The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	ハンセン病対策の過ち
Author(s)	青木, 美憲
Citation	makoto. 2024, 208, p. 2-7
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/98077
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

ハンセン病対策の過ち

国立療養所邑久光明園 園長
青 木　美 憲

はじめに

2001（平成13）年５月11日にハンセン病回復者による国を相手取った裁判に判決が下された。さらに2019（令和元）年６月28日にハンセン病回復者の家族による裁判に判決が下された。この二度にわたる裁判の判決によって感染症対策としてのハンセン病隔離政策は厳しく断罪された。なぜ過ちが生じたのか、若干の考察を述べたいと思う。

強制隔離政策がもたらした未曽有の被害

2001（平成13）年判決の裁判の過程で、国の隔離政策によって入所者が受けた被害の実態がつまびらかにされた。

強制収容と終生隔離－らい予防法に基づき府県職員により文字通り強制的に収容されたケース、府県ごとに患者をゼロにすることを目標とした「無らい県運動」により社会に居場所を奪われ半強制的に入所させられたケース、「家族を被害から守るため」「治療のため」「府県職員から２，３年で治って帰れると騙された」など、自ら入所したケースなどさまざまであるが、誰一人として自由意思で入所した者は無く、全員が実質的な強制収容であったと言える。しかし「療養所のおかげで患者が救われた」と考える人がいるのも事実である。筆者が20年前に高松市にある大島青松園で聞き取り調査を行った際、四国遍路の経験者３人は、四国遍路は「行く当てのない放浪の旅」「野垂れ死に覚悟の旅だった」と語った。人から教えられ療養所に辿りついた時、心底「助かった」と思ったそうである。ではなぜ行く当てのない旅に出ないといけなかったのか。それは国が隔離政策を進めるにあたりこの疾患は恐ろしい伝染病であることを国民に流布した結果、患者は療養所以外に生きる場所を奪われてしまったことが裁判で明らかにされた。すなわち社会に居場所を失ったのは隔離政策が原因であり「療養所のおかげで患者が救われた」という解釈は誤りであることは明白である。

不妊手術と人工妊娠中絶－奄美和光園を除き、入所者同士の結婚は子を産まないことが条件とされ、優生保護法を根拠に、夫は不妊手術を、妻が妊娠した場合に人工妊娠中絶を受けることが半ば強制され常態化していた。人工妊娠中絶では生まれた子を職員が殺めた事例が複数証言された。

罰則－らい予防法によって施設長には懲戒検束権が付与、療養所には監禁室が設置され、逃走や無断外出の行為に対して監禁、謹慎、減食などの罰則が与えられた。罰則規定は隔離を完璧に行うための手段であったと同時に、施設に逆らってはならないという意識を植え付ける目的があったと推測される。

患者作業－かつての療養所は看護助手の配置がなく、障がいの重い入所者の介護を患者作業として入所者同士で行う仕組みであっ

た。患者作業は他に治療助手、洗濯、土木、建築、炊事、残飯処理、亡くなった療友の火葬など、生活に必要な業務全般に及んでいた。患者作業を多くした人ほど手指の障がいが強いことがわかっており、ハンセン病で感覚神経・運動神経にまひのある入所者にとって健康を害するものであった。療養所とは名ばかりで収容所に過ぎなかったと多くの入所者が述べている。

これら隔離政策による直接の被害以外にも間接的な被害として、解雇、離婚や、家族への被害を防ぐためのものとして、偽名の使用、家族との離縁、戸籍分離なども報告された。国は裁判において、偏見差別はもともと存在しており、国の隔離政策によるものではないと主張したが、判決によって国の隔離政策や地方自治体の無らい県運動により、「恐ろしい伝染病である」という恐怖心や嫌悪感が国民に植え付けられ、社会における偏見差別が作出・助長されたことが明らかとなった。

判決では入所者の受けた被害は人生全般に及ぶものであり、それを「人生被害」と表現した。参考：人生の一回性、代替不可能性。

さらに、2019年判決の裁判では、国の隔離政策により疾患に対する恐怖心や嫌悪感が国民に植え付けられた結果、家族もまた偏見差別を受ける状況に置かれてしまったこと、また、患者と家族の間で良好な家族関係を結ぶことを妨げられたことから、家族もまた国の隔離政策の被害者と認定された。

感染症対策としての過ち－1931年の法改正

わが国のハンセン病対策は、1907（明治40）年の法律第11号「癩予防ニ関スル件」の制定に始まる。ハンセン病患者が神社仏閣などで物乞いをする姿が、文明国をめざす国にとって体面上の問題とみなされ、放浪生活をする患者の取り締まりを目的とされた。明治末期を迎え、急性伝染病対策が一段落をしたところで、結核，ハンセン病，梅毒の関心が高まっていた時代であった。２年後の1909年に全国に５つの公立療養所が設置されたが、そのうちの一つが大阪府を主管とする近畿、北陸、山陰の２府10県連合立の外島保養院であった。現在の大阪市西淀川区中島２丁目、人里離れた神崎川の河口の中州に設置されたが、この立地が後の大災害を生むことになる。

さて、こうして始まったわが国のハンセン病対策であるが、昭和に入って一つ目の失敗を犯すことになる。それは1930（昭和５）年に国はハンセン病の根絶を目標に設定、1931（昭和６）年にその手段として、すべての患者の強制収容、終生隔離を定めた「癩予防法」を制定したことである。そして療養所を増設し、国への移管を進めていった。各都道府県では国策に同調して、患者を一人残らず療養所に送り込む無らい県運動を行ない、「ハンセン病は極悪な伝染病である」という宣伝を国民に浸透させていった。

有史以来、根絶を達成した感染症は天然痘のみであり、根絶を目標に掲げ、すべての患者の強制収容、終生隔離を行った感染症対策は他に類を見ない。では、なぜこのような壮大な目標を立て、患者に多大な犠牲を強いる対策を行ったのか。当時のハンセン病医学の権威者で、政策に絶大な影響力を及ぼした光田健輔氏は、療養所の使命を「祖国浄化、同病相愛」とした。すなわちハンセン病の根絶は祖国浄化のためであり、「不幸な」患者は

自分を犠牲にして療養所に入り、そこに新天地を建設して相互扶助の楽園とするという思想であった（1941年『愛生』）。そこにはハンセン病は人類との共存を許さない、徹底的に排除すべき「極悪の疾患」という考え方が見て取れるであろう。しかしながら、ハンセン病はもともと人から人にうつりにくいことは当時でも医学者や政府関係者の間で知られており、直接生命に影響しにくいこともわかっていた。当時は国のために生命を捧げるのが国民の生き方という国家主義的思想のもとで、「社会を疾病から守るためには患者を犠牲にしても構わない」という、行き過ぎた社会防衛思想が背景にあったにしても、患者の人生を犠牲にしてでもハンセン病は根絶すべきという目標設定そのものが誤っていたことは明らかである。

国際的にも1923（大正12）年の第３回国際らい会議以降、伝染性患者と非伝染性患者とでハンセン病予防対策を区別し、隔離を行う場合でも、伝染性患者に限って行うとする考え方が繰り返し提唱されており、わが国が隔離の対象をすべての患者としたのは国際的な見解から逸脱していた。これについて光田氏は後年に以下のように述べている。

（神経型は隔離すべきでないと言うアメリカ人がいるが）結核様斑紋で菌が無くても治療をして監視する必要ある。神経型（筆者注：菌量の少ないタイプで非伝染性にあたる）であつても無菌だとして解放して良いとは言われません。神経型の子に斑紋の出た例があります。神経型もいつ結節型（筆者注：菌量の多いタイプで伝染性にあたる）になるか判らないから隔離すべきものでありましょう。日本の学者としてはそう考えて行くべきであります（1949年「癩病理講習会講演」）

この考え方を結核に当てはめれば、肺外結核を含めてすべての患者を隔離することになってしまう。疾患の根絶を目標とした以上、感染の可能性がごくわずかであっても排除しないといけないと考えたのではないだろうか。

この根絶を目標としたすべての患者の強制収容、終生隔離により、患者や家族にもたらされた被害は前述のとおりである。

感染症対策としての過ち－1953年の法改正

二つ目の失敗は、1953（昭和28）年の法改正である。戦後になり、わが国の隔離政策は見直しの機会を得た。全国の入所者が加盟する患者団体、全国ハンセン病患者協議会（全患協、現在の全療協）が予防法の見直しを国に要望したのだ。背景として、新憲法が制定され、基本的人権という新しい概念が入所者にも広まったこと、1949（昭和24）年ころから特効薬プロミンが全国の療養所に普及し、これまで治らなかった患者もプロミンにより治っていったことが挙げられる。

1951（昭和26）年に「救らいの父」として文化勲章を受けた光田健輔氏（1876-1964）ら３人の園長が参議院厚生委員会で証言を行ったが、光田氏は「患者の意志に反しても強制的に療養所に収容できるような法律が必要だ」などと新しい時代に逆行する証言を行った。それに対して全患協は改正試案を作成し、国会陳情や座り込み、デモ行進、ハンガーストライキなどの激しい闘いを行ったが、1953

（昭和28）年に改正された「らい予防法」は３園長証言が強く影響を及ぼした、従来通りの隔離を基本とした法律であった。

2001（平成13）年判決の裁判ではこの時点での隔離の必要性について検討された。裁判所の判断は以下のとおりである。

①ハンセン病は感染し発病に至る可能性が極めて低い病気であり、以前から政府やハンセン病医学の専門家において十分に認識されていたこと、②わが国のハンセン病患者数は、明治33年から昭和25年までの50年間に半数以下に減少していたこと、またその後も戦後の混乱期を脱して社会経済状態が好転していくことで、自然に減少していくと見込まれていたこと、③ハンセン病は致死的な病気ではない上、自然治癒するものもあったこと、④新法制定当時、既にプロミンがハンセン病に著効を示すことが国内外で明らかとなっていたこと、さらに、新法制定の前年の昭和27年のWHO第１回らい専門委員会では、在宅治療の可能性を拡げるものとして高い評価を得ていたこと、⑤ハンセン病に関する国際会議等では、戦前から隔離を限定的に行おうとする考え方が随所に現れていたこと、特に患者を伝染性患者と非伝染性患者に分け、前者のみを隔離の対象とすべきことは、大正12年の第３回国際らい会議以降、繰り返し提唱されてきたことなどが認められる。

そうすると、他方で、新法制定当時においては、スルフォン剤治療による再発の頻度がいまだ明らかになっておらず、スルフォン剤の評価が完全に確定的になったとまでいえる状況ではなかったことを考慮しても、少なくとも、病型による伝染力の強弱のいかんを問わずほとんどすべてのハンセン病患者を対象としなければならないほどの隔離の必要性は見いだし得ないというべきである。

文中の1952（昭和27）年のWHO第１回らい専門委員会の報告を詳しく見ると、「ほとんどすべてのハンセン病はスルフォン剤治療（注：プロミン注射やDDS内服など）によく応ずる」「現代のハンセン病治療は患者の伝染性を効果的に減少せしめ、患者を非伝染性に変えてしまう」「ハンセン病の軽快の機会を以前に増して与えるようになった最近のハンセン病治療の目覚ましい効果を考えると、強制隔離の実施については再考慮を必要とする」など、特効薬プロミンの登場により強制隔離の見直しを求めるものであった。

そして判決では、プロミンが国内で使用されて10年を経過した時点で評価は確実なものとなっており、国際的にも隔離は否定されたことから、遅くとも1960（昭和35）年にはすべての入所者及び患者について隔離の必要性が失われていたと認定し、隔離政策を違憲と結論づけた。

では、当時の光田氏はプロミンの効果をどのように評価していたのだろうか。３つの文章を引用させて頂く。

（1949年の所長会議において）続いて小川（厚生省予防課長）は、無らい県運動は今後とも展開し、門前収容は拒否しない。この点についてはGHQからも注意されている。そのためには、非常に軽快したものや神経型のフルイものを退所させ、代りに重症なものを入所させてはどうかと提案した。これを聞いた光田は直ちに、そのような生兵法は大怪我の

基だ。軽症な神経型で光田反応陽性であっても末梢神経に新鮮ならい菌が証明された症例があり、たとえ軽症患者であっても退所させてはならない。遺言として言っておくと反論した（成田稔『日本のらい対策から何を学ぶか』2009年）。

1947年から愛生園ではプロミンの注射をはじめたが、患者の希望は恐ろしいほどであった。しかし私の期待は患者ほど熱狂的にはなれなかった。らい菌に関するかぎり予後の経過を10年見なければ正しい判定ができないというのは私の鉄則である（光田健輔『回春病室』1950年）。

同一薬品を十年も続ければ耐性を当然表してくるだろうと考えられる。それを裏書きするように、最近プロミンにも強い抵抗を示す再発症例が若干できてきたことは注目しなければならない（1958年横田篤三「ライの医学」）。

「光田健輔氏はプロミンの効果を過小評価した」「科学的な判断ができなかった」と論じる見解を見聞きするが、はたしてそうだろうか。光田氏は、プロミンの評価は時間をかけて慎重に行う必要があると考えた。光田氏は臨床経験と検査所見からプロミンの効果を実感していただろうが、古くから治療薬として用いられてきた大風子油がそうであったように、一時的に病勢を抑えても再発する可能性も考えたのではないか。しかしそうだとしても、一定の効果が認められるプロミンが登場し、強制隔離の見直しを求める国際的な見解に反して隔離政策を見直そうとしなかったのは、ハンセン病の根絶にこだわり続けた結果、わずかであっても感染が生じる可能性のある方法を許容できなかったからではないだろうか。また、プロミンで症状が劇的に改善するようになっても、根絶すべき「極悪の疾患」という従来の疾病感から脱却することができなかったのだろうか。

おわりに

2019年に中国で発生した新型コロナウイルス感染症は、ゼロコロナ政策からウイズコロナ政策まで、目標設定は各国でさまざまであった。そして目標に応じて対策もさまざまであった。一般に感染症対策を厳しくすればするほど流行は抑えられるが、人権の制約は大きくなり、社会的コストも増大する。逆もまた然りである。わが国のハンセン病対策では疾患を極悪のものと位置づけ、患者の人生を犠牲にしてでも根絶することを目標に設定し、有効な治療薬が開発されてからも根絶にこだわり続けてしまった。

かつて大阪府にあった外島保養院は、海と川に面した海抜ゼロメートルという立地のため、1934（昭和９）年の室戸台風で壊滅的被害を受け、入所者173人、職員３人、職員家族11人の命が一瞬のうちに奪われた。療養所を再建するにあたり住民が反対して大阪府内に土地を確保できず、1938（昭和13）年に２府10県から遠く離れた岡山の地に光明園として再建され、以降、86年が経過した。

現在、入所者数は51人、平均年齢は88歳である（８月13日時点）。入所者や家族ら自らによる人間の尊厳をかけた闘いを経て入所者や家族の人権の回復が進み、療養所での生活は安定するに至った。しかし、まったく変化

のない部分もある。その一つが納骨堂である。一般の病院であれば亡くなられた方のご遺体は遺族が引き取り葬儀を挙げ、荼毘に付してお墓に納めるであろう。しかし療養所では葬儀を園内で挙げる場合がほとんどである。その場に遺族が参列されるとは限らず、参列されたとしてもご遺骨を持ち帰るケースは多いとは言えず、当園ではご遺骨の引き取りが1割に満たない年もある。それは遺族が身内にハンセン病患者がいたことを秘密にせざるを得ない状況が今も続いているからに他ならない。

国の隔離政策が患者や家族の人生を取り返しのつかないものに変えて、今も回復されていない。二度と同じ過ちを繰り返すことのないよう、ハンセン病の教訓が感染症対策の分野で生かされることを切に願っている。

略歴

1965年　北海道札幌市生まれ。
1993年　大阪大学医学部を卒業。
1997年　大阪大学医学部公衆衛生学（医学概論）大学院生として多田羅教授に師事、療養所入所者の聞き取り調査を行う。
2000年　国立療養所邑久光明園に勤務。
2002年　ミャンマー国ハンセン病プロジェクトへ派遣。
2004年　国立駿河療養所・国立療養所邑久光明園に勤務。
2006年　大阪府守口保健所・枚方保健所に勤務。
2009年　国立療養所邑久光明園に勤務。現在に至る。

外島保養院記念碑（大阪市西淀川区）

邑久光明園納骨堂