

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<sup>86)</sup>。

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と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<sup>87)</sup>。

「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でした。(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<sup>88)</sup>。

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、高野一郎はその著書『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<sup>89)</sup>。

#### 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白する。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惱せねばならぬ。

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收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、癩患者があったら速やかに衛生当局と相談して療養所に送るようにすべきである。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ってはならぬ。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療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<sup>90)</sup>。

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っ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った「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」が起こった。その後、岡山県、山口県でも同様な活動が始まった<sup>91)</sup>。

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<sup>92)</sup>。

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、患者を施設に收容・保護することによって、欧州・先進国は、13世紀に起こった癩の蔓延を解決したのである。この先例にならい、日本でも充分な收容施設を設け、患者を收容し、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する。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名收容の計画が進行中であり、残る約10000名に対しても漸次收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。その具体的活動は以下の様である<sup>93)</sup>。

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<sup>94)</sup>。

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<sup>95)</sup>。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」<sup>96)</sup>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<sup>97)</sup>。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<sup>98)</sup>。

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、ファグットにより、その劇的な薬効が報告され

た<sup>99)</sup>。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療が進み、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<sup>100)</sup>。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<sup>101)</sup>、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<sup>102)</sup>。

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療が、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<sup>100)</sup>。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と、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<sup>103)</sup>。

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<sup>104)</sup>。

また、予防措置としてBCGの接種、ダブソンやacedapson<sup>105)</sup>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<sup>106)</sup>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<sup>107)</sup>。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<sup>104)</sup>。

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<sup>108, 109)</sup>。

- ・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」<sup>110)</sup>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<sup>111)</sup>。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<sup>112)</sup>。

- ・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<sup>113)</sup>、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<sup>104)</sup>。

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<sup>113)</sup>。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<sup>113)</sup>。

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<sup>54)</sup>。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<sup>114)</sup>。

## 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。カラウパバ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。他の人々のできる事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、彼らは変な顔を私をみます。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<sup>115)</sup>。

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。家族は病気が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<sup>116, 117)</sup>。

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<sup>118)</sup>。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<sup>119)</sup>。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<sup>118)</sup>。

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<sup>120)</sup>。

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<sup>121)</sup>。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<sup>122)</sup>。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<sup>123)</sup>。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<sup>124)</sup>。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<sup>125)</sup>、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<sup>126)</sup> は以下のように述べた<sup>127)</sup>。

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、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<sup>128)</sup>。

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<sup>129)</sup>。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「軍司令官部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<sup>130)</sup>。

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、「国立予衛衛生研究所」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<sup>131)</sup>。

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ことが、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な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ぬという、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オ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っております。

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。そのためには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<sup>132)</sup>。

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<sup>133)</sup>。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)<sup>133)</sup>。

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った。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<sup>134)</sup>、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、今日では隔離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、隔離して菌を上げさせぬ結果だろうと思う。あの患者隔離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<sup>135)</sup>。

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いまし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, Rasolof 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 Gaz* 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.



- 10) Meyer TH, Steing K, Sudhoff (小川鼎三 監訳): 図説医学史 pp157-159, 朝倉書店, 東京, 2001.
- 11) 11世紀頃から欧州では都市が発達しハンセン病患者に対する処遇もこれまでの教会による対処法に変わり各都市独自のものとなるが、患者への差別やその処遇の厳しさは更に増していった。また、十字軍の帰還兵の中に病者が多く、彼らの帰国後、ハンセン病が蔓延し始めたことから、人々はハンセン病を伝染病と認識し、厳密な隔離が実行されたことも要因であろう。
- 12) ジャック・リュフィエ, ジャン・シャルル・スールニア (仲沢紀雄訳): ペストからエイズまで—人間史における疫病— pp164-168, 国分社, 東京, 1996.
- 13) 歴史的文献によれば、このような儀式は17の教区において実施され、他の多くの教区では拒否されていたという(荒井英子: ハンセン病とキリスト教, 岩波書店, 東京, 1996.)。このようにハンセン病患者への扱い、イメージなどには誇張された部分が多いが、一般には悲惨な状況があったのは確かであろう。
- 14) イルジーグラー・フランツ, ラゾッタ・アルノルト (藤代幸一訳): 中世のアウトサイダーたち pp90, 白水社, 東京, 1992.
- 15) 実際には許可なく町に入り、物乞いをする患者も多く、ラザレットに入所せず、浮浪する患者も存在したようである(犀川一夫: ハンセン病政策の変遷, 沖縄県ハンセン病予防協会, 沖縄, 1999.)。
- 16) 池上俊一, 歴史としての身体—ヨーロッパ中世の深層を読む— pp127-128, 柏書房, 東京, 1992.
- 17) 歴史的には、この時期よりハンセン病患者、ユダヤ人、同性愛者、売春婦などに対する組織だった差別も実行され始めた。それと共にラザレットの建設が進みハンセン病患者の救済と隔離が大規模に行われ始めた。差別と救済は表裏一体と考えるべきであろうか。
- 18) 蔵持不三也, ペストの文化誌—ヨーロッパの民衆文化と疫病—, 朝日新聞社, 東京, 2001.
- 19) 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.
- 20) 同上 pp55-60.
- 21) 井上謙: らい予防方策の国際的変遷 pp4-6, 愛生編集部, 岡山, 1957.
- 22) 篠崎正孝: 布哇に於ける癩の発生, 第6回第7回日本癩学会会誌(別冊) pp120-155, 日本癩学会, 東京, 1935.
- 23) 犀川一夫: ハンセン病政策の変遷 pp55-60, 沖縄県ハンセン病予防協会, 沖縄, 1999.
- 24) Mange PF (和泉真蔵・和泉真澄訳): Hansen とらい菌の発見, 日ハンセン病会誌 63: 21-24, 1994.
- 25) 柳橋寅男, 鶴崎澄則編: 国際らい会議録 pp19, らい文献目録編集委員会, 岡山, 1957.
- 26) オカノ・ユキオ: 第一回国際らい会議の我が国への影響(1), 愛生 14: 51-58, 1961.
- 27) 柳橋寅男, 鶴崎澄則編: 国際らい会議録 pp9, らい文献目録編集委員会, 岡山, 1957.
- 28) 同上 pp19-21.
- 29) 翌年、性病予防に関する国際会議がベルリンで開催され(東京帝國大學醫學部皮膚科泌尿器科教室戊戌會編: 鶴軒先生遺稿 上巻 pp308-309, 戊戌會, 東京, 1932.)。この後、多くの国際会議が開催されるようになった。この点でも本会議の意義は大きかった。
- 30) アッカーケネヒト EH: ウィルヒョウの生涯 pp130, サイエンス社, 東京, 1985.
- 31) 柳橋寅男, 鶴崎澄則編: 国際らい会議録 pp4-69, らい文献目録編集委員会, 岡山, 1957.
- 32) 内務省衛生局: 各国ニ於ケル癩予防法規, 内務省, 東京, 1920.
- 33) 森 修一, 石井則久: ハンセン病と医学 I—隔離政策の提唱とその背景—, 日ハンセン病会誌 75: 3-22, 2006.
- 34) 高野六郎: 北里柴三郎 pp240-241, 日本書房, 東京, 1965.
- 35) 同上 pp148.
- 36) 同上 pp157.



- 37) 山田弘倫, 旭憲吉/土肥慶蔵校閲:皮膚病診断及治療法 pp261-267, 朝陽堂, 東京, 1901.
- 38) 光田健輔:愛生園日記 pp17-19, 毎日新聞社, 東京, 1958.
- 39) 同上 pp28-31.
- 40) 桜井方策, 救癩の父 光田健輔の思い出ーライ者と歩んだ六十年ー, 日本キリスト教救癩協会, 東京, 1974.
- 41) 光田健輔:愛生園日記 pp44, 毎日新聞社, 東京, 1958.
- 42) 第13回帝国議会衆議院議事速記録, 1898-99.
- 43) 山本俊一:増補 日本らい史 pp55-56, 東京大学出版会, 東京, 2000.
- 44) 第18回帝国議会衆議院議事速記録, 1902-3.
- 45) 山本俊一:増補 日本らい史 pp59, 東京大学出版会, 東京, 2000.
- 46) 第22回帝国議会衆議院議事速記録, 1905-6.
- 47) 光田健輔:愛生園日記 pp45-46, 毎日新聞社, 東京, 1958.
- 48) 光田健輔:回春病室 pp32-33, 朝日新聞社, 東京, 1950.
- 49) 古弗氏の結核及癩病に對する意見, 医海時報 733:929-930, 1908.
- 50) 原因療法:疾病原因の除去を目指した治療法。化学療法や血清療法、手術による摘出など(大辞林)。
- 51) 山本俊一:増補 日本らい史 pp65-78, 東京大学出版会, 東京, 2000.
- 52) 窪田静太郎は東京帝国大学法学部卒、欧州留学経験者、社会的弱者保護の社会行政の開拓者である。歴代の内務省衛生局長はほとんど医学者であるが、窪田は文官・法学者の局長故に隔離政策に対する見解も人権重視の傾向が強い。
- 53) 日本社会事業大学編:癩予防制度創設の當時を回顧す, 編窪田静太郎論集 pp305-307, 日本社会事業大学, 東京, 1980.
- 54) 佐藤元, Frantz JE:米国におけるハンセン病政策の変遷. 日ハンセン病会誌 74:23-41, 2005.
- 55) テッド・ゲーゲリック, ミルトン・ブルームバウム:隔離される病 pp21-28, セパレーティングシックネス基金出版, 東京, 2000.
- 56) 柳橋寅男, 鶴崎澄則編:国際らい会議録 pp70-71, らい文献目録編集委員会, 岡山, 1957.
- 57) 同上 pp78-79.
- 58) 井上謙:らい予防方策の国際的変遷 pp10, 愛生編集部, 岡山, 1957.
- 59) 同上 pp27-28.
- 60) パロールシステムは、当時、唯一の治療薬であった大風子油の製剤である「大風子エチルエステル」による治療を行い、*M. leprae*の陰性化した患者を社会復帰させるというものであり、後にハワイでも行われた。しかし、林文雄(世界癩視察旅行記 pp17-23, 財団法人癩予防協会, 東京, 1932)などの意見からは、パロールシステムは根治を目的とするよりも、患者への人権的配慮と患者の療養所への入所と積極的に治療を受けることを促進するために設けられたのが本質のようである。
- 61) 柳橋寅男, 鶴崎澄則編:国際らい会議録 pp79-80, らい文献目録編集委員会, 岡山, 1957.
- 62) 林文雄:世界癩視察旅行記 pp23-24, 財団法人癩予防協会, 東京, 1932.
- 63) テッド・ゲーゲリック, ミルトン・ブルームバウム:隔離される病 pp8-10, セパレーティングシックネス基金出版, 東京, 2000.
- 64) 同上 pp15-20.
- 65) 東京帝国大学醫學部皮膚科泌尿器科教室 戊戌會編:癩の離隔および治療法, 鶯軒先生遺稿 下巻 pp1234-1238, 戊戌會, 東京, 1932.
- 66) 犀川一夫:ハンセン病政策の変遷 pp75-80, 沖縄県ハンセン病予防協会, 沖縄, 1999.
- 67) 山本俊一:増補 日本らい史 pp43-44, 東京大学出版会, 東京, 2000.
- 68) この中で山根はもちろん、山田、光田は土肥の影響下で、内野、北島は北里一門である。このような背景から委員の多数が隔離肯定であることは自明であろう。
- 69) 当時、「癩予防二関スル件」の施行後でも



公立、私立療養所を含めて患者収容能力は1500名程度であった。これは当時、数万人と考えられる患者数に比して非常に小さい数字であることは否めない。

- 70) 国家医学会雑誌 404: 514, 1920.
- 71) 第52回帝国議会衆議院速記録、1927.
- 72) 犀川一夫: ハンセン病政策の変遷 pp84 沖縄県ハンセン病予防協会, 沖縄, 1999.
- 73) 同上 pp86-89.
- 74) 藤本浩一: 鈴蘭村 pp76-78, 博進堂, 東京, 1970.
- 75) 同上 pp85-86.
- 76) Noordeen SK: The epidemiology of leprosy, Leprosy (Second edition), 1999.
- 77) Intergovernmental Conference of Far-Eastern Countries on Rural Hygiene, 1937. には、ハンセン病の治療の可能性に触れ、大風子、それと関係した油剤および誘導体は現在最も治療効果が高いが、永久的なものではない。治癒した患者も、潜伏期の者、キャリアー(無症状ではあるが菌を排出する者)と同様に菌を伝搬すると見なさなければならぬと記述されている。この結果は、光田の研究成果などから Leonard Wood Memorial Conference on Leprosy (Report of the Leonard Wood Memorial Conference on Leprosy, 1931.) から議論され、この時期に結論された。
- 78) Leonard Wood Memorial Foundation は外科医で、フィリピン提督であった Leonard Wood のハンセン病への貢献を記念してフィリピンに創設されたハンセン病の医学的研究、患者救済、啓発事業などの活動を行う財団である。
- 79) International Journal of Leprosy はそれまで国際的学術誌の存在しなかったハンセン病において、学術情報の共有を行うために発刊された。
- 80) Report of the Leonard Wood Memorial Conference on Leprosy, 1931. の記述からは、本会議において、これまでの国際らい会議(第一回、第二回、第三回)以降、大きく進展したハンセン病医学、政策を踏まえて本格的なハンセン病対策の国際的統一、情報の共有が目指されている。
- 81) 井上 謙: らい予防方策の国際的変遷 pp9-12, 愛生編集部, 岡山, 1957.
- 82) 柳橋寅男, 鶴崎澄則編: 国際らい会議録 pp191-192, らい文献目録編集委員会, 岡山, 1957.
- 83) 林 文雄: 世界瘰癧視察旅行記 pp180, 財団法人瘰癧予防協会, 東京, 1932.
- 84) 英国 MTL (Mission to Lepers) はキリスト教伝道師 Wellesley C. Bailey により 1874(明治7)年にハンセン病患者の救済、公衆衛生的目的による調査、分離、治療を目的として設立された特志団体である。英国 MTL は政府による患者救済が行われなかったアジア、アフリカ、インドなどを中心に活動した(井上 謙: らい予防方策の国際的変遷, 愛生編集部, 岡山, 1957.)。
- 85) ミャンマー、中国、インドなどには今も、ハンセン病患者、回復者とその家族だけが住む村が無数に存在する。当時、彼らは政府の政策から見捨てられ英国 MTL などの援助の下に生活を続けていた。
- 86) 大正期、クリオンなどの療養所では男女の生涯分離が行われ患者の結婚は事実上、不可能であった。この様相は 1930 年代より改善され、結婚、出産が許可され、生まれた子供は出産後直ぐに患者である親から分離・保育されるようになったが、日本の療養所では断種が継続されていった。
- 87) テッド・ゲーゲリック, ミルトン・ブルームバウム: 隔離される病 pp15-20, セパレーティングシックネス基金出版, 東京, 2000.
- 88) 同上 pp21-24.
- 89) 高野六郎: 衛生読本 pp55-56, 日本評論社, 東京, 1937.
- 90) 内務省は警察、治安、衛生、地方自治などの総合的中央官庁で、当時、内務省予防課は結核、ハンセン病政策などの中心的機関であった。この意味で高野の見解は当時の内務省の見解と同一であると考えられることができるであろう。
- 91) 犀川一夫: ハンセン病政策の変遷 pp94, 沖



- 縄県ハンセン病予防協会, 沖縄, 1999。
- 92) 同上 pp85.
- 93) 同上 pp86-89.
- 94) 本会は、その後、ハンセン病患者救済に尽力した貞明皇后を記念して、昭和26(1951)年に「藤楓協会」と改称された。
- 95) 本法(癩予防法 法律第五十八号(昭和六年四月二日改正)施行後は、患者の入所により生活に支障を来す家族への救護、援助も法制化されて行ったが、自宅で暮らす患者、軽症の患者も隔離の対象となった(癩予防法施行規則 内務省令第十六号(昭和六年七月十五日))。
- 96) 「東北新生園」は宮城県に、「国頭愛楽園」は沖縄に設置された。
- 97) 全国ハンセン氏病患者協議会編:全患協運動史 pp26-27, 一光社, 東京, 2002.
- 98) 窪田静太郎:本邦癩予防制度創設事情に就きて, 第8回日本癩学会会誌(別冊) pp102-112, 日本癩学会, 東京, 1935.
- 99) Faget GH, Pogge RC, Johansen IA, Dinan JF, Prejean BM, Eccles CG: The promine treatment of leprosy: a progress report. Public Health Rep 58:1729-1741, 1943.
- 100) 柳橋寅男, 鶴崎澄則編:国際らい会議録 pp213-217, らい文献目録編集委員会, 岡山, 1957.
- 101) これは、らい性結節性紅斑(erythema nodosum leprosum: ENL)と呼ばれ、俗称を「熱こぶ」とも呼ぶ。ENLは*M. leprae*由来の抗原と抗体、補体とが結合した免疫複合体が組織内や血管壁に沈着しておこる全身の炎症と定義される。ENLは通常、*M. leprae*の存在する臓器、組織すべてにおこり、全身性の急性炎症となる。本反応は化学療法を開始した数ヶ月後から生じることが多い。化学療法の黎明期にはENLが生じた場合、薬剤の投与の中止が必要で、医師による管理が必須であった。現在は、クロファミジン、サリドマイド、ステロイドなどの薬剤がハンセン病の化学療法に併用されENLのコントロールが可能となっている。
- 102) 1940年代のハンセン病に関する国際会議の抄録(1946年、「第二回汎アメリカらい会議」、1948年、「第五回国際らい会議」)などには、プロミン治療のために施設入所を推進する勧告がある。世界ではこの時期、治療を目的としての早期発見、収容が推進された。それは日本でも同様である。
- 103) 1948年、「第五回国際らい会議」、1951年、「第三回汎アメリカらい会議」、1952年、「WHOらい専門委員会」の報告による。
- 104) 犀川一夫:らいの疫学, 日らい会誌 58:142-156, 1989.
- 105) Acedapsonは生体内でダブソンに変化するプロドラックである。本剤は筋肉内注射で用いられ、生体からの排出が遅く、75日に1回の投与で済むため、頻回な注射を必要とせず、予防投与や僻地での治療に適している。
- 106) ハンセン病の病型分類、治療の予後判定に用いられる*M. leprae*の菌体を用いる皮内反応をレプロミン反応(Lepromin reaction)という。レプロミン反応は光田健輔と林文雄により提唱され、広く世界で用いられた。この反応は用いる抗原の精製法により、光田反応とFernandez反応に大別される。
- 107) WHO Expert Committee on leprosy (Fourth): Wld Hlth Org Techn Rep Ser 459, 1970.
- 108) 井上 謙:らい予防方策の国際的変遷 pp52-53, 愛生編集部, 岡山, 1957.
- 109) ラウル・フォローはフランスのパリ社会福祉協会総裁であり、世界のハンセン病の実態の視察報告はハンセン病患者の人権擁護の請願書として国際連合総会に提出されたものの一部である。
- 110) 「第七回国際らい学会」以後は、これまでの国際らい会議から、その規模、学術の充実により国際らい学会へと名称が変更となった。
- 111) WHO Inter Regional Leprosy Conference: WHO/Lep Cont/21, 1958.
- 112) 犀川一夫:ハンセン病政策の変遷 pp108-109, 沖縄県ハンセン病予防協会, 沖縄, 1999.



- 113) 同上 pp161.
- 114) 韓国の実態は現地のハンセン病患者救済の中心人物である Dr. Joon Lew からの情報提供によるものである。インド、中国の実態は文献研究、ミャンマーは現地研究者と著者らの共同研究によるものである。
- 115) テッド・グーゲリック、ミルトン・ブルームバウム：隔離される病 pp34-36, セパレーティングシクネス基金出版, 東京, 2000.
- 116) 同上 pp41-43.
- 117) 本文中の陰性とは、鼻腔内や皮膚検査の結果、*M. leprae* が検出されないこと。当時は、これが療養所からの解放の条件となっていた。また、解放患者は法律でその follow-up が義務づけられていた。ここで言うソーシャルワーカーは保健局の follow-up 担当者のことであろう。
- 118) 犀川一夫：ハンセン病政策の変遷 pp112-114, 沖縄県ハンセン病予防協会, 沖縄, 1999.
- 119) 第20回日本癩学会総会資料には、横田篤三、犀川一夫「らいのプロミン療法」などの報告ある。プロミンの効果の総括は、光田健輔、横田篤三、犀川一夫「プロミン並びに類似化合物による癩治療の共同研究」などが本学会のシンポジウムで報告され、プロミンの効果は学会の認めるところとなった。
- 120) 全国ハンセン氏病患者協議会編：全患協運動史 pp34-36, 一光社, 東京, 2002.
- 121) 10年の経過を見るという点は、ハンセン病が非常に長い期間で症状の変化を呈するため、プロミン以前の新薬治療でもその効果判定には非常に長い期間が必要だったことが根拠と考えられる。
- 122) 本研究はフィリピン、アフリカ、日本で同時期に行われた。
- 123) 犀川一夫：ハンセン病政策の変遷 pp112-114, 沖縄県ハンセン病予防協会, 沖縄, 1999.
- 124) 横田篤三、犀川一夫：癩のプロミン療法の研究, 医療4:46-49, 1950. (指導 光田健輔) には、プロミン治療後に神経内(シュワン細胞)に *M. leprae* の存在が報告されている。
- 125) プロミン以前は唯一、大風子油またはその製剤が治療効果の認められる治療薬であったが再発が多かった(前述)。その他、種々の薬剤が開発され試験が行われたが、プロミン出現まで大風子油またはその製剤の治療効果を上回るものはなかった。
- 126) 東は当時、東京大学医学部生理学講座教授、厚生省医務局長を兼任し、その後、東京都知事となった。
- 127) 第三回国会衆議院会議録, 1948.
- 128) 大谷藤郎：らい予防法廃止の歴史 pp140, 勁草書房, 東京, 1988.
- 129) GHQ (PHW) Leprosy of Japan. 1947.
- 130) 犀川一夫：ハンセン病政策の変遷 pp204-206, 沖縄県ハンセン病予防協会, 沖縄, 1999.
- 131) 第12回国会参議院委員会会議録, 1951.
- 132) 光田健輔：愛生園日記 pp212-216, 毎日新聞社, 東京, 1958.
- 133) 全国ハンセン病療養所入所者協議会編：復権への日月 pp23-25, 光陽出版社, 東京, 2001.
- 134) Meima A, Irgens LM, van Oortmarsen GJ, Richardus JH, Habbema JD: Disappearance of leprosy from Norway: an exploration of critical factors using an epidemiological modelling approach. Int J Epidemiol 31:991-1000, 2002.
- 135) 医学の二三十年の進歩, 文藝春秋 昭和2年9月号, 文藝春秋社, 東京, 1927.



## Leprosy and Medicine II

### — Progress and its establishment of an absolute isolation policy —

Shuichi MORI \* 1) 2), Norihisa ISHII<sup>3)</sup>

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

2)Department of Basic Science, the Graduate School of Arts and Sciences,  
The University of Tokyo

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

[Received & Accepted: 21 Nov, 2006]

**Key words :** leprosy, medicine, isolation policy, Shibasaburo Kitasato, Kensuke Mituda

The leprosy policy of Japan began from when the government enacted "law No. 11 (The leprosy prevention act)" in 1907 (Meiji 40) and several leprosy sanatoriums were built to receive previously homeless patients. Then, with the rise of totalitarianism, the isolation policy of Japan gained national support under the slogan "Patient Relief", which would become a major factor behind the enactment of "Leprosy Prevention Law" in 1931 (Showa 6) by which the leprosy policy was changed to one of absolute isolation aimed at the internment of all leprosy patients.

From recent research on the leprosy policy of Japan, the internment of all leprosy patients, isolation for life, social defense, and neglect of patients' human-rights had tragic results in many cases. However, there is little research which can reply clearly to the question of whether the leprosy policy of Japan was really original and what factors led to the formation of the absolute isolation policy.

This paper focuses on the relation between leprosy policy and treatment, and from this, I make clear the similarities, or peculiarities, of the isolation policy between Japan and the rest of the world, while clarifying the factors associated with the progress of the absolute isolation policy.

The processes involved were historical and medical historical in that the relation between the formation of a national health system and the progress of the isolation policy of Meiji Era, the proposal of the isolation policy by Dr. Keizo Dohi, Dr. Shibasaburo Kitasato, and Dr. Masatsugu Yamane; the practical application of this policy by Dr. Kensuke Mitsuda, and the decision to enact this policy and its support by the Health and Medical Bureau and the Department of the Interior, as well as many other factors, all contributed to the final implementation of the absolute isolation policy.

---

\*Corresponding author :

Department of Microbiology, School of Medicine, Fukushima  
Medical University

Hikarigaoka 1, Fukushima, 960-1295, Japan.

TEL : +81-24-547-1158 FAX : +81-24-548-5072

E-mail : s-mori@fmu.ac.jp



◆特集／細菌・ウイルス・真菌感染症治療戦略

I. 細菌感染症

ハンセン病の診断・治療—最近のトピックス

石井則久\*1 小坂真紀\*2 永岡 譲\*3

**Key words:** 世界保健機関(WHO), 多剤併用療法(multidrug therapy; MDT), 偏見・差別(prejudice and discrimination), らい菌(*Mycobacterium leprae*), らい予防法(Leprosy Prevention Law)

**Abstract** ハンセン病は主に皮膚と末梢神経に病変を形成する慢性抗酸菌感染症である。発症には乳幼児期における鼻粘膜を介したらい菌曝露が重要とされている。現在、日本では新規患者はほとんどなく年に7名程度である。皮膚症状は環状紅斑や紅斑局面、結節など多彩である。感覚神経や運動神経が侵されるため、知覚麻痺や運動麻痺が生じる。治療はWHOの推奨する多剤併用療法に準じて行われている。治療薬のうちリファンピシンはらい菌に対して殺菌効果が高く、治療薬の中心となるが、耐性を生じないように確実な内服が求められており、また、他剤との併用が原則である。

ハンセン病の歴史は偏見と差別の歴史でもあった。さらに「らい予防法」という法律によりそれらが増長された。医師、医療関係者は、ハンセン病の歴史を正しく認識し、啓発に努めていただきたい。

はじめに

ハンセン病は抗酸菌の一種であるらい菌(*Mycobacterium leprae*)による慢性感染症で、皮膚と末梢神経が侵される<sup>1)</sup>。らい菌に対する個々人の細胞性免疫能の違いによって病像に差がみられる。治療が遅れると、菌陰性化後も四肢の運動麻痺、関節の拘縮、視力低下などの後遺症を残すことがある。有効な治療薬のなかった時代には病状が進み、重症化し、住民から疎外され、宗教上も差別され、法律でも隔離などの対策がとられた。さらに日本では有効な治療薬の出現後も1996年まで「らい予防法」が存在し、偏見・差別の長い歴史が続いた<sup>2)3)</sup>。

同義語として「らい」、「癩」などが用いられてき

たが、現在は偏見・差別を助長するものとして、「らい菌」など一部の学術用語以外では使わない。

らい菌

らい菌は現在まで試験管培養に成功していない抗酸菌であるが、遺伝子はすべて解読されており<sup>4)</sup>、基礎的研究の進展が期待されている。らい菌の増殖は遅く、世代時間は13~14日である。至適発育温度は33℃前後であり、毒素はないと考えられている。また、らい菌の膜表面にあるフェノール性糖脂質(phenolic glycolipid-I; PGL-I)と末梢神経のシュワン細胞表面のラミニン2との親和性が高いため末梢神経への侵入が容易になる<sup>5)</sup>。

疫学

発症に大きく関与する感染の機会は、免疫能が完全でない乳幼児期に大量、頻回にらい菌を吸入すること(呼吸器感染)といわれている。発症に影響を与える因子としては、個々人のらい菌に対する特異的な細胞性免疫能のほか、公衆衛生の程度、経済状態、栄養状態などの環境・社会的因子がある。

\*1 Norihisa ISHII, 〒189-0002 東村山市青葉町4-2-1 国立感染症研究所ハンセン病研究センター生体防御部, 部長

\*2 Maki KOSAKA, 〒189-8550 東村山市青葉町4-1-1 国立療養所多磨全生園皮膚科, 医長

\*3 Yuzuru NAGAOKA, 同, 医長



表 1. ハンセン病新規患者数(2007年4月現在)

日本人(人)			年	外国人(人)			外国人の割合 (%)
計	女	男		男	女	計	
8	1	7	1993	9	1	10	55.6
9	7	2	1994	4	2	6	40
8	3	5	1995	9	1	10	55.6
6	2	4	1996	14	4	18	75
6	3	3	1997	6	2	8	57.1
5	2	3	1998	2	3	5	50
8	2	6	1999	7	4	11	57.9
6	4	2	2000	5	3	8	57.1
5	2	3	2001	5	3	8	61.5
7	3	4	2002	6	3	9	56.3
1	0	1	2003	6	1	7	87.5
4	2	2	2004	7	1	8	66.7
0	0	0	2005	5	1	6	100
1	0	1	2006	6	0	6	85.7

遺伝的素因に関しては、HLA にリンクする免疫応答遺伝子の役割(DR3 は TT 型と関連する)が指摘されている<sup>6)</sup>。疾患感受性遺伝子としては、パーキンソン病関連遺伝子 PARK2 および共調節を受ける遺伝子 PACRG に共通する配列を持つ約 80 kb の 5'転写調節領域に位置する 17 のマーカーとハンセン病発症との間に優位な関連が認められ、17 のリスク対立遺伝子のうちわずかに 2 個を持つだけでハンセン病の予測性が非常に高いことが明らかとなってきた<sup>7)</sup>。

最近では日本人新規患者の減少が著しく、高齢者がほとんどである(表 1)<sup>8)</sup>。一方、在日外国人の新規患者は毎年 6 人程度であるが、現在世界的には WHO により制圧活動が展開されており<sup>9)</sup>、今後日本での在日外国人の新規患者も減少していくと考えられる。

### ハンセン病の鑑別

診療経験の不足などから、初診から診断確定までに時間を要する場合がある<sup>10)</sup>。診療では出生地(国)、小児期生活歴、家族歴などの問診、自覚症のない皮疹や知覚障害による外傷や火傷、さらに神経肥厚などからハンセン病を鑑別に入れる。鑑別すべき疾患は表 2 に示すように、サルコイドーシス、皮膚結核、環状肉芽腫、結節性紅斑、スイート病などである。肉芽腫や泡沫細胞などの病理組織学的所見が診断の手がかりになることがある。

表 2. ハンセン病と鑑別すべき主な疾患

単純性批癬疹
サルコイドーシス
皮膚結核
環状肉芽腫
菌状肉腫
Annular elastolytic giant cell granuloma
中毒疹
蕁麻疹
ジベルバラ色批癬疹
結節性紅斑
スイート病
神経痛
多発性単神経炎
慢性関節リウマチ

### 臨床症状

皮膚症状と末梢神経症状があり、皮疹は紅斑、丘疹、結節、環状斑などさまざまであり、ハンセン病に特異な皮疹はない。末梢神経症状としては皮疹にほぼ一致して認められる知覚(触覚、痛覚、温度覚)の鈍麻や麻痺がある。また末梢神経の肥厚や運動障害も認める。外国人の場合には、皮膚色やコミュニケーション能力の問題などにより症状が分かりにくいこともある。

患者間において皮疹の数や形態、神経肥厚や知覚・運動障害の程度、病理組織所見にかなりの違いがみられるが、これはらい菌に対する生体の免疫能の差を反映するものであり、これを基に病型の分類を行う(表 3)。ハンセン病患者を初めて診療する医師にとってはまず、らい菌を検出しにくい少菌型(paucibacillary; PB)と、らい菌を検出できる多菌型(multibacillary; MB)とに分類すると理解しやすい(表 3)。なお、PB と MB の分類は治療法の選択にも応用され、WHO 分類として知られている<sup>9)</sup>。PB では皮疹の数は 5 個以下と少なく、MB では多い。PB、MB の分類後に改めて Ridley-Jopling 分類をする。発症初期の I 群、その後らい菌に対し免疫能が高い TT 型、全く反応しない LL 型、それらの中間の B 群に分類される。さらに B 群は TT 型の特徴と LL 型の特徴をどの程度併せ持つかによって BT 型、BB 型、BL 型に分類される。病型を決定することが困難な症例もあるので、そのときは、臨床・病理などの所見を併記しておく。