

第2章 ハンセン病問題の歴史的経緯

—— ハンセン病違憲国家賠償請求訴訟における
熊本地方裁判所の判断（抜粋）

1998

1999

2000

2001

第2章 ハンセン病問題の歴史的経緯

——ハンセン病違憲国家賠償請求訴訟における

熊本地方裁判所の判断（抜粋）

1 ハンセン病の医学的知見及びその変遷

(1) ハンセン病の疫学

ア ハンセン病の疫学的特徴

ハンセン病の特徴は、感染と発病の間に大きな乖離^{かひり}が見られることであり、発病するのは感染者のごく一部にすぎず、感染者の中の有病率は高い場合でも通常1パーセントを超えないことはないとされている。

この乖離の原因は、らい菌の毒力が極めて弱いため、感染しても発病に至ることが少なく、この菌に対して抗原特異的免疫異常が起きた場合にだけ発病するからであるとされる。すなわち、ハンセン病は、弱毒菌と人集団との微妙なバランスの上に成り立っている疾患であり、人の集団免疫の変化によって流行が大きく左右される。

イ ハンセン病の感染について

現在、感染源として確立されているのは患者だけである。患者は、病型によって排出する菌の量が大きく異なり、T T

型（類結核型）、I群（未定型群）の患者の排菌量は少ないが、L I型（らい腫型）の患者からは、潰瘍を伴った皮疹、上気道分泌物、母乳等から大量のらい菌が排出される。

多剤併用療法を始めると、らい菌の感染力が数日で失われるので、感染源になる可能性があるのは未治療の患者である。また、DDS単剤療法でも、らい菌の排出量は急速に減少するとされている。

(2) ハンセン病治療の推移

ア スルフォン剤の登場前の治療について

スルフォン剤（プロミン、DDS等）がハンセン病治療薬として登場するまでは、大風子油^{たいかきしゆ}による治療がほとんど唯一の治療法であり、ある程度効果があるとの評価もあったことから、我が国の療養所でも使用されていたが、再発率がかなり高く、根治薬というには程遠いものであった。

イ スルフォン剤の登場

アメリカのカービル療養所のファジェットは、昭和18年、20世紀初頭に抗結核剤として開発されたスルフォン剤であるプロミンにハンセン病の治療効果があることを発表した。その治療効果は、「カービルの奇跡」とまでいわれた。

我が国でも戦後間もなくプロミン等による治療が開始され、

昭和22年以降、日本らい学会においてプロミンの有効性が次々と報告された。昭和24年4月には、全患協による運動（プロミン獲得運動）もあって、プロミンが正式に予算化された。

そして、昭和26年4月の第24回日本らい学会において、『プロミン』並びに類似化合物による癩治療の共同研究」が発表され、再発の可能性を検討するために少なくとも10年の経過を観察する必要があるとしながらも、プロミン等が極めて優秀な治療薬であると認められた。

スルフォン剤の登場は、これまで確実な治療手段のなかったハンセン病を「治し得る病氣」に変える画期的な出来事であった。

(3) 新法制定前後のハンセン病の医学的知見

ア スルフォン剤の医学的評価について

スルフォン剤の国際的評価は、WHO第1回らい専門委員会（昭和27年）の報告において、更に確実なものとなった。すなわち、この報告では、スルフォン剤治療が他のいかなる治療形式よりも非常に優れており、ほとんどすべての病型に効果的であるとされた。また、この報告では、DDSについても高い評価がなされ、外来治療の可能性を上げるものとして、非常に利用価値が高いとされたのである。この報告にお

いては、スルフォン剤の評価を踏まえたハンセン病予防に対する考え方の大きな転換がみられる。すなわち、この報告では、強制隔離は決して望ましいものではなく、これを認めるとしても、ごく限られた範囲にとどめるべきであるとの考えが示されているのである。

ローマ会議（らい患者救済及び社会復帰国際会議、昭和31年）以降においては、ハンセン病に関する特別法の廃止が繰り返し提唱され、第8回国際らい会議（昭和38年）では、無差別の強制隔離は時代錯誤であるとまでいわれるようになった。

スルフォン剤の我が国における評価が、国際的評価と大きく異なっていたわけではない。昭和26年4月の第24回日本らい学会において、『プロミン』並びに類似化合物による癩治療の協同研究」が発表され、プロミン、プロミゾール及びダイアゾンが極めて優秀な治療薬であると認められた。ただ、この時点においては、再発の可能性を検討するために少なくとも10年の経過を観察する必要があるとして、スルフォン剤の評価になお慎重な意見が学会内では根強かった。

しかしながら、我が国でプロミンの治療研究が開始されてから10年を経過した昭和31年ころ以降も、我が国におけるスルフォン剤の優位性は揺るがず、スルフォン剤の評価が見直されたとか、見直さなければならぬ状況にあったことはう

かがわれない。

もちろんスルフォン剤の登場によって、ハンセン病医療の問題がすべて解決したというわけではない。しかしながら、進行性の重症患者が激減したことも事実であつて、スルフォン剤の登場は、不治の悲惨な病氣であるという病観を大きく転換させるものであつたといふべきである。

2 我が国のハンセン病政策の変遷等

(1) 戦前の状況について

ア 「癩予防ニ関スル件」の制定

我が国において、ハンセン病は、古くから「業病」とか「天刑病」として差別・偏見・迫害の対象とされてきた。そのため、ハンセン病患者の中には、故郷を離れて浮浪徘徊する者が少なくなく、そのような者は社寺仏閣等で物乞いをするなど、悲惨な状況にあつた。

ハンセン病は、明治30年に制定された伝染病予防法の対象疾病に含まれていなかったが、伝染説が確立された第1回国際らい会議（明治30年）以降、ハンセン病予防に対する関心が高まり、明治40年に「癩予防ニ関スル件」が制定された。

この「癩予防ニ関スル件」では、財政上の理由もあつて、

療養の途がなく救護者のない者のみが隔離の対象とされ、公衆衛生の点からは徹底を欠き、むしろ、ハンセン病が文明国としての不名誉であり恥辱であるとする国辱論の影響を強く受けたものともいえるが、同時に、浮浪患者の救済法としての色彩を持つものでもあつた。

イ 療養所の設置

内務省は、「癩予防ニ関スル件」を制定した明治40年、まず2、000人の浮浪患者を收容する方針を決め、「癩予防ニ関スル件」四条一項所定の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。

しかしながら、実際の療養所建設は地元住民の反対運動で難航し、結局、次のとおり全国5カ所に府県連立療養所が設置されたが、これらは必ずしも右方針どおりの立地条件ではなく、特に、大島療養所は、瀬戸内海の孤島に置かれた。

第一区 全生病院（東京都東村山市所在。後の多磨全生園）

第二区 北部保養院（青森市所在。後の松丘保養園）

第三区 外島保養院（大阪市所在。なお、昭和9年9月室戸台風により壊滅的被害を受け、そのまま復興されなかつた。）

第四区 大島療養所（香川県木田郡庵治町所在。後の大島

青松園

第五区 九州療養所（熊本県菊池郡合志町所在。後の菊池

恵楓園

ウ 懲戒検束権の付与

設置当初の療養所内では、風紀が乱れ、秩序維持が困難な状況にあった。大正5年法律第21号による「癩予防ニ関スル件」の一部改正により、「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」（四条ノ二）とされ、療養所長の懲戒検束権が法文化された。

また、これに伴い大正5年内務省令第6号により、「癩予防ニ関スル件」の施行規則（明治40年内務省令第19号）が一部改正され、懲戒検束権について次のとおり定められた。

五条ノ二 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（けんせき叱責を加え誠意改悛を誓わせる）
- 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

このような懲戒検束権の法制化により、療養所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さらに顕著になった。

工 断種（ワゼクトミー）の実施

我が国の公立療養所では、当初、男女間の交渉を嚴重に取り締まったが、それでも所内での男女交渉は絶えず、出産に至ることも少なくなかった。そのため療養所内での出生児の療育を許さない方針であつた療養所側は、その扱いに苦慮するようになった。それでも、男女間の交渉を認めることが療養所の秩序維持に役立つと考えた光田（当時全生園病院長）が、大正4年から、結婚を許す条件としてワゼクトミー（精管切除）を実施したことをきっかけとして、全国の療養所でこれが普及するようになり、昭和14年までに1,000人以上の患者にワゼクトミーが実施され、妊娠した女性に対しては、人工妊娠中絶が実施された。

才 旧法の制定

昭和6年に「癩予防ニ関スル件」がほぼ全面的に改正され、「癩予防法」との題名を附された上、旧法が成立した。主な改正点は次のとおりである。

① 入所対象の拡大

右改正により、療養所の入所対象に「療養ノ途ヲ有セス且救護者ナキモノ」（「癩予防ニ関スル件」第三条一項）との限定がなくなり、「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た。

② 従業禁止規定等の新設

右改正により、行政官庁は、らい予防上必要と認めるときは、「癩患者ニ対シ業態上病毒伝播ノ虞アル職業ニ従事スルヲ禁止スルコト」ができ（旧法第二条ノ二第一号）、また、「古着、古蒲団（中略）其ノ他ノ物件ニシテ病毒ニ汚染シ又ハ其ノ疑アルモノノ売買若ハ授受ヲ制限シ若ハ禁止シ、其ノ物件ノ消毒若ハ廃棄ヲ為サシメ又ハ其ノ物件ノ消毒若ハ廃棄ヲ為スコト」ができる（同条ノ二第二号）とされた。

力 無らい県運動

無らい県運動は、昭和4年における愛知県の民間運動が発端になり、その後、岡山県、山口県などでも始まった。しかしながら、日中戦争が始まった昭和11年ころから、この運動の様相が変化し、全国的に強制収容が徹底・強化されるようになった。昭和15年には、厚生省から都道府県に次の指示が出された。すなわち、「らいの予防は、少なくとも隔離によりて達成し得るものなる以上、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ざるべからず。」と指示されたのである。

こうして、戦時体制の下、全国津々浦々で、無らい県運動により、山間へき地の患者をもしらみつぶしに探索するなどの徹底的な強制収容が行われ、これまで手が付けられていなかったハンセン病患者の集落もその対象となった。

このような無らい県運動の徹底的な実施は、多くの国民に対し、ハンセン病が恐ろしい伝染病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の認識を強く根付かせた。

3 戦後、新法制定までの状況について

(1) 優生保護法の制定

昭和15年に制定された国民優生法は戦後間もなく廃止され、これに代わるものとして、昭和23年、らい条項を含む優生保護法が制定された。

なお、昭和24年から平成8年までに行われたハンセン病を理由とする優生手術は1、400件以上、人工妊娠中絶の数

は3、000件以上に上る。

(2) プロミンの予算化

我が国においても、昭和22年以降プロミンの有効性が明らかになっていった。プロミンの登場は、患者に大きな希望を与えたが、当初、プロミンを広く普及させるだけの予算措置が採られていなかった。これに対し、まず昭和23年に多磨全生園でプロミン獲得促進委員会が結成され、これを中心に全国に波及し、ハンスト等も行われた。その結果、昭和24年度予算で、患者らのほぼ要求どおりのプロミンの予算化が実現した。

(3) 戦後の第二次増床計画と患者収容の強化

厚生省は、昭和25年8月に全国らい調査を実施した。これによると、登録患者が1万2、628人、このうち入院患者が1万100人、未収容患者が2526人であり、未登録患者を合わせた患者数は1万5、000人と推定された。50年前の明治33年の調査で患者数が3万359人（なお、把握漏れも相当あると思われる。）とされたのと比較すると、ハンセン病の患者が50年間で半減あるいはそれ以下に減少したことになる。また、有病率は、人口一万人あたり6・92人（明

治33年）から1・33人（昭和25年）と約5分の1になった。

厚生省は、昭和25年ころ、全てのハンセン病患者を入所させる方針を打ち立て、これに基づき、全患者の収容を前提とした増床を行い、患者を次々と入所させていった。

4 新法制定後の状況について

(1) 退所について

ア 退所者の現れ

戦後、プロミンの治療効果によって、療養所内の菌陰性者が増え、昭和23年には26パーセントであった菌陰性者の割合が、昭和25年には37パーセント、昭和30年には74パーセントにまでなり、多くの症状固定者、治癒者が現れるようになった。

これに伴い、昭和26年に全国で35人の軽快退所者を出し、以降、次第に軽快退所者が増加していった。

イ 暫定退所決定準則

厚生省は、昭和31年に「らい患者の退所決定暫定準則」なる文書を作成し、各療養所長に示した。

この準則の退所基準は、長期間の経過観察や頻回の菌検査を要求する極めて厳しいものである。しかも、注意すべきは、この準則が、退所の必要最小限の要件を定めたものにす

ぎず、各療養所においてより厳しい要件を設けることを妨げないとし、積極的に患者の退所を行わせる意図がないとまで付け加えていることである。

ウ 昭和30年代、昭和40年代の退所許可の実情

昭和30年代、昭和40年代に暫定退所決定準則にとらわれないうで退所を許可することもなかったわけではないであろうが、退所基準が昭和30年代あるいは昭和40年代に一気に緩和されたことを認めるに足りる証拠はない。むしろ、スルフォン剤単剤治療を受けたL型患者の再発が目立つようになったことなどから、治癒の判定や退所基準が慎重になる傾向もないではなかった。

エ 昭和50年代の退所許可の実情

昭和40年代後半にリファンピシンが数日の服用でらい菌の感染力を失わせることが明らかに、「伝染させるおそれ」を理由に患者を隔離することはおよそ無意味となった。

昭和50年代以降、多くの療養所において、退所を強く希望する入所者に対しては是非でも退所を許可しないということではなくなった。しかしながら、このような療養所の方針が公式に表明されたことを認めるに足りる証拠はなく、入所者にもだれもが自由に退所できることが周知されていたと認めるに足りる証拠もない。

ところで、昭和50年代以降、軽快退所者数については、逆

に減少の傾向が見られる。その要因としては、入所による生活基盤の喪失のほか、入所期間の長期化、入所者の高齢化、社会に根強く残る差別・偏見の存在、社会復帰支援事業の十分さが挙げられる。また、社会的差別・偏見とも関係するが、後遺症の存在が退所を妨げる要因となっている場合が多い。

(2) 外出制限について

新法一五条による極めて厳しい外出制限は、すべての入所患者に対し法律上当然に課せられているものであり、これに違反した場合の罰則も設けられているのであるから、これが存続する以上、外出制限自体が全くなくなるものではない。

外出制限は、運用上徐々に緩やかになっていったが、昭和30年代ころまでは、厳格な取扱いも存した。

なお、無断外出を取り締まるための物理的な障壁は、次第になくなる傾向にあったが、多くの療養所は、交通の便が極めて悪いへき地にあり、実際上外出に相当の困難の伴うところもあった。特に大島青松園は療養所の施設以外は何もない瀬戸内の孤島にあり、療養所が運行する船を利用する以外に島外に出る正規の手段はなかった。また、長島愛生園、邑久光明園もほぼ同様の立地条件で、昭和63年に本州と架橋されるまでは、島外に出るには船を利用するほかなかった。これら療養所は、正に隔離施設と呼ぶにふさわしい立地条件を備

えていた。

以上から、特に昭和50年代以降、療養所が外出に対する積極的な規制を行わなくなり、これに伴い少なからぬ入所者がかつてに比べて外出が自由になったと実感していたことがうかがわれるが、外出の制限が全くないと感じていたかどうかは定かではない。入所者らが新法の「死文化」とか「空洞化」というのも、新法六条に定める強制措置、同法一五条、二八条に定める無断外出に対する療養所の積極的な規制や罰則の適用がなくなったことなどを指しているにすぎないと考えられる。

(3) 優生政策について

我が国の療養所においては、ある時期まで、優生手術を受けることを夫婦舎への入居の条件としていたことから、入所者は、結婚して通常の夫婦生活を営むために優生手術を受けることを甘受するか、あるいは、結婚して通常の夫婦生活を営むことを断念するか、そのどちらかを選択せざるを得ない状況に置かれていた。

(4) 患者作業について

戦前、入所者には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、職員の人員不足が恒常化していた

当時の療養所の運営を支えていたが、戦後になっても、このような状況はなかなか改善されず、療養所運営は、患者作業に依存するところが大きかった。

新法施行当時の患者作業は実に多種多様で、治療・看護部門から、給食、配食、清掃、理髪、火葬など生活全般に及んでおり、中にはハンセン病患者に行わせることが不適當な重労働も含まれていた。新法施行後、患者作業を拒否すれば懲戒処分をするといったような意味での強制はなくなった。しかしながら、療養所運営のかなりの部分を患者作業に依存していた状況で、患者作業の放棄は、入所者自身の生活・医療に直結する問題であったことから、多くの入所者は好むと好まざるとにかかわらずやらざるを得ないというのが実情であった。

(5) 療養所における生活状況の変遷

新法施行当時の療養所の生活状況は、極めて厳しいものであった。住環境については、12畳半に8人あるいは夫婦4組が住居するということも珍しくなかった。

(6) 療養所以外の医療機関による治療の実情

新法は、療養所以外の医療機関によるハンセン病の治療を明文で禁止してはいない。しかしながら、「伝染させるおそれがある患者」を極めて広く解釈して未治療のハンセン病患者

者のほとんどすべてをこれに該当するものとし、そのすべてを療養所への入所対象者としていた厚生省のハンセン病政策からすれば、ハンセン病の治療を行う療養所以外の医療機関がごくわずかであったのは当然である。

のみならず、抗ハンセン病薬は保険診療で正規に使用出来る医薬品に含まれていなかった。

新法の下で、療養所以外の医療機関でハンセン病の治療を行っていたのは、京都大学、大阪大学等の大学病院や愛知県の外來診療所等、数か所であり、しかも、この中で、入院治療が可能であったのは、京都大学だけであった。

(7) 療養所における外來治療

療養所における外來医療は、昭和40年代から少しずつではあるが、行われていた。

5 ハンセン病患者等に対する社会的差別・

偏見について

(1) 旧來からの差別・偏見について

我が国において、ハンセン病は明治時代以前から差別・偏見・迫害の対象とされてきた。

しかしながら、伝染説が確立されるまで、我が国では、ハンセン病を遺伝病であると信じている者が多く、ハンセン病が伝染する病気であるとの認識はなかったか、あったとしても極めて希薄であったことから、伝染に対する恐怖心からくる偏見はほとんどなかった。そのような時代における差別・偏見の根源は、ハンセン病患者を穢れた者、劣った者、遺传的疾患を持つ者と見る考えからのものであった。

(2) 無らい県運動以降の戦前の差別・偏見について

ハンセン病に対する差別・偏見については、昭和4年ころから終戦にかけて全国各地で大々的に行われた無らい県運動による強制収容の徹底・強化により、大きく変わった。無らい県運動により、山間へき地の患者までもしらみつぶしに探索して強制収容が繰り返され、また、これに伴い、患者の自宅等が予防着を着用した保健所職員により徹底的に消毒されるなどしたことが、ハンセン病が強烈な伝染力を持つ恐ろしい病気であるとの恐怖心をあおり、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り、ことごとく隔離しなければならぬという新たな偏見を多くの国民に植え付け、これがハンセン病患者及びその家族に対する差別を助長した。このような無らい県運動等のハンセン病政策によって生み出

された差別・偏見は、それ以前にあったものとは明らかに性格を異にするもので、ここに、今日まで続くハンセン病患者に対する差別・偏見の原点があるといつても過言ではない。

(3) 戦後の差別・偏見のうつり

厚生省は昭和25年ころ、すべてのハンセン病患者を入所させる方針を打ち立て、これに基づき、全患者の収容を前提とした増床を行い、患者を次々と入所させていった。これにより、患者総数のうち入所患者の割合は、昭和25年には約75パーセントだったが、昭和30年には約91パーセントになった。このような患者の徹底した収容やこれに伴う患者の自宅の消毒、「ライ患者用」などと明記された列車を仕立てての患者の輸送等は、ハンセン病が強烈な伝染力を持つ恐ろしい病気であり患者は隔離されなければならないとの偏見を更に作出・助長した。

昭和28年に制定された新法には、即時強制を含む伝染させるおそれがある患者の入所措置（六条）、外出制限（二五条、二八条）、従業禁止（七条）、汚染場所の消毒、物件の消毒・廃棄・移動の制限（八条、九条、一八条）等の規定がある反面、退所の規定がないが、このような新法の存在は、ハンセン病に対する差別・偏見の作出・助長・維持に大きな役割を

果たした。

瀬戸内海の孤島等のへき地に置かれた療養所の存在も、新法の存在とあいまって、人々にハンセン病が恐ろしい特別な伝染病であることを強く印象付け、差別・偏見の作出・助長・維持に大きな役割を果たした。

外出制限規定が徐々に弾力的に運用されるようになり、昭和50年代以降はこれによる実際上の制約が著しく減退するなど、療養所の運営は人権を制約しない方向で改善がされていったが、このことは、ほとんど公にはされず、社会一般のハンセン病に対する認識を大きく変えるものではなかった。

ハンセン病患者や入所者、元入所者と関係しないところで、いかに偏見が薄れていったところで、これらの者にとっては、何の意味もないのであって、問題は、これらの者が、社会と接する場面において、いかに認識され、扱われていたかというところにある。そして、そのような場面においては、なお、厳然として、ハンセン病に対する過度の恐怖心からくる根強い差別・偏見が残ってきたといわざるを得ない。そして、その原因のすべてが新法の存在や厚生省の政策の在り方にあるとまではいえないとしても、重要な役割を果たしたことは否定し難いところである。