

第2章

ハンセン病に対する政策について

第1 強制隔離政策

1 「癩予防ニ関スル件」の制定

(1) 法律「癩予防ニ関スル件」制定の背景

かつて、ハンセン病は遺伝性の病気と考えられていたが、1873年(明治6年)ノルウェーの医師アルマウエル・ハンセンがらい菌を発見し、ハンセン病が細菌による感染症であると判明した。さらに1897年(明治30年)には、ベルリンで開催された第1回国際癩会議においてハンセン病が国際的に感染症であることが確認された。

しかし、この頃日本では、衛生行政を主管する内務省は、ハンセン病を感染症とは認識しておらず、特別な対策をとっていなかった。当時の衛生行政は、コレラなどの急性感染症への対応に追われていて、ハンセン病対策には手が回らなかったからである。そのため、ハンセン病患者が治療を受けられる公的医療施設はなく、外国人宣教師が熱心に患者の救済活動を行ったり、一部の医師が治療に取り組んでいるだけであった。

こうした状況が一変し、ハンセン病対策が始まったのは、第1回国際癩会議で、ハンセン病は感染症であり、その予防策として隔離が有効であると確認されたこと、幕末に結ばれた欧米諸国との間の不平等条約が1899年(明治32年)に改正されて新条約が発効し、いわゆる「内地雑居」*1が開始されたことが大きなきっかけになっている。

当時ハンセン病は依然として遺伝病という認識が支配的であったため、患者のなかには自分や家族、親族への差別を恐れて、家を出て放浪し、神社・仏閣などの参道や門前で物乞いをする者が多かった。「内地雑居」が始まると、欧米人たちが国内を自由に旅行し、居住できるようになるため、このような放浪患者の姿を欧米人に見られることとなり、欧米諸国と肩を並べる世界の列強の一員となった日本にとっては、それは国辱以外のなにものでもなかった。

1900年(明治33年)12月、内務省が初めて行った全国調査ではハンセン病患者数は3万359人と報告されているが、日清戦争に勝利し、条約の改正にも成功した日本にとって、アジア・アフリカの植民地並みの患者が存在することは、許されざることであった。そのため、法律「癩予防ニ関スル件」が制定され、ハンセン病患者の隔離が始まったのである。もっとも、財政上の理由もあり、当初は物乞いをする放浪患者がその対象であった。

この法に先立ち、1900年(明治33年)には、「精神病者監護法」が成立し精神障害者の座敷牢への監禁が認められたが、これも「癩予防ニ関スル件」同様、欧米人の目には触

れさせたくない者を隔離し、覆い隠す政策の一環であった。

1905年(明治38年)には、「伝染病予防法」の対象にハンセン病を加える改正法案が衆議院に提出された。(財)日弁連法務研究財団ハンセン病問題に関する検証会議の「ハンセン病問題に関する検証会議最終報告書」(以下「最終報告書」という。)によれば、内務省は、衆議院の伝染病予防法中改正法律案委員会で「癩病ノ如キ慢性ノ伝染病ハ別ニ予防及取締ノ法ヲ定メルガ適當デアラウケレドモ、此急激ニ来ルトコロノ伝染病ノ方ニ入レルト云フコトハ、其道ヲ得ヌ」と答弁し、伝染病予防法改正法案は否決されている。政府としては、ハンセン病の予防については、コレラや赤痢患者に対するような隔離は不要であることを認識していたことになる。しかし、国の体面にかかわるという点では内務省も異論はなく、「財界の大番頭」と言われ、政界・官界に多くの知己を持つ渋沢栄一を介して、当時東京市養育院(初代の院長が渋沢栄一)の医官であった光田健輔の考えを取り入れる形で「癩予防ニ関スル件」が制定されることとなった。

光田は、1906年(明治39年)、「癩病患者に対する処置に就て」という持論を発表した。この中で、「先づ貧困なる癩病者を収容し、国費を以て之を救養し、別に富者は自宅に於て隔離治療することを許し看視の機関を設けて之を監督せり」というノルウェーの政策に賛成し、日本でもまずこうした政策を実施し、「年と共に人民に癩病の伝染病なることを教へ、自ら完全なる絶対隔離法に到達すること」を目指すべきだと述べている。光田の考えは、段階的に隔離を強化し、最終的には「絶対隔離」すなわち全患者の生涯隔離を実現するというものであった。

※1 「内地雑居」とは、居留地(外国人に居住・営業の自由が認められていた区域)に留め置かれていた外国人の居住・移動の制限をなくすこと。これにより、外国人が自由に日本国内で居住したり、旅行ができるようになった。

(2)「癩予防ニ関スル件」の成立

1906年(明治39年)、第22回帝国議会に、「癩予防法案」が議員立法で提案された。この法案では、診察した医師にハンセン病患者を行政官庁に届け出る義務を負わせるとともに、患者の強制隔離も可能にしていた。ただし、隔離の対象は、「癩患者ニシテ療養ノ途ヲ有セス且救護者ナキモノ」であり、放浪患者、貧困患者の隔離が意図されていた。また、提案説明では、国威の発揚や国家の体面から法案の可決が求められていた。しかし、この法案は、衆議院を通過したものの、貴族院では時間切れ審議未了となった。

翌1907年(明治40年)には「癩予防ニ関スル法律案」が第23回帝国議会に提出された。この法案では、放浪患者、貧困患者を主として隔離するという趣旨をより明瞭にする一方、「適当ト認ムルトキハ扶養義務者ヲシテ患者ヲ引取ラシムヘシ」とし、放浪患者、貧困患者すべてを隔離するものでないことを明らかにしていた。そして、患者を収容するため、2道府県以上で療養所を設置することも規定された。「癩予防ニ関スル法律案」は、

衆議院及び貴族院で政府原案どおり可決され、法律「癩予防ニ関スル件」が成立した。

この法律は1909年(明治42年)4月1日から施行され、それに基づき、全国5か所に道府県連立療養所が開設された。

これらの療養所は、原野、山中、離島、川の中州に設置され、存在そのものが国民の恐怖を招くこととなった。ハンセン病になると人里離れた療養所に収容されるという恐れである。さらに、街角で放浪する患者を警察官が取り押さえ、連行する光景もまた、国民にハンセン病に対する恐怖心を植えつけるのに十分であった。これは、従来からあった遺伝病などの誤解に基づく恐怖感ではなく、感染する恐ろしい病気という恐怖感である。当時ハンセン病は不治とされていたなかで、「癩予防ニ関スル件」には療養所からの退所規定がなく、生涯隔離が当然とされていた。隔離されたら、生きて出られないという印象が、この病気へのさらなる恐怖感をあおったのであった。

長野県では、「癩予防ニ関スル件」の制定を受けて、1909年(明治42年)6月22日付け「長野県告諭第2号」として、「癩消毒等予防方法徹底方県告諭」を发出している。

この中では、「一般公衆ニ於テモ此ノ恐ルヘキ病毒ノ予防ニ努メ」と、ハンセン病が恐ろしい病気であることをあおるような表現が用いられている。

一方、「消毒其他予防方法」として挙げられている15項目の中には、「患者ノ居室ハ可成別ニ之ヲ定メ他ノ家人等ト雑居セサルコト」、「患者ハ成ルヘク外出ヲ避クルコト、但止ムヲ得サルトキハ清潔ナル衣服ヲ着用シ、又潰瘍アル者ハ其繃帯ヲ更メ外出スルコト」との項目もある。ハンセン病の予防方法として、家族との同室をできるだけ避けるべきであること、また外出時の留意事項の指摘などにとどまっており、長野県においても、当時の政府の考え方同様、ハンセン病は隔離が必要な病気ではないとの認識であったことがうかがえる。

(3) 絶対隔離方針の確立

法律「癩予防ニ関スル件」の施行後、日本の衛生政策全体が大きな転機を迎える。これは、1909年(明治42年)「種痘法」が公布されて天然痘への予防対策が完了するとともに、1910年代に至って、ようやくコレラの発生が下火になったからである。さらに、1914年(大正3年)第一次世界大戦が起ると、国家総力戦を勝ち抜ける国民体力の増強と心身共に優秀な人口の増加を求める、優生政策の思想が台頭した。そのため、1916年(大正5年)、政府は内務省に「保健衛生調査会」を設置、新たな衛生政策の指針を作ろうとした。当初、保健衛生調査会は調査項目ごとに第1部から第8部まで各部会が設けられ、ハンセン病の担当は第4部であった(第1部は「乳児、幼児、学齡児童及青年」、第2部は「結核」、第3部は「花柳病」、第5部は「精神病」、第6部は「衣食住」、第7部は「農村衛生状態」、第8部は「統計」を担当)。ここには、結核、ハンセン病といった感染症への対策や精神病対策のほか、国民の体力強化を目的とした衛生政策が盛り込

まれている。長期的に心身共に優秀な国民を育成する上で、結核やハンセン病などの疾病の予防は不可欠とされ、また、乳幼児・青少年の健康管理や兵士の供給源とされた農村の衛生状態の改善は、将来の優秀な人口確保のために重要視された。

この調査会の活動の成果は、1919年(大正8年)公布の結核予防法、精神病院法、トラホーム予防法、1927年(昭和2年)公布の花柳病予防法などの制定となって現れるが、ハンセン病対策にも重大な影響を及ぼし、放浪患者の隔離から全患者の生涯隔離、すなわち、絶対隔離への転換が行われた。この政策転換に影響力を及ぼしたのが、第4部会の委員であった光田健輔である。

光田は、絶対隔離こそが国家の取るべき道と主張し、例えば東京帝国大学などの施設でハンセン病患者を通院治療させることは、「危険多き慢性伝染病を帝都の下に散在せしめて、これが治療を研究する」結果となり、「甚だ不徳義」であると批判、ハンセン病患者を外来患者として病院が受け入れることは、ペスト患者を外来患者として受け入れることと「其理に於て大差」はないとまで言い切っている。光田は、自らも医学的根拠が全くないことを承知しながら、当時としては緊急かつ強制的な隔離が必要であったペストと、そうではないハンセン病を同列に扱うべきであると主張し、ハンセン病への感染の恐怖をあおり、絶対隔離政策が急務であることを関係者に強く印象づけるのに成功した。

1921年(大正10年)、保健衛生調査会は「根本的癩予防策要綱」を決議し、これにより絶対隔離の方針が具体化された。内務省衛生局編「癩予防ニ関スル件」によれば、この要綱では国立療養所の新設、感染のおそれのある職業への従事禁止、隔離による生活不能者への国費・公費による生活補助、患者の請求による生殖中絶の実施などの施策を提案している。そして、1925年(大正14年)内務省は、事実上全患者を療養所への入所対象とするよう、衛生局長名で地方長官あて指示を出している。また、国立療養所の設置については、1927年(昭和2年)第52回帝国議会で承認され、同年度より3か年計画ですすめられていくが、これらにより、全患者の生涯隔離、すなわち絶対隔離に向け具体的に動き出したことになる。このような動きは、光田の考えのみによるものではなく、内務省衛生局予防課長の高野六郎が主張した「民族の血液を浄化する」という観点からも推進されたのであった。この高野予防課長の考えは1926年(大正15年)6月に発表された論稿「民族浄化のために—癩予防策の将来—」の中で述べられているもので、光田もこの論稿を受けて、「癩予防撲滅の話」を発表し、「高野博士が『民族浄化のために』と云う見出しで癩予防策の根本方針を極めて明瞭に示してくださった」「若し世人が癩病を以て国辱の大なるものなりと考え、全力を挙げてこれが撲滅を努力するなれば、…(中略)…比較的早く全滅に帰するであろう。」「日本の癩は絶対隔離により最も早く撲滅する事が出来る。只費用の問題である。」などと述べ、絶対隔離の必要性を説いている。

2 「癩予防法」の制定

(1) 絶対隔離政策の完成

1930年(昭和5年)10月、内務省衛生局は「癩の根絶策」として3つの案を発表した。それは、国内のハンセン病患者数を1万5,000人と推定し、そのうち5,000人を従来の公立療養所と新設の国立療養所に収容し、残りの1万人については、20年計画、30年計画、50年計画のいずれかにより収容し、その根絶を図るものであった。具体的には、第1案の「二十年根絶計画」とは、新たに1万人を収容する施設を造り、10年後に全患者隔離を達成し、その後10年で患者がほぼいなくなるというもの。第2案の「三十年根絶計画」とは、毎年500人ずつ療養所の定員を拡大して20年後に全患者隔離を達成し、その後10年で患者がほぼいなくなるというもの。第3案の「五十年根絶計画」とは、新たに5,000人収容の施設を10か年で造り、その後30年間で全患者隔離を達成し、のち10年で患者がほぼいなくなるというものであった。

そして、1931年(昭和6年)には、第59回帝国議会に「癩予防ニ関スル件」の改正案が提出される。内務政務次官斎藤隆夫は、衆議院本会議で提案説明を行い、改正の理由を「国家ノ体面上ヨリ、本病予防ノ徹底ヲ期ス」ためと述べている。また、内務省衛生局長の赤木朝治も、衆議院の委員会において、「対外関係カラ見マシテモ、国家ノ体面ノ上カラ此病氣ノ徹底的予防、根絶ヲ致スト云フコトハ、^{いよいよ}愈々緊切ナコトデアル」と説明している。

この改正案は議決され、法律の名称も「癩予防法」へと変わった。「癩予防法」では、患者が「業態上病毒伝播ノ虞アル職業」に従事することの禁止、隔離収容された患者の家族への救護、患者の使用物の消毒、関係する公務員の守秘義務などのほか、「病毒伝播ノ虞アル」患者の国公立療養所への収容規定が加えられ、それまでの「療養ノ途ヲ有セス且救護者ナキモノ」という収容の条件が削除された。これにより、隔離の対象は全ハンセン病患者とされ、患者は事実上就業が不可能となり、周辺を消毒されたりして、否応なしに療養所への収容に应ぜざるを得なくなった。

なお、この1931年(昭和6年)及びその前後の年には、絶対隔離政策について象徴的な出来事が起こっている。1929年(昭和4年)、「愛知県よりらいを無くそう」という民間運動が起こったとされ、これが発端になって「無らい県運動」が始まり、全国に広まることになったと言われている。1930年(昭和5年)には愛生園が公立から国立に移管され、日本で最初の国立癩療養所長島愛生園が誕生している。1931年(昭和6年)貞明皇后の下賜金を基に癩予防協会^{*2}が設立され、会長には光田健輔の後ろ盾である渋沢栄一が就任し、事務局は内務省衛生局内に置かれた。同年、貞明皇后の誕生日が「癩予防デー」(後の「救らいの日」)と定められた。また、光田が長島愛生園の園長に就任し、患者の隔離収容を始めている。1932年(昭和7年)には、群馬県の草津に国立癩療養所栗生楽泉園が設立された。

1936年(昭和11年)、内務省は全国の衛生部長と療養所長の合同会議を招集し、1930年

(昭和5年)の「癩の根絶策」の3つの案のうち第1案を採用し、「二十年根絶計画」を策定した。ここに絶対隔離政策は完成をみた。

※2 癩予防協会は、1931年(昭和6年)、ハンセン病の知識の普及を図り、ハンセン病に関する国の施策に協力することを目的として設立された財団法人である。この協会は、1952年(昭和27年)(財)藤楓協会と改組された。なお、藤楓協会は、2003年(平成15年)に解散した。

(2) 絶対隔離政策のねらい

内務省の斎藤政務次官及び赤木衛生局長は、前述のとおり、「癩予防ニ関スル件」を改正し、患者の隔離を推進する理由として「国家ノ体面」を挙げているが、これは政府の本音であると思われる。赤木衛生局長は、衆議院の委員会で、結核患者を隔離せずハンセン病患者を隔離するのはなぜかという質問に対しては、ハンセン病患者は結核患者に比べて少ないこと、結核は全治する場合もあるがハンセン病は不治であることのほか、患者や家族が差別されるから隔離が必要と答弁している。

しかし、抗生物質もなく、外科的治療法も確立されていなかった当時の医学水準からすれば、結核はハンセン病同様治療が困難な病気であり、一般国民にとっては、結核も肺病として忌み嫌う対象であったのだから、この答弁はこじつけでしかない。1900年(明治33年)以降1950年(昭和25年)まで、一時期を除いて、常に日本人の死亡原因のトップにあったのは結核であり、国民にとって結核はまさに死の病であったはずである。その結核を放置したまま、ハンセン病のみを隔離するのは予防衛生上意味がないし、患者数がハンセン病のほうが少ないからというのであれば、呼吸器系や消化器系の感染疾患、性病その他の感染症も隔離すべきであろう。

また、ハンセン病に対する特效薬が存しない当時の医学水準でも、以下の事実が示すように、政府当局及び医学界においては、ハンセン病は感染性が弱く絶対隔離が不要であり、不治ではないと認識されていたのである。

1924年(大正12年)フランスで第3回国際らい会議が開催され、光田健輔も出席したが、この会議では、ハンセン病の蔓延していない国においては、住居における隔離はなるべく承諾の上で実施することを推薦すること、蔓延している場所においては隔離が必要であるが、隔離は人道的に行うこと、かつ、十分な治療に支障のない限り患者を家庭に近い場所におくこと、貧困者や住所不定の者などについては病院、療養所、農耕療養地に隔離して十分な治療を施すことなどが決議された。

1930年(昭和5年)タイで国際連盟らい委員会が開催され、予防対策としての治療の重要性が強調された。同委員会が翌年発行した「ハンセン病予防の原則」は、隔離には患者の隠匿を促進し診断・治療を遅らせる欠点があることを指摘し、感染性がない患者や発病初期の患者に対し可能な限り外来の治療施設で治療されるべきであるとしている。同年、内務省が発表した「癩の根絶策」においても、らい菌の感染力は弱いことが明記

されている。1931年(昭和6年)には、内務省の赤木衛生局長が貴族院で、らい菌は微弱な菌であり、この菌に接触したからといって必ずしも発病するものではないとの答弁をしている。

1932年(昭和7年)第5回日本癩学会で、九州療養所の河村正之は「伝染の危険のない患者を療養所に留め置くのは無意味」と発表。1934年(昭和9年)には、北部保養院の院長中條資俊がハンセン病の感染力は微弱であり絶対隔離は再考すべしと述べている。1935年(昭和10年)京都帝国大学の小笠原登が、第8回日本癩学会で、ハンセン病の感染力は微弱、栄養不良の影響と発表して隔離政策を批判。1938年(昭和13年)第4回国際らい会議がエジプトで開催され、ハンセン病は感染力が極めて微弱と確認され、強制隔離に疑問が呈された。1939年(昭和14年)全生病院医官の日戸修一(当時東大伝染病研究所勤務)は、ハンセン病に罹りやすい体質があり、この素因があると罹りやすくかつ発病が促されるのではないかと、ハンセン病は非常にうつりにくく、決してチフスや天然痘のような伝染病と同一視しないでくださいという意見を発表した。

1941年(昭和16年)には、浄土真宗系の新聞「中外日報」に、小笠原登博士の談として、ハンセン病は不治ではない、伝染説は全信できないとの記事が掲載された。小笠原は、ハンセン病を感染症と認めた上で、この病気には罹りやすい体質がある、この体質は遺伝する、この病気は栄養状態の改善で予防できるだけでなく、完治しうることを主張し、京都帝国大学病院で患者の通院治療を行っていた。この年の小笠原説についての報道に対し、国立癩療養所長島愛生園(園長は光田健輔)医官の早田皓は中外日報に反論記事を掲載して小笠原説を激しく攻撃するが、早田自身がその記事の中で、ハンセン病は抵抗力があれば感染の予防ができる、皮膚を清潔にすれば少なくともあまり危険ではないと述べているのである。

さらに、国立癩療養所菊池恵楓園の園長宮崎松記は、1942年(昭和17年)に園を訪問した皇族の前で、軍務中に発病したハンセン病患者について「是等ノ患者ノ中ニハ既ニ輕快退園致シマシテ農業ニ工業ニ或ハ鉱山ニ産業戦士トシテ夫々再起御奉公申シテオルモノモアリマス。斯シテ従来不治ト考ヘラレテオリマシタ癩モ結核ト同様ニ早期ニ適當ノ治療ヲ施シマスレバ相当ノ治療効果ヲ挙ゲ得ルコトガ漸時明トナツテ参リマシタ。」と言上書を読み上げ、ハンセン病は結核同様、治療効果があると説明している。宮崎は、光田健輔及び林芳信(国立癩療養所多磨全生園園長)とともに、戦後も絶対隔離の維持を主張しているが、戦前においてもその医学的根拠がないことを知っていたのである。

なお、既に明治においてさえ、東京衆済病院の荒井作院長が医員に口述させた「治癩経験説」でも、ハンセン病は「714名ノ患者ニ就テ実験シ既ニ510余名ノ全治者ヲ見ルニ至リ愈々本病ノ不治ニ非ルヲ確認シ」、「伝染ヲ恐ルルニ足ラズ」と書かれている。

京大の小笠原の学説は、長島愛生園の早田医官の反論以降、光田を中心とした絶対隔離肯定派に激しく攻撃され、学会で事実上葬り去られることになる。「最終報告書」によれば、早田は「恐るべき伝染病患者を世に送ることは医人としての重大な罪悪である」

と小笠原を批判する一方、「個人個人の懇望を容れての医学より、民族全体の浄化を計る時期に到来した」とも述べ、民族浄化の名のもと、絶対隔離の必要性を主張している。光田ら絶対隔離肯定派にとって、医師は国策に協力すべきであり、患者本位の立場に立って通院治療を行う小笠原は国賊であった。

このように絶対隔離政策は、実際には、感染防止という予防医学的見地からではなく、さらには医学的根拠がないことを承知した上で、また早期治療や患者及びその家族を国民の偏見・差別から守るためでもなく、明治時代に起こった国辱論と結びつく国家の体面、民族浄化といった理由により発案され、推進されたのであった。多磨全生園の名誉園長成田稔が指摘するとおり、救済に見せかけて目障りな放浪患者を隔離し、いつしか社会防衛と見せかけて、絶対隔離が進められたのであり、この流れの中で一貫しているのは患者不在の政策ということになる。これは戦後も続いた隔離政策維持の一因にもなった。

3 「らい予防法」の制定

(1) 絶対隔離政策の継続・強化

1946年(昭和21年)アメリカで開発された特効薬プロミンが日本でも合成に成功し、翌年1月には長島愛生園の患者にプロミンの試用が開始され、同年11月の第20回日本らい学会でその治療効果が報告されている。この年の11月の衆議院厚生委員会において、厚生省医務局長の東龍太郎は、「最近におきましては、癩治療ということに対して、非常に大きな光明を見出しつつありますから、治療を目的とするところの全癩患者の収容ということ、一つの国策としてでも取上げていくようにいたしたい。」と述べ、厚生省としてもプロミンの治療効果を認める答弁をしている。

東医務局長は、翌1948年(昭和23年)11月の衆議院厚生委員会でも、

「幸いにこの患者が一日千秋の思いでおりますプロミンの製剤は、国内において生産がされるように相なりましたし、…(中略)…もし十分な予算を獲得することを得ましたならば、癩患者の全部に対して、この進んだ治療薬による治療を与えることもできる。その日の遠からざることを私は信じておるのでありまして、癩というものは、普通の社会から締め出して、いわゆる隔離をして、結局その隔離をしたままで、癩療養所に一生を送らせるのだというふうな考えではなく、癩療養所は治療をするところである、癩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、あるいは何百人かあり得るといようなことを目標にしたような、癩に対する根本対策一癩のいわゆる根絶策といいますか、全部死に絶えるのを待つ50年対策というのではなく、これを治癒するということを目標としておる癩対策を立てるべきじゃないかと私ども考えております。」と述べている。

東医務局長は、プロミンなど特効薬の普及を前提に、患者が死に絶えるのを待つことから治療を目的とした収容への転換や軽快者の退所を認めるとの意向を表明したのであ

る。

しかし、この画期的な考えは、光田健輔を始めとする絶対隔離肯定派の療養所長の猛反発を招く。1949年(昭和24年)6月、国立療養所所長会議が開催された。「最終報告書」によると、会議の席上、東医務局長は「本年は過去40年を顧みて反省し将来の根本策を計画すべき年である。40年前と現在とは情勢全く異なるから必要あらば予防法を変へてもよい」と発言し、予防課長の小川朝吉は、「非常に軽快したものは退所させたら如何か。」と提案している。厚生省の考えとしては、隔離を強化する一方、軽快者には退所を認めるもので、患者の生涯隔離を狙いとする絶対隔離政策の基本方針を転換させようというものである。これに対し光田は、軽快者であっても出すことはいけないと反対を表明したほか、懲戒検束の撤廃にも反対した。結局、軽快退所は所長たちの同意が得られず、療養所の収容力をできるだけ多くすることや旅費を都道府県が負担して住民の一斉検診を行いたいといった、却って隔離を強化する方針が確認された。

(2)「らい予防法」制定の背景

光田健輔は、1950年(昭和25年)2月の衆議院厚生委員会でも、「また薬にしても、近來プロミン剤によって好結果があがっております。今までも大風子というようなよい薬がありますけれども、薬によって根絶することはなかなかむずかしいのであります。…(中略)… それでありますから、お気の毒ながら患者の自宅療養にまかせておくわけには行かない。どうしてもその身柄を隔離しなければならぬのであります。」と説明し、隔離の継続を主張した。

1951年(昭和26年)11月には、参議院厚生委員会において、多磨全生園林芳信園長、長島愛生園光田健輔園長、菊池恵楓園宮崎松記園長によるいわゆる「三園長証言」が行われた。

まず、林園長は、「まだ約6,000名の患者が療養所以外に未収容のまま散在しておるように思われます。でありますから、これらの患者は周囲に伝染の危険を及ぼしておるのでございますので、速やかにこういう未収容の患者を療養所に収容するように、療養施設を拡張して行かねばならんと、かように考えるのであります。」と述べている。

ついで光田園長は、「これは昔から遺伝と言われておるよように、一つの村に余計にあるとか、或るいはその一つの家族に限って頻々というよようなことで、即ち癩は家族伝染でありますから、そういうよような家族に対し、又その地方に対してもう少しこれを強制的に入れるよような方法を講じなければ、いつまでたっても同じことであると思えます。」「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…(中略)… ちょっと知識階級になりますと、何とかかんとか言うて逃がれるのです。そういうよなものはもうどうしても収容しなければならんとするよふうの強制の、もう少し強い法律にして頂かんと駄目だと思えます。」と述べている。

宮崎園長は、「癩の数を出しますことは古畳を叩くよようなものでありまして、叩けば

叩くほど出て来る …(中略)… 従来どうして古畳を叩かなかったと申しますと、叩いて塵を叩き出すと、塵のやりどころがない。病床はいつも満員で、折角きれいにしようとしても叩いた塵を持って行く所がない。…(中略)… 現在未収容患者が幾らかあるからという数に合せないで、私は癩の問題を解決するためには、むしろ上廻った病床数を用意する必要があると思います。」「現在の法律では私どもはこの徹底した収容はできないと思っております。…(中略)… この際本人の意思に反して収容できるような法の改正ですか、そういうことをして頂きたいと思っております。」と述べている。

三園長の言わんとするところは、依然として多くの未収容の患者がいるので、収容を徹底するとともに、療養施設の拡張が必要である、収容に当たっては強制力が必要であるということであろう。彼らは、このほか懲戒検束権の維持・強化、無断外出に対する罰則規定の創設等も求めている。政府は、これらの証言を結果的にほぼ全面的に受け入れ、絶対隔離政策は継続されることとなった。

これらの証言に対し、「熊本地裁判決」は、「その内容もさることながら、ハンセン病患者を『古畳の塵』に例えるなど、表現の端々にも患者の人権への配慮のなさが如実に現れており、当時の療養所運営の在り方をもうかがわせるものである。」と批判する。また同判決は、その後の評価も厳しいとして、後年の専門家の証言、著書を引用している。例えば、厚生省の国立療養所課長、公衆衛生局長、医務局長、(財)藤楓協会理事長などを歴任した大谷藤郎(熊本裁判で証人として証言)は、「(当時の国際的な知見から見て)本当に信じられないような発言であります。」などと証言し、その著書「らい予防法の歴史」の中では「新しい時代に全く逆行して患者の解放に歯止めをかけようとする証言」と述べるとともに、同判決に引用はされていないが、「この三園長証言に象徴されるように、国立らい療養所医療代表者が新しい時代の理念を拒否したまま戦前の主張を固執し続けたことが、戦後のハンセン病対策の改革を阻み誤らせた。」とも述べている。

(3) 隔離政策が見直されなかった理由

1947年(昭和22年)及び1948年(昭和23年)の厚生省東医務局長の衆議院厚生委員会における答弁にもかかわらず、なぜ政府は光田園長ら絶対隔離肯定派の意見を採用したのであろうか。東医務局長は、1949年(昭和24年)にも前述のとおり、「40年前と現在とは情勢全く異なるから必要あらば予防法を変へてもよい」と述べているが、40年前とは「癩予防ニ関スル件」の施行された年1909年(明治42年)である。国際的動向及びプロミンなどの治療薬の進歩から、「癩予防ニ関スル件」当時の癩の根絶策を柱とする絶対隔離政策を見直す時期にきていることを厚生省が認識していた証拠と言える。しかし、その後のらい予防法改正案審議等ではこの点を考慮したり、議論した形跡はなく、国会答弁でも隔離政策見直しの発言は行われず、隔離政策は継続された。

この原因としては、現場責任者である光田園長ら療養所長の反発が強かったことが大

きいが、厚生省としても、実際に隔離を見直す観点で法を改正した後のことを考えると、今後のハンセン病医療の在り方、退所者の生活再建等、解決すべき課題が多いことから、躊躇したということもあるかもしれない。また、「最終報告書」が指摘するように、朝鮮半島からのハンセン病患者の流入に対する警戒も有力な要因であろう。

光田は、前述したように、1950年(昭和25年)2月衆議院厚生委員会に出席しているが、そのときに療養所の現状についても説明している。そのなかで、朝鮮半島から日本に密入国するハンセン病患者が多いことを強調し、

「これらの朝鮮人は、いずれも貧困にして朝鮮においては食つて行けないような人たちが多いのでありまして、内地の労働力の足りない虚に乗じて内地に潜入いたします。…(中略)… 近来療養所の8,300人の日本人は、おかげさまでおちついてはおりますが、人を殺すことを何とも考えないような朝鮮の癩患者を引受けなければならぬという危険千万な状態にありまして、患者の安寧秩序が乱され、また職員も毎日戦々兢兢としてこれらの対策に悩んでおるような状態でございます。」と説明した。

さらに、1951年(昭和26年)5月、朝鮮半島からの密入国問題を審議する衆議院行政監察特別委員会に証人として出席し、朝鮮半島から大勢のらい患者が日本に密入国していると警告、現状では密入国者への取締が不十分であると訴えている。上記のような発言が政府、国会に警戒感を引き起こし、隔離政策の継続・強化に繋がったことは容易に想像がつく。「最終報告書」も、光田の1950年(昭和25年)2月の発言について、「この発言は、光田の朝鮮人への差別感を露呈するものであるが、こうした認識が厚生省に反映し、隔離政策の強化に向かわせたと考えられる。」と述べている。

(4)「らい予防法」の成立

隔離政策の継続が進む中、一方では、1951年(昭和26年)療養所に入所している患者の団体である「全国国立癩療養所患者協議会」*³(略称「全癩患協」)が組織され、「癩予防法」の見直しを求める活動が開始された。日本国憲法の本質(基本的人権の尊重)からもこの運動を支援しようとする者も現れ、1952年(昭和27年)11月、衆議院議員の長谷川保が「癩予防と治療に関する質問主意書」を提出し、現行法(癩予防法)は人権を無視した極めて非民主的なものであり、憲法違反ではないかと質している。これに対する内閣総理大臣吉田茂の答弁書は以下のとおり(主なもののみ)であった。

- 癩予防法は、憲法に抵触するとは考えない。
- 現行法の規定により患者をその意思に反して療養所に収容することは可能である。
- 秩序維持のためには患者を療養所から退去を求めることが通常であるが、癩療養所から退所させることは公共の福祉の観点から適当でないと認められるので、国立療養所長に秩序維持のための懲戒検束の職権を与えることが必要。
- 患者が治癒した場合に退所の措置がとられるのは当然のこととして、(退所条項は)規定されていない。

- ・癩の伝染力については種々の学説があるが、小児に対する伝染力は相当強いものと考えられる。

1953年(昭和28年)全患協は、強制収容の条項の削除、退所条項の追加等を盛り込んだ「らい予防法案」の草案を作成し、長谷川議員らはこれをもとに議員立法として国会に提案することを決めた。同年2月長谷川議員は、全患協が作成した「らい予防法案」の提出準備をするが、厚生省から改正法案は政府で提案し立法したいとの申し入れを受け、議員立法を断念する。同月政府は「らい予防法案」を提案するが、吉田首相の「バカヤロー発言」によって衆議院が解散となり、この法案は廃案となった。全患協は解散後の特別国会において、政府案のまま上程されると考え、これに強く反対して、法案修正に向けて運動を展開するが、同法案は6月再び政府提案され、8月に可決・公布されることとなった。

この法律では、従来からあった医師の届出、患者の従業禁止、汚染場所及び物件の消毒等のほか、

- ・ハンセン病を伝染させるおそれがある患者について、ハンセン病予防上必要があると認めるときは、都道府県知事は国立療養所への入所を勧奨することができる。
- ・勧奨に応じないときは、都道府県知事は、期限を定めて入所を命ずることができる。
- ・都道府県知事は、命令に従わない患者や公衆衛生上必要と認める患者について、入所命令の手続きを行ういとまがないときは、国立療養所に入所させることができる。
- ・入所患者は、親族の危篤、死亡、罹災その他特別の事情がある場合、法令により療養所外へ出頭する必要がある場合で、療養所長がらい予防法上重大な支障がないと認めたとき以外、外出してはならない。

などが定められるとともに、秩序維持規定が明文化された。新法には、らい病からハンセン病への名称変更や、強制収容・懲戒検束規定の廃止、全快者又は治療効果があり病毒伝播の恐れがない者の退所、その後のアフターケア的施設の充実など、全患協が意図した画期的な改正内容は反映されず、旧法の隔離政策の域を出ないものとなった。

1953年(昭和28年)9月厚生省は、事務次官名で療養所長及び都道府県知事あてに「らい予防法の施行について」を通知した。療養所長あて通知では、「患者に対しては、…(中略)…国の施策の趣旨をよく理解させ、外出の制限その他患者として守るべき義務を遵守して療養に専念するよう十分指導すること」、第15条(外出の制限)については、「この規定の施行の適否は、公衆衛生に重大な影響を与えるものであるから、外出の許可にあたっては、特に慎重を期するとともに、患者に対しては、この規定の趣旨を徹底せしめ、違反することのないよう指導すること」とし、同条第1項第1号の「その他特別の事情がある場合」を、「患者の家庭における重大な家事の整理等であって本人の立会がなければ解決できない」ような場合に厳しく限定し、かつ、許可を受けて外出する

患者に対して「外出許可証明書を交付し、携行させるよう配慮すること」、さらに患者が当然に守るべき事項を「患者療養心得」において定め、飲酒、風紀を乱すような言動等の禁止、物品の持ち込み、持ち出し、文書・図画の配付、回覧、提出の制限など私生活にわたる事項の規制が定められた。

都道府県知事あて通知では、第6条（療養所への入所）について「患者が入所するのについて物心両面からの準備ができるよう、本人の病状及びその生活環境を考慮し、それぞれの実情に応じて懇切に説得を行うこと」「勧奨に応じない者に対しては、法第6条第2項の規定による命令が出されるわけであるが、これは、患者の基本的な人権に係るところも大きいので、直ちに、この命令を発するという措置にでることはなく、先ずできるだけ患者及びその家族の納得をまって、自発的に入所させるよう勧奨し説得すること」「法第15条第1項の規定に違反して無断外出した場合、又は外出の許可を受けた者であっても許可の条件に違反している場合、…(中略)…状況によって、入所勧奨、入所命令等の措置をとり、或は入所の即時強制を行いうるものであること。なお、無断外出患者等については、法第28条の規定により拘留又は科料の刑が科されることになったことに注意すること」と定められた。

上記通知と同時に、厚生省医務局長名で療養所長あてに「らい予防法の運用について」が通知された。この通知では、療養所長が入所患者の外出を許可する場合における必要な措置として「着衣及び所持品の消毒、経由地及び行先地における注意事項の指示等により、個々の患者について適当な措置をとること」「外出の許可期間は必要なる最短期間とし、経由地についても、目的地への最短経路を標準にして定めること」「外出目的、外出期間、行先地及び経由地を詳細に記載した台帳をそなえつけ、許可の条件に違反したと認められる患者がある場合には、行先地の本人に連絡をする等必要な措置を講ずること」と定められた。

※3 全国国立癩療養所患者協議会は、相愛互助の精神に基づき、各療養所間の連絡を密にし、療養生活の安定向上を図ることを目的に、全国の国立癩療養所患者代表機関(自治会)によって組織された協議会である。略称については、その後、「全癩患協」を「全患協」と改称した。なお、現在は、全国ハンセン病療養所入所者協議会（略称「全療協」）となっている。

(5)「らい予防法」制定の審議状況等

政府の提案理由は、「らいは慢性の伝染性疾患であり、一度これにかかると根治することが極めて困難な疾病でありまして、患者は勿論、その家族がこうむります社会的不幸は測り知れないものがある」「(癩予防法は)今日の実情にそぐわないと認められる点もありますので、これを全面的に改正したらい予防法を新たに制定しようとするものであります。」と説明された。

衆議院及び参議院の厚生委員会では、厚生省医務局長の會田長宗と公衆衛生局長の山

口正義から、以下のような説明が行われた。

現行法と法案の違いについては、「現行法では強制のみであったのを、今回の改正で勧奨、命令、強制という三段階を法に明記した」「癩を感染させるおそれがあり、癩予防法上必要があると認めるときに限って入所の勧奨をするので、今後必要以外の者で入所を希望しない者は、入所の義務がないということになる」旨述べ、感染させるおそれがある者で、勧奨に応じない者のみを強制的に入所させると強調している。

一方、感染のおそれの有無の判断については、「感染の危険性がある者、ない者というふうには、はっきりとわけるわけにもいかない」「今日の医学の状況では、感染のおそれがあるかないかということ客観的に決める基準が今日まだ確立されていない」旨説明し、感染させるおそれの解釈については、「らい菌を証明いたしますか、或いは臨床的にらい菌を保有すると認められる患者を考えている」旨答弁した。

治療成績については、「昨年中プロミンによって実際的には全治したと認めてもいいと思われる者が10数名出ている。更に全治したとまではいかないまでも、もう感染の虞れはなくなったであろうと考えられる軽快退院者が昨年は30名ばかり出ている」旨述べ、治療成績が上がっていることを認めている。

参議院厚生委員会では、退所規定を設けるなどの修正案が検討されたが、各党派の意見調整ができず、また社会党が衆議院の審議時と同様反対意見を述べたが、採決によりらい予防法案を可決すべきものと決定されるとともに、新法附帯決議が全会一致で採択された。これを受け、1953年(昭和28年)8月6日参議院でらい予防法案が賛成多数で可決、「らい予防法」は成立した。

上記の国会における説明で問題となるのは、感染させるおそれがある患者の判断基準である。厚生省が示した基準は、らい菌を証明するか、または臨床的にらい菌を保有すると認められる者、ということになる。ところが、一方で、感染のおそれがあるか否かを客観的に決める基準が今日まだ確立されていないと明言されているのである。感染のおそれがあるかないかを菌の検出により確認するのであれば、未治療の患者はすべてこれに該当してしまうことになり、そのほかの診断基準が確立されていない以上、未治療のハンセン病患者がハンセン病と診断されれば、実際には全員が感染させるおそれがある患者になってしまうことを意味する。また、「熊本地裁判決」によると、昭和24年から昭和61年まで国立療養所に勤務し、松丘保養園の元園長だった荒川巖の証言では、「らい予防法は条文上伝染のおそれがある者のみを収容することとなっているが、現実の運用は、ハンセン病と診断されれば、伝染のおそれがあるかどうかにかかわらず入所させなければならなかった」のである。

しかし、この法の最大の問題点は、ハンセン病は感染力が弱く、また軽快した患者を療養所に留め置く必要がないとわかっていながら、さらには隔離による患者が被る弊害を考慮することなく、患者の隔離を定めていた点である。その上、当時はプロミンなどの新薬が普及しても、これらの薬はハンセン病療養所でしか入手できず、療養所に入所

しなければプロミン等による治療が受けられない現実があり、隔離の本格的な実施以降療養所以外でハンセン病の治療を受けられる施設は京大などごく限られた施設のみであった。さらにハンセン病医療は、らい予防法が廃止されるまで、健康保険の対象になっておらず、療養所外で診療を受けた患者は全額自費で負担せざるを得なかった。患者は否応なしに入所せざるを得なかったのである。

(6) 「らい予防法」の廃止

この法律が廃止されたのは、1996年(平成8年)であった。これ以前においても、全患協は1961年(昭和36年)の沖縄での「ハンセン氏病予防法」を受け、1963年(昭和38年)に「らい予防法改正要請書」を作成し、厚生省及び衆参両議院に陳情するなど「らい予防法改正運動」を展開しているが、改正には至らなかった。こうして、いろいろ批判がありながら、長きにわたってらい予防法が生き続けた理由は多々あるだろうが、最大の原因は「最終報告書」が指摘する「厚生行政が、差別偏見の根本問題を等閑に付し実利的な観点のみに立ち、患者・入所者の処遇改善のためには現行法のままの方が政策上有利と位置付けたこと(強制隔離と処遇改善の「表裏一体論」)」と、人権の視点が欠落したまま療養所政策を継続したことであろう。厚生省が入所者の処遇改善に必要な予算を獲得するため、大蔵省に対し、法の隔離条項を強調し、最大限に利用していたため、法を廃止するとか、隔離条項を見直すとは、今更ながら厚生省としても切り出しにくかったのである。全患協側としても、法が廃止になった場合、現在の医療・福祉や生活水準が維持されないのではというおそれがあり、厚生省との交渉でも一枚岩になりきれず、及び腰になってしまった可能性が高い。いずれにしても、厚生省及び全患協の双方が、まず処遇改善が先決という認識をもつようになり、問題が先送りされた側面は否定できない。この状況を打破したのは、大谷藤郎が1994年(平成6年)にらい学会で発表した個人的見解、いわゆる「大谷見解」である。この見解は、「全患協が求める法改正ではらい予防法が消滅し成り立たなくなるので、現行らい予防法は廃止すべきものである。しかし、終生隔離のために家族親類とも縁を切らされた療養所の方々に対して、現状の医療、福祉、生活、居住を保証することが絶対不可欠である。このことを新法によって明文化すべき」というのが骨子になっていた。

大谷は、厚生省時代には積極的な行動をおこさなかったものの、退官後の(財)藤楓協会の理事長時代に見解を発表し、結果的には厚生省をも動かし、らい予防法を廃止に導いた。

(参考文献)

- ・「ハンセン病問題に関する検証会議最終報告書」(財)日弁連法務研究財団ハンセン病問題に関する検証会議(2005年3月)
- ・「『らい予防法』違憲国家賠償請求事件熊本地方裁判所判決」(2001年5月11日)

- 「光田健輔と日本のらい予防事業—らい予防法五十周年記念—」(財)藤楓協会 (1958年)
- 「長野県史 近代資料編 第8巻(2)衛生・防災」(社)長野県史刊行会 (1987年)
- 「言上書」宮崎松記 (1942年10月 菊池恵楓園所蔵資料)
- 「治癩經驗説」東京衆済病院 医員橋本正志 (1890年)
- 「らい予防法四十四年の道のり」成田稔 (皓星社 1996年)
- 「らい予防法廃止の歴史」大谷藤郎 (勁草書房 1996年)

第2 無らい県運動

1 戦前の無らい県運動

「無らい県」とは、ハンセン病患者がいない県、すなわち、すべての患者を療養所へ隔離して、放浪患者や在宅患者が一人もいなくなった県を意味する。

1929年(昭和4年)、愛知県の民間運動から始まったとされている「無らい県運動」は、1931年(昭和6年)の「癩予防法」公布により絶対隔離政策が実施されると全国に広がりを見せた。この運動は、山間へき地の患者をもしらみつぶしに探し出し、強制的に療養所に収容するとともに、患者の暮らしていた家を白衣を着た保健所職員などがこれ見よがしに過剰な消毒を行ったり、患者の持ち物や着物を焼却したりするなど、ハンセン病に対する偏見・差別、恐怖感をあおるものだったと言われている。

1936年(昭和11年)、内務省は、癩予防法の絶対隔離政策の具体的な実施方法として「二十年根絶計画」を発表し、療養所施設の拡充を図るとともに、官民一体となった「無らい県運動」を主導して未収容患者の収容に努めた。

さらに、1940年(昭和15年)、厚生省は、都道府県に対し「らいの予防は、少なくとも隔離によりて達成しうるものなる以上、患者の収容こそ最大の急務にして、これがためには上述の如く収容、病床の拡充を図るとともに、患者の収容を励行せざるべからず。しかして患者収容の完全を期せんがためには、いわゆる無らい県運動の徹底を必要なりと認む…(中略)…これが実施に当たりては、ただに政府より各都道府県に対し一層の督励を加うるを必要とするのみならず、あまねく国民に対し、あらゆる機会に種々の手段を通じてらい予防思想の普及を行い、本事業の意義を理解協力せしむるとともに、患者に対しても一層その趣旨の徹底を期せるべからず。」と通知し、運動の徹底が図られた。

この無らい県運動にもっとも大きくかかわったのは、癩予防協会、医師、そして宗教関係組織であった。なかでも、癩予防協会と医師の役割が大きいと言える。癩予防協会の活動は、内務省の政策を補完する「官民一致」を基本的スタンスとしていた。例えば、貞明皇后の誕生日である6月25日を「癩予防デー」と定め、また貞明皇后が「つれづれの友となりても慰めよ 行くことかたきわれにかはりて」の歌を詠んだ11月10日を「御恵みの日」と定め、機会をとらえては患者隔離の必要性を国民に訴え、患者には「皇恩」に依って隔離に応じるように求めるなど、「皇恩」を強調して絶対隔離政策を推進する世論喚起を行っていた。具体的には、毎年、「癩予防デー」の前後1週間、ポスター貼付、パンフレット・リーフレット等の配布、映画や講演会の開催など集中的にキャンペーンを実施したのである。

医師の中で主導的な役割を果たしたのは光田健輔である。光田は、「癩予防デー」を「我が国民浄化の、聖日」ととらえていた。また、「最終報告書」によれば、光田は、まず一つの集落から患者を一掃して集落を「浄化」し、それにより次に市町村を「浄化」し、さらには市町村の「浄化」により道府県を「浄化」し、ついには国家・民族を「浄

化」するという考えを持っていた。

「無らい県運動」はこうした「民族浄化」論が基調となり、隔離する側にも、隔離される側にも、国家・民族の繁栄のためという国家的使命感を要求した。「最終報告書」が指摘するとおり、国家のため、民族のため、絶対隔離を推進するという使命感こそが「無らい県運動」の原動力であった。

このような光田の考えは、当時の富国強兵政策の遂行上、妨げとなるものを排除しようとした政府の考えと合致し、光田はハンセン病の権威者として、一層影響力を有することになる。この時代、人権という概念はなく、個人よりも国家が第一であり、富国強兵、国辱論、民族浄化論などが幅を利かし、ハンセン病は日本民族の質をおとしめる病気として排除される対象となってしまったのである。無らい県運動は、こうした思想を政策面において具体化するものであった。

2 戦後の無らい県運動

戦後、画期的な治療薬であるプロミン等の開発などを踏まえ、国際的な動向として、外来治療が中心になっていくのに反し、日本はますます隔離政策を強化していった。

1947年(昭和22年)11月6日、厚生省予防局長から都道府県知事あてに通知された「無癩方策実施要項」では、その趣旨を「文化国としての日本再建の基本たるべき疾病予防施策中癩予防を徹底し無癩国たらしめるものである」と定め、「形式的に流れぬ様強力且徹底的に実施し真に無癩国たらしめる様留意する」、「第1次として現収容施設の最大の活用を図り第2次としてその拡充を行ふ」との方針が示された。そして、「第1次実施事項」として、療養所からの脱走者、帰郷者を防止するための職員の充実等と療養所の管理強化、帰郷者の速やかな療養所復帰、既知未収容患者の感染の危険の大きいものからの順次入所、既知未収容患者とその家族について隔離、消毒を厳重に行うことが定められていた。また、「第2次実施事項」には、各療養所の定員以上の収容とその病床の増加を図るとともに、保健所と療養所の緊密なる連絡の下に一斉検診を行い患者を発見し入所させることが定められていた。厚生省自らが、「無らい県運動」の継続を宣言しているのである。

なお、この通知には、「国立並に私立癩療養所収容状況調」及び「未収容癩患者数調」が付され、その中で長野県は未収容患者36名で国立多磨全生園の収容主力傾注県と位置付けられている。

この頃開催された国立療養所長会議においても、強制収容の確立やいわゆる不良患者の処罰を強化することなどを盛り込んで癩予防法を改正するべきとの議論が行われている。しかし、プロミンによる治療が進んでくるとハンセン病が不治の病ではないということが専門家の間に広まり、厚生省も絶対隔離政策からの転換をほのめかしている。

1949年(昭和24年)6月の全国国立療養所長会議において、厚生省医務局長の東龍太郎や予防課長の小川朝吉は隔離政策の見直しを示唆した。もっとも、療養所課長の尾村偉

久が「根絶を常に頭に置き。運営の重点は収容を徹底するにあり」と述べているように、全面的な見直しを意味するものではなかったが、光田健輔長島愛生園長は猛反発し、他の園長も反対した。結局この会議では、東医務局長等の発言は受け入れられず、「無らい県運動」を継続すること、療養所の収容能力の増強や患者の一斉検診を実施することが確認された。

厚生省は、昭和25年度から国立療養所の病床を2,000床増加させることとし、同年4月公衆衛生局長名で「昭和25年度らい予防事業について」を都道府県知事あてに通知した。この通知では、全国を10ブロックに分け、都道府県は各ブロックを担当する国立療養所と密接な連携を保って検診や隔離収容を進めることとされ、国立療養所や都道府県で担当職員、保健所職員を対象とした「らい予防講習会」の開催、1940年(昭和15年)以降途絶えていた一斉検診の再開とそのため「らい患者及び容疑者名簿」の作成などが求められた。

そして、1951年(昭和26年)4月、国立療養所の1,000床増床を前提に、公衆衛生局長名で都道府県知事あてに「昭和26年度らい予防事業について」が通知され、「未収容患者の収容に重点をおき、らい予防事業を強力且つ徹底的に推進する」こととし、各都道府県のらい予防計画について、報告が求められることになった。

さらに、1952年(昭和27年)4月、国立療養所の1,500床増床を前提に、公衆衛生局長名で都道府県知事あてに「昭和27年度らい予防事業について」が通知され、「登録未収容患者の完全収容」の目標が掲げられた。

このような無らい県運動の徹底的な実施は、患者を強制収容したというだけにとどまらず、一般市民をも動員した患者摘発となり、県民に対し、ハンセン病が恐ろしい感染症であり、ハンセン病患者が地域社会に脅威をもたらす危険な存在であるといった誤った認識を強く根付かせる原因となった。この頃、山梨県でハンセン病患者の一家心中事件が発生するなど、無らい県運動によって各地で悲惨な事態が起きている。

「最終報告書」では、戦後の「全患者」収容施策に果たした保健所の役割を検証するなかで、「保健所が第一線機関であったがゆえに、戦後の『無らい県運動』の担い手の裾野は医師や保健婦をはじめ、著しく拡がり、加えて、これらの人々の『善意』が衛生警察の『権威』以上に『全患者』収容に威力を発揮したといえよう。」と述べられている。

3 長野県における無らい県運動

(1) 戦前の長野県内のらい予防の状況をうかがわせる資料として、1938年(昭和13年)5月7日の東筑摩郡聯合衛生会の会議資料がある。

会議資料の中の指示事項の1つとして、「癩患者収容ニ関スル件」があり、そこには、次のように記載されている。

一、癩患者収容ニ関スル件

医師癩患者ヲ診断シ若クハ死体ヲ検案シタル時ハ三日以内ニ行政官庁へ届出スベキ

規定ナリ、該患者ハ業態上病毒伝播ノ虞アル古着、古布団、古本、紙屑、襪、飲食物其他ノ物件ニシテ、病毒ニ汚染シ又ハ其ノ虞アルモノノ売買若クハ授受ヲ制限シ若クハ禁止スベキ規定ニシテ、現今未ダ医療ヲ受ケス単ナル売薬ニ依リ治療シ居ルモノ又ハ其疑濃厚ナルモ互ニ回避シテ之ガ発見を疎カニシ、以テ公衆保健上遺憾ノ点アリモノアリト聞ク、斯クテハ之ヲ絶滅ヲ期スル能ハサルノミカ延テ民族衛生上ニ及ボス影響少カラザルヲ以テ、此ノ際容疑者ニ対シテハ夫々医師ノ検診ヲ受ケシムル方途ヲ講ジ決定ノ上ハ説述全生病院へ収容方懇願ヲ望ム、
(「長野県史」近代資料編第八卷(二)衛生・防災(昭和62年12月)P77)

「癩予防法」の規定を引用し、未収容患者がまだいることから、疑いのある者を医師の検診を受けさせ、患者の療養所への収容を促す内容となっている。

この文書が作成された1938年(昭和13年)は、内務省が「二十年根絶計画」を発表し、「無らい県運動」を主導して未収容患者の収容に努め始めた年の2年後であり、県内においても、国の方針に従い、「無らい県運動」に取り組んでいたことが分かる。

また、「民族衛生上ニ及ボス影響少カラザルヲ以テ」との記述もあり、ハンセン病患者の収容理由を民族浄化にも求めていたことがうかがえる。

更には、ハンセン病患者を犯罪者扱いするかのようになり、感染の疑いがある者について「容疑者」という呼称を用いていたことが分かる。この「容疑者」という呼称は、上記2で述べたように、戦後の1951年(昭和25年)に出された厚生省の通知の中でも用いられている。

なお、戦前は警察が「らい」に関する事務を担当していたが、1947年(昭和22年)、衛生部に事務が移管された。行政関係者への聞き取りの中で、「警察から引き継いだ患者に関する秘密文書と書かれた文書を保管してあった金庫があった。」との証言があり、当該金庫を探したが発見することはできなかった。

戦後になると、前述のとおり1951年(昭和26年)4月24日付けで、厚生省公衆衛生局長から「昭和26年度らい予防事業について」が通知されている。この通知を受け長野県が作成した「昭和26年度らい予防事業計画報告」では、「本年度においては昭和25年度に引続き、無らい県運動を強力に実施するための患者家族の健康診断と患者及び疑似者の調査を実施すると共に、これらの患者に対する一時救護及び収容の徹底とこれが予防上の智識普及に努める」とした上で、具体策として次のような内容を定めた。

一 患者家族に対する健康診断

- 1 保健所医師が患者宅を訪問し、家族の健康診断を行う。
- 2 臨時健康診断

前項の検診のほか、次の方法により患者及び疑似者の発見に努める

- イ 市町村及び警察署の協力活動による通報

- ロ 一般医師による患者届出の督促
- ハ 予防接種及び結核その他集団検診時を利用する患者発見
- ニ 一般住民よりの聞込み
- ホ その他

二 実施時期

六月十五日から七月末までに実施する。

三 第二次検診

検診時診定の困難なる疑似者に対しては国立療養所医師により第二次検診を実施予定である。

四 在宅患者及び療養所退所者の指導

毎月一回乃至二回保健婦により家庭指導訪問を行い、特に在宅患者に対しては療養所に入所するよう勧奨する。

五 消毒その他の予防措置の指示

患者の収容後又は転帰、その他必要と認める場合において患者の使用した家屋、物件等に対する消毒その他予防措置の指示徹底を図る。

六 決定患者に対しては環境上病毒伝ばの虞れの大なるものから関係国立療養所と連絡協議の上速やかに収容する。

七 らい予防講習会

第二次検診時において国立療養所医師により、保健所らい担当医師の技術向上を図るため講習会を開催予定

八 らい予防教育の実施

上記計画では患者の発見に重点が置かれ、市町村及び警察署の協力活動による通報、予防接種及び結核その他集団検診時を利用する患者発見、一般住民からの聞込みについても盛り込まれている。

こうして、国の通知を受けて県が積極的に無らい県運動に取り組んでいることが、当時発行された県の広報誌の次の記述からもうかがうことができる。

○ 広報長野（昭和26年(1951年)6月15日号 No.53）〈抜粋〉

「“らい病”を撲滅しよう

らいの現状と今後の対策

長野県では一二七名収容されており、この外にまだ発見されていない患者が相当数あると推測されるので、この際精密な調査が必要となっているのである。そこでこの調査に基き根本的な予防計画をたてる一方、患者を療養所へ招致するように努力しなければならないのである。

…わが国でもらい病に対する国民の理解と正しい知識の徹底により、身内にらい

患者が一人でも発生した時の一家親族の暗澹たる氣持を考へて、この病害を防止するよう国民一致協力してらいの絶滅を期し、全国のすべてのらいに悩む人達を療養所に迎え入れて、希望をもつて療養させるように努力すると共に、一日も早くこの呪わしいらいが根絶されるようお互いに協力しなければならないと思う。(予防課)」

○ 長野県広報（昭和27年(1952年)6月1日 第74号）〈抜粋〉

『無らい県』に 25日は予防デー

昨年の調べによると全国のらい患者は一万一千七百九十名であり長野県でも、百三十名の患者がいる。他の病気から見ると特に多いとはいえないが、らいがなおりにくい病気であるとともに、その病状から、遺伝するものと信じている人達にあたる影響等を考えると決して軽視できない。

医学の発達した現在では、その治療法も進み、プロミン等によって効果ある治療が受けられるようになったから、らいの診断をされた人や、疑わしい人は一日も早く医師の診断を受け、療養所で正しい治療を受けられるようにおすすめする。

らい病を一日も早くなくして明るい社会をつくるために六月二十五日を「らい予防デー」として、今年も無らい県運動が行われるが、一般の理解と協力をお願いする。(予防課)」

なお、長野県からの療養所への入所者数については、昭和28年以降の記録が残されている。これによれば、昭和28年から昭和40年代前半まで毎年数名が療養所に入所しており、昭和33年の155名が最も多くなっている。

(2) 戦後ハンセン病業務に携わった行政関係者への聞き取りを行ったところ、ハンセン病患者の収容等の状況について、次のような証言があった。

- 収容にあたっては、なるべく人の目に触れないよう夕方5時過ぎの時間に自宅を訪ね、直接本人にお会いして納得するまでお話し、妻帯者の場合には、奥さんにもお話しして了解を求めて、納得していただければ、収容の手配を行った。
- 最初に診察に行き、その時に「こうですよ」と、ある程度先生からお話していただき、私からも「ご本人や家族のためにも入所した方がいいですよ。」とお話した。2回目に訪問した時に納得してくれた。
- 患者さん達は、動揺していました。死んじゃうって言う人もいました。いかにして納得させるかということは思っていた。みんな安心させて、病院に入ってどうということもないから、治って帰って来られるんだけど、何年か我慢していればということ、それを先に言わなくては駄目だと思ってやっていた。治って、必ず帰って来ますよと言うより仕方がないから、治るなんて分からない時だって、治るんですよと言っていた。

- 多磨全生園への輸送では、誰でも入れさせぬよう、1 汽車借り切って送った。国鉄とはいつ何時ので行って、どこで降ろすとかを話しをした。貸切になっているが、料金は、普通1人で乗ったのと同じだった。汽車には、患者さんとその家族が1人か2人、それと私1人が同行した。逃げられれば困ると思ったから、何でもかんでも家族1人だけは連れていくようにした。立川駅などに、全生園の方で、伝染病院のと同じ車を持って迎えにきた。厚生省と国鉄で、伝染病に車両を使った場合は、国鉄が尾久駅でちゃんと消毒して洗うということになっていた。

草津の栗生楽泉園に行く場合は、伝染病院の車を借りて、予防課にいた運転手の運転で、患者と自分が乗って行った。草津へは患者の家族を連れて行ったことはない。療養所からは事務長が迎え、届けたことの証拠に書類を渡して終了ということだった。

- 保健所から収容命令というぐらい厳しい文書を村長経由で本人に伝達してくれということだった。村長と相談し、衛生の事務担当者が行って説明しなければまずいということで、確か私が直接文書を持って行って届けた。そうしたら、患者の父親が、役場の保健衛生課長の所に抗議に来て、「息子がどうしてこういうことになるんだ。」「嫌われて、家族が住めなくなるようなことが起きる。」と言いました。家族の方の訴えは、そういう両方の烙印を押されると。息子本人はそういうことで一生隔離され、家族はそういうものを背負っていかなければならない。これを何とかしてくれる。息子は新聞配達をして家計を支えていたので、それを何とかしてくれるんだろうということだった。通知を受けてから、家族が納得するまで大体1か月ぐらいだと思う。草津の楽泉園への患者の送致は、お召し列車みたいな特別列車に乗っていった。患者の自宅も恐らく消毒したのではないかと思う。保健婦から消毒しましたという報告を聞いたような覚えがある。
- (戦後長野県が患者収容に積極的に取り組んだというような新聞記事があることに對して)そういう施設があるので、そこに入所していただき、完璧治療をしてもらった方が、一番本人のためにも、家族のためにも、地域のためにもいいということで、まだ警察行政の流れがあったから、それを半強制みたいに信用したのだと思う。

これらの証言からは、ハンセン病に対する厳しい偏見・差別がある中、勤務時間外に患者の自宅を訪問するなど近隣に配慮しながら患者と接触していたこともうかがえるが、列車で収容する場合には、当時「お召し列車」と呼ばれていた貸切車両で療養所に送っていったことが分かる。

また、患者の収容にあたって、「本人、家族のために入所した方がよい」と説得しており、国の隔離収容により、患者が周囲の偏見・差別から守られ療養所で生活することが、一番本人のためであるとの認識で業務を行っていたものと推測される。これは、家のために個を殺せという抑圧的な発想であるとともに、本章第3の2で述べるパターンリズムにつながる意識とも言えるのではないかと思われる。

ハンセン病に関する実務については、「担当の自分1人でほとんど行った」などの証言があり、秘密保持が徹底され、詳細については担当者のみしか分からないといった状況で業務が進められていたことがうかがえる。

また、聞き取り結果からは、当時の県の担当者は、ハンセン病の感染力が弱いということは理解していたようである。そうした中で、「何でこれまでしてやるのだろうか」と感じたことがある」との戸惑いをうかがわせる証言はあったが、隔離施策を問題視していたとの証言はなかった。このことは、法律に基づき国が進める政策であり、担当者としては、特に疑問を抱くことなく実務に当たっていたものと推測できる。

なお、昭和40年代に行われた県の里帰り事業での県庁訪問の際、担当者が消毒の必要がないと説明したにもかかわらず、使用した会議室等を消毒せざるを得なかったとの証言もあり、当時は、県職員の間でもハンセン病に対する理解が十分とは言えなかったことが分かる。

(3) 療養所入所者からの聞き取りによれば、「長野県の患者の収容の仕方は一番厳しかったという話を聞く」「当時の長野県は、入所のやり方がひどかったことを覚えている」「転居しても転居先まで県か役場の人に来て消毒した」「病気だとわかると保健所から来て『すぐに療養所に入ってくれ』と真っ白くなるまで消毒して、米びつまで、食べるものはみんな消毒されてしまって、ひどいもので町中大騒ぎだったと聞いた」などの証言があった。

また、2005年(平成17年)11月13日に開催した「療養所入所者との懇談会」においては、入所者の方から次のような体験談をお話いただいた。

「当時は、強制収容というのがございましたけれども、今考えてみましても、長野県の強制収容を行うについての行いは、大変厳しいものでございました。ですから役場から告げる、療養所へ行くという勧めは、それを断ったとしたら、おまえの病気は世間に広めてやる、それからもちろん仕事をさせてやらない、それでもよかったら家にいてもいいと、だめを押されてしまったわけです。

そうなりますと、もうにっちもさっちもいなくなってしまうまして、お父さんもお母さんもあきらめざるを得なくなりました。それから11月11日に楽泉園に入ったわけがありますけれども、その道中長野の駅でお召し列車、私たちは収容列車のことをお召し列車と言っていたのですが、そのお召し列車を引き込み線に入れられて、その引き込み線から駅のホームに出されました。

駅のホームにまいりましたら、ホームに白墨で2本線が引いてあります。そしてその2本の線からはみ出してはいけないと。その2本の線の中を歩いてくれというので、私どもがあたのときに収容された人たちが、一緒に8名まいりましたけれども、その8名がその白墨で書かれた線の中を、ホームを通過して、それから普通の改札口からは出られま

せんので、手荷物を出し入れする出口から出されまして、そこから駅前に止めてありました、米軍の払い下げのジープだと思いますが、ほろのかかっていたジープに乗せられて、長野の日赤にまいりました。

長野の日赤にまいりましたら、当時は現在みたいに靴を履いたまま室内に入ることにはできませんでしたので、いちいち玄関でスリッパに履き替えていくのが常識でしたが、そのときは日赤で私たちだけ、『皆さんは特別今日は、靴を履いたままで上がってもらいます。だからスリッパは履かないでください』と、そういうふうに言われました。

それから靴のまま上げてもらいまして、案内された部屋が隔離病棟でございました。隔離病棟にまいりますと、係の人でしょうか、先生でしょうかわかりませんが、ここに入ったらトイレはできるだけ使わないようにしてくれと。それから朝が来ても、水道の蛇口は決して触ってはいけない、触らないようにしてほしいと、そういうふうな厳しい注意もございました。

それで窓を見ましたら、窓は金網が張り巡らしてあって、逃げるにも逃げられないような状態でした。その中で一晩休むわけでありましてけれども、休むにつきましても、敷いて寝るものもございませんでしたから、軽井沢の駅まで送った、自分の持っていた寝具類を、また送り返してもらって、日赤の案内された部屋の中から、各自が持っていった布団を解いて、そこで一夜を明かしたことを覚えております。

次の朝、日赤を出る時に、今度はどこから出たかと思えますと、亡くなった人が出される、ひつぎが出てくる出口ですね。そこから私たち8人が外に案内されまして、そこからまた昨晚のジープに乗せられて、長野の駅へまいりました。

それでは、長野の日赤を出ましてから、信越線で上田、それから小諸、軽井沢という順序で列車は進むわけでありましてけれども、やがて軽井沢に着いたわけでありまして、8人の病人が数珠つなぎになって道を横切ったり、ホームへ行くとする、観光客の方々が珍しがって見るわけでありましてけれども、私たちはそれを恐れている余裕はございませんでした。そして軽井沢駅の草津行きのホームにまいりました。11月のそのころですから、寒風が吹きすさんでございましたけれども、その寒いホームで私たちが乗せられる臨時列車が出るまで、そこで待たされるわけです。

それで、やがてその列車に乗せてもらって、草津に着くわけでありまして、草津の駅に着きましたら、草津の駅にはもう既に楽泉園の職員の方々が白衣を着て、噴霧器に消毒液をいっぱい詰めたものだと思いますが、もう列車が止まったら、途端に車内に入って、びしょびしょになるほど消毒をされるわけです。

私たちはそんな中を外に降ろされて楽泉園に向かうわけでありまして、楽泉園に向かうといっても、今のような高級なバスがあるわけではありません。ですから、楽泉園が入園者の食料などを確保して運ぶトラックに全員が乗っけられて、そして、まだ舗装もしていない悪路を私たちは楽泉園に収容をされていったわけでありまして。

私は先ほど、自分が本当にハンセンであるかないかということは、まだまだそのとき

は半信半疑だったんですが、楽泉園の正門をくぐるときに、門柱にあります名前を見ましたら、国立癩療養所という文字が浮かんでまいりました。それで、その『癩』という字を見たときに、『ああ、おれはやっぱり癩だったのか』、そういうふうに私は癩というものをそのとき初めて自分のものとして認識しました。

収容されるにしても、すぐには収容できません。一人ひとりが検査をされてからでないと入れませんので、寒い中で、外で待っておったわけではありますが、そのときに今の福祉課ですけども、当時は分館長と言いました。その方が出てきて、一人ひとりを見て回るわけではありますが、最後に私のところへ来て、『ちょっと右手を出してみろ』と、こういうように言われますので、私は言われるままに右手を出してみました。そしたら、『ああ、こりゃだめだ』と、こういうふうに一言言われたんです。私はそのときに、それまで何とかしてもう一度うちへ帰ろうと思った気持ちが、逆に今度は、おれはもう帰れないんだ、もうおれはだめなんだ、そういうふうに思うようになりまして、その日から、もううちへ帰るということはあきらめて療養所の中で生活をさせてもらおうということになっていったわけであります。」

(4) 1949年(昭和24年)11月19日付けの読売新聞長野版には、この時のことを次のような記事として掲載している。

「ライ患者一掃　まず八名収容

県では今夏来県下の未収容ライ患者の一掃に乗出していたが、去る十五日疑似患者十五名について検診を行った結果八名がライ保菌者と判り直ちに草津温泉栗生楽泉園に収容した、このほか未収容患者五名が山中で製材や伐材作業に従事しているのでこれを年内に収容し全国で初めてである無ライ県のトップを切ることとなった。」

また、1957年(昭和32年)9月に発行された「県政十年の歩み」には、らい予防として「敗戦当時のらい患者数は百十四名で、そのうち療養所入所患者は八十二名、自宅療養患者は三十二名であった。県は県内かららい患者をなくすため、二十四年から予防思想の普及につとめ、在宅患者については、それぞれ岡山県の長島愛生園、群馬県の草津栗生楽園、東京の多摩全生園、静岡県の国立駿河療養所などに入所の促進につとめ、二十六年には全患者の収容をおわり無らい県となった。」と記されている。

以上のように、長野県においても、長年にわたる国の誤ったハンセン病政策の一翼を県が担うなかで、「無らい県運動」が推進され、ハンセン病患者を療養所へ収容していった。このことが、ハンセン病に対する偏見・差別を助長し、入所者は、本名を捨て、家族や故郷との縁を絶たれるといった悲惨な運命をたどることになったのである。

(参考文献)

- 「ハンセン病問題に関する検証会議最終報告書」(財)日弁連法務研究財団ハンセン病問題に関する検証会議 (2005年3月)
- 「『らい予防法』違憲国家賠償請求事件熊本地方裁判所判決」(2001年5月11日)
- 「光田健輔と日本のらい予防事業—らい予防法五十周年記念—」(財)藤楓協会 (1958年)
- 「長野県史 近代資料編 第8巻(2)衛生・防災」(社)長野県史刊行会 (1987年)

第3 ハンセン病療養所

1 ハンセン病療養所の開設

(1) 道府県連合立療養所の設置

1907年(明治40年)内務省は、「癩予防ニ関スル件」を制定し、まず2,000人の浮浪患者を収容する方針を決め、「癩予防ニ関スル件」第4条第1項に定める療養所の設置方針として、市街地への距離が遠くなく、交通の便利な土地を選ぶことなどを決めた。

しかし実際は、地元住民の反対運動で難航し、人里離れた原野や中州、離島などに建設せざるを得なくなり、1909年(明治42年)、次のとおり全国5か所に道府県の連合立療養所(公立療養所)が設置された。

- 第一区 全生病院(東京都東村山市 後の多磨全生園 ※長野県ほか、関東8府県、新潟県、静岡県、愛知県の連合立であった。)
- 第二区 北部保養院(青森市 後の松丘保養園)
- 第三区 外島保養院(大阪市 1934年(昭和9年)の室戸台風により壊滅的被害を受け、そのまま廃止となった。)
- 第四区 第四区療養所(香川県高松市 1910年に大島療養所と改称。後の大島青松園)
- 第五区 九州癩療養所(熊本県合志市 1911年に九州療養所と改称。後の菊池恵楓園)

なお、長野県では、1907年(明治40年)から療養所費を分担し、1910年(明治43年)からハンセン病患者を療養所(全生病院)へ送致している(「長野県政史」第1巻(昭和46年3月) P499)。

(2) 懲戒検束権の制定

全生病院の院長になった光田健輔が所内の秩序維持のための懲戒権を主張したことがきっかけとなり、1916年(大正5年)、内務省は法律「癩予防ニ関スル件」を一部改正し、「療養所ノ長ハ命令ノ定ムル所ニ依リ被救護者ニ対シ必要ナル懲戒又ハ検束ヲ加フルコトヲ得」(第4条の2)が加えられ、療養所長の懲戒検束権が明文化された。これに伴い、「癩予防ニ関スル件」の施行規則も一部改正され、懲戒検束権が次のとおり定められた。

第5条の2 療養所ノ長ハ被救護者ニ対シ左ノ懲戒又ハ検束ヲ加フルコトヲ得

- 1 譴責
- 2 30日以内ノ謹慎
- 3 7日以内常食量二分ノ一マデノ減食
- 4 30日以内ノ監禁

前項第3号ノ処分ハ第2号又ハ第4号ノ処分ト併科スルコトヲ得

第1項第4号ノ監禁ニ付イテハ、状況ニ依リ管理者タル地方長官又ハ代用療養所所在地地方長官ノ認可ヲ経テ其ノ期間ヲ2ヶ月マデ延長スルコトヲ得

第5条ノ3 前条ノ外懲戒又ハ検束ニ関シ必要ナル細則ハ管理者タル地方長官

又ハ代用療養所所在地地方長官ノ認可ヲ経テ療養所ノ長之ヲ定ム

1917年(大正6年)、施行規則第5条ノ3に規定する施行細則が制定されたが、この細則における懲戒検束事由の定めは極めて抽象的であり、恣意的な運用の危険をはらむものであった。例えば、風紀を乱したとか、職員の指揮命令に従わなかったという理由で減食等の処分とされ、また、逃走し又は逃走しようとしたとか、他人を扇動して所内の安寧秩序を害し又は害そうとしたという理由で監禁等の処分とされた。「熊本地裁判決」が指摘するように、懲戒検束権が明文化されたことにより、療養所長の取締りの権限が大幅に強化され、療養所の救護施設としての性格は後退して、強制収容施設としての性格が更に顕著になったのである。

(3) 療養所の拡張及び入所対象者の拡大

1919年(大正8年)に政府が行ったハンセン病患者一斉調査によれば、患者数が約1万6,200人であり、このうち療養の資力がない患者は約1万人とされた。これに対し、療養所の収容能力は十分ではなく、収容患者数はまだ1,500人にも満たなかった。

そこで、内務省は、大正10年から大正19年(昭和5年)までの10年間に、初の国立療養所を新設するとともに、既存の5か所の公立療養所を拡張して病床数を5,000床とする第一期増床計画を策定した。これは計画どおりには進捗しなかったが、1936年(昭和11年)頃までにはその目標は達成された。

1931年(昭和6年)には、「癩予防法」が成立し、「癩患者ニシテ病毒伝播ノ虞アルモノ」が隔離の対象とされ、事実上すべての患者が入所対象となった。

(4) 国立療養所の開設

内務省による療養所の第一期増床計画、「癩予防法」の制定、癩の20年根絶計画等の実施に伴い、以下のとおり国立療養所が開設されるとともに、従来の公立療養所が国立に移管された。これは、「無らい県運動」が進展していく中で、収容患者が増えるにもかかわらず、従来の公立療養所では管轄道府県出身者のみが収容対象であり、管轄外の患者は定員に余裕があっても入所させることができなかったからである。

1930年(昭和5年)3月 長島愛生園(岡山県瀬戸内市)

1932年(昭和7年)11月 栗生楽泉園(群馬県吾妻郡草津町)

1933年(昭和8年)10月 宮古療養所(沖縄県平良市。後の宮古南静園)

1935年(昭和10年)10月 星塚敬愛園(鹿児島県鹿屋市)

1938年(昭和13年)11月 国頭愛楽園(沖縄県名護市。後の沖縄愛楽園)

1939年(昭和14年)10月 東北新生園(宮城県登米市)

1941年(昭和16年)7月 松丘保養園、多磨全生園、邑久光明園、大島青松園、菊池恵楓園が国立療養所に移管された。

1943年(昭和18年)4月 奄美和光園(鹿児島県名瀬市)

1945年(昭和20年)12月 駿河療養所(静岡県御殿場市)

なお、上記療養所のうち、長野県からは、栗生楽泉園及び多磨全生園に入所している患者が多い(1964年(昭和39年)における県内入所者135名のうち、65名が栗生楽泉園、51名が多磨全生園となっている。)

(5) 療養所における患者作業(園内作業)

入所者には、療養所開設当初から、身体的に可能である限り、患者作業と呼ばれる労働が割り当てられた。療養所は職員の人員不足が恒常化しており、療養所の運営を支えるため、入所者は強制的に働かされた。労働の内容としては、重症患者の付添看護、給食、配食、包帯・ガーゼの洗濯、清掃、尿尿くみ取り、理髪、裁縫、木工、土工、火葬など多岐にわたり、中にはハンセン病患者に行わせることが不適當なかなりの重労働も含まれていた。

療養所側は、入所者の気分転換になるとか、入所者同士の相互扶助の精神の発揚であるなどと患者作業を正当化したが、「最終報告書」によると、本来は職員が行うべき作業を入所者に強制することにより、人件費を節減することが第一の目的であった。隔離により収入の道を奪われた入所者にとっても、労働により、わずかとはいえ収入を得ることができたので、療養所側は、入所者の弱みにつけこむ形で作業を強いたことになる。

また、療養所には、入所者に労働で得た賃金の一部を拠出させ、それを財源として、自宅からの送金がない者や、作業ができない重症者に救済金を支給する制度があり、こうした制度からも、入所者は作業を心情的にも拒否できない状況に置かれた。

この患者作業により、入所者は療養に専念できず、かえって症状が悪化するという事態が生じた。「熊本地裁判決」によれば、国立療養所や国立多摩研究所に勤務していた和泉眞蔵は、「日本の療養所ほど障害の強い患者というのはありません。で、これは、患者さんに聞いてみると、大部分の所で作業によって病気を悪くしたというふうなことを言われておりますので、所内作業というのが、相当日本の患者さんの症状を悪くしたと思っています。」と証言し、大島青松園副園長の長尾榮治も、証人尋問において、患者作業によって後遺症を残した患者がいることを認めている。

第二次大戦後も、表面上は任意であっても、実際は労働を拒否できない現実があり患者作業は継続された。長島愛生園の1950年(昭和25年)4月に改正された「入園者作業心得」では、作業賃は最高でも月額450円で、多くは200円台から300円台であった。当時、たばこのピースが1箱50円、ビールが1本132円であり、患者が不自由な体を酷使して働いた報酬が、たばこで4～8箱、ビールなら2～3本に過ぎなかった。「最終報告書」が指摘するとおり、療養所側は、患者作業により入所者の日常を管理するとともに、入所者を安価な労働力として用いたのである。

(6) 療養所における優生保護政策

公立療養所では、当初、男女間の交渉を厳重に取り締まったが、男女間の恋愛感情は押さえようがなく、妊娠・出産に至ることもあった。そのため、療養所側は出生児の扱いに苦慮することとなった。

1909年(明治42年)に開設された全生病院では、夫婦で入居してくる患者のための夫婦舎(8畳の部屋に2組の夫婦が雑居)があったが、原則は男女の隔離であった。「癩予防ニ関スル件」に基づいて開設されたという性格上、扶養義務者がいない放浪患者の隔離収容が優先され、板塀で女舎を囲う程度の設備にするのがやっとなで、物理的に厳格な男女の隔離はできていなかった。男性入所者は、監督によって厳しく監視され、女舎にいるのが見つかった場合には、監督に殴られたり、食事を減らされたりしたが、それでも塀を乗り越えて女舎へ通い、その結果妊娠・出産という事態が生じた。院長である光田健輔はこれに対応するため、男性患者に対する断種(輸精管切除。ワゼクトミー手術)を導入することを決めた。しかし、一方で、結婚を認めることが療養所秩序の安定・維持に役立つと考え、断種手術を条件に患者同士の結婚を認めた。

光田は男性患者に断種手術を呼びかけ、これに応じた者から手術を始めた。当時、全生病院医員であった林芳信(後の多磨全生園園長)の「初期輸精管手術患者名簿」によると、最初の手術は1915年(大正4年)4月24日に38歳の男性患者に対して実施され、同年中に計37件の断種手術が行われた。

全生病院での断種手術をきっかけとして、断種は他の療養所に広がり、1939年(昭和14年)までに1,000人以上の男性患者に輸精管切除が、妊娠した女性に対しては人工妊娠中絶が実施された。当時日本には、ハンセン病患者に対する優生手術や人工妊娠中絶についての規定を設けた法律はなく、これらは法律上何らの根拠もなく行われたのである。この背景には、優生学やアメリカで成立した断種法が日本に紹介され、社会防衛上望ましくない性質の子孫への伝達を抑制する観点から、本来の遺伝性疾患だけではなく、結核、梅毒、精神病、アルコール中毒など、子孫に何らかの影響が及ぶとみなされる者の出生防止が主張されるようになっていたことが挙げられる。

1939年(昭和14年)には、「民族優生保護法案」を審議していた貴族院の委員会の場で、厚生省予防局長の高野六郎は、ハンセン病患者への断種の理由が「罹り易キ体質」の遺伝の防止にあると述べている。もっとも、1940年(昭和15年)の衆議院の委員会における審議では、高野予防局長は、体質遺伝には触れず、ハンセン病の家系を恐れ避けるという強い偏見がある以上、この病気の親を持つ子どもは生涯不幸であるためと断種の根拠を説明している。

この点について、「最終報告書」では、ハンセン病に罹りやすい体質があることを認めれば、患者の絶対隔離の必要性が正当化できなくなるため、1915年(大正4年)の断種の開始以来、その根拠があいまいにされてきたと分析している。そのためか、療養所では、患者の依頼又は承諾による任意の断種とされ、違法性がないことを装い続けた。

1940年(昭和15年)3月、「国民優生法案」、「癩予防法改正案」が帝国議会に提案された。前者は、遺伝性とみなされた病者・障害者への断種手術の実施を規定し、それ以外の断種手術を違法とするものであり、遺伝病ではないハンセン病患者は対象外とされた。そこで、それまで実施してきたハンセン病患者への断種が「癩予防法」に盛り込まれることとなり、後者が提案されたのである。しかし、「国民優生法案」は可決されたものの、「癩予防法改正案」は断種についての批判が出て、廃案になった。以後、ハンセン病患者への断種手術は、「国民優生法」の「故ナク生殖ヲ不能ナラシムル手術又ハ放射線照射ハ之ヲ行フコト得ズ」の禁止条項には該当しない事例、すなわち「故アル」事例と解釈され、継続された。

第二次大戦後においては、未曾有の食糧難という大混乱のなか、産児制限活動家たちが活動を再開し、この動きにより、1947年(昭和22年)社会党の国会議員による提案の形で国会に「優生保護法案」が提出された。この法案は審議未了となったが、1948年(昭和23年)社会党も含む超党派の議員提案により新しい「優生保護法案」が提出され、可決された。

この法律では、第3条第3号で、医師が本人及び配偶者の同意を得て優生手術を行うことのできる例として、「本人又は配偶者が癩疾患に罹っているもの」と規定され、第14条第3号で、医師会の指定する医師が本人及び配偶者の同意を得て人工妊娠中絶を行うことのできる例として、「本人又は配偶者が癩疾患に罹っているもの」と規定された。なお、第1条では法の目的として、「優生上の見地から不良な子孫の出生を防止する」ことが定められているが、ハンセン病が優生保護法の対象となった理由は、戦前からの「罹り易キ体質」の遺伝の防止に求められよう。もっとも、この理由をあまり正面切って打ち出すと、前述のとおり絶対隔離政策の正当性に疑義が生じる。そのような体質があるということは、ハンセン病は特定の人のみが罹患するということになり、絶対隔離の必要性が希薄になるからである。戦後はプロミン治療が普及し始め、絶対隔離の必要性が一層失われていた。

そのため、光田は、1951年(昭和26年)厚生省に「国際癩対策意見」を提出し、「茲に注意すべきは、癩の感染は幼児期に特に濃厚であるからこれらの施設に於て児孫の増加を防止するワゼクトミー手術の実施を最善の方法と認める」と主張している。さらに、同年のいわゆる「三園長証言」において、「私どもは先ずその幼児の感染を防ぐために癩家族のステルザチオン(優生手術)というようなこともよく勧めてやらすほうがよろしいと思います。癩の予防のための優生手術ということは、非常に保健所あたりにもう少ししっかりやってもらいたい」と述べ、幼児の感染防止を打ち出し、「罹り易キ体質」を持ち出すことなく、優生政策を正当化している。しかし、上記発言において癩家族のステルザチオンと言っていることから、この罹り易いという体質の遺伝防止の考えを放棄したわけではないことがうかがえる。

「癩予防法」の改正をめぐる入所者の運動が昂揚した1953年(昭和28年)には、療養所

側は入所者の自治会を通じて入所者の管理強化を計るようになる。例えば、星塚敬愛園では「入園者生活心得」を作成するとともに、自治会との間で連絡会議を開き、処遇などについて協議を行う一方、園の方針を自治会を通して周知徹底するというを行っている。「最終報告書」によると、1953年(昭和28年)3月の連絡会議では、断種(ワゼクトミー)について「今後はワゼクトミーは夫婦舎に入る条件としないことにするがたゞワゼクトミーの必要は認めるからこれからは認めない」とし、「若し妊娠した際は手術することは当然である」と墮胎も必然化している。

このように療養所においては、断種、墮胎が、同意を前提としながらも、半ば強制的に当然のように行われ、特に戦前においては断種手術を実施した者が必ずしも熟練者でなかったことなどから、後遺症などの健康被害も少なくなかったと言われている。

また、「熊本地裁判決」では、1949年(昭和24年)から1996年(平成8年)までに優生手術が1,400件以上、人工妊娠中絶は3,000件以上行われたことが明らかにされている。

なお、国際的にも、ハンセン病を理由に優生手術を認める国はなく、国際会議でその必要性が報告されたこともない。

(7) 重監房の設置

「重監房」とは、国立療養所栗生楽泉園に設置されていたハンセン病患者のための監禁施設であり、正式には「特別病室」という名称であった。1938年(昭和13年)「癩予防法」の懲戒検束規定に基づき設置され、1947年(昭和22年)までの9年間にわたって使用された。施設は、コンクリートや鉄材などによる堅固な独房施設で、標高が1,000メートルを超える立地条件にもかかわらず、暖房は一切なかった。

この重監房が設置された背景には、患者運動制圧の意図があった。1936年(昭和11年)には、長島愛生園で、園側の患者への強制労働に対する管理強化への反発から入所者が自治会結成を求めて患者作業を拒否し、ついに自治会を園当局に認めさせた長島事件が発生した。このような患者運動の広がりや、懲戒検束規定による懲罰だけでは療養所内の秩序を維持するには不十分であり、癩刑務所設置の必要性を療養所側に強く認識させる結果となった。「最終報告書」によると、1937年(昭和12年)、司法省と内務省の間で、刑事犯のハンセン病患者を収容するため、栗生楽泉園内に癩刑務所を設置することが協議された。しかし、実際に完成したのは癩刑務所ではなく、各療養所に置かれていた監禁室の延長線上にある「特別病室」であった。これは、栗生楽泉園単独の懲罰施設ではなく、懲戒検束制度のなかで、最高刑を与える施設として、全国の入所者が対象になった。収容の理由は非常に恣意的であり、従来の監禁室では生温いと目を付けられた入所者が見せしめとして収容された。

「熊本地裁判決」はこの重監房の実態を、次のとおり述べている。

「この特別病室は、昭和14年に設置された重監獄で、厳重な施設がなされ、光も十分に差さず、冬期には気温がマイナス17度にまで下がるという極めて過酷な環境であり、

全国の療養所で不良患者とみなされた入室者の監禁施設として利用された。特別病室に監禁された92人の監禁期間は、平均約40日で、施行規則で定められた2か月の期間を越えて監禁されていた者も多く、監禁期間は最長で1年半にも及んでいた。被監禁者は、右のような厳寒の環境において、十分な寝具や食料も与えられず、92人のうち14人が監禁中又は出室当日に死亡しており、監禁と死亡との間に密接な関係があると厚生省が認めた者は計16人に上る。監禁された理由については、書類不備のため明らかでないものが多いが、他の被懲戒者と連座的に監禁された者もいるなど、懲戒検束規定の運用が極めて恣意的に行われていたことがうかがわれる。」

なお、栗生楽泉園における監禁の実態は、1947年(昭和22年)、地元紙の報道がきっかけで、全国紙やNHKでも報道され、厚生省や国会の調査団が現地に派遣される事態となり、この年重監房の運用は廃止された。

(参考文献)

- ・「ハンセン病問題に関する検証会議最終報告書」(財)日弁連法務研究財団ハンセン病問題に関する検証会議(2005年3月)
- ・「『らい予防法』違憲国家賠償請求事件熊本地方裁判所判決」(2001年5月11日)
- ・「光田健輔と日本のらい予防事業—らい予防法五十周年記念—」(財)藤楓協会(1958年)

2 パターナリズム

多くの犠牲者を出し、血のにじむような闘いをへて、やっと社会問題が批判され始めると、いつも「偏見差別をあらためねばならない」という成句に摩り替えられてきた。朝鮮人・韓国人への偏見差別、部落を特殊化した差別、ハンセン病患者への偏見差別、精神病患者への偏見差別など、これらはすべて政府の政策のもとに普及されてきたことを軽視してはならない。

日本のハンセン病隔離政策についての反省も、「偏見差別をなくす」という成句と結びつけられる。だが政策への反省が、なぜ市民の偏見差別に置き換えられるのか。主語が違うのではないか。政策は政府、その下にある地方自治体、要職についた医師、宗教団体の長などが行ってきたものであり、個々の市民が行ったのではない。たしかに権力者、支配層を支持し追従したのは市民であり、市民の偏見差別が政策を支えてきた面もあるが、それ以上に政府の政策によって市民の偏見差別が植えつけられ、強化されてきたことを隠してはならない。

政策であったことから問題をそらさなければ、隔離政策のイデオロギーは家父長的な温情主義(Paternalism)であるのは自明である。隔離政策のもとでの日常の意識は、支配者による保護と恵みであり、被支配者は感謝するだけであって、権利は認められない。

瀬戸内海の島にある、国立療養所「長島愛生園」を訪ねると、隔離と温情主義が一体

のものであり、今なおそこから抜け切れていないことがよく分かる。

1930年(昭和5年)、隔離政策の強権的な指導者であった光田健輔医師によって選ばれた孤島「長島」。孤島を選び、すべてのハンセン病患者を隔離する、そしてハンセン病を富国強兵の国民から根絶する、病者は世間の偏見差別から守られ、この温かい島で一生を送ることこそ幸福である。これが隔離とパターナリズムの結合である。かわいそうな病者を愛してやまない医師、彼らは当然その尊い仕事の故に、政府によって推挙され、天皇によって叙勲される。その愛に感謝し、その功績を称えて、隔離された者は永遠の石碑を建てる。これが隔離とパターナリズムの結合に他ならない。

長島に橋が架けられ、陸続きになったのは1988年(昭和63年)。つい最近のことである。それまでは孤島であり、「収容棧橋」から上陸させられた。しかも職員用の棧橋とは別に作られていた。入島すると「回春寮」という建物に収容され、持物の検査、取り上げ、消毒風呂への入浴、荷物の消毒が行われた。どこの強制収容所も、国際会議で決議したかのように似ている。「回春寮」という、隔離実行者による不幸の否定を意味する甘い命名も同じである。国立療養所の名称そのものが、なんと光と希望と愛に満ち、隔離の対極にあるかのようだ。長島「愛生園」、隣りに邑久「光明園」、沖縄「愛楽園」、星塚「敬愛園」、多磨「全生園」と名称は続く。

しかしもちろん、長島愛生園にも懲戒のための「監房」がある。ここで死ぬほとんどの人のため、「納骨堂」がある。かつては火葬場もあった。つまり入島すれば、ここで一生を終えることを当り前とする収容所であって、療養所ではなかった。

島は陸と離れ、島という地勢そのものが隔離であるが、島内を歩いていくと温情の碑が多数建っている。入所者を騙しながら隔離政策を推進した創立者、光田園長の胸像は、人びとが行き交う愛生園の中央に建っている。それ以前の陶製胸像—ここは陶器の里・備前に近い—は、1952年(昭和27年)、らい予防法反対闘争のとき、破壊された。そんなことも知らぬかのように、入所者と職員が一緒になって贈ったブロンズ像が建っている。説明文には、「いつも病者の痛みを吾が痛みとされた慈顔の光田先生は、今も治療棟入り口で黙って入所者を見守っていられる」と書かれていた。愛生園の入所者には光田医師を敬愛する人と否定する人の二派があり、光田派は今もバスを借りて、光田園長の墓所、山口県まで参拝する。

さらに歩いていくと、要所要所で巨大な顕彰碑が目にとまる。畳一畳をはるかに超える厚い石に、表に名前、裏に経歴が彫り込まれている。いずれも第2代から第6代の前園長までの記念碑である。前園長の巨大石碑は真新しく、輝いている。

そして、大正天皇妃の貞明皇后の歌碑、「つれづれの友となりても慰めよ 行くことかたきわれにかはりて」が建つ。職員や園を訪ねる国民は、我に代わって隔離された人びとをなぐさめなさい、と命じている。この歌は、「恵の鐘」という鐘の表にも彫られている。恩賜寮、恩賜厨房、恩賜道場といった新旧の名称が散在する。殿下お手植の木もある。

「恵の鐘」の銘板は浄土真宗西本願寺、大谷尊由貌下の染筆であり、鐘は裏方(門主の妻)大谷絢子様の贈り物である。他方、納骨堂の塔の碑は東本願寺大谷光暢注主の染筆であり、納骨堂は大谷智子裏方からの寄付と、「納骨堂由来の碑」に彫られている。「供養塔」は臨濟宗の山田無文老大師の御筆とある。彼らは、ハンセン病について、その医療について、どれだけ知ろうとしたのだろうか。

メモしていけば限りがない。一步一步、隔離する側のリーダーたち、医師、皇族、宗教教団の門主の温情、恵み、愛、保護、やさしさが降り注いでくる。入所者は感謝の気持ちに満たされねばならない。感謝していない者はひねくれているということになる。もちろん、入所者の権利を主張した「長島事件」の碑はない。

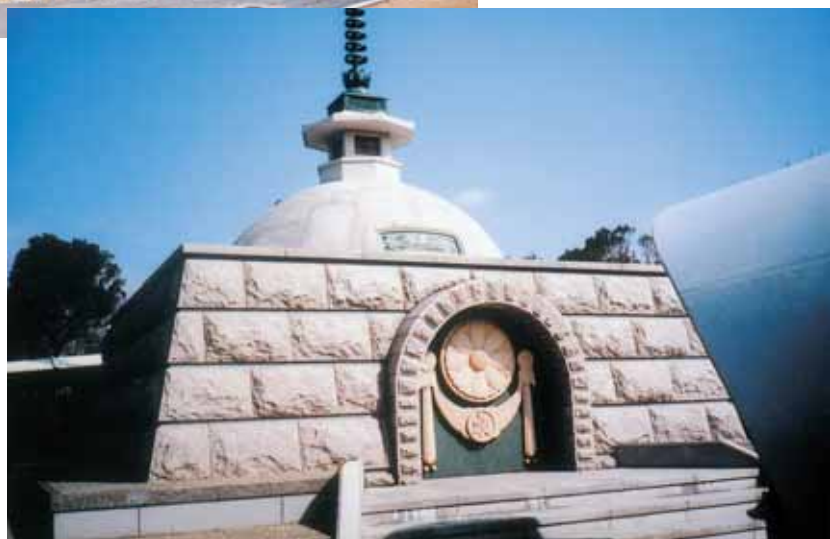
この隔離とパターナリズムは昔のことではない。今も、老いた病者、元患者はこの国立療養所に住み、パターナリズムの装置のなかで暮らし、老いている。

ハンセン病隔離政策について知り、考えるとは、「偏見差別は良くない」と唱えることではなく、隔離政策は温情主義として私たちの意識に浸透しており、保護と強いられた感謝のなかで自立できないでいるのでないか、自立しない人間は偏見差別を温めるのでないか、考えてみるべきであろう。



旧事務本館(愛生園歴史館)

万霊山 納骨堂





納骨堂 碑文

初代光田園長の胸像



恩賜記念館



代々の園長の記念碑
(巨大石碑)



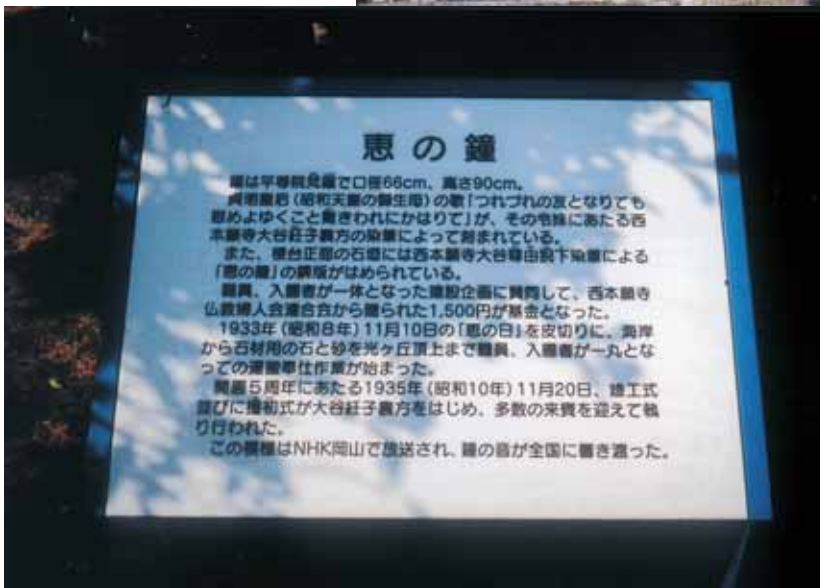
貞明皇后の歌碑



高松宮妃殿下 御手植の木



恵の鐘



3 ハンセン病療養所の実態 ～入所者の聞き取りを通じて～

我が国においては、ハンセン病を撲滅するには患者の強制隔離が必要とされ、ハンセン病政策に強い影響力を及ぼした光田健輔は、ハンセン病を撲滅する唯一の正しい対策は、全患者の終生隔離及び患者・家族の子孫絶滅であると信じていた。また光田の考えは、男性、女性を区分することなく患者を療養所に入れて、性別役割分業に基づく労働を行わせて経費をかけることなく療養所の運営を行うとともに、患者同士で結婚させて安定させ、結婚を患者が強いられる隔離生活に意義を与える装置として活用するものであった。この考えは全国の療養所に広まり採用された。

一方で、処遇改善を求める入所者の運動もあり、1960年代半ば以降入所者の処遇改善、施設的环境改善が進められていくこととなった。

こうした療養所での状況や実態の一端について、聞き取りした長野県人会の入所者のお話を通じて、とりまとめた。

(1) 入所時の対応

ハンセン病を治療して自宅に帰るつもりできた入所者が、療養所職員の言動により、入所直後に故郷に帰ることを断念し、もうここで暮らしていくしかないと決心せざるを得ないような状況もあった。

○ 楽泉園へ入って検査が済まない時に、分館長（現在の福祉課長）が、「全員悪い所を見せろ。」と言うので、見せると「これはだめだ。」と言われ、「だめだ、とはどういうことか。」と聞くと、「帰れん、ということだ。」と言われた。私はすぐに「これは帰れないんだ。俺はもうここで暮らすしか仕方ないんだな。」と思うように変わってしまいました。（栗生楽泉園・男性）

○ 職員が「入院するのはおまえさんか。」と言うので、「そうです。」と答えると、「ここへ入ったら、2度とは出られないぞ。ここには宗教もあるから、神、仏にすがって生活していく以外にないから、そのようにしろ。出ると思っちゃ駄目だぞ。」というようなことを言われました。（多磨全生園・男性）

(2) 療養所における治療

ハンセン病の治療は、戦前は大風子油がほとんど唯一の薬で、戦後、プロミン、ダブソンといった有効な治療薬が開発されて治癒が可能となり、1980年代からはリファンピシン等の抗菌剤を組み合わせた多剤併用療法による治療が確立され、再発の可能性がほとんどなくなった。

また、療養所においては、開設当初から、医師、看護師等の職員が不足していたことから、患者がより重症の患者の面倒をみるなどの状況もあった。

なお、患者による看護は、1960年代半ば以降看護切替えにより改善されている。

- 大風子油は私にはよく効いた。無理して一日に複数回注射してもらったこともある。入園した当初は、症状が重かったが、薬が効いてよくなった。プロミンが使われるようになってからは、さらに大きく回復した。副作用はあまりなかった。
(長島愛生園・女性)
- 看護師さんでも、外科のちょっとした手術をやったりしていた人もいました。断種手術もやったかもしれません。昔の看護師さんは、ちょっとしたお医者さんくらいのは、やっていたと思います。
(多磨全生園・男性)
- 昭和25年、26年頃は、園の先生は外科と内科とせいぜい2人位であった。また、医者の卵みたいな人がたまに来ていた。先生は外科だけでなく、何でもやってくれた。
(栗生楽泉園・男性)
- 入所した直後は、義務看護というのがあって、今は看護婦さんがやっていますが、不自由者の掃除や食事の世話などを、みんな患者がやっていたんです。私は入ってすぐ、子どもを負ぶって、その不自由者の所へ行って、朝、布団片づけたり掃除したり、ご飯が来ると、みそ汁を温めたりしました。
(栗生楽泉園・女性)

(3) 療養所内での生活について

ア 住居・食事

当時の住居、食事の状況は、長屋形式で、台所、トイレが共同であり、十分な暖房設備もなかったようである。また、食事の状況も、戦前から戦後の昭和20年代の半ば頃までは大変厳しかったようである。こうした厳しい環境の下で、入所者は耐えながら生活していたことがうかがえる。

- 入った時は、収容病棟といって普通の病室でベッドがあって、そこに1週間くらいいました。その後、独身舎というところに入りました。12畳半で、私が入った時はそこに3人くらいで、大きな部屋に大きな炉が1つだけで、それが炬燵になったりするくらいで、暖房らしいものはなかった。そのため、寒かったけど、人間はそれでもちゃんと過ごせました。
(栗生楽泉園・女性)
- 夫婦舎は4畳半が夫婦舎で、そこへ炬燵があって、だから、布団を敷くと一杯になりました。お勝手ありません。お勝手というと、雪が降っても何でも外で、それこそ、みかん箱みたいなひっくり返して、そこに七輪置いてやりました。炬燵の炭は、1人に半俵くらい配給されたが、とても足りないから、ヤミで買ったりしました。4畳半で、お勝手もない、トイレもない、考えてみると、よく暮らしてい

たと思いますね。今は本当に天国のようです。 (栗生楽泉園・女性)

- 園の生活では変わったことは、最初は6軒長屋で、お勝手が3軒で1つ、トイレも3軒で1つの共同生活で、隣人が食事をする時、トイレに行かなくちゃならないし、行かないでいけばつらい。行けば何か悪いような気がする。そういう気兼ねがいっぱいあったが、今はそれがない。本当に天国です。 (多磨全生園・女性)
- 住まいの方は、いびきなどが筒抜けでも、共同でゴチャゴチャ寝ているよりは、1部屋の4畳半の部屋の方が良いということでした。こういう状態が昭和30年代に入っても続いたと思います。こんな人権を無視したような造りじゃなくて、もっとしっかりした寮を造ってほしいということが、段々浸透して行って、やがて予算が来るようになり、1棟建ち、2棟建ち、3棟建ちというような、今の夫婦舎のようなものが出来てきました。それと同時に、独身の部屋も4畳半の部屋で、1棟が7部屋から8部屋のが造られ、段々改良され、今はもう4畳半ではなく、4畳半にサニタリー式に造って、後ろにお勝手まで付いて6畳ぐらいの部屋になっています。 (多磨全生園・男性)
- 子どもの頃は、園内の寮に入っていて週末だけ母と一緒に居ることができた。親のいない子どももいたのでやむを得ないことと思う。小学校から高校まで寮で生活をしていた。基本的に夫婦は一緒にいたが、親子は別れて暮らしていました。 (長島愛生園・女性)
- 食事では、大きな飯器があり、炊事場に「ご飯とり」という人がいて、その人がご飯をもってきてくれ、部屋で3人でテーブルを出して食べました。おかずとみそ汁に、ご飯は黒いようなものだったと思います。

私に来る前は、みんなお腹をすかしたり、代用食とか食べていたようだけど、私は昭和25年だからいい時期だったと思います。だんだん良くなる時期だったからそんなに食事に苦労はありませんでした。 (栗生楽泉園・女性)
- 終戦の年の夏頃だと思うが、お椀に1杯の飯で、お椀に1杯といっても、サツマイモの切れっ端にご飯がまぶしてあるようなのが1回の食事でした。1杯の8分目ぐらいの茶わんの中に、米が一粒ぐらい入って、あとは麦のひき割りです。それでも食べられればいい方でした。みんな「これを食べて病気を治せと言っても治るわけではないよな。」なんて言いながら食べるんだけど、それしか食べる物が無い。みんな真っ白い銀シャリを夢見て、「おら、食べたいな。おら、食べたいな。」と言いながら、涙流しながら死んでいった人も随分います。 (多磨全生園・男性)

イ 患者作業

療養所においては、多種多様な作業が患者に割り当てられて、ほとんどが強制されて行なわれていたようである。

- 今は、ご飯やなんかを炊事から運んでくれるけど、当時はご飯取りも義務でした。あの頃、1か月、ご飯取りして800円だったかな。下駄1足も買えなかった。こんなに雪があっても、天秤かついでご飯取りに炊事へ行って。雨が降った時は、傘さしていても風が吹いたりすると、すぐ壊れちゃうんですね。とにかく話になりませんでした。考えてみたら、よく生きていたと思うくらいです。（栗生楽泉園・女性）
- 姉が和裁部に入っていたので、それで引っ張られて和裁部に入りました。園内で着るハンテンを縫ったり、布団も作りました。それから、しばらくして、みんなあこがれていたミシン部に、申し込んでおいたら順番がまわってきて、今度はミシン部に入りました。ズボン・ブラウスを縫ったり、背広も先輩に教えてもらって作りました。野球部があって、ユニフォームもつくってあげたりしました。それが昭和25年か30年頃だと思います。しかし、その後はだんだんそういう仕事はなくなり、職員の方にしてもらおうようになり、患者さんはだんだん働かなくてもよくなりました。（栗生楽泉園・女性）
- 園内で、長野県の人が出れば、長野県の人が2人で当番で火葬場へ行って、燃え切るのまで見届けて、酒一升をもらって飲んだ。酒なんか飲んでも、それは経験した者でないと分からないけれどすごいもので、1週間くらい鼻から臭いが抜けなかった。（栗生楽泉園・男性）
- 鉄鋼部という部署で鍛冶屋さんの仕事や果樹園、それから豚舎や牛舎の作業をやりました。（多磨全生園・男性）
- ここへ来て直ぐに1週間もたたない内に木工部という所に仕事に行っただけです。そこでずっと3年間仕事をしていました。ガラス戸の修理とか、お勝手が水で腐ってしまえば、その作り替えとか、そういうことを全部やりました。この園の中には、本職のたたき上げの大工の職人が結構いました。だから、家を建てるという場合にも、自分も手伝って、3軒か4軒新しい寮舎を建てました。（多磨全生園・男性）

ウ 結婚・断種

療養所においては、当初、出生児への感染防止や妊産婦の病状悪化防止の見地から、男女間の交渉を厳重に取り締まったが、必ずしも効果が上がらず、妊娠・出産に至ることも少なくなく、療養所においては、出生児の養育に苦慮することとなった。

こうしたことから、出産防止とともに、療養所秩序の安定・維持に役立つとの考えから、断種を条件に結婚が認められることになった。

- 私は変な形でもらいたくなかったので、妻の実家に行って、親とか親の兄弟などみんながいる前で「お願いします。」と言い、昭和27年1月に結婚しました。当時は、断種をしないと結婚させてもらえなかったが、私はあんまり抵抗を持っていなかった。私らにとって、子どもをつくって良かったかなと考えた時、その子どもは誰が育てるのか、保育所はあるが、仮に家へ持って行って、兄弟に面倒見てくれとは私には言えないし、国で養ってもらっていて、子どもまで養うことをお願いできない。また、偏見というのはそんなに簡単になくなるものでもないし、生まれた子どももかわいそうだと思います、私はそういう気持ちになっていました。

(栗生楽泉園・男性)

- 当時、園では、結婚はいいけれど、必ず断種という、それが付いて回りました。しかし、断種の手術をしたのが、私が最後かもしれません。私の時には断種する人が3人いたが、他の2人とも逃げてしまい、私だけ手術しました。法律に基づいてちゃんと断種しますということで、東京都へ提出する書類にサインをしました。私は、断種しなさいと言われたが、それ以降は、断種しろともするなとも言わないようで、それ以降はやったという人は全然聞いていません。だから、昭和35年以降に結婚した人は、断種はしていないのではないかと思います。(多磨全生園・男性)

- 付き合いたい人ができて、変な目で見えてほしくないと思い、その承諾をしてもらおうと、園内でお世話になっている方の所に行った。そうすると、話が変な風になり、隠し事はよくないと思って相談したのに、そういうことは結婚することだと決めつけられ、私は2、3年先と思っていたのに、その秋に結婚することになった。子どもができないように、どちらかが手術をしなければいけないと思ったが、どちらか1人だけが普通の身体でなくなって、1人が普通でいるのなんて不公平だと言いつつ、どちらも手術しなかった。その当時(昭和32年頃)、結婚する人たちはあまりやらなかったようだ。

(多磨全生園・女性)

エ 患者運動

療養所においては、入所者による自治会組織が結成され、プロミン獲得運動やらい予防法改正闘争に取り組んだ。長野県入会の入所者の方もこうした自治会活動に参加している。

- プロミンが効くということが分かってきて、昭和23年末に「プロミン獲得運動」をやりに、獲得委員会を代表して、自治会の人々が先に立って大蔵大臣に陳情に行き、予

算を計上してくれることになった、私はそういう運動にも参加したが、昭和24年から全般的にプロミンが行き渡り、私も病気が良くなって、今のような顔になりました。

昭和28年のらい予防法闘争の時には、その仲間にも入っていたので、いの一歩で国会へ行きました。やはり、今もって私が不思議だなと思っているのは、あれだけ科学的に信用すべき医者たちの卵である厚生省の事務官が一杯いて、プロミンで治るといふ実績が出ているのに、3園長の証言を信用して、「治療すれば治るんだ。」ということが、認められなかったことです。やはり大物の3園長の証言というのは、そんなに利くものかなと思って、今でも頭の中にずっと残っています。

(多磨全生園・男性)

- 昭和28年の「らい予防法改正闘争」では、東京に行ったし、ハンストをやった。本館前へ行って座ったりしたが、そんなにすごくなかった。だから、行かない人は全然行かないし、案外気楽なものでした。改正闘争後、園の中の待遇面とかは変わらなかったと思う。ただ、園の中のみんなが外出するようになり、社会に出て働くようになってきたことは、1つあるかもしれない。(栗生楽泉園・男性)

- 園内に婦人会というのがないので、婦人会も作りました。婦人会を作って、療養所の中でも、洋裁やる人がいるので、そういう人を講師に招いて、若い人たちが洋裁を習ったこともありました。

患者側の自治会が実行委員というのを作って、闘争したことがあります。私と私の友だちも闘争実行委員に入って、いろいろ陳情したりしました。

(栗生楽泉園・女性)

オ 外との交流

(ア)外 出

療養所からの外出については、厳しく制限され、また、無断外出をすれば、懲罰として監房へ収監されるなど、取り締まりも厳しく行われていたようである。昭和30年代になると、労務外出が認められるなど、外出の規制も徐々に緩やかになった状況がうかがえる。

なお、現在では、原則として外出は自由に認められている。

- 当時は、堀の外に有刺鉄線があり、入所した昭和16年はまだ一部残っていた。逃走もあったし、帰省もやたら出してくれなかった。だから、お袋が危篤だとかいう偽電報を打ったり、「そんなの行ったら、お前、お袋治るわけじゃないから」とか言われてね。それでも出してくれたりして。(多磨全生園・男性)

- 昭和22年当時は、外泊は、ほとんど許可されなかったと思います。病気のごく軽

い人は、「家へ行って整理をして来ないといけないから、お願いします。」と言って、「帰省の許可」という届けを出して、職員が顔を見て「これなら、出してもいいかな。」と考えて、「じゃあ、後で願書を持って来い。」ということで、出してくれたのです。けれど、正門からは出さずに、北側の帰省門という門まで、わざわざ連れて行って鍵を開けて出してくれたのです。

何回行っても、許可が出そうもないと思えば、仕方がないから自分で単独で垣根から出て行きました。タイミングが良く帰ってくればいいけれど、以前は毎朝全寮を見回るので、いないのが分かっただけで、もう駄目でした。「温かい格好をして来なさい」と言われて、昔あった監房という留置場へと入れられました。無断外出で最低10日でした。そんな事があったのは、昭和20年頃までじゃないかと思います。

当時は、無断で出ると、逃走といって監房へ普通は入れられるので、監房へ入れられるのではないかと考えて来たけれど、戦後民主主義になり、また、以前にお世話になった人で、園の顔役でいた人が、「これは家へ帰ったんだけど、監房へなんか入れるんじゃないぞ。」と言ってきて、それが理由かどうかは分からないが、監房に入れられなかったのが、よかったです。

外泊の許可は、予防法闘争の昭和28年頃でもまだ、なかなか難しかった。だから予防法闘争の時、最後の8月の段階へ入り政府が強行に通そうとなった時には、「今、大変な時期だ。通してはならないから、これから運動に一番力を入れなければいけない。」ということで、広場で大会をやって、我々の代表者を応援しなければいけないからと、みんな正門から出たのです。動けない人は、リヤカーに乗せて田無街道を国会に向けて動き出したのです。それでも職員の人たちは総出で、門の所で「行かないでくれ、行かないでくれ。」と止めましたが、それでもみんな、プラカードを持てる連中はプラカードを持って、リヤカーを引っ張って、田無街道を出たんです。

外出が自由になったのは、35年か37～38年頃からだと思います。ローマ会議でハンセン病を特別扱いしてはいけない、治ったら出さなさい、福祉を考えてやりなさいというふうに言われて、その頃から若干緩くなったような感じです。

それから2、3年たってプロミンが効いてみんな元気になったので、外へどんどん仕事に行くようになり、園の方が労務外出と言うようになったのです。事故があった時に困るから、働きに外へ行くという意味で、労務外出という外出を認めるから、行ってくれということで、みんながわぁと出て行くようになりました。

(多磨全生園・男性)

- 20代の頃、外出には許可があるので、垣根の所々に、穴を開けて逃走しました。捕まったら監房入りです。結局は、不良患者でした。その頃は、自転車は個人で使えなかったから、全部歩いて、清瀬の駅まで20分くらいで行きました。

昭和32年の5月か6月に、外へ出ました。もう少し早く出たかったのですが、なか

なか出してくれなくて、結局ここから逃走したんです。園長先生に、3年くらいの間「外に行きたいんです。」と言ったら、「あなたはまだちょっと」ということで許してもらえなかった。昭和26年、27年頃からは、比較的緩くはなってきたんですが、「退院させてください。」と言っても、まだまだだめでした。（多磨全生園・男性）

○ 悪い事をするとすぐ監房に入れられるなど、療養所の規則は厳しかったです。外出も、たとえ親が危篤であっても、病気が重ければ許可されませんでした。だから、どうしても自分の家に行きたい人の中には、逃走する人もいました。また、自殺する人もいました。かわいそうだなと思いました。（多磨全生園・女性）

○ 本人の意志で働くとなると、国でも、本当はどうしようもないらしい。明日から「俺は出るから」と「誰が何と言っても俺は出るから」と。それで働いて、ちょうどホームレスみたいなもので日払いの。それでも日払いでも何でも使ってもらえれば、こんなありがたいことはない。そのようなことをして、結局、国のほうでもだんだん折れてきて、外出を認めるようになった。（栗生楽泉園・男性）

○ 平成13年の国家賠償訴訟の判決の後、外出するにしても何をやるにしても、一応自由になりました。昔は、ちゃんと園長の許可をもらって、それで外出したけれども、今はそれがない。ただ、年取ってきたから、自動車なんかの事故になった時に困るので、できるだけ届けていってくれということはありませんでしたが、それも強制的ではなくなりました。（栗生楽泉園・男性）

(イ)家族との関わり

地域社会においては、ハンセン病に対する偏見・差別が根強く、患者が出た家が村八分的な扱いを受けるケースもあったようである。

家族との関わりや思いは、入所者一人ひとりの事情が異なることから、一律に語ることはできないが、入所者は、残された家族や親戚のことを思い、故郷の家族・親戚との交流を絶つなど接触をなるべく控えている人が多いことがうかがえる。

○ 現在、生まれ故郷には跡取りがいるが、付き合いはありません。妹がいて、よく電話をくれるし、ここへも来ます。いろいろな状況は分かっています。薄情かもしれませんが、家のことはあまり考えません。妹は、夫には私のことを話していません。しかし、妹は「ここにいることを言ってもいい。」と言うから、私は「言っちゃだめだ。」と言いました。「もしだんなさんに嫌われたら困るだろう。だから、言っちゃだめだよ。」と言いました。妹の夫には会っていないし、ここに居ることも知りません。（栗生楽泉園・女性）

- 上の兄が、私という病人がいるから、村に居にくいのでしょうか、開拓に行くといって他県の方に行ったが、両親は住み慣れた所を離れられず、田舎にいる三男の所で世話になることになった。私は、その兄嫁を一生懸命奉らないと親戚がうまくいかないと思って、言葉だけでなく、品物などを送って関係をつないでいる。兄弟が大勢いても、今お付き合いのあるのは、姉の長男と親を見てもらった義理のお姉さんだけである。偏見があるから、身内にそういう人がいるのが怖いみたい。それが怖いから付き合いができないと思う。 (多磨全生園・女性)

- 入所してから半年ほどして、郷里で「ハンセン病になって療養所へ入ったそうぞ。」と人から人へ話が広まっていった。養母が、「大騒ぎになっちゃって困るから、もし、落ち着いて帰ろうと思っても、帰らないでくれ。」と言って、泣いて謝りました。 (栗生楽泉園・男性)

- 自分がここに居ることは、子どもには話してあるが、知って夫婦別れになっては困ると思い、子どもの結婚相手には話していない。妻は、お盆と正月には、決まって訪ねて来ます。 (栗生楽泉園・男性)

- 入所してからは、親や兄弟との手紙などの連絡は一切なく、父が亡くなった時も全然連絡はなかったんです。何十年ぶりで異母兄弟の弟と連絡をとったら、会うって言うから、会いに行ったら、快く会ってくれました。1人だけだけど、よく会ってくれたなと思いました。会おうと思ったのは、みんなもうそろそろ年だから、いなくなると困るから1回くらいとの思いからです。一応私がここに居るということだけは知っているみたいです。弟が今どんな生活してるのかなと、そういう思いはありました。迷惑がかかるし、堂々と家まで行けるということは、よほどじゃないとできないでしょうね。 (栗生楽泉園・女性)

- 郷里へは昭和38年に再入所後初めて妻と一緒に帰りました。その後は、昭和45年まで盆と暮れには帰ったが、家へは、夕方日が暮れてから分からないように入りました。
昭和49年に父が亡くなったことは、親戚は誰も教えてくれず後から知りました。また、平成2年に母が亡くなった時は、叔父の子どもが連絡しようとしたが、電話が通じず、死に目に会えず、葬式にも行けませんでした。 (多磨全生園・男性)

- 平成14年に、妻が亡くなり、姪が妻の葬式で楽泉園に来たときに、「おばさんを、ここへ葬ってしまったんじゃ気の毒だ。私は、おじさんの姪なんだよ。だから私が、おじさんの姪である以上に、お婆さんの姪でもあるんだよ。だからお骨は、家のお

墓で眠ってもらおうから…」と言ってくれ、それで妻の遺骨は私の生まれた家へ持って行って、納骨は親戚、園の中で親しかった人も呼んでけっこうに勤めたし、一周忌も勤めさせてもらった。みんな骨を持って来たらどうのこうのと言うけど、私の場合、自分から進んでしなくても、周りがそうになってくれ、私が甘えさせてもらった形になっており、そういった点では、私は恵まれていると思う。

(栗生楽泉園・男性)