

[論文]

日本のハンセン病対策通史

稲葉 上道

はじめに

日本において、国の施策としてハンセン病対策が始まった明治末から今日に至るまでの経緯については、これまでいくつかの法律名をもって非常に簡単に触れられるにとどまることが多かった。意外なことだが、この間の国の施策について概説的・通史的に記した文章はほとんどなく、そうした叙述の紹介を利用者から求められるたびに、何か適切なものはないかと探してきた。

国の施策の通史的把握は、当館にとっても基礎的な課題である。今後当館がハンセン病の歴史を社会に伝えていく上ではもちろん、今や乱立している感さえある大小様々な情報が、いつのどんな状況を背景に持つものなのか、その位置づけを考えるための物差しとなるようなものが必要だろう。そこで、まずは私なりの叙述を多くの人の前に明らかにし、批評や指摘をいただいて、より正確な国の施策についての概説的・通史的な歴史認識が出来上がっていくための一助とできればと考えた。

なおこの文章は、国の施策の変遷を追うことを目的にしており、作業や治療や処罰や文化活動など、療養所内における患者・回復者の日常生活には触れていない。いわば、療養所の中にはほとんど立ち入らないものである。また、戦後日本のハンセン病対策の実態を決定づけてきた大きな要因として全患協運動があるが、全患協刊行の『全患協運動史』『復権への日月』に詳しく書かれているし、当館でも企画展示図録『たたかいつづけたから、今がある』を以前発行しているので、ここでは簡単にしか触れていない。療養所への収容や療養所内での生活、あるいは社会復帰の増加が、どのような施策を背景に生まれてきたのか、その背景の部分を明らかにすることが目的である。

また病名の表記は、その当時の用法に概ね沿う

ことをめざし、あえて癩やらいも用いる。

ハンセン病対策の成立をめざす動き

ハンセン病に対する社会の病観は、仏罰、けがれ、家筋・血筋などの変遷をたどってきた。その内、近代以降も支配的だったのは「家筋・血筋の病」という迷信だった。

国の施策として癩対策の必要性が唱えられた当初、その理由は純粋に伝染病対策にだけある訳ではなかった。社会事業のはしりである窮民対策としての恤救は、その非常に狭い対象にもかかわらず、行路病人と浮浪者を含めていた。その中に、家を出て放浪していた癩患者がいた。しかし癩患者も集住していた貧民窟は対象にしていなかった。徴兵や課税の必要から、住所不定や貧困な者の出現を防ぐ目的のあった風気取締は、治安を名目に浮浪罪を設けて浮浪者を取り締まった。その中に、家を出て放浪していた癩患者がいた。

癩が伝染病だと分かると、これらに加えて伝染予防を目的とした対策が必要になった。すでにコレラの流行を受けて六病（コレラ、腸チフス、赤痢、ジフテリア、発疹チフス、天然痘）を対象に、1880（明治13）年「伝染病予防規則」が制定されていた。こうした急性伝染病対策は隔離と消毒を基本としており、癩の伝染予防もこれに倣うこととなった。⁽¹⁾

一方、こうした対策とは別の観点から、1889（明治22）年の神山復生病院を皮切りに、主に外国人宗教者たちが私立療養所をつくり、道ばたなどで物乞いをして生きていた患者を救おうとした。

1873（明治6）年ハンセンがらい菌を発見し、1897（明治30）年ベルリンにおける第1回国際癩会議で、癩の撲滅には患者の隔離が唯一確実な方法とされると、その知識は日本にももたらされた。これを受けて東京養育院では、1899（明治32）年

(1) 企画展示図録『隔離の百年—公立癩療養所の誕生—』国立ハンセン病資料館 2009年

に隔離病舎回春病室が設けられた。この担当は光田健輔医師だった。光田は、それまでにも存在していた私立の癩病院とは異なり、「癩は伝染病」という最新の正しい知識に基づき予防と治療にあたった最初の癩専門医の一人だった。

帝国議会では、1900（明治33）年にはじめて実施された全国規模での癩患者数調査の結果を根拠に、根本正・斉藤寿雄・山根正次らが癩対策実現のためにくり返し法律制定を試みていった。特に山根正次は、「伝染病予防法」に癩を含める改正案や単独法案を提出するなどした⁽²⁾。しかし日清・日露戦争もあり、国家予算の確保がままならなかったため、政策としての癩対策はなかなか実現しなかった。1905（明治38）年、回春病院のハンナ＝リデルは大隈重信・渋沢栄一・島田三郎らの支持をとりつけ、癩対策の必要性を広く世に訴えることに成功した⁽³⁾。このことが、山根らが長年働きかけ続けた国の癩対策の実現を、大きく後押しした。

ハンセン病対策成立当初の様相

内務省はこのような状況を受けて、窪田静太郎を中心に政府案をとりまとめ⁽⁴⁾、1907（明治40）年「明治四十年法律第十一号」（通称 癩予防ニ関スル件）⁽⁵⁾を成立させ、2年後には全国5カ所に連合道府県立療養所を設けた。

山根らが目指していた癩対策の手本は、ノルウェーやプロイセン、アメリカの支配下にあったハワイ（モロカイ島）やフィリピン（クリオン島）などで、感染源となる患者すべての隔離によって癩を制圧したとされるヨーロッパがモデルだった。文明国である欧米に癩はなく、同じように癩をなくさなければ、文明国の仲間入りを目指す日本としては恥であるとの意識も働いていた。しかし「明治四十年法律第十一号」により実現したの

は、予算不足のために目指していたものとはほど遠い内容だった。国の政策であるにもかかわらず、道府県に療養所設立費と運営費を負担させた。収容人数も3～5万人の患者数を推定しながら、「救療の途なき」浮浪患者だけを収容対象とした1100床に過ぎなかった。自宅にいる有資力の患者は、「癩ニ関スル消毒其他予防方法」⁽⁶⁾による家庭内での予防方法について注意を受けるだけで、収容対象からは除外されていた。感染源の一部しか隔離しないこの対策は、公衆衛生の観点からは不徹底なものだった。

また療養所を設置して実際に浮浪患者を収容し始めると、想定していなかった問題が起こってきた。設備の貧弱な療養所への強制収容であるため、当然逃走する者や、他の患者の療養に悪影響を及ぼす者も現れ、療養所がその役割を果たす上で支障を来しかねない事態が生じてきた。

ハンセン病対策の再出発

これら対策の不備は、1909（明治42）年に療養所が設置された後間もない頃から指摘されていた。1915（大正4）年内務省は国民の保健衛生（後の公衆衛生）対策のために、乳児幼児学齢児童、結核、花柳病、癩、精神病、衣食住、農村衛生状態、統計の8つの課題について調査研究する保健衛生調査会をつくった。その内の第四部会が癩で、委員には山根正次・山田弘倫・光田健輔らが名を連ねた⁽⁷⁾。1897（明治30）年から始まった全国癩患者数調査は、警察が外見上の症状だけで患者と判断していたが、この調査結果の推移は横ばいだった。しかしその一方医師が行う徴兵検査では多くの患者が発見され、調査の不正確さが指摘されていた。加えて在宅の患者の多くは隠されていることから、保健衛生調査会は実際には相当数の患者が存在するに違いないと考えた。そしてすべ

(2) 「癩病患者取締ニ関スル建議案」第16回帝国議会衆議院 明治35年3月6日
「伝染病予防法中改正法律案」第21回帝国議会衆議院 明治38年2月15日
「癩予防法案」第22回帝国議会衆議院 明治39年3月25日

(3) 「リッデル嬢と癩病院」『東京日日新聞』明治38年11月7日
「一大国辱 野蠻の旧態」『毎日新聞』明治38年11月8日～11月14日

(4) 「癩予防ニ関スル法律案」説明 第23回帝国議会貴族院 明治40年2月27日

(5) 「明治四十年法律第十一号」 明治40年3月18日

(6) 明治四十二年二月内務省訓第四五号「癩ニ関スル消毒其他予防方法」1909年

(7) 保健衛生調査会「保健衛生調査会第一回報告書」大正6年

ての患者を隔離すれば、数十年で癩を絶滅させられるはずだとした。保健衛生調査会は、恤救や風紀取り締まりの側面よりも、保健衛生すなわち国力の低下防止を前面に主張し、保健衛生対策としての癩対策に仕切り直そうとした。改善策のとりまとめを目指し、法律面では、公私立療養所長の意見聴取などもした上で⁽⁸⁾、浮浪患者しか収容できない規定を改め、在宅の患者も含めたすべての患者を隔離できるようにする改正を主張した。またかつてのヨーロッパのやり方に倣って、患者をすべて離島などの一地域に移住させる方法を模索し、光田健輔を八重山、草津温泉、瀬戸内海などへ調査に派遣した。

以後80年近くに渡るハンセン病政策の基本方針成立

保健衛生調査会は1920（大正9）年に「根本的癩予防策要項」⁽⁹⁾を決議して内務省に提出した。その内容は、「療養ノ資力乏シキ一萬人」を収容するため、①道府県立療養所の増設、②療養の途がなく無籍や本籍不明の者と、逃走癖があったり他の患者の救護に悪影響を及ぼす道府県立療養所入所者を収容するため国立療養所を新設、③有資力の患者を収容するため自由療養区を設置、④行政官庁は患者と保護者に伝染防止措置を命令、⑤行政官庁は従業禁止・物の売買等の制限・消毒・廃棄が可能、⑥従業禁止や収容により生活に困る家族の援護、⑦患者の希望により療養所医長は生殖中絶方法の施行が可能、というものだった。内務省は以後これを国の癩対策の基本方針とし、1922（大正11）年に「10年計画」を樹立した⁽¹⁰⁾。しかし関東大震災（1923年）の発生などによりなかなか予算を獲得することができず、道府県立療養所の拡張だけは少しずつ行われたものの、改正法案が提出されることも、国立療養所や自由療養区が設置されることもなかった。その一方で各道府県は警察により、依然として恤救や風紀取り締まりの側面も持つ癩対策として、浮浪患者を療養

所に送っていた。

ところで自由療養区の発想は、元々一大離島隔離地の設立と同一のもので、患者が自活しているモロカイ島やパロールシステム開始以前のクリオン島を参考に生まれていると考えられる。施設収容とは異なり、患者が暮らしていける土地を確保することで隔離するというものだ。これは、1909（明治42）年の第2回国際癩会議（ベルゲン）における決議「らい患者が任意的に承諾するような生活状態のもとにおける隔離法がのぞましい。」や、1922（大正11）年の第1回汎アメリカ会議（リオデジャネイロ）における会議録「最近の各国のらい療養所のやり方は、この方向（＝文化人の自由寛大な精神）で人權を尊重しつつ成功する道を見出している。これらのコロニーでは技術的にも、社会的にも優れた方法と設備とをもち、自発的隔離が行われている。それはコロニーであって自由に入り、その中に止まることによって患者たちは社会を守っているのである。」からうかがえるように、当時の世界的な潮流にも沿ったものだった。また第2回国際癩会議は、「乞食らい、浮浪者らいの厳格な隔離」も勧告しており、「救療の途なき者」の隔離のための施設充実も世界の潮流に沿っている。しかし内務省が「10年計画」を樹立した翌年に開催された、第3回国際癩会議（1923年 ストラスブルグ）ではすでに、伝染性の強弱から患者を開放性と非開放性とに分けて、それぞれに必要な処置を考えようとしていた⁽¹¹⁾。その点保健衛生調査会は、患者を隔離する先として療養所か自由療養区かを判断する基準には、その患者が有資力か無資力かを重視していた。癩は絶対に不治で、すべての患者が伝染源になり得るという前提に立てば、どのような状態で隔離しておくかが、残る大きな問題だったということだろう。

「10年計画」実現の第一波

1927（昭和2）年ようやく国立療養所設置予算

(8) 内務省衛生局「保健衛生調査会第四部会（癩）議事速記録」大正8年『ハンセン病資料集成』p74 不二出版

(9) 保健衛生調査会「保健衛生調査会第五回報告書」大正10年

(10) 「20年計画癩絶滅策」『レブラ』第7巻第2号p121 日本癩学会 1936年

(11) 柳橋寅男、鶴崎澄則『MEMORANDA OF THE INTERNATIONAL CONGRESS OF LEPROLOGY 国際らい会議録』国立療養所長島愛生園内らい文献目録編集委員会 1957年

が認められ、岡山県の長島に初の国立療養所が建設されることになった。当初の計画では、国立療養所は療養の途がなく無籍や本籍不明の者と、逃走癖があるなど他の患者の療養生活に悪影響を及ぼす恐れのある道府県立療養所入所者を収容するための施設だったが、開園を間近に控え、道府県から直接の患者収容も受け入れる方針に変わっていった⁽¹²⁾。この変更は、当初の計画では400床の定員を大きく割り込んだままになることを内務省が心配したためで、光田健輔が全生病院から81人もの患者を連れて赴任した理由のひとつでもあろう。1930（昭和5）年11月、連合道府県立療養所と役割は重なりながらも、運営予算は全額国費により、充実した施設と職員待遇を備えた長島愛生園が、初の国立療養所として誕生した。このことは患者の収容先として、国立と連合道府県立の間に確執と混乱を生む原因ともなった。また同年10月内務省は、保健衛生調査会の「根本的癩予防策要項」に基づき1922（大正11）年に樹立した「10年計画」を実現するべく、「癩の根絶策」として3通りの具体的な計画を示した⁽¹³⁾。

1931（昭和6）年4月、「明治四十年法律第十一号」は「癩予防法」に改定された⁽¹⁴⁾。それまでも懲戒検束権付与や職員官制変更などのために幾度も改定がくり返されてきたが、この時の改定は保健衛生調査会の「根本的癩予防策要項」を実現するためのものだった。すなわち、入所までの間の従業禁止、物品の消毒、資力の有無に拘わらず病毒伝播の恐れがある患者全てに入所資格を拡大、病毒伝播の恐れがある患者に入所を命じることが可能、入所費や一時救護費の無償化、入所による家族の困窮に生活費を補給、関係する医師や職員による秘密漏洩の禁止、などを新たに加えた。全ての患者を療養所に収容することを可能にし、また患者が収容に応じやすくなる環境を用意

することで、全患者隔離という遺漏のない公衆衛生上の対策をめざした法改定だった。

それと並行して、渋沢栄一や安達謙蔵内務大臣らの働きかけにより、国民の間に癩予防・撲滅の世論を起こすべく、国の癩対策に協力する民間団体設立の機運が高まっていった。1930（昭和5）年、次田大三郎地方局長の献策に基づき安達内務大臣が貞明皇后に、皇室の力を借りて癩予防事業を達成したい旨嘆願し、同年11月に御下賜金10万円を得た⁽¹⁵⁾。これを原資にして1931（昭和6）年3月癩予防協会が設立された⁽¹⁶⁾。それ以前にも時々公立療養所に金品を与えていた皇室は、これ以降ははっきりと癩患者の庇護者としての役割を公にしていくことになった。癩予防協会の目的は、癩の予防絶滅に関する調査研究・宣伝・事業の後援等で、予防に関する思想の普及啓発・調査研究や事業の助成・患家の扶助・児童保育所設置・療養所内に相談所設置・療養所収容患者の慰安・予防事業従事者の奨励等の事業を行った。この内、予防に関する思想の普及啓発が重視されるようになったのはこの頃で、内務省が患者のいる家庭にパンフレットを配布したり⁽¹⁷⁾、癩予防協会が一般向けに小冊子「癩の話」を発行したりした⁽¹⁸⁾。これらは無癩県運動を下支えする“正しい知識”を広める上で大きな役割を果たした。

自由療養区の設置は、1932（昭和7）年国立療養所栗生楽泉園の開設という形で実現した⁽¹⁹⁾。栗生楽泉園内の自由地区は、有資力患者が家族と共に移り住むことのできる場所で、現実には主に草津温泉の湯ノ沢部落の移転先となったが、かつての離島に患者の一大集住地を設けるという発想を引き継いだものだった。適地を見つけることができなかったために、一カ所ではなく複数カ所に分散して設置を目指すことに途中から変わっていたが、ついに自由療養区が誕生した。草津に自由療

(12) 「明治四十年法律第十一号中改正法律案（癩予防二関スル件）委員会議録（速記）第二回」第56回帝国議会衆議院 昭和4年3月1日

(13) 内務省衛生局「癩の根絶策」昭和5年『ハンセン病資料集成』p335 不二出版

(14) 「癩予防法」昭和6年4月1日

(15) 『藤楓協会創立三十周年誌』藤楓協会 昭和58年

(16) 「癩予防協会を設立」『レブラ』第1巻第4号p70 日本癩学会 1930年

(17) 「寄生虫病予防法案外一件委員会議録（速記）第四回」第59回帝国議会衆議院 昭和6年2月28日

(18) 『癩の話』癩予防協会 昭和6年

(19) 霜崎、井上「湯之澤部落60年史稿」『レブラ』第12巻第6号p45 日本癩学会 1941年

養区を設置することには、地元中之条選出の衆議院議員木檜三四郎による誘致も一助となった⁽²⁰⁾。これにより、保健衛生調査会が「根本的癩予防策要項」で示した、連合府県立療養所の拡張、国立療養所の設置（＝長島愛生園）、自由療養区の設置（＝栗生楽泉園）という収容施設拡大の3点セットが実現するに至った。収容人数についても、1931（昭和6）年3月6日の衆議院で赤木朝治衛生局長が、第一期計画として連合府県立療養所と長島愛生園の拡張で5千人、第二期計画として栗生楽泉園および以後の国立療養所新設と長島愛生園の拡張で1万人、合計1万5千人を収容する計画だと答弁した⁽²¹⁾。

ちょうど同じ時期にあたる1931年、国際連盟は『らい公衆衛生の原理』⁽²²⁾を刊行した。社会的追放ではない公衆衛生上の措置としての隔離（強制も可）と治療が、らいの予防上最も効果があるとし、法律・疫学的管理・教育宣伝といった予防組織の必要性を主張した。また強制隔離には、らいを隠蔽する欠陥があるとも指摘した。以後、患者の隔離に関して国際的な潮流は、国際連盟らい委員会（1930年バンコク）、第4回国際らい会議（1938年カイロ）、第二インドらい会議（1941年）などにおいて、社会的追放ではないことを前提に、基本的に任意隔離とし強制隔離は説得が失敗した場合に限り、その対象も伝染力のある開放性患者に限る方向へ向かっていった⁽²³⁾。

「10年計画」実現の第二波

1935（昭和10）年3月、帝国議会は「癩療養所拡張並癩研究所設置ニ関スル建議案」を可決した⁽²⁴⁾。これを受けて内務省は、「官公立癩療養所長ならびに所屬府県衛生課長会議」を開催し⁽²⁵⁾、

昭和11年度から20年度までの10年間で1万床実現をめざす「20年癩根絶計画」を立てた⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾。1922（大正11）年に樹立した「10年計画」は、前掲の1931（昭和6）年3月6日の赤木衛生局長答弁にもあるように実現が遅れていた。「20年癩根絶計画」はその遅れを取り戻そうとするものだった。南九州に患者数が多いことから、鹿児島県選出の衆議院議員である永田良吉の誘致活動もあって、1935（昭和10）年に星塚敬愛園が、北部保養院の補完的役割を要請されて1939（昭和14）年に東北新生園が⁽²⁸⁾、いずれも国立療養所として新設された。1931（昭和6）年に設立された県立宮古保養院は2年後の臨時国立宮古療養所を経て1941（昭和16）年宮古南静園として、回春病院から派遣された青木恵哉ら患者自身と沖縄MTLの努力を基に1938（昭和13）年誕生した国頭愛楽園は、いずれも国立療養所となった。また従来からあった5公立療養所も1941（昭和16）年に国立療養所に移管された。

この内務省の計画に対して三井報恩会（1934年4月設立）は、昭和12～14（1937～39）年度と追加の昭和15（1940）年度の計4カ年で、3千床分総額約240万円を寄付した。これにより国頭愛楽園と東北新生園が新設され、栗生楽泉園・星塚敬愛園・臨時国立宮古療養所・長島愛生園の既存の各国立療養所が拡張された。内務省が「20年癩根絶計画」でめざした増床計画は、当初の10年間で4年間へと大幅に短縮された⁽²⁹⁾。他にも三井報恩会は療養所内への相談所設置、私立療養所への寄付、癩予防協会を通じた各療養所への建物の建設、京大皮膚科特研内の慈済会への治癩薬開発研究費の寄付等を行った。昭和10年代のらい対策において三井報恩会は、まぎれもなく政策を財政

(20) 「療養理想村補助ニ関スル建議案（木檜三四郎君提出）委員会議録 第一回」第50回帝国議会衆議院 大正14年2月26日

(21) 「寄生虫病予防法案外一件委員会議録（速記）第五回」第59回帝国議会衆議院 昭和6年3月6日

(22) 井上謙「らい予防方策の国際的変遷（2）」『愛生』昭和32年3月号

(23) 井上謙「らい予防方策の国際的変遷（2）」『愛生』昭和32年3月号

(24) 「官報号外 衆議院議事速記録第二十七号」昭和10年3月2日

(25) 大霞会『内務省史 第3巻』原書房 昭和55年
なお『三十周年記念誌』（東北新生園 昭和44年）には、「内務省に国立らい療養所建設委員会を設立」との記載もある。

(26) 「20年計画癩根絶策」『レブラ』第7巻第2号p121 日本癩学会 1936年

(27) 「建議委員会議録（速記）第五回」第69回帝国議会衆議院 昭和11年5月23日

(28) 「国立癩療養所設立建議」『レブラ』第6巻第6号p65 日本癩学会 1935年

(29) 前掲『内務省史 第3巻』

面で支える存在だった。また三井報恩会自体も、飯野十造牧師が静岡市に設立した「友と成る会愛の家」(元 御坤徳禮讃会)による相談・一時収容保護・輸送等に対し、事業委託という形で「救癪事業」を行った⁽³⁰⁾。

さらなる療養所の開設と「患者専用刑務所」の設置

この1万床確保のための取り組みとは別に、奄美和光園と駿河療養所が国立療養所として開設された。奄美和光園は、奄美群島の患者数の多さに対応するため星塚敬愛園の支所的役割を担うべく⁽³¹⁾、1943(昭和18)年に設立された。背景には、1935(昭和10)年の林文雄(当時長島の医官)による検診⁽³²⁾以来一大濃厚地と目された奄美群島に対する、星塚敬愛園および地元組織された奄美救癪協会の活動がある。従来の収容先は星塚敬愛園または九州療養所で、船による長距離の移動を伴うため、奄美群島内に療養所があった方が好都合ということで設立に至った。また阪神地域での患者調査の結果、朝鮮半島に次ぐ多くの患者の出身地として奄美群島が判明し、内地への流入を防ぎたいという思惑もあった⁽³³⁾。1940(昭和15)年、厚生省は大島郡振興事業の一環として療養所設立を鹿児島県知事に委嘱し、設立の運びとなった。駿河療養所は、日中戦争を背景に、戦地でけがを発症した傷痍軍人に報いるための特別な療養所設置を、1941年に日本癪学会が厚生大臣宛て建議するなど、その必要性の声を受けて設立された⁽³⁴⁾。1945(昭和20)年、傷痍軍人駿河療養所として開所したが、戦争の終結を受け翌年には一般の患者も収容する施設となった。

療養所の患者収容能力を大きくする一方で、未

収容患者の中にいる重犯罪者への対処は長く課題となっていた。一時、国立療養所の設立による解決が図られたが、そのために誕生した国立療養所であるはずの長島愛生園は当初の目的通りには運用されず、この問題はそのままになっていた。そこへ登場してくるのが、癪患者専用刑務所設置論だった。1933(昭和8)年、司法省は草津に癪刑務所を置く意向を示した⁽³⁵⁾。1936(昭和11)年5月には衆議院建議委員会で「癪患者収容ノ専用刑務所設置ニ関スル建議案」が可決された⁽³⁶⁾。これに関連して、秋月種英司法参与官は政府委員として、これまで度々議論があったが、国費を要するので実現せずにきたと説明している⁽³⁷⁾。一方、『内務時報 昭和11年5月号』には、小鹿島に朝鮮癪予防協会が設置し、社会で罪を犯した患者を入れる癪患者刑務所(1935年設置の光州刑務所小鹿島支所のことか)について、未だ他に類例のない特色との記述がある⁽³⁸⁾。1936(昭和11)年8月に長島事件が起こると、所長会議(代表光田健輔)が内務・司法両大臣に、患者に対する行刑政策の徹底を求める陳情書を提出するなど⁽³⁹⁾、“不穩患者”取り締まりの機運に一層拍車がかかった。結局司法省が乗り気にならず、厚生省管轄下の栗生楽泉園の一施設という形で、1938(昭和13)年12月24日に特別病室が開設された。なお建設費は、「20年癪根絶計画」のために三井報恩会が用意した国立療養所3カ所新設の費用の内、用地確保ができなかったために中止となった中部療養所分を分配し、栗生楽泉園の増築に充てられた中から捻出された。

しかしその後戦争の激化に伴い、「20年癪根絶計画」は再び停滞していくこととなった。

(30) 『財団法人三井報恩会 事業報告』昭和九年度～十七年度 三井報恩会 昭和10年～18年

(31) 「官報号外 衆議院議事速記録第三十五号」昭和13年3月27日

(32) 「林文雄 奄美大島の癪運動3日間」『レブラ』第7巻第2号p114 日本癪学会 1936年

(33) 「奄美大島に療養所を新設す」『レブラ』第11巻第3号p77-78 日本癪学会 1940年

(34) 「建議書 2. 傷痍軍人癪療養所建設ノ件」『レブラ』第13巻第2号p84 日本癪学会 1942年

(35) 「癪患者刑務所建設案」『レブラ』第4巻第3号p101 日本癪学会 1943年

(36) 「官報号外 衆議院議事速記録第十六号」昭和11年5月25日

(37) 「衆議院建議委員会議録第四回」昭和11年5月22日

(38) 『内務時報』第一巻第五号 昭和11年5月

(39) 「不穩患者取締に関して所長会議代表より陳情書提出」『レブラ』第7巻第6号p75 日本癪学会 1946

「10年計画」実現の第三波

戦争という中断を強いる大きな要因がなくなると、癪根絶計画は再開された。1949（昭和24）年に厚生省で開催された全国所長会議では、従来の根絶策の継続と再び無癪運動を展開することが話し合われた⁽⁴⁰⁾。厚生省は、必要とした政策に「癪予防法」をより適合させる方向での改訂も視野に入れつつ、30年計画として検診と増床による患者収容徹底の方針をたて⁽⁴¹⁾、1949（昭和24）から1953（昭和28）年度にかけて、8350床から12500床へと大幅な増床を行った⁽⁴²⁾。その結果、ついに収容定員数は全患者収容が可能と想定される数に達した。最後まで残っていた定床数の問題が解決したことで、1922（大正11）年に内務省が建てた「10年計画」が、ここに至ってようやく完成することになった。

再開された強制収容に加えて、1947（昭和22）年から登場した化学療法が基本的に療養所でしか受けられないことが、入所者数を増やす一因にもなった。また1948（昭和23）年、国民優生法に代わって制定された優生保護法は、国民優生法制定時には帝国議会で否定されたらい患者への優生手術を可能にする条項を含んでいた。1952（昭和27）年には、前年に亡くなった貞明皇后の記念を契機として、癪予防協会が藤楓協会として再出発した。癪の予防と治療に関する国の施策に協力しその絶滅を期すことを目的に掲げ、行う事業も予防と治療の調査研究・患者と家族の援護・患者の慰安・「未感染児」の職業補導・救癪思想の普及などを行うとした⁽⁴³⁾。戦後の癪対策は、戦前のそれを継続・強化する方向で再び歩み始めた。

従来のハンセン病対策に変化をもたらす逆波

その一方で日本国憲法が制定され、「癪予防法」が新憲法に違反しているのではないかという疑念も生じてきた。また1947（昭和22）年から始まった化学療法の成果はめざましく、本格的な治せる時代の到来は従来通りの癪対策に修正の必要性を感じさせた。1951（昭和26）年には全国の療養所入所者自治会から成る全国癪療養所患者協議会（全癪患協。後に全患協）が結成され、療養環境の改善などを求めて国会議員や厚生省に直接働きかける患者運動が始まった。

このように、一方では旧態依然とした方針の継続・強化があり、また一方ではそれを崩しかねないまったく新しい事態が出現するという状況が生まれた。そうした中、参議院厚生委員会は、戦没者遺族の援護、保険経済、助産婦等、結核といった課題と共に、らいについて調査するための小委員会を設置し⁽⁴⁴⁾⁽⁴⁵⁾、新たならい対策を模索し始めた。このらい小委員会は1951（昭和26）年6月に九州の療養所を視察し、11月にはいわゆる三園長証言の聴取を行った⁽⁴⁶⁾。一方全癪患協は発足後間もなく、「癪予防法」改正を議論し始め、全支部の代表が初めて一堂に会した1952（昭和27）年の第一回支部長会議では、望ましい法改正の要点をまとめた。これを「ハンゼン氏病法＜草案＞」⁽⁴⁷⁾として、厚生委員会の長谷川保衆議院議員を通じて国会に提出し、法改正を実現しようとした。ところが提出直前になって、それまで法改正の意思はないとしていた厚生省が法案提出を譲るよう長谷川議員に働きかけ、「ハンゼン氏病法＜草案＞」を下敷きにした厚生省作成の法案が国会に提出されて、1953（昭和28）年8月「らい予防法」として成立した。全患協は、厚生省案の望ましくない

(40) 全国所長会議のメモ 甲第126号証

(41) 「癪根絶に卅年計画 まず全国的に検診」日経新聞1950年5月19日号

(42) 『昭和二十五年度 昭和二十六年度 国立療養所年報』厚生省医務局国立療養所課 昭和28年刊行
『昭和二十八年年度 国立療養所年報』厚生省医務局国立療養所課 昭和29年刊行

(43) 「財団法人藤楓協会寄附行為」『創立三十周年誌』財団法人藤楓協会 昭和58年3月20日

(44) 「参議院厚生委員会会議録第十九号」昭和26年3月27日

(45) 「参議院厚生委員会（第十一回国会継続）会議録第一号」昭和26年9月12日

(46) 「参議院厚生委員会会議録第十号」昭和26年11月8日

(47) 「ハンゼン氏病法＜草案＞」『昭和二十九年年度 参考書 評議員会』長島愛生園入所者自治会所蔵

内容を知った1953年3月から、国会解散を経て再提出・成立した8月までの間、断続的にらい予防法闘争を展開した。この反対運動と参議院厚生委員会の働きかけにより、「らい予防法」には付帯決議が付き、以後全患協運動の足がかりとなっていた。

完成をみた「10年計画」と現実とのズレ

「らい予防法」制定を実現した厚生省は、1953(昭和28)年9月、国立らい療養所長に「「らい予防法」の施行について」⁽⁴⁸⁾と「「らい予防法」の運用について」⁽⁴⁹⁾を、各都道府県知事に「「らい予防法」の施行について」を通知した。所長に対しては、親族らへの福祉、入所患者の福利増進・更正指導・教育、保育児童の福祉等を充実させるのだから、入所患者の外出制限を厳格に実行すること、「患者療養心得」の周知により秩序維持の実施は慎重にしつつも必要な場合は厳正に行うことなどを求めた。知事に対しては、患者収容が基本的人権の重大な制約になること、秘密保持、家族の福祉等について、注意を求める内容だった。また翌年4月には、親族の援護を都道府県知事によるものとして「らい予防法」の改正を行い、充実を図った。

ちょうどこの頃から、化学療法により治った者が増え、軽快退所者も増加していった。厚生省は1956(昭和31)年、「らい患者の退所決定暫定準則」⁽⁵⁰⁾を各療養所長にだけ内々に示した。しかし「準則」は退所を認める条件を厳しく設定し、治療や再発のおそれの判定は困難、この準則をもって積極的に退所させる意図はないとしていた。その2年後には藤楓協会の事業として、軽快退所者世帯更正資金貸付事業も開始した⁽⁵¹⁾。「軽快退所するものの社会復帰を一層促進させる」としながらも、対象者となる条件・金額・返済期限などの設定は厳しいものだった。厚生省はまだ軽快退所

に消極的だった。この年は「らい予防法」制定からわずか3年後だったが、その一方で、かつて厚生省が必要と考えた化学療法の治験期間10年を迎える年でもあった。もはや化学療法の効果による多くの治療者の出現は無視できず、戦後再開した根絶策の継続は急速に現実離れしたものになっていた。加えて1956(昭和31)年のローマ会議や、1958(昭和33)年に東京で開催された第七回国際らい学会議などが、海外におけるらい対策の潮流との乖離を知らしめた。

従来のハンセン病対策の継続と実質的变化

全患協は1962(昭和37)年12月、「らい予防法改正研究委員会」を設置して高島重孝長島愛生園長に協力を求めた。ちょうど全患協本部が長島愛生園に置かれている時期だった。高島の依頼により、らいの現状に明るい6人の専門家が招かれ、1963(昭和38)年1～2月に講演を行った⁽⁵²⁾。また4月には厚生省から大村潤四郎療養所課長と小西宏結核予防課長が呼ばれ、講演した。いずれも現行のらい予防法・療養所運営・予防行政の在り方について、見直しの必要性もしくは見直しの可能性を述べるものだった⁽⁵³⁾。全患協は、厚生省両課長を除いたこれらの講演録に、療養所における臨床や予防行政について全国10の療養所長と医務部長らがどのように考えているのかを尋ねたアンケートの回答を加えて、1963年6月20日『ハンセン氏病の新しい知識』を刊行した⁽⁵⁴⁾。この中で高島をはじめ、各所長らも概ね見直しを主張していた。また同日から開催した第8回支部長会議では、「らい予防法」の改正と隔離政策による損失補償を含む運動方針を決定した。この決定に基づき全患協は、らい予防法闘争から10年後にあたるこの年の8月、再びらい予防法改正運動を行い、厚生

(48) 「らい予防法の施行について」昭和28年9月16日 国立らい療養所長あて厚生事務次官通知

(49) 「らい予防法の運用について」昭和28年9月16日 各国立らい療養所長あて厚生省医務局長通知

(50) 「らい患者の退所決定暫定準則」昭和31年 厚生省

(51) 「世帯更生資金の貸付について」昭和33年10月23日 各国立らい療養所長あて国立療養所課長通知

(52) 全患協ニュース 1963年3月15日号

(53) 全患協ニュース 1963年5月1日号

(54) 「ハンセン氏病の新しい知識」1963年6月 らい予防法改正研究委員会 全国々立療養所ハンセン氏病患者協議会

大臣に「らい予防法改正に関する要請書」⁽⁵⁵⁾を提出した。絶対隔離政策の踏襲、不完全な医療・福祉、退所者に対する保障の欠落など、「らい予防法」の不備を指摘した上で、19項目に渡り改正を求めた。またここで初めて強制隔離による損失の補償を要求した。これに対し厚生省は、「補償という正面だったものは賛成出来ない。しかし、そのかわり療養生活の面で厚い対策を考えていきたい。」と回答し、早くも療養所内の改善を強制収容の補償の代わりとする意向を示している⁽⁵⁶⁾。続く10月の陳情では、小西宏結核予防課長が、「三十九年度にらい予防制度調査会を作るべく予算要求している。その調査会において制度の改正について考えたい。」「厚生省としても早く改正したいと思うが、(中略)改正時期については三十九年度研究して、四十年改正する。」と予防法改正の具体的な時期について明言している⁽⁵⁷⁾。厚生省は1958(昭和33)年、各都道府県知事宛に出した「らい予防事業の実施について」において、「最近医療の進歩により療養所を軽快退所する患者も逐年増加の傾向にあり、その社会復帰の円滑化が緊急の課題となりつつある。」「らいは早期に発見し早期に適正な治療をうければ治り得る病気であることを周知徹底」「あらゆる機会を通じて国民一般に正しい知識を普及し、らいの現状を認識させる」と述べていた⁽⁵⁸⁾。1964(昭和39)年には、らい回復者の社会復帰の促進を目的に掲げた就労助成金制度が始まった⁽⁵⁹⁾。この時期厚生省はすでに、患者の隔離以外に伝染を防ぐ手立てがないという旧来からの認識を改め、それを前提とした根絶策からの転換の必要性を認めていたものと考えられる。1963年は、「らい予防法」改正の機運が最も高まった時だった。にもかかわらず現実には、「らい予防法」の改正が企図されることも、「らい予防法」を厳格に適用しないらい対策の実質的転換が社会に示されることもなかった。その理由としては、全患協が打ち出した隔離政策による損失補償に応じられないとしながら療養所内の改善のた

めの予算獲得をもってそれに代えようと厚生省が考えたこと、翌年の六・五闘争を受けて厚生省内の態度が硬化したこと、全患協が療養所内での生活や医療の改善を運動の主軸に置くようになっていったことなどがあげられる。

もうひとつのハンセン病対策

ちょうど同じ頃、沖縄ではらい対策のためのもう一つの法律が誕生していた。1961(昭和36)年に成立した「ハンセン氏病予防法」である。

奄美と沖縄を含む南西諸島は、1945(昭和20)年沖縄戦下もしくは終結直後にアメリカ海軍が出した「ニミッツ布告」や、1946(昭和21)年2月2日にGHQが出した「二・二宣言」により、北緯30度以南が日本本土と行政分離された。南西諸島は、沖縄諸島、宮古諸島、八重山諸島、奄美諸島に分けられ、それぞれ沖縄諮詢会、宮古支庁、八重山支庁、大島支庁が置かれて、アメリカ軍政府の下で分割統治された。これらは1946～47(昭和21～22)年にかけて、沖縄民政府、宮古民政府、八重山民政府、臨時北部南西諸島政庁となり、さらに1950(昭和25)年11月、沖縄群島政府、宮古群島政府、八重山群島政府、奄美群島政府となるに至って、実質的な制約はあるものの知事と議会議員の公選制が取り入れられた。また同年12月にはアメリカ軍政府から琉球列島米国民政府(USCAR)に代わり、各群島政府をまとめる中央政府設立を目指すこととなった。しかしサンフランシスコ平和条約の内容が、北緯29度以南の南西諸島をアメリカの施政権下に置くものであることがわかると、日本復帰を求める声が強まったため、条約発効日である1952(昭和27)年4月28日直前の4月1日、USCARは自らの下に司法・立法・行政の三権を有する琉球政府を設置し、各群島政府を廃止した。翌年12月、奄美諸島だけが日本に返還された。

こうしたアメリカの統治下におけるハンセン病政策は、同時期の日本のそれとは当然違っていた。

(55) 全国々立療養所ハンセン氏病患者協議会「らい予防法改正要請書」1963年7月

(56) 全患協ニュース 1963年8月15日号

(57) 全患協ニュース 1963年10月15日号

(58) 「らい予防事業の実施について」昭和33年10月13日 各国立らい療養所長あて厚生省医務局長通知

(59) 「らい回復者に対する就労助成金制度について」昭和39年10月26日 各国立らい療養所長あて厚生省医務局長通知

1946（昭和21）年2月沖縄ではアメリカ海軍軍政府から、患者全てを屋我地島療養所（前の国頭愛楽園）へ隔離するよう指示した「軍政府本部指令第115号」や、患者以外の者が屋我地島へ立ち入ることを制限した「同第116号」が公布された⁽⁶⁰⁾。翌年2月には、各民政府が療養所を創設し、患者の隔離・治療を行い、患者の逃走や隠蔽と療養所への立ち入りについて罰則をもって禁止する等とした、「アメリカ軍政府特別布告第13号」が出された⁽⁶¹⁾。奄美諸島では、1947（昭和22）年7月アメリカ軍政官が奄美和光園の増床を指示した。プロミン治療が始まったのは、奄美和光園と宮古南静園が1949（昭和24）年1月、沖縄愛楽園が3月で、同年9月には、以後プロミン治療を進めるスコアブランドがアメリカ軍政府公衆衛生部長に就任した。1950（昭和25）年9月、3療養所はアメリカ軍政府から各群島政府に移管され、さらに1952（昭和27）年4月、琉球政府設置に伴い同厚生局の所管となった。罰則は廃止になったが、「アメリカ軍政府特別布告第13号」の下、依然として完全隔離を目的とした施策は続いていた。1953（昭和28）年12月日本返還に伴い、奄美和光園は日本の厚生省が所管する国立療養所となり、奄美諸島は8月に成立したばかりの「らい予防法」の下、日本のらい対策の適用を受けることとなった。後に沖縄が日本に復帰する時と違い、法令は違えど共に強制隔離を基本方針とする対策間での移行だったため、特に「問題」はなかったものと考えられる。一方沖縄では、1954（昭和29）年7月レオナルド・ウッド記念財団の医務主任ダウルらが、「LEPROSY IN THE RYUKYU ISLANDS-1954」を出した。この通称「ダウル報告書」は、沖縄におけるらい対策の現状、有病率、沖縄愛楽園と宮古南静園入所者の状態等に関する調査報告を行った上で、飲み薬であるDDSの活用、両園の治療・設備・職員等の改善、検診や在宅治療を含む公衆衛生対策の確立等を勧告していた⁽⁶²⁾。これを受け

て「アメリカ軍政府特別布告第13号」は、事実上の廃止となった。1956（昭和31）年4月にはローマ会議があり、1958（昭和33）年11月には第7回国際らい会議（東京）が開催された。第7回国際らい会議に参加したアメリカ民政府公衆衛生福祉部長マーシャルは、沖縄に戻ると急激に在宅治療を提唱し始め、退所可能な入所者が多いはずとして宮古南静園の転用にまで言及した⁽⁶³⁾。これは「マーシャル旋風」と呼ばれて、関係者の間に動揺を巻き起こした。この頃から次第に沖縄のらい対策は、開放治療へと政策転換する機運が高まっていた。また同年3月から日本は、沖縄の2療養所に対して医師を派遣する医療援助を始めていた。沖縄のハンセン病対策の現状を調査するため、日本の厚生省から派遣された難波政士と滝沢正は、1961（昭和36）年1月、「琉球におけるらい対策に関する調査報告書」をまとめた。このいわゆる「難波・滝沢報告」は、在宅治療を前提に、患者の管理方式確立、患者教育の必要性、らいを特殊な疾病として扱わないこと、軽快退所基準の明確化と社会復帰の促進、園外厚生施設の設置、収容して治療する場合は一般病院も可能、らいに関する啓蒙教育は学校教育を重視、らい専門医の養成、沖縄全島での検診等を勧告した⁽⁶⁴⁾。これを受けて同年8月、退所、在宅治療制度、疫学調査などの規定を持つ「ハンセン氏病予防法」⁽⁶⁵⁾が制定された。日本で『ハンセン氏病の新しい知識』が刊行され、全患協の改正要請運動が行われるなど、「らい予防法」改正の機運が最も高まった1963（昭和38）年よりも、およそ2年前のことだった。沖縄らい予防協会は、1962（昭和37）年6月那覇市に特別皮膚科無料診療所を設置し、ハンセン病の外来診療を開始した。また1964（昭和39）年6月には、回復者の社会復帰を促進するための職業補導施設である後保護指導所（厚生指導所）を設置した。宮古島では1968（昭和43）年1月に皮膚科無料診療所、石垣島では1970（昭和45）年

(60) 沖縄県ハンセン病証言集編集総務局 編『沖縄県ハンセン病証言集 資料編』沖縄愛楽園自治会・宮古南静園入園者自治会 発行 2006年

(61) 沖縄県ハンセン病証言集編集総務局 編『沖縄県ハンセン病証言集 資料編』沖縄愛楽園自治会・宮古南静園入園者自治会 発行 2006年

(62) 沖縄県ハンセン病証言集編集総務局 編『沖縄県ハンセン病証言集 資料編』沖縄愛楽園自治会・宮古南静園入園者自治会 発行 2006年

(63) 沖縄県ハンセン病証言集編集総務局 編『沖縄県ハンセン病証言集 資料編』沖縄愛楽園自治会・宮古南静園入園者自治会 発行 2006年

(64) 沖縄県ハンセン病証言集編集総務局 編『沖縄県ハンセン病証言集 資料編』沖縄愛楽園自治会・宮古南静園入園者自治会 発行 2006年

(65) 「ハンセン氏病予防法」『琉球政府公報 第68号』1961年8月26日

5月に八重山社会医療センターが開設した。こうした在宅治療制度と厚生指導事業は、沖縄が日本に復帰した1972（昭和47）年5月以降も、「沖縄県振興開発特別措置法」により維持された。また日本復帰に伴い、沖縄愛楽園と宮古南静園は国立療養所となった。後に見るように、この時期すでに日本では、「らい予防法」の形骸化が進んでいた。同じ法律の下にありながら基本方針の異なる2つの対策が併存することになったが、日本においても実態としては沖縄の対策に抵抗のない状態になっていたためか、「らい予防法」の法文上の整序が図られることはなかった。

療養所内に集中していくハンセン病対策実現の場

高齢化の進展、重い後遺症の残存、故郷との絶縁などの理由により、社会復帰が望みにくい入所者の割合が増えた。そのためこの後の全患協運動は、看護切替を強く求めた六・五闘争（1964年）、入所者間の収入格差是正を実現した自費用制度導入（1971年）、ハンセン病療養所の医療の充実を図る総決起集会と医者よこせデモ（1972年）、病棟・居住棟などの更新築を進める施設整備（1970年代以降）、盲人・高齢者・身体障害者への対応充実を図る三対策（1970年代以降）など、療養所内の生活や医療の改善に要求の重点を置くようになっていった。1968（昭和43）年に発足した、超党派の国会議員で作るハンセン氏病対策議員懇談会は、全患協のこうした要求の実現に大きな力となった。1971（昭和46）年から用いられるようになったリファンピシンは、数日の服用で菌の感染力を失わせる、殺菌作用を持った治療薬だった。この薬の登場は、「らい予防法」が定める「伝染せざるおそれがある患者」の収容の必要性を失わせた。患者の隔離以外に伝染を防ぐ手立てがないという旧来からの認識を前提に成立した「らい予防法」とらい対策は、完全にその根拠を失ったのである。全患協から様々な療養所改善要求を受け

ていた厚生省は、強制隔離による損失補償を含む「らい予防法改正に関する要請書」を突きつけられた1963（昭和38）年あたりから、「らい予防法」を厳格に適用しない実質的ならい対策の転換ばかりでなく、「らい予防法」自体を療養所予算獲得の理由として使う“転用”を始めた。厚生省は、表向き損失補償には応じられないとしながら、療養所内の改善に努めることで補償に代えろと考えていた。全患協の要求のほとんどが療養所内の改善だったこともあり、藤楓協会に委託していた事業の一部を除けば、以後政策実現の場面の多くは療養所の中になり、厚生省が公に表明しないままその状態が進んだために、社会が「らい予防法」の形骸化やらい対策の実質的な「転換」を知る機会はほとんどなくなっていった。

1970（昭和45）年11月に発行された『らい医学の手引き』は、「らい予防法」について弊害と改正の必要性を述べていた。この書籍は、国立療養所の園長や医長といった管理職、国立多摩研究所の医務部長、らいの治療を行っている大学病院の教授ら総勢39人が分担執筆したもので、治療や研究を行う現場の認識を反映している⁽⁶⁶⁾。また、1975（昭和50）年全患協が、「将来の療養所のあり方研究会」において三たび「らい予防法」の検討に着手し⁽⁶⁷⁾、所長連盟にも努力を求めたのを受けて、所長連盟は1976（昭和51）年1月「らい予防法研究班」を設置した⁽⁶⁸⁾。同年9月、所長連盟は「全国国立らい療養所所長連盟らい予防法改正試案」（通称 石原試案）をまとめた⁽⁶⁹⁾。この試案は、入所しなくても治療を受けられるようにする、入所を強制しない、療養所の役割を伝染性解消と重い合併症の治療に置く、療養の必要が無くなったらその旨を患者に説明する、らいの予防・医療・福祉に関する厚生大臣の諮問機関として「らい予防審議会」を設置する、などの内容からできていた。所長連盟はこの試案を全患協に提示したが、強制退所を危惧する全患協と折り合えず、結局厚生省に提出するまでには至らなかった。しかし「ら

(66) 「らい医学の手引き」 高島重孝監修 「らい医学の手引き」 刊行会編集 克誠堂出版発行 1970年

(67) 全患協ニュース 1975年9月15日号

(68) 全患協ニュース 1976年3月1日号

(69) らい療養所所長連盟「らい予防法」改正草案（昭和51年9月4日） 犀川一夫『ハンセン病政策の変遷』 沖縄県ハンセン病予防協会発行 平成11年3月より

い医学の手引き」のような内容の書籍を発行し、また予防法改正案を何の反対もなく準備できたこと自体、もはや「らい予防法」やらい対策が完全に実効性を失っているとの共通認識が、厚生省や療養所の医師たちの間で常識化していたことを示している。1981（昭和56）年12月には、全患協の陳情に対して森下元晴厚生大臣が「ハンセン病対策に対する過去の過ちは、社会、国の罪である。それを償う気持ちでやりたい」と発言した。この発言は以後の厚生大臣にも基本的に引き継がれていったが⁽⁷⁰⁾、1963（昭和38）年あたりから始まった「らい予防法」の“転用”が継続していたことを意味していた。こうした状態を反映して、1970年代半ば以降、退所や外出を厳しく制限することはなくなり、入所者はかなり自由に療養所の外に出ることが可能になっていった。1983（昭和58）年、厚生省は藤楓協会に委託してハンセン病予防事業対策調査検討委員会を設置し、ハンセン病対策の検討を始めたものの、「らい予防法」の形骸化に伴い、問題としての認識は希薄になっていった。

「10年計画」の“終焉”と“新たなハンセン病対策”の開始

マスコミがエイズをセンセーショナルに報道し、1987（昭和62）年に厚生省がエイズ予防法案を策定すると、その法案と「らい予防法」との類似性を指摘する声が新聞への投書などからあがり⁽⁷¹⁾、「らい予防法」は期せずして注目を集めることとなった。そのため所長連盟は同年、「「らい予防法」の改正に関する請願」⁽⁷²⁾を厚生省に提出した。全患協は1985（昭和60）年以降、今一度「らい予防法」の改正に取り組もうとした。療養所内の改善において、長年少しずつ積み上げてきた全患協運動の成果を失うことを懸念する声も根強かったが、組織内の紆余曲折を経て、1991（平成

3）年「「らい予防法」改正に関する要請書」⁽⁷³⁾を下条進一郎厚生大臣に提出した。これを受けて藤楓協会に設置されていたハンセン病予防事業対策調査検討委員会は、1992（平成4）年3月「らい予防法」改正の検討に着手した。

1994（平成6）年1月、ハンセン病予防事業対策調査検討委員会がまとめる結論の方向性について聞くため、全患協は藤楓協会の大谷藤郎理事長と懇談した。大谷は「らい予防法」の改正は必然的に廃止になるとの見解を述べ、全患協はその旨を機関誌「全患協ニュース」に掲載した⁽⁷⁴⁾。この「大谷見解」は全国の入所者の間に不安と期待を呼び起こしたため、同年4月の第44回臨時支部長会議（多磨）において、大谷は再度各園代表の前で見解について説明した。説明を聞いた全患協は運動方針の変更を迫られ、らい予防法改正運動のすすめ方については結論を保留し、各支部が持ち帰って検討した上で、10月31日までに本部が集約すると決定した。また直後の「全患協ニュース」5月1日号に「大谷見解」の全文を掲載し、「らい予防法の「部分改正」を求める全患協の要求は、（中略）法の廃止に繋がる必然性を含んだ要求であることが明らかになりました。」とコメントした⁽⁷⁵⁾。

一方この「大谷見解」を知った日本らい学会は、1994年5月13・14日に開催される第67回総会において、急遽大谷に特別講演を依頼した。この場で大谷は、「らい予防法」は廃止されるべきと述べた⁽⁷⁶⁾。日本らい学会はこれを機に「らい予防法検討委員会」を設置した。同年8月、全患協から大谷見解について問われた厚生省エイズ結核感染症課長尾寄新平は、「（担当課として）基本的には同じ考え方である。（中略）（法律が）どういう形になろうと、今の形が無くなって、療養所から出て行ってくださいよ、ということは基本的に考えら

(70) 全患協ニュース 1987年11月1日号

(71) 大西巨人「「エイズ法案」の不条理」朝日新聞 1987年5月19日夕刊

(72) 全国国立ハンセン病療養所所長連盟（仮称）「らい予防法」の改正に関する請願（昭和62年3月） 大谷藤郎『らい予防法廃止の歴史』勁草書房 1996年 より

(73) 全国ハンセン病患者協議会 「らい予防法」改正に関する要請書 平成3年4月

(74) 全患協ニュース 1994年2月1日号

(75) 全患協ニュース 1994年5月1日号

(76) 日本らい学会雑誌 1994年 総会特別号

れない」と発言した⁽⁷⁷⁾。同年11月所長連盟は、廃止と代替立法の同時実施を主張する「らい予防法改正問題についての見解」を発表した⁽⁷⁸⁾。

全患協は1995年1月の第45回臨時支部長会議（多磨）において、「らい予防法改正に関する要請書」（1991年）の内容を補強した「らい予防法改正を求める全患協の基本要求」を決定した⁽⁷⁹⁾。「らい予防法」検討委員会で検討を重ねてきた日本らい学会は、同年4月の第68回総会で、廃止を主張する「「らい予防法」についての日本らい学会の見解」を発表した。これをもって、主要な関係者の意見が廃止でそろった。同年5月、ハンセン病予防事業対策調査検討委員会（藤楓協会）は法廃止を視野に抜本的見直しを求める中間報告を出した⁽⁸⁰⁾。同年7月6日、全患協は井出正一厚生大臣に予防法の見直しについて要請し、同日厚生省保健医療局長の私的検討会である「第1回らい予防法見直し検討会」が藤楓協会で開催された。この検討会は同年12月8日、廃止を強く求める報告書を提出した⁽⁸¹⁾。1996年1月18日、菅直人厚生大臣は厚生大臣室で全患協の各支部長たちを前に、「らい予防法」の見直しが遅れたこと、法の存在により患者と家族の尊厳を傷つけ苦しみを与えてきたこと、優生手術により身体的・精神的苦痛を与えたことについて謝罪した⁽⁸²⁾。同年3月31日「らい予防法の廃止に関する法律」⁽⁸³⁾が国会で成立し、翌4月1日施行された。

再び社会が認識するハンセン病対策へ

「らい予防法」廃止後の1998（平成10）年7月31日、星塚敬愛園と菊池恵楓園の入所者13人が、同法存続の責任を問い、隔離政策に起因する損失の補償を求めて、国を被告とする「らい予防法違憲国家賠償請求訴訟」を熊本地方裁判所に起こした。岡山地裁、東京地裁でも同様の提訴がなされ、熊本地裁判決が出た2001（平成13）年5月の段階で、原告となった回復者数は全国で1700人に及んだ。熊本地裁は原告側勝訴の判決を下し⁽⁸⁴⁾、国は総理大臣談話⁽⁸⁵⁾と政府声明⁽⁸⁶⁾を出した上で控訴を断念し、和解に応じた。2001（平成13）年6月22日「ハンセン病療養所入所者等に対する補償金の支給等に関する法律」⁽⁸⁷⁾が制定され、在園年数に応じて全入所者を対象に補償金が支払われた。また同年7月と翌2002（平成14）年1月に原告・被告間で「基本合意書」⁽⁸⁸⁾が交わされ、国は名誉回復措置を講じ、残る課題の解決に向け「ハンセン病問題対策協議会」を設置して毎年話し合いの場を設けることなどが決まった。この「ハンセン病問題対策協議会」は原告団、弁護団、全療協で組織する統一交渉団と厚生労働省との間で以後毎年開催され、「確認事項」⁽⁸⁹⁾を取り交わし、国のハンセン病政策の方向性を左右する重要な位置を占めるものとなった。2005（平成17）年10月25日には、韓国ソロクト病院と台湾 樂生院の入所者が日本の植民地支配時代の癩対策への補償を求めた裁判の判決が出され、和解により補償が行われることとなり、2006（平成18）年2月10日「ハンセン病療養所入所者等に対する補償金の支給等に

(77) 全患協ニュース 1994年9月1日号

(78) 全国国立ハンセン病療養所所長連盟「らい予防法改正問題についての見解」平成6年11月8日 全国ハンセン病療養所入所者協議会編『復権への日月』光陽出版社 2001年 より

(79) 全国ハンセン病患者協議会「らい予防法改正を求める全患協の基本要求」平成7年1月24日 全国ハンセン病療養所入所者協議会編『復権への日月』光陽出版社 2001年 より

(80) 「ハンセン病予防事業対策調査検討委員会中間報告書」1995年5月11日 藤楓協会『創立五十周年誌』平成19年 より

(81) 「らい予防法見直し検討会報告書」1995年12月8日 藤楓協会『創立五十周年誌』平成19年 より

(82) 「全国ハンセン病患者協議会に対する厚生大臣発言要旨」平成8年1月18日

(83) 「らい予防法の廃止に関する法律」『官報 号外特第5号』平成8年3月31日

(84) 判決文

(85) 「ハンセン病問題の早期かつ全面的解決に向けての内閣総理大臣談話」平成13年5月25日 ハンセン病問題対策協議会における合意に基づく新聞掲載広告より

(86) 「政府声明」平成13年5月25日 厚生労働省健康局疾病対策課『平成20年度「ハンセン病を正しく理解する週間」資料』より

(87) 「ハンセン病療養所入所者等に対する補償金の支給等に関する法律」『官報 号外第127号』平成13年6月22日

(88) 「基本合意書」平成13年7月23日／同 平成14年1月28日

(89) 「ハンセン病問題対策協議会における確認事項」平成13年12月25日 以降2018年度現在まで毎年

関する法律」が改正された⁽⁹⁰⁾。

一方でその間も、回復者の高齢化と人数の減少は進み続け、療養所の存続自体が不安視されるようになった。長年療養所に暮らしてきた多くの入所者にとって、療養所は唯一残された生活と医療の場となっているため、療養所の閉鎖は文字通り死活問題だった。療養所内にいても社会と遜色のない生活が送れることを実現し、回復者しか利用できない療養所の位置づけを改めて、地域開放や他機能導入などを可能にすることで療養所の存続を図ろうと、2008（平成20）年6月18日、「らい予防法の廃止に関する法律」に代わって「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」⁽⁹¹⁾（通称「ハンセン病問題基本法」）が成立した。同法に基づき、最後の一人になっても入所者が安心して暮らせる状態の実現を目指して、療養所ごとに適した将来構想の模索が続いている。しかし入所者がいなくなるまでの間の療養所の将来構想と、なくなった後も人権学習等のための社会資源として療養所を存続させていく永続化問題との間を、どのようにつないで両立させるのかは、大きな課題となっている。2014（平成26）年には、ハンセン病の後遺症である身体障害を持ち、老齢となった入所者の日常生活を支える必要から、入所者1人に必要な看護師・介護員数を1.5人とし、その比率を2018（平成30）年度段階で実現して、以後も維持していくことが決まった⁽⁹²⁾。その一方で、医師不足は慢性化したままとなっている。

2016（平成28）年2月には、患者・回復者の子どもや兄弟姉妹も国のハンセン病対策によって被害を受けたとして、「ハンセン病家族訴訟」が起こされた。社会の偏見・差別は少なくなって来ているとも言われるが、回復者であることを周囲に明かせない状況は依然として続いており、退所者・非入所者が再入所・新規入所せざるを得ない原因になっているとも言われている。2018年11月現在、国立療養所で最も入所者数が少ないのは奄美和光園で、24人となっている。数年後には、ハンセン病療養所ではない別の施設への転換が予想され

る。全国の国立ハンセン病療養所はどこも、ハンセン病回復者である入所者がいなくなる時を目前に控える状況にあり、閉鎖や転換などによりハンセン病療養所としては存在しなくなる時代にさしかかっている。現在、国のハンセン病対策には、療養所の閉鎖や転換に伴い単に終止符が打たれるのではなく、先述の療養所の永続化問題や、療養所ごとの社会交流会館設置や、瀬戸内3園が取り組む世界遺産化運動に見られるような、これまでの100年以上におよぶ歴史や回復者が生きた証を残すことに、方向転換していくことが望まれている。

おわりに

2007（平成19）年の国立ハンセン病資料館リニューアルオープンに伴う、常設展示の全面更新に、私は当時3人いた学芸員の1人として関わった。全体的な展示構成と趣旨は、高松宮記念ハンセン病資料館時代のものを踏襲し、展示手法も高松宮記念時代に主に用いていた、実物資料を数多く直接見せる列品展示的な方法を引き継いで、あえて露出展示も取り入れた。反対に映像や、パソコンを操作する仕掛けは、必要最低限に抑えた。展示というものは実物資料が中心だとの至極まっとうな考え方が、高松宮記念時代の常設展示にはあったからだ。この方針に基づいて展示プランを作った。解説文は、その展示プランを見て成田館長が書いた文章を下敷きにして、作成した。

その中で展示室1は、日本におけるハンセン病対策の歴史的な経緯を追うための部屋との位置づけだった。しかしハンセン病対策の流れを、今日まで順序立てて丁寧に追った書籍等がある訳ではなかった。当時のハンセン病の通史的な記述は、療養所内の出来事を中心に、時折政策を取り上げたものが主で、別々のレールの上にあるものを無理に一つの線で結びつけているかのような印象があった。直感的に、この事象とこの事象との間に、何かすっぽりと抜け落ちているものがあるとは思っても、それが何なのかを知ることは、容易で

(90) 「ハンセン病療養所入所者等に対する補償金の支給等に関する法律」『官報 号外第28号』平成18年2月10日

(91) 「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」『官報 号外第129号（平成20年6月18日）』より

(92) 全患協ニュース 2014年10月1日号

はなかった。細かく切れた断片をどうにかあてはめて、元の絵を無理矢理に想像する。そんな作業をしているようだった。

以来、自分自身の課題として、いつか通史的把握をしなければならないと思い続けてきた。個々の事象はもちろん、大まかな流れ、事象同士の関連性、後世に与えた影響の強弱、全体や個別の事象への評価といった、ハンセン病対策全体を通観した歴史認識を、自分なりに持たなければならぬと考えてきた。今回の叙述は、そのための一歩にあたる。これが社会のハンセン病の通史的把握を進めることに何らかの形で役立つのであれば、もちろんありがたい。しかし私は国立ハンセン病資料館の学芸員なので、当館に対する研究成果の還元として、次の常設展示更新に役立つなら幸甚である。