国であることがわかる」と慨歎した。「血統の純潔を以て誇りとする日本国」が「野蛮未開の土人」と同列となることを屈辱とする意識からも、「他の伝染病と等しく絶対隔離」する道を強行したのである。さらに、1915（大正4）年からハンセン病患者への断種を開始したことが示すように、彼は優生学の視点からもハンセン病の撲滅を求めていた。絶対隔離は、単に国辱からだけではなく、優生政策の一環とも位置づけられる。すでに、そうした方向性を与えられていた日本のハンセン病政策にとって、国際らい会議の動向は許容できないものとなっていたのである。

26：米国におけるハンセン病政策の変遷 #15(2)

一 検討の主旨

日本の絶対隔離政策を検証するため、ここでは他国との比較という観点から、米国におけるハンセン病政策を検討する。米国でもハンセン病患者への人権侵害は大きかった。また、ハンセン病患者への差別は黒人やヒスパニック系移民への人種差別とも結び付いていた。

しかし、ここから、ハンセン病患者への人権侵害が世界共通のものであったと安易に普遍化することは慎まねばならない。なぜならば、日本の絶対隔離政策の推進者らは米国の隔離政策をも批判しているからである。強制隔離、強制断種・強制堕胎、強制労働、死に至る監禁が一環のものとして機能した政策、これほどの一貫した人権侵害は、日本、および日本の植民地に集中するものである。

二 検討の範囲

米国の立法、行政、政策は、連邦政府のものと州政府のものがそれぞれ存在し、時にそれらは独立し、また相互に補完し合う。日米という司法、行政制度の異なる二国間で単純に法律の変遷を並置比較することには限界もあるが、医学・科学の進展と医療・公衆衛生政策との連繋の阻害要因を日米、比較研究することは、国際的な観点から見た場合における日本のハンセン病政策の特徴を、社会、政策・行政の普遍性を考慮しつつ探る上で重要な作業にひとつといえよう。しかし、これには膨大な労力が必要となる。米国本国においてもハンセン病政策に関する通史は存在しないからである。そこで、本稿では、米国のハンセン病政策に関する主要な公文書を総覧・紹介し、連邦政府によるハンセン病政策の変遷を記述するにとどめざるをえなかった。

三 米国連邦政府によるハンセン病政策（隔離政策）の変遷

米国連邦政府は1905（明治38）年にハワイに施設を設置し、ハンセン病の調査・治療を目的として患者を入所させる権限を医務総監に付与した。続く1917（大正6）年には国立癩療養所の設置、医務総監による強制入所権限、療養所勤務者に対する危険手当が立法化され、1922（大正11）年にルイジアナ州カービルで療養所の運営が開始された。1920年代の療養所医官は、ハンセン病を罹患することは犯罪ではないが、一旦拘束（detention）された場合、逃走し、実際的に不治の病を同朋に罹患させる危険に晒すことは社会に対する犯罪であること、疾患を駆逐するためには全患者の隔離をすることが必須であることを繰り返し主張している。一方、Hawaii州の公衆衛生局医官は、州内のハンセン病発生減少に隔離が大きく寄与したとは考え難いものの、発症・伝播機構が不明であり、また経済的・人道的事情を勘案すれば隔離は継続すべきであると述べ、何れも隔離政策を支持している。警察権力によるこうした強制手段が現実的か否かは、疾患の発生率、政府担当部局の方針と経済力、域内の情報伝達と移送手段、個人の自由と引換えに収容所（生活）が受容されるか否かに依存すると考えられていた。1930（昭和5）～

1945（昭和20）年の入院患者で、自発的に入院したものはわずか15%であったという。また療養所から逃走した者は、公式な裁判を受けることなく療養所内の監獄に収容された。

プロミンのハンセン病への応用は1941（昭和16）年に療養所で開始されて徐々にその有効性が報告され、療養所においては1947（昭和22）年秋に大風子油の使用が中止されSulfone剤が第一選択薬とされる。こうした有効な治療薬の導入と相俟って、「非活動性（arrested）」として退院する患者数は増加している。この時期の専門家は、感染可能例（infectious / open cases）の隔離は必要としながらも、病状に依らない画一的な隔離には異を唱えている。例えば、療養所長Fagetは、「ハンセン病を撲滅する唯一の確実な手段は患者隔離である。特定の治療法がなく、また正確な感染経路が不明な場合、感染性症例の隔離は疾患制圧の唯一の方法である為である。ただし、強制隔離は個人の自由に反し往々にして失敗するので、自発的隔離を慫慂すべきである」、「4年以上の使用を経て、sulfone剤の化学療法としての有効性は確立され、療養所においては第1選択の治療法となりつつある」、だからこそ以前にもまして「より多くの患者が疾患早期に自発的入所に向かうよう、感染者およびその家族の教育が重要である」と述べている。他方、公衆衛生局を退役したMcCoyは、1948（昭和23）年の同誌において、非活動性（arrest）例の再発の可能性には常に留意が必要だが、感染の危険性は臨床型によって大きく異なるので、中には公衆に対する危険とはならない患者がいる可能性を省みずに全例を隔離収容するという方針は破棄すべきである」と述べ、合わせて、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こと、Norway保健当局がかつて行ったように感染可能性があると思なされる症例に限って隔離すべきであることを力説している。

しかし、同時期の1944（昭和19）年に制定された公衆衛生法は強制入所権限を含み、基本的に旧法を継承した。すなわち、介護・拘束・治療のために自ら出頭したハンセン病患者、公衆衛生局（長官）が必要と認めた患者、また各州の衛生部局が連邦公衆衛生局の治療が必要と認めた患者は、公衆衛生局の病院に入院させるものとし、拘束・治療のために必要な場合には強制的措置が発動可能なものとなっている。一方、軽快退所基準は改定され、感染期にある患者でも一定の条件（患者の家族が経済的に受療を支援することが可能であり、主治医が治療を継続して毎月Carvilleに報告を行うこと、患者居住地の州衛生局が同意すること、患者が戻る家族に子供が含まれず少数の成人のみであることなど）を満たせば、所長が医療退院（Medical discharge）を許可できるものとされた。その結果、1948（昭和23）年7月には最初の退院患者が、その数ヵ月後にはさらに一名の退院患者が現れる。また、入所者の処遇に関する法令・規則の漸次変更され、1946（昭和21）年には入所者に選挙権が付与、1948（昭和23）年には療養所外壁を覆っていた鉄条網が撤去され所内に郵便局が設置、また退所者の増加に伴って課題となった回復者の移送・交通費用、また移動中の生活費などの公費弁済が立法化された。さらに1949（昭和24）年には療養所内に学校が設立され、さらに1952（昭和27）年には婚姻が許可されると共に、電話使用が認められた。しかし、強制入所を廃した法案改正の運動は1950（昭和25）年代初めまで続けられたものの、主として公衆衛生局の反対などにより実を結ばなかった。

その後1950年代になり、入所者を原則的に退所・社会復帰させる方針が掲げられたが、患者

団体等の反対で十分な効果は得られなかった。その後1956（昭和31）年に新所長となったEdgar B. Johnwickは、就任3日目、入所者を前にして「何者も意に反して当院を退所させられない。何者も意に反して当院内に留まらない」と宣言した。2年後の1958（昭和33）年には郵便物の滅菌操作が中止され、また1960（昭和35）年には前任所長によって撤去された患者所有建造物に代わって夫婦のための住居が建立されるなど、患者（連盟）の要望に沿った療養所改革が徐々に進められる。最後の国立癩療養所への強制入所はこの1960（昭和35）年であった。1960年代の半ば、療養所には約300名の入所者がおり、Sulfone剤発見前には極めて長期間、ある場合には余生にわたる入所を必要としたハンセン病は、この時期には新規診断患者の場合平均5年未満となり、治療への反応性によるものの、一年以内に退所するものもいと報じられている。

1980年代に入り、国家財政再建の見地から公共サービスの整理縮小が行われるようになり、療養所を国立ハンセン病センターとして改組し、米国のハンセン病政策を変革する法案は、数回にわたって議会に提出された。1985（昭和60）年の第99回連邦議会は「Hansen's Disease Program (PL 99-117)」を採択して、ハンセン病に関する大幅な法令改正を行った。本法令は、a) 連邦保健省長官はハンセン病に罹患し治療・介護を必要とし申請した者にCarvilleのハンセン病センターにて無料で（外来治療を含む）治療・介護を提供すること、b) 同長官は本土のハンセン病センターと同等の経費をHawaii州保健局に支払うこと、c) Carvilleの公衆衛生局施設（ハンセン病療養所）は「ハンセン病センター」と改称すること、を定めた。1984（昭和59）年の法律、1985（昭和60）年連邦規則でハンセン病医療従事者に対する特別手当の新規支給は廃止されたが、1986（昭和61）年時点で30日以上フルタイムで雇用されていた者は継続受給が可能とされた。ただし追加手当は1/2から1/4に減額された。本法を以って、強制入所は法律から削除された。

本法に基づき、公衆衛生局が1988（昭和63）年にまとめた「ハンセン病国家事業の戦略計画」は、本事業はCarvilleのハンセン病センター（療養所）と11の地域センターから成る。また、本計画は事業のあり方の検討を行い、センター（療養所）の対象疾患を糖尿病など神経麻痺を来たす疾患に広げること、長期患者の養介護を外部委託すること、研究施設はBaton Rougeに移転すること、センター（療養所）が現在の居住患者に生涯に渡る養介護を約した連邦政府の責任を全うすることに変わりないが、新規入所者はこれ以上受け入れないこと、将来的なセンター（療養所）閉鎖まで漸次入所者数を減らすことが妥当であると結論付けられた。

その後、療養所の急性期治療・研究教育機能は州都Baton Rougeに移転され、実際的には1988（昭和63）年を以って新規の療養所入院（resident patients）受入は停止された。療養所が長期入院療養者の受入を法的に停止したのは1997（平成9）年であった。

27：沖縄・奄美地域におけるハンセン病政策 #16

一 検討の意義

熊本地裁判決では、戦後、本土復帰前の沖縄・奄美地域のハンセン病隔離政策について十分に言及されることはなかった。しかし、日本におけるハンセン病問題の真相究明に際して、戦後、本土復帰前の沖縄・奄美地域のハンセン病隔離政策の検証は不可欠である。

特に沖縄地域の隔離政策史は沖縄戦による被害が大きく（みやこ・あんなの会編『戦争を乗り越えて～宮古南静園からの証言～』、2000年、等参照）、また戦後は開放政策に転換したと考えられてきたことから、その検証作業は重要であるといえる。

二 時期区分

沖縄のハンセン病隔離政策史は次の5期に区分される。第1期は沖縄県が癩予防に関する件施行細則を定める1910（明治43）年からであり、第2期は九州療養所から分離する1927（昭和2）年からであり、沖縄県で療養所建設が行われ、固有の意味での絶対隔離政策がはじまるのは後者においてである。第3期は日本軍による大規模な強制収容が行われる1944（昭和19）年からであり、第4期は隔離政策が米軍政府の下ではじまる1945（昭和20）年からである。熊本地裁判決が隔離政策による被害実態を不明であるとした第4期は、1952（昭和27）年の琉球政府の設立と1961（昭和36）年のハンセン氏病予防法の制定を基準として、さらに3期に細区分される。そして第5期はらい予防法が適用されるようになる1972（昭和47）年からである。

三 概括

第1期および第2期からなる戦前期においては、1930年代に強化される日本の隔離政策がハンセン病患者数の多かった奄美・沖縄で強力に推進された。例えば沖縄について数字を紹介すれば、人口は全国のおよそ100分の1であるのに対して、療養所入所者は10分の1であるから、隔離政策の威力は10倍ということになる。また、第3期の戦時期では、日本軍の陣中日誌等から、1944（昭和19）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が明らかとなった。また当時の愛楽園自治会の日誌等からは、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苛酷な戦時生活を送っていたことが実証的に検証されたといえる。

さらに戦後期に入って、第4期の戦後本土復帰前については、まず奄美では、米軍による苛酷な強制収容政策が行われた。また1953（昭和28）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推進されたことが指摘できる。また同期の沖縄では、とくに戦後期を第1期、第2期、第3期と時期区分をして検討した。この結果として、熊本地裁判決によって不明であるとされた、隔離政策による同地域の被害実態が、本土と区別されるべきものではないと確認された。

四 戦後期の状況から

最後に、とくに1972（昭和47）年以降の第5期について、本土復帰にともなう愛楽園・南静園の自治会運動の展開から見ていきたい。

沖縄の本土復帰当日の1972（昭和47）年5月15日から栗生楽生園で開かれた全患協の第19回支部長会議の席上、愛楽園と宮古南静園の代表は万雷の拍手で迎えられ、全患協への正式加盟を果たした。その際、愛楽園は自治会運動の指導を全患協側に要請、翌月、鹿児島県の星塚敬愛園の自治会役員3人が「予算関係事務指導」の名目で沖縄の2園を訪問した。この時の様子は今も敬愛園では語り草になっているほどで、3人が最初に愛楽園に一步足を踏み入れた途端、「これはひどい。昭和20年代の敬愛園の状況が続いている」と感じたという。住宅も食べ物も粗末、医師、看護婦も少なく、医療の体をなしていないとの印象だった。自治会運動の取り組みも遅れていると映り、園当局の交渉や予算要求の方法などについての知識も身に付けていないようだった。作業賞与金についても「一体何のことか」との質問が出て驚かされたともいい、自治会の組織運動については初歩からコーチしたという。最近では逆に本土の療養所の自治会が「沖縄に追いつけ」と言い出すまでになったというが、当時は「本土並みに」があらゆる面で沖縄の悲願だった。3人は続いて宮古南静園にも足を伸ばしたが、全患協側の指導など必要ないといった様子だった。実際、施設や医療、食事なども愛楽園よりもかなり進んでいて、ほぼ本土並みの水準と感じたという。自治会の組織も若手のリーダーたちが全患協や本土の療養所の自治会と連絡をとりながら、情報を収集したり、研究も進めていたらしく、格差はさほど感じなかったという。

沖縄の療養所で本土より恵まれていたことがあるとすれば、軽快退所を理由とした社会復帰が進んだことだろう。実はこれにも裏があり、琉球政府の療養所向け予算が不足していたことから、経費削減を図るために退所を促した面があるといわれているが、沖縄独自の通院治療制度が確立していたことなども影響していることは間違いない。特筆すべきは、在沖米軍が積極的に退所者を受け入れたことだ。ハンセン病が治る病気と分かってからの米軍の変わり身は早く、軽快退所者であることの証明さえあれば、履歴書も不要、療養所にいたことも承知で手足に障害がある者も雇用した。社会復帰を果たした退所者の10人中9人までが米軍基地に職を得、倉庫の管理、荷揚げなどの仕事に就いたという。基地経済に頼らざるを得ない沖縄の現状と同様に、退所者たちもまた、自分たちを苦しめた米軍によって生計を立てざるを得ないという皮肉な状況に置かれていたわけである。

愛楽園では、何ごとにも全員で一緒に取り組むのが原則で、催事はもちろん自治会の集会にも元気な人は全員が集まるのが習わしという。国家賠償訴訟には当初、足踏みしていたが、最終的には9割以上の入所者が原告となったのも、連帯意識の強さの現われという。依然として沖縄ではハンセン病に対する差別、偏見は厳しいというが、療養所を取り巻く環境は明らかに様変わりしている。

南静園の患者自治会は1961（昭和36）年6月30日に「琉球政府ハンセン病予防法」が成立される前には、沖縄愛楽園と連帯し、琉球政府側が用意した法案に注文を付け、対案を作成して

是正を迫ってもいた。同法に本土のらい予防法にはない在宅治療制度が盛り込まれたのは、こうした交渉の成果との見方もある。1962（昭和37）年4月には、医療や生活の改善を求めて、約2週間に及ぶ大規模な闘争を展開、琉球政府厚生局の幹部を園内の公会堂に缶詰状態にして交渉し、6人の看護婦要員の獲得に成功したりもしたが、入所者の待遇が抜本的に改善されるには1972（昭和47）年の本土復帰を待たねばならなかった。患者自治会は復帰後、全患協にも加盟、今日に至っている。差別、偏見についても特記しておかねばならない。米軍は当初、入所者たちの隔離を徹底したが、治る病気と分かってからの転換も早かった。米兵は土曜日によく南静園に慰問に訪れ、防空壕にしまっておいたため空襲による焼失を免れた園の野球道具を使って、入所者と親善試合を行なった。そのたびに平気で入所者たちと握手したり、体に触れた。自治会長も務めた与那覇次郎氏は「米兵たちが入所者と平気で接し、子供たちを抱き上げたりしたことが島民にも伝わり、島内の差別、偏見がいくらかは和らいだような印象を受けた」と話している。

しかし、宮古島はもともと差別、偏見が根強い土地柄といわれるだけに、自治会が取り組んだ平良市の老人クラブ連合会への加入問題の解決も難航した経緯がある。市長に陳情したり、要請書を再三提出しても認めてもらえない状況が続いた。ところが、らい予防法が廃止されることになったら連合会側が態度を一変させ、法が廃止された当日、加入が認められたという。法が差別、偏見に根拠を与えていたことは否めないと入所者たちは指摘している。

28：旧植民地、日本占領地域におけるハンセン病政策 #17

一 旧植民地におけるハンセン病患者の処遇と政策

1. 韓国

1) 小鹿島慈恵医院の開設

日本が大韓帝国を侵略し、朝鮮総督府を設置して植民地化したのは1910（明治43）年であるが、朝鮮総督府は衛生顧問山根正次の意見を受け入れ、1916（大正5）年、全羅南道の管理下の小鹿島慈恵医院を設置、ハンセン病患者の隔離を開始した。

初期の慈恵医院の状況を反映する当時の資料は乏しいが、戦後、小鹿島に入所したひとりの患者は、院長の蟻川亨が「入院患者に日本式生活様式を強要した」と回想している（『あゝ、70年一輝かしき、悲しみの小鹿島』、図書出版東方、1993年）。また「患者は日常生活を厳しく統制され、家族との通信や面会も制限されており、一時帰省はほぼ不可能であった。諸規定を守らない患者に対し職員は鞭で打つなど処罰した」という（同上）。

2) 朝鮮癩予防協会の設立

1930年代に入り、日本のハンセン病対策は絶対隔離政策への展開をみせていたが、これは韓国にも波及する。

朝鮮総督府は一大療養所を設け、放浪するハンセン病患者を收容する必要があると判断した。療養所建設費用の大部分を民間の寄付金に求めることから、1932（昭和7）年に朝鮮癩予防協会を設立した。

3) 小鹿島更生園の開設

こうして、1934（昭和9）年9月14日、朝鮮総督府癩療養所官制（勅令第260号）の公布により、10月1日から従来の全羅南道所属の小鹿島慈恵医院は拡張され、朝鮮総督府癩療養所となった。また、同年9月29日の朝鮮総督府令（第98号）により小鹿島更生園と改称され、周防は更生園の初代園長となる。

1935（昭和10）年4月20日、朝鮮総督府は日本の「癩予防法」に倣って、ハンセン病患者管理の法的措置である「朝鮮癩予防令」（制令第四号）を制定・公布し、隔離政策を強化した。

4) 更生園における生活

まず、問題となるのが断種である。1941（昭和16）年までには「断種」手術を受けた夫婦は840組に達したが、断種は処罰としてもおこなわれた。木を切ったとか、脱走したとか、反抗的、反日的であるという理由で断種されたという証言もある（1997年12月22日、TBS系列「ニュース23」の特集「もう一つの強制不妊 韓国・植民地下での強制断種」）。

また、1936（昭和11）年7月の長島愛生園長光田健輔の更生園訪問に同行した愛生園事務官宮川量は、その際のメモ「朝鮮の癩」のなかに職員による患者虐待の事実を記している。

5) 戦時体制下の更生園

1936（昭和11）年以降、更生園では第2期、第3期の拡張工事が完成し、收容定員は約6000人規模となる。1937（昭和12）年7月より日中全面戦争が始まり、日本は戦時体制に突入する。

戦争により経済情勢は悪化し、植民地支配は一層厳しくなってきた。小鹿島更生園も開院以来もっとも苛酷な状況に置かれた。

戦時下、苛酷な状況下で患者作業を進めるため、ほとんどが警察や憲兵出身である看護長が厳しく監督した

さらに、在園患者は毎月1日と15日は神社参拝、20日は周防院長の銅像参拝を強制され、毎週月・水曜日は愛国班会や随時に開かれる時局講演会に参加させられたが、周防のこのような小鹿島更生園の運営は、韓国を日本の兵站基地化するという当時の社会情勢の影響を受けてのものであった。

6) 入所者からのききとり

2005（平成17）年1月7日～9日、韓国小鹿島病院での検証会議委員による訪問検証において、2名の入所者からききとりをおこなうことができた。1921（大正10）年生まれの男性から神社参拝を拒否したため、断種されたという証言を得た。

以上、小鹿島慈恵医院・小鹿島更生園に代表される植民地下の韓国のハンセン病政策は、日本国内の絶対隔離政策の一環であり、すくなくとも韓国のハンセン病患者は日本のハンセン病患者が受けた人権侵害と同様の被害を受けている。しかし、その人権侵害に植民地支配下の民族差別感情が加わり、被害の程度は日本国内のそれをはるかに上回るものであった。処罰としての断種、笞を使った入所者の殴打などは、それを象徴するものである。ハンセン病患者への差別、植民地民族への差別により韓国のハンセン病患者に対しては、二重の人権侵害があったという事実を認めざるを得ない。

2. 台湾

1) 楽生院の開設

1895（明治28）年4月17日、日清戦争の講和条約が結ばれ、清より台湾が日本に割譲された。日本は台湾総督府を設置、台湾への植民地支配を開始する。

1920年代半ば、全生病院長光田健輔が台湾総督伊沢多喜男に「台湾癩予防法制定ニ関スル意見書」を提出、朝鮮では、総督府が設立した慈恵院の収容患者が200人なのに対し、アメリカMTLが設立したキリスト教主義の療養所が1200人も患者を収容している事実をあげ、こうしたところに「朝鮮人ノ事大思想」が発生すると指摘、植民地のハンセン病対策を欧米人に任せていると、植民地支配が危うくなると警告した。

この光田の意見書を受けて、1926（大正15）年、台湾総督に就任した上山満之進は、1927（昭和2）年度から3か年計画で療養所設立の予算を計上、1930（昭和5）年12月、収容定員100人の楽生院を開設し、上川豊が初代院長に就任した（台湾総督府楽生院『昭和五・六年統計年報』）。

1934（昭和9）年6月15日、台湾に勅令「癩予防法」が公布される。さらに9月22日には総督府令「癩予防法施行細則」が公布され、両者とも10月1日から施行された。台湾の「癩予

防法」は日本の「癩予防法」をほぼ踏襲したものである。総督府警務局長石垣倉治は、この法律について「斯くて台湾に於ける癩予防事業は従来^ノの姑息なる救療事業の範囲を離脱し隔離法による根絶事業に移らむとして居る」との期待を示した（石垣倉治「台湾の癩問題」、『社会事業の友』67号、1934年6月）。

2) 楽生院における生活

楽生院の収容定員は当初の100人から徐々に増加し、1937（昭和12）年に427人、1938（昭和13）年には587人、1939（昭和14）年に700人となる。結果的には、この数字が最高となる。

1934年6月、長島愛生園長光田健輔が楽生院を訪れる。このとき、光田は台湾でも「十坪住宅」運動を起こすように提案、早速、台北在住の山本栄喜が楽生院に1棟分の材料を寄付し、これにより1935（昭和10）年8月、最初の「十坪住宅」が完成する。以後も寄付は続き、1937（昭和12）年6月までにさらに5棟の「十坪住宅」が完成する（桜井憲三「癩の十坪住宅運動」、『社会事業の友』103号、1937年6月）。こうして、隔離は拡大されていった。そして、日本の「無癩県運動」を模倣した「無癩州運動」が提起される。そのためにも、「十坪住宅」の寄贈が求められた（佐久間南山「無癩州運動の念願」、『萬壽果』4巻2号、1937年6月）。

上川は、楽生院の入所者に「皇民」としての自覚を強く求めた。「紀元2600年」に当たる1940（昭和15）年、上川は、光明皇后と貞明皇后を持ち出して、ハンセン病患者に対する皇室の「仁慈」を訴えている（上川豊「台湾救癩事業満十週年の癩予防日に際して台湾島民に訴ふ」、『萬壽果』7巻3号、1940年8月）。

3) 入所者からのききとり

2005（平成17）年1月23日～24日、台湾楽生療養院での検証会議委員による訪問検証において、5名の入所者からききとりをおこなうことができたが、そのなかで日本統治時代には強制断種・強制墮胎がおこなわれていた事実、それが戦後も1940年代までは続いた事実が明らかになった。

このように、植民地台湾において日本がおこなったハンセン病政策は、植民地統治の一環であり、日本国内の隔離政策をほぼそのまま踏襲させたものであった。台湾のハンセン病患者は、日本国内のハンセン病患者同様の隔離政策に加えて、植民地統治という圧迫、すなわち、在台湾日本人を守るための隔離という圧迫をも受けたのであり、このことは、台湾の患者被害を考えるうえで、きわめて重要な論点となる。

3. 「関東州」「満州」

1) 「関東州」「満州」

日本は、1905（明治38）年9月5日の日露講和条約により、ロシアから中国遼東半島の旅順・大連の租借権、および東支鉄道南満州支線の経営権を譲渡された。これにより、日本は遼東半島の租借地を「関東州」と命名、関東都督府を設置して事実上の植民地支配を開始する。また鉄道については、1906（明治39）年、南満州鉄道株式会社（満鉄）を設立し、鉄道とその沿線

の鉦山などの経営に着手した。そして、1931（昭和6）年9月18日の柳条湖事件を契機に満州事変を引き起こし、関東軍は中国東北地方＝「満州」を占領、1932（昭和7）年3月1日、「満州国」を建国、1945（昭和20）年まで、事実上、日本が支配した。日本は「満州国」に「王道楽土」を建設すると宣伝したが、実態は日本の傀儡国家であった。「関東州」および「満州国」は事実上の日本の植民地であり、この項で、両地域におけるハンセン病対策について検証する。

2) 飯野十造の関わり

「満州」における日本のハンセン病対策について考察する際、牧師である飯野十造の名を忘れることはできない。飯野が、「満州」のハンセン病問題に関心を持ったのは、1921（大正10）年と1929（昭和4）年の2度の「満州」・朝鮮への伝道をおこなってからである。飯野は1933（昭和8）年、3度目の「満州」・朝鮮への旅行をおこない、「関東州」に満州癩予防協会を設立する。飯野が、こうした行動をとった目的は、貞明皇后の「皇恩」を「満州」に広め、日本の支配を強化するためであった。

3) 同康院の開設

1939（昭和14）年11月、奉天の北、鉄嶺から車で2時間の行程にある松山背に「満州国」の国立ハンセン病療養所同康院が開設された。松山背には民家が一軒もない。まさに、ハンセン病患者の隔離のための土地であった。

初代院長には「満州国」民生部保健司防疫課長川上六馬が就任、1940（昭和15）年1月から長島愛生園医官難波政士が2代目院長に就任する。同康院は、同年5月に『慈光』という冊子を発行している。現在、同康院について残された資料は、この『慈光』のみである。

以下、『慈光』にもとづき、同康院の実態を紹介する。

まず、「同康院案内」には、推測として「現在満州国に於ける癩患者数は凡そ三百名位」と記されている。これに対して、同康院の収容定員は60人であるが、年々、増築して「満州国に一名の患者も居ない様に致します」と展望している。「我が国に於ては癩患者は比較的僅少」ではあるが、中国本土には100万人のハンセン病患者がいると推測されるので、予防的措置として同康院を開設したと説明されている。

1940（昭和15）年4月現在の入院者は日本人1人、「満州人」10人、朝鮮人20人の計31人で、これに対して、医官は1人、看護婦が3人であった。なお、同康院では、日本人・朝鮮人は「日人病舎」に、白系ロシア人は「露人病舎」に、「満蒙人」は「満病舎」に、それぞれ民族別に収容されることになっていた。同康院は「王道楽土」の象徴のように自画自賛された。難波政士を同康院2代目院長に送り出した長島愛生園の園長光田健輔は、「聖業翼賛—難波同康院長送別の詞—」のなかで難波に「大陸浄化」を期待していた。

4) その後

この後の同康院について、その詳細を知る資料はない。ただ、「満州国」の「王道楽土」という理想が虚構に終わり、1945（昭和20）年8月15日、日本の敗戦とともに「満州国」も崩壊したことを考えると、同康院の運命も推測できる。

二 日本占領地域におけるハンセン病患者の処遇と政策

1. 中国占領地

日本は1937（昭和12）年7月7日の盧溝橋事件により、中国との全面戦争に突入し、1945（昭和20）年8月15日の敗戦まで、中国の華北・華中はもちろん、香港や広東・海南島などの華南に及ぶ広い地域を占領・支配した。

日本占領下の中国におけるハンセン病患者の実態については、台湾総督府が設立したハンセン病療養所楽生院の院長上川豊「南支及南洋の癩問題」（『南方医学論叢』1942年7月号）に詳しい。

上川は中国のハンセン病患者総数について百万人という推定を紹介し、「現在支那は世界有数の癩病国であることに異論はない。そして支那の癩は殆んど中南支にのみ蔓延して居る」と概観したうえで、楽生院の院長広瀬秋濤が『台湾医学会雑誌』40巻6号に発表した広東市の調査結果を紹介しているが、そこでは検診した5万2442人中84人のハンセン病患者が発見されたとされている。人口1万人に対して患者が16人という高い比率になる。

では、日本軍占領下では、中国のハンセン病患者はどのような処遇を受けたか。それについて、1942（昭和17）年5月の興亜院華中連絡部編『疾病予防ニ関スル基礎的調査報告』に基づき述べておく。この資料は、同部が、1941（昭和16）年6月段階で、同仁会華中中央防疫処に委嘱しておこなった調査結果をまとめたものであり、同仁会九江診療防疫班長高田之「癩ニ関スル調査報告」が収められている。九江とは長江に面した都市で南京と武漢の中間に位置する。そのなかに、九江周辺の呉陽鎮について「我軍入城当時ハ四、五十名ノ癩患者居リタルモ我軍ノ入城後此等患者ヲ原籍地ヘ帰ヘス様努メタル結果現在余ガ調査ニオモムキタル時僅カ一名見タノミ」という叙述がある。日本軍が呉陽鎮を占領する際、40～50人いたハンセン病患者がほぼ一掃されたということになる。また、南昌では、1940（昭和15）年9月11日、アメリカ人が管理していたハンセン病専門の南昌麻瘋病院に対し、日本軍の憲兵隊が「敵側謀略ニ利用セラルル虞ナシトセズ」と判断、「軍に於テ同仁会九江診療防疫班南昌分班ヲシテ之ガ管理ニ当ラシムベク種々考究中」と報告されている。

2. 東南アジア

日本は、1940（昭和15）年の北部仏印占領に始まり、1941（昭和16）年の南部仏印、そして1942（昭和17）年にはマレー、シンガポール、蘭印、フィリピンと、次々に東南アジアを占領していく。日本占領下のこれらの地域におけるハンセン病患者の処遇については、断片的にしかな明らかになっていない。

仏印、すなわちインドシナでは、フランス統治時代は「絶対隔離主義を採らず、適當の地方に多数の癩村を設け」ていたが（上川豊「南支南洋と台湾の癩」、『社会事業の友』152号、1941年7月）、日本占領後、上川は、それを「無為無策」と批判、「主要の地に完備した癩療養所を設け」ることを求めている（上川豊前掲「南支及南洋の癩問題」）。

また、フィリピンでは、日米開戦時、アメリカは開放治療を採用し、フィリピン全土に5か所の療養所を開設し、重症者のみクリオン島の療養所に収容していた。上川は、こうしたアメリカ統治時代のハンセン病政策について、症状が軽快して故郷に帰った患者が再発して「大きな問題」となっていると指摘している（上川豊「南洋の癩」、『治療及処方』280号、1943年6月）。

さらに、蘭印、すなわちインドネシアにおいては、1944（昭和19）年2月28日～4月19日に海軍占領地を視察した南方政務部海軍主計少佐堀俊蔵は「南方海軍占領地区視察報告」のなかで、日本軍が労働に動員したジャワ島からの移民のなかに『レブラ患者』迄混入シオル状況を指摘している（原本は防衛庁防衛研究所図書館所蔵）。

3. 太平洋地域

日本は、1919（大正8）年以降、マリアナ・マーシャル・パラオ・カロリン諸島を国際連盟の委任統治として事実上、植民地支配し、1928（昭和3）年にヤルート島に、1929（昭和4）年にサイパン島に、1930（昭和5）年にヤップ島に、1931（昭和6）年にパラオ島に、南洋庁がそれぞれ小規模なハンセン病療養所を設置していたが、1941（昭和16）年12月の対米英開戦以降、太平洋地域の島嶼の占領を拡大した。こうしたなか、1942（昭和17）年8月25日、海軍はオーストラリアの委任統治下にあったナウル島を占領した。ナウル島にはナウル行政府が設置したハンセン病専門病院（Leper Station）があり、日本軍占領時、39人の患者が入院していた。敗戦後の1948（昭和23）年、ナウルの行政官マーク・リッジウエイは、占領から1年後、「日本軍は彼らを1隻のボートに追い集め、そのボートは海に向かって曳航され、銃撃により破壊された。ひとりの生存者の痕跡もない」という衝撃的な証言をおこなった（NEWSITEMS, *International Journal of Leprosy*, Vol.16, No. 4, 1948）。さらに、1952（昭和27）年に発表されたレオナード・ウッド記念研究所のH・W・ウエイドとナウル政府医官ウラジミル・レドウスキーの共同研究も、同様の報告をおこなっている（H. W. Wade & Vladimir Ledowsky, "The Leprosy Epidemic at Nauru; A Review with Date on The Status since 1937, *International Journal of Leprosy*, Vol. 20, No. 1, 1952）。

1943（昭和18）年の夏、ナウル島のハンセン病患者は日本軍により虐殺されたことは疑い得ない。ナウルの事例は、占領地における隔離政策の帰結として記憶しておくべきであろう。

29：アイスターホテル宿泊拒否事件 #18

一 根強い差別・偏見

宿泊拒否が報道されると、大きな怒りの声が社会から起きた。だが、ホテル側が形式的にも謝罪したことに対し、入所者らが「反省がない」と突っぱねると、局面は一転した。県だけではなく、自治会等に対しても、中傷の電話や手紙等が殺到した。アイスターによる「ホテル廃業」発表のニュースが伝えられるや、抗議の電話や手紙が再び殺到した。それはハンセン病に対する世間一般の理解不足と、元患者への偏見や蔑視の根深さを改めて痛感させるものであった。今回のアイスター事件の場合は、県が毅然とした態度をとったために、問題が顕在化した。顕在化していない同種事件は無数にあるのではないかと想像される。

周知のように、熊本地裁判決は、1929（昭和4）年ころから終戦にかけて全国各地で大々的に行われた無らい県運動による強制隔離の徹底・強化に、今日にまで続くハンセン病患者に対する差別・偏見の原点があるといっても過言ではない、と指摘している。誤った医学的見解の喧伝、流布が差別・偏見に大きく与ったことはいままでのない。ハンセン病の場合、素人ならまだしも、専門家、なかでも国のハンセン病医学・医療の中心に位置する専門家たちが絶対隔離政策を墨守するために、世界の潮流に背を向けて間違った見解を積極的かつ確信犯的に喧伝等したところに特徴がある。自治体の責任も見逃すことができない。戦後は衛生警察に代わり保健所が「無らい県」運動の第一線を担ったからである。これにより同運動の裾野は医師や保健婦を初め著しく広がり、これらの人々の「善意」が「全患者」収容に威力を発揮した。宗教界の責任も忘れることができない。戦後、国家の統制を離れた各宗派は競って療養所に入り、園何に設けた教会等を拠点として「慰問布教」「慰安教化」に努めた。入所者らに対し、療養所での隔離生活を「運命」などとして受け入れ、この世の救いではなく、あの世の救いを求めることを説いた。

二 二重の差別構造

ホテル側の表面的な差別の背後に、社会の広範で深刻な差別構造が存在している。自治会などに殺到した抗議の存在こそが正面から見据えるべき問題の本質だと考えられる。回復者たちが同情されるべき存在として控えめに暮らす限りにおいては、この社会は同情し、理解を示す。しかし、強いられる忍従に対して立ち上がろうとすると、社会はそれに理解を示さない。差別意識のない差別・偏見といえようか。もとより、この差別意識のない差別・偏見も「無らい県運動」等によって政策的に作られたものである。「同情」と「社会浄化」（民族浄化）が同運動の論理だったからである。ハンセン病の報道にも「同情」論が色濃くみられる。問題提起者としての機能は果たされていない。

人権論の見地から、この「同情」論を打ち破るのは、司法や法律家の責任だが、司法や法律家はこの責任を果たしてきたとはいえない。藤本事件に見られる「らい予防法」から

の明らかな逸脱は、法曹三者および法学界もハンセン病に対する差別・偏見に侵されていたことを端的に示している。法律家が差別・偏見の放置に大きく与っているといった問題意識は今でもみられない。弁護士も弁護士会全体となると、行政のそれよりも遅れているといってもよい。

三 再発防止

国策によって策出されたことなど、ハンセン病差別・偏見の特性に則した総合的で科学的な、そして何よりも差別される側の立場に立った対策を組織的、継続的に行っていくことが必要だが、本検証会議からの意見照会に対する2004（平成16）年11月11日付「熊本県知事の回答」によれば、次のように指摘されている。

- ① 人権意識の啓発は、広汎に繰り返し継続することが必要であること
- ② 人権問題は他人事や責任転嫁するのではなく自分自身の問題として捉えるという自覚が必要であること
- ③ 一度形成された偏見は単に正しい知識を与えるだけでは払拭できない場合があり、人間的交流、共感を持つことが必要であること
- ④ 世代間偏見の連鎖を断ち切るためには若い人世代に重点的に啓発を行う必要があること

これらは、一層の啓発活動に取り組むに当たっての不可欠の留意点といえよう。療養所訪問を通じて各地で交流の輪が広がりつつある。他方、初等中等教育等の場における優れた実践教育が各地で実り多い成果を上げている。

しかし、成人に対するハンセン病等についての専門家による正しい医学教育という観点から見た場合、初等中等教育の場だけでは不十分であろう。かつて保健所が無らい運動の最前線を担ったことからみて、正しい医学的知識の普及などを保健所が担うことは当然の責務ともいえるが、現状はまだ不十分といわざるを得ない。国、自治体の取り組みが強化されることを強く要望しておきたい。

人権救済制度に対する法的整備の必要性についても、2004（平成16）年2月25日開催の熊本県本会議における一般質問に対する潮谷知事の回答は、次のように述べている。「また、今回のことを通しながら感じましたことは、啓発の大事さ、これはもうもちろんのことですけれども、人権侵害により被害を受けた方々に対する実効的な人権救済制度の一刻も早い法整備が望ましいと考えたところです。」

重大な人権侵害事件という観点から、今回の宿泊拒否問題について一貫して毅然とした態度を貫いた、そして、ハンセン病に関する差別・偏見の解消に向けてもっとも積極的に取り組んできた熊本県が、実効的な人権救済制度を一刻も早く法整備することの必要性を訴えていることの重みを国は誠実に受け止めなければならない。廃案となった「人権擁護法案」については異論も少なくないが、あるべき人権救済制度のための法整備に向けて必要な合意形成が早急に

☒られなければならない。

30：再発防止のための提言 #19

一 患者・被験者の諸権利の法制化

公衆衛生等の政策等における人権侵害の再発を防止するための核とされるべきは、患者・被験者の諸権利を法制化することである。患者の権利を保護する法律は存在しないこと、臨床研究一般の対象者を保護する法律は存在しないこと、現行の感染症予防医療法には感染症予防医療に関する基本原則（例えば、任意受診の原則、強制措置必要最小限の原則、差別・偏見の温床となる病名を冠した分類をしない原則等）が規定されていないこと、などから、現行法ないし現行制度の運用ではまかないえず、新たな法整備が必要であると考えられる。

提言の具体的内容のうち主なものは3点で、第1点は、①最善の医療及び在宅医療を受ける権利、②医療における自己決定権及び「インフォームド・コンセント」の権利、③医療情報を得る権利、④医科学研究の原則に基づかない、不適正な人体実験、医科学研究の対象とされない権利、⑤断種・堕胎を強制されない権利、⑥不当に自由を制限されない権利、⑦作業を強制されない権利、⑧社会復帰の権利、を中心として規定することである。第2点は、①任意受診の原則、②強制措置必要最小限の原則、③差別・偏見の温床となる病名を冠した分類をしない原則、などの感染症予防医療に関する以下の諸原則も規定すること。第3点は、患者・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規定することである。

ハンセン病差別の特性に則した総合的で科学的な、そして何よりも差別される側の立場に立った対策に対する国等の、財政的な裏付け等も含めた取り組みは貧弱な状況にあるといわざるをえない。自治体等に丸投げするだけで、国等の責務が正しく果たせるものか。このようななかで、ハンセン病への差別・偏見にとどまらず、病気を理由とするあらゆる差別・偏見を防止するための基本計画及びその実施等に関する国等の責務を法令で明確に規定することは、それだけでも差別・偏見を抑制する効果が大きく、病気の故に差別されている人々等を大いに勇気づけることになろう。

二 政策決定過程における科学性・透明性を確保するためのシステムの構築

「権威者」とされた人たちの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。再発を防止するためには、公衆衛生等の政策決定等が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がとりわけ肝要といえよう。また、公衆衛生政策を多数決原理に委ねることは、熊本地裁判決も指摘するように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といえる。これを避けるためには、人権侵害を被る危険性のある当事者が問題点の洗い出し、法案の草案作成段階から委員として参加する権利、等を十分に尊重することが不可欠といえよう。この点も、現行法ないし現行制度の運用ではまかないえず、新たな制度が必要であると考えられる。

提言の具体的内容のうち主なものは3点で、第1点は、公衆衛生等の政策立案に際しては、①憲法・国際人権法を十分に遵守すること、②基本的事項・原則等は法律事項とすること、③専

門家団体の組織的推薦に基づき専門家委員を推薦すること、④患者等を委員とすること、⑤報告書・意見書・要項等の起案・作成は行政部局ではなく委員会等が行うこと、を遵守することである。第2点は、国の公衆衛生等の政策決定過程は、同時的に公開して透明化を図るとともに、必要な情報を国民に提供することである。第3点は、国の公衆衛生等の政策決定及びその改廃に当たっては患者等の参加及び意見を十分に尊重するための措置及び手続等を法的に整備することである。

三 人権擁護システムの整備

ハンセン病患者等に対する重大で広範な人権侵害を、私たちは看過ないし放置してきた。再発を防止するために、公衆衛生等における患者・被験者の諸権利を、治療及び療養所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ことが喫緊の課題となっている。潮谷知事の熊本県議会での一般質問に対する、アイスターホテル宿泊拒否事件を通じて「・・・感じましたことは、・・・人権侵害により被害を受けた方々に対する実効的な人権救済制度の一刻も早い法整備が望ましい」ことだという回答はこの必要性を何よりも雄弁に語っているところである。

提言の具体的内容のうち主なのは3点である。第1点は、患者等の権利を公示し、その周知徹底を図ることである。前述の「患者・被験者の諸権利の法制化」に伴う処置である。権利を法制化しても、国民への周知徹底が図らなければ、権利が眠ることになりかねないからである。

第2点は、患者等の諸権利を擁護等する「患者等の権利委員」（仮称）制度を新設することである。病気を理由に差別・偏見を受けた人たちに対して実効的な人権救済制度を早急に具体化する必要性を考えれば、「患者等の権利」の擁護等に特化した「患者の権利専門委員（会）」制度の新設が望ましい。「パリ原則」にもとづく新たな「人権委員会」制度の下でも、この専門委員（会）制度には大きな役割が期待される場所である。

第3点は、「パリ原則」に基づく国内人権機関を創設することである。「人権擁護法案」については批判が少なくなく廃案になったが、そのことは、「パリ原則」に基づく国内人権機関を創設することの必要性をいささかも減じさせるものではない。創設の必要性については誰しも異論のないところで、より良い国内人権機関の創設に向けて早急な合意形成が望まれる。

四 公衆衛生等における予算編成上の留意点

遅くとも1960年以降、違憲状態に陥っていたにもかかわらず、戦後の「らい予防法」の法廃止が1996（平成8）年まで30年以上も遅れたことには財政上の要素が大きく関わっていた。厚生省と大蔵省の予算折衝においては、予防法による強制隔離を法的な根拠として国立ハンセン病療養所における入所者らの処遇改善が図られたために、厚生省は予防法廃止を言い出せないまま時間が経過し、入所者らにも予防法廃止は処遇改善の実績を台無しにするものと映り、法廃止に取り組むことを躊躇せしめることになった、等の点がそれである。このような歴史に鑑みると、人間の尊厳及び人権の尊重に立った新たな予算編成上の原則を樹立することも、公衆

衛生等の分野での再発を防止する上で必要不可欠といえる。

財務省に対し、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いう新しい予算編成上の原則の樹立を求めるべきである。

五 被害の救済・回復

本検証会議『ハンセン病問題に関する被害実態調査報告』でも明らかのように、国の誤ったハンセン病強制隔離政策による被害は今もなお続いている。このような被害を救済し、その回復を図ることは何よりの予防策といえよう。ハンセン病強制隔離政策の被害回復等における残された課題は少なくない。

社会復帰のための環境整備と受け皿作りが急務となっているが、現状はまだまだ不十分だといわざるをえない。自治体等による実情に即したきめの細かい、市民参加型の取り組みと、これに対する国による財政的な裏付けを強く要望しておきたい。自治体等による「社会復帰支援センター」（仮称）の設置が必要だとの指摘もある。社会福祉関係等の専門家による自己批判に基づいた貢献も欠かせない。

差別・偏見の根絶については、とりわけ弁護士会、マスメディア、宗教界等に対し、ハンセン病療養所の入所者らが抗議等に立ち上がると逆に社会の側がこれに反発し、ときには敵意さえも示すという「差別意識のない差別・偏見」を一刻も早く解消するために、継続的な取り組みとそのための体制作りを他機関・他団体のそれと連携しつつ推進されることを強く要望しておきたい。

「園の将来構想」問題は今や自治会や全療協にとって最大の課題となっているとの指摘が少なくない。この問題についても、「国及び社会は、このような事態に至ったことの責任が自らの側にあることを十分に認識し、これに基づいた対応を行わなければならない」ということを改めて確認しておきたい。納骨堂に安置されている遺骨についても永久の安置場所が確保されなければならない。

公衆衛生等の分野におけるその他の被害についても救済・回復が迅速、適切に図られなければならない。これも何よりの予防策といえる。

六 正しい医学的知識の普及

感染症の患者を危険な存在として排除したり、遺伝性疾患の患者・家族を不良な遺伝子を持った人間として差別したりしない社会を作っていくためには、私たち一人一人が正しい医学的知識を持たなければならない。このような観点から見た場合、注目されるのは保健所等による取り組みである。かつて保健所は「無らい運動」において最前線の役割を担ったからである。とすれば、誤った認識を払拭し、正しい医学的知識の普及活動の中核を保健所が担うことは当然の責務ともいえる。国、自治体のこの面での取り組みがさらに強化されることを強く要望しておきたい。保健体育の教科書等には「らい」という呼称をあいかわらず用いているものがあ

るが、この点も早急に改善されるべきである。

提言の具体的内容のうち主なものは3点である。急性感染症については、やむをえず強制隔離が必要な場合もあるが、それに伴う患者の人権の制限は必要最小限とし、患者に対しては最善の医療が保障されなければならない。慢性感染症については、急性感染症のように感染力が強くないこと、また患者の人権に対する重大な侵害なしには隔離できないために、原則として患者の隔離を行ってはならない。これが第1点である。

日本の誤ったハンセン病絶対隔離政策が示しているのは、同政策を推進し、あるいはこれに加担した医学・医療界において患者・家族らの視点が決定的に欠落していたということである。この点の確立が図られなければならない、というのが第2点である。第3点は、患者・家族らが、最善の治療を自主的に判断できるように、インフォームド・コンセントやセカンド・オピニオン等をはじめとする「患者の権利」を確立するための法整備等を図ることが急務だ、という点である。

日本では医師会があくまでも任意の団体で、医師法その他の法令上、医師会自治を認められていない。医師会の定める倫理規定も私的なものとどまる。専門家に相応しい独立性と自律性が保障されているのが専門家だとすれば、日本の医師等は専門家に該当しない。医師を処分する権限も厚生労働大臣に与えられている。その反面、処分事由は「罰金以上の刑に処せられた場合」に限定されており、公務員等と比べようもない。だが、このような国による管理及び庇護があるべき姿かという点、答えは必ずから明らかであろう。医療専門職における専門的知見の確立、職業倫理の向上等を図るためには、国家管理方式から脱却し、「自己統治下システム」に切り替えることが必要である。多くの国は「自己統治システム」の方式を導入しており、それを通じて専門的知見の確立及び職業倫理の向上等を図っているからである。

国際会議の流れから大きく乖離したことが日本の誤った強制隔離政策をかくも長く存続させる主な原因の一つになったことはすでに詳しく分析したところである。公衆衛生等の分野においてこのような乖離を二度と生まないようなシステムを構築することも再発防止にとって極めて有効といえよう。

七 人権教育の徹底

正しい医学的知識を持つことの重要性をいくら強調しても強調しすぎるということはない。だが、感染症であれ、遺伝性疾患であれ、病気を理由とした差別は許されないという立場を徹底するのでなければ、いくら正しい医学的知識の普及に努めたとしても、病気に対する差別・偏見は決してなくなることはない。

提言の具体的内容のうち主なものは、2点である。第1点は、より一層の啓発活動に取り組むことである。この点で注目されるのは、本検証会議からの意見照会に対する2004（平成16）年11月11日付「熊本県知事の回答」である。①人権意識の啓発は、広汎に繰り返し継続することが必要であること、②人権問題は他人事や責任転嫁するのではなく自分自身の問題として捉えるという自覚が必要であること、③一度形成された偏見は単に正しい知識を与えるだけでは

払拭できない場合があり、人間的交流、共感を持つことが必要であること、④世代間偏見の連鎖を断ち切るためには若い人世代に重点的に啓発を行う必要があること、の各点が指摘されている。いずれも不可欠の留意点といえるが、なかでも重要だと思われるのは、「人間的交流、共感を持つこと」の必要性和、「若い人世代に重点的に啓発を行うこと」の必要性である。「百聞は一見にしかず」で、療養所訪問を通じて各地で交流の輪が広がりつつある。初等中等教育等の場における優れた実践教育が各地で実り多い成果を上げていることも報告されている。このような取り組みの一層の強化と、そのための国・自治体、自治体間等の連携が望まれる。

第2点は、人権教育の充実化で、高等教育、とりわけ医系学部等における人権教育の充実化の必要性についても、ここで触れておきたい。現状はまだ不十分だといわざるをえない。医療機関や福祉施設で働く職員に対する人権教育の重要性も忘れてはならない。何故、人権侵害の担い手に転じてしまったのか。この点の検討も含めて、抜本的なカリキュラム改正が早急に図られなければならない。

八 資料の保存・開示等

ハンセン病患者・家族・回復者への差別と偏見は誤った国策によるものであるが、単に国だけの責任に帰することはできない。実際の隔離の実務を担当したのは、自治体であり、患者を地域から排除したのは国民であった。今後、このような人権侵害の再発を防止するためには、国の責任とともに、自治体の責任、国民の責任についても究明していかなければならない。そうした際、厚生労働省をはじめとする国の機関、自治体、ハンセン病療養所、ハンセン療養所入所者自治会などに所蔵されている資料の活用は不可欠となる。国レベルから地域レベルまでを視野に入れた隔離政策の真相究明を進め、その成果を再発防止のための社会啓発に反映していくことが望まれる。

誤った強制隔離政策を象徴するような施設等について歴史的保存を図り、公開に努めることも再発防止という観点から見て重要な課題のひとついえよう。

九 「ロードマップ委員会」(仮称)の設置

本検証会議の再発防止の提言は多岐にわたっており、立法を要するものもあり、運用の改善でまかなえるものもある。時間的に見ても、短期のものから中長期のものまで多様である。行政等にはいわゆる「縦割り」「横割り」の壁もあり、これが提言の実施に大きな妨げとなることも懸念される。このようなことから、提言を具体化するために国の責任において本検証会議と同様の独立の第三者機関として「ロードマップ委員会」(仮称)を設置し、この第三者機関が自ら提言を具体化するための「行動計画」等を策定し、国・自治体等に対し逐次、計画の実施を求め実施状況を監視するという仕組みもあわせて提言することとした。本検証会議の提言には、弁護士会、マスメディア、宗教界等、各界に対するものも含まれている。これらの提言についても、当該機関等と協議等を重ねることを通じて、自主的な実行のための環境整備に努めることも「ロードマップ委員会」の任務のひとつと考えられよう。

この「ロードマップ委員会」の設置に関する提言の具体的内容は、次の通りである。

第一に、委員会は、本検証会議と同様の独立の第三者機関とすること。

第二に、委員会は、本検証会議の再発防止提言を具体化するための「行動計画」等を策定し国・自治体等に対し逐次、同計画の実施等を求めるとともに、実施状況等を監視することを主な任務とすること。

第三に、委員会は、本検証会議代表、ハンセン病患者・元患者、その他の公衆衛生等の分野の患者・元患者、医師、弁護士、学識経験者、マスメディア、教育者等の委員から構成すること。

第四に、委員会には、本検証会議と同様、国等から独立した事務局を置くこととし、同事務局が事務局業務及び起案業務等を担当すること。

第五に、国は、委員会の活動に必要な費用を負担すること。

第六に、国等は、委員会の策定した「行動計画」等を誠実に実施するとともに、実施状況を委員会等に報告すること

以上

付録一 検証会議設置及び活動等関係一 #関連資料(2)

1：契約書（2003年6月6日、厚生労働省健康局長及び財団法人日弁連法務研究財団）

契約書

平成15年度ハンセン病問題に関する事実検証調査事業（以下、「委託事業」という。）を実施するため、委託者支出負担行為担当官厚生労働省健康局長高原亮治を甲とし、受託者財団法人日弁連法務研究財団理事長新堂幸司を乙として、次の条項により契約を締結する。

第1条 乙は、別紙「ハンセン病問題に関する事実検証調査事業実施要領」に基づき、委託事業を行うものとする。

第2条 甲及び乙は、この契約に定める条項を誠実に履行するものとする。

第3条 乙は、委託事業を実施するに当たっては、様式（1）による事業計画書及び経理計画書を作成し、甲の承認を受けるものとする。

2 やむを得ない事情により事業計画及び経理計画の全部又は一部を変更（軽微な変更を除く。）しようとするときも同様とする。

第4条 乙は、前条の規定により、甲の承認を受けた事業計画書及び経理計画書に従い、委託事業を実施するものとする。

第5条 甲は、金29,883,000円（うち消費税額及び地方消費税額金1,423,000円）の範囲内でこの委託事業の実施に要した経費（謝金、旅費、庁費、消費税及び地方消費税（以下「委託費」という。））を乙に支払うものとする。

2 前項の消費税額及び地方消費税額は、消費税法（昭和63年法律第108号）第28条第1項及び第29条並びに地方消費税法（昭和25年法律第226号）第72条の77及び第72条の83の規定に基づき、契約金額に105分の5を乗じて得た額である。

3 甲は、必要があると認めるときは、乙の請求に基づいて委託費を概算払いすることができるものとする。

第6条 乙は、甲からこの委託事業についての必要な報告を求められたときは、速やかにこれを行うものとする。

第7条 乙は、この契約に基づく委託事業によって得た成果を甲の承認を得ないで、これを公表してはならないものとする。

第8条 乙は、委託事業を実施するため、委託費により取得した物品を善良な管理者の注意を持って管理するものとする。

2 乙は、委託費により取得した物品であって甲の指定するものについては、委託事業終了後甲の指示に従うものとする。

第9条 甲は、乙が次の各号の一に該当するときは、この契約を解除し、委託費の全部又は一部を支払わないことができるものとする。

(1) この契約に違反したとき。

(2) この委託事業を遂行することが困難であると甲が認めたとき。

2 甲は、前項の規定によりこの契約の解除を行った場合には、第5条第3項の規定により支払った額の全部又は一部を返還させることができるものとする。

第10条 乙は、この委託費を他の経費と区別して経理するとともに、委託費の収支を明らかにする帳簿を備えるほか、その証拠書類を委託事業終了後5年間整理保管するものとする。

第11条 乙は、この委託事業に係る支出明細書を様式(2)により作成し、国からの補助金等全体の金額及びその年間収入に対する割合を示す書類を添付した上で、計算書類等と併せて事務所に備え付け公開するとともに、決算後10日を経過した日又は平成16年7月10日のいずれか早い日までに甲及び法務省に報告するものとする。

第12条 乙は、委託事業の終了の日から起算して1ヶ月を経過した日(第9条第1項の規定により委託契約の解除を行った場合には、当該解除を行った日から1ヶ月を経過した日)又は平成16年4月10日のいずれか早い日までに様式(3)による事業実績報告書を作成し、甲に提出するものとする。

第13条 乙は、清算の結果、第5条第3項の規定により支払いを受けた額に剰余を生じた場合には、その剰余金を甲の指示に従って返納するものとする。

第14条 この委託事業の委託期間は、契約を締結した日から平成16年3月31日までとする。ただし、乙が平成15年4月1日からこの契約締結までの間に実施した事業で甲の認めるものについては、この契約により実施したものとみなすものとする。

第15条 乙は、この委託事業が予定の期間内に完了しない場合、又は委託事業の遂行に重大な支障を来し、若しくは来たすおそれのある事故等が発生した場合には、速やかにこの旨を甲に報告し、その指示を受けなければならない。

第16条 この契約に規定がない事項については、その都度甲と乙が協議の上決定するものとする。

この契約の締結を証するため、契約書2通を作成し、双方記名押印のうえ、各自1通を所持するものとする。

平成15年6月6日

甲 支出負担行為担当官

厚生労働省健康局長

高原 亮 治 印

乙 財団法人日弁連法務研究財団

理事長

新 堂 幸 司 印

(別紙省略)

2：ハンセン病問題に関する事実検証調査事業実施要領

ハンセン病問題に関する事実検証調査事業実施要領

ハンセン病問題に関する事実検証事業の実施要領は以下のとおりとする。

1. 目的

ハンセン病患者に対する隔離施策が長期間にわたって続けられた原因、それによる人権侵害の実態について、医学的背景、社会的背景、ハンセン病療養所における処置、「らい予防法」などの法令等、多方面から科学的、歴史的に検証を行い、再発防止のための提言を行うこと。

2. 内容

(1) 方法

本事実検証調査事業は、別紙1「ハンセン病問題に関する検証会議運営要綱に基づく検証会議および検討会（以下、「検証会議」、「検討会」という。）を設置して行う。

(2) 検討課題

検証会議及び検討会の基本的検討課題は、別紙2「ハンセン病問題に関する検証会議・検討会検討課題」のとおりとする。

(3) 資料開示等

厚生労働省は、検証会議及び検討会が必要とする場合、個人のプライバシーの保護等に配慮しつつ、その所管内にある関係資料を原則としてすべて公開し、地方自治体等に対しても、必要に応じ資料開示の協力を求める。

(4) 報告結果の尊重

厚生労働省は、委託先財団法人日弁連法務研究財団より提出される検証会議報告書の内容・再発防止のための提言を尊重し、今後の疾病対策等の政策に生かすものとする。

3. その他

検証会議及び検討会の委員に選定された者は、下記の項目について、留意しなければならない。

①本事実検証調査事業において、委員が本事業により知り得た情報については、講演、著書等、本事業以外の活動において、個人のプライバシーへの保護等に配慮し、検証会議の範囲を超えて公にしないこと。

② ①は、本事実検証調査事業が終了した後も同様であること。

4. 事実検証調査事業期間

契約締結日から平成16年3月31日

3：ハンセン病問題に関する検証会議運営要綱

ハンセン病問題に関する検証会議運営要綱

(目的)

第1条 ハンセン病問題に関する検証会議（以下、「検証会議」という。）は、これまでのハンセン病患者に対する隔離政策が、長期間に渡って続けられた原因、それによる人権侵害の実態について、医学的背景、社会的背景、ハンセン病療養所における処置、「らい予防法」などの法令等、多方面から科学的に検証を行い、再発防止の提言を行うなど、今後の疾病対策等に資することを目的として設置する。

(検討会の設置)

第2条 検証会議が検証活動を行うために必要な調査、検討、報告書の作成等を行うために、同会議の下に検討会を設置する。

(構成)

第3条 検証会議の委員は次の各号に定める者で構成し、委託先である財団法人法務研究財団理事長が選任する。

- ①ハンセン病患者・元患者 2名
- ②マスコミ 5名
- ③弁護士 2名
- ④療養所長 1名
- ⑤学識経験者 4名（うち2名は検討会委員の互選による推薦）

2 検討会委員は、委託先である財団法人法務研究財団理事長が選任し、委員数は20名以内とする。

(座長及び委員長)

第4条 検証会議の座長は、第3条第1項により選出された委員から、委託先である財団法人日弁連法務研究財団理事長が選任し、任命する。

2 検討会に委員長をおくことができる。委員長は、検討会委員の互選による。

(検証会議の活動)

第5条 検証会議は、第1条の趣旨に基づき、基本的な検討課題を整理して検討会にその検討課題を示すとともに、検討会からの報告等を踏まえ、当該課題について審議した上、報告書を作成する。

2 検討会は検証会議と相互に情報交換に努めるなど連携を図り、必要に応じ、検証会議に研究状況を報告するものとする。

(資料開示)

第6条 厚生労働省は、検証会議が必要とする場合、個人のプライバシー保護等に配慮しつつ、

その所管内にある関係資料を原則としてすべて公開する。

(会議の公開)

第7条 検証会議は原則として公開する。また、検証会議の議事録は毎回作成し、内容を出席者が確認した上、原則公開する。

(事務局)

第8条 検証会議及び検討会の運営事務は、委託先である財団法人法務研究財団が行う。

4：ハンセン病問題に関する検証会議・検討会の検討課題

ハンセン病問題に関する検証会議・検討会の検討課題

検討1

1907年法「癩予防ニ関スル件」から1953年らい予防法制定に至る経緯

検討2

らい予防法が1996年まで改廃されなかった事情

検討3

優生保護法第3条第3号制定の経緯

検討4

上記1. 2. 3に関して、諸外国政策との比較

検討5

上記1. 2. 3に関して、医学界が果たした役割

検討6

ハンセン病に関する偏見差別が作出・助長されてきた実態（無らい県運動、マスコミの役割等）

検討7

断種・堕胎・重監房・強制労働・貧困な医療等の療養所実態

検討8

被害の全体像の解明（家族との断絶、家族被害、社会復帰の困難、隔離の精神的影響等）

検討9

沖縄及び日本占領下地域におけるハンセン病施策

検討10

上記1ないし9を踏まえた再発防止のための提言

検討11

ハンセン病政策の実態に関連する資料の収集・データベース化

5：検証会議・検討会委員一覧

検証会議委員一覧(2005年1月現在)

座長	金平 輝子		元東京都副知事
副座長	内田 博文	検討会委員兼任	九州大学法学部 教授
	鮎京 眞知子		弁護士
	和泉 眞蔵	検討会委員兼任	アイルランガ大学熱帯病センター ハンセン病研究室
	神 美知宏		全国ハンセン病療養所入所者協議会 事務局長
	筈 雄二		ハンセン病違憲国賠訴訟全国原告団協議 会 会長
	大塚 浩之		読売新聞東京本社 社会部次長
	藤野 豊	検討会委員兼任	富山国際大学人文社会学部 助教授
	藤森 研		朝日新聞社 編集委員
	牧野 正直		国立療養所邑久光明園 園長
	三木 賢治		毎日新聞社 論説委員
	光石 忠敬		弁護士
	宮田 一雄		産経新聞社 論説委員

2002年度・2003年度委員

	鈴木 伸彦		読売新聞社 社会部次長(当時)
--	-------	--	-----------------

検討会委員一覧(2005年1月現在)

委員長	井上 英夫		金沢大学法学部 教授
運営委員	和泉 眞蔵	検証会議委員兼任	アイルランガ大学熱帯病センター ハンセン病研究室
	宇佐美 治		国立療養所長島愛生園 入所者
	江連 恭弘		法政大学第二中高等学校 教諭
	内田 博文	検証会議委員兼任	九州大学法学部 教授
	岡田 靖雄		精神科医療史研究会 世話人

	窪田 暁子		中部学院大学人間福祉学部 教授
	訓 覇 浩		真宗大谷派解放運動推進本部 本部委員
運営委員	酒井 シヅ		順天堂大学医学部 客員教授
	佐 藤 元		東京大学大学院医学系研究科 講師
	鈴木 則子		奈良女子大学生活環境学部 講師
	田ヶ谷 浩邦		国立精神・神経センター精神保健研究所 精神機能研究室長
運営委員	並里 まさ子		国立療養所栗生楽泉園 副園長
	福岡 安則		埼玉大学教養学部 教授
運営委員	藤 野 豊	検証会議委員兼任	富山国際大学人文社会学部 助教授
	松原 洋子		立命館大学大学院先端総合学術研究科 教授
	丸井 英二		順天堂大学医学部 教授
	宮本 阿伎		文芸評論家
	森川 恭剛		琉球大学法文学部 助教授
	魯 紅 梅		順天堂大学医学部 助手

2002 年度・2003 年度委員

	能登 恵美子		(株)恒星社編集部 編集者 (当時)
--	--------	--	--------------------

6：検証会議・検討会活動記録

検証会議

【2002年度】

回	会議日	会場	議題
第1回	2002年10月16日	ロイヤルパークホテル	今後の運営方針の決定
第2回	2002年11月11日	日本教育会館第一会議室	検討項目の決定等
第3回	2002年11月26日	国立療養所大島青松園	在園者他聞き取り（公開1名・非公開2名）、意見交換等
	2002年11月27日	同上	園内見学
第4回	2002年12月9日	東京フォーラム501D会議室	退所者聞き取り（公開3名）、検討課題の分担報告等
第5回	2003年1月15日	国立療養所栗生楽泉園	重監房見学、在園者他聞き取り（公開3名）、意見交換等
	2003年1月16日	同上	園内見学
第6回	2003年2月26日	弁護士会館講堂クレオ	情報開示について、2002年度中間報告について
第7回	2003年3月19日	プラザエフ会議室カトレア	情報開示について、調査班について、2002年度経過報告書について等
第8回	2003年3月27日	食糧会館大会議室	2002年度経過報告書について、今後のスケジュールについて等

※第1回、第2回、第6回及び第7回は、検討会との合同会議

【2003年度】

回	会議日	会場	議題
第9回	2003年4月16日	国立療養所沖縄愛楽園	園内見学等（沖縄ゆうな藤楓協会で非公開2名聞き取り）
	2003年4月17日	同上	在園者他聞き取り（公開2名・非公開1名）、意見交換等
第10回	2003年6月25日	国立療養所邑久光明園	在園者聞き取り（公開3名・非公開1名）、法医学勉強会
	2003年6月26日	同上	園内見学、意見交換等

第11回	2003年9月16日	弁護士会館講堂クレオ	2003年度中間報告書状況報告、調査班進行状況報告等
第12回	2003年9月17日	国立療養所多磨全生園	園内見学、在園者他聞き取り(公開3名)等
第13回	2003年11月12日	国立療養所星塚敬愛園	在園者他聞き取り(公開3名)、病理学勉強会等
	2003年11月13日	同上	園外、園内見学
第14回	2004年2月4日	弁護士会館講堂クレオ	2003年度中間報告書検討会第一次案提出・説明等
第15回	2004年3月10日	食糧会館大会議室	2003年度中間報告書確定

※第11回、第14回及び第15回は、検討会との合同会議

【2004年度】

回	会議日	会場	議題
第16回	2004年4月21日	国立療養所長島愛生園	納骨堂内部検証、歴史館見学、在園者他聞き取り(公開5名)
	2004年4月22日	同上	園内見学、意見交換等
第17回	2004年5月19日	国立療養所奄美和光園	納骨堂内部検証(非公開)、在園者他聞き取り(公開4名・非公開1名)
	2004年5月20日	同上	不自由者棟見学・歓談、園内見学、白百合寮見学
第18回	2004年6月15日	国立療養所菊池恵楓園	園内見学、パネル展、映画「厚い壁」鑑賞等
	2004年6月16日	同上	リアル・ライト両女史記念館・菊池医療刑務支所跡見学、在園者他聞き取り(公開5名)等
	2004年6月17日	待労院診療所他	院内見学、入所者との歓談、本妙寺見学
第19回	2004年6月27日	大手町サンケイプラザ	最終報告書に向けての討議
第20回	2004年7月14日	国立療養所松丘保養園	納骨堂内部検証(非公開)、在園者他聞き取り(公開3名)、治療棟等見学(非公開)
	2004年7月15日	同上	退所者聞き取り(非公開1名)、園内見学等
第21回	2004年8月18日	国立駿河療養所	納骨堂内部検証(非公開)、入所者他聞き取り(公開3名)、園内見学
	2004年8月19日	神山復生病院	墓地にて献花、院内見学、在院者と歓談(非公開)
第22回	2004年9月16日	国立療養所東北新生園	霊安堂内部検証(非公開)、在園者他聞き取り(公開2名)、園内見学
	2004年9月17日	同上	在園者他聞き取り(公開3名)、意見交換
第23回	2004年10月7日	弁護士会館講堂クレオ	最終報告書作成に向けて
第24回	2004年11月17日	国立療養所宮古南静園	納骨堂内部検証(公開)、在園者他聞き取り(公開3名)、意見交換

	2004年11月18日	同上	園内見学、不自由者棟見学、元園長（復帰前）聞き取り（公開1名）
第25回	2005年1月27日	食糧会館大会議室	特別報告書の提出について、最終報告書のまとめについて
第26回	2005年3月1日	星陵会館ホール	最終報告書提出

※第19回、第23回、第25回及び第26回は、検討会との合同会議

検討会

【2002年度】

回	会議日	会場	議題
第1回	2002年10月16日	ロイヤルパークホテル	検証会議委員の選出等
第2回	同上	同上	今後の運営方針の決定等
第3回	2002年11月11日	日本教育会館第一会議室	検討項目の決定等
第4回	同上	同上	検討項目の分担等
第5回	2003年1月17日	東京フォーラム501D会議室	研究分担の確認、研究の進行状況の報告、被害実態調査について等
第6回	2003年2月26日	弁護士会館講堂クレオ	研究報告のまとめ等
第7回	同上	同上	情報開示について、2002年度中間報告について
第8回	2003年3月19日	プラザエフ会議室カトレア	各研究報告のまとめ等
第9回	同上	同上	情報開示について、調査班について、2002年度経過報告書について等

※第2回、第3回、第7回及び第9回は、検証会議との合同会議

【2003年度】

回	会議日	会場	議題
第10回	2003年4月28日	第一東京弁護士会講堂	2002年度検討経過報告書、被害実態調査について等
第11回	2003年7月14日	第一東京弁護士会講堂	検討会の運営について、被害実態調査について等
第12回	2003年9月16日	弁護士会館講堂クレオ	2003年度中間報告書作成の状況報告、調査班進行状況報告等

第13回	2004年2月4日	弁護士会館講堂クレオ	2003年度中間報告書検討会第一次案提出・説明等
第14回	2004年3月10日	食糧会館	2003年度中間報告書確定

※第12回、第13回及び第14回は、検証会議との合同会議

【2004年度】

回	会議日	会場	議題
第15回	2004年6月27日	大手町サンケイプラザ	最終報告書に向けての討議
第16回	2004年10月7日	弁護士会館講堂クレオ	最終報告書に向けての討議
第17回	2005年1月27日	食糧会館大会議室	最終報告書に向けての討議
第18回	2005年3月1日	星陵会館ホール	最終報告書提出

※第15回、第16回、第17回及び第18回は、検証会議との合同会議

ハンセン病問題に関する検証会議最終報告書

(要約版)

発行日 2005年3月1日
発行 財団法人日弁連法務研究財団
編集 ハンセン病問題に関する検証会議
〒100-0013 東京都千代田区霞が関1-1-3
弁護士会館14階
(財)日弁連法務研究財団内

電話 03(3500)3658
FAX 03(3500)0055
URL <http://www.jlf.or.jp>

