

治療の継続の中止などが起こることをTAGは認めた。スティグマや差別の度合いを測る指標の開発のためのさらなる研究が必要である。これらの指標はスティグマを解消するための介入を評価する際に役立つかもしれない。

14. ハンセン病の根絶 (leprosy eradication) —意味、実行可能性、および合意の議論

Paul Fine 教授は発表の背景として、公表されている「根絶 (eradication)」のいくつかの定義を引用し、コントロール (control)、制圧 (elimination)、および絶滅 (extinction) などの関連した定義と同時に議論した。

(訳注: control: 対策、reduction of disease burden to manageable level; elimination: 制圧、zero incidence at a time in limited area i.e. Polio; eradication: 根絶、zero incidence, permanently and globally i.e. Small pox; extinction: 絶滅、total disappearance of causative organization。ハンセン病領域では global alliance for elimination of leprosy などの表現が使われるが、以下の文章からも実際は control が目標で、キャッチフレーズとしては control よりも elimination が有効なため使用している)

そして彼は、根絶の実現可能性について、技術的実現可能性、経済的推測、および政治的意思と大衆支持の可能性の観点から現在のハンセン病状況を背景に議論した。

いくつかの議論は、ハンセン病根絶が可能でないことを示す。少なくとも一つのらい菌保菌動物(アルマジロ)の存在、感染を判定する検査法のないこと、非常に長い潜伏期間、および我々がハンセン病の自然史(例えば、潜在性保菌者の感染に対する役割)に関する基本的事項について現時点では無知であることを含む。「根絶」を支持する唯一の議論は、単に向上心のある目標および、ハンセン病の仕事のための財源を得るために正当化される可能性がある。また、今までリスクや利益の経済的分析が全くされていなかったことが述べられた。

発表は、ハンセン病根絶が技術的に不可能であり、根絶宣言が非現実的で用語としての根絶の定

義をあまり意味のないものとし、混乱に繋がると結論づけた。期限を定めた目標としての根絶目標は、統合 (integration) と現在の世界戦略に矛盾しているだろう。

1993年の疾病根絶の国際根絶調査特別委員会(International Task Force for Disease Eradication)と1998年WHOによる根絶に関する補足(WHO supplement on eradication)の両方から、ハンセン病を根絶できると考えていないことが述べられた。以上の提供されたすべての証拠を検討し、TAGのメンバーは現時点でハンセン病を根絶できると考えないことに決定した。

15. ハンセン病研究の優先順位と今日的意味

Cains Smith 教授は世界戦略2006-2010の現在の重点分野を総括した。それらは以下の通りである。神経機能の損傷とらい反応の防止と管理、化学療法の改善、ハンセン病発症リスクの高い個人を地域社会の中から特定するための診断法の開発と改良、およびハンセン病サービスの維持と統合のための運営方法の研究。根絶の基準に合致するような研究の必要性や、それとの隔たりを見出すために、存在する事実関係や進行中の研究に関する分析結果が示された。

この分析によって判明した研究の優先度は、感染をチェックする検査、感染と防御免疫反応の形成の理解、および効果的で、安全、有効で安価な治療法の開発であった。

16. 結論と勧告

(1) TAGは、ハンセン病が多くの国々で減少したように見えるが、実際、病気は大多数の国で未だ流行していることを述べた。戦略上の因子が各国間で大きく異なるため、データの解釈が難しいことが認識されている。

標準的方法に基づき、統一した基準を作り各国間の比較を可能にし、そして長期にわたる動向を表すために、日常の患者発見データの質を国家レベルで改善するためのさらなる努力が必要である。報告は新規患者発見に焦点を合わせるべきであり、年齢、性別、病型、障害度、さらに、

- 治癒率の分析を含めるべきである。
- (2)現在入手可能な情報の徹底的分析を行ったところ、TAGはハンセン病が根絶可能な病気であるとは考えていない。アルマジロのらい菌保菌の証拠、疫学、感染伝播、免疫学の現在の知見、および発症を減らす効果的な手段の欠如は、現時点で根絶戦略に着手することは適切でなく信憑性もないことを意味する。
 - (3)世界戦略とその実施上のガイドラインの実施のために開発された医療施設、管理者のための講習会と付随する訓練手引指導要領書はTAGにより承認され、これらの使用は国家プログラムの能力維持と強化のため、強く推奨されている。
 - (4)国家プログラム管理者はHIV/ハンセン病の重複感染の臨床に関する問題を意識するべきである。これらの患者は激しいらい反応を起こすリスクがあり、Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) 開始後に免疫再構成症候群 (Immune Reconstitution Syndrome) を起こす可能性がある。この領域の研究はハンセン病免疫反応の理解を容易にするかもしれない。
 - (5)ハンセン病の薬物耐性の長期的監視はMDTに基づくハンセン病制圧戦略の継続的有効性を確実にするために非常に重要である。この点で、薬物耐性のサーベイのために、毎年の再発患者数の報告とそれらの検証はハンセン病の国家調査の重要活動の一部となる。
 - (6)ハンセン病化学療法今後の研究は、簡便なレジメに焦点を合わせるべきである。RFP耐性ハンセン病患者や、RFPを内服できない患者のために、適切な治療レジメが開発される必要がある。
 - (7)早期発見、およびハンセン病神経炎とらい反応の管理のために、現在利用可能な介入への患者アクセスを改善する必要がある。さらにTAGは、ハンセン病予防、診断、および化学療法のための改良されたツールの開発研究が必要であることを示した。
 - (8)TAGは自己管理が障害予防とリハビリテーション戦略の重要要素であるという原則を繰り返した。TAGは、WHOの「自分で出来る (I can do it myself)」冊子で勧められるように、ハンセン病に罹患した人々 (PAL) は自己管理について定期的に情報を提供されることを推奨する。
 - (9)TAGはハンセン病と関連したスティグマはハンセン病世界戦略のすべての側面で負の影響を与えていることを認識している。スティグマを減らすための社会的活動がすべてのレベルで必要とされる。スティグマや差別の度合いと影響を測る指針の開発のさらなる研究が必要である。この指針はスティグマ減少のための介入を評価する際に役立つかもしれない。

謝 辞

本論文は、平成20年度国際医療協力研究委託費「開発途上国で有効なハンセン病の診断、治療、障害予防に関する研究」の分担研究「開発途上国における偏見・差別の解消に向けた研究」の補助金を受けた。

Report of the ninth meeting of the WHO technical advisory group of leprosy control

Norihisa ISHII¹⁾ * , Shuichi MORI²⁾, Yuzuru NAGAOKA³⁾, Koichi SUZUKI¹⁾

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

2) Department of Microbiology, Fukushima Medical University, Fukushima, Japan

3) Department of Dermatology, Tama-Zensho, Leprosy Hospital, Tokyo, Japan

[Received / Accepted: 17 Nov. 2008]

Key words : elimination, leprosy, multidrug therapy, WHO

The Ninth meeting of the WHO Technical Advisory Group (TAG) on Leprosy Control was held in Cairo, Egypt on 6th and 7th March 2008. The meeting was chaired by Professor W.C.S. Smith and attended by national leprosy programme managers from Brazil, the Democratic Republic of Congo, Cambodia, Egypt, Iran, India, Nigeria and Thailand. In addition, several experts and members of the Technical Commission of the International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP) also attended the meeting.

*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 : +81-42-394-9092

E-mail : norishii@nih.go.jp

ミャンマーにおけるハンセン病制圧記念行事(2009)の報告

永岡 譲^{*1)}、石田 裕²⁾、鈴木幸一³⁾、石井則久³⁾

- 1) 国立療養所多磨全生園皮膚科
- 2) 国立駿河療養所整形外科
- 3) 国立感染症研究所ハンセン病研究センター

[受付・掲載決定：2009年7月9日]

キーワード：医療協力、後遺症、国際協力、偏見・差別、ミャンマー

ミャンマーはWHO、笹川記念健康保健協力財団、国際救らい団体連合 (ILEP)、国際協力機構 (JICA)、などの援助で国を挙げてハンセン病の制圧に取り組んだ結果、2003年1月末、人口10,000人中の患者の数である有病率が遂に1を下回った。これでは有病率が1以上の国はブラジル、ネパール、東チモールの3カ国を残すのみとなった(2009年7月現在)。ハンセン病の制圧をさらに推し進めるために、ミャンマーは毎年2月上旬に「ハンセン病制圧記念行事」を行っている。今回は2009年2月6日、ミャンマーの新首都ネピドーの保健省において第6回ハンセン病制圧記念行事が盛大に行われた。

記念行事の冒頭、保健大臣より日本の支援、特に、JICAと国際医療センター(IMCJ)、国際医療協力研究班に厚く謝意が示された。日本ではハンセン病は主に皮膚科医が診断・治療に当たるが、ミャンマーではハンセン病を診断・治療する保健省所属のハンセン病対策官(医師、leprologist)・保健師(ミドワイフ)と、ハンセン病以外の一般皮膚科疾患を扱うdermatologistの役割分担がある。ハンセン病と鑑別すべき皮膚疾患は約140存在し、

ハンセン病対策官に一般皮膚科疾患について教育することが必要であった。「開発途上国で有効なハンセン病の診断、治療、障害予防に関する研究」(国際医療協力研究委託事業18公4)では数年前から数名の日本人研究班員とともにこの問題に精力的に取り組み、ハンセン病に関係する医師を対象に講習会や患者供覧などを行ってきた。

続いて保健大臣をはじめ5名の政府関係者によるミャンマー語での講演を数時間にわたって拝聴した。今回の記念行事の標語は「Treat Early, Prevent Disability」であった。すなわち、現在のミャンマーにおいて、ハンセン病の後遺症を最小限に防ぐためのサービスの導入に力点を置いている。MDTにより治癒しても、後遺症や後遺症につながるような症状を持つ患者が大勢いる。研究班では、後遺症やその悪化の予防、セルフケアの実行、職業訓練、リハビリテーションなどをいかに効率よく導入できるかに関する技術開発と指導とを行ってきた。後遺症予防のためミャンマー国民向けにミャンマー保健省とJICAによって作製されたパンフレットがあるが、シンプルなイラストや簡潔な解説がわかりやすい(図1)。

後遺症の予防とともにミャンマー政府が力を注いでいるのが、ハンセン病に対する偏見・差別の解消である。ハンセン病に対する偏見・差別は日本だけに限らず、ミャンマーでも同様に、ハンセン病患者だけの集落が州・管区を問わず存在する。

* Corresponding author:

国立療養所多磨全生園皮膚科

〒189-8550 東村山市青葉町4-1-1

TEL: 042-395-1101 FAX: 042-394-2410

E-mail: ssnagaoka@yahoo.co.jp

MDTの登場により偏見・差別はかなり解消されてきたが、それでもまだMDTの存在を知らず、ハンセン病が不治の病であり、初期の皮疹が体幹などに出現したというだけで、婚約を破棄されたなどというような事例がある。

「ハンセン病制圧記念行事」において、ミャンマー国民の一部に根付く偏見・差別の解消のために作製されたビデオ番組が紹介され、参加者にはDVDも配布された。自分の腕に生じた皮疹に痛みがなく、ハンセン病であることに気づいた女性が、婚約者との結婚をあきらめ、自殺を決意するが、友人からMDTの存在を知らされ、思いとどまるという内容であったが、ひとりでも多くのミャンマーの人の目にとまり偏見・差別を乗り越えてほしいと願う次第である。

翌日（2月7日）、ネピドーの保健省会議室においてハンセン病研究会議に参加して、ミャンマー側から発表された15の研究演題を聴き、内容につ

いてコメントし、ディスカッションした（図2）。研究演題は、ミャンマーにおいてはらい反応に対してサリドマイドは使用できず、クロファジミンやステロイドで対処しているが治療に難渋する症例も多いこと、今後DDS、リファンピシンいずれに対しても耐性を持つ菌が出現する可能性が高いことなどであり、本邦におけるハンセン病医療にも有用な情報であった。ハンセン病は世界の大部分の国において制圧こそしたが、根絶にはほど遠い疾患なのであると改めて認識した。

ネピドーは内陸の密林を切り開いて作られた街であり、整然と区画され、政府関係者および政府の許可を受けた者しか立ち入ることができない。旧首都のヤンゴンから約400kmの距離で車の場合8時間の旅となるが、道路の舗装状態が不十分で、しかも都市工学的観点から設計されておらず、もっぱら直線的なので注意が散漫になりがちで、高速道路で運転中にうっかり脇見運転でもしようもの



図1 後遺症予防のためミャンマー保健省とJICAにより作成されたパンフレット

ならたちまち交通事故である。もちろん事故になっても日本のように救急車など来てくれない。サービスエリアやトイレに相当するものは皆無であり、相当疲れる旅であった。

日本側参加者は、石井則久、鈴木幸一（感染研）、永岡 譲（多磨全生園）、土屋一郎、石田 裕、山田 暁（駿河療養所）、尾崎元昭（長島愛生園）、

北島信一（鹿児島大）、圓 純一郎（星塚敬愛園）の9名であった。

本研究及び本論文は平成 20 年度の国際医療協力研究委託事業 18 公 4 「開発途上国で有効なハンセン病の診断、治療、障害予防に関する研究」の補助を受けた。



図2 ハンセン病研究会議のミャンマー・日本のメンバー（2009年2月7日）

特集◆抗酸菌感染症

ネパール人男性に生じたハンセン病 (BL 型) の 1 例

北見 由季* 北見 周* 飯島 正文* 石井 則久**

要 約

36 歳, 男性, ネパール人 (2003 年 5 月に来日)。来日直後より左臀部の知覚鈍麻を自覚。2 カ月前より同部に紅斑が出現し遠心性に拡大, 2006 年 10 月 28 日当科を受診。左臀部に浸潤性暗紅褐色斑が弧状を呈して配列, 触覚, 痛覚の低下あり。組織学的に真皮上層から下層にかけて, 胞体の明るい組織球とリンパ球が密に浸潤し, 肉芽腫も形成。付属器, 血管, 神経周囲にもリンパ球浸潤あり。Ziehl-Neelsen 染色で多数の抗酸菌陽性。皮膚スメアで抗酸菌陽性。皮膚部の抽出 DNA において *Mycobacterium leprae* に特異的な PCR 産物を確認。血清抗 PGL-I 抗体陽性。BL 型ハンセン病と診断し WHO-MDT 療法を開始。9 カ月内服後, 皮疹は軽快, 現在も内服加療中。

キーワード: ハンセン病, BL 型, MDT 療法

I. はじめに

ハンセン病患者は本邦では日本人患者は減少しているが, 近年では流行地からの在日外国人例が見受けられる。今回我々は, ネパール人に発症した BL 型ハンセン病の 1 例を経験したので報告する。

II. 症 例

患 者 36 歳, 男性, ネパール人
初 診 2006 年 10 月 28 日
主 訴 左臀部の紅斑と知覚低下
家族歴・既往歴 特記すべきことなし。

現病歴 2003 年 5 月に来日。翌月, ズボンの左ポケットに財布を入れていたときに知覚低下に気付いた。翌年, ネパールに一時帰国した際に内科を受診したところ特に異常はないといわれ, 放置していた。その後再来日し, 2006 年 8 月頃より左

臀部の知覚低下部に一致して紅斑が出現した。紅斑が徐々に拡大してきたため, 10 月 22 日近医皮膚科を受診し, 当科を紹介受診した。

現 症 左臀部に半円状を呈する浸潤を触れる暗紅褐色斑を認めた (図 1)。皮膚部および紅斑に取り囲まれた部位では温痛覚および触覚の低下があった。浸潤性紅斑の外方には知覚異常はなかった。末梢神経障害について, 左下肢の運動障害, 疼痛, しびれなどはなく, 脛骨および腓骨神経の肥厚も触知しなかった。

病理組織学的所見 左臀部の浸潤を触れる暗紅褐色斑: 知覚低下を伴った環状の浸潤性紅斑ということから, 臨床診断はハンセン病を最も考えた。HE 染色像では表皮は軽度過角化があり, 真皮上層, 毛包周囲, 真皮下層にかけて炎症細胞浸潤を認めた。表皮直下は一層正常部を介してから著明な細胞浸潤がみられた。真皮上層から下層には組織球, 泡沫細胞, リンパ球が稠密に浸潤しており,

* Yuki KITAMI, Amane KITAMI & Masafumi IJIMA, 昭和大学, 皮膚科学教室 (主任: 飯島正文教授)

** Norihisa ISHII, 国立感染症研究所ハンセン病研究センター, 部長

別刷請求先 北見由季: 昭和大学医学部皮膚科 (〒142-8666 東京都品川区旗の台 1-5-8)

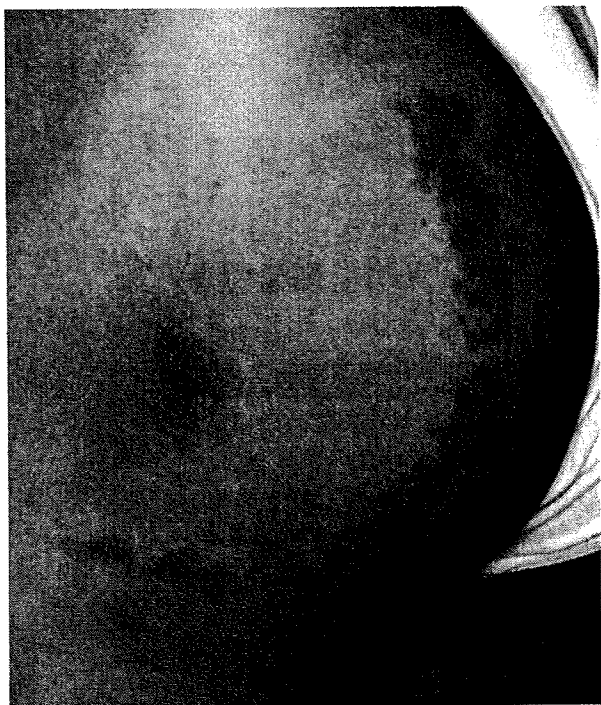


図1 初診時臨床像

肉芽腫を形成していた。巨細胞は認められなかった(図2-a, b)。一部神経周囲にも細胞浸潤があった。病理組織の Ziehl-Neelsen 染色では真皮下層までの細胞浸潤内に桿菌を認めたが、菌は真皮上層に多くみられた(図3)。

菌学的検査所見 生検組織の直接塗抹標本を作成し弱抗酸性染色(1%硫酸で脱色)を行ったところ赤紫色に染色される桿菌を多数認めた(図

4)。また、メス刃を用いて病変部に小切開を行い、組織液を取り塗抹標本を作成する皮膚スメア検査も施行した。皮疹部からは多数の桿菌を認め、bacterial index (以下 BI) は 4+ であった。同時に右眉毛上方、両耳朶より皮膚スメア検査を行ったがいずれも陰性だった。また、皮膚スメア検査で得られた組織液を用いて PCR 検査を行ったところ、らい菌に特異的な DNA の増幅が検出された。

臨床検査所見 血算、血液生化学的検査では異常なし。また、血清学的検査では抗 PGL-I (Phenolic glycolipid-I) 抗体価が 64 倍と陽性だった。

診断 皮疹は単発で神経症状も軽度であったが、抗酸菌数は BI 4+ と多菌型で組織像も泡沫細胞を多く含む肉芽腫像を呈し、また組織からも菌を多数みられたことより自験例を BL 型 (Ridley-Jopling 分類¹⁾) ハンセン病と診断した。

治療および経過 近年ハンセン病治療薬に対する耐性に関与するらい菌の遺伝子変異が明らかになっている^{2)~4)}。自験例においては DDS, リファンピシン, キノロン耐性に関与する各遺伝子 (*folP* 遺伝子, *rpoB* 遺伝子, *gyrA* 遺伝子) の変異は認められず、いずれの薬剤に対しても感受性はあると考えた。治療は WHO の推奨する多剤併用療法 (multidrug therapy : MDT) を開始した。月に 1 回 リファンピシン 600 mg/日, ジアフェニルスルホン 100 mg/日, クロファジミン 300 mg/日の内服を、翌日からはジアフェニルスルホン 100 mg/日,

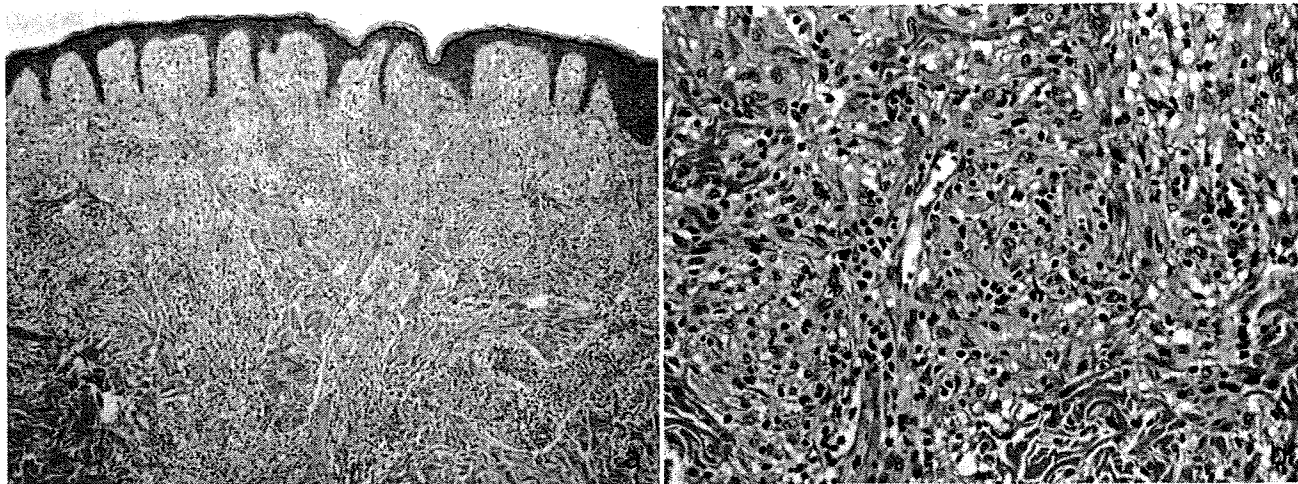


図2 病理組織像 (HE 染色)

- a : 真皮上層から下層にかけて肉芽腫を形成 (×100)
- b : リンパ球, 組織球, 泡沫細胞による細胞浸潤 (×400)

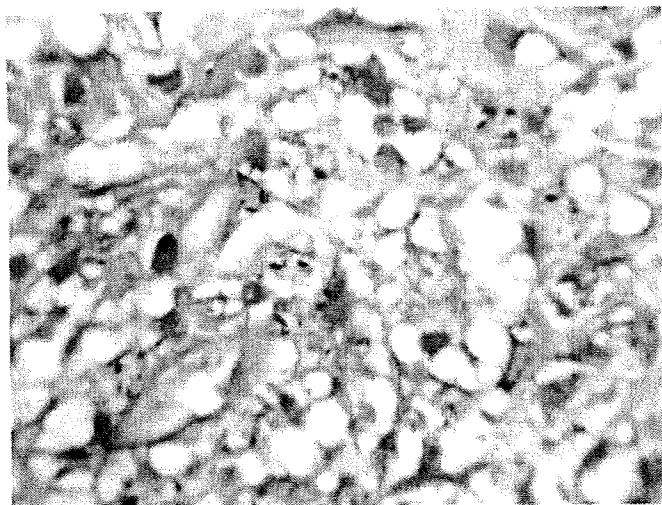


図3 病理組織像 (Ziehl-Neelsen 染色) : 細胞浸潤内に多数の桿菌 (×1000)



図4 組織の直接塗抹標本 (弱抗酸性染色) : 赤紫色に染色される多数の桿菌 (×1000)

クロファジミン 50 mg/日の連日内服を開始した。内服開始 2 カ月後には環状を呈する紅斑の浸潤は軽減し、褐色調になってきた。治療開始 1 年後、紅斑は褐色調を呈し、知覚低下はわずかに改善したのみである。また、経過中にらい反応を思わせる所見はなかった。治療開始 1 年 5 カ月後の皮膚スメア検査は BI 2+ で、菌数は減少していた。WHO の多菌型の治療基準⁵⁾によれば内服治療期間は 1 年間だが、自験例では日本における標準的な治療法に準じて内服加療継続中で、2 年間の内服治療を予定している。

Ⅲ. 考 案

世界のハンセン病患者の状況は、2007 年初頭に登録された治療中の患者数はおよそ 22 万人、2006 年の新規患者数も 25 万 9 千人と 2004 年の 41 万人から急激な減少傾向にある⁶⁾。その一方で、ブラジルでは新規患者数が増加傾向を示している。自験例の患者出身地であるネパールは、政府中央統計局推計では人口 2589 万人 (2005 年/2006 年度) である。そのうち登録患者数は 3951 人 (2007 年初頭)、人口 10000 人あたりの有病率は 1.43、新規患者数は 4235 人 (2006 年) と報告されており、制圧目標 (有病率が 1.0 未満) を達成していない流行国のひとつとして挙げられている⁶⁾。現在本邦の新規患者の多くは在日外国人であり、2004 年は新規患者 12 人中 8 人、2005 年は

6 人全員、2006 年は 7 人中 6 人、2007 年は 11 人中 10 人が外国人である⁷⁾。その中でも約半数がブラジル人である⁸⁾。現在、日本人労働者数の減少から、流行地からの外国人労働者が増加している状況がある。

自験例では ① 臀部の環状紅斑、② 本人から皮疹部の知覚異常の訴えがあったこと、③ 患者がネパール人であったこと、よりまず初めにハンセン病を疑うことができた。本症を疑うことにより菌学的検査を進められ、速やかに診断、治療に至ることができた。幸い治療経過中、治療薬による副作用やらい反応もなかったため、およそ 2 年間の十分な治療ができたものとする。本邦において本症に遭遇する機会はまれとはいえ、知覚異常を伴う紅斑をみた際は本症を念頭に置いて診察をする必要を感じた。

本論文の要旨は日皮会第 71 回東京支部総会・学術大会で発表した。

(2008 年 8 月 19 日受理)

文 献

- 1) Ridley DS, Jopling WH: *Int J Lepr Other Mycobact Dis*, 34 : 255-273, 1966
- 2) Honore N, Cole ST: *Antimicrob Agents Chemother*, 37 : 414-418, 1993
- 3) Kai M et al: *FEMS Microbiol Lett*, 177 : 231-235,

- 1999
- 4) Maeda S et al : Antimicrob Agents Chemother, **45** : 3635-3639, 2001
 - 5) 後藤正道ほか : 日ハ病会誌, **75** : 191-226, 2006
 - 6) WHO : Weekly Epidemiological Record **82** : 225, 2007
 - 7) ハンセン病 : 国立感染症研究所国立感染症研究所感染症情報センターのホームページ (<http://www.who.int/wer>)
(<http://idsc.nih.go.jp/iasr/index-j.html>)
 - 8) 石井則久, 朝比奈昭彦 : MB Derma, **114** : 39-45, 2006

ハンセン病患者から生まれた子供たち —奄美大島における妊娠・出産・保育・養育のシステムの軌跡—

森山一隆¹⁾、菊池一郎²⁾、石井則久^{*3)}

1) 奄美和光園退所者

2) 愛・ライフ内牧

3) 国立感染症研究所ハンセン病研究センター

[受付：2009年4月15日、掲載決定：2009年6月3日]

キーワード：奄美大島、カトリック、出産、ハンセン病療養所、保育

ハンセン病療養所において、妊娠・出産が可能であった国立療養所奄美和光園について、時代背景などを追いながら考察した。

和光園の創設は1943年と新しく、1946年から1953年までの米軍占領を経て、日本のハンセン病行政体制に組み込まれた。

1949年頃より、松原（のちの和光園事務長）の和光園でのカトリックの宣教、1951年からのパトリック神父の宣教は入所者の妊娠・出産の考えを変えた。また、松原、パトリック神父、ゼローム神父、星塚敬愛園の大西園長などの指導のもと、療養所自治会、子供の親、大平園長などによって出産後の子供の養育に道筋が作られ、「夫婦舎の内則」としてまとめられた。実際面では、1953年から1954年まで新生児を看護婦ないし松原の家族が保育し、1954年11月からは保育所（「こどもの家」、後に「名瀬天使園」に名称変更）での保育が始まった。さらに2～3歳からは「白百合の寮」で養育が行われた。両親との面会は限られていたが、成長し、現在では立派な社会人となって社会で活躍している。

らい予防法のもとで療養所入所者の妊娠・出産は困難であったが、カトリックを中心とした妊娠・出産・保育・養育の制度を確立することで、和光園においてはハンセン病患者が子供をもつことが可能であった。

はじめに

ハンセン病は主に皮膚と末梢神経が障害される疾患であるが¹⁾、多菌型患者で治療が遅れると精巣萎縮を認めることがある。また、妊娠・分娩時

には病状の悪化や、らい反応の出現などの注意が必要とされている。しかし、通常はハンセン病患者において妊娠・出産は可能である。生理学的にはそれは可能であっても、ハンセン病療養所やハンセン病関係の施設においては入所者を男女に分離したり、結婚を禁じるなどの歴史があり、施設内での出産は稀であった^{2,3)}。また、日本においては、結婚は認められていたが、人工中絶や、1915年からは断種（ワゼクトミー）なども行われており、ハンセン病療養所入所者が子供を持つことは極めて困難な状況であった⁴⁾。

* Corresponding author:
国立感染症研究所ハンセン病研究センター
〒189-0002 東京都東村山市青葉町4-2-1
TEL: 042-391-8211 FAX: 042-391-8210
E-mail: norishii@nih.go.jp

一方、日本において、ハンセン病患者が療養所内で妊娠し出産することが可能であった施設が存在したことはあまり知られていない。今回、ハンセン病患者が施設内で妊娠・出産し、子供を持つことができた施設として、国立療養所奄美和光園（以下和光園とする）を取り上げ、歴史的事実をもとに、妊娠・出産が可能であった背景を明らかにし、ハンセン病の医療、人権、宗教などについて考察を行う。

奄美大島とカトリック（和光園開設まで）

一般的に妊娠・出産、さらに保育・養育には宗教（ここではカトリック）の果たす役割がかなり重要であるので、1943年（昭和18年）の和光園が開設されるまでの、奄美大島（以下奄美とする）におけるカトリックについてまず述べておきたい⁵⁾。

奄美へのカトリックの宣教は1891年（明治24年）に開始された。その後、カトリックは奄美に根を下ろしていった。しかし、奄美が軍事上南方の要衝で、陸軍や海軍の要塞となっていき、1934年（昭和9年）には宣教師総引き上げとキリスト教排撃が始まり、1945年の終戦まではキリスト教にとっては暗い試練の時代であった。

奄美及び和光園の歴史

和光園は、計画当時（1937年頃）から近くの集落輪内地区（有屋・仲勝・浦上・大熊）から設立反対運動がおこり、大熊集落が中心になった反対運動は日増しに激化した^{6,7)}。その後、反対運動は収拾され、1943年（昭和18年）2月11日竣工式挙行（表1）。3月30日勅令278号をもって官制公布。それによって5月27日保田 耕園長他職員7名、家族21名が着任した。保田園長は8月31日に応召出征し、松本当太郎医官が9月12日に園長心得に発令された。保田園長は同年9月20日に中国大陸で戦死した。翌1944年3月18日開園式挙行、入園患者は19人であった。4月戦争激化のため内地出身職員引揚。1945年（昭和20年）3月空襲激しく食糧事情逼迫し、患者離散。4月避難生活。8月15日終戦を迎えた。

1946年（昭和21年）2月2日、いわゆる2・

2宣言により奄美を含む島々は沖縄に本部をおく米軍政府下に統治され、臨時北部南西諸島の名称が付された。1950年10月には奄美群島政府、1952年4月には琉球政府の管轄になり、約8年間、奄美は日本政府から、引き離され、1953年（昭和28年）12月25日に日本復帰がなかった⁸⁾。

和光園の戦後は食糧難で、医療は米軍放出の医薬品などで細々と行われていた。1947年（昭和22年）2月10日特別軍政布告第13号発令と、2月14日北部南西諸島軍政命令第5号発令が出されたが、ともにハンセン病患者を施設に強制隔離する取り締まり的な布告であった^{3,8)}。患者隔離政策は「旧日本の政策を継承したもので、占領政策から考えても当然のことであった。」と犀川一夫は述べている⁹⁾。この布告命令によって165人が療養所に収容された。1947年9月には本土各園（主として、菊池恵楓園と星塚敬愛園）から奄美出身の患者103人が入所し⁹⁾、患者数は178人（1947年度末）となった。しかし、療舎の増築、食糧確保は満足にできなかった。奄美救済協会（1937年発足）や奄美大島連合青年団、奄美赤十字社などの呼びかけで、慰問品や食料品などの贈呈や援助があったものの、それらで、園の食糧事情や医療環境を改善させることは殆どできなかった。

その中であって、治療薬のプロミンとダイアゾンが1949年（昭和24年）1月にカトリック教会から寄贈され、1950年1月には7人の軽快退園者が出た。1950年2月からは結節性の患者（主にLL型、BL型の患者）全員にプロミン注射・ダイアゾン内服が行われた。12月には治療棟完成し、プロミン注射・ダイアゾン内服・大風子油注射の治療、内科一般、外科、耳鼻咽喉科、眼科、歯科などの診療体制も整ってきた⁶⁾。また、重症者は重病室、付き添い看護は軽症患者が行い、ハンセン病療養所の形態を整えることができてきた。

また、患者自治会（和光会）は1949年（昭和24年）4月に結成され、園の運営などに積極的に関わっていくことになった。1952年度の年報では、1953年3月末の入所者の出身地は300人中、沖縄県が10人、奄美群島以外の日本が5人と、文字通り「奄美」の療養所であった。1953年の日本復帰までは、開園後ハンセン病の専門の医師が園長に就任しておらず（後述の大平園長は1952年6

月着任)、必ずしも、本土のハンセン病療養所のシステムが機能していなかったと考えられる。

以上から、奄美和光園の歴史は戦前(1945年以

前)に始まったが、実際の運営は戦後、1949年(昭和24年)頃から軌道に乗り、医療も自治会も大きく前進することになるが、本土と同様のハンセン

表1 奄美和光園の歴史と各施設の人員

年	年号	和光園	カトリック/子供	園内 保育所	園内 親元	こどもの家/ 天使園	白百合 の寮	天使園から白 百合の寮に 新入所した人 数	入所者*
1943年	S18	竣工式、保田園長/松本園長		—		—	—	—	8
1944年	S19	開園式、入所者19人		—		—	—	—	36
1945年	S20			—		—	—	—	39
1946年	S21		米軍政府統治	—		—	—	—	40
1947年	S22	患者隔離の布告、 9月本土から103人戻る		—		—	—	—	178
1948年	S23	(優生保護法施行)、保育園設置		開設(Ref7)		—	—	—	286
1949年	S24	患者自治会発足、プロミン注射開始 保育開始、	西仲藤に診療所設立 12月松原、和光園で宣教開始	7(Ref6)		—	—	—	269
1950年	S25	1月、7人の軽快退園者	和光園で初めての洗礼式、和光園教会 誕生			—	—	—	271
1951年	S26	重信園長	8月バトリック神父来島、和光園担当司祭			—	—	—	287
1952年	S27	4月松原事務長 喜入園長/6月大平園長	ゼローム神父来島	22(Ref6,13)	約10 (Ref 13)	—	—	—	300
1953年	S28	らい予防法改正 日本復帰、厚生省へ移管	バトリック神父、和光園の専任司祭	24(Ref42)		—	—	—	291
1954年	S29	保育園建築 7月7日、「夫婦舎の内則」	1月バトリック神父離任、6月離島 松原家などで養育 ゼローム神父「こどもの家」創設 (3名でスタート)	26(Ref7)		11月開始 3	—	—	291
1955年	S30	3月馬場園長	幼きイエズス会「こどもの家」運営を引き 継ぎ「天使園」とする	26(Ref7), 30超(Ref23)		12-13 (Ref 44)	—	—	291
1956年	S31	ローマ会議		26(Ref7), 約30,7か月の 子もいた (Ref43)		12-13 (Ref 38)	—	—	316
1957年	S32	8月大西園長		26(Ref7)		12-13 (Ref 41)	—	—	342
1958年	S33					12-13 (Ref 15)	—	—	342
1959年	S34		児童福祉法認可あり「名瀬天使園」として 発足(乳児院定員20, Ref41) 11月児童福祉施設「白百合の寮」設立(3 -16歳。名瀬小俣町)			定員20人に	11月開設	11	327
1960年	S35								2
1961年	S36								1
1962年	S37								4
1963年	S38								3
1964年	S39								1
1965年	S40						30(最年長 は小4, Ref 45)	1	313
1966年	S41							0	304
1967年	S42							3	304
1968年	S43	松原事務長辞任						1	296
1969年	S44	大島園長						0	287
1970年	S45		この頃まで出産があった?					1	283
1971年	S46							2	274
1972年	S47							1	270
1973年	S48							2	263
1974年	S49							0	252
1975年	S50							2	245
1976年	S51			最後の中学 生卒業 閉鎖(Ref7)				0	239
1977年	S52		「白百合の寮」1977年までに37人が入園 1982年「白百合の寮」小俣から浦上に移設	—				2	229
1978- 2009年				—		1992閉園	1989 64(う ち和光2, Ref 46)		

*入所者数は各年度末の数(文献8より)

病医療を行うのは日本復帰以後になったと考えられる。それまでは物資も乏しいなかで、生活や医療は貧弱で、隔離や管理が過酷という状況が続いたと考えられる¹⁰⁾。

和光園と保育 (カトリックが関与する 1951 年前後まで)

1945年に終戦を迎えたが、奄美は極貧で、それは和光園でも同様であった。そのため、園へ入所するにあたって、子供を同伴することもあり、1952年の年報では、「奄美和光園保育所の概況」として、「1949年8月、日本々土からの引揚者収容に伴い保育児の収容も行はれ、建物(23坪)も建設された。」⁶⁾。最初(1949年)の児童数は7人、保母が2人、1953年3月末の児童数は22人、保母は3人となっている(表1、2)。収容される児童は「父親か、母親か又は両親共に当園に収容されていて身寄人の無い者か或いは家庭経済の困窮している者に限られ」、さらに、「園内で出産した子女は分娩後直ちに保育所に収容し、罹病の恐れを防止すべく計画しているのであるが凡ゆる方面から其の計画が実施出来得ない事は残念である。」と記載されている⁶⁾。

文献11の22ページには、星塚敬愛園で未感染

児童からハンセン病が発病し、他園に入所させた例が紹介されており、出産後直ちに親から離すことは、当時多くの医師や関係者の考えが反映していると推察される。

なお、文献12の192ページには、未感染保育事業について、「この事業はすべて国の手にゆだねられて各国立療養所の費用で運営することとなった。戦後には同様の施設が宮古南静園(昭和22年)、奄美和光園(昭和23年)、駿河療養所(昭和30年)と整備され、全国で全生園と光明園を除く各施設に養護施設が完成した。」とあり、和光園保育所は1948年に整備が行われ、1949年^{6, 13)}に運用が始まった。

外部の乳児園が整備されるまでは、和光園内で出産された赤ん坊についても一定期間母親のもとで保育された後に、和光園保育所に移された^{13, 14)}。文献14に、「1947年頃から、園内で生まれた子供は2~3才になると、適当に園内の保育所に移されていました。」とあるが、これは1949年の誤りであろう。保育所は1976年4月に閉鎖されたが(文献15には1973年に閉鎖となっているが、1976年が正しい)、57人の子供たちが巣立っていった⁷⁾。

ここで、保育についてみると、療養所の中で自主的に行っている場合が多く、保育所や小学校な

表2 奄美和光園の子供の保育

	患者が連れてきた子供			園内で誕生した子供					
	連れてきた 2-3歳以上 の子	連れてきた 2-3歳まで の子	連れてきた 2-3歳まで の子	出生~ 2-3歳	1歳以上	2-3歳以上	出生 1歳未満	出生 1歳未満	出生 2-3歳まで
	園内保育園	園内保育園	園内親元	園内親元	園内保育園	園内保育園	看護師	司祭館 松原家	こどもの家/ 天使園
1945 S20			○						
1946 S21			○						
1947 S22			○	○					
1948 S23			○	○					
1949 S24	○		○	○		○			
1950 S25	○		○	○		○			
1951 S26	○		○	○		○			
1952 S27	○		○	○		○			
1953 S28	○	△	△	△	△	○	oMax3人		
1954 S29	○	△	△	△	△	○	oMax3人	○	○
1955 S30	○	○		△	△	○			○
1956 S31	○	○							○
1957 S32	○	○							○
1958 S33	○	○							○
1959 S34	○	○							○
1960 S35	○	○							○

○：実施、△：実施していたと考えられる、空欄：実施せず

ども法的根拠のない形が多かった。これはハンセン病療養所が特別で、法律のもとに閉鎖された世界を作り、ハンセン病に絡んだ問題を特別視し、ノーマライゼーション（一般化）の考えが長く欠如していたためと受け取れる表現がある^{3,12)}。

米軍統治下時代（1946 - 1953年）、園内での妊娠・出産についての公文書は調査した限りにおいてはなかった。この期間は、患者の強制隔離と、園からの逃走防止、さらに施設の充実に重点が置かれていた^{3,8)}。なお当時の感染についての認識は、日本と米国ではほぼ同じ認識であった。すなわち、主な感染ルートは上気道粘膜からの感染で¹⁶⁾、接触感染も否定されていなかった。また、大人には感染・発症しない、子供には感染・発症することがある、との認識で、大人が患者と接触することは容認され、子供と患者との接触は禁止されていた¹⁷⁻¹⁹⁾。もし、患者が出産した場合は、すぐに親とは分離保育する、との認識があったと。

和光園におけるワゼクトミー (vasectomy)

1952年の当該施設の年報から⁶⁾、「奄美和光園保育所」は患者が同伴してきたハンセン病に罹患していない子供の保育所であるものの、園内での出産児についても受け入れの対応が計画されたが、「凡ゆる方面から其の計画が実施出来得ない事」があったと記載されている。年報が書かれたのは1953年（米軍統治下）であるが、本土で1948年に施行された優生保護法で、「本人又は配偶者が、癩疾患に罹り、且つ子孫にこれが伝染する虞れのあるもの」と記載され、園内で「妊娠・出産」が不可能になったことが想像される。このことは30周年誌に松原が、「ハ氏病患者は結婚は認める然しそれには断種手術を受けることが前提とされる。若し妊娠しても本人の意志の如何にかかわらず胎児は陽の目を見ることなく消されなければならない。優生保護法によりこのことは何の抵抗もなく行われていた。現在もなお和光園以外の療養所ではその通り実施されている。」と記載している²⁰⁾。松原はこの文章のあとに、パトリック神父について記載しているが（後述）、優生保護法が和光園で適用、実施され、ワゼクトミーや墮胎が行われていたかについては言及していない。なお、2005年

に公表された「ハンセン病問題に関する検証会議最終報告書」の別冊「胎児等標本調査報告」には2001年に病理標本は火葬されたため、病理標本の検索からは墮胎などが実際に実施されていたかは判明しない、と記載されている²¹⁾。

和光園でのワゼクトミーについては、1954年7月7日付の「夫婦者の内則」に記載がある（表3）^{8, 22, 23)}。この内則はパトリック神父や自治会、子供の親、施設（当時の大平園長、松原事務長など）などが話し合っ、松原が文章を作成し、「園長」名で明文化されたものである。その中で、夫婦部屋の入居の基準に「1953年9月までに受胎調節手術をしたものは第一の優先権がある。」としてあり、受胎調節手術はワゼクトミーを指すと考えられる。さらに、「今日現在調節手術をして猶一部屋一夫婦の部屋を利用出来ないで大部屋に雑居をしている人達は総て1952年10月以前に手術を済ましたものであり、子供の問題、手術の問題、夫婦部屋の問題に就き方針の確定を見たのは1952年の10月であり特にカトリック教会との話の決定は翌1953年に持越してである。」と記載してある。大平が和光園に着任したのは1952年6月16日で、内規から判断すると1952年10月までにはワゼクトミー（受胎調節手術）は実施されていた。なお、ワゼクトミーが和光園以外の星塚敬愛園などの他の園で実施済みの可能性は否定できない。

「幼きイエズス修道会」の130年誌には、「1948年優生保護法の名で断種・中絶が公認されてから数年後、奄美大島にもそれを奨励する風潮が起こり、カトリック信者の反対を引き起こした。」とあり²⁴⁾、当時和光園に宣教に来ていた松原やカトリック信者の患者などが反対した可能性がある。

内則には、「出生するであろう子供を分娩直後に園外に引取る誓約があるか、或いは之をカトリック教会に分娩直後に委託出来るか、調節をするか、」とあり、大平の園長時代にも受胎調節手術を指すワゼクトミーが実施された可能性がある。大平は一度、カトリック信者の女性に頼まれ、中絶手術をしたことを記している²²⁾。ただ、大平は、「中絶の話もカトリック以外の園生からは随分出ましたが、私は中絶は嫌ですので原則としてしない方向を求めましたので、避妊か産むかの二者択一になってしまったのでした。」¹⁴⁾と述べ、法律に則って中

絶手術をしたことはほとんどなかったと考えられる。さらに、1968年まで松原が事務長で在職していたことと、大西が1956年から1969年まで園長で在職していたことから、妊娠中絶は実施されなかったと考えられる。

以上をまとめると、和光園ではワゼクトミーは行われていた可能性がある。しかし、正常妊娠の場合での妊娠中絶は実施しなかったと推測される。

なお、記録にはないが、妊娠が判明すると、妊婦は一時帰省し、園外で出産後に子供を連れて帰園することもあった。さらに、妊娠・出産のために他のハンセン病療養所から和光園に転園する人もいたことは、文献11の77ページに記載があり、

3人の子供を授かった母親が紹介されている。この場合、子供たちを和光園に預け、母親は元の療養所に戻る場合もあった。

今回、子供の数などをまとめるにあたって、多数の文献を渉猟したが、文献によって数値が異なることがあり、それらは基礎となる基準が異なる場合もあった。また、年と年度とが混在している場合もあった。そのため、原則として、該当年に和光園で生まれた子供は、他園から出産のためにきた患者の子供も含めた。また天使園や児童施設などでは途中入所する場合もあるが、原則は和光園から入所、天使園から入所した子供たちを記載した。

表3 夫婦舎の内則

-
- 一、園内に於いて妊娠した為に出生する子供は分娩直後に母体と離して之を園外に引渡すこと。この子供に関しては、総べて一切、園は将来永久に何等の責任を担うことはない。乃ち経済上健康上、その他一切の責任は引取者が之を担わねばならない、従って将来如何なる理由が生じ様とも、この子供を園の保育所に引き取る義務は永久に園にはない、併し、若しこの子供が将来癩を発生した場合には園はこの子供を直ちに入所せしめなければならない。
 - 一、新生児分娩直後、母体よりの分離が色々な理由で不可能であるからと分娩後も園内にその子供をおくことは一刻なりとも原則として一切認めない。
 - 一、妊娠分娩、産褥等に伴う母体の病状悪化を含む一切の健康上の責任を胎児及び子供に対し園は永久に之を持たない。
 - 一、カトリック教会、団体、個人に子供の養育を委託する場合には当事者個人が交渉すべきであり園は一切関与しない。
 - 一、以上は個人、団体等に子供の保育を入園者が委託する場合に守らなければならない原則である。
(以上は原則であるが病気の場合には医局として適当なる診察はする)
 - 一、菊寮及び園内各所に分散して夫婦を形成している人達が将来一夫婦一部屋制度の夫婦部屋が新設されたり、或いは同様の部屋に余剰が出来た場合に之が利用権利の序列は左の如くありたい。
 - 1、一九五三年九月までに受胎調節手術をしたものは第一の優先権がある。
 - 2、現在夫婦の愛を結んでいて、前項に属さない人達の順序は、公式の結婚を宣誓した年月日の古きより順序に従う。
 - 3、将来、新規に配偶者を得た人達は、前二者の次に順序する。この場合に於いては出生するであろう子供を分娩直後に園外に引取る誓約があるか、或いは之をカトリック教会に分娩直後に委託出来るか、調節をするか、以上三項が明確な場合は夫婦部屋に入室する順序は総て平等に結婚順とする。

以上の説明

今日現在調節手術をして猶一部屋一夫婦の部屋を利用出来ないで大部屋に雑居をしている人達は総て一九五二年十月以前に手術を済ましたものであり、子供の問題、手術の問題、夫婦部屋の問題に就き方針の確定を見たのは一九五二年の10月であり特にカトリック教会との話の決定は翌一九五三年に持越してである。故に現在菊寮に居り、夫婦を形造っているが老齢の故に手術をしなかったのだからと、手術をしたのと同様に新規の部屋の利用権利を主張するのは誤りである。繰返し云うが現在手術済のものは総て話の結論の出る以前に自発的に手術をしたものであり、換言すれば一九五二年七月以前、乃ち喜入、重信所長或はそれ以前に手術をしたものと同様である。

- 二、以上の順番を遠慮したり、或いは之を変更する必要がある場合には自治会に於いて適宜処置を考慮されたい。

一九五四年七月七日
園長

(「光仰ぐ日あるべし」国立療養所奄美和光園／一九九三年 より)

世界のハンセン病患者と 妊娠・出産に対する考え

中世、ヨーロッパに蔓延したハンセン病に対し、ローマ教会は種々の規定を定め、国家は立法などにより規制をした。その中には、結婚の禁止、家族との分離、離婚の許可なども含まれていた³⁾。19世紀末頃には、女性患者の妊娠・分娩が発病を促進したり、増悪の原因になるため、結婚を禁止することが多いという認識があり³⁾、Cochraneや田尻も妊娠や分娩が発病誘発や症状増悪などを起こすことを述べている^{25, 26)}。近年では、ハンセン病患者間に生まれた子供がハンセン病になる率（発病率）は10%から39%程度と考えられていた^{27, 28)}。また、生直後に患者である母親から子供を分離した場合には発病率は0%ないしそれに近いデータがあった²⁸⁾。

ハンセン病を理由に優生手術を認める国は皆無であると内田は記載している²⁹⁾。しかし、ハワイでは断種手術が行われていた（後述）¹⁷⁾。

1931年の国際連盟保健機構による「らいの公衆衛生の原理」には、新生児の分離、患者の結婚の禁止などが記載されている^{16, 27)}。

アメリカ合衆国でのハンセン病患者の 妊娠・出産の考え方

奄美和光園でのカトリックの影響が大きいこと、また米国統治が1953年まで続いたことから、米国の状況について検討した。

米国本土におけるハンセン病療養所（カービル）での妊娠・出産については、男女分離、結婚禁止が決められており、女性は妊娠すると病状が悪化し、患者と同居する子供の約1割がハンセン病を発症すると推計されていた¹⁹⁾。しかし、妊娠中絶やワゼクトミーの記載はなく、出生した子供については、すぐに患者から分離する方式がとられていたと考えられる。このことは、日本においても私立のキリスト教系のハンセン病療養所では妊娠中絶やワゼクトミーの記載がほとんどないことと一致する。以上のことは、奄美に来島した神父たちが共通に持っていた認識と考えられる。

なお、ハワイでは1930年代から1940年代の前半まで断種手術が行われていた¹⁷⁾。法律による断種ではないが、モロカイ島のカラウパパのハンセン病の施設からホノルルに行く場合などには、断種することが条件としてあった。また、新生児は誕生後すぐに療養所から移された。断種手術が無くなったのが1943年頃で、これはカービルでのプロミンの有効性が判明した頃と一致する。

米国本土及びハワイの状況から、第二次世界大戦後には、ハンセン病はプロミンで治りうる病気（まだ耐性菌の問題はなかった）で、男女分離隔離の必要は無く、妊娠した場合は、出産後直ちに分離保育し、小児は療養所への訪問を禁止する、などの認識があった。そして1947年からは外来治療も可能になり、1952年には婚姻も許可された³⁰⁾。しかし、強制入所が法律から削除されたのは1985年であった³⁰⁾。

和光園とカトリック、 パトリック・フィン神父 (Fr. Patrick Finn, 1920-1962)

1949年（昭和24年）には松原若安が和光園で福音宣教を始めた。1950年、和光園教会が誕生し、アーネスト神父が洗礼を授けた。1951年8月、カトリック神父パトリック・フィン（トラピスト修道会）が和光園担当司祭になった⁵⁾。

パトリック神父はアイルランドから米国へ移住する船中で誕生し、後年、本人自身は国境も人種ももたない、どの人とも兄弟であると言うのが口癖になっていた³¹⁻³⁵⁾。ハンセン病患者への奉仕を生涯の使命とし、最も恵まれないハンセン病患者のいる和光園へ来たが、彼の存在は、和光園での子供の誕生に大きな足跡を残した。彼は伝道はもとより、米国の親戚・友人などに食糧や日用雑貨、医薬品などの援助を仰ぎ、それらは園の運営の大きな支えとなっていた。さらに和光園とは小さな川で隣接した場所に住居（司祭館、1953年4月）を建てて⁵⁾、園生（奄美和光園では入所者を園生とっている）と何の隔てもおかず行き来した。

1952年の年報には入所者300名のうち信者は158人、それらのうち70人（入所者の23.3%）がカトリック信者と記載されており⁶⁾、パトリック

ク神父の献身的布教や松原の宣教などが大きいことが分かる。

パトリック神父は1954年1月まで和光園教会で司祭をしていた。彼は同年1月に奄美離任⁵⁾、6月に離島した³⁵⁾。その間の約3年間、パトリック神父は和光園の準職員のように園内でも働き、園生に物心の支えになり、教会の教えを説いた。

1949年からプロミンが導入され、1950年には軽快退所者もおり³⁶⁾、その後も退所し社会復帰する人数が増え、ハンセン病もこの「治る」という実感が入所者や職員に伝わったのではないか。1943年に創設された「若い」療養所では、過去の「不治」のハンセン病のイメージが少なかったことも影響していると考えられる。さらに、ハンセン病は大人には感染・発症しないことをパトリック神父は知っていたとのことである。すでに、出生直後に患者である親から分離すれば子供が発症することはほとんどないことが言われて、和光園では事実上夫婦生活が営まれており、さらに、カトリックであるパトリック神父は墮胎に反対であった。なお、1953年3月末の入所者300人のうち、20歳から49歳までの入所者は62%を占めており、夫婦は59組（夫婦舎52組、夫婦不自由舎7組）いた⁶⁾。

パトリック神父の妊娠・出産そして子供たちに対する考えを事務長の松原は30周年誌に前述の優生保護法の件に続いて以下のように記している²⁰⁾。「バ神父は和光園でこの事を知るや敢然としてこれの廃止を訴えた。人間が結婚すればそこに子供が出来ることは当然のことである。それこそ神の摂理である。結婚を許しながら出産を認めないということは神の摂理に反する。日本は憲法に基本的人権の尊重を明らかにしている。然しながらハ氏病の患者の妊娠出産を認めないとは明らかな人権無視であり差別である。彼は鋭くこの矛盾を衝いた。そして患者連に神の摂理を説いて廻った。我が国のハ氏病対策でこの問題は最も困難とされ誰も言わく言い難しで触れたがらない問題に真正面から取り組んだ。これこそ彼が聖職者として当然の責任と人道的人類愛に燃えた行為であった。ハ氏病の患者のワゼクトミーの可否をローマ法皇庁の神学院で論争される以前のことであった。」松原がこの文章を書いたのはパトリック神父が去っ

て約20年後のこのため、多少は松原の考えも含まれていると思われる。しかし、カトリックのパトリック神父と松原は心通じ合うものがあったのであろう。松原の次男は、パトリック神父に対する鮮烈な記憶に、「ジョアン（＝松原事務長）、あなたは厚生省の役人（＝事務長）である前に、人間である。子どもは神の子です!!」、がある。新しい時代になり、優生保護法や過去のハンセン病のワゼクトミーの歴史にとらわれずに、人間として当然のことを当然に発言・実行したパトリック神父がいたことで、新しい命は守られた。

しかし、生まれた子供を誰がどこで育てるかは、別の問題として残る。

パトリック神父は交通事故を起こし、それがきっかけになり、1954年1月に和光園を離れた。その他に、日本復帰後、厚生省の壁も厚く、自分の思い通りにならなかったことも、離任の一つと考えられる²²⁾。彼の滞在は約3年間と短期間であったが、カトリック信者を中心とした墮胎問題等では、園内での影響力は大きかった。神父の働きは、次のゼローム神父に引き継がれていく。

和光園事務長 松原若安 (まつばらじょあん、1908-1990)

松原は、奄美が日本復帰する以前の1952年（昭和27年）4月に和光園事務長（当時44歳）に就任し、1968年（昭和43年）4月までの16年間在職していた^{20, 37)}。しかし、就任3年程前の1949年7月と1950年4月には和光園での講演会に訪れ⁶⁾、また1949年12月のクリスマスの夜に和光園への初めての伝道を試み⁵⁾、以後カトリックの伝道師として、週に1回、和光園に通って、カトリックの布教に関与していた。すなわち、パトリック神父の赴任以前から園生にカトリックの伝道をしており、その松原が事務長に就任した。松原は奄美の出身で、歴代の園長（第4代喜入直治、第5代大平 馨、第6代馬場省二、第7代大西基四夫）と共に園の運営に辣腕をふるった。

松原が事務長に就任した25日後の6月に本土から大平 馨が27歳の若さで園長に着任した。戦後の園長は他の職との併任であったが、大平は和光園の専任の園長として本土から派遣された。彼は

若輩で、奄美を知らないことから、園の運営は松原が主体性を持って行った¹³⁾。

和光園での優生保護法、ワゼクトミー、墮胎、妊娠、出産について松原がどのような考えを持っていたかは、1973年(昭和48年)頃に松原本人が和光園の「創立30周年誌」²⁰⁾に記載した文章からうかがうことができる。

『子供を産むなら養育の義務がある。育てることの出来ない者は子供を産む資格がない』『産まれた子が発病したらどうなるんだ。それこそ子供の不幸を親がつくってやっているんじゃないか』厚生省の某課長でさえもこのことで鋭く私に追求した。然し、義務とか資格とか責任とかは一体誰が誰に言い得ることだろう。真実の人間の存在の尊厳性から考えるなら、もっとも深いところに考えを致すべきではないだろうか。今までにこの子供達からの発病はない。発病を危惧していた人々には何れ和光園のその筋の方々の学会発表もあることと信ずる。患者もその子も総てを神の子として私の兄弟、姉妹として彼等を他の人々と区別することなく認め、実行したパトリック神父こそ真のハ氏病の理解者ではないだろうか。』

1950年頃から、和光園でもプロミンで病気が軽快し、出生直後に患者の親から離すことで子への感染・発症は防げることなどが一般的な知識であった。その上で、結婚を許すことは出産を認めることで、カトリックでは中絶は教義に反している。松原が、らい予防法や優生保護法の規定をどう考えていたのかは不明である。松原の考えはカトリックの考え、パトリック神父の考えと同じであり、人間としての良心に従った行動をしたのであろう。和光園では結婚すると、その届けを役所に提出し、出産した場合にも同様であった。

施設の事務長の悩みは、「カトリック教徒として人道的立場と事務長として行政的立場のギャップに悩んだ松原氏は幾度となく琉球政府との交渉を重ね、園内保育所で育てることを黙認させたが日本復帰になって以後は園内誕生の子を保育所に引き取ることを認めない厚生省の方針に従い、カトリック教会に保育園の設営を訴えそれが開設されるまでは自宅において子供達を保育した。」という井原憲一の文章に凝集されている³⁸⁾。

松原が実行したことは、園内で生まれた子供を、

出生直後に親から引き離し、園ないし施設、あるいは彼自身が保育することで、子供をハンセン病の感染・発症から防ぎ、親子が将来幸せになることを祈念していたと考えられる(表4)。

1952年に事務長に就任し、松原、大平園長、園生、親たちとの話し合いで、1953年の初めごろに、出生直後に和光園で預ることにし、1歳になったら園の保育所で養育することに合意が成立したが、この合意には「一重に松原さんと森さん(筆者注:事務員)に対する園生の信頼」が大きかった、と大平が記載している¹³⁾。1953年春頃から大平園長のもと、看護師が赤ん坊3人を保育していた^{13, 23)}。しかしさらに生まれてくる子供の保育是和光園では困難で、カトリックなどとの話し合いが行われ、1954年7月7日の日付で、「夫婦舎の内則」ができた。

しかし問題は生まれた赤ん坊の保育である。療養所では母親がハンセン病であることから、出生直後に母親から分離することが必要であり、看護師が3人の赤ん坊を保育したが、それでは不十分で、教会が新生児をあずかることになった(1954

表4 和光園で生まれた子供たちの保育

1949年頃から、患者が連れてきた子供、園内で生まれた子供は2-3歳になると親元から園内の保育所に移す。

1953年(昭和28年)春頃から1954年(昭和29年)秋頃まで約1年半、生後から1歳までの赤ん坊を看護婦・看護助手4人が園長官舎などで保育(最大3人まで。合計6-7人)。Ref 13, 23

満1歳からは園の保育所で保育(保母3人、24時間保育)。Ref 13

1954年初めころ、大平園長は、新たに園内で生まれる子供は園では面倒見切れない、という線を打ち出す。

1954年4月14or15日 Aさん赤子出生。すぐ教会の司祭館(物置小屋同然)で松原の妻・娘が世話。さらに同年、Fさん赤子、Cさん赤子出生。その後、台風で司祭館床上浸水のため、松原家で養育(3人)。1954年11月、こどもの家に入園。Ref 40

以後、松原が退官するまで(1968年)、松原家で湯浴みさせ、数日後にこどもの家(天使園)で保育。Ref 14

白百合寮ができるまで、2-3歳になったこどもの家(名瀬天使園)の子供たちは、愛の聖母院(谷山にあった)にて保育。Ref 40

年4月)。その保育は、松原の夫人(ケサ)や娘(長女律子、次女洋子、三女敬子)が里親として保育を行うことで、母親の安心を取り付けたのであろう。母乳の代わりに人工乳はゼローム神父の努力や、和光園の薬剤費から捻出²²⁾して確保したと考えられる。同時にゼローム神父は新生児をあずかる乳児園を創設した。なお、大西が1954年1月に松原の自宅に3人の幼児がいたと記載しているが¹¹⁾、これは1954年7月と考えられる。大西は1954年には2月と7月に和光園に来ている⁷⁾。

「こどもの家」(後述)の設立後も、松原が退職するまでは、園内で助産婦などによって出生した新生児を松原家で湯浴みさせ、数日後に「こどもの家」、「天使園」に連れて行った¹⁴⁾。

ゼローム ルカゼウスキー神父 (Jerome Lukaszewski, 1922-2003)

1952年(昭和27年)11月11日にゼローム神父とルカ・ディジャク神父(コンベンツアル聖フランシスコ修道会)は来日し、11月27日には両

神父が奄美来島、そしてカプチン会より奄美宣教の任務を引き継いだ³⁹⁾。ゼローム神父は、和光園の子供たちについても、パトリック神父の方針を受け継いだ。

1953年12月25日、奄美大島は日本に復帰した。ゼローム神父は1954年7月に奄美諸島宣教地区総代理に就任。奄美が日本復帰後、厚生省は、園内誕生の子を園内保育所に引取することに強い難色を示した²²⁾。

パトリック神父は和光園の敷地内、あるいは近在の土地を買収して保育施設を運営することを考えていたようであるが、ゼローム神父は1949年(昭和24年)に診療所を開設した西仲勝の地(当時は生活が貧しかった)を候補地にした。そして、ゼローム神父は西仲勝にある診療所に隣接して、平屋のハンセン病未感染乳児収容所「こどもの家」を開設した(表5)。松原の娘たちやボランティアの女子青年の協力により奄美和光園より嬰兒を引き取り保育を始めた^{24, 39, 40)}。和光園の園生の子供はすべて「こどもの家」で保育することになり、看護婦・松原家での保育はなくなった。

表5 こどもの家、名瀬天使園の歴史

1949年2月	カプチン会診療所設置(西仲勝)
1953年秋	コンベンツアル聖フランシスコ会 新築2階建て診療所新築。2階は修道院として使用。1階は診療所と生活施設で、看護婦1人が住んでいた。ゼローム神父などがミサなどをおこなった。
1954年11月	ゼローム神父、「こどもの家」を創設。自費でこどもの養育。松原律子・洋子・敬子、ボランティアの女子青年らが保育。
1955年9月	幼きイエズス修道会が「こどもの家」の事業を引き継ぐ。乳児院「天使園」とする(初代園長:シスター中島シズ子、他に4名のシスター)。 設立者:ショファイユの幼きイエズス修道会 管区長 シスター・セン・ポール 事業:乳児院「天使園」、西仲勝診療所、西仲勝修道院 乳児院:国立奄美和光園でハンセン病療養中の信者に、優性保護法の適用を避けるため、会は救いの手をさしのべ、臨時に信者の家庭に預けて保護した乳児を、乳児園で養育する。
1956年3月	20坪の平屋木造建が教会に並んで完成。
1959年5月1日	児童福祉法の認可(定員20人、これ以前は予算の都合で12~13人しか収容できなかった)。和光園の子供のほか、母親がいない乳児や両親が病氣療養中で一緒に生活できない乳児も入園できる乳児院「名瀬天使園」とした。
1965年7月	社会福祉法人 長崎聖嬰会 に経営移譲。
1966年4月	名瀬天使園が新築落成式
1992年	閉園
1995年3月	使命終わり事業廃止

未感染児の全体数は44名 定期的に乳児を連れて和光園の親との面会をしていた。当時は川を挟んで遠くからの面会だった。

文献 5, 24, 39, 40, 44 による