

に、布哇の成績不良なるは、些（いささ）か其事情を異にする基く處あり、為に昔時は多數は巡禮者及至浮浪の徒該國內に入込みたり、加ふるに國民中には少からざる癩病者ありて、到處に徘徊し、盛に病毒を散布したりき、然るに一朝同病者の隔離を實行するに當り、旅客の健康診断を厳にすると同時に、國內に散在せる總ての病者を嚴重に隔離したる為、大に好果を奏したるなり、現に予が本國メーメル州に於ても癩病者隔離所を設け、早期診断によりて患者を發見し、其隔離を勵行せしめたりしかば、今や我獨逸に於ては殆ど癩病は其跡を絶つに至れり、日本も如何に多數の患者ありとて、予が述べし如く早期診断に基づき傳染病の最盛なる初期患者は勿論、一般患者の隔離を勵行せば豈に該病の蔓延を防ぎ得ざるの理あらんや。

コッホはモロカイ島での日本人患者の数の少ないことを指摘し、アメリカおよび諸国で隔離政策が厳しい場所から隔離政策の無い日本へ逃げてくるのだと言う。また、日本の患者数は数万を下らないだろうと推測、特に症状の顕著でない初期患者が感染予防上危険なのだと言及するのである。加えて、ノルウェーでの隔離が旅客の検査、国内の総ての患者の嚴重な隔離により、その感染予防上の成果が大であったと指摘、ドイツでは早期診断を行い、嚴重な隔離を行い、その流行を防いだと言う。このような医学的根拠から、日本でも早期診断による初期患者の發見・隔離、一般患者（すでに症状の顕れている患者であろうか）の隔離を實行すればその蔓延を防ぐことができるという意見である。

続けて、「癩予防二関スル件」の施行の遅れる日本政府に対しコッホはその施行を促すように以下の発言を為すのである。

日本にては癩病豫防方法は已に制定せられぬとや、其費用とて數百萬圓を要することにもあらざるべき當路者は癩病の全國に蔓延し居るを以て意に介するに足らずとするか、余りに緩慢なるにあらずや、癩菌の培養や、動物試験は、未だ何人も成功せず、従て癩病に對する原因療法⁵⁰⁾なき今日に於て、患者隔離は其の蔓延を防

ぐ唯一の方法にして、また焦眉の急務なり。夫れ法規は死物のみ、此を活用せざれば何等の効なし、宜しく速やかに己に制定されたる癩豫防法を實施して、一方には此等多數なる可憐の同胞を救療し、一方には健全なる臣民の身軀を保護するの實を挙げ可なりき、若し夫れ日本が今日の如く癩豫防上何等施設する處なくして経過したらんには遠からずして絶東の最善美國は遂に癩病國と化し了らんのみ云々。

コッホは今日、*M. leprae* の培養や動物実験が不可能であり、ハンセン病の原因療法の開発が困難な状況の中、患者隔離がハンセン病の蔓延を防ぐ唯一の手段であり、急務なのだと言う。また、既に制定されたハンセン病予防法（「癩予防二関スル件」）を施行し、哀れな患者を救済・治療し、且つ、健康な國民への感染を防ぐべきであると述べ、もし、本法の施行無き時には日本はやがてハンセン病蔓延國となると言うのである。

以上、コッホの発言を紹介したが、当時、世界屈指の細菌学者としての、早期診断による初期患者の隔離、一般患者の隔離を併せた全患者の隔離の提言、ハワイでの失敗とノルウェーでの成功の要因の考察とドイツでの政策の成功の様相などの発言に当時の隔離の様相と理論をみることが出来る。またそれは、ドイツ医学が日本の隔離に大きな影響を与えていたことを裏付けるものであると考えるべきであろう。

コッホの発言の後、明治42(1909)年、政府は「癩予防二関スル件」を施行、全國を5地区に分け、それぞれの地区に公立療養所を設け、浮浪する患者の隔離が始まった。それは以下の様である⁵¹⁾。

第一区 全生病院（東京府）

東京府（伊豆七島、小笠原島を除く）・神奈川県・新潟県・埼玉県・群馬県・千葉県・茨城県・愛知県・静岡県・山梨県・長野県

第二区 北部保養院（青森県）

北海道・宮城県・岩手県・青森県・福島県・山形県・秋田県

第三区 外島保養院（大阪府）

京都府・大阪府・兵庫県・奈良県・三重県・岐阜県・滋賀県・福井県・石川県・富山県

鳥取県・和歌山県・

第四区 大島療養所(香川県)

島根県・岡山県・広島県・山口県・徳島県・
香川県・愛媛県・高知県

第五区 九州療養所(熊本県)

長崎県・福岡県・大分県・佐賀県・熊本県・
宮崎県・鹿児島県

さらに、明治43(1910)年には第5区に「沖縄県」が追加された。また、療養所は複数の府県が連合して設置・運営し、これに国庫補助が支出される公立療養所形式を採用した。

「癩予防二関スル件」の重要な規定は次の5つであった⁵¹⁾。

1. 医師の消毒予防方法の指示と届出義務
2. 浮浪する患者の強制収容
3. 公立療養所の設立
4. 救護費の負担
5. 指定医の検診

「癩予防二関スル件」は隔離政策ではあったが、浮浪し生活に窮する患者の救済という一面を有し、入所を希望する患者も多かった。しかし、資格審査に長い時間がかかること、事実上の扶養義務者が発見されたときにはそれまでの費用を弁済させるなどの厳しい措置もとられ、その実質は貧窮する患者の救済という目的からはほど遠い内容であった⁵¹⁾。この他、政府は「癩予防二関スル件」と同時に「癩二関スル消毒ソノ他予防方法」を併せて公布し、ハンセン病に対しコレラなどの急性伝染病とほとんど同程度のきびしい防疫措置を要求した⁵¹⁾。

「癩予防二関スル件」は自宅で療養する患者達には何らの恩恵をもたらさず、彼らの処遇を悪化させる要因となった。それは以下の点においてである。

1. 法規によって警察署の癩患者名簿に登録させられること
2. 形式的にも予防消毒をしなければならないこと
3. 自由を制限されること

この3点が自宅で療養する患者達の存在を世間に知らしめる事になり、加えて、それまでの遺伝病としての偏見に伝染病としての認識が加わり、患者および家族・一族への偏見・差別はさらに冷酷なものへと変化していった。それ故にハンセン病の診断がつけば、秘密裏に浮浪の旅に出るもの、住所・氏名・病名を偽り病院に入るもの、ハンセン病患者部落に紛れ込むもの、自殺するものなどが増加して行くのであった。

5-3 窪田静太郎の述懐

ここで、内務省衛生局長として「癩予防二関スル件」成立に努めた窪田静太郎⁵²⁾の述懐である「癩予防制度創設の當時を回顧す」から「癩予防二関スル件」の成立に尽力した人物が誰であるのか、また、本法の実質などを考えてみたい。

窪田は冒頭で「癩予防二関スル件」の成立にハンナ・リデル、大隈重信、渋沢栄一、島田三郎の尽力が非常に大きいと言う。加えて以下の様に述べる⁵³⁾。

元来癩患者の処置と言う事には二様の意義面がある。一つは伝染病確定した癩の公衆に対する伝染の予防事業たることと、一つは癩患者の保護救済という事である。(中略)しかし公衆衛生と言う見地からすれば、癩の予防は当時未だ第一に着手しなければならぬと言う様な場合に到ってはいなかった。(中略)衛生当局者は主として急性伝染病の予防に大いに力を費やさなければならぬ状況で(中略)未だ慢性伝染病の予防に大いに力を用いる事は許されなかった状況であった。(中略)結核予防が第一に手をつけられなければ事は衛生関係者間において議論の無いところで、衛生学者等も未だ癩予防法を絶叫する迄の進運に達せなかったのである。従って医学者としては(中略)光田健輔君、山根正次君あたりが癩予防の必要を唱えた先覚者と言ってよいと思う。(中略)自分の考えでは伝染病には相違ないが、思うに体質によって感染する差異を生ずるので、在来遺伝病と考えられる所以もまたその辺にあるであろうと思うたのである。ただし救済の対象としては癩患者は最も緊急の必要のあるものに相違ない。(中略)自分

は衛生局長としては癩豫防を主たる理由として、傍患者其人の救護も必要なりと云ふを理由として、先ず放浪患者を一定の場所に収容して救護を公費を以て興へる方針を定めて着手する事にした。

この述懐からすれば「癩予防ニ関スル件」の成立には、医学者としては光田、山根の働きは重要であったと考えるべきであろう。また本法が文明国の体裁のみならず、患者の救済という観点から設立されたと言っている。また、伝染と体質が発症の要因だと言う。

また療養所の設置に関しては以下のように述べられている。

当時伝染病研究所技師で内務技師を兼ね、衛生局に勤務していた北島多一君に相談したところが、北島君も各府県に収容所を設ける事は、何れも設備不完全なるものとなって予防上好ましくないと主張した。その他色々の説もあったが、衛生技官の意見は第一は遠隔の島嶼に収容所を一二カ所設けて全国の患者を収容すべしと言う主張であった。これは癩が伝染病たる以上その伝染を予防すると言う見地のみからすれば、最も合理の説であったが、自分の考へでは、予防と言う見地はしばらく第二にまわし、先ず浮浪患者の救済と言う意味を以て収容所を設ける趣旨であった。専ら予防上の見地からすれば、全国に当時四五万と推測せられた患者の中から、数百か千人位の浮浪患者を収容するも伝染予防上の効力は大して見るべきものはない。故に他年有資力の患者をも処置すると言う場合に於いては十分伝染予防の目的に重きを置くべきであるが、当時の処置としては救済の目的に重きを置いて之に適する様なる施設を為すべしと言うのが自分の考えであった。故に島嶼に患者を送るが如き、患者の精神上に大打撃を与ふる如き処置は全然目的に反するもので自分の極力反対した所である。自分はなるべく患者をして余生を楽しませ、楽しむと言うまでに到らざるも収容の為に悲観せしめない様に施設すべきであると言う方針を取る事にした。

この記述から、当時の内務技官（医学者）も同様に隔離の見解を有していたことが分かる（北島多一は高野六郎と共に北里柴三郎の高弟として知られる）。ただし、窪田自身も患者救済を第一にしながらも隔離を否定していない点にも留意しなければならないであろう。

窪田の見解からもわかるように「癩予防ニ関スル件」は浮浪し、貧困に陥るハンセン病患者の救済法であり、当時の医学者の主張、議会の議論の中心であった予防法ではなかった。この背景の中で、医学者、政治家、見識者により予防法に改正すべきとの意見が高まり、それは大正期の絶対隔離政策を目指した医学者、政治家、国民の動きとなって行くのであった。ここからは、絶対隔離政策の進展・確立期である大正期から昭和初期の世界と日本の様相を考証して行きたい。

6 絶対隔離政策の進展とその背景

6-1 大正期の世界における隔離の進展

内務省の『各国ニ於ケル癩予防法規』³²⁾によれば、1897（明治30）年の「第一回国際らい会議」以降、1922（大正11）年まで、ハワイ、カナダ（英領）、オーストリア、スウェーデン、アメリカ合衆国、ドイツ、スイスなどで患者の強制隔離を含む癩予防法が成立した。また、アメリカ合衆国では、1912（明治45）年にハンセン病患者には特別な移動、輸送規定が設けられ、患者は厳格に隔離された個室を用いてハンセン病療養所に移送され、隔離される事となった⁵⁴⁾。フランスでは1914（大正3）年に同法が国会に提出されるが、第一次世界大戦勃発のため議決に至らなかった。イギリスには全然これらの規定が無かった³²⁾。

また、他の資料では、ハンセン病患者の強制隔離の法律は、ニューサウスウェールズでは1890（明治23）年、南アフリカのケープコロニーでは1892（明治25）年、スリランカでは1901（明治34）年に成立した。1894（明治27）年にはルイジアナ州に「カービル療養所」が、1901（明治34）年にはフィリピンのクリオンに「クリオン療養所」という二つの大療養所が相次いで建設され、ハンセン病患者の隔離が本格的に始まった⁵⁵⁾。このように、「癩病の疑いのある者は物理的にも社会

的にも遠隔地に隔離する」⁵⁵⁾という国際的な公衆衛生政策は明治後期から大正期に進展していった。

1909(明治42)年には、ノルウェーのベルゲンで「第二回国際らい会議」が開かれた。本会議は第一回の会議の決議を確認すると共に、ハンセン病の原因、伝搬様式などの理論を注意深く確認する事、治療薬の開発を行うべき、ハンセン病は幼児感染である、任意隔離、らい乞食、浮浪者の嚴重な隔離、患者の子供は速やかに分離、観察を行う。患者との接触者の定期検診などが決議され⁵⁶⁾、日本からは北里柴三郎が出席した。

1923(大正12)年にはフランスのストラスブルで「第三回国際らい会議」が開かれ、第二回の会議の決議を支持すると共に、ハンセン病の蔓延が甚だしくない国においては、住居における隔離はなるべく任意とする。貧困者住所不定のもの又は浮浪者等は隔離、流行地では隔離が必要、隔離は人道的たること(患者をその家庭に近い場所におくこと)、外国人ハンセン病患者入国禁止、患者の出産児を両親から分離、患者家族に定期検診を受けさせる必要がある。病毒を伝搬するおそれのある患者に対しては、その職業に従事することを禁止、患者の定期検診、特効薬の積極的探求などが決議された⁵⁷⁾。日本からは光田健輔が出席した。

「第三回国際らい会議」の頃より、*M. leprae*の伝搬の危険性のある患者(開放性)と伝搬の危険性の無い患者(非開放性)の概念が生まれ、本会議の第6部会(予防法則)の討論の中でミリアンは「開放性にして危険ならいとはその予防方法を変える必要があるのではないかと質問、これに対し会頭のジャンゼルクから「閉鎖されたもの(非開放性)は何等かの機会に開放性となることがある」との回答がなされている⁵⁸⁾。その後も開放性、非開放性を巡って議論は続くが、フィリピンでは1922(大正11)年より非開放性患者の療養所退所制度を实行、これはパロールシステム(解放制度)と呼ばれる^{59, 60)}。パロールシステムは当初、隔離に代わるものとして「国際らい会議」や「国際連盟保健機構」から期待されたが、「第三回国際らい会議」では、大風子油治療(大風子エチールエステル製剤治療を含んで)が議論され、本治療開始当初は、臨床的、細菌学的にも効果があるが、その再発率の高さ故の限界が確認された^{61, 62)}。

この時期、世界の隔離は強制隔離、離島隔離を含む絶対隔離政策であったが、「癩病の疑いのある者は物理的にも社会的にも遠隔地に隔離する」という公衆衛生政策の進展と共に、任意隔離の推奨、治癒者の開放制度などの試行が行われ、絶対隔離政策に対する修正が試みられた。しかし、国際らい会議での提言と世界の隔離の実態が一致していたのかは今後、さらなる考証が必要であろう。ここからは、ハワイにおける隔離を検証し、世界の隔離の一端を考察したい。

6-2 カラウパパにおける隔離の状況

ハワイのモロカイ島のカラウパパではハンセン病患者の隔離が行われていた³³⁾。その隔離は1866年から1969年までの103年間におよび、今日に至るまでこの療養所に暮らす患者は多い。ここでは大正時代から昭和の初期にどのような隔離があったのかを、カラウパパ療養所の入所者の証言である『隔離される病』から見て行きたい。

「私を見捨てた家族」

女性、ハワイ人、一部障害者、
1925(大正14)年頃に入所

私は十八歳か十九歳のときに捕らえられました。保健局は、私のことを通報した近所の人に十ドル渡しました。それが当時のやり方だったのです。ある日の夕方、私を診察してから連れていくために保健局の人が家に来ました。一緒にホノルルに行かなければならないと、その人は私に言いました。嫌だと答えれば、私に手錠をかけてでも引っ張って行ったでしょう。そうやって私たちを脅かしました。行きたくありませんでした。ハナイ(養子)にした男の子がいたからです。その子を本当に大事に可愛がっていました。でも、私がお子に病気をうつすことになると言われ、その子のために仕方なく出て行きました。(中略)

カリヒでは男子と女子に分けられました。翌朝、健康診断を受けました。六人の医者が待っている部屋に入って行きました。白いシーツを被されていましたが、裸でした。医者たちは私を診察し、身体の発疹を見て、数分の間何か話

をしていましたが、私に女子棟に戻るようには言いませんでした。数日して、手紙の入った大きな封筒を受け取りました。手紙には私の氏名が記され、「あなたはハンセン病患者であることが明らかになった」と書かれていました。それでカラウパパに送られました。(中略)

話すのもつらいことですが、その後、家族は私を見捨てました。親戚からも見捨てられました。彼らは嘆き悲しんだ挙げ句、私を必要としなくなりました。(中略)ハンセン病は、家族や親しい人を遠ざけてしまいます。人はハンセン病ということばを聞いただけで怖がって離れていくのです。

私がまだ小さかった頃、犬のような生活をしている男の人がいたのを覚えています。彼はまるで犬小屋のようなところに住んでいました。後になってわかったことですが、その人はハンセン病だったのです。古い板でできた差し掛け屋根がついた汚い小屋に住んでいました。(中略)そばにある彼の家族の家は大きくて立派でしたが、彼の家はあばらやでした。彼はずっと家の中にこもったきりで、めったに外には出ようとはせず、汚い身体を丸めてじっとしていました。(中略)今の私と同じく、家族から見捨てられていたのです。(中略)そして残念なことに、私の家族も彼の家族と同じ態度をとったのです。

療養所から陰性と診断され無罪放免となった後は、帰宅することも可能でした。でも家族は「帰ってきて欲しくない」「家のまわりをうろろしないように」と言いました。「家族と一緒に暮らそうとは思わないでくれ」とも⁶³⁾。

「私たちハワイ人になぜこんなことが」
男性、ハワイ人、
1910 (明治 43) 年頃収容

ここには十四歳の時に連れて来られました。皆と同じように、私も学校で捕まえられました。先生は私が「保菌容疑者」であることを知っていたのです。父がハンセン病でした。父はホノルルにある古い病院、カカアコ病院でハンセン病のために亡くなりました。兄弟もやはりハンセン病で、このカラウパパで亡くなりました。(中

略) この病気はとても恐れられていましたから。でも私は幸いでした。大家族で、身内にこの病気の患者がいたにもかかわらず、家族は私を見捨てませんでした。ここに来てから家族を失った人はたくさんいます。そうすると本当にひとりぼっちになってしまいます。

この病気を最も怖がるのは中国人だと思います。でも日本人もハワイ人も同じようなものです。(中略)

ハンセン病患者にとって最もつらいことは、家畜のようにひどい扱いを受けることです。死に場所としてここが与えられるのですが、ハレモハルで発生したトラブルのように、あちこちをたらい回しにされるのです⁶⁴⁾。

以上、二件は明治末から大正時代の事例であるが、当時のハワイでの隔離の状況。患者の於かれた厳しい境遇が理解できる。また、パロールシステムの様相も見られる。国際らい会議では任意隔離を提唱しながらも、ハワイでは患者の子どもの分離、患者の社会からの排除が行われ、療養所は死に場所として与えられる点なども日本と共通であることに注目すべきであろう。このような流れの中で世界の隔離は進行し、日本においても本格的な隔離が目指されていった。それは山根、光田、土肥一門、北里一門などを中心に進展して行くのであった。

6-3 土肥慶蔵の見解

大正元 (1912) 年 12 月、土肥慶蔵はハンセン病について以下の様に述べている⁶⁵⁾。

諸君、癩の治療法と云うものは古も今も大同小異で一向進歩して居らぬ大風子油やナスチンやツベルクリンや昇汞水、クレヲソート、ホアンナン、テトロドトキシシ、妖度剤、烏蛇、白蛇、其他有りとあらゆる薬品を多年我教室で試験した結果から視ると近頃評判のチアノクプロールの如きも以上の薬品に比してより多くの望みを囑し得るや否やは問題である一言以てこれを掩へば癩疹なるものは各種の薬剤に對して必ず一時反應する殊に結節癩に對する大風子油の實質注射の如きは其效力往々にして頗る顯著である

只其効果の必然（コンスタント）を期し難いのが缺點である。

夫で此難病撲滅の捷徑は現代の醫學の程度では治療法に在らずして却て離隔法にある若し吾人が正確に此離隔法を勵行するならば此國土より癩病を驅除することは近き將來に於いて成功し得るものと信じるのである。（中略）此離隔法の癩病撲滅に有效なることは近世に至りて學術的に證明された即ち諾威（ノルウェー）に於けるアルマウエル、ハンゼン氏の事業がそれである（中略）諸君も其名は癩菌の發見者として捻聞して居られる併しハンゼン氏の名は癩菌の發見よりも寧ろ諾威に於ける癩病撲滅の爲に奮闘し其歴史によりて不朽なるべき価値があるのである。

つまりは当時のハンセン病の治療薬の効果およびその限界を語り、隔離によりハンセン病の撲滅がなされるという見解である。この時期、土肥の見解は東京帝国大学におけるハンセン病の臨床および研究、世界のハンセン病政策、医療の検討などにより成されたものであった。また、土肥の見解が前頁の世界のハンセン病政策、医学の見解と大きな相違の無い点にも注目すべきであろう。

6-4 保健衛生調査会の提言と癩予防二関スル件の改正

前頁での窪田静太郎の見解からもわかるように「癩予防二関スル件」は浮浪し、貧困に陥るハンセン病患者の救済法であり、当時の医学者の主張、議会の議論の中心であった予防法ではなかった。この背景の中で、医学者、政治家、見識者により本法を予防法に改正すべきとの意見が高まっていた（前述）。

この時期、「癩予防二関スル件」の予防法への改正に大きな影響をおよぼしたのは「内務省保健衛生調査会第4部会」（以下、「調査会」）であった。「調査会」は大正5（1916）年6月発足、日本のハンセン病政策について世界の医学の動向、世界の隔離政策の研究を含んで討議を行っていた^{66, 67)}。

「調査会」の主査は、山根正次（当時、代議士）、委員は山田弘倫、内野仙一、北島多一、栗本康勝、三宅香、光田健輔であった⁶⁸⁾。「調査会」で

は1917（大正6）年の時点で、全国の患者に比して療養所入所者数はあまりに少なく⁶⁹⁾、ハンセン病予防の成果は期待できないとして国立療養所を設け、患者一万名を収容することが必要であるとの見解を示した⁶⁶⁾。この答申を受けて内務省は光田健輔に島嶼隔離の候補地の選定を依頼、大正6（1917）年、西表島（沖縄）の調査などが行われ、結果、患者一万名を隔離し、自活生活を行うには、西表島が適し、500人から1,000人程度であれば、長島（瀬戸内海）が良いとの報告を行った。大正8（1919）年には島嶼隔離が内務省で検討されたが、西表島はマラリアの流行地である事、職員の従業困難などが理由となり、第二案の長島が選択された⁶⁶⁾。

さらに大正9（1920）年には、国や公共団体は、日本のハンセン病を根絶するため、資力の乏しい患者のみならず、伝染の恐れを有する患者を施設に収容・隔離する対策を講ずる必要があるとの答申を内務省に行った（「癩予防策要項」）。つまりは絶対隔離政策の提案である。その内容は以下の様であった⁷⁰⁾。

大正8年3月31日実施した全国癩一斉調査によれば、日本の癩患者総数は、16,261名で、そのうち療養資力に乏しい貧困患者は約1万人に達している。また徴兵検査時の「全国杜丁癩」の患者数は、（中略）大正8年度、検査場での診断患者は266名、療養所入所者は23名、合計すると289名となり、杜丁比は対1,000名に対し、0.67で、これから推測すると日本の癩患者数は、推定約26,343人となる。これに対し、既設の公立療養所の病床数は、大正8年度、1,530床。入所患者数は、僅かに1,338名に過ぎず、現在全国の神社、仏閣にはまだ多くの浮浪患者が見られるのみならず、家庭に潜む未収容患者数は、推定1万名を超えている。

国や公共団体は、日本の癩を根絶するため、資力乏しい患者のみならず、伝染の恐れを有する患者を施設に収容・隔離する対策を講ずる必要がある。

さらに、次の様な具体案を内務省に答申した⁷⁰⁾。

1. 「癩予防ニ関スル件」の改正

浮浪患者の收容・救済を目的とした「救貧立法」「風俗取締法」を改正し、日本の「癩予防および根絶」を目的とした衛生立法「癩予防法」に改正すべきである。これにより、癩予防上、必要と認める者を積極的に施設に收容、隔離するため、癩療養所の病床を1万床とすべく、整備する必要がある。

2. 公立療養所の増床

現在、療養の途なき、貧困患者のみならず、癩予防上必要と認むる者を收容するためには、現存の五カ所の公立療養所を拡張、増床を計るべきである。

3. 国立療養所の設置

国立療養所設置の目的は、療養の途なき者、無籍者、本籍不明患者を收容することであり、彼等は、施設に收容されても、逃走を繰り返す傾向があり、現存の公共施設ではその措置に苦慮している。一方、善良なる入所者の療養生活を確保するためにも、こうした逃走癖のある患者を対象とする国立療養所を、島嶼に設けるべきである。

4. 自由療養地区の設置

資力を有する患者の療養のため、国及び公共団体は、適当な地域を選び、家族と共同生活の出来る自由療養地区を設けるべきである。

5. 行政官庁の権限

行政官庁は患者並びに保護者に対し、病毒伝播の防止に関し、必要な事項を命ずる事

(1) 伝染の恐れのある職業に就くことを禁止する。

(2) 伝染の恐れのある物件の売買、授受の制限又は禁止。

6. 生活援護

就業禁止のため、または施設入所により、生活に困難を来す家族に対し、生活援助を行い、患者の施設入所を促進する。

7. 生殖中絶の実施

患者の請求ありたる時は、療養所の医長は、患者に生殖中絶を実施し得る。

以上、7点であった。

この調査会の答申に基づき、内務省は公立療養

所の増床、国立療養所の新設を立案、この結果、公立療養所の増床は順調に進展したが、国立療養所の新設は予算不足により大幅に遅れ、昭和2(1927)年、400床の国立療養所「長島愛生園」の設置が決定された⁷¹⁾。

大正14(1925)年5月、内務省は全国警察部長会議で各県の患者救護弁償規定を緩和し、未收容患者の收容促進を指示(「癩予防ニ関スル件」では資力なき患者のみが対象であったが、その範囲を拡大)、同じく8月には、全国地方長官に対し衛発120号「癩患者救護に関する件」を通牒し、全国警察部長会議での指示と同様に「癩予防ニ関スル件」の下での收容対象患者を総ての患者へ拡大・適応する事を通達した⁷²⁾。

この時期から内務省の政策の進展と並行して、ハンセン病患者救済、ハンセン病の啓発を目指した民間組織が次々と設立して行った。その最初は、大正14(1925)年6月の「日本MTL」の発足であった。その活動の規範は以下の様であった⁷³⁾。

1. 患者の間に広くキリスト教の福音を伝える。
2. ハンセン病は遺伝ではなく、伝染病であり必ず絶滅し得る病気である事を宣伝する。
3. 患者および家族の相談に応ずる。
4. 慰問、講演、映画、音楽会その他適当な方法によって、患者を慰問する。
5. 療養所の事業を後援する。
6. 隔離事業の達成、促進を当局に請願する。

つまり、「日本MTL」は宗教による心の救済、遺伝病としての認識に苦しむ患者および家族への偏見・差別の是正、患者への慰問、隔離事業の推進を目的とした組織であった(「日本MTL」は賀川豊彦などのキリスト教者、「日本YMCA」を中心に設立された⁷⁴⁾)。その後、「愛盲運動」「エスペラント運動」などの社会事業に取り組み、アイヌや台湾先住民族への援助などを行っていた後藤静香の「希望社」もハンセン病患者救済活動に加わった(「日本MTL」と「希望社」のハンセン病救済活動には光田健輔の関わりが大きかった⁷⁵⁾)。同じく、後藤もキリスト教者であった。

大正期、日本のハンセン病政策・医療はハンセン病の臨床、研究および国際的見解を元になされ、

多くの人々に支持され、それはキリスト教者による社会事業に始まり、世論を高め、大きなうねりとなり、昭和初期の絶対隔離政策の確立へと連なっていくのであった。

7 絶対隔離政策の確立

7-1 昭和初期の世界のハンセン病政策

1930年代より、ハンセン病の疫学研究が進展、感染源、感染経路については、兄弟姉妹、両親、親戚、配偶者などの順での感染する事、男女の罹患率が、男2.7に対し女1という点、成人は感受性が低い、潜伏期間は数カ年にわたる⁷⁶⁾などの知見が明らかとなった。また、感染は接触により起こり、*M. leprae*の伝播は患者と幼児との数に比例して増減する、ハンセン病治療薬(大風子油など)の効果は恒久的ではないという見解も示された⁷⁷⁾。1930(昭和5)年には、ハンセン病研究促進を目的としてLeonard Wood Memorial foundation⁷⁸⁾が発足、翌年にはInternational Journal of Leprosy⁷⁹⁾が刊行され、ハンセン病研究の国際的統合が実現し、予防策、治療法の統一が模索されていった⁸⁰⁾。

1931(昭和6)年、国際連盟保健機構は「ハンセン病の公衆衛生の原理」として以下の内容を提唱した⁸¹⁾。

- ・ハンセン病の発生予防の最重要線は隔離と治療である。
感染段階における患者の隔離の価値は大なるものであり、これを強制することは行政的にも可能であり、讃うべきである。
- ・予防組織
法律:伝染に関する報告、伝染性患者の隔離、治療の便宜、消毒方法、従業禁止
疫学的監理:患者数の把握、早期発見、学童検診
その他:教育宣伝、科学研究、隔離、退所患者の監理、新生児の分離、患者の結婚の禁止など

以上が決議され、ハンセン病研究・対策の国際化の進展と共に、隔離を含んだ予防組織が形成されていった。

1938(昭和13)年、カイロで「第四回国際らい会議」が開催され、ハンセン病の監理に関して次の如く決議された⁸²⁾。

らいの監理に関しては、何等公道はない様である。らいの疫学的研究が専門的にまた集約的に行うことが強調されるのは、らいの侵襲、感染、機序に何等かの新しい路が発見されはしないかと望まれるからである。伝染性(開放性)患者を一般健康人より隔離することが、最も有効な管理法であるとの意見が支配的であるが、これは各国一様に実施することは不可能である。可能な場合においても隔離状態、条件が魅力的なものとして隔離の目的を達せねばならない。家庭隔離或いは特設部落分離などは、一般的対策として推奨はできない。嘗てある人々の間に信ぜられていたように、診療所での治療によって、らいが消滅できるという希望を維持するだけの理由はまだ発見されていない。隔離制度実施不可能な国の人々は、今尚、その治療組織を弁護しているけれども。

この宣言の中で、家庭隔離や特設部落分離が否定されている点にも注目したい。また、本会議における報告論文の多くは疫学と監理に関するものであり、この時期、疫学の重要性は高まり、その進展と共に隔離が提唱されて行った。

「長島愛生園」の医官、林文雄は昭和8(1933)年から一年間、世界のハンセン病の実情、ハンセン病療養所などを視察した。彼による世界各国の患者数、絶対隔離政策下の施設隔離者数の報告がある(表1)⁸³⁾。

資料からも解るように、この時期、世界各国では絶対隔離政策が進行し、特に米国支配下、ドイツ支配下で隔離率が高く、一般的には先進国およびその支配地域では患者の療養所隔離が選択され、イギリス支配下の発展途上国では英国MTL⁸⁴⁾を中心に、部落隔離が行われ、その他の開発途上国では患者救済は成されず、積極的な隔離は行われなかったが社会から厳しい排除を受け、明治期の日本と同じに社会の片隅に集団で暮らす様相が見られた⁸⁵⁾。当時、日本の官僚、政治家、医学者はこのような世界情勢の検討を重ね、「調査会」の提言、

帝国議会での議論、ハンセン病の医療・政策を進めていたのであった。

表1 訪問諸国患者数 1933年(文献85)

国名	人口	患者数	隔離患者数
フィリピン	12,400,000	15,000	7,700
ドイツ領 東インド (ジャワ、スマトラなど)	70,000,000	20,000	4,400
ビルマ		111,000	1,000
インド	300,000,000	1,000,000	10,000
南アフリカ	7,000,000	3,000	1,200
ノルウェー	2,800,000	55	36
エジプト	14,000,000	2,200	100
ブラジル (San Paulo)	40,000,000 6,500,000	20,000-40,000 10,000	5,000 2,700
アルゼンチン	11,000,000	10,000	230
アメリカ合州国	120,000,000	1,100	350
ハワイ	360,000	700	550
日本	60,000,000	15,000	4,295

7-2 患者の結婚と出産、断種

大正時代から昭和初期、日本の療養所では光田の提案の下、男性患者に任意で不妊手術(精管切除)が行われ断種が進行して行った。その当初の目的は、世界的に結婚が許されない患者に結婚を許すため、療養所内での出産を制限するためであった⁸⁶⁾。

ここからは海外での断種の記録を『隔離される病』から紹介したい。

「私たちハワイ人になぜこんなことが」

男性、ハワイ人、
1910(明治44)年頃収容

ここで暮らしていて一番辛いのは、子どもたちに会えないことです。十二人の子どもたちは皆、ここカラウパパで生まれました。(中略)この中で生まれた子供と親は一緒に暮らすことはできません。誕生後、カラウパパ内にある乳幼児施設に連れて行かれます。法律でそう決められているのです。両親との接触によって赤ん坊がハンセン病に感染することが恐れられていた

からです。(中略)親は厚いガラス越しにだけ子どもたちと面会を許されました。絶対に彼らの体に触れてはいけません。一年を過ぎると、どこかに移されるのです。家族のうちの誰かのハナイ(養子)になるか、保健局の手続きをして養子に出すかのどちらかです。(中略)

このようなかたちで子どもたちのことをあきらめねばならないのは本当につらいことでした。男の子が七人と、女の子が五人いたのですが、男の子三人は施設で亡くなってしまいました。保健局に十分に面倒を見てもらえなかったからです。かといって、病気の子どもたちを私たち自身が介抱することも許されませんでした。愛するわが子と無理やり引き裂かれるのは、やりきれませんでした。ちょうど、私たち自身が家族のもとから引き離されたのと同じです。子供たちは、私たちが親だということは知らないでしょう⁸⁷⁾。

「断種計画 その一」

男性、ポルトガル人、
1920年(大正9)年頃に入所

私たちが子供を持つことは望まれていませんでした。私には子供がありませんが、ここにいる他の人々にはたくさんの子供がいました。カラウパパの中には避妊計画がありました。(中略)それは患者が自らすすんで受けたものでした。(中略)断種手術を受けることを望んでいるかどうかは、尋ねられたはずです。1941年、医者が私を招き、手術を希望するかと尋ねました。「先生、もし先生が断種手術をお望みならば、私はかまいません。先生にお任せします。」と答えました。そして彼は実施したのです。今日では、パイプカットと呼ばれているものでしょうか。(中略)私たちが実施を強要されたことはありませんでした。私たちは選択したのです。しかし、ご存じのようにカラウパパにいるすべてのハンセン病患者に、避妊手術を強制しようとする法律が作られようとしていたことは良く覚えています。(中略)避妊計画は1938年頃に始まり、1942か43まで行われていたことを知っています。当時、カラウパパでは17歳以上のすべての患者を対象に、避妊を強制する議案を地方議会に提出した地方議員がいました。彼の提案はお払い箱になったのでしょうか。私の知る限りでは避妊が強制的に行われるようなことはありませんでした。しかし、その種の法律を作ろうとしていた人々がいたことは確かです。(中略)

たとえば××氏、(中略)彼はつらい思いをしました。私たちは全てを奪われてしまった、と彼が語っていたことを覚えています。彼は(中略)、1938年に避妊計画が実施されようとしている、と語りました。ホノルルに行こうとした患者は、誰もがそれに従わなければなりません。(中略)そこに子供や家族のいる患者はなおさらです。陰性の患者は、ホノルルに行く許可に条件が付けられました。保健局は患者が子供を持たないことを望んでいました。子供がハンセン病にかかるのではないかと心配していたのです。そして、ハンセン病が親から子へと広がるのを防ぐために、彼らは私たちに避妊に従うように、そして男性も断種を望みました。(中略)保健局はこれ以上何を望むのでしょうか。(中略)この女性の大部分も避妊手術を受けて

いました。多くの人たちが。大部分の人たちが⁸⁸⁾。

この時期、ハワイの患者たちも日本の患者たちと同様に避妊手術を受け、子供から引き離されていた。また、患者の避妊法の設立を試みる人々もいた。

米国の管理下にあったハワイでのこの様相が日本の様相に酷似している点は何を意味するのか。疑問は深く尽きない。いにしえから続くハンセン病患者の子孫の断絶策は男女の生涯分離という手段に始まり、その後、日本とハワイでの断種とその実施に及んだが、断種はあくまで任意で非公式のものであった。それは日本とハワイだけの問題なのであろうか。

ここまで、昭和初期の世界のハンセン病政策の概略、ハワイでの隔離の様相を紹介した。ここからは絶対隔離政策の確立するこの時期の日本の医学者の見解を観て行きたい。

7-3 衛生読本

昭和12(1937)年、高野六郎はその著書『衛生読本』の中でハンセン病について以下のように述べている⁸⁹⁾。

癩の予防

癩は伝染病であって遺伝病ではない。この事実をはっきり認識させれば癩の問題は解決する。宗教上の理由にしても衛生上の理由にしても、ともかくも癩患者を家庭から、そして社会から隔離した結果、欧州では癩の蔓延から免れたのである。癩は不快な病相を呈する故に概して家庭を離れて漂泊する。あの生活が一面癩の家庭内伝染を減じ、他面社会へ希薄な感染の危険を与えた、一利一害である。癩は感染力が弱く、且つ経過が頗る緩慢である。従って一人の患者が多数の患者を作るようなことは希である。それで幸いに癩の大流行というものが無いのであるが、癩が南洋諸島のような処女地に入った最初には猛烈な伝搬を来した実例もある。

癩は文化生活の発展と平行して消滅する。幸いに日本の癩も減少の傾向を示して居る。只自然の減少を待つて居ったのでは今後何年かかる

かも知れないから、その根絶策を立てつつあるのである。

癩は最も悲惨な病気であって、且つ極めて難治の病気である。現代の医学も其の療法に格別の進歩を示さない。只適当な療養保護の下におけば必ずしも短命ではなく、相当の高齢に達する者も少なくない。病勢は一進一退、一度破壊された肉体は完全に回復することは覺束なく、一生病苦を背負って苦悩せねばならぬ。

癩の如き国民の恥辱とも見るべき疾病は速やかに根絶せねばならぬ。同胞の幾百人かに年々新たに此の悲惨なる病気を発しつつあることは想像するだに戦慄を催さしめる。

癩根絶方策としては患者の隔離を行えばそれでよい。十分な療養所を建てて全癩患者を収容してその一生を療養させておけばよいのである(中略)一般家庭の人の心得としては、癩患者があつたら速やかに衛生当局と相談して療養所に送るようすすべきである。癩を家庭に隠して置いたのでは関係者全部の不幸であるのみならず、更に一層大なる不幸が来る惧がある。極めて慢性であり、感染力は弱くはあるが、癩は明瞭に伝染病であるからである。

又癩家族を冷遇迫害するようなことがあつてはならぬ。癩は単に一個の伝染病に過ぎない。腸チフスや結核や他の皮膚病などに罹って居ると何の差別のないものである。

癩は正に国民病であって日本国民は今尚癩に罹って居るのである。その個々の癩患者を治癒せしむることは困難であるとしても、日本国民の癩を治して、即ち日本に癩を無くすることは容易に出来ることなのである。

高野は、欧州の隔離の効果、ハンセン病は感染力が弱い、南洋諸島(ハワイ、ナウル、ニューギニア)など、ハンセン病の処女地(ここには中世欧州も含まれる)では爆発的流行を来した例もある事、悲惨な病気である故にその拡大を許してはならないという意見、ハンセン病は他の感染症と同じく単なる感染症である事を認識し、家族を差別してはならないとの意見である。また、隔離により日本からハンセン病を無くす事が可能であると述べている。以上、高野の見解を述べた。高

野は医学者であり、北里の高弟でもある。高野は「癩予防法」成立時、内務省予防課長であった⁹⁰⁾。

高野の意見には当時の医学者、官僚の意見が色濃く反映されていると考えるべきであろう。この見解が日本独自のものであつたと考える事は至極容易な事ではあるが、世界の隔離の実態、ハンセン病患者の於かれた厳しい状況、ハンセン病医学の理解などの中から客観的に考証されなければならない事柄であろう。

7-4 癩予防法の成立と無癩県運動の進展

昭和2(1928)年、それまでハンセン病研究の中心であつた「日本皮膚科泌尿器科学会」に加えて、ハンセン病医学を専門とする「日本癩学会」が成立、この後、療養所と大学を中心に日本のハンセン病医学が進展していった。「日本癩学会」の設立はこの時期の世界のハンセン病医学の進展と呼応するものであろう。

昭和4(1929)年には、愛知県において、療養所の視察を終えた方面委員十数名の提案により、愛知県よりハンセン病を無くそうという「無癩県運動」が起こつた。その後、岡山県、山口県でも同様な活動が始まつた⁹¹⁾。

昭和5(1930)年10月、帝国議会で「癩予防法」案の審議が行われた。ここで、内務大臣 安達謙蔵は本法案について以下のような発言を為した⁹²⁾。

不治の伝染病である癩患者を社会に放置すれば、家族はもとより、住民にも感染し、やがて社会に蔓延して行く。一度、この病に罹患すると、患者は社会の偏見を恐れ、家族と別れ、故郷を後にして浮浪をよぎなくされるのが現状である。これらの家族を救済するため、患者を施設に収容・保護することによって、欧州・先進国は、13世紀に起こつた癩の蔓延を解決したのである。この先例にならい、日本でも充分な収容施設を設け、患者を収容し、10年で患者を減少せしめ、20年にしてこれを根絶に至らしめることは可能であると考え。昭和5年3月31日現在、全国の癩患者総数は、約14261名で、現在これに対して患者5000名収容の計画が進行中であり、残る約10000名に対しても漸次収容する計画を進める必要がある。

当時、大物政治家であった安達のこの発言は各界に大きな影響を与え、この後、岡山に日本初の国立ハンセン病療養所「長島愛生園」の建設が始まった。翌年、昭和6（1931）年には渋沢栄一、安達を中心にして「癩予防協会」が設立した。本会は「癩の予防絶滅を以て目的とする」を明記し、ハンセン病の予防絶滅に関する調査、研究および宣伝、予防絶滅に関する諸事業の連絡および後援などをスローガンとして活動した。その具体的な活動は以下の様である⁹³⁾。

1. 国民に対するハンセン病予防に関する思想の普及、啓発
2. ハンセン病に関する調査、研究、並びに事業への助成
3. ハンセン病患者家族に対する扶助
4. ハンセン病患者家族児童の保護（児童保育所の設置）
5. 収容患者への慰安

「癩予防協会」の活動は国際らい会議の決議、国際連盟保健機構の提言を踏まえ、日本のハンセン病対策を推進し、隔離のみならず、患者および家族への支援、国民の偏見・差別の是正などから患者のおかれた状況を改善することを目的としたものであった⁹⁴⁾。

同年4月1日には本格的なハンセン病予防法である「癩予防法」が成立し、病毒伝搬の恐れある者であれば資力の有無に関わらず隔離される事となった⁹⁵⁾。つまりは絶対隔離政策の開始である。また、群馬県草津温泉の近郊に国立ハンセン病療養所「栗生楽泉園」の建設が始まったのもこの年であった。

昭和8（1933）年、三井合名会社はその資金3,000万円をもって公益事業に寄与するために「三井報恩会」を設立し、ハンセン病予防事業への協力・援助を行い、この下で「東北新生園」、「国頭愛楽園」⁹⁶⁾の二つの官立療養所が新設されると共に、他の療養所への大幅な増床が行われ、総計3,575床の増設となり、日本の患者収容能力は飛躍的に高まった。このような情勢に加え、戦時体制に向かう時代、日本ではナショナリズムが高揚し、祖国浄化が叫ばれ、「無癩県運動」は全国で高まり、

浮浪する患者の収容のみならず患者部落の強制解散、自宅で暮らす患者の強制収容が行われていった⁹⁷⁾。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療養所では人権蹂躪、労働の強要が行われ、患者の悲劇は加速されていった。この「厚い壁」は戦後にも強く残り、患者の社会復帰を妨げ、隔離維持の大きな要因となって行くのであった。

7-5 窪田静太郎の演説

昭和10（1935）年11月、当時、「癩予防協会」の副会頭であった窪田静太郎は「第8回日本癩学会総会」で「本邦癩予防制度設立事情に就きて」という演説を行った。窪田の演説を要約すれば、以下のようである⁹⁸⁾。

江戸時代から明治維新後まで、癩患者を救護する者は無く、「天刑病」、「業病」と考えられ白眼視され、その親族は結婚縁組が不可となることから、患者は家を出て他郷に身を隠すのが常で、この結果が四国巡礼、有名な仏閣霊場への集住であり、彼らは主に乞食をして生活していたという。浮浪する患者に対し、日本人は無関心で、明治期の患者救済は主にキリスト教者により行われ、その収容患者は150～200人であった。

この様相の中、日本人に癩患者救済を促した先人はハンナ・リデルであり、彼女の意見に動かされた大隈重信、渋沢栄一などの尽力により『癩予防二関スル件』が成立、衛生局長であった窪田もこれに協力した。当時、政府が癩に関して無策であった理由は、明治32、3年以後、阪神から京浜地方でのペストの流行、その他、赤痢、腸チフスの猖獗、コレラの流行などの急性伝染病対策に精一杯で、慢性伝染病である癩への対策が後まわしになったからであった。このような事情であったが、渋沢の熱誠なる勧告があり、また渋沢らの主唱により世論が放浪患者の救護の必要を認めたため、政府が政策に乗り出した。

渋沢は放浪患者に対する制度が一応確立した事に引き続き、是非有資力患者に療養慰安の途

を開きたいと熱心に尽力し、歴代の内務大臣の更迭毎に大臣を訪問して癩予防制度の拡充、有資力患者の処置において懇請した。安達謙蔵が内務大臣の時、渋沢は同様に懇請し、これに対し安達は全面的に賛同、この結果、昭和7年から草津に栗生楽泉園が設けられ、有資力患者に救護を与える事になった。それに先立ち浮浪患者に対する長島愛生園も出来、公立療養所の拡張も進み、「癩予防二関スル件」成立以降、約1千名であった収容者が、昭和8年末には5千人以上を収容するまでになった。

これらは皇太后の厚き仁慈により、各療養所の職員および患者に精神的更正が行われ、種々の改善進歩が行われ、「癩予防協会」が設立し、現在、癩予防制度の拡充進歩となった。依って、今回の総会を機として（「癩予防二関スル件」）創設当時の事情を述べ、併せて渋沢の功績を紹介し、何等かの参考にしたいと思う。

窪田は官僚・法学者としてハンセン病政策に患者救済の観点から携わったが、この演説から、日本のハンセン病政策はハンナ・リデルの提言により、大隈、渋沢らの有力者が政策として実現し（また、土肥、北里、山根、光田などの医学者の関わりも大きい）、その後、渋沢は有資産患者の療養の途を開くため、歴代の内務大臣に働きかけ、安達謙蔵の全面的賛同を得て、浮浪患者の収容には「長島愛生園」が建設され、患者収容が進み、日本の隔離政策が進展したという事である。この他、有資産患者の為に草津に「栗生楽泉園」が建設されることが決まった事もまた重要であろう。

ここからは、戦後の隔離政策維持の要因となった「らい予防法」成立と隔離維持の背景を考証して行きたい。

8 らい予防法の成立と継続の背景

8-1 プロミン以降の世界のハンセン病政策の変遷 - WHOの政策を中心として -

1941（昭和16）年、米国のカービル療養所に於いて、スルホン系薬剤であるプロミンによるハンセン病患者の治療が始まり、1943（昭和18）年、ファゲットにより、その劇的な薬効が報告され

た⁹⁹。これは「カービルの奇跡」と呼ばれた。プロミンの登場により、ハンセン病の化学療法は劇的に進展し、その後、ダブソン、リファンピシンなどの特効薬が生まれた。それらは結核の化学療法剤の開発から生まれたもので、結核とハンセン病は同じ流れの中で克服されていった。

世界各地でもプロミンの治験が進み、1946（昭和21）年には、リオデジャネイロで開催された「第二回汎アメリカらい会議」でプロミンの治療効果は絶賛され、大風子油以来、最も優れた薬剤であると評価された¹⁰⁰。プロミンは経口薬ではなく静脈内投与が必要であった事、その治療過程で「らい反応」の管理が必要で¹⁰¹、施設内での入院治療が必須であった。この結果、世界では施設治療が進行し（これは療養所への患者の入院を意味した）、施設治療を受ける患者は、その療養所への入院という事実により、回復後もその社会復帰が困難となる例が多かった¹⁰²。

1947（昭和22）年頃より、プロミンの有効成分であり、経口薬であるダブソンの治験が、アフリカ、南米で行われ、その結果、ダブソンは少量の投与で高い治療効果を示すこと、副作用が非常に少ないことが報告された¹⁰⁰。1952（昭和27）年、WHOの「第一回らい専門委員会」では、ハンセン病対策の基本は、開放性の患者を一般人から分離することであるが、それは、一時的な施設入所を意味すると規定、疫学については開放性と非開放性に言及し、開放性の患者の伝染力は強く、それに比して非開放性は伝染力が少ないと結論、開放性の患者には、適宜な隔離政策を広く行わなければならない、さらに、この政策に反対するような証拠は見あたらない、その隔離の程度、隔離の基準、適応する強制力の度合などは国や地方によって異なっていると述べた。この他、ダブソンの経口投与による集団治療がハンセン病コントロールに有効であるとの評価がなされた¹⁰³。

1950年代、プロミンによる施設治療やダブソンによる外来治療により、ハンセン病の治療は大きく進歩したが、隔離から外来治療への転換には、これらの薬剤治療における再発と外来治療患者との接触者（特に児童）への感染の有無の検証が重要な課題となり、疫学研究は接触児童の発病状況、その予防措置が主流となった。接触児童の発病

状況に就いての研究の進展から、化学療法以前は30%から40%であった家庭内感染率は、化学療法剤開発後は約5%にまで低下、その高い有効性が証明された¹⁰⁴⁾。

また、予防措置としてBCGの接種、ダブソンやacedapson¹⁰⁵⁾の予防投与などが試行された。BCGによる予防措置は、1939(昭和14)年のフェルナンデス(Fernandez JM)による接触児童へのBCG接種が、児童のレプロミン反応¹⁰⁶⁾の陽性を促進したという報告に始まり、その発症予防の可能性が示唆され、1964(昭和39)年からミャンマーでの大規模な治験が開始された。その結果は1968(昭和43)年、1970(昭和45)年、1988(昭和63)年に報告され、BCG接種群に発病者は少ないが、開放性患者との非接種群との有意差無し、しかし接種群には非開放性の症例が多いという結論であった¹⁰⁷⁾。ダブソンの予防投与は、1955(昭和30)年頃から、インドにおいてダルメンドラ(Dharmendra)により行われ、ダブソン内服群の開放性患者との接触児童において、10年後のその発病阻止率は51.2%であった¹⁰⁴⁾。

このような疫学研究の進展とは対照的に、世界のハンセン病患者のおかれた状況は非常に厳しいものであった。1952(昭和27)年に行われたラウレル・フォローによる世界のハンセン病の視察により以下の報告がなされた^{108, 109)}。

- ・幾百万の人間が、法律の規制外で何等の違反行為もなくして社会的破門に苦しんでいる。
- ・かかる人は世界に1,000万から1,200万人いる。
- ・最近の医学的発見が効果的治療を可能ならしめ、非伝染性にまでもたらしめた。
- ・疾病に対する不合理な恐怖心をはらい、呪いより開放しなければならない。
- ・現在の患者収容は、終生の隔離を意味し、昔の獄舎以上の嚴重さである。
- ・今日では患者隔離の理由はない。
- ・施設は墓場である。
- ・らい療養所を閉鎖し、一般医療施設に入所させるべきである。

今日、その当時の隔離は世界が人道的、日本が

非人道的と言われるが、この報告は何を示すものなのかを再考しなければならないであろう。

1958(昭和33)年、東京で「第七回国際らい学会」¹¹⁰⁾が開催され、従来の患者隔離政策を廃止、外来治療を実施すべきとの決議が行われた。また、WHOは同年、地域委員会で、国際らい学会の決議を支持、ハンセン病対策を、一般医療に組み入れるintegrationを重視、外来治療制度を強調した¹¹¹⁾。この時期、化学療法の進展、疫学研究の成果、世界のハンセン病患者の実態などを背景に、世界のハンセン病政策は大きく動き始めたのであった。

1963(昭和38)年、ポートモレスビーでのWHO/EURO/EMRO/Inter-Regional, Leprosy Control Conferenceで、WHOのハンセン病対策としてビーチェリーによる「らいコントロールの近代的概念、特に地方衛生行政の役割」という講演が行われた。その内容は以下の様である¹¹²⁾。

- ・化学療法の進歩は、らいのコントロールの方法を著しく変えてしまった。らいはもはや特別な疾病ではなくなり、一般公衆衛生上の問題となった。
- ・らいの予防方策は、従来のような強制的な隔離ではなく、伝染性患者でも外来、在宅で治療が行われる様になった。
- ・今日の治療は、患者の伝染力を著しく減少せしめるものであり、治療は、その意味で、最も広く用いられなければならない。またそれは強力な予防手段でもある。
- ・らい予防の主役は、化学療法であり、これこそ最も強力な予防手段でもある。
- ・患者を入院させ治療するための「らい療養所」の重要性は、大きく後退した。
- ・らいに関する特別立法を廃止する国が増えている。患者の法的規則は、縮小されるべきである。
- ・らいの業務は、一般公衆保健活動の中に統合(integrate)すべきである。

このような背景の中で、1960年代からは、それまでハンセン病対策の主軸であった隔離に代わり、化学療法を主体とした外来治療へと世界のハンセン病対策は変化していった。しかし、この時

期、WHOの調査によりダブソンによる治療の再発は約30%であることが判明、また、新規の抗ハンセン病薬として登場したリファンピシンにも耐性が生じる事が明らかとなり¹¹³⁾、化学療法によるハンセン病の治療は大きな転機を迎え、耐性の克服が大きな課題となった。WHOはこの課題を克服すべく、1972(昭和47)年、ダブソン耐性菌に対する新たな化学療法の開発を目的としてTHELP(therapy of leprosy)部会を、併せてワクチンによる予防研究を目的としてIMMLEP(immunology of leprosy)部会が設置し、新たなハンセン病対策を模索していった¹⁰⁴⁾。

1981(昭和56)年10月、ジュネーブでTHELPの会議が開催され、ダブソンやリファンピシン耐性菌の出現をいかにして防ぐのか、その治療法はどのようにすれば良いかが検討され、結果、ダブソン、リファンピシン、クロファミジンの3剤を利用したMDTが提唱された¹¹³⁾。この後、MDTはハンセン病治療の基本となり、世界のハンセン病を激減させていった。MDTはダブソンやリファンピシン治療後の再発患者にも有効であり、2年間という短期間で治癒可能な事、一般保健・医療機関での治療が可能である事、耐性、再発がほとんど無いなどの特徴を有し、その効果は当初のWHOの予測をはるかに超えるものであった¹¹³⁾。

1991(平成3)年、第44回世界保健機関(WHO)総会において「紀元2000年末には公衆衛生上の問題としてのハンセン病を制圧する」という決議がなされた。その後、MDTとintegrationを中心にハンセン病政策は進展し、現在、ハンセン病が公衆衛生上の問題点となる国は6カ国に激減(2006年初頭)、MDT以降、患者の早期発見、早期治療による治癒、外科学、義装具学、整形外科学の進歩、偏見・差別の是正を目指した啓発活動なども進み、ハンセン病は特殊な病気、隔離される病、としての過去のイメージは薄れつつある。

このような流れの中で日本は1996(平成8)年まで隔離政策を維持、それは米国においてもまた同様であり、それは日本と同様に患者の社会復帰の困難さ、偏見・差別の根強さに依るものであった⁵⁴⁾。東南アジア各国では1960年代以降、WHOのハンセン病政策により外来制度を導入、ダブソ

ン、リファンピシンを中心に治療が行われた。しかし、その道は紆余曲折で、薬剤耐性菌の出現による再発、患者の社会復帰の困難さ、後遺症の大きさ、など多くの問題が生じ、インド、ミャンマー、中国、韓国などでは社会復帰の困難な患者とその家族が自由村を形成するが、その生活は非常に厳しいものであった¹¹⁴⁾。

8-2 化学療法の黎明期における患者の様相

ここで再び『隔離される病』から、化学療法の黎明期(1940-70年代)の患者の様相を紹介したい。

「私は実験材料」

男性、ハワイ人の混血

(1940(昭和15)年頃に収容された)

叔父が私を引き渡したのです。彼はこの病気をとても恐れていました。(中略)サルファー剤(プロミン、ダブソン)を使っても、病気は悪化して行きました。そのことで私はさらに落胆しました。新しい薬も、感覚を取り戻す助けにはならなかったのです。蟹のように変形した手は治しようもなく、変形した足も感覚がありませんでした。成長するにつれ、それはさらにひどくなっていきました。

最もつらかったことの一つは、子供のときにかかったことでした。まず、家族から引き離されたことは耐え難いことでした。カラウパパに行くことはそれは悲しいことでした。私はここで死に、家族と再び会うことは決してできないとはっきり言われました。次のように言われたことは忘れられません。「ここはあなたの死に場所です。あなたはここに留まり、ここで死ぬのです。」私は13歳の子供でした。

ハンセン病患者であることで最もつらいことは、幸せを奪われることです。ハンセン病にかかると幸せでなくなります。他の人々のようには生きられないのです。他の人々のできることが私にはできなくなるのです。良い仕事には就けず、良い結婚生活もできません。子供を持つこともできません。外出して昔の友だちに会っても、彼らは変な顔で私をみます。昔の友だちは憐れんでもくれないのです。(中略)

事実、この計画全体で悪質なことは、子供の私たちを実験台にしたことです。私たちは意思に反して実験に使われました。いろいろな薬を注射されました。(中略)そして、大事ではない人間だと言われました。さらに、協力しないと罰を与えられるのです。(中略)その実験には良いことなど何もなく、苦しみだけでした。今の私をご覧ください。私は敗者です。他人にも会えません。他の新しい患者は幸運です。最近新しい薬が出たからです。私たちが受けたことを繰り返さなくてもすんだのです¹¹⁵⁾。

カラウパパ、私の故郷

男性、ポルトガル人

(1943(昭和18)年頃に収容された)

15歳のとき私はここに送られましたが、すでに家族の6人がカラウパパにいました。家族は病気にかかっていたのです。私の他に、弟、妹、二人の叔父、そして父もいました。父はこの地で亡くなりました。(中略)

私たちは皆、ここの中でも外でもつらいのです。病院の介護人や同病の患者から、そして外の一般の人々から、私に対する偏見を感じていました。保健局の人は、どうして外に出ないのか、といつも尋ねます。まだ若いのだから外に出て生活をしたら良いと言います。外が私たちに良いと彼らは思っているようですが、世間には私たちを受け入れる用意がないと思います。(中略)

私は溶接工でした。昔のホノルル技術専門学校で溶接の免許を取り、外で仕事もしました。その後外で仕事をしようとしたのですが、どうなったと思いますか？決して公正に扱われませんでした。外で雇用される機会が全くなかったのです。私はくじけませんでした。旧保健局によって挫折させられました。私だけがそのような目に遭ったのではなく、他の人たちも同様でした。

今を去る1950年代、私は陰性と宣告され解放されました。職を見つけ、ホノルルで自活していました。(中略)ところが、信じられないことが起こったのです。保健局のソーシャルワーカーが職場に来て、まるで私が犯罪者でもある

かのように調べるのです。彼女は私の上司に「彼がカラウパパから来たハンセン病患者だということを知っていますか？」と尋ねました。私は上司に何も話していませんでした。陰性でしたから、どこから来たのかを誰かに話す必要もなかったのです。(中略)彼女はやって来て、上司と一緒に働いていた人たちを怖がらせました。

やがて上司は私を解雇しました。陰性だったのに、なぜ？でもカラウパパから来たので、彼らはまだ私を恐れていたのです。なんというソーシャルワーカーでしょう。彼女はひどいことをしてくれました。いつもそう、それが彼女のやり方でした。(中略)私は自分の立場がよくわかりました。ですから戻って来て、ここに留まっているのです^{116, 117)}。

これらの証言から化学療法の黎明期にプロミン、ダブソンが著効ではなかったこと、薬剤の実験台であった患者も存在した事、*M. leprae*の陰性化後のfollow-upの実態などが理解できる。一般に、化学療法によりハンセン病は直ぐに完治する病気となったという短絡的な見解は多いが、結核の化学療法などと同様にハンセン病は耐性の克服、新薬の開発、MDTなどにより、長い経過の中で克服されて行ったのであった。また、患者、回復者に対する偏見・差別の問題もまた日本固有ではないのである。

8-3 日本に於けるプロミン治療の進展

日本では戦後、東京大学医学部薬品分析化学講座、石館守三教授によりプロミンの研究が行われ、石館は昭和21(1946)年に国産プロミン(本剤は「石館プロミン」とも呼ばれる)の合成に成功、同年から東京大学医学部皮膚科北村包彦、多磨全生園林芳信、長島愛生園光田健輔の下で治験が始まった¹¹⁸⁾。この結果は、昭和22(1947)年11月に行われた日本癩学会総会で発表され、その高い治療効果が報告された¹¹⁹⁾。この時期、米国製のプロミンは未だ日本には輸入されず、昭和25(1950)年、沖縄に試験的輸入が行われたに過ぎない¹¹⁸⁾。

昭和23(1948)年から、全国の療養所ではプロミン療法を望む患者が続出、患者たちは多磨全

生園に「プロミン獲得促進委員会」を組織し、プロミン獲得運動を始めた。同年、厚生省は大蔵省に昭和24年度予算でプロミン治療費6000万円を要求するが、その予算は六分の一に削減された。これに対し「プロミン獲得促進委員会」はハンストで対抗、大蔵大臣 池田勇人への直接陳情などにより、プロミン治療費5000万円の獲得に成功、昭和23年には、吉富製薬がプロミン生産を始め、ここに本格的なプロミン治療が開始され、その後、多くの患者が回復して行った¹²⁰⁾。

昭和22(1947)年以降も、「日本癩学会」を中心にプロミンの臨床効果が研究され、昭和26(1951)年の日本癩学会総会で、その四年間の研究成果が特別講演として発表され、プロミンは従来のハンセン病治療薬の中で最も高い治療効果を示すと報告されたが、真にハンセン病に特効であるかは、約10年間の経過を見る必要があるとされた¹²¹⁾。翌年からは米国製プロミンを使用して、その効果が地域、人種に依存せず発揮されるのかを確認することを目的とした国際共同研究である「スルホン系薬剤の共同研究」が始まった¹²²⁾。日本では「長島愛生園」(当時、光田園長)がその治験施設となった¹²³⁾。この時期、日本のハンセン病医学はプロミンによる化学療法を国内のみならず国際的にも検証して行った。

プロミンによりハンセン病の治療は急激に進歩し、潰瘍の治癒など顕著であった。通常、患者開放の条件となる菌陰性は皮膚、鼻粘膜上の菌の消失を指標とするが、プロミンの治験において、光田らはその病理像から治療中の患者の神経内に *M. leprae* を確認していた¹²⁴⁾。また、プロミン以前にも多くの薬剤治験が行われたが、再発が多く¹²⁵⁾、慢性の経過をたどるハンセン病において、神経内の *M. leprae* の確認により再発の危惧を抱いた事は至極当然であろうか。

8-4 らい予防法の成立

昭和23(1948)年11月、第3回国会衆議院厚生委員会において、武藤運十郎議員は、ハンセン病療養所の施設および生活改善を請願し、入所者に対する一日も早いプロミン治療の開始を訴えた。これに対し、厚生省医務局長 東 竜太郎¹²⁶⁾ は以下のように述べた¹²⁷⁾。

プロミンの製剤は、国内において生産されるように相なりましたし、またプロミンより一歩進みましたプロミゾールも最近その生産ができて、そのサンプルを数日前私どももいただいております。(中略) らいというものは普通の社会から閉め出して、いわゆる隔離をして、結局その隔離をしたままで、らい療養所内に一生を送らせるのだというふうな考えではなく、らい療養所は治療をするところである、らい療養所に入って治療を受けて、再び世の中に活動し得る人がその中に何人か、あるいは数百人かあり得るということを目標としたような、らいに対する根本対策、らいのいわゆる根絶策といえますか、全部死に絶えるのを待つ五十年対策というのではなく、これを治療するという目標としておるらい対策というものを立てるべきじゃないかと、私ども考えております。

東の発言は医学者として、プロミンの治験の結果を受けたものであったが、この後、厚生省は隔離政策を継続、昭和24(1949)年には戦前の未収容ハンセン病患者4,500人の完全収容を決定し、国立癩療養所の増床計画を発表、昭和25(1950)年には1,500床、昭和26(1951)年、昭和27(1952)年にはそれぞれ1,000床、計3,500床の増床を行い、隔離政策を強化していった¹²⁸⁾。

当時、日本はGHQによる統治の下にあった(1945-1952)。GHQは日本の隔離政策を非難せず、隔離維持を支持、光田を高く評価し、日本のハンセン病医学の専門家との共同研究も模索していた¹²⁹⁾。米軍軍政下の沖縄では、昭和20(1945)年8月23日以降、米軍は住民を地域別に集住させる「コロニー制」を施行、伝染病患者などに厳しいチェックを行い、在野のハンセン病患者、戦中、療養所から離散した患者の強制収容を実施、療養所への隔離を行った。この政策は昭和21(1946)年2月の琉球列島司令官ニミッツによる「軍司令部115号」の布告によるものであった。この中で沖縄の療養所は軍政府の所管となり、患者の強制収容が行われた。昭和22(1947)年2月には、軍政府長官・沖縄列島司令官テレデリックにより、南西諸島のハンセン病に対し、その管理行政の指

針として「癩患者の処理に関する特別布告第13号」を公布、本布告はハンセン病患者の完全施設隔離を目指したものであった。これらの布告は昭和28(1953)年まで継続されたが、その後、この方針は転換され、軍政下で患者の外来治療が進展していった¹³⁰⁾。

昭和26(1951)年11月8日、第12回国会参議院厚生委員会は「らいに関する件」を案件として取り上げ、参考人からハンセン病の事情を聴取した。参考人は「長島愛生園」光田健輔、「多磨全生園」林芳信、「菊池恵楓園」宮崎松記の3園長、「国立予防衛生研究所」小林六造、名古屋大学医学部久野寧の5名であった。この中で光田は以下のような発言をなした¹³¹⁾。

未収容患者が二千人残っていると厚生省の統計はいつておられますが、詮索するともっと余計にあるかも分かりません。その残っている患者を早く収容しなければなりませんけれども、これに応じない者がたくさんあります。そのような者に強制的にこのらい患者を収容するというのが、今のところでは、はなはだそのようなところまで至っていないのであります。この点については特に法律の改正というようにすることも必要でありましょう。強権を発動させるということでは、何年たっても同じことを繰り返すようなことになって、家族内感染は決して止まない。手錠でもはめてから捕まえて強制的に入れればいいのですけれども、ちょっと知識層になりますと、何とかかんとか逃げるのです。そのような者はどうしても収容しなければならんという、強制のもう少し強い法律にして頂かんと駄目だと思います。

治療も必要ではありますが、私どもはまずその幼児の感染を防ぐため、らい患者のステルザチョンということも勧めてやらす方がよろしいと思います。(中略)

それで患者の逃走ということですね、これは何ぼ入れてもですね、その網の目をくぐって逃走するのでございますから(中略)そういうものはですね、逃走罪という一つの体刑を科するかなですね、そういうことができればほかの患者の警告にもなるのであるし、今度は刑務所もでき

たのでありますから、逃走罪というような罰則が一つほしいのであります。(中略)

それからもう一つ予防上から申しておくのは、所の中には民主主義を誤解して、患者が相互に自分の党をふやすということで争っているところがありますし、それは遺憾なことで患者が互いにいがみ合っているようなことになっております。これは患者の心得違いでありまして、そのためその従業員が落着いて仕事ができない。結局は患者の不幸になって参ります。もう少し法を改正して闘争の防止ということにしなければ、不心得な分子が院内の治安を乱しますから、十分法を改正すべきところはして頂きたいと思えます。

以上が光田の発言の抜粋であるが、林、宮崎も同様な証言を為した。それは以下の3点に要約できる。

1. 日本のハンセン病の根絶には伝染性の恐れのある未収容患者の収容を進めなければならない。特に家族内感染が心配される。そのために入所を拒む患者の強制収容が必要である。
2. ハンセン病は小児に感染しやすく、患者が子供を産まないようにする必要がある。
3. 療養所の治安維持のための法律の整備が必要である。

「全癩患協」(現全療協)はこの発言に対し、人権無視の内容であると強く抗議、結果、林、宮崎は発言を撤回、しかし、光田はこの抗議に対しても自分の学問の結果、信念を述べたのだと、発言の撤回を行わなかった¹³²⁾。

本発言の後、「全癩患協」は昭和27(1952)年10月から「癩予防法」の改正を求め、「らい予防法闘争」を開始、全国の患者達は総決起集会や作業スト、デモ行進、直接陳情や国会および厚生省への座り込み、ハンストなど、死力を尽くして闘った。ハンストの結果、重体に陥る者も続出、炎天下のデモでは死亡者も出た¹³³⁾。彼らは戦後の民主主義、医学の進歩を糧に、自由と人権を求めて熱く闘い続けたのであった。しかし、「らい予防法闘

争」にも関わらず、昭和 28 (1953) 年 8 月、厚生省は新法「らい予防法案」を国会に提出、本法案は賛成多数で可決・承認された(社会党左右両派、労農、共産の各党は反対)¹³³⁾。

当時、戦前からの絶対隔離政策の進展の結果、ハンセン病患者に対する世間の偏見・差別はその恐怖を含んで高まり、世間の厚い壁が形成され、世論は隔離を強く支持、回復者の社会復帰は困難を極めていた。さらに、光田などの意見のみならず、世界の政策と相まって厚生省、国会は「らい予防法」を支持したと考えるべきなのであろうか。

このような経過で絶対隔離政策は継続され、その過程では回復者の療養所からの退所、療養所内の福利厚生改善なども行われたが、入所者の断種が優性保護法に組み込まれ、墮胎も行われた。また、政策としての外来治療は行われず、京都大学、大阪大学、愛知県の保健機関に外来が設置されたのみであった。この結果、ハンセン病の発病は療養所への入所へと必然的に結びつき、それは患者への偏見・差別の大きな要因となり続け、入所者や、家族、親戚の苦悩の要因となり、回復者の社会復帰の大きな障害となり続けたのであった。

戦後、プロミンに始まるハンセン病の化学療法は、患者に隔離からの解放、社会復帰の希望を与え、医学者は化学療法の黎明期を手探りで進んでいった。この二者のコントラストは患者運動の形成、「らい予防法」の成立・継続という相反を生み、患者およびその救済に携わる人々に意見の相違をもたらした。この時代、未だハンセン病の夜明けは暗く、その道は険しく、社会悲劇は繰り返されていた。この後、患者運動の進展、ハンセン病医学の進歩、人権意識の高まり、世代交代などの諸要因の中で、「らい予防法」は平成 8 (1996) 年に廃止され、ここに、明治 40 (1907) 年に始まり、89 年間の長きにわたる日本のハンセン病政策は終焉を迎えるのであった。

9 ハンセン病と医学

プロミンの発見以後、ハンセン病の化学療法は進展し、MDT の施行によりハンセン病の治療は劇的に進歩した。1897 (明治 30 年) 年の「第一回国際らい会議」に始まる近代医学とハンセン病の

長い闘いは、百年以上の月日を経て、今、ここに終わろうとしている。この過程で、医学の進展はハンセン病対策としての隔離を選択させたが、相反して、プロミンに始まる化学療法の時代、隔離からの患者の開放をもたらした。

ハンセン病の悲劇の歴史は数千年に及ぶが、隔離の歴史も長く、西欧中世に観られる如く、宗教的隔離、社会的隔離の中で多くの患者は苦悩の中で生涯を終えなければならなかった。また、隔離が選択されなかった国々においても、社会悲劇は普遍的に存在していた。近代、ノルウェーに始まる公衆衛生政策としての隔離は、今日、ハンセン病の減少をわずかに早めた程度であると考えられているが¹³⁴⁾、医学研究の歴史、ハンセン病の悲劇の歴史を重層して隔離政策を観た場合、何故に医学は隔離を選択したのか、その一側面を理解することは可能であろう。

昭和 2 (1927) 年 8 月 9 日、呉 秀三、近藤次繁、土肥慶蔵、菊池 寛により現代医学座談会が行われた。ここで「医学の二三十年の進歩」というテーマで座談会がおこなわれ、そのなかで土肥は菊池の問いに対し、

菊池：癩病だとか肺病だとかも、やはり近い将来に根治することが出来ますか。

土肥：癩病は隔離さえすれば出来ます。瑞典(スウェーデン)などは 1870 年頃に、全国で 3000 以上あったものが、今日では離隔した結果十数人になった、約 70 年の間に殆ど絶滅してしまっただけで、日本でも陸軍で全国の壮丁の体格検査をしませう。その結果を見ると多少ずつ減って行く、離隔して黴菌を拵げさせぬ結果だろうと思う。あの患者離隔されてもその運命に満足している。一番難しいのは結核です¹³⁵⁾。

この時期、明治中期から大正期の隔離推進の流れの中、日本の隔離は全患者の収容を目指した絶対隔離政策に向かいつつあった(この時期、土肥はすでに定年を迎えていた)。現在の見地からみれば、壮丁のハンセン病の減少の要因、療養所における患者の満足など、多々、疑問点が存在するが、この発言を功とみるか罪とみなすかは各人の見解によるが、当時、世界的見解を有し、真摯に患者

のために臨床と医学研究を行った土肥が晩年にたどり着いた結論に私見を述べることは難しいであろう。それはハンセン病という数千年の悲劇の歴史の理解なしには為しえないものなのであろうか。ハンセン病医学の歴史は、科学の発展における人々の試行錯誤の歴史でもあるが、その時代の最新の知見を元に最善の策を模索する人々の姿は、人権、経済、科学、宗教、文化などの歴史にもまた同様であり、それが人間社会を前進させてきた。現在、分子疫学研究は急速に進展し、ハンセン病医学は大きく変わろうとしている。その未来に、再び隔離の意味が問われ、再考されるであろう。過去において何が間違っていたのかを、最新の知見から客観的に検証し続けて行くことが、唯一、人間社会が過ちを繰り返さないための手段であり、それが、科学が存在する意味ではないだろうか。

謝 辞

ハンセン病医学の進展についての歴史的検証には、東京大学大学院総合文化研究科、廣野善幸先生、日本ハンセン病学会の先生方、国立療養所沖縄愛楽園名誉園長 犀川一夫先生、国立療養所邑久光明園長 牧野正直先生のご協力を頂いた。諸先生に心より敬意を表したい。加えて、私たちのハンセン病研究に多大な理解を示して下さった国立療養所栗生楽泉園 加藤三郎さん、田中梅吉さん、群馬県吾妻郡草津町 横山秀夫さん、福島県立医科大学微生物学講座 錫谷達夫先生、橋本浩一先生、衛生学講座 森 弥生さん、薬理学講座 木村純子先生、東京大学大学院総合文化研究科 岡本拓司先生、野矢茂樹先生、村田純一先生、国立療養所松丘保養園 福西征子先生、ふれあい福祉協会 北川定謙先生、小林邑夫さん、資料の貸与・提供に多大な尽力をして頂いた草津町立図書館 中沢孝之さんおよび職員の皆様、栗生楽泉園自治会の皆様、多磨全生園ハンセン病図書館 山下道輔さん、沖縄ゆうな藤楓協会の方々へ心より敬意を表したい。

これらの一連の研究は日学科学技術振興記念財団の研究助成及び平成 18 年度国際協力研究委託費「開発途上国で有効なハンセン病の診断、治療、障害防止に関する研究」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」の補助金によりなされたものである。

文 献

- 1) ハンセン病の起源については諸説があり、現在まで多数の古文書や聖書などの研究があるが、他の皮膚病などとの混同などにより、ハンセン病を疑う記述などもそれを断定することは難しい。しかし、骨化石やミイラの科学考古学や分子生物学の進展により次第にその様相が明らかとなりつつある。しかし、古文書による研究は各時代、各国のハンセン病の歴史を知る上で重要で、それらに共通なのは、ハンセン病は共同体からの排除を受ける病気、神の罰、罪、悪であった事、ハンセン病患者は汚れた者であったことなどである。
- 2) Monot M, Honore N, Garnier T, Araoz R, Coppee JY, Lacroix C, Sow S, Spencer JS, Truman RW, Williams DL, Gelber R, Virmond M, Flageul B, Cho SN, Paniz-Mondolfi A, Convit J, Young S, Fine PE, Rasolofo V, Brennan PJ, Cole ST: On the origin of leprosy. *Science* 308:1040-1042, 2005.
- 3) Lowe, J. Comments on the history of Leprosy: *Indian Medical Caz* 77, 1942.
- 4) Rowling JL: Pathological changes in mummies. *Proc Roy Soc Med* 54:409, 1961.
- 5) 犀川一夫: 中国の古文書に見られるハンセン病, 沖縄県ハンセン病予防協会, 沖縄, 1998.
- 6) 犀川一夫: ハンセン病政策の変遷 pp15-20, 沖縄県ハンセン病予防協会, 沖縄, 1999.
- 7) 今日の研究から、欧州のハンセン病流行の減少は 13 世紀からのペストの蔓延による人口の減少、隔離の効果、衛生環境の向上、生活の近代化、隔離政策を逃れた患者の東欧、北欧への移動、などが要因と考えられている。
- 8) 荒井英子: ハンセン病とキリスト教 pp154-166, 岩波書店, 東京, 1996.
- 9) 犀川一夫: ハンセン病政策の変遷 pp42-54, 沖縄県ハンセン病予防協会, 沖縄, 1999.