

## Present leprosy situation in the world in 2006

Norihisa ISHII<sup>1)</sup>\*, Yuzuru NAGAOKA<sup>2)</sup>, Shuichi MORI<sup>3)</sup>, Koichi SUZUKI<sup>1)</sup>

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\*<sup>1) 2)</sup>、石井則久<sup>3)</sup>

- 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收容政策に始まり、その後、大正、昭和の隔離世論の高まりの中、昭和6(1931)年の全患者收容を目指した「癩予防法」の成立により確立し、戦後の「らい予防法」に継承されたといえる。今日のハンセン病政策研究からは、それは全患者收容、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、收容を行った。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のりでもあった。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・ウィルヒョウ(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「癩予防二関スル件」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「癩予防二関スル件」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<sup>1)</sup>。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、たった一つの *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<sup>2)</sup>。

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<sup>3)</sup>。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<sup>4)</sup>。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<sup>5)</sup>。

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拠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」が存在した。13 世紀、これらの隔離施設は 19,000 カ所以上存在し、患者は約 100 万人と推定されている<sup>6)</sup>。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<sup>7)</sup>。

西欧中世の三大疫病は、変角性壊疽、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<sup>8,9)</sup>。

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りに変化、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<sup>10,11)</sup>。

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<sup>12)</sup>。

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<sup>13)</sup>。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<sup>14)</sup>。

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には、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<sup>15)</sup>。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、らい病患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<sup>16)</sup>。

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<sup>17)</sup>。

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<sup>18)</sup>。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<sup>19)</sup>。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<sup>20)</sup>。

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ふ説、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<sup>21)</sup>。

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<sup>22)</sup>。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る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<sup>23, 24)</sup>。

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)<sup>23)</sup>。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

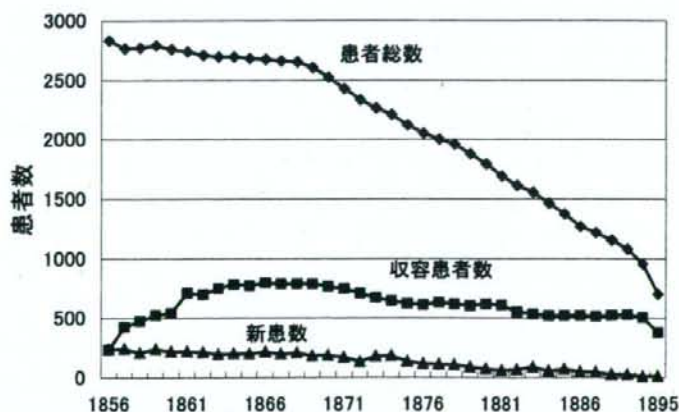


図1 ノルウェーのハンセン病患者数の推移

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<sup>25)</sup>。

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。社会的の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<sup>26)</sup>。この会議においてハンセンは参加者から非常に喝采で迎えられ、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。それは以下のようなものである<sup>27)</sup>。

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て正しくない。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<sup>28)</sup>。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<sup>29)</sup>。

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<sup>30)</sup>。「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<sup>31)</sup>。

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、ハンセン病的隔離政策を施行<sup>32)</sup>、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<sup>33)</sup>、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、目黒慰療園の医療を引受け、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<sup>34)</sup>。

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くない<sup>35)</sup>。

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<sup>36)</sup>。

### 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<sup>33)</sup>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<sup>37)</sup>。

本症は(中略)慢性の治癒せざる疾患にして、細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關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<sup>33)</sup>、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<sup>33)</sup>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<sup>33)</sup>、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<sup>38)</sup>。

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ライ会議の記事を、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、スウェーデンにあったくらいで、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、第一回国際ライ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を食をみかけるので、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。人の集まるころ、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<sup>39)</sup>。

光田は東京帝国大学選科時代、皮膚病梅毒学講座にも学び、土肥慶蔵と親しかった<sup>40)</sup>。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<sup>41)</sup>。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<sup>42)</sup>、明治35(1902)年、齊藤寿雄が「癩患者取締二関スル建議案」を提出<sup>43)</sup>、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<sup>44)</sup>、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に含めることを提案<sup>45)</sup>、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<sup>46)</sup>。

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、ジャパンタイムズ主筆 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<sup>47)</sup>。

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<sup>48)</sup>。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観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<sup>49)</sup>。

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ル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、乃ちモルカイ島にては、多數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、其收容患者数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検するも、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検索せしめ、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勵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、實に危險千萬なる次第也、ノールウェーは癩病者多き國なりしが、ハンゼンの癩菌發見以來國法を以て癩病者の隔離を勵行し、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

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を指摘するのである。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<sup>50)</sup>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病豫防法を實施して、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病豫防上何等施設する處なくして經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たらんのみ云々。

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發が困難な状況の中、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できる。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<sup>51)</sup>。

#### 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<sup>51)</sup>。

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<sup>51)</sup>。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<sup>51)</sup>。

「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<sup>52)</sup>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<sup>53)</sup>。

元来癩患者の処置と言う事には二様の意義方面がある。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、思うに体質に依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收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「癩予防二関スル件」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、北島君も各府県に收容所を設ける事は、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言う事を主張した。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收容所を一カ所設けて全国の患者を收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、最も合理的の説であったが、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收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收容するも伝染予防上の効力は大きく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しめ、楽しむと言うまでに到らざるも收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』<sup>32)</sup>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<sup>54)</sup>。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<sup>32)</sup>。

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<sup>55)</sup>。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」<sup>55)</sup>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、浮浪者の厳重な隔離、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<sup>56)</sup>、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ールで「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<sup>57)</sup>。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(予防規則)の討論の中でミアンは「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<sup>58)</sup>。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実行、これはパロールシステム(解放制度)と呼ばれる<sup>59, 60)</sup>。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<sup>61, 62)</sup>。

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、治療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 カラウパバにおける隔離の状況

ハワイのモロカイ島のカラウパバではハンセン病患者の隔離が行われていた<sup>33)</sup>。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、カラウパバ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。行きたくなどありませんでした。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、私にその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)

カリビ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  
に言いました。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つた  
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<sup>63)</sup>。

「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。そうなるとうちにひと  
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<sup>64)</sup>。

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  
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<sup>65)</sup>。

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昇水、クレヲソート、ホア  
ンナン、テトロドトキシン、妖度剤、烏蛇、白蛇、  
其他有り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ブロー  
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つ  
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  
っていった(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<sup>66, 67)</sup>。

「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<sup>68)</sup>。「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<sup>69)</sup>、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<sup>66)</sup>。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<sup>66)</sup>。

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<sup>70)</sup>。

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1万名  
に達している。また徴兵検査時の「全国壮丁癩」  
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、壮丁比は対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<sup>70)</sup>。

### 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<sup>71)</sup>。

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」では資力無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<sup>72)</sup>。

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<sup>73)</sup>。

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<sup>74)</sup>)。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<sup>75)</sup>)。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、潜伏期間は数か年にわたる<sup>76)</sup>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<sup>77)</sup>。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 foundation<sup>78)</sup>が発足、翌年にはInternational Journal of Leprosy<sup>79)</sup>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<sup>80)</sup>。

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<sup>81)</sup>。

- ・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  
疫学的監視:患者数の把握、早期発見、学童検診  
その他:教育宣伝、科学的研究、隔離、退所患者の監視、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、ハンセン病の監視に関して次の如く決議された<sup>82)</sup>。

らいの監視に関しては、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視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)<sup>83)</sup>。

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MTL<sup>84)</sup>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<sup>85)</sup>。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、