

# 北海道ハンセン病問題検証報告書

平成 23 年 6 月

北海道ハンセン病問題を検証する会議

今回のハンセン病問題の検証につきましては、一昨年9月に、国立ハンセン病療養所に入所されている本道出身の元患者の方々から、「里帰り事業」で来道された際、「ハンセン病問題を風化させないために、これまでの隔離政策の実態を明らかにし、後世に語り継いでほしい」とのお話をいただいたことにはじまりました。

これを受け、道は、昨年4月、「北海道ハンセン病問題を検証する会議」を設置し、全国の療養所におられる元患者の方々をはじめ、そのご家族や関係者の方々、本検証会議の委員及びワーキンググループの皆様のご協力ご尽力により、約1年をかけて検証結果を取りまとめていただきました。

この検証は、過去90年もの長い期間にわたり、ハンセン病患者を”療養”という名のもと、療養所に隔離収容するとともに、社会全体にハンセン病に対する誤った偏見、差別の意識を植え付けたという、人権を全く無視した強制隔離政策に関して、特に北海道における実態はどのようなものであったのか、という視点で行っていただきました。

その結果、本道では、明治42年から523人のハンセン病患者の方々療養所に収容されていたという実態が明らかとなりました。

この中には、国の方針に沿ったものとはいえ、北海道が積極的に隔離収容に関与した例も多く、決してその責任を免れ得るものではないと考えております。

北海道知事である私といたしましても、元患者の方々北海道にお帰りになった際にお会いしたり、いくつかの療養所にもお伺いさせていただきました。その際、元患者の方々に、率直に、これまで、苦難と苦痛をおかけしたことに対して、ここから反省とお詫びを申し上げるとともに、名誉の回復に向けた人権上の問題も、しっかりと対処しなければならないということをお誓い申し上げているところです。

過去のこの事実は、決してぬぐい去ることはできませんが、二度と同じ過ちを繰り返さないために、北海道として、ハンセン病の歴史にしっかりと目を向け、そこから得た貴重な教訓を、次代への警鐘として余すことなく語り伝えることが大切であり、また使命であると考えております。

また、この検証を新たな契機として、将来を担う青少年を中心にハンセン病の正しい知識の普及啓発を一層推進し、元患者の方々の人権が最大限に尊重され、すべての人がともに支え合う社会づくりに努めてまいります。

終わりに、本報告書の作成に当たりご協力ご尽力を賜りました本検証会議の委員各位をはじめ、各関係者の皆様、特に辛い体験等をお話しいただきました元患者の方々やご家族の方々に、こころより深く感謝申し上げます。

平成23年（2011）6月

北海道知事 高橋はるみ

# 目 次

1	日本におけるハンセン病問題	
(1)	ハンセン病について	
ア	ハンセン病とは	1
イ	治療法の変遷	1
ウ	偏見・差別の背景	2
(2)	ハンセン病問題の歴史	
ア	明治以前	2
イ	明治時代	3
ウ	大正時代	4
エ	昭和時代（昭和20年まで）	4
オ	昭和時代（昭和21年以降）	5
カ	平成時代（現在まで）	7
(3)	社会医学の視点で見た近代ハンセン病対策	7
	～和泉眞藏先生の講演録～	
2	北海道のハンセン病問題	
(1)	過去の資料からみた実態	
ア	明治から大正にかけて	13
イ	ハンセン病患者数等の推移	
□	道内のハンセン病患者数	16
□	療養所へ収容した患者数の推移	17
□	入所患者数の推移	18
(2)	行政の実態	
ア	北海道庁の担当組織	21
イ	元指定医及び元担当道職員の証言から	
□	元指定医	23
□	元担当者	23
ウ	行政の取り組み	
□	旧「癩豫防法」時代（昭和27年以前）	24
□	新「らい予防法」以後（昭和28年以後）	29
(3)	医療関係者からみたハンセン病	
ア	「北海道ニ於ケル癩ノ統計的観察」から	39
イ	「北海道ニ於ケル癩ノ観察」から	40
ウ	松丘保養園元園長荒川巖氏の寄稿から	43
(4)	国立ハンセン病療養所「松丘保養園」	
ア	設立経緯	45
イ	道県立時代の療養所	47
ウ	旧「癩豫防法」の頃	49

エ	戦後から現在まで	51
オ	将来	53
(5)	北海道の特徴	
ア	北海道の実態	
	□ 全国との比較	54
	□ 「癩の根絶策」等の影響	55
イ	道内の患者分布状況	56
ウ	北方型に関する考察	59
エ	北海道と療養所	
	□ 療養所の位置	61
	□ 里帰り事業	62
3	道内出身の元ハンセン病患者等の証言	
(1)	聞き取りにあたっての方針	65
(2)	聞き取りの実施	65
(3)	聞き取りの概要	
ア	隔離前の生活の様子	66
イ	隔離時の状況	66
	(ア) 療養所までの搬送の状況	67
	(イ) 療養所入所時の状況	68
ウ	療養所内での生活などの様子	
	(ア) 療養所での氏名	68
	(イ) 居住の状況	68
	(ウ) 結婚の状況	68
	(エ) 重監房の状況	69
	(オ) 家族との交流の状況	69
	(カ) 作業の状況	70
	(キ) 学校の状況	70
	(ク) 治療の状況	70
	(ケ) 入退所の状況	71
エ	現在の思いなど	71
4	支援団体の取り組み	
	財団法人北海道ハンセン病協会	73
	ハンセン病問題を考える会	75
	ボランティア・北海道はまなすの里	78
	～社会復帰した元患者Yさんを支援して～	82
	ハンセン病回復者と北海道をむすぶ会	84
	札幌弁護士会人権擁護委員会	86

5 北海道としての考察	
(1) 患者数等について	87
(2) 行政の取組み	87
(3) 民間の取組み	88
(4) 療養所の生活	89
(5) 人権の侵害	90
6 未来への提言	
(1) 人権が最優先される社会を築くために	92
(2) ハンセン病問題を風化させないために	92
(3) 元患者や家族を支えていくために	93
(4) すべての人が共生できる社会をめざして	94
証 言	95
参考資料	187
検証を終えて	223

## 【報告書 記述凡例】

- ・ 「癩（らい）」「らい」などの不適切用語について  
疾患名は原則「ハンセン病」としましたが、文献からの引用のほか医学用語、法律用語、歴史的用語、及び証言の中の「癩」「らい」などの表現は、あえて原文のまま使用しました。
- ・ 呼称について  
それぞれの文脈や文献、及び証言などから「患者」「元患者」「入所者」「在園者」「退所者」「在宅療養者」などの呼称を原文のまま使用しました。
- ・ 旧字体や文章表現について  
文献資料(引用を含む)については、可能な限り原資料の字体及び当時の文章表現のまま使用しました。
- ・ 年号の表記について  
年号の表記は原則、和暦（西暦）としました。
- ・ 統計について  
統計数値やデータは原資料に従いました。
- ・ 地名について  
町村名及び地区が特定できるような場合は、地名等を伏せることとしました。
- ・ 写真等の掲載について  
本書に掲載された写真等は、関係者のご厚意により許可されました。
- ・ 出典、引用文献等  
引用文献資料は、各引用文の中で表記していますが、参考とした文献資料については巻末の「参考文献」としてまとめました。
- ・ 文中の関係者の敬称は省略させていただきました。

## 1 日本におけるハンセン病問題

### (1) ハンセン病について

#### ア ハンセン病とは

ハンセン病は、明治6年（1873）にノルウェーの医師アルマウエル・ハンセンが発見した「らい菌」による感染症である。かつては、「らい病」と呼ばれていたが、この呼び名は歴史を通じてさまざまな偏見・差別とともに使われてきたことから、現在は、発見者の名前にちなみ、ハンセン病と呼ばれている。

ハンセン病は、基本的には末梢神経や皮膚が侵される病気で、知覚障がい、特に温度覚や痛覚の麻痺が起こったり、皮膚の表面に結節（こぶ）や斑紋が現れるなど、外見上に特徴的な障がいが生じることがある。

ハンセン病は、以前は同一家族に患者が現れることも多く、潜伏期間が長いことなどから、遺伝病と誤解されていた時代が長く続いた。その後、国の絶対隔離政策の推進があり、社会、国民から強制的に隔離するという特別な差別感を生み出し、患者、家族への恐怖感や偏見を助長した。

「らい菌」は毒性や感染力が極めて弱く、乳幼児などの免疫力の弱い人がらい菌と接触したときに感染する場合があるが、現在のような社会経済状況、生活環境状況では、ほとんど発病しない。

ハンセン病は、現在では、有効な薬剤を使うことにより、確実に治療ができ完治する病気となり、早期発見、早期治療により後遺症もまったく残らない。

回復した患者の方によく見られる手足や顔などの障がいは、適切な治療薬ができる以前に病気が進行したことによる後遺症であり、今も病気が続いているわけではなく、接触しても感染する可能性はまったくない。

#### イ 治療法の変遷

ハンセン病の治療は、化学療法薬ができるまでは、大風子油（大風子という樹木の種子から精製した油）が唯一の治療薬として広く使われていたが、病気の進行を止める効果はなかった。

昭和18年（1943）に、アメリカにおいて、プロミンという化学療法薬がハンセン病に非常に効くとの報告があった。日本では、戦時中であったが、東京大学教授の石館守三が中立国を通じ情報を入手し、昭和21年（1946）にプロミンの合成に成功し昭和22年（1947）頃から使用されるようになった。

このプロミン治療（静脈注射）により、これまで不治の病と呼ばれていたハンセン病に対して大きな効果が現れてきたが、飛躍的な発展を遂げたのは、プロミンを改良したダプソン（DDS）という錠剤（内服薬）の完成であり、急速に世界中に広まっていった。

1970年代に入り、抗結核剤であるリファンピシンがハンセン病に対し、治療期間の短縮や再発率の減少に顕著な有効性が明らかになり、ハンセン病治療に画期的な進歩をもたらした。

1980年代に、WHO（世界保健機関）が多剤併用療法（MDT）という新しいハンセン病の治療方針を提唱した。多剤併用療法は、リファンピシンを主体に、



免疫抑制剤であるクロファジミン、ダブソンの3剤を用いるもので、この療法により、ハンセン病の治療法はほぼ確立されたと考えられている。

## ウ 偏見・差別の背景

ハンセン病は、古くから悪行の報いであるとして、「天刑病」、「業病」と呼ばれ、家族も含め忌み嫌われ差別を受けていた。さらに、この病気が家族内で発生することが多かったため、17世紀半ば以降には医学的にも「血筋の病気」（遺伝病）と考えられるようになり、この考えが次第に庶民にも浸透していった。

昭和に入ってから、プロミンが発見されるまでの長い間、「不治の病」と考えられ、社会全体がこの病気に大きな恐怖心を抱いていた。

しかし、ハンセン病が偏見、差別を受けた最大の反省すべき理由は、日本が「らい予防法」を作り、90年間もの長い期間にわたり、人権を全く無視した強制隔離政策を強力に進めてきたことであるといえる。

世界が新たな医学的知見を踏まえ、人権に配慮した治療方針に変わっていく中で、日本だけは、いたずらに恐怖心を国民に植え付け、隔離政策を改めなかったことが、患者、家族の方々に取り返しのつかない多くの悲劇を招いてしまったのである。

## (2) ハンセン病問題の歴史

### ア 明治以前

養老4年（720）に完成した「日本書紀」に、文献としては初めて「らい」という語が登場する。それによれば、7世紀の初め、朝鮮の百済から、「白らい」の者が渡来したとされている。

12世紀初めに編纂された「今昔物語集」には、比叡山の僧が悪行の報い「白らい」となり、穢れた者として差別を受け、京都清水坂の庵に入り、まもなく死んだとの話があり、「らい者」は、非人の扱いを受け、京都清水坂に集落を作って、物乞いで生計を立てていたとされている。

鎌倉時代には、律宗の僧、叡尊と忍性が奈良で「らい者」を救済し、北山十八間戸や西山光明院に収容したとされている。

また、時宗の開祖、一遍の信者の中に、多くの「らい者」がいたことが、布教の様子を表した「一遍聖絵」に描かれている。

室町時代には、16世紀に相次いで来航したカトリック宣教師が「らい者」を救済したとされている。その中心となったのはフランシスコ会であり、同会の多くの修道院には「らい病院」を付設したとされている。

しかし、江戸時代になると、幕府のキリスト教弾圧により修道院の「らい病院」は解体させられている。当時のキリスト教信者の中には、救済を受けるため入信した「らい者」が多くいたとされている。

「らい病」については、古くから毛穴から侵入する感染症であるという説や、悪行の報いであるという説などがあったが、江戸時代になって、その原因は家筋説（遺伝説）が一般的になったとされている。

## イ 明治時代

明治6年（1873）に、ノルウェーのハンセン医師が「らい菌」を発見し、細菌による感染症であることが判明した。

一方、日本では、明治8年（1875）に、東京で「らい病」の起廃病院を開設した後藤昌文は、遺伝と感染の両方があるとしながらも、容易には感染しないことから、遺伝が主要因と考えていたとされている。

明治30年（1897）にベルリンで開催された「第一回国際らい会議」において、国際的に感染症であることが確認され、隔離が最善の方法と採択したが、当時の日本では、まだハンセン病が感染症であるという認識はなく、コレラなどの急性感染症の対策に追われていたこともあり、適切な対応はできていない状況にあった。

また、治療のための公的な医療施設はなく、外国人宣教師が私的療養所を設立し、救済活動を行っており、ハンセン病患者の対応は外国人宣教師やこれらの施設に依存していたといえる。

- ・ 明治22年（1889）神山復生院（静岡県テストウィード神父（仏））
- ・ 明治27年（1894）慰廢園（東京府ヤングマン宣教師（米））
- ・ 明治28年（1895）回春病院（熊本県ハンナ・リデル宣教師（英））
- ・ 明治31年（1898）待労院（熊本県ジャン・マリー・コール神父（仏））

明治33年（1900）に、内務省が初めて実施したハンセン病患者の全国調査では、患者数は30,359人となっており、ハンセン病患者が家を出て放浪し、神社、仏閣などの門前で物乞いをする光景があちこちで多く見られた。

その前年に、欧米諸国との新条約が発効し、外国人が自由に日本国内を旅行したり、居住できるようになると、放浪し物乞いするハンセン病患者の姿は富国強兵を目指す我が国にとって、国辱以外のなにものでもなく、体面上、患者を一掃する必要が生じてきたのである。

明治38年（1905）には、ハンセン病を「傳染病豫防法」の対象に加える改正法案が衆議院に提出されたが、急性の伝染病と一緒にすべきではないとの理由で否決されている。

こうした背景を受け、明治39年（1906）、当時、東京市養育院の医官であった光田健輔が「癩病患者に対する処置に就いて」を発表した。その内容は放浪者や貧者をまず收容隔離し、富者は自宅において隔離治療し、段階的に隔離を強化し、最終的には患者全員の生涯隔離を目指すものであった。

この光田の考えを政府は全面的に取り入れる形で、翌明治40年（1907）に、法律「癩豫防ニ関スル件」が成立し、明治42年（1909）4月1日から施行となった。

この法律では、当面、放浪患者や貧困患者を対象とし、設置する療養所に收容隔離することとしており、明治42年（1909）に全国5カ所に道府県連立療養所が開設された。

当初は、市街地に近く、交通の便の良い場所ということだったが、地元住民の反

対運動があり、人里離れた原野や中州、離島などに建てざるを得なくなった。

こういった辺鄙な立地環境に加え、法律には退所規定がないため、国民には「隔離されたら一生、家へ戻れない」ということで、ハンセン病への一層の恐怖心をあおった。

また、療養所の収容定員は、5カ所で1,100人と全国の患者数から見て極めて少ないものであった。

- ・ 第一区全生病院 (東京都東村山市 現在の多磨全生園)
- ・ 第二区北部保養院 (青森県青森市 現在の松丘保養園)
- ・ 第三区外島保養院 (大阪府大阪市 室戸台風で崩壊廃止)
- ・ 第四区第四区療養所 (香川県高松市 現在の大島青松園)
- ・ 第五区九州癩療養所 (熊本県合志市 現在の菊池恵楓園)

#### ウ 大正時代

大正3年(1914)、第一次世界大戦が起こると、国民体力の増強、心身共に健康な国民の育成といった「優性政策」の思想が台頭し、結核やハンセン病の予防対策は極めて重要となり、ハンセン病対策も大きく転換するきっかけとなった。

大正5年(1916)、内務省に「保健衛生調査部会」が設置され第4部「癩」の委員に光田健輔全生病院院長が就任している。光田院長は、絶対隔離を主張し、全生病院では、院内で結婚を認める条件に断種手術を開始している。

また、大正5年(1916)には、法律「癩豫防ニ関スル件」が一部改正され、入所者に謹慎、減食、監禁などの処分を課す懲戒検束規定が明文化され、療養所長の取締権限が大幅に強化された。

大正8年(1919)、内務省のハンセン病患者一斉調査によると、患者数は16,535人となっており、療養所の収容患者数は1,500人にも満たない状況でその収容能力の拡充が大きな課題となっていた。

このため、大正10年(1921)から昭和5年(1930)の10年間における療養所の第一期増床計画を策定し、国立療養所を新設することや現行5カ所の公立療養所の病床数を5,000床に拡張することとした。

一方、大正12年(1923)、フランスでの「第三回国際らい会議」では、隔離は人道的に行うこと、治療に支障がない限り患者を家庭に近い場所におくことなどが決議されている。

しかし、日本では、大正13年(1924)、内務省は全患者を療養所への入所対象とするとの通知を地方長官あて出していることなど、ハンセン病の撲滅には、絶対隔離、生涯隔離が最短の道という考えが支配的であった。

#### エ 昭和時代(昭和20年まで)

昭和5年(1930)、内務省衛生局は、「癩の根絶策」を発表した。国内のハンセン病患者数を15,000人と推定し、20年計画、30年計画、50年計画のいずれかにより患者収容を進め根絶を図るというものである。

この年に、岡山県に初の国立療養所である長島愛生園が開設され、光田健輔が園長に就いている。

昭和6年（1931）には、「癩豫防ニ関スル件」が改正され、「癩豫防法」が公布された。この法律により、旧法よりも絶対隔離政策を進めたため、患者は事実上就業ができなくなり、患者全員が隔離対象となり、收容に応じざるを得なくなった。

昭和4年（1929）に、「愛知県より癩を無くそう」という民間運動が起こり、これをきっかけとして、昭和6年（1931）頃から、自分の県からハンセン病患者を一掃するための「無癩県運動」が全国に広まり、過剰な衣類等の消毒や焼却、また、いわゆる「患者刈り」と称される強引な收容により、ハンセン病に対する恐怖心を煽り、偏見、差別を増長させる形で進められたものである。

また、昭和6年（1931）には、貞明皇后の下賜金を基に、渋沢栄一を会長に癩豫防協会が設立され、貞明皇后の誕生日である6月25日を「癩豫防デー」（後の救らいの日）と定めた。

昭和11年（1936）に、内務省は昭和5年（1930）の「癩の根絶策」の3案のうちから、最短の「二十年根絶計画」が策定され、絶対隔離政策の推進体制ができ上がり、全国で無癩県運動が活発化した。

世界的には、医学的にも人道的にも、隔離よりも治療という認識が一般的であり、日本においても、北部保養院院長の中條資俊や京都帝国大学の小笠原登がハンセン病の感染力は極めて弱いことから隔離政策を批判していたが、光田健輔を中心とした国家の体面、民族浄化を最優先に考える絶対隔離肯定派からの圧力に封殺されてしまったのである。

昭和13年（1938）には、栗生楽泉園に、患者の監禁施設である「重監房」（正式には「特別病室」）が設置された。これは、懲戒検束制度の中で、全国の療養所の入所者を対象に、運営に批判的な患者運動を制圧するなどの目的をもって作られた極めて劣悪、過酷な環境の施設であった。

昭和16年（1941）には、5カ所の公立療養所を国立施設として一元化した。これは、従来の公立療養所は管轄道府県出身者のみが收容対象で、管轄外の患者は定員に空きがあっても入所させられなかったためである。

昭和18年（1943）、アメリカにおいて、特効薬プロミンが開発されたが、時は太平洋戦争のまただ中であり、日本にプロミンが導入され、使用されるようになるのは、戦後になってからである。

#### オ 昭和時代（昭和21年以降）

昭和22年（1947）、日本でもプロミン治療が開始され、日本癩学会で治療報告がなされ、その有効性が認識されてきた。また、この年に、栗生楽泉園の重監房における非人権的な処遇等が、国会やマスコミにおいて問題化し、廃止された。

また、プロミンなど治療薬の進歩を受け、厚生省としては、治療による軽快患者の退所を認める意向を表明したが、これに対し、光田健輔らが強く反対し、当時のGHQも隔離政策を是認する結果となった。

さらに、昭和26年（1951）、参議院厚生委員会において、多摩全生園林芳

信園長、長島愛生園光田健輔園長、菊池恵楓園宮崎松記園長による、いわゆる「三園長証言」では、未收容患者の收容促進、療養所定員の拡張、強制收容の法制化、無断外出の罰則規定創設などを求め、結局、政府はこれを受け入れたため、隔離政策が依然として、強化、継続されていくことになる。

しかしながら、同年、療養所に入所している患者の団体である「全国国立癩療養所患者協議会」（全患協現在の「全国ハンセン病療養所入所者協議会」）が組織され、「癩豫防法」の見直しを求め活動が始まり、昭和28年（1953）には、強制收容規定を削除し、退所規定を追加するなどの「癩豫防法改正案」を起草し、これを基に長谷川保衆院議員を中心に議員立法として提案することとしたが、結果として実現せず、結局、政府案による「らい予防法」が可決、成立した。

この法律は、旧法の域を出ないばかりか、新たに、都道府県知事の入所命令規定、外出の原則禁止規定、様々な秩序維持規定等が加わり、さらに強制隔離政策を進めるものとなり、この後、40年以上も続くことになる。

依然として、強制隔離が続いた理由としては、患者の側からは、通常、療養所でなければプロミン治療が受けられない、療養所外で受けたとしても全額自己負担となるなど、治療を受けるためには入所せざるを得ない状況があったこと、さらには、厚生省や患者団体にとっては、国の最終報告書が指摘しているように、入所者の処遇改善のためには、「らい予防法」の強制隔離を前提にする方が対応しやすいことから、人権擁護の視点よりも処遇改善に力点をおいたことが最大の要因と考えられている。

偏見、差別が依然として続いていたことの象徴的な事件として、この時期に熊本県の菊池恵楓園で、藤本事件、竜田寮児童通学拒否事件が相次いで起きている。

- ・ 藤本事件

昭和27年（1952）、入所者藤本松夫が、ハンセン病であることを密告したとされる男の殺害容疑で逮捕され、死刑判決となった事件。無実を主張し続けたが、ハンセン病患者のため十分な裁判を受けられず、冤罪であったとみなされている。

- ・ 竜田寮児童通学拒否事件

昭和29年（1954）、菊池恵楓園の入所者を親に持つハンセン病に感染していない子どもたちが、地元の黒髪小学校PTA等の強硬な反対で通学を拒否された事件。

治療薬としては、昭和28年（1953）に、プロミンを改良した経口投与薬のダブソン（DDS）が完成し、昭和49年（1974）には、抗結核剤のリファンピシンがハンセン治療に顕著な有効性があることが明らかになり、1980年代に、これらを用いた多剤併用療法（MDT）により、ハンセン病の治療法はほぼ確立されたことになる。

## カ 平成時代（現在まで）

昭和26年（1951）に発足した全患協は、昭和28年（1953）の「らい予防法改悪」に憤慨し、これをきっかけとして、予防法闘争が本格的に始まり、平成に入るまで、国に対し要望、提言を行ってきた。また、光田健輔の継承者たちが第一線を退くことになり、世代交代が進んできたこともあり、平成になり、全国国立ハンセン病療養所所長連盟や日本らい学会が相次いで、「らい予防法」の廃止について、公に意見提起した。

さらに、平成6年（1994）元厚生省医務局長で藤楓協会（前「らい予防協会」）大谷藤郎理事長が日本らい学会で「現行らい予防法は廃止すべきもの。入所者の医療、福祉、生活、居住を保障するため新法をつくるべき。」と見解を発表した。

この見解が直接のきっかけとなり、明治40年（1907）に公布された「癩豫防ニ関スル件」以来、世界に類を見ない90年もの長い間生き残ってしまった「らい予防法」が平成8年（1996）3月に廃止され、4月には「らい予防法の廃止に関する法律」が制定され、「らい病」の呼称も「ハンセン病」に変更されることとなった。

全国国立らい療養所患者協議会（全患協）も全国国立ハンセン病療養所入所者協議会（全療協）に改組している。

平成10年（1998）、熊本、鹿児島元患者がハンセン病国家賠償訴訟を熊本地裁に提訴し、翌平成11年（1999）には、東京地裁、岡山地裁においても、元患者からの提訴がなされた。

平成13年（2001）、熊本地裁において、国が長年行ってきた隔離政策を憲法違反とし原告勝利の判決がなされ、国は控訴を断念したことで、判決が確定した。

これを受け、東京地裁、岡山地裁においても和解が成立した。この段階になって、国は初めてハンセン病患者に対して謝罪をし、名誉回復と福祉増進を約束し、損害賠償を行った。

平成14年（2002）、厚生労働省が「ハンセン病問題に関する検証会議」を設置し、国立療養所13カ所、私立療養所2カ所において検証が開始され、平成17年（2005）に最終報告がなされている。

このようにハンセン病問題の解決や検証が図られていく中、平成15年（2003）、熊本県黒川温泉のホテルが元患者の宿泊を拒否する事件が発生した。この事件は、ハンセン病に対する偏見、差別の根深さをまざまざと示すものであるとともに、報道のあり方の是非についても浮き彫りにするものであった。

平成20年（2008）に、全療協、弁護士団、市民学会等が、療養所入所者の隔離政策被害の回復と将来の安定のために国会に請願していた「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」が議員立法により成立し、平成21年（2009）に施行となり、「らい予防法廃止法」は廃止された。

### (3) 社会医学の視点で見た近代ハンセン病対策

平成22年（2010）10月7日、8日に北海道主催で「ハンセン病を正しく理解する講演会」を開催し、現在、インドネシア国立アイルランガ大学客員教授で医学

博士の和泉眞藏先生を講師にお招きして、札幌医科大学医学部と北星学園大学において、学生並びに一般市民を対象に、「社会医学の視点で見た日本の近代ハンセン病対策」と題したご講演をいただいた。

和泉先生は、国立ハンセン病療養所に勤務され、直接、患者の診療に当たられるとともに、大学や研究施設において、ハンセン病をはじめとした感染症の研究に従事されるなど豊富な知見と経験をお持ちで、現在も、インドネシアのイルランガ大学において、ハンセン病の治療や予防対策に当たられ、大きな功績を挙げられている。

ご講演は、ハンセン病の医学的見解、世界と日本のハンセン病政策、医師の果たした役割など、多岐にわたってハンセン病問題の歴史や真実をお話しされており、ハンセン病問題を検証する上からも、貴重な示唆となるものから、その講演要旨をご紹介します。

#### (和泉眞藏先生の略歴)

- |            |  |
|------------|--|
| 1963年      | 大阪市立大学医学部卒業                                  |
| 1964～1967年 | 国立療養所邑久光明園勤務<br>同時に京都大学医学部皮膚病特別研究施設研究員       |
| 1972～1973年 | WHO研究訓練生としてシドニー大学細菌学教室免疫部門留学                 |
| 1974～1975年 | OTCA (JICAの前身) 専門家として<br>「アジア救らい協会インドセンター」派遣 |
| 1984～1988年 | 京都大学医学部皮膚病特別研究施設助手                           |
| 1988～1997年 | 国立多磨研究所病理研究室長、生体防御部長                         |
| 1997～2002年 | 国立療養所大島青松園外科医長                               |
| 2002～2006年 | JICAシニア海外ボランティアとして<br>イルランガ大学熱帯病センター派遣       |
| 2009～現在    | イルランガ大学客員教授兼神戸大学医学部非常勤研究員                    |

#### (講演要旨)

##### 社会医学の視点で見た日本の近代ハンセン病対策

#### 1 ハンセン病とはどんな病気か

ハンセン病は、らい菌の感染により主として末梢神経と皮膚が侵される慢性細菌感染症で、他の細菌感染症と同様に化学療法剤や抗生物質の投与で治癒可能であるが、早期発見・早期治療に失敗すると顔面、四肢などに末梢神経麻痺による後遺症が残る疾患である。

臨床的には、外部から見える皮膚症状の他、末梢神経麻痺による知覚麻痺や運動麻痺などによって身体障がいを伴う特徴があるため、人々に忌み嫌われる要素が多い疾患である。

らい菌は極めて病原性が弱いために、通常の防御免疫能を持つ多くの人には例え感染しても発病することがなく、菌が末梢神経の中で生涯にわたり「共生」状態となる。

ただ、この「共生」状態は何らかの理由で破綻することがあり、菌が増殖してある量に達すると免疫系の引き金が引かれて臨床症状が顕在化し、ハンセン病が発症する。

このように、ハンセン病の発症には人体側の要因（体質）が決定的に重要な役割を果たすことが知られているが、体質を決めているのは、遺伝的素因と後天的因子である。

ハンセン病の発症に「遺伝的素因」が関与しているということは、ハンセン病が特別な病気でないことを示している。なぜなら、私たちが罹る全ての病気の発症には必ず遺伝的素因が関与しているからである。遺伝病というと、子孫にも同じ病気が出る特別に悪質な病気と誤解している人が未だに少なくないが、分子遺伝学の進歩により、全ての人間は病気を引き起こす何らかの遺伝子を持っている事実が明らかになっているので、遺伝病は誰もが罹る可能性のある普通の病気であり、遺伝病を発症している人を特別な人と考えるのは正しくない。

一方、後天的因子は、人が生活する中で形成されていく因子であるために、生活状況によって変化する。

かつて地球上に広く蔓延していたハンセン病も、現在では主としてアジア、アフリカ、ラテンアメリカなどの開発途上国だけで蔓延する疾患になり、日本や欧米の先進国では事実上消滅したが、これは社会経済状態の向上によつて、先進工業国の人々の後天的因子が変化し、ハンセン病に罹らなくなったためと考えられている。

## 2 近代ハンセン病医学の誕生

らい菌が地球上のどこでいつ誕生したかは明らかでないが、その起源は東アフリカ説とインド説の2つが提唱されている。

誕生したらい菌がいつヒトに感染して人類最初のハンセン病患者が出たかも明らかではないが、人類が地球上に拡散するに従ってハンセン病も広がり、現在ではほぼ全世界に分布している。

ハンセン病の流行は時代的に大きな消長があり、中世ではヨーロッパを代表する慢性病であったが、中世の終焉と共に自然に衰退した。ところが、19世紀前半に起きたナポレオン戦争によってノルウェーが未曾有の危機に見舞われるとハンセン病が復活して患者が急増した。このような事情を背景に、近代ハンセン病医学はノルウェーで誕生し、アルマウエル・ハンセンによってらい菌が発見された。

当時、細菌によって引き起こされる感染症はほとんど知られていなかったことから、病原細菌学の歴史におけるハンセン博士の功績は特筆に値する。

## 3 世界における近代ハンセン病対策

近代ハンセン病医学は、19世紀後半にノルウェーで誕生し、世界のハンセン病対策は、基本的にはその時々々の学説に基づいて進められた。

まず、近代ハンセン病医学の父といわれるダニエルセンが、ハンセン病は遺伝病と考えたために、提唱された政策は男女の分離による隔離政策であった。

これに対して、ハンセンは感染症説を唱え、それに基づいてノルウェー方式と呼ばれる緩やかな隔離政策を進めた。

その原則は、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、としている。

このノルウェー方式は、広く世界に受け容れられて、世界各国の事情に合わせて実施されたが、時代の変遷に伴い、より患者の人権に配慮した対策に変化し、隔離政策は穏和なものになっていった。特に、ハンセン病には感染源にならない病型があり、そのような患者は隔離が必要でないことが1923年の「国際らい会議」で同意された。第一次世界大戦後に設立された「国際連盟」も「らい委員会」をつくり、各国に専門家を派遣して人道的な対策の普及に努めている。

世界のハンセン病対策に大きな変化をもたらしたのは、何といても1943年のプロミンの治療効果の発見である。それまでは全ての病型の患者に有効な薬品がなかったために、重病化して悲惨な生涯を余儀なくされる患者が少なくなかったが、プロミンで光明が見えてきた。さらに、革命的变化をもたらしたのは、1950年代に普及した経口薬ダブソンの導入であった。

ダブソンはプロミンと違い内服薬であり外来通院治療が可能になったと同時に、ダブソン内服中の患者の菌には感染力がないことが明らかになり、感染予防を目的とした隔離が必要ではなくなった。

これを受けて、日本を除く各国は新患のハンセン病療養所への入所を中止し、1960年代には「らい予防法」を廃止した。

ハンセン病の化学療法は、1980年代に普及し始めたWHO方式による多剤併用療法(MDT)により大きく変化し、治療成績の向上とともに内服期間も6か月または1年に固定する方法で治療されている。

ただ、多くの流行国では、国の保健衛生対策として治療薬は無料で配布されているが、予防方法がないために新患の発生は減少せず、21世紀に入っても年間25万人前後の発生が続いている。

#### 4 日本における近代ハンセン病対策

日本に最初にらい菌が持ち込まれたのは、朝鮮半島からの渡来人であると考えられており、奈良時代の文献に記載がある。

当時、ハンセン病は伝染病と考えられていて、時代の変遷とともに流行度が変化したと思われるが詳細はわかっていない。

ただ、幕藩体制が確立した江戸時代になると、流行は有病率0.1%くらいで安定し、ハンセン病は伝染性ではなく、「血筋の病気」(遺伝病)と考えられるようになり、差別や迫害を受けながらも隔離されることはなく、神社仏閣で物乞いをして糊口をしのぐようになった。

わが国の近代ハンセン病対策が立案された19世紀末期は、らい菌の発見と時期が重なったために、伝染病対策の色彩が濃いものとなった。

1907年、「癩豫防ニ関スル件」が制定され、1909年には全国5カ所に連合府県立の療養所が開設された。

後に日本のハンセン病対策をリードした光田健輔は、当初ノルウェー方式こそ日本が手本にするべきものと考えていたが、遠隔地に少数の療養所を作るという間違いを犯した。

光田はその後方針を転換してノルウエー方式を放棄し、絶対隔離政策を強力に推進したため、日本のハンセン病対策は世界に類例を見ない過酷なものになり、患者と家族に筆舌に尽くしがたい「人生被害」をもたらした。

昭和に入ると軍国主義の支配に伴って隔離政策は急速に強化され、1931年に「予防法」が改正され、「無らい県運動」にも支えられて「絶対隔離絶滅政策」になっていった。

この政策は、全ての患者を生涯にわたって強制的に療養所に隔離して絶滅することで、日本のハンセン病問題の最終的解決を目指すものであった。

アジア太平洋戦争が終わり、日本でも本格的な化学療法の時代が始まり、絶対隔離政策を見直す動きが見られた時期もあったが、1953年、政府は終生隔離を基本理念とする「らい予防法」を制定するとともに、一般病院でのハンセン病治療を不可能にして絶対隔離政策を続けた。

日本で予防法が廃止されたのは、世界から30年遅れた1996年であったが、国は90年に及ぶ絶対隔離政策の非を認めた訳ではなかった。

これに対し、「らい予防法違憲国家賠償請求訴訟」が起こされ、3年後の2001年に原告が全面的に勝訴した。国がハンセン病政策の誤りを認めたのはその後である。

## 5 日本の近代ハンセン病対策において専門家が果たした役割

日本の近代ハンセン病対策が始まった明治から大正時代には、多くの優秀な医学研究者がハンセン病に興味を持っており、学会発表や論文も多かった。

その中には、北里柴三郎や志賀潔などの名も見える。

また、大学病院などの多くの一般病院でもハンセン病患者の診察が行われ、青木大勇、太田正雄（木下杢太郎）や京都大学の小笠原登などは「大学派」と呼ばれ、国の隔離政策を厳しく批判していた。

彼らの主張は、今読んでも正しいものが少なくない。

一方、療養所に所属する医師は「療養所派」と呼ばれて国の隔離政策を支持し推進していたが、それでも当初は批判的な意見を持つ者も少なくなく、学会などで改革を提案する人もあった。

しかし、国が絶対隔離政策をより強力に進めるようになった昭和以降になると、こうした良識ある意見は学会の中でも抑圧され、多くの優秀な人材がハンセン病の研究から遠ざかり、日本のハンセン病医学は国の政策を「専門家」の名で支える道具になり下がっていった。

その結果、学問の水準は低下し非科学的な主張がハンセン病医学の世界を支配するようになり、国民を誤ったハンセン病観で啓発し、患者や家族に甚大な被害をもたらした。

ハンセン病に対する偏見や差別は、このようにして形成されたものである。

日本の近代ハンセン病対策の歴史は、3つの時期に分けて考察できる。

第一の時期は、1907年から1953年の「らい予防法」成立までの時期で、絶対隔離政策の嵐が吹き荒れてた時期である。

隔離政策の徹底に伴って、ハンセン病医学も一般の医学から隔離されて独善的になり、非科学的で非論理的な言説が学会を支配した時期である。

光田健輔を中心とする「専門家」たちは、ハンセン病を猛毒の菌による強烈な伝染病で不治の病と宣伝する啓発活動を精力的に行ったのである。

第二の時期は、1953年から1996年のらい病予防法廃止までの時期で、本格的な化学療法によって多くの患者が治癒した時期である。

この時期に世界では隔離政策が放棄され、らい予防法も廃止されたが、光田イズムの影響を強く受けていたこの時期の専門家は、国に対し、あるべきハンセン病対策を提言せず、いたずらに隔離政策を進めた。

もし、この時期の専門家が正しい行動を選択していたら、日本のハンセン病は全く違った姿になっていたはずである。

その意味で、この時期の専門家の責任は重大である。

第三の時期は、1996年から現在に至る時期で、日本におけるハンセン病の歴史の終焉期である。

現在の専門家たちの多くは、ハンセン病に対する偏見や差別意識は持っておらず、研究レベルも世界的水準に達しており、かつての独善性はなくなった。

ただ、疫学的思考は貧弱で、正しい啓発活動で国民のハンセン病に関する理解を深めることには成功していない。

1世紀に及ぶ日本のハンセン病対策は、国と国民の重大な過ちによって患者と家族に取り返しのつかない人生被害をもたらした。

私たちはその痛烈な反省の上に立って、被害者をこれ以上苦しめることなく歴史の幕を引く仕事が残っている。

さらに、この過ちから大切な教訓を学び、感染症患者の方々と共存する社会のあり方について深く考察する努力が必要である。



【写真】 講演会（北星学園大学）