

第3章

強制隔離政策に果たした医学・医療界の役割

第1 医師が主導した収容主義

1 強制隔離政策の導入及び推進

ハンセン病患者に対する強制隔離政策の導入及び推進に当たっては、第2章で述べたように医師たち専門家が主導的な役割を果たしたことは言うまでもない。もともとは、放浪する患者の存在を国辱としてとらえる近代化の発想から生まれた政策であり、当初は主として放浪患者の隔離を行い、最終的には全患者の生涯隔離(絶対隔離)を目的とするものであったが、これを発案して具体化し、政府に実行させたのは医師たち専門家であった。

1902年(明治35年)3月、群馬県医師会長であった衆議院議員斎藤寿雄らが提出した「癩病患者取締ニ関スル建議案」が第16回帝国議会衆議院で可決された。斎藤議員は、「虎列拉『ペスト』ト同ジク、一種ノ細菌ニ依ッテ伝染スルト云フコトガ、各国ノ医学社会デ確定シタ以上ハ、ドウシテモ之ヲ捨置クコトハ出来ナイ …(中略)… 外国人ガ日本ヘ参ッテ、一番恐レマスノガ、此癩病患者ガ路傍ニゴロゴロ致シテ居ルノニハ、実ニ驚イテ居ルデス」と建議案の提案説明を行い、その上で、「取締法」「予防法」の制定を求めた(「最終報告書」の「第十六回帝国議会衆議院議事速記録」からの引用)。

1903年(明治36年)5月には、第18回帝国議会において、元警視庁警察医長で衆議院議員の山根正次が「慢性及急性伝染病予防法ニ関スル質問書」を提出し、ペストやコレラなどの「急性伝染病」とともに、ハンセン病をはじめ結核、性病、トラホームという「慢性伝染病」への対策を政府に求めた。質問に立った山根議員は、「僅カニ仏蘭西人或ハ英人等ノ慈惠的ノ金デ、彼等ハ病氣ヲ治シツ、アルヤウナ有様デアルノニ拘ラズ、政府ハ …(中略)… 金が無イカラ之ヲ防グコトハ容易ニ出来ヌト云フヤウニシテ、之ヲ打ッチャッテ置イテ、宿屋ノ取締モナサネバ、病院ヲ拵ヘテ之ヲ容レル所ノ方法モ立テラレテ居ラヌ」と政府を厳しく批判し、ハンセン病という「危険極マル所ノ病氣」に法令を制定して、患者を隔離するよう求めた。

しかし、内務省では急性感染症の対策に追われていて、ハンセン病への具体的な対策は決まっておらず、内務大臣内海忠勝は「能ク地方ノ状況ニ鑑ミ時宜ニ適応セル措置ヲ実施センカ為メ目下其方法講究中ニ属セリ」との答弁書を提出するにとどまった(「最終報告書」の「第十八回帝国議会衆議院議事速記録」からの引用)。

そこで、山根議員は、1905年(明治38年)2月、第21回帝国議会に「伝染病予防法」の対象にハンセン病を追加することなどを含む改正法案を提出したが、この法案は第2章

で述べたとおり否決されてしまう。内務省としては、ハンセン病を予防するにはコレラのような急性感染症に対するような隔離は不要と認識していたものの、議員立法として具体的なハンセン病対策が提案された以上、対案を提示しなければならなくなった。

内務省衛生局長の窪田静太郎は、衆議院伝染病予防法中改正法律案委員会で、ハンセン病対策の内務省案を提示した。これは、ハンセン病患者のうち「乞食、然ラザルモ貧民」の患者に「予防方法ヲ着ケタイ」というもので、具体的には、親戚や「故旧」に患者の保護・監督の責任を負わせ、それが不可能な「下層の貧民」には府県の費用で市町村長に監督させるというもので、その監督の方法として公私立病院、あるいは東京養育院の付属病室への患者の委託をあげていた。窪田衛生局長は、「下層社会ニ於キマストコロノ、外部ニ顕著ナル徴候ヲ現ハシテ居ルヤウナ癩患者ニ対シテハ、処置ガ着イタラウカト信ジテ居リマス」と述べ、この対策に自信を見せた（「最終報告書」の「第二十一回帝国議会衆議院伝染病予防法中改正法律案委員会議録」からの引用）。

この東京養育院の付属病室とは、当時東京養育院の医官であった光田健輔が、1899年（明治32年）、ハンセン病患者の院内隔離を実施するため開設した「回春病室」のことであり、窪田衛生局長は光田の養育院における実践を承知していて、上記のような答弁を行ったのである。窪田と光田の接点は、養育院の院長に就任していた渋沢栄一である。光田の意見は、以後渋沢を介して国策に反映されていった。

光田は、1906年（明治39年）、「癩病患者に対する処置に就て」という意見を発表する。この直後、第22回帝国議会に山根議員らが議員立法として「癩予防法案」を提出した。これは光田の意見を反映したもので、光田の方でも法案化を前提に意見を発表したと考えられている。山根議員は、衆議院本会議で法案の説明を行い、ハンセン病患者の存在は国家の軍事力・経済力の「妨」となると述べ、他の議員からも「日本ハ武力ニ於テ世界ノ一等国ニナツテ居ルニ拘ラズ、野蛮国デナケレバ現ハレナイトコロノ此癩病患者ガ是ノ如ク多数アツテ、此取締法ニ一モ注意ヲ払ハヌト云フコトニ至ッタナラバ、此点ニ於テハ日本ハ何分ニモ文明国ニ列スル面目ハナイ」と法律の必要性が主張された（「最終報告書」の「第二十二回帝国議会衆議院議事速記録」からの引用）。

この法案は貴族院では時間切れ審議未了となったものの、翌1907年（明治40年）「癩予防ニ関スル法律案」が提案され、可決後「癩予防ニ関スル件」が成立した。以降、第2章において述べたとおり光田の影響の下、絶対隔離政策が推進されていった。

次に個々の医師ではなく、学会の果たした役割をみておきたい。日本ハンセン病学会は、ハンセン病に関する研究、会員相互の知識の交換などを図る目的で1927年（昭和2年）に「日本癩学会」として設立された。その後、「日本らい学会」を経て、現在の「日本ハンセン病学会」に名称変更をしている。

2004年（平成16年）第77回総会で、学会とハンセン病隔離政策との関わりについて、「当学会は法人でない任意の学術団体であるが、1945年までは療養所長会議録の掲載など療養所行政との境界が曖昧な点もあった。このような中で療養所病床数増加の建議書

などの提出なども行われたものと考えられる。即ち、1930年代の後半から、1940年代にかけて内務省、厚生省等に療養所の充実を建議しており、これは『癩予防法』に基づく全患者隔離の方針に沿ったものであり、学会が隔離政策に関与していた事は明白である。…(中略)… 隔離政策は『らい予防法』の根幹の一つであるが、法律は厚生省の問題であり、『学術的』な問題ではないとの認識が学会の大きな流れであり、医学的な問題のみならず社会的問題も学会が認識していない現れである。」との認識を示している。また、光田の主張への学会の関わりについては、「1947年までは療養所病床増加が光田及び学会の方針であり、これは国の方針でもあり、学会が光田及び国の方針に追従したと認められる。」とし、部分的にはあるが、光田の強制隔離政策に果たした役割を肯定している。そして、「医学の発展というものは、単に基礎、臨床医学を進展させ病気の解明、治療、治癒に貢献するのみでなく、その成果を患者の福祉に反映させるべきである。すなわち全人的医療を尊重すべきことを当学会の歴史は示している。学会では今後人権を尊重した医療、研究成果の臨床や社会への反映、ハンセン病医療内容の向上に努めるよう学会の運営に留意し、学会員に働きかけていく所存である。」としている。

2 戦後の強制隔離政策の継続

第二次世界大戦後、日本でもプロミンの合成に成功し、厚生省は隔離政策の見直しを示唆するが、第2章で述べたとおり、光田健輔、林芳信、宮崎松記の3人の医師はこれに激しく反発して、見直しを撤回させている。1951年(昭和26年)にはいわゆる「三園長証言」が行われ、光田園長は、ハンセン病の感染性及び治療について、次のように述べた。

「癩と結核は全く別でありまして、皮膚の上皮膚の0.1ミリか0.2ミリの下には …(中略)… その黴菌の猛毒質の群集があるのです。鼻の粘膜からは出、口の粘膜からは癩菌が飛ぶというようなことになっておるのであります。…(中略)… 結核及び梅毒の病巣と癩の病巣との差は、それは紙一重の下にある菌と、それから深部にある菌との差があると思うのです。…(中略)… 蚊にもくちばし、それから蠅にも血を吸うくちばしがあるし、それからダニ、…(中略)… これらによつて血と共に癩菌が運搬せられる。これはもう癩病のはやつておる所ではうつるもの。…(中略)… 神経癩はうつりはせぬ、それは外へ出してもかまやせぬというようなことを言う人があるのであります。…病原というものを追究して行けば、神経癩であろうと、癩と名のつくものは私どもはやはり隔離しておかねばこれはうつるものだというふう考えるのであります。」

「現在の治療というものがどのくらいの程度かと申しますというと、ひどく癩菌が増殖して潰瘍を作る、その潰瘍を治癒せしめるということだけはできるのでありますけれども …(中略)… 癩性神経炎というようなものについては、…(中略)… 神経繊維の再生はできないのであります。それでありますから依然として癩菌が少なくなったから、これを出すことができるものならいいが、依然として、そういうような患者さんは外部

において又いろいろの職業に従事いたしまするといふと、又ひどく破壊が起るのであります。現在の有力なる治療でも再発を防ぐといふことはなかなか私はむずかしいように思うのであります。」

前段の証言について、「最終報告書」は次のとおり批判する。

「光田が強調したのは、らい菌は皮膚の表面に近いところにあるから、深部に病巣のある結核や梅毒より危険だということである。しかし、この主張は科学的に正確さを欠く。結核の場合は、肺の病巣は気管支とつながっていて結核菌が病巣から外へ排出されるし、梅毒の場合は性器粘膜に病巣があり、そこから非常に感染性の強いスピロヘータが排出されるので深部とは言えない。また、吸血昆虫によるらい菌の媒介については疫学的証明はなく、単なる憶測に過ぎない。日本には人を刺す蠅も存在しない。さらに何の根拠も示さずに神経癩が感染源になると断定しているが、神経癩の菌は神経の中だけにいるのであり、まさに光田の言う『深部』にはほかならない。

光田証言の特徴は、感染症の疫学に関する基礎的な知識すら持ち合わせていないことである。光田も参加した1923年の第3回国際らい会議では、菌数の少ない型の患者は疫学的見地から隔離する必要がないことが合意されていたのである。

光田はまた、らい菌は猛毒質の菌と証言しているが、ハンセン病の病変がらい菌の毒素によって引き起こされるという証拠はなく、もちろんらい菌が産生する毒素も同定されていなかったし、現在でも見つかっていない。ハンセン病の特徴は、通常の感染症とは桁違いに多数の菌が体内で増殖しても、全身状態が侵されることはなく、普通の日常生活が可能なことである。この点からも、らい菌が人体に有害な毒素を産生する菌とは考えられない。

第1世代にとっては、絶対隔離政策の推進という結論がまず初めにあって、そのために間違った情報を国民に流し、国民がハンセン病を恐怖し、社会から排除するようにし向けたのである。」

ここで「最終報告書」がいう第1世代とは、1907年(明治40年)の「癩予防法ニ関スル件」制定から戦後にかけて絶対隔離が推進された時代の専門家を指している。

後段部分についての「最終報告書」の批判は次のとおりである。

「この証言には多くの偽りがある。重症のL型*1患者だけに触れてすべてのハンセン病患者を終生隔離しなくてはならないと議員に思い込ませるのは明らかに偽りである。菌がひどく増殖して潰瘍を作るような者以外にも、T型*1や境界群*1の者など多彩な患者がいるので、プロミンの効果も多彩であり、それぞれの患者に合った療養の仕方があるはずであった。

菌が少なくなっても、らい性神経炎は治らない。社会に出て労働をすると、また神経が破壊されるから、退所させられない、という主張も偽りである。らい性神経炎は、らい反応などによる急性期を除いて特に安静にしていなければならないわけではない。もし慢性期のらい性神経炎にまで安静が必要ならば、ハンセン病患者は一生『安静』にし

ていなければならないことになる。らい性神経炎にとって労働が悪いというのであれば、光田はなぜ園内作業をすべての入園者に強いたのだろうか。ちなみにL型の神経炎は、他の原因による神経炎よりも神経繊維の再生が良く、機能回復が期待できることが分かっている。

再発防止が困難であるという主張もおかしい。この証言が行われたのは、プロミンによる治療が始まって数年しかたっておらず、再発についてはまだデータが揃っていなかった時期で、すべての患者が再発するという医学的根拠はなかった。かりに再発が起こってもそのときに対処すればすむことで、再発の可能性を理由に現実に再発していない患者も園内にとどめておく合理性がどこにあったのだろうか。」

次は、宮崎園長の証言である。宮崎は次のとおり述べ、ハンセン病患者に隔離を納得させるための根拠を示すよう求めている。

「私ども今までただ癩は隔離するというだけでやってまいりましたが …(中略)… 私の所には丁度道を隔てて隣りに国立の結核療養所があります。その患者はまあ出て歩く。併し事癩患者になると一步この境界を出てもつかまつて懲戒検束をやるとか、周囲からやかましく抗議をされるというのはなぜかということをつたひ質問を受けるのであります。何故に癩患者は隔離しなければならないか、…(中略)… 結核患者はなぜ隔離しなくてもいいかということの根本問題を一つはつきりして、私どもは隔離の根本理念を確立して頂きまして、患者が如何ように申し参りましても、こういう方針だと私ども確信を以て患者の隔離を断行できるような理論的な裏付けをして頂きたいと思ひます。」

「最終報告書」は、「現場で絶対隔離政策を進める療養所長ですら、つじつま合わせの論理しか持ち合わせておらず、患者を説得できる論理を考えてほしいと国に懇願するほどだった。」と批判する。宮崎は、結核患者を自由に外出させながら、ハンセン病患者には認めない根拠がないことを自ら承知していたのである。

また、「最終報告書」では次のようにも述べられている。

「第1世代の絶対隔離論者はまた、多くの疫学的事実を無視して、ハンセン病は強烈な伝染病である、と繰り返して宣伝し国民に信じ込ませようとした。しかし、この主張は当時でも医学的には明らかに誤っていた。

毎年の発症者はほとんど減少しなかったものの、ハンセン病の新患は多い年でも年1000人を越えることはなく、通常は500人前後に過ぎず、1910年から29年までの平均罹患率は、人口10万人につき0.9人に過ぎなかった。〔国立療養所史(らい編)〕、1975年)これに対して同じ慢性抗酸菌感染症である結核は、年間死亡だけでも人口10万人につき200人以上を数え、国民病と呼ばれ常に日本人の死因の上位を占めていた。発症力という点では、固定的ではないものの、結核とは比較にならないほどハンセン病の問題は小さかったのである。

こうした事実を前に、第1世代は、科学的根拠を示して自分たちの強烈伝染病という主張を論証することができなかった。その好例が上述の参議院での証言だった」

- ※1 L型とは、ハンセン病の病型の一つで、複雑な皮疹(紅斑)のほか、多彩な症状が出る事が多く、最も重症になりやすい型で、体内から排出されるらい菌の量が多いのが特徴。T型とは、L型同様皮疹(紅斑)が出る事が多いが、排出されるらい菌の量が最も少ない型である。なお、境界群とは、L型とT型の中間的な病型である。

3 まとめ

以上述べたとおり、強制隔離のための収容主義を主導するとともに、ハンセン病に対し従来はなかった新たな恐怖感を国民の間に植えつけ、収容主義が国民に抵抗なく受け入れられる土壌を作り出したのは、医師たち専門家であった。

「最終報告書」が指摘するとおり、彼らの主張は、医学理論としての一貫性がなく、「第1世代のハンセン病の感染性に関する主張は極めて杜撰なものであったが、彼らの予防対策は論理の杜撰さに輪をかけて非科学的で矛盾に満ちたものであった。」ということになる。

もっとも、このことは、第1世代の医師たち専門家が医学的に無知であったことを意味しない。第2章で述べたように、彼らはハンセン病の感染力の弱さについて承知していたのである。これらの医師は、欧米列強を意識し、彼等の目から病者を見えなくしようとした。日本医学の近代化は、欧米に対して帝国として認めてもらう、そのためにハンセン病患者や精神病患者は隠せばよいと考えたのである。こうして国策に協力するという大義名分の下、パターンリズムの論理に立脚し、あえて医学的知見を無視した上で、収容主義にまい進したのである。これらの医師が主導した収容主義は、日本社会に古くからあった偏見・差別を拡大再生産して国民に新たな偏見・差別を植え付け、患者と家族を地域社会から排除せざるを得なくしたのである。

(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)

第2 教育機関における状況

ハンセン病をめぐる医学、看護教育の過去の状況等を把握するため、医師免許を有している長野県職員に対するアンケート調査を行うとともに、県の教育機関で使用していた教科書等についての調査を行った。

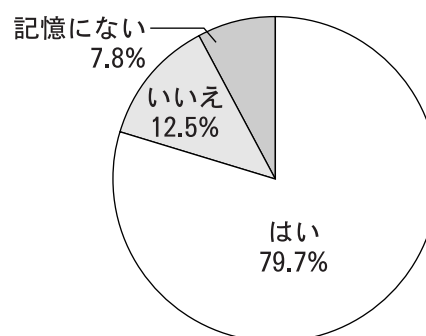
その結果概要は、次のとおりである。

1 医師（長野県職員）へのアンケート調査

2005年(平成17年)7月、長野県社会部及び衛生部に所属する職員で医師免許を有している者145名を対象に、次のアンケート調査を実施した(回答者数:64名、回答率:44.1%)

○ 問1 在学中、ハンセン病についての講義はありましたか？

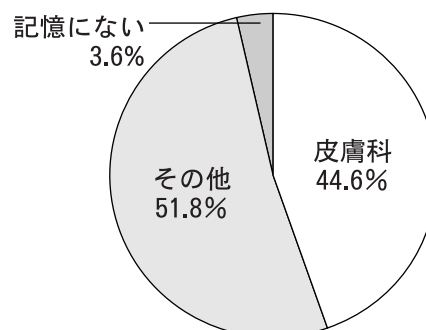
- 1 はい (51名)
- 2 いいえ (8名)
- 3 記憶がない (5名)



(問2、問3、問4については、「1 はい」と回答された方のみ)

○ 問2 何科で講義を受けましたか(複数回答)

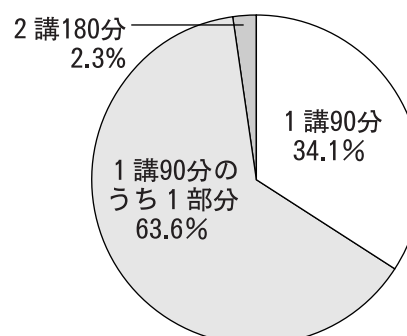
- 1 皮膚科 (25名)
- 2 その他 (29名)
- 3 記憶がない (2名)



その他内訳	細菌学	16人
	内科	9人
	病理学	5人
	公衆衛生学	3人

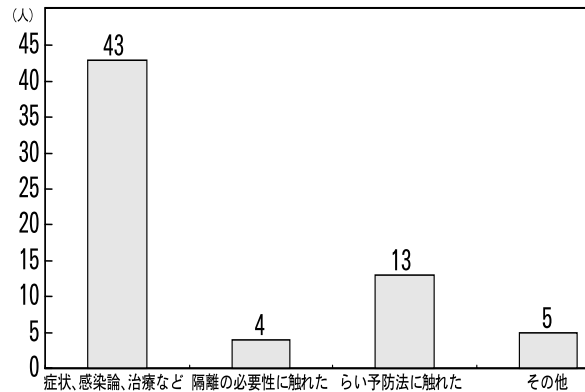
○ 問3 在学中、ハンセン病の講義時間は何時間ありましたか？

- 1 1講90分 (15名)
- 2 1講90分のうちの1部分 (28名)
- 3 2講180分 (1名)
- 4 それ以上 (0名)



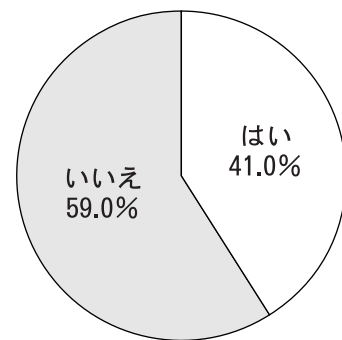
○ 問4 講義はどのような内容でしたか？（複数回答可）

- 1 症状、感染論、治療など（43名）
 - 2 隔離の必要性に触れた（4名）
 - 3 らい予防法に触れた（13名）
 - 4 その他（5名）
- （その他内訳）
- ・ 隔離不要 3人
 - ・ 病理 1人
 - ・ ビデオで患者のドキュメントを見た 1人



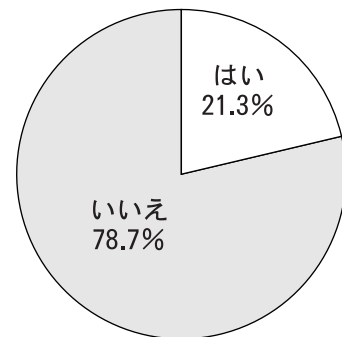
○ 問5 卒業後においてハンセン病に関する論文、書物を読んだことがありますか？

- 1 はい（25名）
- 2 いいえ（36名）



○ 問6 ハンセン病療養所を訪問したことがありますか？

- 1 はい（13名）
- 2 いいえ（48名）



アンケートの結果では、医学部・医科大学在学中、約80%の方がハンセン病に関する講義を受講していた。「皮膚科」、「細菌学」の講義で、「1講90分のうち1部分」で受講された方の割合が多く、講義の内容は、「症状、感染論、治療など」で、「隔離の必要性に触れた」のは4名のみであった。1991年(平成3年)以降に卒業された方の中には、講義の内容として「隔離不要」、「不要な隔離が続いた」といった回答も含まれていた。

なお、ハンセン病療養所を訪問したことがある13名のうち8名が保健所長等の行政関係者であった。

アンケート回答者が全員1966年(昭和41年)以降の卒業者で、かつサンプル数が限られた調査であるが、その結果からは、概ね医学教育の現場ではハンセン病に関する講義は行われていたものの、講義時間は1講義ないしその一部と短時間であったことがうかが

える。

アンケート後、在学中、ハンセン病についての講義があったと回答をした方に、当時の教科書等の資料提供をお願いしたところ、2名の方から提出があった。提出いただいた資料のうち、1967年(昭和42年)に使用された教科書(「内科書中巻」昭和41年改訂36版発行)には、ハンセン病の予防として次のよう記されている。

「一般の衛生的規則を嚴重に施行すれば、本病の伝染はあまり恐るるに足りない。これは医師ならびに看護婦の感染例がまれなことから見ても明らかである。本病患者の小児は出産と共に母から隔離しなければならない。本病患者は初期の者でも、直ちにらい病院に隔離して適当に治療することが最も必要である。」

一般の衛生規則を嚴重に実施すればハンセン病の伝染性はあまり恐れる必要がないとしながら、隔離して治療することが最も必要であるとしており、これは論理的矛盾である。医学的知識と当時の国家政策との政治的妥協を図った内容であり、医学書としては誤った記述である。

また、1960年(昭和35年)には既にWHO(世界保健機関)が隔離政策を否定し、外来治療を提唱するなど、国際的には隔離政策を見直す動きがあったのであり、ハンセン病をめぐる国際的な動向が、わが国の医学教育の教科書には十分反映されていなかったのではないかと推測される。

2 教育機関における使用教科書等の状況

～県公衆衛生専門学校、県須坂看護学校での使用教科書等から～

長野県公衆衛生専門学校及び長野県須坂看護学校において、使用されていた教科書等について調べてみた。

■ 1966年(昭和41年)『衛生学要論』(医歯薬出版株式会社)

○ 膿汁によるもの ・梅毒スピロヘータ、らい菌など

膿汁には淋病、梅毒、軟性下疳、らい、結核など、皮膚の落屑やかさぶたには痘瘡、猩紅熱などの病原体が含まれ、血液の中には敗血症、マラリヤ、日本脳炎などの病原体が含まれる。

これらの病原体をまきちらすもとなるのは患者、患獣、保菌者及び保菌獣であって、これらがいわゆる感染源となるわけである。特に保菌者は外見上からは全然健康者と見分けがつかないので、それだけに危険が大きいわけである。

1966年(昭和41年)以前の使用教科書は見つからなかったが、公衆衛生専門学校の学生が活用していた『衛生学要論』(医歯薬出版株式会社)によれば、他の伝染病と同様に、保菌者は外見上では見分けがつかないことから「危険が大きい」病気であるとしている。このことから、ハンセン病は危険度が高い伝染病の1つとして教えられていたことが分かる。また、記述量もごく少なく、十分な理解を得られるものではなかったと言える。

■ 1967年(昭和42年)「国民衛生の動向」(厚生統計協会)

12) らい

わが国で報告されているらい患者数は昭和41年末で10,404人で、人口10万人あたりの有病率は10となっている。ここ半世紀にわたるらい予防対策の促進によって、明治37年の調査結果患者数30,393人、有病率65と比較し、患者数で約1/3、有病率で約1/6となっている。新規に届出された患者は昭和40年に125人、41年に106人となっている。らい患者の多くは11カ所の国立らい療養所および3カ所の私立らい療養所に入所しており、41年末では入所患者は9,715人となっている。…(中略)… らい患者の平均年齢は漸次高くなっており、入所患者の平均年齢は50才を上まわり未収容患者では入所患者の約5~10才高くなっている。

最近におけるらい医学の進歩はめざましく、プロミン、DDS等の治らい薬の登場、外科的療法・理学療法の進歩により治療効果が飛躍的に向上している。従来、不治の疾患とみられていたらいは治ゆしうる疾患であることが明白となり、軽快治ゆする者もふえている。41年中の回復して退所した人は117人である。かかる現状にかんがみ、らい回復者の社会復帰を職業面からも促進する必要がある、職業訓練、授産活動等の充実が今後いっそう期待される。それと同時に広く社会の人々にらいについての正しい理解をもってもらうことが大切であり、啓蒙活動の強化、推進がのぞまれている。らい予防法に基づく生活援護の年次推移は表16で示すとおりであるが、生活援助について延世帯、延人員ともに減少の傾向を示していることも、らいの現況を示す指標の一つとみてよいであろう。

看護学生の国家試験用テキストとして活用されてきた「国民衛生の動向」(厚生統計協会1967年(昭和42年))によれば、ハンセン病は医療技術が向上し患者数の減少と有病率の低下に合わせて、治癒し得る病気であること、職業訓練や授産活動充実の必要性等、回復者の社会復帰を促進する観点から現況を述べている。

しかし、試験の出題範囲として活用されているテキストとはいえ、厚い冊子のごく一部分であるため、全ての学生が十分に学んでいるとは考えにくい。また、本テキスト中の「のぞまれている」「期待される」の記述からは、ハンセン病問題について他人事とも受け取られかねない恐れがある。

■ 1978年(昭和53年)「国民衛生の動向」(厚生統計協会)

(11) らい(ハンセン氏病)

わが国のらい患者数は昭和52年末で、9,977人で、明治33年と比較すると患者数で1/3、有病率で1/7となっている。また新たに届出される患者も減少し、昭和51年における新届出患者は62人であった。

…(中略)…

らいはDDS(スルフォン系薬剤)をはじめとする治らい薬の開発等医学・薬学の進歩によって治ゆし得る疾患となった。らいが治ゆした後に残る変形は単なる後遺症に過ぎない。にもかかわらず、一般社会の偏見は昔ながらの、いぜんとして根強いものがある。入所患者が、安んじて療養生活を送れるように表70に示すような生活援護が行われているが、同時に、治ゆしえる慢性疾患となったらいに対する正しい理解をより多くの人々に持ってもらう啓蒙活動も一層重要である。

なお、11年後の「国民衛生の動向」1978年(昭和53年)にも治癒後に残る変形は単なる後遺症に過ぎず、正しい理解の啓発に努める必要性が記述されている。また、「正しい理解をより多くの人々に持ってもらう啓蒙活動も一層重要である」の記述からは若干主体性が読み取れるが、取組の意思表明までには至っていないことが分かる。

■ 2003年(平成15年)「国民衛生の動向」(厚生統計協会)

第3章 保健対策 5)ハンセン病

ハンセン病は、らい菌によって引き起こされる慢性の細菌感染症であり、主として神経、皮膚等が侵される。しかし、らい菌の毒力は極めて弱く、ほとんどの人に対して病原性を持たないため、人の体内にらい菌が侵入し、感染が成立したとしても、発病することは極めてまれである。ごくまれに、この菌に対して特異な免疫反応を示す場合があり、その場合にハンセン病として発病する。しかし、仮に発病しても、現在では、WHOが提唱する多剤併用療法(リファンピシンを主剤とし、これに複数の化学療法剤を加えた療法)により、完治する疾患となっている。

わが国のハンセン病予防対策は、明治40年の「癩予防ニ関スル件」の制定を端緒とし、昭和28年に感染源対策としての患者を「隔離」することにより、ハンセン病予防を図ることを目的としたらい予防法が制定された。

しかしながら、前述のようにハンセン病が完治する疾患となったこと等から、らい予防法は平成8年4月廃止されるに至ったが、その間、同法の存在によりハンセン病患者の方々の尊厳を傷つけ、多くの苦しみを与えてきた。

このような反省をもとに、らい予防法の廃止に伴い、法に規定されていた国立療養所への入所や入所患者の外出制限等の措置はすべて廃止する一方、国立ハンセン病療養所入所者については、その多くが高齢であること、長期にわたり療養所に入所していたため社会復帰が困難であること等の特別な状況から、必要な療養や福祉の措置は継続することとしている。

また、らい予防法の廃止に伴い、ハンセン病は「一般の疾患」として扱われ、新規のハンセン病患者については、保険診療の対象として一般医療機関で診療が行われることになった。

これまで、ハンセン病患者およびその家族は社会からいわれなき差別を受け、幾多

の辛酸を味わってきた。今後、ハンセン病に対する差別や偏見を払拭し、ハンセン病に対する正しい理解をより多くの人にもってもらうよう啓発運動を充実させることが重要である。

なお、平成13年には、ハンセン病療養所に入所していたことのある者および現に入所している者を対象に補償金の支給を行う法律が制定された。

今後の新たな施策としては、療養所退所者に対する住宅確保を支援するため、公営住宅法施行令の一部を改正することにより、らい予防法廃止までの間にハンセン病療養所に入所したことがある者は、単身者であっても公営住宅に入居できるようにしたほか、平成13年6月に設けたハンセン病問題対策協議会における5回に及ぶ協議も踏まえ、平成14年度から、新たな施策として、退所後の福祉の増進を図る観点から「国立ハンセン病療養所等死没者改葬費」事業を、また、ハンセン病患者・元患者の名誉回復を図る観点から、謝罪広告の掲載や、中学生を対象に啓発パンフレットの作成配布、ハンセン病問題に関する事実検証会議などを実施している。

らい予防法が廃止される以前、ハンセン病の診断が下された患者はハンセン病療養所において隔離治療することになっていた。入所患者の内、ごく一部の方は療養所を退所して社会で生活した方があり、少数の医師がそうしたハンセン病の診療をしていた。

2003年(平成15年)の「国民衛生の動向」にも記載されているが、1996年(平成8年)以後、ハンセン病及び後遺症については一般の医療機関で制度上は診療可能になった。しかし、診療経験のほとんど無い医師が多い、未だに偏見・差別が残っている、回復者の方々が一般医療機関に受診しづらい、などの理由でハンセン病が一般医療に根付いていないと言える。一般医療現場においてはハンセン病問題を人権問題としてとらえることが重要である。

現在の入所者らの医療や、診察に来る外国籍の患者の診察を担っている第3世代の専門家について、「最終報告書」が、「自ら強制隔離に手を染めた経験を持たず、偏見も比較的少ないが、ハンセン病の疫学や体質遺伝学などに対する見識が不十分で、啓発活動で正しいハンセン病の病因論を国民に普及するという国民の期待に十分応えていない。」と指摘しているとおり、県内医学界の取組においても不十分であったと言わざるを得ない。