

ある。

WHOは、まだ制圧目標を達成していない流行国が数年以内に目標を達成するよう努力を続ける。また、ハンセン病制圧活動を一般保健サービスに統合するための全ての流行国の努力を支援し、特にサービスの質の向上、多剤併用療法 (MDT) の無料提供、信頼に足る登録方法の促進、統合プログラムの一貫としての能力向上や権限の強化、地域社会での認識の向上、そして流行国におけるハンセン病状況の監視、指導、及び評価の向上に重点をおく。

データの由来

世界統計値は、アフリカ地域の 36、南北アメリカ地域の 22、南東アジア地域の 11、東地中海地域の 20、そして西太平洋地域の 26 を含む 115 の国や地域から収集したものである。表 1 は、登録患者数、新規患者数、新規多菌型 (MB) 患者数、新規女性患者数、新規小児患者数、新規患者の中の第 2 級障害者 (G2D) 数、及びその年に報告された再発患者数の各国のデータを WHO 地域ごとに表している。比率は国連人口部の 2005 年人口データに基づいて計算された。

表 1 2006 年初頭における WHO 地域 (ヨーロッパ地域を除く) と国・地域のハンセン病状況

WHO 地域と 国・地域	登録患者数 ^a	新規患者数 ^b	新規 MB 患者数 ^c	新規 女性患者数	新規 小児患者数	新規 G2D 患者数 ^d	再発患者数 ^e
アフリカ地域							
アルジェリア	0	0	0	0	0	0	0
アンゴラ	1,449	1,877	1,426	865	168	183	0
ベナン	306	397	238	173	43	86	0
ボツワナ	6	5	3	2	0	1	0
ブルキナファソ	882	872	628	NR	45	121	0
ブルンジ	509	293	234	67	25	62	0
カメルーン	537	537	412	NR	63	27	NR ^f
カーボベルデ	15	2	2	0	0	0	0
中央アフリカ	315	252	158	151	30	41	2
チャド	786	367	275	77	14	52	0
コモロ	72	133	30	60	52	4	0
コンゴ共和国	215	207	149	88	19	35	0
コンゴ民主共和国	9,785	10,737	5,963		1,308	1,051	2
エチオピア	5,277	4,698	4,157	1,473	324	589	261
エリトリア	8	8	5	5	0	1	4
カボン	45	30	28	10	1	5	2
ガーナ	762	803	624	392	87	25	0
ギニア	712	980	642	NR	88	108	NR
ギニアビサウ	80	64	45	28	5	12	0
ケニア	180	158	146	74	5	16	13
レソト	12	7	7	3	1	0	2
リベリア	292	267	170	NR	79	NR	1
マダガスカル	2,094	2,709	2,021	658	394	246	NR
マリ	484	537	369	NR	NR	NR	0
モーリタニア	64	115	64	0	0	22	NR
モザンビーク	4,889	5,371	3,364	NR	563	445	45

ナイジェリア	4,544	5,024	4,346	2,799	471	586	490
ルワンダ	38	61	40	33	6	13	11
サントメプリンシペ	0	0	0	0	0	0	0
セネガル	427	356	263	139	42	64	21
セイシェル	2	1	1	0	0	0	1
シエラレオネ	526	777	354	164	27	53	0
タンザニア	4,190	4,237	2,863	1,815	322	407	47
トーゴ	166	188	141	80	16	32	2
ウガンダ	607	552	379	308	70	50	3
ザンビア	554	192	153	NR	37	NR	0
合計	40,830	42,814	29,700	9,464	4,305	4,337	907
南北アメリカ地域							
アルゼンチン	775	484	348	198	5	8	11
ブラジル	27,313	38,410	19,515	17,796	3,259	1,890	1,433
ボリビア	NR	114	41	47	11	2	1
チリ	NR	1	0	1	0	0	0
コロンビア	1,017	585	402	0	19	57	35
コスタリカ	33	11	8	6	0	3	0
キューバ	226	208	173	93	8	7	5
ドミニカ	301	155	99	78	25	5	2
エクアドル	178	116	73	41	0	0	3
エルサルバドル	10	6	4	3	0	4	0
グアテマラ	6	3	3	0	0	0	0
ガイアナ	NR	28	19	13	5	4	NR
ジャマイカ	19	9	6	2	1	3	2
メキシコ	776	289	218	108	8	32	43
パナマ	9	3	2	0	0	0	1
パラグアイ	735	480	373	187	19	38	0
ペルー	26	26	19	112	2	1	55
セントルシア	NR	5	3	2	0	0	NR
スリナム	37	42	22	12	7	3	0
トリニダード・トバゴ	46	31	15	11	7	1	2
ウルグアイ	8	6	6	2	0	2	2
ベネズエラ	1,389	768	496	261	56	47	32
合計	32,904	41,780	21,845	18,873	3,432	2,107	1,627
南東アジア地域							
バングラデシュ	6,198	7,882	3,018	3,316	807	650	NR
ブータン	36	15	15	1	0	2	NR
朝鮮民主主義人民共和国	0	0	0	0	0	0	NR
インド	95,150	161,457	73,149	53,083	16,112	3,015	NR
インドネシア	21,537	19,695	15,639	NR	1,790	1,722	NR
モルディブ	10	15	1	6	4	0	NR
ミャンマー	2,679	3,571	2,175		226	346	0

ネパール	4,921	6,150	3,369	1,910	333	227	NR
スリランカ	1,296	1,924	803	808	202	109	4
タイ	1,306	638	414	234	32	77	NR
東ティモール	289	288	212	61	15	61	NR
合計	133,422	201,635	98,795	59,419	19,521	6,209	4
東地中海地域							
アフガニスタン	29	31	23	11	0	8	0
バーレーン	0	0	0	0	0	0	0
ジブチ	6	0	0	0	0	0	0
エジプト	2,118	1,134	991	401	88	30	5
イラク	NR	0	0	0	0	0	0
イラン	NR	79	44	37	5	23	0
ヨルダン	0	0	0	0	0	0	0
クウェート	NR	6	4	1	0	0	0
レバノン	14	0	0	0	0	0	0
モロッコ	300	43	27	18	7	7	0
オマーン	7	5	2	2	0	0	0
パキスタン	969	551	451	214	40	110	26
ヨルダン川西岸及びガザ地区	0	0	0	0	0	0	0
サウジアラビア	10	30	18	10	0	4	0
ソマリア	138	62	46	25	11	8	0
スーダン	NR	782	720	220	32	86	0
シリア・アラブ共和国	7	7	3	1	0	2	0
チュニジア	3	1	1	1	0	0	2
アラブ首長国連邦	NR	7	NR	NR	1	NR	NR
イエメン	423	395	231	113	43	57	11
合計	4,024	3,133	2,561	1,054	227	335	44
西太平洋地域							
ブルネイ	1	1	0	1	0	0	0
カンボジア	348	429	299	121	39	62	0
中国	3,171	1,658	1,477	511	35	353	168
香港	32	4	4	3	0	0	3
クック諸島	0	0	0	0	0	0	0
フィジー	5	4	3	0	1	0	1
フランス領ポリネシア	16	10	5	4	0	0	2
グアム	9	6	6	1	1	0	0
日本	NR	6	5	1	0	0	0
キリバス	19	34	11	18	11	0	0
大韓民国	420	15	15	9	1	4	5
ラオス	140	143	109	50	8	20	0
マレーシア	NR	263	177	82	16	8	12
モンゴル	0	0	0	0	0	0	0
ミクロネシア連邦	158	260	77	94	84	2	3

ニウエ	0	0	0	0	0	0	0
パラオ	2	2	2	2	0	0	0
パプアニューギニア	536	381	204	134	109	55	0
フィリピン	3,096	3,130	2,951	NR	159	46	5
サモア	5	7	7	0	2	2	0
シンガポール	25	13	7	NR	NR	NR	0
ソロモン諸島	21	25	16	12	7	0	0
トンガ	0	0	0	0	0	0	0
ツバル	0	0	0	0	0	0	0
バヌアツ	0	0	0	0	0	0	0
ベトナム	642	746	452	269	47	121	2
合計	8,646	7,137	5,827	1,312	520	673	201

^a2006年初頭の登録患者数

^b2005年の新規患者数

^c多菌型：MB

^d新規患者における第2級障害者 (G2D) 数

^e2005年に発生した再発患者数

^fNR= 未報告

ハンセン病問題

表2で示されるように、2006年初頭に登録された世界の登録患者数は219,826人であった。2005年に報告された新規患者数は296,499人で

あった。世界的に新規患者数は急激な減少を続けている。2004年に報告された新規患者数に比べると、2005年の報告数は110,000人(27%)以上低下した。

表2 2006年当初のWHO地域におけるハンセン病状況(ヨーロッパ地域を除く)

WHO地域と 国・地域	2006年初頭登録患者数 (人口10,000人あたりの有病率)	2005年の新規患者数 (人口100,000人あたりの発見率)
アフリカ地域	40,830(0.56)	42,814(5.92)
南北アメリカ地域	32,904(0.39)	41,780(4.98)
南東アジア地域	133,422(0.81)	201,635(12.17)
東地中海地域	4,024(0.09)	3,133(0.67)
西太平洋地域	8,646(0.05)	7,137(0.41)
合計	219,826	296,499

表3は、2001年以来世界の新規患者数が減少していることを表す。アフリカ地域では、2005年の新規患者数が2004年に比べて8.7%の減少を報告した。同様に南北アメリカ地域で20.1%、南東

アジア地域で32.5%、そして東地中海地域で7.6%であった。しかし西太平洋地域では、同期間内に14.8%増加している。

表3 2001～2005年のWHO地域でのハンセン病新規患者数の動向（ヨーロッパ地域を除く）

WHO 地域	新規患者数				
	2001	2002	2003	2004	2005
アフリカ地域	39,612	48,248	47,006	46,918	42,814
南北アメリカ地域	42,830	39,939	52,435	52,662	41,780
南東アジア地域	668,658	520,632	405,147	298,603	201,635
東地中海地域	4,758	4,665	3,940	3,392	3,133
西太平洋地域	7,404	7,154	6,190	6,216	7,137
合計	763,262	620,638	514,718	407,791	296,499

表4は制圧目標を達成していない主要な6流病国でのハンセン病状況を示している。これらの6ヶ国は、2005年の世界の新規患者数の23%と、2006年初頭の世界の登録患者数の24%を占める。

6カ国とはブラジル、コンゴ民主共和国、マダガスカル、モザンビーク、ネパールとタンザニアである。

表4 WHOの制圧目標未達成国のハンセン病状況

国名	登録患者数 ^a			新規患者数 ^b		
	2004年初頭	2005年初頭	2006年初頭	2003年	2004年	2005年
ブラジル	79,908 (4.6)	30,693 (1.7)	27,313 (1.5)	49,206 (28.6)	49,384 (26.9)	38,410 (20.6)
コンゴ民主共和国	6,891 (1.3)	10,530 (1.9)	9,785 (1.7)	7,165 (13.5)	11,781 (21.1)	10,737 (18.7)
マダガスカル	5,514 (3.4)	4,610 (2.5)	2,094 (1.1)	5,104 (31.1)	3,710 (20.5)	2,709 (14.6)
モザンビーク	6,810 (3.4)	4,692 (2.4)	4,889 (2.5)	5,907 (29.4)	4,266 (22.0)	5,371 (27.1)
ネパール ^c	7,549 (3.1)	4,699 (1.8)	4,921 (1.8)	8,046 (32.9)	6,958 (26.2)	6,150 (22.7)
タンザニア	5,420 (1.6)	4,777 (1.3)	4,190 (1.1)	5,279 (15.4)	5,190 (13.8)	4,237 (11.1)
合計	112,092	60,001	53,192	80,707	81,289	67,614

^a数値は患者数（人口10,000あたりの有病率）

^b数値は新規患者数（人口100,000あたりの新患発見率）

^c2004年11月中旬から2005年11月中旬にかけての報告

表5は、2005年に1,000人以上の新規患者数が報告された17カ国を示している。これら17カ国で世界で発見された新規患者数の94%をも占めている。2002年以降、コンゴ民主共和国、インドネシア、およびフィリピンでの新規患者数は増加する傾向にある。

表5 2005年の新規患者数が1,000人以上であった17国の年の比較

国名	新規患者数				
	1993	2002	2003	2004	2005
アンゴラ	339	4,272	2,933	2,109	1,877
インド	456,000	473,658	367,143	260,063	161,457
インドネシア	12,638	12,377	14,641	16,549	19,695
エジプト	1,042	1,318	1,412	1,216	1,134
エチオピア	4,090	4,632	5,193	4,787	4,698
コンゴ民主共和国	3,927	5,037	7,165	11,781	10,737
スリランカ	944	2,214	1,925	1,995	1,924
タンザニア	2,731	6,497	5,279	5,190	4,237
中国	3,755	1,646	1,404	1,499	1,658
ナイジェリア	4,381	5,078	4,799	5,276	5,024
ネパール	6,152	13,830	8,046	6,958	6,150
バングラデシュ	6,943	9,844	8,712	8,242	7,882
フィリピン	3,442	2,479	2,397	2,254	3,130
ブラジル	34,235	38,365	49,206	49,384	38,410
マダガスカル	740	5,482	5,104	3,710	2,709
ミャンマー	12,018	7,386	3,808	3,748	3,571
モザンビーク	1,930	5,830	5,907	4,266	5,371
合計	555,307	599,945	495,074	389,027	279,664
(世界合計に占める割合)	(94%)	(97%)	(96%)	(95%)	(94%)
世界合計	590,933	620,638	514,718	407,791	296,499

各WHO地域の国々の新規患者数の詳細は表6に示してある。これらすべての地域の国々では、新規患者の中に多菌型ハンセン病患者が多数を占めることが報告された。アフリカ地域では、多菌型ハンセン病患者の割合はコモロの23%からケニアの92%、南北アメリカ大陸地域ではその範囲はボ

リビアの36%からキューバの83%であった。東地中海地域では、イエメンの58%からスーダンの92%、南東アジア地域はバングラデシュの38%からインドネシアの79%であり、また、西太平洋地域はミクロネシア連邦の30%からフィリピンの94%であった。

表6 WHO 地域ごとの新規患者の詳細（100人以上の新規患者報告あった国に関するみのデータ）

WHO 地域	新規患者			
	多菌型ハンセン病の比率が最も多い国と少ない国	女性患者の比率が最も多い国と少ない国	小児患者の比率が最も多い国と少ない国	第2度障害者の比率が最も多い国と少ない国
アフリカ地域	コモロ：22.6	チャド：21	ケニア：3.2	コモロ：3
	ケニア：92.4	中央アフリカ：59.9	コモロ：39.1	ベナン：21.7
南北アメリカ地域	ボリビア：36.0	ベネズエラ：34	アルゼンチン：1	アルゼンチン：1.7
	キューバ：83.2	ドミニカ：50.3	ドミニカ：16	メキシコ：11.1
南東アジア地域	バングラデシュ：38.3	東ティモール：21.2	タイ：5.0	インド：1.9
	インドネシア：79.4	バングラデシュ：42.1	スリランカ：10.5	東ティモール：21.2
東地中海地域	イエメン：58.5	スーダン：28.1	スーダン：4.1	エジプト：2.7
	スーダン：92.1	パキスタン：38.8	イエメン：10.9	パキスタン：20
西太平洋地域	ミクロネシア連邦：29.6	カンボジア：28.2	中国：2.1	ミクロネシア連邦：0.8
	フィリピン：94.3	ミクロネシア連邦：36.2	ミクロネシア連邦：32.3	中国：21.3

アフリカ地域で新規患者の女性の割合は、チャドの21%から中央アフリカ共和国の60%の範囲であった。南北アメリカ地域の女性の割合は、ベネズエラの34%からドミニカ共和国の50%、南東アジア地域では東ティモールの21%からバングラデシュの42%。東地中海地域ではスーダンの28%からパキスタンの39%、西太平洋地域ではカンボジアの28%からミクロネシア連邦の36%であった。

このような幅広いばらつきは、特にアフリカ地域・南北アメリカ地域・西太平洋地域における新規患者に占める小児の割合でもみられる。アフリカ地域で新規患者に占める小児の割合は、ケニアの3%からコモロの39%、南北アメリカ地域ではアルゼンチンの1%からドミニカ共和国の16%、西太平洋地域では中国の2.1%からミクロネシア連邦の32%であった。しかし、南東アジアと東地中海地域における新規患者の小児の割合はそれぞれタイの5%からスリランカの11%、スーダンの4%からイエメンの11%と、そのばらつきは小さかった。

同様に、新規患者中の第2級障害者の割合は、全ての地域でばらつきが大きかった。アフリカ地域ではコモロの3%からベナン22%、南北アメリカ地域ではアルゼンチンの2%からメキシコの11%、南東アジア地域ではインドの2%から東ティモールの

21%、西太平洋地域ではミクロネシア連邦の1%から中国の21%であった。

結 論

早期発見と多剤併用療法（MDT）による治療が、引き続きハンセン病制圧戦略の土台となる。プライマリーケア健康スタッフが、患者の家の近くの保健医療施設で、容易にハンセン病サービスを提供できる、統合されたアプローチが今後も主要な戦略であり続ける。またこれにより将来におけるサービスの継続は確たるものになる。新規患者数がさらに減少するにつれて、紹介センターの役割の重要性は高まる。紹介センターは特に、末端レベルの保健医療施設における正確な患者の診断とその管理を支えるための重要な役割を果たす。ここで課題となるのは、こういった施設を各地域で他の病気に関する紹介サービスも同様に提供する統合システムとして確立させることである。また、各個人にとってこれらのサービスが身近で利用しやすく、手頃な価格であり、効果的であることを保障することである。

WHOは、ハンセン病の影響を受ける地域でハンセン病制圧サービスを維持するために、パートナーシップを促進、強化し続ける。国家プログラムと

協力し、WHOは、流行国においてハンセン病制圧サービスを維持するための国家計画を展開するため、技術サポートと援助を提供し続ける。これは、国内で働く様々なパートナーの密接な協力により実行される。今までと同様に、ハンセン病が流行している国々にはMDT薬剤は無料で供給される。

世界的な新規患者数の減少はこれからも続くことが期待されている。新たに発見された患者の中の第2度障害者の割合、小児の割合、また女性の割合は、世界戦略の一部として綿密に監視していく。これら新規患者に関する統計は、制圧活動の進行や質、また治療完了率および治療率を評価す

る主な指標として活用されるからである。これまでの制圧戦略による成果がさらに整理統合され、末端レベルにおける良質なサービスの維持が重視されるなかで、流行国の疾病問題はさらに減少されることが期待される。

本論文は、平成18年度国際医療協力研究委託費「開発途上国で有効なハンセン病の診断、治療、障害予防に関する研究」の分担研究「開発途上国における偏見・差別の解消に向けた研究」の補助金を受けた。

Present leprosy situation in the world in 2006

Norihisa ISHII¹⁾ * , Yuzuru NAGAOKA²⁾, Shuichi MORI³⁾, Koichi SUZUKI¹⁾

1)Department of Bioregulation, Leprosy Research Center, National Institute of Infectious Diseases, Tokyo

2)Department of Dermatology, National Sanatorium Tama-Zenshoen Hospital, Tokyo

3)Department of Microbiology, School of Medicine, Fukushima Medical University, Fukushima

[Received & Accepted: 17 Nov, 2006]

Key words : elimination , leprosy, multidrug therapy , prevalence rate, WHO

The epidemiological situation of leprosy is reported by the health division of each country to WHO. The reported data is collected by WHO and is immediately run on the Weekly Epidemiological Record. On this latest edition, data from the beginning of 2006 was reported. Early case detection and treatment with multidrug therapy (MDT) remains the cornerstone of leprosy control. The challenge will be to establish these facilities as part of an integrated system that provides referral services for other diseases in the area.

*Corresponding author :
Department of Bioregulation, Leprosy Research Center, National
Institute of Infectious Diseases
4-2-1 Aoba-cho, Higashimurayama, Tokyo 189-0002, Japan
TEL : +81-42-391-8211 FAX : +81-42-391-8776
E-mail : norishii@nih.go.jp

ハンセン病と医学 II

— 絶対隔離政策の進展と確立 —

森 修一*^{1) 2)}、石井則久³⁾

- 1) 福島県立医科大学医学部微生物学講座
- 2) 東京大学大学院総合文化研究科
広域科学専攻相関基礎科学系 博士課程
- 3) 国立感染症研究所ハンセン病研究センター生体防御部

[受付・掲載決定：2006年11月21日]

キーワード：医学、隔離政策、北里柴三郎、ハンセン病、光田健輔

ハンセン病政策と医学の関わりに焦点を当て、特に隔離政策について、日本の隔離政策の独自性と世界の政策との共通性を考察した。世界のハンセン病史、欧州の隔離の歴史を考証し、近代医学が隔離を提唱する背景と日本の隔離に与えた影響を歴史的、医学史的に検討した。また、絶対隔離政策進展の経過とその背景、プロミン以降の世界の隔離、日本に於ける隔離継続の要因を考察した。

はじめに

日本のハンセン病政策は明治40(1907)年の法律第11号「癩予防ニ関スル件」による浮浪する患者の収容政策に始まり、その後、大正、昭和の隔離世論の高まりの中、昭和6(1931)年の全患者収容を目指した「癩予防法」の成立により確立し、戦後の「らい予防法」に継続されたといえる。今日のハンセン病政策研究からは、それは全患者収容、生涯隔離、社会防衛、患者の人権軽視という複数の言葉に形容され得る日本独自の絶対隔離政策であり、結果、多くの患者の悲劇が生じたのだと説明されている。しかし、日本のハンセン病政策は本当に独自のものであったのか、絶対隔離政

策の成立の要因は何であったのか、という疑問に明確に答え得る研究は少なく、かつ、曖昧である。本稿はこれらの疑問に対し、ハンセン病政策と医学の関わりに焦点を当て、日本の隔離政策の独自性と世界の政策との共通性の検証、絶対隔離政策の進展の要因などを明らかにしようとするものである。

なお、本稿ではその引用、時代背景などを含めて、ハンセン病を癩、らい、ハンセン病、などと表記する。

1 絶対隔離政策の進展と確立

ハンセン病史は概して悲劇の歴史と言える。それは4000年以上前の昔に始まり、中世の欧州で猛威を振るった。これに対し、欧州ではキリスト教が中心となり患者の隔離、収容を行った。それは今日、宗教的隔離と呼ばれ、医学とは無縁の事柄であった。ハンセン病は前世の罪に対する罰、

*Corresponding author:
福島県立医科大学医学部微生物学講座
〒960-1295 福島市光が丘一番地
TEL: 024-547-1158 FAX: 024-548-5072
E-mail: s-mori@fmu.ac.jp

または穢れという宗教概念は人々の精神を深く支配し、多くの患者は終生の隔離を受け、苦悩の中で生涯を終えなければならなかった。その様相は人々に恐怖の記憶を刻み、やがて国策としての社会的隔離が施行されていった。この後、13世紀に始まる黒死病の流行は欧州の人口を激減させ、宗教はその無力さを露呈、欧州各国は公衆衛生政策を強化し、この流行に対抗していった。この中でハンセン病もその姿を消し、その恐怖の歴史だけが残った。19世紀、産業革命による急激な都市化はコレラなどの流行を生み、各国は衛生警察を設立し非人道的ともいえる公衆衛生政策を強行していった。この中で近代医学が成立、やがて細菌学の発達は感染症の本態を解明すると共に、その対抗策を模索していったが、その過程は苦難の道りでもあった。近代医学の成立は多くの希望を生み出すと共に多くの試行錯誤を生み出し、その変遷の中で確立されていったのであった。

1873（明治6）年、ノルウェーのアルマウエル・ハンセン（Gerhard Henrik Armauer Hansen, 1841 - 1912）がハンセン病の病原体であるらい菌（*M. leprae*）を発見、この後、十数年間の遺伝説対感染説の論争を経てハンセン病は感染症であることが確認された。1875（明治8）年、ノルウェー政府はハンセンをハンセン病管理者に任命、ハンセンの主導のもとでの患者の隔離政策はノルウェーのハンセン病を激減させ、隔離はハンセン病への根本的対策として多くの医学者に支持されていった。

1890年代、ロシア、ドイツでハンセン病の小規模な流行が発生、この流行に対し近代医学の中心であったドイツは俊敏に対応、ルドルフ・ウイルヒョウ（Rudolf Ludwig Karl Virchow, 1821 - 1902）の強力な主導のもとに1897（明治30）年10月にベルリンで「第一回国際らい会議」が開催され、ハンセン病が感染症であることが確認されると共に、隔離が提唱された。この会議には、日本からは当時、ドイツに留学中であった土肥慶蔵（1866 - 1931）が出席、彼はその後、日本において隔離を提唱、同じくドイツ留学組である山根正次（1857 - 1925）、北里柴三郎（1853 - 1931）も隔離を強力に支持、光田健輔（1876 - 1964）は養育院（東京市）に回春病室を設置、ハンセン病患者の隔離、治療を行った。本会議の後、

ドイツでは「らい院」への患者の隔離が行われ、アメリカ政府はフィリピンのキュリオン療養所を建設し、大規模な隔離を実行、同じくハワイのカラウパ療養所においても厳格な隔離を実行、この他、世界各国でも隔離が進展、やがて、ハンセン病患者の隔離は医学の常識となっていった。このような経過を経て、日本では明治40（1907）年、法律第11号「癩予防ニ関スル件」が成立、浮浪する患者の隔離・救済が始まった。

当時、日清、日露戦争に勝利し、西欧列強と対抗する勢力となった日本では、その軍備の近代化とは対照的に国内は疲弊し、コレラをはじめとして様々な感染症が流行、数万人のハンセン病患者が存在していた。この状況下で公衆衛生政策が強力に遂行され、多くの感染症が克服されていった。内務省は「癩予防ニ関スル件」を欧米のハンセン病予防法と同等の法律にすべく「内務省衛生局第四部会」を検討組織として発足、光田、山根、土肥門下生、北里門下生を中心に新しいハンセン病予防法の策定が進行していった。

この時期、それまでの遺伝説・天刑説の是正、ハンセン病の医学的克服を目指し、感染説の啓発が進んだが、遺伝説・天刑説は払拭されることなく、感染という恐怖が重層され、ハンセン病患者への偏見・差別はさらに高まり、国民による積極的な社会からの排除が行われた。この結果、自殺する者、ハンセン病患者部落に逃げ込む者、その治療を民間医療、宗教に求め財産を使い果たす者、四国を遍路するもの、乞食になる者などが相次いだ。この中で、医学者はハンセン病の医学的克服を、政治家は国家の体裁維持を第一義とし、財界人、宗教家は患者の救済を唱えて活動を開始し、隔離政策遂行の世論が形成されていった。

昭和5年（1930）年には日本で初の国立ハンセン病療養所「長島愛生園」の建設が始まり、昭和6（1931）年、全患者の隔離を目指した「癩予防法」が成立、同年、国立ハンセン病療養所「栗生楽泉園」の建設が始まった。この結果、患者収容能力は大幅に増加、全国のハンセン病患者部落の解散、収容が始まり、さらなる世論の高まりが国立療養所の増設を促し、多くの療養所が建設され、それはやがて自宅で療養する患者の収容へと拡大されていった。この結果、患者の隔離率は急速に

高まると共に、偏見・差別、恐怖を含んだ世間の「厚い壁」が完成、戦時下（太平洋戦争）での予算不足、食糧不足、職員の質の低下、国家政策推進により患者の悲劇は加速されて行くのであった。

昭和 18（1943）年、ファゲットによりプロミンのハンセン病への臨床効果が確認され、化学療法が大きく進展した。この過程で、世界では治療を目的に患者の施設入所政策が進展、その後、1960年代には経口薬ダブソン（DDS）により外来治療が始まり隔離政策は大きく変化していったが、その道は険しく、薬剤耐性による再発や偏見・差別の中で回復者の社会復帰は困難を極めていった。1940年代後半、日本でもプロミンの治験が進み、医学的検証が行われたが、昭和 28（1953）年には「らい予防法」が成立、政府は隔離政策の維持を選択して行くのであった。

2 世界のハンセン病史

2-1 ハンセン病の起源とその歴史

ハンセン病は紀元前 4 世紀以前から、世界の各地域に存在していた。しかしその起源、各国への伝搬の道筋には諸説が存在する。概しては、ハンセン病の起源はインドであり、その後、中国へ、紀元前 4 世紀のアレキサンダー大王のインド遠征により、ギリシャへ拡がり、その後、中世の欧州で大流行を起こしたと考えられている¹⁾。しかし、近年の分子生物学の進展により、ハンセン病の原因菌である *M. leprae* の遺伝上の一塩基変異多型（SNP：single nucleotide polymorphism）の研究が急速に進展し、*M. leprae* 特異的な、非常にまれな SNP が発見され、全世界の菌株間の比較解析が行われた。その結果、現在、世界各地のハンセン病の感染は、たった一個の *M. leprae* のクローンに起因し、本クローンは数世紀に渡ってもほとんど突然変異を起こしていない事が明らかとなった。これは従来の細菌の起源とその変異の常識とは大きく異なる点であった。さらに、SNP の解析から、*M. leprae* は東アフリカまたは近東で発生し、この地域から近隣諸国（インド、中国、エジプトなどから欧州と北アフリカへ）に感染が拡大、その後、欧州と北アフリカから西アフリカへ、そして奴隷貿易が西アフリカからカリブ海および南米へ、ま

た、欧州から北アメリカへと、本疾患が伝搬していった可能性が示唆された²⁾。

世界のハンセン病の歴史的記録は、現在、インドの紀元前 6000 年頃が最古のもので、古文書 *Susruth* や *Samhita* などには、神経麻痺、獅子様顔貌、手指切断などを特徴とする疾患が記述されている³⁾。エジプトでは紀元前 1700 年頃からハンセン病の発生が報告され、その他、ミイラの研究などから少なくとも紀元前 2 世紀頃にはエジプト各地にハンセン病が拡大していた⁴⁾。中国では、『黄帝内経』の素問に、ハンセン病の知覚麻痺、鼻柱の脱落、潰瘍形成などの記述があり、紀元前 8 世紀頃には中国にハンセン病が存在していたと考えられる⁵⁾。

このように、歴史的記録からインド、エジプト、中国には紀元前からハンセン病が存在し、その後、世界各国に伝搬していったと考えて良いであろう。この中でも欧州でのハンセン病の歴史は、その流行と消滅の過程を含んで、近代に於ける隔離の根底として重要なものである。

2-2 欧州のハンセン病史

欧州のハンセン病は紀元前 4 世紀ごろ、地中海沿岸諸国へ侵入したと考えられている。その後、戦争、交易、民族移動などにより、4～5 世紀には欧州内陸部に蔓延、さらに十字軍以降、欧州各地に広がり、中世において大流行をみた（13 世紀がハンセン病の猖獗時期）。この流行に対し、欧州ではキリスト教者が中心となりハンセン病患者の救済、隔離を行った。それは「らい院」、「ラザレット」などの隔離施設で、この他に「らい村」（患者が集まって村を形成するもの）、「隔離小屋」などが存在した。13 世紀、これらの隔離施設は 19,000 か所以上存在し、患者は約 100 万人と推定されている⁶⁾。この大流行後、14 世紀後半より、欧州内陸部の流行は減少をみせ（その後、東欧、北欧に蔓延していったが）、17 世紀にはハンセン病は欧州（北欧を除く）から姿を消した⁷⁾。

西欧中世の三大疫病は、麦角性壊疽、ハンセン病、ペストであり、最も恐怖の対象となったのはハンセン病であった。ハンセン病患者は病名が確定すると、市民権を剥奪され、町を取り巻く城壁（リング）の外に追放隔離された。「ラザレット」もこ

のような場所に作られた。当時、ハンセン病に罹ることは、単に病者になることを意味せず、生きながら死者となることを意味した。患者に対する扱いは流行の当初は穏やかであったが、蔓延期からは非常に残酷さで進展したと考えられ、それは当初、キリスト教による救済、保護の目的にはじまり、やがては生涯の隔離へと変化していった^{8, 9)}。

3世紀には南フランスの教会が、患者救済のため「ラザレット」を設けたのを初めに4世紀からはローマ教会により各地の教会に「ラザレット」が設けられ、これ以降、患者の収容、保護が行われた。しかし、7世紀より欧州内陸部でハンセン病が蔓延し始め、患者の増加と共にハンセン病の現実には民衆の不安を高め、ローマ教会の方針も変化していった。この時期より、ハンセン病患者は穢れた者、ハンセン病は天刑（前世の悪行に対する罰）であるという概念が定着（これらは旧約聖書の時代から続く、宗教的概念であった）、患者に対する民衆の偏見・差別は高まり、教会による患者救済は教会法による患者の取締に変化、都市部に浮浪する患者を「ラザレット」に強制的に収容し、患者を生涯にわたり社会から隔離するようになった。1096年からは十字軍のパレスチナ、エルサレム遠征が始まり、その後、200年の長きにわたったが、パレスチナ、アラブ地域のハンセン病が帰還兵によりもたらされ、13世紀の欧州全体への大流行の原因となった。十字軍遠征以降、欧州の都市部にはハンセン病患者が増え始め、国家や地方行政機関も立法により患者取締を行うようになった^{10, 11)}。

7世紀以降のハンセン病患者の様相は以下の様である。

病気の発見は、最初の段階では告発によっていた。（中略）初期には、何人かの癩患者たちに容疑者が仲間であるかどうかきめさせたが、後に裁判は合理化された。（中略）司法、宗教合同裁判で癩病とひとたび判断されると、法による裁判も同様に二重であった。癩患者たちは信者たちの共同体から排除され、さらにあらゆる社会生活から排除される。教会の典礼がしばしば描写されているが、ストラと葬儀の短白衣を身

にまとった司祭が不幸な患者を教会の前庭で迎え、決定された措置を告げる。そして、中央に霊柩台を設置して黒布をはりめぐらした聖堂に導き、荘厳な「リベラ・メ・ドミネ」の合唱の中で祈りを唱える。癩病人は黒いベールでおおわれ、床石の上にねかされて、その上にシャベルで何回か土がかけられる。いくつかの教区ではこのように象徴的行為で表象されているが、ほかではもっと残酷な習慣があった。教会に隣接した墓地まで行列して行き、数分間実際に墓穴におろすという模擬埋葬である。こうして教会から追放されたあと、共同生活からの排除は、癩病院への監禁によって果たされる。（中略）この世間からの隔離の果てに死が訪れると、癩患者の遺体は一般の葬儀を受ける権利がなかった。追悼の祈りはすでに行われていたので葬儀は簡単にすまされ、遺体は他のキリスト教徒の墓地には受け入れられなかった。癩病院は独自の区画をもっていた¹²⁾。

ハンセン病患者に対するこのような扱いは国家および教会の共同の元に強力に推進され、民衆はハンセン病を恐れ、患者は隔離の中で生涯を終えねばならなかった¹³⁾。また、中世において患者に適用された規範は以下のようである¹⁴⁾。

1. らい病人は黒き頭巾をかぶりて歩くべし
2. 彼は教会、水車場、製パン場にはいるべからず
3. 彼は市場、縁日に来るべからず
4. 彼は公衆の水飲み場にて顔や手を洗うべからず
5. 彼は物に触れんとする場合は、かならず杖を以て触れるべし
6. 彼は他人に声をかけられて返事せんとするときは、相手の風下に立ちて口をきくべし
7. 彼は夕方の人混みの時間に狭き道を歩くべからず
8. 彼は市町村のうちに住まうべからず
9. 彼の住む場所は人里を遠く離れた田舎なるべし

この他に、財産所有の禁止、結婚の禁止、離婚、

都市立入の禁止、裁判を受ける権利の剥奪などがあった¹⁵⁾。これらの規定の中に、ハンセン病への感染症としての認識、性的隔離の様相が存在する事にも注目すべきであろう。このような国家と宗教が一体となった、一見、残酷ともいえるハンセン病対策の中で患者は激減したが、その様相は、人々に恐怖の記憶を刻みつけていった。

また、中世にはハンセン病患者に対する性的イメージも確立されて行く。

らい病が伝染するのは、一つには、患者に触れたりその吐息を吸ったりしてだとか考えられたが、奇妙なことに、それは同時に、遺伝病（性病）ともみなされた。十二世紀以後、教父による聖書解釈は、らい病を原罪・ユダヤ人・異端者のアレゴリーとみなし、とりわけ淫乱の罪への神罰を受けたもの、と目されるようになる。らい病は、一方の親がらい病である時だけでなく、過剰な性行為、生理中や妊娠中の性交によっても起こされるとした。らい病の子供は、そのもげた指、つぶれた鼻、ガーガー声、体中の斑点で、両親の淫乱ぶりをまわりのキリスト教徒の目にまざまざと焼き付けるのである。またもう一つの奇妙な信仰は、らい病者と交わった女性と性行為をする男はらい病になってしまうが、その女自身は、冷たい子宮が感染に抵抗して罹患しないという¹⁶⁾。

このように、12世紀以降、ハンセン病は遺伝病（性病）、淫乱の罪への神罰、患者と交わった女性と性行為をする男性はハンセン病となるが、その女性自身は罹患しないという概念も生まれ、これまでの神罰、汚れというイメージに性的なイメージが付加され、ハンセン病患者に対するイメージはこの時期に確立されたと考えることができる¹⁷⁾。

欧州ではこの後、14世紀から17世紀にペストの大流行が発生、それは人類史上、類をみない悲劇となった。ペストの流行に対し、宗教はその無力さを露呈、各国は上下水道の整備、検疫制度の導入、入浴の習慣化（中世では生涯、入浴をしないのが普通であった）、衛生警察による患者の強制隔離などによりこの大流行に対抗していった¹⁸⁾。このペストの大流行の中でも、ハンセン病患者の隔

離は続けられ、17世紀のペスト流行の終焉と共にハンセン病も欧州（北欧を除く）から姿を消した¹⁹⁾。その後、細菌学の発展により感染症の本態が解明され、欧州の公衆衛生対策は飛躍的に向上したのであった。このように欧州中世の隔離は施設での生涯隔離、子孫の断絶、共同体からの追放を含んだ絶対隔離政策であった。

2-3 ノルウェーとハワイにおける隔離の進展

19世紀半ば、欧州ではハンセン病は皆無に近い状態であったが、北欧のノルウェーにはハンセン病が蔓延し（1856年の調査では患者数2,858人、有病率は10,000対20の高率であった）、世界的なハンセン病研究者であったダニエルセン（Daniel Cornelius Danielssen, 1815 - 1894）は、その研究からハンセン病は主として血液の障害を主とする非特異的な遺伝的異常と考え遺伝説を唱え、ハンセン病撲滅の手段として患者を病院に隔離し、結婚させない方法を提唱した。この提案は1851年、議会により却下されたが、非常に多くの医学者がこの提案を支持し続け、1856年にはハンセン病患者登録制度が確立、この制度は数千人の患者の情報を集約し、ハンセン病の病因解明、効果的ハンセン病対策の立案、隔離の優先順位の決定、新病院建築の必要性の判断などに活用され隔離政策が実行されていった²⁰⁾。

1860年から1870年代、ハンセン病は遺伝病という概念はイギリスをはじめとする各国の医学会からも広く支持されていた。この他には、大部分は遺伝性、少数の例では伝染という説、遺伝病ではなくその地域に発生する瘴気（miasma）によるという説、貧しい生活状態と過重な労働から生じるとい説、などを唱える医学者も存在した。このような背景の中、ダニエルセンはハンセン病の臨床と、死刑囚への患者結節内容物の接種実験などから、感染説、瘴気説を否定、遺伝病という結論に至り、隔離政策を提案したのであった²¹⁾。

ハワイでは1850年代からハンセン病が大流行した。それは一般的には中国人労働者の一団によりもたらされたと言われているが、これ以前にも、1823年のReo, Charles Samuil Stewartの報告、1835年のW.D. Alexanderらの報告には明確にハンセン病の記述があり、その後、1840年には

Kamehameha IIIの護衛兵の中に、ハンセン病患者が存在した。1865年には、原住民の約3%強にハンセン病の発生が報告され、同年、ハンセン病患者の強制隔離が開始され、モロカイ島の断崖のカラウパパに隔離施設が設けられ、患者が収容された。カラウパパでの強制隔離患者数は1866年で141人、1890年代では約700人、1900年代の初期では1,000人以上であった²²⁾。1860年代、*M. leprae*の発見以前にハワイにおける隔離は遺伝病対策ではなく、その大流行の様相から、感染症としての公衆衛生政策として行われた点は注目に値するであろう。

このように、隔離は中世欧州に始まり、その後、ノルウェーとハワイの例に見られるように近代に再び始まったものであった。

3 世界における隔離の提唱

3-1 ハンセンによる *M. leprae* の発見

ハンセンは1860年代後半からノルウェーの地域別ハンセン病調査と1871年から1872年、西ノルウェーでのハンセン病患者家族の調査から遺伝説を否定、感染説の追求への路を歩み始めた。この様な過程で、1873(明治6)年、ハンセンによりハンセン病患者患部からの無染色標本中に桿状の物体が確認された。これがハンセン病の病原体である *M. leprae* の発見であった(報告は1876(明治9)年)。ハンセンはこの桿状の物体がハン

セン病の病原体であり、疫学的論拠と併せてハンセン病は感染症であると主張したが、この発見はダニエルセンなどの遺伝説派との論争に発展、*M. leprae*による感染説は容易には受け入れられなかった。しかし、1879(明治12)年、細菌学者ナイセル(Albert Ludwig Siegmund Neisser, 1855-1916)も患者患部の染色標本より *M. leprae* を発見、この後、*M. leprae* 発見のプライオリティーをめぐりハンセンとナイセルの学術論文の考証などが行われ、ハンセンは *M. leprae* の発見者と認められた。このような経過で感染説は学会および一般に受け入れられ始めた^{23, 24)}。

また、遺伝説対感染説の論争の中、1875(明治8)年、ノルウェー政府はハンセンをハンセン病管理者に任命、その後、ハンセンはダニエルセンにより始まった隔離政策を感染症対策として維持、強化し、ノルウェーでは患者が激減した(図1)²³⁾。その成果はやがて感染説の定着と共に各国の医学の認識となっていった。

3-2 国際らい会議の開催と隔離政策の進展

ハンセン病の感染説が国際的に確立したのは、1897(明治30)年10月にウィルヒョウを会長とし、科学者・医学者を中心にドイツ・ベルリンで開かれた「第一回国際らい会議」においてであった。日本からは当時、ドイツ留学中であった帝国大学医科大学の土肥慶蔵、伝染病研究所の高木友枝(1858-1943)などが出席した。この会議で

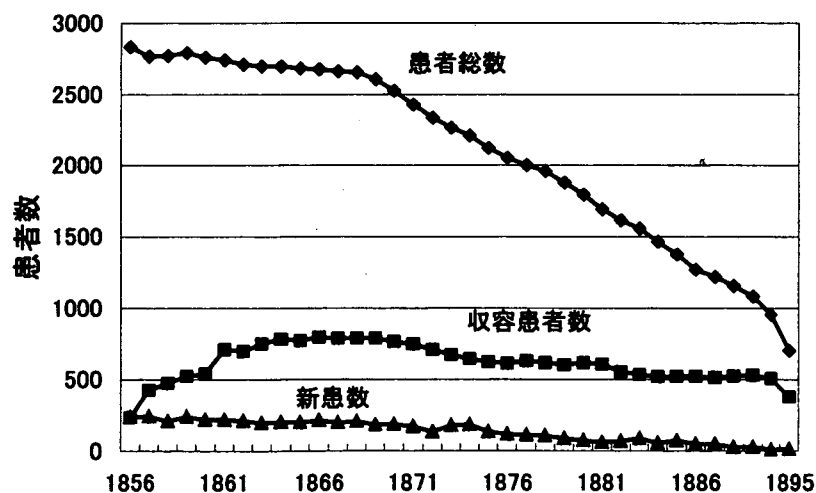


図1 ノルウェーのハンセン病患者数の推移

はハンセン病の治療および病態解明、遺伝、感染経路、隔離の効果およびその方法などの研究発表が行われ、その結果、以下の様な決議がなされた²⁵⁾。

1. らい菌は真の病原体である。
2. らい菌の生活条件と人体内への進入路は不明。おそらく人に対する侵入門戸は口腔および鼻腔粘膜である。人類が唯一の菌の携帯者であることは確実である。
3. らいは伝染病であるが遺伝性ではない。社会的な関係が悪ければ悪い程周囲に対する危険性が大である。
4. らいは今日までこれを癒すあらゆる努力に抵抗した。従ってらい患者の隔離は、特に本疾患が地方病的或いは流行病的に存在する地方では望ましい。ノルウェーにおいて隔離によって得られた結果はこの方法の徹底を物語るものである。ノルウェーと似た関係の場合にはらい患者の隔離は法律的強制において遂行すべきである。

科学者・医学者により開催された本会議が各学術発表および議論の末に導き出したこの結論がその後の医学および隔離政策へ与えた影響は非常に大きかった。この国際会議の決議は日本にも反響をもたらし、政府もハンセン病が伝染病であることを正式に認めるに至った²⁶⁾。この会議においてハンセンは参加者から非常な喝采で迎えられ、ハンセンは、彼らに課せられた必要な予防対策に患者が服従しない場合又は服従できない場合は、患者らを強制的に隔離すべき権利について述べた。それは以下のようである²⁷⁾。

この強制隔離に対する反対は甚だ人道的に聞こえるが而し正しくない。腸チフス及びコレラに対して反対しないのと同様人々は又らいの際に臆病であってはならない。病気の間はそれを他の人間・仲間につす権利はない。患者は彼らの人権と共に義務がある。健康な人間は彼自身を感染させる事の出来る患者から身を護る権利がある。健康者を保護する事はらい患者に彼らの人間仲間を感染させるより遙かに人道的

である。最悪な点は家族との隔離である。然し正に彼の家族に対する思慮から、より良心的な患者は彼らから離れて行く。また経済的観点からも、らいに対する予防を採用することは有利である。

さらにノルウェーの隔離の効果を統計的に示すと共に、ハンセン病の治療は現在尚少しも効果がないので隔離が実際的方法として残されているという見解を示した。

また、本会議の閉会の辞でウィルヒョウは本会議の意義を他の重要な公共的な健康管理の分野における手本として強調、政府、衛生局長、局員などに感謝を捧げ、これに対し政府側も強力な援助を約束した。また、科学者・医学者によりドイツで行われたこの会議は皇帝および帝国内閣にとっても誉れであるとの見解がなされた²⁸⁾。つまり、科学者・医学者が政府をハンセン病対策へ動かすことに成功したという点でもこの会議は画期的なものであった²⁹⁾。

ウィルヒョウは19世紀の病理学の大家のみならず、衛生学者、政治家、人類学者でもあった。彼は1848年、飢餓にみまわれ発疹チフスの流行するプロイセン領シュレジエンの調査を行い、すぐれた臨床的・疫学的報告を行うと共に封建的な行政当局を厳しく非難し、ここから彼は単なる医学的関心を超えて、社会的・政治的な姿勢を終生とり続け、多分野にわたり活躍を続けた³⁰⁾。「第一回国際らい会議」の成功はハンセンのみならずウィルヒョウという傑出した人物の個性に依るところが大きく、学問的にはナイセル一門が優れた学術研究を発表し、参加者に多大な影響を与えた³¹⁾。

本会議の後、1899(明治32)年、ドイツ政府は「らい院」を設置、1900(明治33)年、立法によるハンセン病患者隔離政策を実施した。欧州諸国も1900(明治33)年—1911(明治44)年までの間に感染症予防法を強化し、ハンセン病の法的隔離政策を施行³²⁾、アメリカ合衆国でも同様に1900年頃から隔離が試行された(後述)。このように、「第一回国際らい会議」開催の後、欧米を中心に各国は感染症予防法を強化し、ハンセン病の撲滅を目指し、患者の隔離を進めていった。この様相の中、日本でも医学者を中心に隔離が提唱

されたのであった。

4 日本に於ける隔離の提唱

4-1 北里柴三郎とハンセン病政策

日本におけるハンセン病患者の隔離の提唱は土肥、山根に始まるが³³⁾、土肥、山根と並んで日本のハンセン病政策の推進に尽力したのは北里柴三郎であった。高野六郎(1884 - 1960)は北里と日本のハンセン病政策の関係を以下のように記述している。

日本のライについても深い興味を持ち、目黒慰癪園の医療を引受け、ライのツベルクリン療法、ライ菌の培養と動物実験に大いに努力したが、これも得るところがなかった。(中略)ライや結核のごとく当時の医学の知識では治療も予防も不可能な伝染病については生活環境の改善等により、その疾患の根絶を期するほか良い対策がないと考えられ「ライ予防法」、「結核予防法等」いわゆる予防法規を制定する方向に進んだ。これ等の重大な制度が出来るには北里の努力の大なるものがあつた³⁴⁾。

日本にライ予防事業が始まった時、熊本市郊外に一番早くライ療養所が出来、又清正公境内のライ部落が清掃されたのにも北里の力が少ない³⁵⁾。

北里はコッホ(Heinrich Hermann Robert Koch, 1843 - 1910)門下の四天王(ブリーゲル、ガフキー、リヨフレル、北里)と称され、日本の細菌学の発展、公衆衛生政策の推進に貢献した。この高野の記述から、北里がハンセン病医療、治療の研究に尽力したこと、その結果、当時の医学の限界を知り、予防法の制定という意見を持つに至った。また当時、ハンセン病のみならず結核も治療が困難であり、同じく予防法規が必要との見解である。

コレラ、ペストの研究に邁進し、血清療法などの開発を行った北里であるが、彼が最後に行き着いた結論は明治30(1897)年の「伝染病予防法」であった。本法はその後、コレラ、ペストから国

民を守り、日本の公衆衛生の礎となった点にも留意すべきであろう。北里は明治42(1909)年、「第二回国際らい会議」に出席、彼は後に貴族院議員となるが、帝国議会においても日本のハンセン病政策の進展に尽力していった³⁶⁾。

4-2 土肥一門のハンセン病観

土肥慶蔵は九州医学会の演説³³⁾より以前からハンセンの*M. leprae*の発見の紹介、神山復生病院(静岡県にあるキリスト教のハンセン病病院)などでハンセン病医療に従事、ハンセン病に深い関心を有していた。東京帝国大学教授に就任後はハンセン病の歴史(欧州の隔離の歴史を含んで)、治療、隔離の重要性などについての講義、医学雑誌への総説執筆、座談会、講演などを通じて広くハンセン病の啓発を行った。ここで、土肥一門のハンセン病観について、土肥の高弟である山田弘倫、旭憲吉の見解を見てみたい³⁷⁾。

本症は(中略)慢性の治癒せざる疾患にして癩菌に因て発生する伝染病なり(中略)本症の感染には素因大に関係あり此素因者に感染するなり即ち素因を遺伝する者ならん又事実より伝染も疑いなき(中略)予防法は結核患者の取扱と同様に考ふべし勿論是に接近せざる様するべし。

ハンセン病は治癒しないこと、遺伝と伝染の両方が因子であり、治療法として予防法が重要であるとの見解である。

明治期、日本は東京帝国大学医学部を中心として国家医学的色彩の強いドイツ医学を導入やがてその卒業生は各新設医学校の教官としてドイツ医学を広め³³⁾、この様相の中、医学者は土肥一門に代表されるハンセン病観を身につけていったと考えられるべきであろう。しかし、ここで留意すべきは、土肥のハンセン病観が独自なのではなく、それは近代医学の常識であったと考えるべき点である。このような流れの中で、明治期末にはハンセン病は感染症、その予防は隔離という認識は医学者の常識となり、それは山根、光田などにより実践されて行くのであった。

ここまで、明治期の世界と日本のハンセン病隔

離政策の提唱の様相およびその背景をみたが、明治中期まではハンセン病は遺伝病という認識は世界共通のものであった。それは明治初期、ハンセンによる *M. leprae* の発見から、遺伝説対感染説の論争を経て、ノルウェーにおける隔離政策の成功や、ドイツのメーメルでのハンセン病の流行の疫学的様相³³⁾が、ハンセン病が感染症であると認識させた。この結果を受けて、ドイツで科学者主催の「第一回国際らい会議」が開催され、ハンセン病の学術研究、情報交換が行われ、参加した世界の医学者、公衆衛生政策担当者にハンセン病政策としての隔離が提唱された。本会議後、世界では隔離政策が進展、日本に於いては土肥、山根などの代表される医学者によりハンセン病は感染症であること、隔離により撲滅が可能であることなどが啓発された。この結果、医学教育においては東大医学部を中心とする「医育一元化」の流れの中で³³⁾、帝国議会では山根などの建議により、ハンセン病隔離政策が提唱されたと結論される。ここからは「癩予防二関スル件」の成立過程とその要因を考証して行きたい。

5 癩予防二関スル件の成立とその要因

5-1 癩予防二関スル件の成立

光田健輔は、その著書『愛生園日記』の中でこう述べている³⁸⁾。

当時、私はドイツ語もかなり上達したので、ドイツの医学雑誌も読んでいたが、ベルリンで開かれた第一回国際らい会議の記事を、その雑誌で読んでびっくりした。どうしてこの会議が開かれたかといえば、ライがロシアから、ドイツの東部のメーメルという所に侵入して、そこに二十人ばかりのライ患者が発生したのが契機であった。十七世紀にはライとペストが発生して、ヨーロッパ中が恐怖におののいた歴史をもっているから、ヨーロッパの新聞も大きく書き立てたようである。

当時ライはインド、アルゼンチンなどの未開の属領国に多く、ヨーロッパではノルウェー、スウェーデンにあつたくらいで、ドイツ、フランス、イギリスなどの文明国には見あたらなかつ

た。それがドイツに発生したので、すぐに学者が調査して発生源をつきとめ、対策をたてるために、第一回国際らい会議が開かれることになったのである。

この会議にはドイツの世界的な細菌学者ローベルト・コッホやキルヒネルをはじめ、各国から有名な細菌学者や皮膚病の権威が集まった。日本代表として、当時ドイツに留学中であった土肥慶蔵博士が出席し、またコッホの弟子で数年前に帰朝していた北里柴三郎博士は、日本のライ統計をもとにした論文を提出している。そして会議では各国の学者が熱心に討議し、ライ菌の所在についても論争が行われ、それが詳しく雑誌に掲載されていた。私はどの人の説が正しいのか、教授に意見をただしてみたが、確かなことはわからなかった。

これはどうしても自分で研究してみるよりほかに方法がない——と一念発起したのが、そもそも私がライと取り組むことになった動機である。

ドイツがわずか二十人のライの発生にろうばいして、真剣にその対策を講じ、撲滅するために躍起になっているのに、日本の現状はどうであろうか。

外国人が日本をみて、日本のライ者の数は十万におよぶだろうと、本国への報告書などに書いている。それは、人の出さかる場所に行けば必ずライ乞食をみかけるので、日本中にはどのくらいいるかわからないと思うからだ。恐るべき伝染病であるのに、昔から遺伝病として放置されていた。人目につくほど手足が変貌してくると、家にいることができなくなる。金のある者は、ライに特效があるといわれる、群馬県の草津温泉などに行って群居し、金のない者は浮浪者となって諸国を徘徊する。人の集まる場所、大阪の四天王寺、京都の清水寺、熊本の清正公、紀州の高野山といったところに密集するか、四国遍路の群れにまぎれこむかであった。

以上が光田の語る日本の患者の様相であるが、彼は明治中頃から全国を行脚し、多くのハンセン病患者と接し、治療などを行っていた。その意味で、彼の見解は重要であろう。また、ハンセン病が重

症化すると家に留まれなくなり、四国遍路や温泉治療、患者集住地に行くことになることにも着目すべきであろう。

光田は明治32(1899)年、東京市養育院内に伝染病室を設置、「回春病室」と名付け、養育院のハンセン病患者を収容した。当時、東京市養育院の院長は渋沢栄一(1840-1931、渋沢は経済界の重鎮、福祉事業の推進者)であった。光田は渋沢にハンセン病は伝染病であり隔離および救済が必要であると熱心に説き、「回春病室」の設置に成功したのであった。以後、渋沢は光田と共に隔離政策に大きく関わって行ったが、疾病予防のみならず浮浪する患者の救済という観点からも隔離政策に賛同していった³⁹⁾。

光田は東京帝国大学選科時代、皮膚病徴毒学講座にも学び、土肥慶蔵と親しかった⁴⁰⁾。彼もまた、土肥の影響を受けた医学者と言えるであろう。また、光田と山根正次は明治35(1902)年に山口県在京医師会の癩予防法の法制化の運動の決議に際しハンセン病患者調査を委託されて以来、親交を有していた⁴¹⁾。彼らは、ハンセン病は感染症、隔離により撲滅できるという医学的見解で結ばれていた。

明治30年代、帝国議会でもハンセン病予防法の議論が進み、衆議院では明治32(1899)年には根本正が「第一回国際らい会議」における感染症としてのハンセン病についての政府の認識を確認⁴²⁾、明治35(1902)年、斉藤寿雄が「癩患者取締二関スル建議案」を提出⁴³⁾、明治36(1903)年には山根が「慢性及急性伝染病予防二関スル質問書」を提出⁴⁴⁾、明治38(1905)年、同じく山根が「伝染病予防法中改正法律案」を提出し、ハンセン病の予防を一般の伝染病予防法の中を含めることを提案⁴⁵⁾、翌年の明治39(1906)年に再び山根が「癩予防法案」を提出し、政府へハンセン病対策の推進を促した⁴⁶⁾。

このような動きの中で国策としての隔離政策の機運は高まっていった。明治38年12月、渋沢は憲政本党総理で同仁会会長の大隈重信、山縣内閣、桂内閣の司法大臣をつとめた清浦奎吾の二人を説得、この三人が発起人となり、他に三井、岩崎、大倉、安田、住友などの財閥の代表、島田三郎代議士、ジャパントイムズ主筆 頭本元貞、内務省衛生局長

窪田静太郎(1865-1946)などの参集により「癩予防相談会」が開かれた。光田はこの席に渋沢より招きを受け、外国の癩予防法および日本の癩の現状などを話した。

渋沢はこの席上でハンナ・リデルの功績をたたえ、参会者に回春病院経営費の寄付を願った。大隈はハンセン病患者救済事業への賛成意見を述べた。窪田は、ここ3年来懸案になっている癩予防法案に対する政府の方針をほのめかした。渋沢、大隈の両名は共にハンナ・リデルとは親しい間柄であり、しばしば彼女のハンセン病患者救済の意見に耳を傾け、募金などにも協力していた。この「癩予防相談会」の後、法律第11号「癩予防二関スル件」の成立が具体化されていくのであった⁴⁷⁾。

この当時、日本は日清戦争(明治27-28(1894-95)年)、日露戦争(明治37-38(1904-1905)年)の勝利の中で、当時、国内のハンセン病患者救済の大半であった外国人宣教師を中心としたハンセン病患者救済事業は日本への諸外国の反発の中、母国からの資金調達の困難に見舞われていた⁴⁸⁾。この様な経過の中で、政府は隔離政策の立法化に乗り出し、明治40(1907)年には、「第一回国際らい会議」の決議を参考に浮浪する患者の隔離・保護を目的とした法律第11号「癩予防二関スル件」を制定したが、予算不足などが要因となり本法の施行は順延となった。

5-2 コッホの批判

「癩予防二関スル件」の成立、施行への過渡期の明治41(1908)年にコッホが日本を訪れ、彼の弟子であった北里柴三郎がその接待にあたった。この時、コッホは「癩予防二関スル件」の施行の遅れる有様、日本のハンセン病事情を窺て以下のような発言をなした。その内容を「古弗氏の結核及癩病に對する意見」『医海時報』から紹介したい⁴⁹⁾。

結核に次いで癩病は又日本に取り識者の注意せざるべからざる問題なり、アルマウエル、ハンゼン氏の癩菌発見は、癩病の早期診断を正確ならしむるものなれども、未だ眞に此発見を活用して、其功を奏したるもの少しとて、コッホ氏は親しく布哇に於ける觀察談をなして曰く、

予は米國の施設に係わるモロカイ島の癩患者隔離所をも視察せしに、茲にも亦癩病が眞正の傳染病にして古來世人の思惟せるが如き遺傳病にあらざるとの好證を得たり、乃ちモロカイ島にては、多数の癩病患者中夫婦者も少からざるが、此等夫婦間に生まれたる小兒は可成早く病親と隔離し、全く癩病者なき処に收容養育せしに、未だ一人の癩病者を出さず、之に反し、親と同棲せる癩病者の小兒中には、已に數歳に達せざるに、親と同一の運命に陥りたるものあり、之によりて見るも、癩病は傳染病にして、決して遺傳病ならざること明なり、故に若し日本において癩病收容所を設くるに當りては、癩病者の子孫をして、再び父祖の如き惡運に陥らしめざる様注意すること必要なり。

コッホはハワイのハンセン病隔離施設を視察し、そこで、親が患者である小兒を親から引き離れた場合とそうでない場合の発症の様相から、ハンセン病は伝染病であり遺伝病ではないとの確証を得たと言うのである。また、日本でハンセン病收容所を設置する際には、患者の子供に発病の無いように留意すべきであると提言するのである。

続けて、コッホは病態の早期に隔離をおこなうべきであると提言する。それは以下の様である。

次に本病の最も多き布哇に於ては、癩患者の隔離を実施せし以來、已に四十年に及び、其收容患者數の如き現時九〇〇人に達す、然れども布哇全島に於ける同患者數、依然として尚四五千に及び、毫も減少せず、是れそもそも如何なる理由に基づくや、最注意せざるべからざる點なり、予は布哇政府が行いつつある方法を見るに及び、釋然として其原因を悟れり即ち從來隔離收容せし患者は、己に發病後數年若くは十數年を経過せるものにして、現在の收容患者に就て檢するも、發病一年以内に於て、モロカイ島に來れるものなし、然るに癩菌の性として、久しく人体内ある時は、其毒力は減退し、其傳染力も從て減弱す、反之未だ外觀上癩病者たるの明ならざるが如き早期の患者ありて、癩菌は最大なる傳染力を有す、故に若し此等傳染の危險最多き早期の患者を放置し、比較的傳染の

弱き陳舊（旧）の患者のみを隔離せんか、何の効か是れあらんや、實に無意味の方法たるに過ず、如斯くして癩病の蔓延を防かんとす、眞に徒勞たらんのみ、殊に米政府の巨金を投じ、癩病研究所をモロカイ島に設け、僅かに一二の醫師をして事に當らしむるが如きは、何等の用をなさざるべく、愚も亦極まれりと云うべし、何ぞ癩病研究所を人類の最も多きホノルルの地に設けざるや、殊に細菌學者をして癩患者は勿論、之に接觸せる家族及隣人の鼻腔に就いて精細に癩菌の有無を檢索せしめ、以て早期の診断を確實にし、苟も癩菌の存するものは、悉（ことごと）く隔離すべきなり。

アメリカはハワイで患者の隔離を行っていたが、ハンセン病の減少に対する効果が薄く、その理由としてコッホは、發病一年以内に隔離された患者が少なく、これらの早期の患者が強力な感染源だと言うのである。また、アメリカの隔離のシステムを批判し、細菌學者に患者と接触した家族・隣人の鼻腔より菌を検出し、陽性のものは隔離すべきとの提言である。また、続けて日本の隔離に対して以下の意見を述べた。

予がモロカイ島に於いて見たる患者の中、日本人患者は僅かに二三人にすぎざりしが、布哇全島には六萬餘の日本人ある由なれば、その全數は決して斯の如き少數にはあらざる可し、恐らく日本人の癩病者は多く逃れて其母國に歸來するなるべし、況や聞く所にすれば、米國其他の諸國に於いて癩病者隔離を励行する土地よりは未だ何等の制裁なき日本に遁れる來るもの亦少なからざる由なるが、是日本の為め實に悲まざるを得ず、予は未だ日本に於ける癩病者の實數を知らざれども、蓋し數萬を下らざるべし、而して今日に至るも尚放置して、患者は路頭に徘徊し、殊に早期患者の如きは其症状の外觀にあらわざるがために人に嫌忌せられず自由に健康者と接觸す、實に危険千萬なる次第也、ノールウェーは癩病者多き國なりしが、ハンセンの癩菌發見以來國法を以て癩病者の隔離を励行し、今日に至りては、毎年の新患者約十人以上にすぎず、而してノールウェーに於て好成績なる