

18：医学・医療界の役割と責任 #11

一 医学・医療界の責任

日本のハンセン病政策は3つの時代に大別でき、それぞれの時代を担った専門家がいた。

第1は1907（明治40）年から1953（昭和28）年までの時代で、その特徴は絶対隔離政策の確立と強力な推進で光田健輔に代表される第1世代の専門家が活躍した。第2は1953（昭和28）年から1996（平成8）年迄の44年間で、化学療法によって隔離が不要になったのを知りながら隔離政策の理念を放棄しなかった時代であり、第2世代の専門家が活動した。第3は1996（平成8）年から現在に至る時代で第3世代の専門家が活動している。

第1世代の専門家は、ハンセン病に対する偏見に囚われて、絶対隔離政策を推進するために、この病気が猛毒の菌による強烈で不治の伝染性疾患であり、どのような犠牲を払っても真っ先に撲滅しなければならない特別な病気であるとの誤った情報を国民に浸透させ、患者と家族に重大な損害を与えた。また、患者を生涯療養所に閉じこめておくために、所内結婚を奨励すると共に精管結紮による断種と墮胎を強要した。そのハンセン病医学は非科学的で論理矛盾に満ちており、国際的常識からかけ離れたものであったが、わが国の絶対隔離政策こそ唯一正しいハンセン病政策と考え、それを世界に普及しようとした。この世代の専門家は、政府の政策に対して直接的組織的に働きかけて絶対隔離政策を推進した責任もある。

第2世代の専門家の責任も、第1世代の専門家に勝るとも劣らない重大なものである。そのハンセン病医学は非科学的で論理矛盾に満ちている点で第1世代のそれを踏襲しているが、最も重大な過ちは、化学療法の普及で世界が予防目的の隔離を全面的に放棄した事実を知りうる立場にありながら、絶対隔離政策の放棄を政府に迫らなかったことである。もし諸外国に倣って1960年代に絶対隔離を放棄してハンセン病医療を一般医療の中に統合し、入所者の社会復帰を促進していたら世界に類例を見ない今日の異常事態は回避できたことを考えれば、その責任の重大性は疑問の余地がない。彼らは皮膚塗抹菌検査が陽性の患者は全て感染源となりうるとの誤った説を唱え、らい予防法を伝染病予防法規の範疇で残すべきと主張し、予防法の廃止を遅らせて被害を拡大した。

第3世代の専門家は、自ら強制隔離に手を染めた経験を持たず、第1世代と第2世代の誤った政策の被害者である入所者の医療を担っている世代であり、ハンセン病に対する偏見は比較的少ないが、ハンセン病医学、とりわけハンセン病の疫学や体質遺伝学、分子生物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。なかには、日進月歩の現代ハンセン病医学について行けず、旧態依然としたハンセン病医学を国民に普及して、国民のハンセン病に対する認識を誤らせている専門家もある。

わが国における新患の減少に伴いハンセン病の診療経験が全くない一般病院の医師が患者の治療に当たる機会が多くなった。この経験不足による患者の不利益をさける目的でハンセン病診療に経験のある専門医が支援のネットワークを作っている。しかしこの支援担当医の適性を

評価する機構がないために不適切なアドバイスをする危険性が現実に存在する。ハンセン病学会として責任をもって推薦する評価システムの構築が必要である。

以上、総じて言えば、わが国のハンセン病医学は、絶対隔離政策のためには、患者・家族に背を向けて、その場限りの論理を平然と持ち出して恥じない行政の道具に成り下がっていた。こうした中で専門家が犯した過ちは、日本の社会に古くから存在していたハンセン病に対する偏見や差別意識を、近代医学の進歩によってもたらされる科学的知識によって解消するのではなく、医学的に誤ったハンセン病観を普及することによって拡大再生産し、取り返しのつかない悲劇を招いたことである。患者・家族は二重の差別と迫害に苦しむこととなった。国は感染症としての差別だけでなく悪い血筋としての差別についても、これを放置し続けた。

ハンセン病の日本型絶対隔離政策は、ハンセン病医学・医療そのものをも他の医学・医療分野から隔離してしまった。時代の推移と共に、隔離の歪みは少しずつ是正されてはきているが、第3世代になっても、まだ隔離政策の爪痕は色濃く残っている。ハンセン病の正しい理解に向けて、専門家の果たす役割は大きい。

二 痛恨の過ちから引き出される提言

かつて私たちは、国と”専門家”の誤った宣伝に惑わされて、ハンセン病絶対隔離絶滅政策や無癩県運動を進めて未曾有の被害・悲劇を患者・家族らに惹起した。この取り返しのつかない痛恨の過ちから、以下のような提言が引き出されよう。この教訓を無駄にしないことは、国と専門家のみならず、私たち一人一人も負っている患者・家族らに対する重大な責務である。

第一に、感染症患者の人権を保障し感染の拡大を防ぐ唯一の方法は患者に最良の治療を行うことであって、隔離や排除ではないとの認識を普及すること。急性感染症については、やむをえず強制隔離が必要な場合もあるが、それに伴う患者の人権の制限は必要最小限とし、患者に対しては最善の医療が保障されなければならない。慢性感染症については、急性感染症のように感染力が強くないこと、また患者の人権に対する重大な侵害なしには隔離できないため、原則として患者の隔離を行ってはならない。

第二に、医学・医療界は、患者・家族らの立場に立った医学・医療の確立に努め、それを担保する制度・システムの整備・充実を図ること。日本の誤ったハンセン病絶対隔離政策が示しているのは、これを推進し、あるいは加担した医学・医療界には患者・家族らの視点が決定的に欠落していたことである。

第三に、患者・家族らが、国や専門家の権威に盲信することなく、いずれの学説が正しいかを自主的に判断できるように、インフォームド・コンセントやセカンド・オピニオン等をはじめとする「患者の権利」を確立するための法整備等を図ること。

第四に、すべての病人や障害者に優しい社会を作るように国、社会は不断に努めること。

19：法曹界の役割と責任 #12(1)

一 検証の趣旨

少数の法律家・団体による個々の案件への誠実な取り組みの実績が一部には記録されているものの、全体としてみると法律家・団体が社会から付託された責任を果たさず、なすべき行動を怠ってきたのが、1953（昭和28）年らい予防法の廃止が大幅に遅れた主な原因のひとつではないか。このような仮説にもとづき、らい予防法を中心とするらい法制の改廃に対する日本の法律家・団体の対応・責任を、主として1947（昭和22）年5月3日の憲法施行以降に焦点を絞って検証した。

二 戦前の法状況

戦前は立法批判が困難であった。旧憲法上、「立法権は天皇の大権に属し」ていたからである。政治思想上、改良主義的デモクラシー理論としての民本主義（吉野作造）もあったが、その力点は「人民のための」というところにあり、主権在民の立場に立つ民主主義（「人民の、人民による」の含意）とは明確に区別されるものであった。

三 弁護士グループ・個々の弁護士の対応

楽泉園「特別病室」重監房患者虐待問題で自由法曹団が殺人等で前橋地検に告訴告発し、らい予防法制定反対闘争に関して自由人権協会の海野晋吉弁護士が「らい患者の人権を守る会」の発起人に名を連ね、自由法曹団の野尻昌次弁護士らが藤本事件の弁護人を務め、同じく藤本事件の弁護人を務めた関原勇弁護士は、宮下事件でも患者作業の根本的問題につき入所者に講演している。

らい予防法違憲国家賠償訴訟は、1998（平成10）年7月熊本地裁提訴につき徳田靖之弁護士らの、1999（平成11）年3月東京地裁提訴につき豊田誠弁護士らの、1999（平成11）年9月提訴につき平井昭夫弁護士らの訴訟代理人によって遂行されている。

四 弁護士会の対応

多磨全生園の地元である東京弁護士会においては、1977（昭和52）年人権擁護委員会医療問題研究部会の渡辺良夫弁護士らが医療の現状につき問題提起し全患連と討論、1986（昭和61）年優生保護思想と医療につき山田雅康弁護士らが問題提起をしているが、その他には、比較的早期に会として外部に開かれた活動をしたとの記録は見当たらない。

日本弁護士連合会でも、人権擁護委員会医療部会による調査が始められたのが1994（平成6）年、「らい予防法制の改廃」に関する会長声明、意見書が発せられたのは1996（平成8）年であり、遅きに失した。らい予防法廃止後の諸問題についての人権擁護委員会医療部会等による調査も組織的対応の不十分さ等によって処理が遅れた。

五 裁判所・検察庁・法務省の対応

1952（昭和27）～1972（昭和47）年頃には派出所（特殊・専用派出所）の設置、1954（昭和29）年からは留置場（特殊・専用留置場）の設置、1947（昭和22）年～1972（昭和47）年には出張裁判（裁判所外における開廷場所の指定）の実施、そして1953（昭和28）年～1997（平成9）年頃には菊地医療刑務支所（特殊・専用刑務所）の設置がそれぞれ行われたが、これらについては、差別を助長することにつながらないか、法の下での平等に反しないか、裁判を受ける権利に反しないか、裁判の公開に反しないか、最高裁による裁判所法69条2項の「必要と認めるとき」の解釈は不当ではないか等の問題点があった。

六 法学界の対応

法学界では、個々の研究者のレベルにおいても、らい予防法が合憲との政府見解が疑われることはなかった。また憲法違反という観点から、らい予防法の改正について理論的な検討が加えられるということもなかった。

法学者の見解をみると、憲法学では、「公共の福祉」の要請があれば基本的人権を一般的に制限しうるとする通説は、これと軌を一にする判例と共に、らい法制を支えたと思われる。この通説に対しては、人権相互間の矛盾衝突を調整する原理としての実質的公平の原理と捉える説（宮沢俊義）がある。この説に立てば、伝染病から守られる利益など、厳密に権利といえないが保護される一般的利益は厳密に人権と言い切つてよいかの疑義が残り、伝染病者ないし伝染を疑われる者の居住移転の自由を公共の福祉では制限し得ないことになる。

また特別権力関係論における3つの原則、(i) 特別権力の主体は命令権・懲戒権などの包括的支配権を与えられ、個々の場合に法律の根拠なくして当該関係に属する者を包括的に支配できる、(ii) 特別権力の主体はそれに服する者に対して、一般国民として保障される権利・自由を法律の根拠なくして制限することができる、(iii) 特別権力の主体がそれに服する者に対して行う行為は、支配権の発動であるから、原則として司法審査は排除される、はらい法制を直接的に支えたものと思われる。

行政法学では、直接強制と即時強制の区別は流動的で、現実にはオーバーラップしている場合がある。直接強制を含む、行政上の強制執行につき、戦前は一般法として行政執行法があったが、戦後は、人権侵害のおそれが強いと反省が加えられ、行政執行法は廃止、これに代わる行政代執行法が制定され、直接強制は、個々の法令で例外的に認められることになった。「非代替的作為義務や作為義務の履行に付いては一般法は存在せず、個別の法律が必要に応じて規定しているにとどまる（…直接強制については…らい予防法6条等）。」（小高剛）との見解がみられる。

七 法曹界の対応の遅れ

法律家の専門外への無知や臆病等といった職業習慣病、個々の弁護士実務と弁護士会による公益活動の限界、1953（昭和28）年らい予防法への対応の欠如等、総じて「見ざる・聞かざる・

言わざる」の姿勢が貫かれたといえる。この、らい予防法改廃に対する対応の遅れには弁明の余地がない。

八 今後に向けての提言

法律家の職業習慣病に対する免疫の獲得努力、法律家の積極性の陶冶・問題意識の組織化、弁護士会の改革、法学教育・人権教育の改革が望まれる。

個々の立法については、感染症立法における強制力の行使を基礎付ける公共の福祉概念の絞り込み、感染症立法における基本原則の立案、行政上の即時強制の限界を一般法で明文化することが必要である。

20：福祉界の役割と責任 #12(2)

一 検証の領域と課題

慈善事業、社会事業、社会福祉と、さまざまな名称のもとに行われた公私の諸事業の実践と研究の歴史にてらし、それぞれの時期の特徴を視野にいれつつ、ハンセン病の患者とその家族たちへの事業がどのように行なわれたかを包括的にとりあげて検証の対象とし、特にそれらがハンセン病隔離政策の形成と発展の歴史にどのように関わってきたかを明らかにした。また隔離政策のもとで、ハンセン病の治療、研究、福祉的諸活動のすべてが、それぞれ一般の生活保護、児童保護、社会復帰援護等の施策から切り離されて運営され、しかも完全隔離原則のもとでは事業の本流の外におかれていたために、在園者の苦しみをいっそう大きなものにした経過を検討した。

二 公衆衛生と社会事業、とくに救貧、救療事業は、ともに治安政策としての性格を色濃くもって成立し、一群の共通の指導者のもとで、諸外国の制度に学び、しかもそれを日本的に改変しつつ、近代国家としての体面を維持するという目的を掲げて展開し、ともに内務省の管轄であった。そのため、隔離政策の初期から、社会事業界は、光田健輔が熱心に提唱した隔離政策に、全面的に同調した。それ以前に、ハンセン病に起因する極端な貧困におちいっている人々とその集落に対して、外国からの基督教宣教師を主とする救護が、慈善事業の名において行なわれていたのであったが、それらは皇室からのご下賜金の配分による選別と組織化のもとで「感化救済事業」へと組織されて、実践的な政策批判の力を失い、他方近代的なボランティアな諸事業は弱体化して、結果的にきわめて容易に、ハンセン病療養所建設とそこへの収容の流れに賛同したのであった。外国人の経営する病院を含む民間病院ははなはだしい経営困難に陥っていた。近代医学による事業として、医療の専門家の力に無条件に委ね、それは慈善事業の低水準よりはまだましであろうとの当時の社会事業界の考え方もあり、その意味で福祉の低水準、公的福祉の貧弱さが結果的に療養所劣悪な生活の問題を隠蔽し、その継続を下支えしたといってもよい。福祉界は隔離政策に依存し、そこに逃避し、そこに働く人々を美化してその問題の深刻さを十分に認識していなかった。

三 慈善事業としてハンセン病をその対象としてきた福祉界の人々が当初からもっともこだわっていたのが、その生活の全体的な保護・保障であり、具体的には家族、とりわけ病気の親から生まれた子どもたち、また病気で養育できなくなった親たちの残した子どもたちの保育であった。近代医学の名によって、またその伝染性の強調によって、「医療」の世界にひきとられていった親たちのための子どもの保育、あるいは残された家族の援護、老親の養護といった領域が次に福祉界の課題となった。福祉界は直接療養所内での保育の実践(委託による)をふくめ、人材の供給などにも僅かながら関わったが、それは福祉界の全体への影響という面では、きわめて限られたものであった。

四 一万床への増床、無らい県運動に象徴される隔離政策の進展のなかで、昭和恐慌の只中であって資金の調達が難しく、軍事費の膨張のもとで建設が困難であった時代にそれを支えたのは、組織的には救護法の実施とともに法制化された全国の民生委員と、資金的には社会事業助成団体としての三井報恩会であった。検証では特にこの両者についてその成立の時代的背景と組織の特質を調査して、隔離政策とのつながりを明らかにした。

五 一方、前述の「家族援護」の状況については、これらがそれ以前に個別の、民間諸事業における重点課題であったにもかかわらず、療養所の初期には全く何の対応策もとられずに各療養所任せであった事実と、それは予防法の本旨からみればいわば余分な事業であったためにらい予防協会の事業として組織されざるを得ず、また療養所入所者たちが、故郷をかくし、家族に迷惑になるのをおそれてしばしば偽名を使い、出身市町村との連絡をとりたがらない、といった諸事情に阻まれて、本来の目的を達することができず、療養所入所者たちからの信頼を得ることができなかった状況を明らかにした。児童の保育所、家族の生活援護、老人ホームなどである。福祉界は、時には地域の実践におけるモデルを提供し、時にはベテランの職員を派遣するなど、外側からの援助を行なうにとどまり、理論的にこれらを論じた少数の研究者も存在したが、福祉界の総体としては、きわめて部分的なかかわりをもったに過ぎなかった。

六 戦後も、原則としては全く変化しなかった完全隔離政策のもとで、福祉界はふたたび、ハンセン病と社会との接点に立たされる機会をもった。それはプロミンに代表される新化学療法剤の出現による症状の安定・軽快と、それが在園者にあたえた社会復帰のゆめと、一時の大量の退所者数にひきつづく停滞期に、療養所再編論議とあわせて導入された戦後の社会福祉専門職としてのケースワーカー、各種身体障害者施設の利用可能性などへの多様な期待と、それらが隔離原則のゆえにあくまでも療養所の本来の仕事の中に位置づけられなかったことの結果として、退所の基準の問題、退所後の健康管理の問題、職業訓練、退所者への経済保障、一時金、家族との連絡、財産の処分その他の相談などがどれ一つをとってもきわめて部分的であり、かつ在園者の心情を理解できないままに試みられたことによる被害を述べた。

七 国際的に常識となっていた外科的リハビリテーションにしても、きわめて部分的な対応策が、しかも療養所全体としてのリハビリテーションのイメージが欠如したままに行われたために、それぞれの医療技術の進歩がばらばらに導入され、それぞれの過程内での評価にとどまって、社会的、心理的リハビリテーションの必要性の認識や、チームワークの組織化、社会的リハビリテーションのためのアセスメントや支援の方法なども、療養所ごとに異なり、ケースワーカーごとにその水準も、援助方法もことなっていた。

八 特に退所基準が存在せず、各療養所の医局、あるいは退所基準委員会などによって決定が

行なわれたため、療養所により、時期によっては、正式に許可がもらえなかった人たちの事故退所が多かった。正確な評価を受けないまま、教育も不十分なままに退所した人たちには、全く何の技能も資力もないままに、社会的保障も保護もなく、悪戦苦闘せざるを得なかったし、しかも病気の再燃、症状の悪化などに際しては療養所以外での治療を受けることができなかった。これらの矛盾は1960年代の歴史を通じて専門家の間でも、患者自身にも、学会のシンポジウム、各療養所の機関誌などを通じて明らかであったにもかかわらず事態は変わらなかった。個別の医療者の志にも関わらず、正確なフォローアップは望むべくもなかった。先駆的な、いわば「開拓者」の意気込みをもって対処した人たちの体験もその後の退所者のために積極的に生かされる道はなかったといえる。

九 療養所の中では、患者作業の職員化がすすめられたが、自治会活動を含む管理・運営に関わる作業に従事する人たちの精神的身体的負担はむしろ増加し、療友を見捨てられないという気持ちも関係者には強く、故郷との長い断絶、新薬の登場時には間に合わなくて後遺症が大きい、病型によって困難、社会に帰るべき手がかりが皆無、などの理由で療養所にとどまる決意の人も多く、社会復帰を目指す人たちとの心理的な溝も深かった。非科学的であるとともに非現実的でもあった完全隔離原則は、退所を決意し、実行した人たちにも、在園継続を決意した人にも等しく重い被害を、いっそう複雑に重ねていったのである。

十 医療と福祉の連携が重視されるようになったのは、1980年代からといってもよい。医療福祉の専門家たちは、医療の現場における後発の専門職であって、その数も少なく、力量もまた理想に遠く及ばないのが現実である。福祉界は、ハンセン病とのかかわりのなかで、今後の活動の課題を多く抱えている。歴史の教訓を生かすべきときである。

21：教育界の役割と責任 #13(1)

一 子どもと教育への影響

日本のハンセン病政策が子どもと教育の領域にどのような影響を与えたのか。日本国憲法や教育基本法の下で、すべての子どもたちは教育上差別されず学習権の保障がなされ、児童福祉の側面からも子どもの学習・生活の保障が進められた。「らい予防法」では、入所患者のための教員派遣が決められ教育保障の整備が規定されたが、子どもたちを取り巻く実情とは大きく乖離しており、教育保障は困難を極めた。強制隔離政策のもとで、家族離散や共学拒否などの差別・偏見によって子どもたちの生存と人権はつねに危機にさらされてきたのである。

二 ハンセン病療養所における「教育」の状況

療養所内の「教育」は、大きく三つに時期区分できる。私塾（寺子屋）的教育期は、「患者教師」が寺子屋式の授業を行う「私教育」の取り組みであった。学園教育期は「無癩県運動」による収容患者数が増加するなかで「学校らしい体裁」が整えられていく時期である。分校・分教室教育期には、地域の公立学校の分校として位置づけられていく。だが、「所内に於て之に対応したる義務教育を授けつつあるも尚甚だ不完全」（『癩の根本対策』）であり、さらなる施設拡大が求められた。また、教材費などの予算は皆無で、全体の物品費などから捻出している状態であった。「国も施設も入所児童に対して、正規の教育を受けさせることなど念頭になく、専門的な分野の授業は到底望むべくもなかった」のである。教材費が予算化されるのは1950年代からであり、義務教育の実質的な実施には困難な教育環境であった。ハンセン病の子どもたちに関わる教育施設は、1987（昭和62）年の新良田教室の閉校によってその役割は終了する。

では、教育を通してどのような人間を育成しようとしていたのか。例えば長島愛生園では、「よき愛生人」になることであり、「園の体制を受け入れて、この中でおとなしく療養生活を送る」ことであった。そして、「新聞が読めて、手紙が書けて、園内通用券の計算ができる」という生活の手段、道具としての「学力」＝「園内通用学力」であった。それは隔離の思想と表裏一体をなす、いわば“閉ざされた学力”であった。なお、故郷や家族と引き離された経験は、子どもたちの感性や人格の形成に大きな影響を与えた。強制的な隔離は、子どもたちの「安心の基盤」を強制的に剥奪し、深い心の傷をつくることになった。

「未感染児童」については、「多くの場合、親族縁者からも、各県の児童関係施設からも養育を拒否」され、一般養護施設への受け入れも多くの困難を伴った。通学についても、長島愛生園では園内保育所の子どもたちの通学に対して住民からの反対が起こった。地域社会へのハンセン病理解が充分対処され得ないまま、差別・偏見にもとづく認識が温存され、子どもたちの学習権、教育の機会均等そのものを奪っていくことになった。子どもたち自身にとっては、「らい」であるがゆえに、その病の持つ意味の重さを否が応でも感じざるを得ず、子どもたちの精神生活に大きく影響することになった。

三 高校設置と社会復帰

高校進学は、入所患者にとって「人間完成」のための一つの方策であり、教養獲得のための高校進学は、子どもたち一人ひとりにとっては教育権・学習権を獲得し保障するものであると同時に、教育経験が社会復帰への回路となるという大きな意味を持っていた。高校進学とは隔離社会から自らを解放する第一歩だった。

しかし、入学は「自分自身が患者であるということであらためて知らしめられること」であり、ハンセン病であるがゆえの屈辱的な体験として子どもたちの記憶に刻まれることになった。入学後も修学旅行やベル制問題など、「無意識のうちいつも劣等感を植えつけられ」た。だが、生徒会による要求運動・校内民主化運動は、ハンセン病患者がおかれた境遇そのものを大きく変えていく可能性を有するものであると同時に、国や療養所が教育条件の整備を充分積極的に行っていなかったことを浮きぼりにさせた。

「らい予防法」闘争の成果として高校設置の実現がなされた意義は大きいですが、全患協が求めていた三校設置や全日制が実現しなかったこと、あるいは教育の機会均等がどこまでなされたのか等の問題が残った。とくに、「ベル制」や白衣着用、消毒の実施、修学旅行の問題等は、差別・偏見に基づく教育環境を示すものだった。日本のハンセン病政策が抱えていたハンセン病（者）に対する認識そのものが、子どもたちの教室空間、子どもたちの学習権、さらには一人ひとりの人権そのものを規定していったのである。また、ノーマライゼーションの考えが広がっていく1970年代においても離島内への隔離が継続され、社会復帰に大きな困難をもたらした。卒業生の就職問題においても、過去を隠蔽したり真の友人を作ることができないなど、現在まで問題が積み残されている。

四 黒髪小学校における龍田寮児童共学拒否問題

「タブー」であり「忘れられた存在」であった龍田寮児童の入学・共学拒否が1953（昭和28）年に起こった。菊池恵楓園の宮崎園長が熊本地方法務局に差別撤廃の申告をしたことがきっかけだった。翌年に行われた法務省、厚生省、文部省の三省会議では「らいを他に感染させる虞はない」「保育児童は一般の学校に通学させるべき」「少年期という人生の中で最も肝心な人格形成の時期において、一般児童と差別され、教育のひとしい機会が阻まれていることは、人権の尊重を基調とする民主主義社会の在り方ではない」とし、PTAの反対運動に対しては、「多数の暴力を以て教育の機会均等をよく圧するもの」であり「深く猛省すべきこと」と批判した。反対派は同盟休校を決議し、入学式には登校妨害を行った。校門には「らいびやうのこどもと一しょにべんきやうをせぬやうに、しばらくがくかうをやすみませう」との大きな張り紙が張られた。地域住民にとっては、「反対せんなら村八分」との状況が生み出された。反対派の政治的な思惑も含めて、政治的圧力と暴力による問題行動がとられたのである。結局、国会討議で問題は解決せず、熊本商科大学学長の自宅から通学することになり、最終的には龍田寮の入学児童で黒髪小学校を卒業できた子どもは一人もおらず、龍田寮も廃止された。この事件は、ハンセン病への差別・偏見に基づいた認識により子どもたちの教育権・学習権が剥奪された事件

であり、「家族」「親子」という関係をも遮断するという子どもにとっては深刻な心の傷をもたらすものであった。事件の解決を国・県・市が責任をもって対処しないままの「解決」策は、ハンセン病者とその子どもへのいわれのない偏見を温存させた。これは、人びとの差別意識を醸成した政府による強制隔離政策の産物であるといえよう。

五 ハンセン病問題と教育界

まず、教科書記述について。全患協は高校・保健体育の指導書において「らいはらい菌によって皮ふからくさっていく恐ろしい病気であることを説明する」と記されていたことを問題視した。教科書の内容は、「らい予防法」の内容に基づいた記述になっており、結果として隔離がハンセン病政策の基本であることが学習されることになった。教科書の中には強制隔離が残され続けていたのである。記述の根拠としてのハンセン病医学界、そして教科書検定を行う文部省の立場が問われるであろう。

次に、教師について。新良田教室の生徒が教師に感じた「いつも見えない壁のようなもの」。教師は「生徒にとって異邦人」であった。強烈な伝染病との誤った認識が、教師たちの言動を制限することになったのである。また、長島へ行くということ自体が偏見の対象であったなかで、教師自身もさまざまな悩みや思いを抱えていた。良心的な教師たちは「戸惑い」「ためらい」を感じながら子どもたちに向き合っていたのである。子どもたちのみならず、ハンセン病療養所で教育にたずさわること自体が差別・偏見の対象となったことにハンセン病政策の大きな問題が含まれているといえよう。それは子どもたちだけでなく、教師たちにも「ゆがみ」を生じさせることになった。

さらに、ハンセン病の子ども・教育に関わる研究・実践について。現在、主に保育史や障害児教育史研究の分野において蓄積がなされてきているが、いまだ「特殊」な研究分野としてみなされる傾向が強いといえよう。これまで龍田寮事件などの問題は、ほとんど取り上げられることなく忘却されてきた。教育学の分野における研究は今後の進展によるところが大きく、その意味ではこれまでの教育学界の責任は大きいといわざるを得ない。教育・啓発活動についてもこれまでの歴史責任をふまえた取り組みが求められている。

六 結論

ハンセン病隔離政策のなかで、日本の教育学・教育界もまた、子どもたちの教育・学習権から「隔離」され、問題を見据えることをしなかつた。療養所における「教育」のとりくみと、そこでの子どもたちの「学び」の実態、共学拒否という学習権の剥奪などの問題の検討を通して考えられることは、ハンセン病にかかわる子どもたちへの教育政策や教育実践、一般社会における人権教育・啓発等の実践、さらには教育学や教育運動のなかに「ハンセン病にかかわる子どもたち」についての認識はほとんど皆無であった。それだけ、ハンセン病に関わる子ども・教育の存在は、ほぼ見過ごされ、置き去りにされ、忘却されてきたといえる。それが、子どもたちの人権を大きく侵害することになったのであり、国と教育行政の大きな過ちを照ら

し出すものとなった。このことが、ハンセン病（者）への差別・偏見を生み、子どもたちに深い傷を残すことになったことは疑いのない事実であろう。

22：宗教界の役割と責任 #13(2)

一 入所者として、宗教者として

排除され、隔離された者が、運命共同体としての同歎同苦の心を結び、捨てられたもののみが持つ「世を捨てた」思いが、隔離の島を「楽土」としたいという悲願に生きてとしても責められることはない。そしてそこに足を運んだ人も、それを受け容れた人も、隔離を前提として、それを動かすことのできないものとしてうべなったことは覆うべくもない事実である。（『ハンセン病・隔絶四十年 人間解放へのメッセージ』伊奈教勝）

これは、長島愛生園入所者として、隔離の中で48年の生涯を浄土真宗信者の園内団体「真宗同朋会」の活動に打ち込んだ真宗大谷派の僧侶、園名・藤井善こと伊奈教勝が、晩年に自身の人生に向き合う中で、苦汁の思いで記したメッセージである。

この「隔離の島を『楽土』としたいという悲願に生きて」伊奈が見つめた、自他共に、隔離をうべなっていたのだという事実、その事実と向き合おうとする一人の入所者の思いを、課題に向き合う視座として「宗教」の責任を解明していく。

二 ハンセン病療養所と宗教教団との関わり

2004（平成16）年8月現在、国立ハンセン病療養所の入所者数3436人の87.8%にあたる3019人が、何らかの宗教あるいは所内の宗教団体と関わりをもっている。園内には90近い宗教サークルがあり、園内宗教施設を拠点とした宗教活動が、戦前戦後をとおして活発に行われてきた。この状況からも、ハンセン病療養所入所者に宗教が与えた影響、国家政策との関係の中で与えた被害などについて確かめていくことを等閑にすることはできない。

それぞれの宗教団体の宗旨別割合は、仏教系48.6%、キリスト教系31%、新宗教系8.4%であり、一般社会の割合から考えると、キリスト教系の割合が非常に高いことが一つの特徴といえる。

そのうち、ハンセン病療養所と仏教教団のつながりとしては、浄土真宗系、日蓮宗系、真言宗系などが深いつながりをもっているが、とりわけ浄土真宗系と日蓮宗系は、隔離政策存続に大きな役割を果たしたといえる。

浄土真宗系、特に真宗大谷派によるハンセン病療養所「慰安教化」は、「らい予防ニ関スル件」の施行と共に始まったが、それは、国家のハンセン病政策と完全に同調するものであった。

また、日蓮宗系の活動としては、身延深敬園を創立した綱脇龍妙のハンセン病問題への取り組みが、突出したものであろう。身延深敬園は、各療養所に誕生する日蓮宗の園内団体の本山的な役割を果たし、一時は九州分室も開園したが、1992（平成4）年11月、入所者の減少により閉鎖されるが、私立療養所として国家政策とのつながりの中で、国立療養所を補完する、大きな役割を果たしたといえる。

キリスト教系団体も、ハンセン病問題に積極的に関わりをもっている。

前述したとおり、療養所全体のキリスト教の会員は 30%を越えており、日本におけるキリスト教の信者の割合は、約 1%と言われるなかでその数値は特別に高いといえる。

入所する以前に洗礼を受けていたというよりも、療養所に入所してから洗礼を受けてキリスト信者となり、キリスト教の信仰に支えられて療養所での生活を営んでいるという人の方が多く、その分、信仰が入所生活に与える影響も大きいといえる。

またキリスト教系の団体のハンセン病問題への取り組みとして注目しなければならないのは、支援団体である好善社や日本MTLの活動、そしてキリスト教精神によって設立された私立のハンセン病療養所の役割である。しかし、これらもまた、日本MTLの目的にある、「本会は癩者に基督の福音を宣伝し癩の予防救癩事業の促進を図り之が絶滅を期するを以て目的とす」という言葉からもうかがえるように、国家政策との強いつながりの中にあるものであった。

その他、新宗教においても天理教などが、教団としての積極的なハンセン病療養所入所者に対する布教活動を展開している。

三 隔離政策存続に宗教が果たした役割

それでは、このような形でハンセン病問題と関わってきた宗教教団が絶対隔離政策存続に果たした役割はどのようなものであったのか。

国立の癩病患者収容所は此程東京府下に新設せられたる事なるが、世に最も憐れむべき境遇に在る此等の患者に対し、如来の慈光に浴せしめ、慰安を与ふるの必要を認め、当局者より本山へ交渉ありしかば東京養育院蓮岡教師は、献身進んでこれが担当する事となりたり、彼の天平の頃、光明皇后の垂救の慈懐の事など俚ばれて尊し。

（『宗報』真宗大谷派 1910年2月号）

大谷派の機関誌『宗報』に収録された短い一文であるが、ここには、国の政策への呼応、「救済」の内実、そして「皇恩」との協調と、宗教がハンセン病隔離政策に果たした役割を考えるキーワードが羅列されている。

そしてこれらは浄土真宗系の取り組みに限らない、特に戦前、ハンセン病問題に関わった宗教全体に共通するものであるといえる。

国策への呼応としては、真宗大谷派光明会、日本MTLなどが積極的におこなった、国民に対する、国の絶対隔離政策の正当性が社会に認知され定着していくことを目的とした、「世論喚起」の取り組みがある。リーフレットやポスターなどが多く作成され、教団の組織などをも媒体としながら、全国的に展開されていった。

また、ハンセン病療養所入所者に対する「慰安教化」も、国の強い要請によるものであった。ここで、主に説かれたことは、諦めの境地である。入所者に隔離の現実を甘受させていくため

には、信仰の持つ力は大変有効なものであった。宗教者もまたその期待に応え、宗教的使命として隔離政策を推進していったのである。

その活動の中で、もうひとつ見落とせないことが「皇恩」との連携である。国が隔離政策推進に、ハンセン病患者を憐れむ皇恩を強調していったことに呼応し、宗教教団も、ことあるごとに、皇室の恩を、神の恩、仏の恩になぞらえて強調していったのである。このことが、「慰安教化」の中身として説かれる内容、あるいは「世論喚起」の内容が、入所者や一般国民に浸透していく大きな要因ともなったと考えられる。

このように、特に戦前の宗教者のハンセン病問題に対する取り組みは、国家のそれと完全に軌を一にしているものと言うことができる。

それでは、そのような宗教者の活動が入所者に与えたものは一体何であったのか。それを一言で言えば、「隔離を受容する感覚」ということになるのではなかろうか。

自らの存在を、様々な屈辱的政策により卑下するしかない状態に貶められている入所者にとって、療養所で生活することそのことが「救済」となるという教えは、生活の光であったのではないか。このような「教化」は、隔離による人権侵害が強ければ強いほど大きな力として入所者に受け容れられたのであろう。人間の尊厳が踏みにじられることの最後の防衛手段、それは、尊厳が踏みにじられているという事実を覆いを被せてしまうことである。そこに関わったのが、人間を超えたものとしての天皇の仁慈と一つになったところで展開された、「慰安」「救済」という名の「教化」であった。隔離の現実を覆いを被せる、そのことは、ある意味で、究極の人権侵害ということもできよう。

四 なぜ宗教者は「隔離」が見えなかったのか

戦後になって、国家との関係が戦前のものと大きく変化しても、宗教教団のハンセン病療養所での活動のあり方は基本的には変らなかった。隔離の非人間性を信仰の課題として捉えることができず、入所者に対して、隔離の中でどう安らかに生きるのかを説き続けてきたのである。

そこには、宗教者における、「救うもの」「救われるもの」という構図の中で宗教的取り組みが自己完結していく、という問題がひそむ。

最後に、まとめとして、わが国の隔離政策の存続をもたらした要因としての「宗教」の責任に関する解明をとおして、一つ再発防止に向けての提言を行うなら、療養所に布教に入る宗教者と、それを受け入れる入所者が、「救うもの」と「救われるもの」という関係を翻し、共に人間を非人間化するものから解放されていくという対等な関係を紡いでいくことにある、と表現したい。

ハンセン病国賠訴訟における熊本地裁での最終公判の際に弁護団から提起された、まさしく「救済の客体から解放の主体へ」という言葉が、再発防止に向けての宗教者、宗教教団の今後の取り組みの方向を示唆しているといえよう。

23：患者運動（自治会運動と全患協運動）の意義と限界 #14(1)

一 憲法運動

日本のハンセン病強制隔離政策は、「分断」「差別」の体系ということも可能であろう。多種多様な「分断」「差別」の力がハンセン病患者と元患者、その家族らを襲うことになった。それらのうちでも特筆されるのは、「市民」からの「分断」「差別」という力である。国立療養所を囲う高い壁の存在が、これに大きく与ったことはいうまでもない。療養所に強制隔離された入所者が被った様々な「在園被害」には、このような「市民」からの「分断」「差別」、社会生活の剥奪を核心とする「社会被害」が重なっていた。

療養所のあまりにも乏しい生活・医療を改善しようとする入所者の取り組みも、入所者に対し「分断」「差別」として作用する契機を有していた。強制隔離に甘んじることによって、処遇改善を実現するのか。あるいは、強制隔離政策の廃止のために、処遇改善の要求を取り下げるのか。国の採用した「強制隔離と処遇改善は表裏一体」論は、入所者にこのような選択不可能な選択を強いたからである。この国による園内と園外との「分断」「差別」は、1996（平成8）年の「らい予防法」廃止法の、そして、「らい予防法」違憲国賠訴訟の提訴の是非をめぐって、再び顕在化することになった。

このような自らを襲った多種多様な「分断」「差別」の力に抗して、入所者らは自治会や全患協等の組織を通じて「団結」「連帯」に努め、多くの犠牲を払いながらも憲法第25条が保障するような生活を求めて勇敢に闘い、自らの力で多くの成果を勝ち取ってきた。2001（平成13）年5月11日の「らい予防法」違憲判決もその最大の成果の一つである。社会から隔絶され、孤立無援に近い入所者にとって、日本国憲法こそは文字通り唯一の教科書にして、導きの糸であった。ただ、これには長い前史があった。

二 多くの成果

全患協運動等を振り返ると、画期となる闘争の存在が認められる。1952（昭和27）、53（同28）年における「らい予防法」闘争を初めとして、1953（昭和28）年から55（昭和30）年にかけての龍田寮児童通学拒否事件への取り組み、1957（昭和32）年8月23日に死刑が確定した藤本事件に対する救援活動、1955（昭和30）年における患者専用留置場設置の反対運動、1964（昭和39）年3月における予防法改正及び療養所生活改善のための国会請願、同年6月における看護切替完全実施のための厚生省交渉、1972（昭和47）年度予算における基本処遇の確立の取り組み、同年7月における療養所医療を充実させる総決起集会および療養所管理作業返還の取り組み、1973（昭和48）年における中学校保健体育教科書等の改定の働きかけ、1984（昭和59）年1月15日の『全患協ニュース』による再度の予防法闘争の提起、1996（平成8）年3月27日の「らい予防法」廃止への取り組み、1998（平成10）年7月に西日本訴訟が提起された「らい予防法」違憲国家賠償請求への取り組み、等々。これらの闘い等において全患協運動等が果たした役割ないし意義に対する入所者自身の評価は、当然のことながら高いものがある。

「患者が組織として要求していくという運動形態は、それまでは世界でも例がなかった。」「生活改善、医療問題で、組織が声を出さなければ、厚生省や園は何もしなかった。現在の生活環境や医療状況があるのは、患者運動の成果だ。大いに評価したい。」「私たちが個々バラバラではなく、組織的に人権意識を抱き、物心両面で幸せになろうと努力してきた。これは意義深いことであり、自分たちの人間性に照らして誇りに感じる。」「自治会は抵抗の歴史である。」

ただ、これらの闘争を個別に取り上げ、その断層を静態的に眺めれば、厳しい路線の対立が浮かび上がる。1975（昭和 50）年以降、「強制隔離と処遇は表裏一体」論の影響により、全患協運動等にかんがりの矛盾ないし停滞が生じたことも確かである。法廃止や国賠訴訟に対する全患協等の対応に問題がなかったともいえない。自治会運動に占める女性の比重の低さ等も問題となろう。しかし、国が法廃止に際し、これまでの処遇を確保すると約束せざるを得なかったのも、経済闘争の成果が既得権として入所者の間でしっかりと根を下ろしていたからであろう。その意味で、国賠訴訟は全患協運動の積み重ねの結果だったと思うという自己評価は的外れではないように思われる。熊本地裁判決後、同判決の意義が多くの非原告によって共有されるといふ現象も生じている。

三 社会的支援

全患協運動等の歴史は、国等に対して患者の諸権利を擁護させ、病気を理由とする差別・偏見を根絶させ、そして再発防止対策を実施させる主体が、何よりも患者自身であり患者運動であることを雄弁に物語っている。患者は権利の主体であって、客体では決してない。とはいえしかし、患者、患者運動が社会からの支援なしに孤立無援で闘いえるかという点、答えが否であることもよく示しているところである。そのために重要な問題が残されることになった。入所者自身の自己評価が分かれるのも、この点についてである。

残された問題のなかでも大きいと思われることの第一は、園内での一定の処遇改善が実現しつつあった 1975（昭和 50）年以降、全患協等が能動的、主体的に再度の予防法闘争を闘うことができなかつたのは何故かという点に関わっている。闘うためには、憲法論、人権論の見地から「強制隔離と処遇の表裏一体」論を打破することが不可欠で、これには法律家の支えが必要であったといえよう。しかし、この責任を法律家が果たすことはなかつた。一部の弁護士によって法律家の責任が果たされたのは、それから 25 年後のことであった。あまりにも遅すぎた。このような状況の中で、再度の予防法闘争に向けて、全患協等が意思統一を図っていくことには無理があった。

入所者らの社会復帰においても同様の問題が認められる。社会復帰に向けた自治会の取り組みについては「社会復帰を促進させるような動きは建前は別として実際はやっていない」といった消極的な評価が強い。しかし、社会復帰者の数が 1960（昭和 35）年頃をピークとしてその後は減少に転じた理由のほとんどは社会の側に起因するものだったからである。地裁判決後、状況に改善が見られたのだろうか。社会の側における責任回避の態度は是正されたのだろうか。入所者らの自助努力にまだまだ多くが委ねられていないか。入所者らの社会復帰のための環境整

備と受け皿作りが急務となっている。自治体等による実情に即したきめの細かい、市民参加型の取り組みと、これに対する国による財政的な裏付けを強く要望しておきたい。社会福祉関係等の専門家による自己批判に基づいた貢献も欠かせない。

差別・偏見に対する闘いでも多くの問題が残された。回復者たちが同情されるべき存在として控えめに暮らす限りにおいては、この社会は同情し、理解を示す。しかし、強いられている忍従に対して立ち上がろうとすると、社会はそれに理解を示さない。逆にこれに反発し、ときには敵意さえ示す。「無癩県運動」等によって人々の心の奥底に植え付けられた、この「同情論と表裏一体の「差別意識のない差別・偏見」を人権論の観点から打ち破るのは法律家の役割だが、アイスターホテル宿泊拒否事件等で浮き彫りになったのは、この責任が果たされてこなかったという事実である。法学界もほとんど沈黙に近い状態を続けている。

「差別意識のない差別・偏見」の構図を一刻も早く解消しなければならない。国の責任が第一だということは改めて詳述するまでもないが、社会の側の責任も重大なものがある。弁護士会、マスメディア、宗教界等に対し、差別・偏見の根絶に向けた継続的な取り組みとそのため体制作りを、他機関・他団体のそれと連携しつつ推進されることを改めて要望しておきたい。

全患協の運動方法についても、「国民に訴えること、社会的に広がりを求めることがおろそかになっていた。」との自己批判が見られる。しかし、これも社会の側が責めを負うべき課題といえよう。歴代の新聞記者の多くはハンセン病問題に不勉強で、ハンセン病療養所に足を踏み入れることもなかった。取材が認められる体制も弱かった。現代社会において、発生する問題の多くは、報じられることによって社会に認知される。ハンセン病問題に報道者が気づかなかったということは、社会的に問題を抹殺したのも同然であった。この教訓をどう生かすか。マスメディアの大きな課題だといえよう。

市民運動との連携についても、市民運動の側がむしろ全患協運動から多くを学び中でネットワークの輪が広がることを期待したい。女性運動との連携の必要性についても強調しておきたいが、そのためのコーディネーター等の機能を果たすのは、自治体、法律家、マスメディア、研究者等の責任である。

自治会及び全療協にとって「将来構想問題」は今や最大の課題となっているとの指摘が強い。この問題についても、次の点を確認しておかなければならない。「国及び社会は、このような事態に至ったことの責任が自らの側にあることを深く認識し、これを十分に踏まえた対応を行わなければならない」という点がそれである。

患者運動に対する社会的支援、なかでも「法的、市民的支援の必要性と、この面において果たすべき法律家、マスメディア等の大きな役割」、「裁判を含めた少数意見を尊重するためのチャンネルの豊富化」、「社会復帰支援センターなど、社会復帰のための受け皿作り」等の必要性は、ハンセン病の場合に限られない。すべての患者運動に共通の課題ともいえよう。

24：マスメディアの対応と責任 #14(2)

一 各期の特徴

敗戦から1953（昭和28）年末までの時期は、ハンセン病関係の記事が非常に少ない。ニュースとしてのハンセン病の優先順位は事件的な要素を伴わない限り、高くなかったと推測できる。数としてはハンセン病患者に対する救済の必要性を指摘する記事の方が多いが、いずれも恩恵・慈善といった観点からのもので、全患者強制隔離収容政策の容認もしくは前提として書かれている。ハンセン病に対する差別、偏見を助長するような記事も一部に見受けられる。1953（昭和28）年は「ライ予防法」の改正案が国会にかけられた年であったが、報道内容はハンセン病患者が陳情や座り込みを行ったことをごく短く報じるにとどまっている。予防法改正に関して何が議論されたのかは記事を見ても分からず、アジェンダ・セッターとしての新聞の機能は果たされていない。

1954（昭和29）年から1960（昭和35）年末までの時期の特徴は、報道量が増加していることが第一である。きっかけとなったのは「黒髪校事件」報道で、西部本社管内を中心に、患者、反対派住民、行政の対立が詳しく報道されている。量的な増加にも増して注目されるのは質的な変化で、「中立的な立場」が採用されている。同じく熊本で発生し、全国ニュース化した「藤本事件」報道でも、「中立的な立場」がとられている。従前の「ライ」観に「揺れ」がみられると評価しえようか。従前の「救ライ」観に立脚している点が気にかかるが、対外的な「救ライ」活動に関する報道の増加も目につく。患者の外出を問題視する隔離推進的な記事も減少するが、なお残存している。

1961（昭和36）年から1975（昭和50）年末までの時期の特徴は、鳥取県による初の「里帰り事業」を報じる1964（昭和39）年11月4日の記事を画期として2期に小別できる。同年同月までの前期では、それまでの時期にみられた「揺れ」がより深まっていると評価しえようか。熊本地裁判決は遅くとも1960（昭和35）年頃には「らい予防法」は違憲状態に陥っていたと認定したが、強制隔離と憲法との関係を問うような記事は皆無である。法改正等に関するものや人権侵害等に関するものなども見出せなかった。

この「ライ」観の「揺れ」が大きく変化し、紙面のなかで「理解促進」が基調となるのは、前述「里帰り事業」報道以降の後期である。推進論の立場から、事業の内容、推移等が詳しく報道されている。隔離推進論からの明確な訣別といえようか。隔離推進的な記事は姿を消している。ハンセン病・ハンセン病患者に対する理解を求める記事も、「里帰り事業」報道に次いでいる。この運動には厚生省主導による上からのものと、「厚い壁」上映運動などに象徴される下からのもののが含まれているが、後者の運動も取り上げられている。憲法論や人権論の観点からのものとは必ずしもいえないものの、「中立的な立場」等から取り上げるようになったこと自体、一定の変化といえよう。1965（昭和40）年5月から、従前の「ライ病」「ライ患者」に代えて、「ハンセン氏病」「ハンセン氏病患者」という表記が用いられるようになった点も特筆されよう。対外的な「救ライ」活動に関する報道のうち、韓国関係の比重が大きいのも特徴である。

日韓の友好を意識したものといえよう。沖縄関係の報道も目につく。ただ、こうした対外面では、従前の「救ライ」観もまだまだ根強い。

1973（昭和48）年から1978（昭和53）年の間は、報道量が極めて少なくなる。ハンセン病問題はもはや解決済みとの意識が生じたことによるものであろうか。

1976（昭和51）年から1990（平成2）年末までの記事も、長島架橋着工決定を報じる1984（昭和59）年12月27日の記事を画期として、2期に小別できる。1976（昭和51）年から1984（昭和59）年末までの前期では、「偏見解消」に力点が置かれている。ハンセン病・ハンセン病患者に対する「理解」の内容が、「救ライ」的なそれから「偏見解消」に質的に変化している。1984（昭和59）年1月15日の『全患協ニュース』は再度の予防法闘争の必要性を提起している。だが、マスメディアで大きく取り上げられることはなく、このことが全患協等が再度の予防法闘争を断念し、その後の予防法改正及び廃止において受動的な対応を余儀なくされる複線になっていったことは重要であろう。1985（昭和60）年からの後期は、「人間回復」が前面に出てくるのが特徴である。きっかけとなったのは、前述の長島架橋に関する記事であり、「愛の架け橋」などの見出しの下に大きく報道されている。

1991（平成3）年から1996（平成8）年末までの記事は、「予防法改正・廃止を促進」と特徴づけることができようか。全患協、識者の動きなどを詳しく追っており、1994（平成6）年頃からは法廃止論を主張している。所長会議や日本らい学会の反省も大きく扱われている。予防法廃止後も残された課題についても、かなりの紙面が割かれている。入所者の肉声等の伝達による啓発等の姿勢もうかがえる。従前の「人間回復」に加え、「人権」もキーワード化している。

二 考察

ハンセン病に対する社会の差別・偏見を洗浄し、正しい理解を広げるとともに、二次被害を防止し、社会復帰を含む必要な「人間回復」のための「受け皿」作りとそのための支援の輪を紡いでゆこうと、マスメディアが果たす役割は大きなものがある。このような角度から見た場合、1965（昭和40）年以降、とりわけ1979（昭和54）年以降のマスメディアは、おおむね世論の半歩先を歩んでいたといえよう。その先見性を評価しえないこともない。

だが、自治会及び全患協がマスメディアに望んだ報道という角度から眺めると、風景は異なってくる。予防法闘争や、その後の作業返還闘争等を初めとする園の貧しい医療・福祉等の改善闘争、そして、幻に終わった再度の予防法闘争、等々。これらはいずれも、マスメディアが大きく取り上げることによって、社会的支持が広がることを自治会及び全患協が期待した事項であった。しかし、この切なる願いは「片思い」に終わることになった。いわゆる全国紙と呼ばれ、紙面の面積が比較的多い媒体でも、他に報じなければならない出来事があるという編集上の判断に基づく優先順位に押されて、ハンセン病に関する記事は報道の「隅っこ」に追いやられていた。そして、それは再度の予防法闘争を幻に終わらせる大きな要因の一つとなっていた。自治会及び全患協が願ったのは1984（昭和59）年以前の報道についてであったが、マスメディアがその立場に立ったと自負する「患者運動」というのは、皮肉にも、社会的支持の広

がりを欠く中、国の「強制隔離と処遇は表裏一体」論の大きな影響を受けることになった、いわば変化を余儀なくされた「患者運動」であった。

問題は、このような「すれ違い」がどうして生じてしまったのかである。アジェンダ・セッティング機能を発揮することが強く期待されるマスメディアの場合、社会的な課題に対してはより高度な関心を維持することが求められている。社会で虐げられている人々が感じている、苦しみや痛みは、やがて社会全体に蔓延し、より多くの人々に窮屈さや殺伐とした空気をもたらしていく。日常的、恒常的に、あたかも皮膚感覚で進行する差別や偏見の感情こそが、のちに大きな被害を生む。しかし、全国の歴代の新聞記者の多くはハンセン病問題に不勉強であった。ハンセン病療養所に足を踏み入れることもなかった。取材が認められる体制も弱かった。

現代社会において発生する問題の多くは、報じられることによって社会に認知され、それが政策決定者の意思決定にも大きな影響を与えることになる。報道者が気づかぬということは社会的に問題を抹殺したのも同然である。報道の現場にいと、突発的なことや奇異に映ることに目を奪われがちで、日々の紙面づくりに追われて、日常生活の陰にひっそりと潜んでいる問題を発掘する作業は後手後手になりがちになることもあるといわれる。

マスメディアの記者に要請されてきたニュース判断というものが、その時々マスとしての読者の求める情報に向かって、あまりにも身を寄せすぎる傾向があることも克服すべき課題となっている。それが結局は、少数ではあるが、掬い上げる必要度の高い問題の当事者からの声に耳を傾けることを妨げ、取材の原点ともいべき現場の存在を見失う結果を長期にわたってもたらすことがしばしばあったからだ。また、無意識にせよ記者および編集者の心の中に住み着いてしまった差別・偏見の存在がハンセン病患者、元患者に対する継続的かつ重大な人権の侵害をニュースとして取り上げることに消極的姿勢をとる大きな要因となったことも否定できない。

ほとんどの記者は療養所に通う機会を放棄し、「隠蔽された人権侵害」の救済には無力であった。記者が療養所に足を踏み入れなかったことなどは、事業部だけでなく社会部など第一線の取材記者も一緒に取り組んだアジア救ライ事業の報道にも如実に現れている。社会的弱者の存在にもっとも敏感であるはずの社会部記者らが、なぜ、国内の療養所には目もくれずに、インドをはじめとするアジアの国々のそれに肩入れしていったのか。

ハンセン病報道の過ちは、決して偶発的なそれではない。日本の戦後マスメディアが構造的に抱えている、そして、いまだ克服しえていない問題に起因しているといえよう。

三 再発防止策

記者個人に求めるべきこととしては、「世間の常識や国の政策について安易に現状を追認せず、懐疑的な目で正邪を問い直す姿勢を貫くこと」や「少数者の声に耳を傾け、その声を社会に伝えるために努力と工夫を怠らぬこと」などがあげられよう。

また、新聞社に求めるべきこととしては、「社会に訴えるべき問題が水面下で眠っていないかどうか、不作為の掘り起こしにも力を入れさせる仕組みを作ること」、「読者からの社会が内包

している問題についての取材の要請、問題点の指摘などを受け付ける『公聴』セッションを開
設し、その内容と対応の結果を定期的に公表すること」、「マスメディアの伝える情報と学会専
門誌の伝える情報との間の空白地域を埋めるための方策を講じること」などがあげられよう。

25：国際会議の流れと日本のハンセン病政策 #15(1)

一 国際会議のはじまり

ハンセン病に関するはじめての国際会議は、1862（幕末：文久 2）年のロンドン「ハンセン病原因究明会議」である。ハンセン病は遺伝病であるとの意見が主流を占め、インドの医師のみが伝染性を肯定していた。なおこの時期、国内でのハンセン病政策はほぼ皆無であり、海外からの宣教師や篤志家による救済事業が行われていたに過ぎない。

二 1900年から1920年代まで

第1回国際らい会議が1897（明治30）年ベルリンで、第2回会議が1909（明治42）年ベルゲンで、第3回会議が1923（大正12）年ストラスブルグで開かれた。これらの会議では、感染症であることを前提にハンセン病の予防・治療は一般法の枠内で行い、隔離は放浪する患者に限ることなどが決議された。第3回会議で光田健輔は隔離こそ病気再発を予防する方法だと主張したが、支持は得られなかった。しかし、光田の発案した「一万人収容計画」は、ハンセン病を国辱と考える国粹主義や、隔離を正当化する社会防衛論などにも支持されて進められていった。第一次世界大戦後、日本はヨーロッパ諸国に対して独自性、優位性を強調するようになるが、このような政治情勢が大きく与ったといえる。

三 1930年から1945年まで

1930（昭和5）年の国際連盟らい委員会（バンコク）や1938（昭和13）年の国際らい学会（カイロ）の報告においては、ハンセン病は公衆衛生問題の一環として捉えるべきで、隔離は例外的な場合に限るとされた。しかし、日本国内では、絶対隔離政策を定めた「癩の根絶策」を内務省が公表し、1931（昭和6）年に癩予防法が制定された。その直後の1933（昭和8）年に国際連盟を脱退した日本は、国際動向を無視し、東アジアの占領地においても隔離政策を開始した。

四 戦後の動向ー日本国憲法とハンセン病政策ー

1946（昭和21）年に日本国憲法が制定され、人権を保障する新たな時代を迎えた。同年、世界保健機関（以下、WHO）が設立された。日本は、国際連合に加盟した1955（昭和30）年からWHO活動に参加し、また国際らい会議にも第6回以降、継続して参加者を送った。戦後になると日本は国内でのハンセン病治療薬プロミンの合成に成功し、治療が開始された。

こうした状況を背景として、1948（昭和23）年には国会において、厚生省東龍太郎医務局長が、プロミン等の治療薬の進展により絶対隔離政策を見直す必要がある旨の重要な答弁を行ったが、これ以降、絶対隔離を見直す発言は一切ない。国内の医療関係者、光田らの療養所長医師の意見が反映されていたと考えられる。

1953（昭和28）年8月6日、絶対隔離政策の継続を内容とする政府案は、患者による必死の

予防法案改悪反対の訴えのなか、原案通り可決された。日本癩学会会員の中で「らい予防法は廃止すべきだ」という意見は一つも出なかった。

五 戦後の動向－隔離政策の継続と国際的動向の無視－

1948（昭和23）年の第5回国際らい会議（ハバナ）、1952（昭和27）年のWHO第1回らい専門委員会（リオデジャネイロ）、1956（昭和31）年のローマ会議等では、ハンセン病に対する差別的な法制度、隔離施設が否定された。さらに日本で開催された1958（昭和33）年の第7回国際らい会議（東京）では、各国政府に対し、いかなる隔離も廃止するよう勧告されるにいたった。その上で、社会復帰施策の重要性が指摘されたのである。しかし、日本政府は絶対隔離政策の見直しを拒否し続けた。

厚生省は、国際動向をまったく認識していなかったのではなく、法改正を伴わず、①社会復帰（厚生指導事業、「らい患者の暫定退所決定準則」、就労助成金制度にて対応）、②外来診療（愛知県名古屋市に診療施設設置）、などのように、らい予防法の弾力的範囲内で対応しようとしたのであった。しかし、国際学会およびWHOが各国政府に求めているのは、差別的な法制度の見直しであり、強制隔離政策の否定であった。らい予防法を廃止しなかった日本政府の態度は国際動向を無視するもので、WHO等の趣旨を矮小化したという意味ではむしろ問題は根深いともいえた。

このように日本が国際動向を無視し、らい予防法を廃止しなかった理由としては、戦前からの厳しい隔離政策の影響で、①ハンセン病及び患者に対する国民の偏見・差別が大きく、政府が法改正を行う際に、社会的障壁が大きいことが懸念されたこと、②患者だけでなく、ハンセン病医学及びハンセン病療養所自体が社会から「隔離」された状況であり、関係する情報や実態が社会に流されなかったこと、③戦後、国際学会に出席することができなかった療養所医官等にとって国際動向を日本の現実問題とひきつけて捉えることができなかったこと、等が大きかったといえよう。

六 戦後の動向－隔離政策を廃止する諸国と継続する日本－

1963（昭和38）年の第8回国際らい会議（リオデジャネイロ）および1965（昭和40）年の第3回WHOらい専門委員会（ジュネーブ）では、1950年代の国際動向を踏まえ、一般公衆衛生のなかでハンセン病対策を位置づけること、ならびにハンセン病に対する差別的立法の廃止が各国政府に求められた。すでに日本を除くアジア諸国では、隔離政策を見直し外来診療に移行し始めていた。このような中で、日本国内でも再び患者運動側かららい予防法改正の機運が高まることとなった。しかし、国際的動向に沿って隔離政策を抜本的に見直すというような動きは厚生省には見られず、療養所内の生活改善を中心に検討を行っているにすぎず、問題が深刻だとは考えられていない。厚生省は、社会一般のハンセン病に対する恐怖心を理由に、らい予防法の法改正には向かわなかった。

1970（昭和45）年以降のWHOでは、日本を除くアジア諸国等の隔離政策の見直しを背景と

して、活動の中心が外来治療に移行することになった。しかし、日本らい学会では、隔離政策の廃止が提起されることはあったが、主流になることはなかった。予防法が廃止されたのは1996（平成8）年に至ってからのことである。

七 まとめ

国際らい会議、WHOらい専門委員会等の動向と、日本が隔離政策を継続した関係について検証した。日本が国際動向を無視し始めた時期は、1923（大正12）年の第3回国際らい会議からである。この時期の国際的政治状況は緊迫しており、日本は独自の道を模索し、ハンセン病政策については、隔離収容政策を選択する。1946（昭和21）年、日本国憲法によって新たな時代を迎えるが、ハンセン病については、医学も立法も戦前の隔離収容政策を継続した。1955（昭和30）年国際連合に加盟するが、ハンセン病政策については、国民の偏見・差別が強い等の国内情勢を理由に、国際会議及びWHOの指示に従わなかった。法廃止によらずらい予防法の弾力的運用で対応しようとした。日本国憲法下においても隔離収容政策が継続された主要な原因は治安政策等に求められるが、戦前の長きにわたる隔離政策によって、患者のみならず、ハンセン病医学・ハンセン病療養所自体が「隔離」され、社会的関心が払われなかったことも大きかったと考えられる。

また、なぜ光田が絶対隔離にこだわったのかという問題と国際学会との関係について、第3回国際らい会議においてインドでハンセン病医療に取り組んでいたロージャーが、日本のハンセン病患者を10万人と報告したことにふれておきたい。光田はこの時、「血統の純潔を以て誇りとする日本国が、却つて他の欧米諸国より世界第一等の癩病国であることがわかる」と慨歎した。「血統の純潔を以て誇りとする日本国」が「野蛮未開の土人」と同列となることを屈辱とする意識からも、「他の伝染病と等しく絶対隔離」する道を強行したのである。さらに、1915（大正4）年からハンセン病患者への断種を開始したことが示すように、彼は優生学の視点からもハンセン病の撲滅を求めていた。絶対隔離は、単に国辱からだけではなく、優生政策の一環とも位置づけられる。すでに、そうした方向性を与えられていた日本のハンセン病政策にとって、国際らい会議の動向は許容できないものとなっていたのである。

26：米国におけるハンセン病政策の変遷 #15(2)

一 検討の主旨

日本の絶対隔離政策を検証するため、ここでは他国との比較という観点から、米国におけるハンセン病政策を検討する。米国でもハンセン病患者への人権侵害は大きかった。また、ハンセン病患者への差別は黒人やヒスパニック系移民への人種差別とも結び付いていた。

しかし、ここから、ハンセン病患者への人権侵害が世界共通のものであったと安易に普遍化することは慎まねばならない。なぜならば、日本の絶対隔離政策の推進者らは米国の隔離政策をも批判しているからである。強制隔離、強制断種・強制堕胎、強制労働、死に至る監禁が一環のものとして機能した政策、これほどの一貫した人権侵害は、日本、および日本の植民地に集中するものである。

二 検討の範囲

米国の立法、行政、政策は、連邦政府のものと州政府のものがそれぞれ存在し、時にそれらは独立し、また相互に補完し合う。日米という司法、行政制度の異なる二国間で単純に法律の変遷を並置比較することには限界もあるが、医学・科学の進展と医療・公衆衛生政策との連繋の阻害要因を日米、比較研究することは、国際的な観点から見た場合における日本のハンセン病政策の特徴を、社会、政策・行政の普遍性を考慮しつつ探る上で重要な作業にひとつといえよう。しかし、これには膨大な労力が必要となる。米国本国においてもハンセン病政策に関する通史は存在しないからである。そこで、本稿では、米国のハンセン病政策に関する主要な公文書を総覧・紹介し、連邦政府によるハンセン病政策の変遷を記述するにとどめざるをえなかった。

三 米国連邦政府によるハンセン病政策（隔離政策）の変遷

米国連邦政府は1905（明治38）年にハワイに施設を設置し、ハンセン病の調査・治療を目的として患者を入所させる権限を医務総監に付与した。続く1917（大正6）年には国立癩療養所の設置、医務総監による強制入所権限、療養所勤務者に対する危険手当が立法化され、1922（大正11）年にルイジアナ州カービルで療養所の運営が開始された。1920年代の療養所医官は、ハンセン病を罹患することは犯罪ではないが、一旦拘束（detention）された場合、逃走し、実際的に不治の病を同朋に罹患させる危険に晒すことは社会に対する犯罪であること、疾患を駆逐するためには全患者の隔離をすることが必須であることを繰り返し主張している。一方、Hawaii州の公衆衛生局医官は、州内のハンセン病発生減少に隔離が大きく寄与したとは考え難いものの、発症・伝播機構が不明であり、また経済的・人道的事情を勘案すれば隔離は継続すべきであると述べ、何れも隔離政策を支持している。警察権力によるこうした強制手段が現実的か否かは、疾患の発生率、政府担当部局の方針と経済力、域内の情報伝達と移送手段、個人の自由と引換えに収容所（生活）が受容されるか否かに依存すると考えられていた。1930（昭和5）～

1945（昭和20）年の入院患者で、自発的に入院したものはわずか15%であったという。また療養所から逃走した者は、公式な裁判を受けることなく療養所内の監獄に収容された。

プロミンのハンセン病への応用は1941（昭和16）年に療養所で開始されて徐々にその有効性が報告され、療養所においては1947（昭和22）年秋に大風子油の使用が中止されSulfone剤が第一選択薬とされる。こうした有効な治療薬の導入と相俟って、「非活動性（arrested）」として退院する患者数は増加している。この時期の専門家は、感染可能例（infectious / open cases）の隔離は必要としながらも、病状に依らない画一的な隔離には異を唱えている。例えば、療養所長Fagetは、「ハンセン病を撲滅する唯一の確実な手段は患者隔離である。特定の治療法がなく、また正確な感染経路が不明な場合、感染性症例の隔離は疾患制圧の唯一の方法である為である。ただし、強制隔離は個人の自由に反し往々にして失敗するので、自発的隔離を慫慂すべきである」、「4年以上の使用を経て、sulfone剤の化学療法としての有効性は確立され、療養所においては第1選択の治療法となりつつある」、だからこそ以前にもまして「より多くの患者が疾患早期に自発的入所に向かうよう、感染者およびその家族の教育が重要である」と述べている。他方、公衆衛生局を退役したMcCoyは、1948（昭和23）年の同誌において、非活動性（arrest）例の再発の可能性には常に留意が必要だが、感染の危険性は臨床型によって大きく異なるので、中には公衆に対する危険とはならない患者がいる可能性を省みずに全例を隔離収容するという方針は破棄すべきである」と述べ、合わせて、感染性に疑問の余地があれば、その余地は患者の（自由に）資するように用いられるべきであること、Norway保健当局がかつて行ったように感染可能性があると思なされる症例に限って隔離すべきであることを力説している。

しかし、同時期の1944（昭和19）年に制定された公衆衛生法は強制入所権限を含み、基本的に旧法を継承した。すなわち、介護・拘束・治療のために自ら出頭したハンセン病患者、公衆衛生局（長官）が必要と認めた患者、また各州の衛生部局が連邦公衆衛生局の治療が必要と認めた患者は、公衆衛生局の病院に入院させるものとし、拘束・治療のために必要な場合には強制的措置が発動可能なものとなっている。一方、軽快退所基準は改定され、感染期にある患者でも一定の条件（患者の家族が経済的に受療を支援することが可能であり、主治医が治療を継続して毎月Carvilleに報告を行うこと、患者居住地の州衛生局が同意すること、患者が戻る家族に子供が含まれず少数の成人のみであることなど）を満たせば、所長が医療退院（Medical discharge）を許可できるものとされた。その結果、1948（昭和23）年7月には最初の退院患者が、その数ヵ月後にはさらに一名の退院患者が現れる。また、入所者の処遇に関する法令・規則の漸次変更され、1946（昭和21）年には入所者に選挙権が付与、1948（昭和23）年には療養所外壁を覆っていた鉄条網が撤去され所内に郵便局が設置、また退所者の増加に伴って課題となった回復者の移送・交通費用、また移動中の生活費などの公費弁済が立法化された。さらに1949（昭和24）年には療養所内に学校が設立され、さらに1952（昭和27）年には婚姻が許可されると共に、電話使用が認められた。しかし、強制入所を廃した法案改正の運動は1950（昭和25）年代初めまで続けられたものの、主として公衆衛生局の反対などにより実を結ばなかった。

その後1950年代になり、入所者を原則的に退所・社会復帰させる方針が掲げられたが、患者

団体等の反対で十分な効果は得られなかった。その後1956（昭和31）年に新所長となったEdgar B. Johnwickは、就任3日目、入所者を前にして「何者も意に反して当院を退所させられない。何者も意に反して当院内に留まらない」と宣言した。2年後の1958（昭和33）年には郵便物の滅菌操作が中止され、また1960（昭和35）年には前任所長によって撤去された患者所有建造物に代わって夫婦のための住居が建立されるなど、患者（連盟）の要望に沿った療養所改革が徐々に進められる。最後の国立癩療養所への強制入所はこの1960（昭和35）年であった。1960年代の半ば、療養所には約300名の入所者がおり、Sulfone剤発見前には極めて長期間、ある場合には余生にわたる入所を必要としたハンセン病は、この時期には新規診断患者の場合平均5年未満となり、治療への反応性によるものの、一年以内に退所するものもいと報じられている。

1980年代に入り、国家財政再建の見地から公共サービスの整理縮小が行われるようになり、療養所を国立ハンセン病センターとして改組し、米国のハンセン病政策を変革する法案は、数回にわたって議会に提出された。1985（昭和60）年の第99回連邦議会は「Hansen's Disease Program (PL 99-117)」を採択して、ハンセン病に関する大幅な法令改正を行った。本法令は、a) 連邦保健省長官はハンセン病に罹患し治療・介護を必要とし申請した者にCarvilleのハンセン病センターにて無料で（外来治療を含む）治療・介護を提供すること、b) 同長官は本土のハンセン病センターと同等の経費をHawaii州保健局に支払うこと、c) Carvilleの公衆衛生局施設（ハンセン病療養所）は「ハンセン病センター」と改称すること、を定めた。1984（昭和59）年の法律、1985（昭和60）年連邦規則でハンセン病医療従事者に対する特別手当の新規支給は廃止されたが、1986（昭和61）年時点で30日以上フルタイムで雇用されていた者は継続受給が可能とされた。ただし追加手当は1/2から1/4に減額された。本法を以って、強制入所は法律から削除された。

本法に基づき、公衆衛生局が1988（昭和63）年にまとめた「ハンセン病国家事業の戦略計画」は、本事業はCarvilleのハンセン病センター（療養所）と11の地域センターから成る。また、本計画は事業のあり方の検討を行い、センター（療養所）の対象疾患を糖尿病など神経麻痺を来たす疾患に広げること、長期患者の養介護を外部委託すること、研究施設はBaton Rougeに移転すること、センター（療養所）が現在の居住患者に生涯に渡る養介護を約した連邦政府の責任を全うすることに変わりないが、新規入所者はこれ以上受け入れないこと、将来的なセンター（療養所）閉鎖まで漸次入所者数を減らすことが妥当であると結論付けられた。

その後、療養所の急性期治療・研究教育機能は州都Baton Rougeに移転され、実際的には1988（昭和63）年を以って新規の療養所入院（resident patients）受入は停止された。療養所が長期入院療養者の受入を法的に停止したのは1997（平成9）年であった。

27：沖縄・奄美地域におけるハンセン病政策 #16

一 検討の意義

熊本地裁判決では、戦後、本土復帰前の沖縄・奄美地域のハンセン病隔離政策について十分に言及されることはなかった。しかし、日本におけるハンセン病問題の真相究明に際して、戦後、本土復帰前の沖縄・奄美地域のハンセン病隔離政策の検証は不可欠である。

特に沖縄地域の隔離政策史は沖縄戦による被害が大きく（みやこ・あんなの会編『戦争を乗り越えて～宮古南静園からの証言～』、2000年、等参照）、また戦後は開放政策に転換したと考えられてきたことから、その検証作業は重要であるといえる。

二 時期区分

沖縄のハンセン病隔離政策史は次の5期に区分される。第1期は沖縄県が癩予防に関する件施行細則を定める1910（明治43）年からであり、第2期は九州療養所から分離する1927（昭和2）年からであり、沖縄県で療養所建設が行われ、固有の意味での絶対隔離政策がはじまるのは後者においてである。第3期は日本軍による大規模な強制収容が行われる1944（昭和19）年からであり、第4期は隔離政策が米軍政府の下ではじまる1945（昭和20）年からである。熊本地裁判決が隔離政策による被害実態を不明であるとした第4期は、1952（昭和27）年の琉球政府の設立と1961（昭和36）年のハンセン氏病予防法の制定を基準として、さらに3期に細区分される。そして第5期はらい予防法が適用されるようになる1972（昭和47）年からである。

三 概括

第1期および第2期からなる戦前期においては、1930年代に強化される日本の隔離政策がハンセン病患者数の多かった奄美・沖縄で強力に推進された。例えば沖縄について数字を紹介すれば、人口は全国のおよそ100分の1であるのに対して、療養所入所者は10分の1であるから、隔離政策の威力は10倍ということになる。また、第3期の戦時期では、日本軍の陣中日誌等から、1944（昭和19）年の日本軍による強制収容が第9師団や第24師団によって進められたことが明らかとなった。また当時の愛楽園自治会の日誌等からは、この日本軍による大収容のために定員の2倍となった入所者が園内で苛酷な戦時生活を送っていたことが実証的に検証されたといえる。

さらに戦後期に入って、第4期の戦後本土復帰前については、まず奄美では、米軍による苛酷な強制収容政策が行われた。また1953（昭和28）年12月の日本復帰後に、同年制定されたらい予防法のもとで隔離政策が推進されたことが指摘できる。また同期の沖縄では、とくに戦後期を第1期、第2期、第3期と時期区分をして検討した。この結果として、熊本地裁判決によって不明であるとされた、隔離政策による同地域の被害実態が、本土と区別されるべきものではないと確認された。

四 戦後期の状況から

最後に、とくに1972（昭和47）年以降の第5期について、本土復帰にともなう愛楽園・南静園の自治会運動の展開から見ていきたい。

沖縄の本土復帰当日の1972（昭和47）年5月15日から栗生楽生園で開かれた全患協の第19回支部長会議の席上、愛楽園と宮古南静園の代表は万雷の拍手で迎えられ、全患協への正式加盟を果たした。その際、愛楽園は自治会運動の指導を全患協側に要請、翌月、鹿児島県の星塚敬愛園の自治会役員3人が「予算関係事務指導」の名目で沖縄の2園を訪問した。この時の様子は今も敬愛園では語り草になっているほどで、3人が最初に愛楽園に一步足を踏み入れた途端、「これはひどい。昭和20年代の敬愛園の状況が続いている」と感じたという。住宅も食べ物も粗末、医師、看護婦も少なく、医療の体をなしていないとの印象だった。自治会運動の取り組みも遅れていると映り、園当局の交渉や予算要求の方法などについての知識も身に付けていないようだった。作業賞与金についても「一体何のことか」との質問が出て驚かされたともいい、自治会の組織運動については初歩からコーチしたという。最近では逆に本土の療養所の自治会が「沖縄に追いつけ」と言い出すまでになったというが、当時は「本土並みに」があらゆる面で沖縄の悲願だった。3人は続いて宮古南静園にも足を伸ばしたが、全患協側の指導など必要ないといった様子だった。実際、施設や医療、食事なども愛楽園よりもかなり進んでいて、ほぼ本土並みの水準と感じたという。自治会の組織も若手のリーダーたちが全患協や本土の療養所の自治会と連絡をとりながら、情報を収集したり、研究も進めていたらしく、格差はさほど感じなかったという。

沖縄の療養所で本土より恵まれていたことがあるとすれば、軽快退所を理由とした社会復帰が進んだことだろう。実はこれにも裏があり、琉球政府の療養所向け予算が不足していたことから、経費削減を図るために退所を促した面があるといわれているが、沖縄独自の通院治療制度が確立していたことなども影響していることは間違いない。特筆すべきは、在沖米軍が積極的に退所者を受け入れたことだ。ハンセン病が治る病気と分かってからの米軍の変わり身は早く、軽快退所者であることの証明さえあれば、履歴書も不要、療養所にいたことも承知で手足に障害がある者も雇用した。社会復帰を果たした退所者の10人中9人までが米軍基地に職を得、倉庫の管理、荷揚げなどの仕事に就いたという。基地経済に頼らざるを得ない沖縄の現状と同様に、退所者たちもまた、自分たちを苦しめた米軍によって生計を立てざるを得ないという皮肉な状況に置かれていたわけである。

愛楽園では、何ごとにも全員で一緒に取り組むのが原則で、催事はもちろん自治会の集会にも元気な人は全員が集まるのが習わしという。国家賠償訴訟には当初、足踏みしていたが、最終的には9割以上の入所者が原告となったのも、連帯意識の強さの現われという。依然として沖縄ではハンセン病に対する差別、偏見は厳しいというが、療養所を取り巻く環境は明らかに様変わりしている。

南静園の患者自治会は1961（昭和36）年6月30日に「琉球政府ハンセン病予防法」が成立される前には、沖縄愛楽園と連帯し、琉球政府側が用意した法案に注文を付け、対案を作成して

是正を迫ってもいた。同法に本土のらい予防法にはない在宅治療制度が盛り込まれたのは、こうした交渉の成果との見方もある。1962（昭和37）年4月には、医療や生活の改善を求めて、約2週間に及ぶ大規模な闘争を展開、琉球政府厚生局の幹部を園内の公会堂に缶詰状態にして交渉し、6人の看護婦要員の獲得に成功したりもしたが、入所者の待遇が抜本的に改善されるには1972（昭和47）年の本土復帰を待たねばならなかった。患者自治会は復帰後、全患協にも加盟、今日に至っている。差別、偏見についても特記しておかねばならない。米軍は当初、入所者たちの隔離を徹底したが、治る病気と分かってからの転換も早かった。米兵は土曜日によく南静園に慰問に訪れ、防空壕にしまっておいたため空襲による焼失を免れた園の野球道具を使って、入所者と親善試合を行なった。そのたびに平気で入所者たちと握手したり、体に触れた。自治会長も務めた与那覇次郎氏は「米兵たちが入所者と平気で接し、子供たちを抱き上げたりしたことが島民にも伝わり、島内の差別、偏見がいくらかは和らいだような印象を受けた」と話している。

しかし、宮古島はもともと差別、偏見が根強い土地柄といわれるだけに、自治会が取り組んだ平良市の老人クラブ連合会への加入問題の解決も難航した経緯がある。市長に陳情したり、要請書を再三提出しても認めてもらえない状況が続いた。ところが、らい予防法が廃止されることになったら連合会側が態度を一変させ、法が廃止された当日、加入が認められたという。法が差別、偏見に根拠を与えていたことは否めないと入所者たちは指摘している。

28：旧植民地、日本占領地域におけるハンセン病政策 #17

一 旧植民地におけるハンセン病患者の処遇と政策

1. 韓国

1) 小鹿島慈恵医院の開設

日本が大韓帝国を侵略し、朝鮮総督府を設置して植民地化したのは1910（明治43）年であるが、朝鮮総督府は衛生顧問山根正次の意見を受け入れ、1916（大正5）年、全羅南道の管理下の小鹿島慈恵医院を設置、ハンセン病患者の隔離を開始した。

初期の慈恵医院の状況を反映する当時の資料は乏しいが、戦後、小鹿島に入所したひとりの患者は、院長の蟻川亨が「入院患者に日本式生活様式を強要した」と回想している（『あゝ、70年一輝かしき、悲しみの小鹿島』、図書出版東方、1993年）。また「患者は日常生活を厳しく統制され、家族との通信や面会も制限されており、一時帰省はほぼ不可能であった。諸規定を守らない患者に対し職員は鞭で打つなど処罰した」という（同上）。

2) 朝鮮癩予防協会の設立

1930年代に入り、日本のハンセン病対策は絶対隔離政策への展開をみせていたが、これは韓国にも波及する。

朝鮮総督府は一大療養所を設け、放浪するハンセン病患者を收容する必要があると判断した。療養所建設費用の大部分を民間の寄付金に求めることから、1932（昭和7）年に朝鮮癩予防協会を設立した。

3) 小鹿島更生園の開設

こうして、1934（昭和9）年9月14日、朝鮮総督府癩療養所官制（勅令第260号）の公布により、10月1日から従来の全羅南道所属の小鹿島慈恵医院は拡張され、朝鮮総督府癩療養所となった。また、同年9月29日の朝鮮総督府令（第98号）により小鹿島更生園と改称され、周防は更生園の初代園長となる。

1935（昭和10）年4月20日、朝鮮総督府は日本の「癩予防法」に倣って、ハンセン病患者管理の法的措置である「朝鮮癩予防令」（制令第四号）を制定・公布し、隔離政策を強化した。

4) 更生園における生活

まず、問題となるのが断種である。1941（昭和16）年までには「断種」手術を受けた夫婦は840組に達したが、断種は処罰としてもおこなわれた。木を切ったとか、脱走したとか、反抗的、反日的であるという理由で断種されたという証言もある（1997年12月22日、TBS系列「ニュース23」の特集「もう一つの強制不妊 韓国・植民地下での強制断種」）。

また、1936（昭和11）年7月の長島愛生園長光田健輔の更生園訪問に同行した愛生園事務官宮川量は、その際のメモ「朝鮮の癩」のなかに職員による患者虐待の事実を記している。

5) 戦時体制下の更生園

1936（昭和11）年以降、更生園では第2期、第3期の拡張工事が完成し、收容定員は約6000人規模となる。1937（昭和12）年7月より日中全面戦争が始まり、日本は戦時体制に突入する。

戦争により経済情勢は悪化し、植民地支配は一層厳しくなってきた。小鹿島更生園も開院以来もっとも苛酷な状況に置かれた。

戦時下、苛酷な状況下で患者作業を進めるため、ほとんどが警察や憲兵出身である看護長が厳しく監督した

さらに、在園患者は毎月 1 日と 15 日は神社参拝、20 日は周防院長の銅像参拝を強制され、毎週月・水曜日は愛国班会や随時に開かれる時局講演会に参加させられたが、周防のこのような小鹿島更生園の運営は、韓国を日本の兵站基地化するという当時の社会情勢の影響を受けてのものであった。

6) 入所者からのききとり

2005（平成 17）年 1 月 7 日～9 日、韓国小鹿島病院での検証会議委員による訪問検証において、2 名の入所者からききとりをおこなうことができた。1921（大正 10）年生まれの男性から神社参拝を拒否したため、断種されたという証言を得た。

以上、小鹿島慈恵医院・小鹿島更生園に代表される植民地下の韓国のハンセン病政策は、日本国内の絶対隔離政策の一環であり、すくなくとも韓国のハンセン病患者は日本のハンセン病患者が受けた人権侵害と同様の被害を受けている。しかし、その人権侵害に植民地支配下の民族差別感情が加わり、被害の程度は日本国内のそれをはるかに上回るものであった。処罰としての断種、笞を使った入所者の殴打などは、それを象徴するものである。ハンセン病患者への差別、植民地民族への差別により韓国のハンセン病患者に対しては、二重の人権侵害があったという事実を認めざるを得ない。

2. 台湾

1) 楽生院の開設

1895（明治 28）年 4 月 17 日、日清戦争の講和条約が結ばれ、清より台湾が日本に割譲された。日本は台湾総督府を設置、台湾への植民地支配を開始する。

1920 年代半ば、全生病院長光田健輔が台湾総督伊沢多喜男に「台湾癩予防法制定ニ関スル意見書」を提出、朝鮮では、総督府が設立した慈恵院の収容患者が 200 人なのに対し、アメリカ MTL が設立したキリスト教主義の療養所が 1200 人も患者を収容している事実をあげ、こうしたところに「朝鮮人ノ事大思想」が発生すると指摘、植民地のハンセン病対策を欧米人に任せていると、植民地支配が危うくなると警告した。

この光田の意見書を受けて、1926（大正 15）年、台湾総督に就任した上山満之進は、1927（昭和 2）年度から 3 か年計画で療養所設立の予算を計上、1930（昭和 5）年 12 月、収容定員 100 人の楽生院を開設し、上川豊が初代院長に就任した（台湾総督府楽生院『昭和五・六年統計年報』）。

1934（昭和 9）年 6 月 15 日、台湾に勅令「癩予防法」が公布される。さらに 9 月 22 日には総督府令「癩予防法施行細則」が公布され、両者とも 10 月 1 日から施行された。台湾の「癩予

防法」は日本の「癩予防法」をほぼ踏襲したものである。総督府警務局長石垣倉治は、この法律について「斯くて台湾に於ける癩予防事業は従来の姑息なる救療事業の範囲を離脱し隔離法による根絶事業に移らむとして居る」との期待を示した（石垣倉治「台湾の癩問題」、『社会事業の友』67号、1934年6月）。

2) 楽生院における生活

楽生院の収容定員は当初の100人から徐々に増加し、1937（昭和12）年に427人、1938（昭和13）年には587人、1939（昭和14）年に700人となる。結果的には、この数字が最高となる。

1934年6月、長島愛生園長光田健輔が楽生院を訪れる。このとき、光田は台湾でも「十坪住宅」運動を起こすように提案、早速、台北在住の山本栄喜が楽生院に1棟分の材料を寄付し、これにより1935（昭和10）年8月、最初の「十坪住宅」が完成する。以後も寄付は続き、1937（昭和12）年6月までにさらに5棟の「十坪住宅」が完成する（桜井憲三「癩の十坪住宅運動」、『社会事業の友』103号、1937年6月）。こうして、隔離は拡大されていった。そして、日本の「無癩県運動」を模倣した「無癩州運動」が提起される。そのためにも、「十坪住宅」の寄贈が求められた（佐久間南山「無癩州運動の念願」、『萬壽果』4巻2号、1937年6月）。

上川は、楽生院の入所者に「皇民」としての自覚を強く求めた。「紀元2600年」に当たる1940（昭和15）年、上川は、光明皇后と貞明皇后を持ち出して、ハンセン病患者に対する皇室の「仁慈」を訴えている（上川豊「台湾救癩事業満十週年の癩予防日に際して台湾島民に訴ふ」、『萬壽果』7巻3号、1940年8月）。

3) 入所者からのききとり

2005（平成17）年1月23日～24日、台湾楽生療養院での検証会議委員による訪問検証において、5名の入所者からききとりをおこなうことができたが、そのなかで日本統治時代には強制断種・強制墮胎がおこなわれていた事実、それが戦後も1940年代までは続いた事実が明らかになった。

このように、植民地台湾において日本がおこなったハンセン病政策は、植民地統治の一環であり、日本国内の隔離政策をほぼそのまま踏襲させたものであった。台湾のハンセン病患者は、日本国内のハンセン病患者同様の隔離政策に加えて、植民地統治という圧迫、すなわち、在台湾日本人を守るための隔離という圧迫をも受けたのであり、このことは、台湾の患者被害を考えるうえで、きわめて重要な論点となる。

3. 「関東州」「満州」

1) 「関東州」「満州」

日本は、1905（明治38）年9月5日の日露講和条約により、ロシアから中国遼東半島の旅順・大連の租借権、および東支鉄道南満州支線の経営権を譲渡された。これにより、日本は遼東半島の租借地を「関東州」と命名、関東都督府を設置して事実上の植民地支配を開始する。また鉄道については、1906（明治39）年、南満州鉄道株式会社（満鉄）を設立し、鉄道とその沿線

の鉦山などの経営に着手した。そして、1931（昭和6）年9月18日の柳条湖事件を契機に満州事変を引き起こし、関東軍は中国東北地方＝「満州」を占領、1932（昭和7）年3月1日、「満州国」を建国、1945（昭和20）年まで、事実上、日本が支配した。日本は「満州国」に「王道楽土」を建設すると宣伝したが、実態は日本の傀儡国家であった。「関東州」および「満州国」は事実上の日本の植民地であり、この項で、両地域におけるハンセン病対策について検証する。

2) 飯野十造の関わり

「満州」における日本のハンセン病対策について考察する際、牧師である飯野十造の名を忘れることはできない。飯野が、「満州」のハンセン病問題に関心を持ったのは、1921（大正10）年と1929（昭和4）年の2度の「満州」・朝鮮への伝道をおこなってからである。飯野は1933（昭和8）年、3度目の「満州」・朝鮮への旅行をおこない、「関東州」に満州癩予防協会を設立する。飯野が、こうした行動をとった目的は、貞明皇后の「皇恩」を「満州」に広め、日本の支配を強化するためであった。

3) 同康院の開設

1939（昭和14）年11月、奉天の北、鉄嶺から車で2時間の行程にある松山背に「満州国」の国立ハンセン病療養所同康院が開設された。松山背には民家が一軒もない。まさに、ハンセン病患者の隔離のための土地であった。

初代院長には「満州国」民生部保健司防疫課長川上六馬が就任、1940（昭和15）年1月から長島愛生園医官難波政士が2代目院長に就任する。同康院は、同年5月に『慈光』という冊子を発行している。現在、同康院について残された資料は、この『慈光』のみである。

以下、『慈光』にもとづき、同康院の実態を紹介する。

まず、「同康院案内」には、推測として「現在満州国に於ける癩患者数は凡そ三百名位」と記されている。これに対して、同康院の収容定員は60人であるが、年々、増築して「満州国に一名の患者も居ない様に致します」と展望している。「我が国に於ては癩患者は比較的僅少」ではあるが、中国本土には100万人のハンセン病患者がいると推測されるので、予防的措置として同康院を開設したと説明されている。

1940（昭和15）年4月現在の入院者は日本人1人、「満州人」10人、朝鮮人20人の計31人で、これに対して、医官は1人、看護婦が3人であった。なお、同康院では、日本人・朝鮮人は「日人病舎」に、白系ロシア人は「露人病舎」に、「満蒙人」は「満病舎」に、それぞれ民族別に収容されることになっていた。同康院は「王道楽土」の象徴のように自画自賛された。難波政士を同康院2代目院長に送り出した長島愛生園の園長光田健輔は、「聖業翼賛—難波同康院長送別の詞—」のなかで難波に「大陸浄化」を期待していた。

4) その後

この後の同康院について、その詳細を知る資料はない。ただ、「満州国」の「王道楽土」という理想が虚構に終わり、1945（昭和20）年8月15日、日本の敗戦とともに「満州国」も崩壊したことを考えると、同康院の運命も推測できる。

二 日本占領地域におけるハンセン病患者の処遇と政策

1. 中国占領地

日本は1937（昭和12）年7月7日の盧溝橋事件により、中国との全面戦争に突入し、1945（昭和20）年8月15日の敗戦まで、中国の華北・華中はもちろん、香港や広東・海南島などの華南に及ぶ広い地域を占領・支配した。

日本占領下の中国におけるハンセン病患者の実態については、台湾総督府が設立したハンセン病療養所楽生院の院長上川豊「南支及南洋の癩問題」（『南方医学論叢』1942年7月号）に詳しい。

上川は中国のハンセン病患者総数について百万人という推定を紹介し、「現在支那は世界有数の癩病国であることに異論はない。そして支那の癩は殆んど中南支にのみ蔓延して居る」と概観したうえで、楽生院の院長広瀬秋濤が『台湾医学会雑誌』40巻6号に発表した広東市の調査結果を紹介しているが、そこでは検診した5万2442人中84人のハンセン病患者が発見されたとされている。人口1万人に対して患者が16人という高い比率になる。

では、日本軍占領下では、中国のハンセン病患者はどのような処遇を受けたか。それについて、1942（昭和17）年5月の興亜院華中連絡部編『疾病予防ニ関スル基礎的調査報告』に基づき述べておく。この資料は、同部が、1941（昭和16）年6月段階で、同仁会華中中央防疫処に委嘱しておこなった調査結果をまとめたものであり、同仁会九江診療防疫班長高田之「癩ニ関スル調査報告」が収められている。九江とは長江に面した都市で南京と武漢の中間に位置する。そのなかに、九江周辺の呉陽鎮について「我軍入城当時ハ四、五十名ノ癩患者居リタルモ我軍ノ入城後此等患者ヲ原籍地ヘ帰ヘス様努メタル結果現在余ガ調査ニオモムキタル時僅カ一名見タノミ」という叙述がある。日本軍が呉陽鎮を占領する際、40～50人いたハンセン病患者がほぼ一掃されたということになる。また、南昌では、1940（昭和15）年9月11日、アメリカ人が管理していたハンセン病専門の南昌麻瘋病院に対し、日本軍の憲兵隊が「敵側謀略ニ利用セラルル虞ナシトセズ」と判断、「軍に於テ同仁会九江診療防疫班南昌分班ヲシテ之ガ管理ニ当ラシムベク種々考究中」と報告されている。

2. 東南アジア

日本は、1940（昭和15）年の北部仏印占領に始まり、1941（昭和16）年の南部仏印、そして1942（昭和17）年にはマレー、シンガポール、蘭印、フィリピンと、次々に東南アジアを占領していく。日本占領下のこれらの地域におけるハンセン病患者の処遇については、断片的にしかならなくなっていない。

仏印、すなわちインドシナでは、フランス統治時代は「絶対隔離主義を採らず、適當の地方に多数の癩村を設け」ていたが（上川豊「南支南洋と台湾の癩」、『社会事業の友』152号、1941年7月）、日本占領後、上川は、それを「無為無策」と批判、「主要の地に完備した癩療養所を設け」ることを求めている（上川豊前掲「南支及南洋の癩問題」）。

また、フィリピンでは、日米開戦時、アメリカは開放治療を採用し、フィリピン全土に5か所の療養所を開設し、重症者のみクリオン島の療養所に収容していた。上川は、こうしたアメリカ統治時代のハンセン病政策について、症状が軽快して故郷に帰った患者が再発して「大きな問題」となっていると指摘している（上川豊「南洋の癩」、『治療及処方』280号、1943年6月）。

さらに、蘭印、すなわちインドネシアにおいては、1944（昭和19）年2月28日～4月19日に海軍占領地を視察した南方政務部海軍主計少佐堀俊蔵は「南方海軍占領地区視察報告」のなかで、日本軍が労働に動員したジャワ島からの移民のなかに『レブラ患者』迄混入シオル状況を指摘している（原本は防衛庁防衛研究所図書館所蔵）。

3. 太平洋地域

日本は、1919（大正8）年以降、マリアナ・マーシャル・パラオ・カロリン諸島を国際連盟の委任統治として事実上、植民地支配し、1928（昭和3）年にヤルート島に、1929（昭和4）年にサイパン島に、1930（昭和5）年にヤップ島に、1931（昭和6）年にパラオ島に、南洋庁がそれぞれ小規模なハンセン病療養所を設置していたが、1941（昭和16）年12月の対米英開戦以降、太平洋地域の島嶼の占領を拡大した。こうしたなか、1942（昭和17）年8月25日、海軍はオーストラリアの委任統治下にあったナウル島を占領した。ナウル島にはナウル行政府が設置したハンセン病専門病院（Leper Station）があり、日本軍占領時、39人の患者が入院していた。敗戦後の1948（昭和23）年、ナウルの行政官マーク・リッジウエイは、占領から1年後、「日本軍は彼らを1隻のボートに追い集め、そのボートは海に向かって曳航され、銃撃により破壊された。ひとりの生存者の痕跡もない」という衝撃的な証言をおこなった（NEWSITEMS, *International Journal of Leprosy*, Vol.16, No. 4, 1948）。さらに、1952（昭和27）年に発表されたレオナード・ウッド記念研究所のH・W・ウエイドとナウル政府医官ウラジミル・レドウスキーの共同研究も、同様の報告をおこなっている（H. W. Wade & Vladimir Ledowsky, "The Leprosy Epidemic at Nauru; A Review with Date on The Status since 1937, *International Journal of Leprosy*, Vol. 20, No. 1, 1952）。

1943（昭和18）年の夏、ナウル島のハンセン病患者は日本軍により虐殺されたことは疑い得ない。ナウルの事例は、占領地における隔離政策の帰結として記憶しておくべきであろう。

29：アイスターホテル宿泊拒否事件 #18

一 根強い差別・偏見

宿泊拒否が報道されると、大きな怒りの声が社会から起きた。だが、ホテル側が形式的にも謝罪したことに対し、入所者らが「反省がない」と突っぱねると、局面は一転した。県だけではなく、自治会等に対しても、中傷の電話や手紙等が殺到した。アイスターによる「ホテル廃業」発表のニュースが伝えられるや、抗議の電話や手紙が再び殺到した。それはハンセン病に対する世間一般の理解不足と、元患者への偏見や蔑視の根深さを改めて痛感させるものであった。今回のアイスター事件の場合は、県が毅然とした態度をとったために、問題が顕在化した。顕在化していない同種事件は無数にあるのではないかと想像される。

周知のように、熊本地裁判決は、1929（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隔離の徹底・強化に、今日に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っても過言ではない、と指摘している。誤った医学的見解の喧伝、流布が差別・偏見に大きく与ったことはいままでのない。ハンセン病の場合、素人ならまだしも、専門家、なかでも国のハンセン病医学・医療の中心に位置する専門家たちが絶対隔離政策を墨守するために、世界の潮流に背を向けて間違った見解を積極的かつ確信犯的に喧伝等したところに特徴がある。自治体の責任も見逃すことができない。戦後は衛生警察に代わり保健所が「無らい県」運動の第一線を担ったからである。これにより同運動の裾野は医師や保健婦を初め著しく広がり、これらの人々の「善意」が「全患者」収容に威力を発揮した。宗教界の責任も忘れることができない。戦後、国家の統制を離れた各宗派は競って療養所に入り、園何に設けた教会等を拠点として「慰問布教」「慰安教化」に努めた。入所者らに対し、療養所での隔離生活を「運命」などとして受け入れ、この世の救いではなく、あの世の救いを求めることを説いた。

二 二重の差別構造

ホテル側の表面的な差別の背後に、社会の広範で深刻な差別構造が存在している。自治会などに殺到した抗議の存在こそが正面から見据えるべき問題の本質だと考えられる。回復者たちが同情されるべき存在として控えめに暮らす限りにおいては、この社会は同情し、理解を示す。しかし、強いられる忍従に対して立ち上がろうとすると、社会はそれに理解を示さない。差別意識のない差別・偏見といえようか。もとより、この差別意識のない差別・偏見も「無らい県運動」等によって政策的に作られたものである。「同情」と「社会浄化」（民族浄化）が同運動の論理だったからである。ハンセン病の報道にも「同情」論が色濃くみられる。問題提起者としての機能は果たされていない。

人権論の見地から、この「同情」論を打ち破るのは、司法や法律家の責任だが、司法や法律家はこの責任を果たしてきたとはいえない。藤本事件に見られる「らい予防法」から

の明らかな逸脱は、法曹三者および法学界もハンセン病に対する差別・偏見に侵されていたことを端的に示している。法律家が差別・偏見の放置に大きく与っているといった問題意識は今でもみられない。弁護士も弁護士会全体となると、行政のそれよりも遅れているといってもよい。

三 再発防止

国策によって策出されたことなど、ハンセン病差別・偏見の特性に則した総合的で科学的な、そして何よりも差別される側の立場に立った対策を組織的、継続的に行っていくことが必要だが、本検証会議からの意見照会に対する2004（平成16）年11月11日付「熊本県知事の回答」によれば、次のように指摘されている。

- ① 人権意識の啓発は、広汎に繰り返し継続することが必要であること
- ② 人権問題は他人事や責任転嫁するのではなく自分自身の問題として捉えるという自覚が必要であること
- ③ 一度形成された偏見は単に正しい知識を与えるだけでは払拭できない場合があり、人間的交流、共感を持つことが必要であること
- ④ 世代間偏見の連鎖を断ち切るためには若い人世代に重点的に啓発を行う必要があること

これらは、一層の啓発活動に取り組むに当たっての不可欠の留意点といえよう。療養所訪問を通じて各地で交流の輪が広がりつつある。他方、初等中等教育等の場における優れた実践教育が各地で実り多い成果を上げている。

しかし、成人に対するハンセン病等についての専門家による正しい医学教育という観点から見た場合、初等中等教育の場だけでは不十分であろう。かつて保健所が無らい運動の最前線を担ったことからみて、正しい医学的知識の普及などを保健所が担うことは当然の責務ともいえるが、現状はまだ不十分といわざるを得ない。国、自治体の取り組みが強化されることを強く要望しておきたい。

人権救済制度に対する法的整備の必要性についても、2004（平成16）年2月25日開催の熊本県本会議における一般質問に対する潮谷知事の回答は、次のように述べている。「また、今回のことを通しながら感じましたことは、啓発の大事さ、これはもうもちろんのことですけれども、人権侵害により被害を受けた方々に対する実効的な人権救済制度の一刻も早い法整備が望ましいと考えたところです。」

重大な人権侵害事件という観点から、今回の宿泊拒否問題について一貫して毅然とした態度を貫いた、そして、ハンセン病に関する差別・偏見の解消に向けてもっとも積極的に取り組んできた熊本県が、実効的な人権救済制度を一刻も早く法整備することの必要性を訴えていることの重みを国は誠実に受け止めなければならない。廃案となった「人権擁護法案」については異論も少なくないが、あるべき人権救済制度のための法整備に向けて必要な合意形成が早急に

☒られなければならない。

30：再発防止のための提言 #19

一 患者・被験者の諸権利の法制化

公衆衛生等の政策等における人権侵害の再発を防止するための核とされるべきは、患者・被験者の諸権利を法制化することである。患者の権利を保護する法律は存在しないこと、臨床研究一般の対象者を保護する法律は存在しないこと、現行の感染症予防医療法には感染症予防医療に関する基本原則（例えば、任意受診の原則、強制措置必要最小限の原則、差別・偏見の温床となる病名を冠した分類をしない原則等）が規定されていないこと、などから、現行法ないし現行制度の運用ではまかないえず、新たな法整備が必要であると考えられる。

提言の具体的内容のうち主なのは3点で、第1点は、①最善の医療及び在宅医療を受ける権利、②医療における自己決定権及び「インフォームド・コンセント」の権利、③医療情報を得る権利、④医科学研究の原則に基づかない、不適正な人体実験、医科学研究の対象とされない権利、⑤断種・堕胎を強制されない権利、⑥不当に自由を制限されない権利、⑦作業を強制されない権利、⑧社会復帰の権利、を中心として規定することである。第2点は、①任意受診の原則、②強制措置必要最小限の原則、③差別・偏見の温床となる病名を冠した分類をしない原則、などの感染症予防医療に関する以下の諸原則も規定すること。第3点は、患者・家族等に対する差別・偏見等を防止するための国等の責務とその施策等についても規定することである。

ハンセン病差別の特性に則した総合的で科学的な、そして何よりも差別される側の立場に立った対策に対する国等の、財政的な裏付け等も含めた取り組みは貧弱な状況にあるといわざるをえない。自治体等に丸投げするだけで、国等の責務が正しく果たせるものか。このようななかで、ハンセン病への差別・偏見にとどまらず、病気を理由とするあらゆる差別・偏見を防止するための基本計画及びその実施等に関する国等の責務を法令で明確に規定することは、それだけでも差別・偏見を抑制する効果が大きく、病気の故に差別されている人々等を大いに勇気づけることになろう。

二 政策決定過程における科学性・透明性を確保するためのシステムの構築

「権威者」とされた人たちの独善的で非科学的な知見が国の誤ったハンセン病政策に大きな影響を与えた。再発を防止するためには、公衆衛生等の政策決定等が最新かつ公正な科学的知見に基づいて行われるようにすることがとりわけ肝要といえよう。また、公衆衛生政策を多数決原理に委ねることは、熊本地裁判決も指摘するように少数者の人権保障を脅かしかねない危険性を内在しているといえる。これを避けるためには、人権侵害を被る危険性のある当事者が問題点の洗い出し、法案の草案作成段階から委員として参加する権利、等を十分に尊重することが不可欠といえよう。この点も、現行法ないし現行制度の運用ではまかないえず、新たな制度が必要であると考えられる。

提言の具体的内容のうち主なのは3点で、第1点は、公衆衛生等の政策立案に際しては、①憲法・国際人権法を十分に遵守すること、②基本的事項・原則等は法律事項とすること、③専

門家団体の組織的推薦に基づき専門家委員を推薦すること、④患者等を委員とすること、⑤報告書・意見書・要項等の起案・作成は行政部局ではなく委員会等が行うこと、を遵守することである。第2点は、国の公衆衛生等の政策決定過程は、同時的に公開して透明化を図るとともに、必要な情報を国民に提供することである。第3点は、国の公衆衛生等の政策決定及びその改廃に当たっては患者等の参加及び意見を十分に尊重するための措置及び手続等を法的に整備することである。

三 人権擁護システムの整備

ハンセン病患者等に対する重大で広範な人権侵害を、私たちは看過ないし放置してきた。再発を防止するために、公衆衛生等における患者・被験者の諸権利を、治療及び療養所生活の実態に即して個別・具体的に擁護するとともに、患者等が利用しやすい簡易、迅速な人権救済システムを整備することが喫緊の課題となっている。潮谷知事の熊本県議会での一般質問に対する、アイスターホテル宿泊拒否事件を通じて「・・・感じましたことは、・・・人権侵害により被害を受けた方々に対する実効的な人権救済制度の一刻も早い法整備が望ましい」ことだという回答はこの必要性を何よりも雄弁に語っているところである。

提言の具体的内容のうち主なのは3点である。第1点は、患者等の権利を公示し、その周知徹底を図ることである。前述の「患者・被験者の諸権利の法制化」に伴う処置である。権利を法制化しても、国民への周知徹底が図らなければ、権利が眠ることになりかねないからである。

第2点は、患者等の諸権利を擁護等する「患者等の権利委員」（仮称）制度を新設することである。病気を理由に差別・偏見を受けた人たちに対して実効的な人権救済制度を早急に具体化する必要性を考えれば、「患者等の権利」の擁護等に特化した「患者の権利専門委員（会）」制度の新設が望ましい。「パリ原則」にもとづく新たな「人権委員会」制度の下でも、この専門委員（会）制度には大きな役割が期待される場所である。

第3点は、「パリ原則」に基づく国内人権機関を創設することである。「人権擁護法案」については批判が少なくなく廃案になったが、そのことは、「パリ原則」に基づく国内人権機関を創設することの必要性をいささかも減じさせるものではない。創設の必要性については誰しも異論のないところで、より良い国内人権機関の創設に向けて早急な合意形成が望まれる。

四 公衆衛生等における予算編成上の留意点

遅くとも1960年以降、違憲状態に陥っていたにもかかわらず、戦後の「らい予防法」の法廃止が1996（平成8）年まで30年以上も遅れたことには財政上の要素が大きく関わっていた。厚生省と大蔵省の予算折衝においては、予防法による強制隔離を法的な根拠として国立ハンセン病療養所における入所者らの処遇改善が図られたために、厚生省は予防法廃止を言い出せないまま時間が経過し、入所者らにも予防法廃止は処遇改善の実績を台無しにするものと映り、法廃止に取り組むことを躊躇せしめることになった、等の点がそれである。このような歴史に鑑みると、人間の尊厳及び人権の尊重に立った新たな予算編成上の原則を樹立することも、公衆

衛生等の分野での再発を防止する上で必要不可欠といえる。

財務省に対し、公共保健（パブリック・ヘルス）の目的が存在する場合には強制の要素がなくとも予算措置を講ずるよう努力するという新しい予算編成上の原則の樹立を求めるべきである。

五 被害の救済・回復

本検証会議『ハンセン病問題に関する被害実態調査報告』でも明らかのように、国の誤ったハンセン病強制隔離政策による被害は今もなお続いている。このような被害を救済し、その回復を図ることは何よりの予防策といえよう。ハンセン病強制隔離政策の被害回復等における残された課題は少なくない。

社会復帰のための環境整備と受け皿作りが急務となっているが、現状はまだまだ不十分だといわざるをえない。自治体等による実情に即したきめの細かい、市民参加型の取り組みと、これに対する国による財政的な裏付けを強く要望しておきたい。自治体等による「社会復帰支援センター」（仮称）の設置が必要だとの指摘もある。社会福祉関係等の専門家による自己批判に基づいた貢献も欠かせない。

差別・偏見の根絶については、とりわけ弁護士会、マスメディア、宗教界等に対し、ハンセン病療養所の入所者らが抗議等に立ち上がると逆に社会の側がこれに反発し、ときには敵意さえも示すという「差別意識のない差別・偏見」を一刻も早く解消するために、継続的な取り組みとそのための体制作りを他機関・他団体のそれと連携しつつ推進されることを強く要望しておきたい。

「園の将来構想」問題は今や自治会や全療協にとって最大の課題となっているとの指摘が少なくない。この問題についても、「国及び社会は、このような事態に至ったことの責任が自らの側にあることを十分に認識し、これに基づいた対応を行わなければならない」ということを改めて確認しておきたい。納骨堂に安置されている遺骨についても永久の安置場所が確保されなければならない。

公衆衛生等の分野におけるその他の被害についても救済・回復が迅速、適切に図られなければならない。これも何よりの予防策といえる。

六 正しい医学的知識の普及

感染症の患者を危険な存在として排除したり、遺伝性疾患の患者・家族を不良な遺伝子を持った人間として差別したりしない社会を作っていくためには、私たち一人一人が正しい医学的知識を持たなければならない。このような観点から見た場合、注目されるのは保健所等による取り組みである。かつて保健所は「無らい運動」において最前線の役割を担ったからである。とすれば、誤った認識を払拭し、正しい医学的知識の普及活動の中核を保健所が担うことは当然の責務ともいえる。国、自治体のこの面での取り組みがさらに強化されることを強く要望しておきたい。保健体育の教科書等には「らい」という呼称をあいかわらず用いているものがあ

るが、この点も早急に改善されるべきである。

提言の具体的内容のうち主なものは3点である。急性感染症については、やむをえず強制隔離が必要な場合もあるが、それに伴う患者の人権の制限は必要最小限とし、患者に対しては最善の医療が保障されなければならない。慢性感染症については、急性感染症のように感染力が強くないこと、また患者の人権に対する重大な侵害なしには隔離できないために、原則として患者の隔離を行ってはならない。これが第1点である。

日本の誤ったハンセン病絶対隔離政策が示しているのは、同政策を推進し、あるいはこれに加担した医学・医療界において患者・家族らの視点が決定的に欠落していたということである。この点の確立が図られなければならない、というのが第2点である。第3点は、患者・家族らが、最善の治療を自主的に判断できるように、インフォームド・コンセントやセカンド・オピニオン等をはじめとする「患者の権利」を確立するための法整備等を図ることが急務だ、という点である。

日本では医師会があくまでも任意の団体で、医師法その他の法令上、医師会自治を認められていない。医師会の定める倫理規定も私的なものとどまる。専門家に相応しい独立性と自律性が保障されているのが専門家だとすれば、日本の医師等は専門家に該当しない。医師を処分する権限も厚生労働大臣に与えられている。その反面、処分事由は「罰金以上の刑に処せられた場合」に限定されており、公務員等と比べようもない。だが、このような国による管理及び庇護があるべき姿かという点、答えは必ずから明らかであろう。医療専門職における専門的知見の確立、職業倫理の向上等を図るためには、国家管理方式から脱却し、「自己統治下システム」に切り替えることが必要である。多くの国は「自己統治システム」の方式を導入しており、それを通じて専門的知見の確立及び職業倫理の向上等を図っているからである。

国際会議の流れから大きく乖離したことが日本の誤った強制隔離政策をかくも長く存続させる主な原因の一つになったことはすでに詳しく分析したところである。公衆衛生等の分野においてこのような乖離を二度と生まないようなシステムを構築することも再発防止にとって極めて有効といえよう。

七 人権教育の徹底

正しい医学的知識を持つことの重要性をいくら強調しても強調しすぎるということはない。だが、感染症であれ、遺伝性疾患であれ、病気を理由とした差別は許されないという立場を徹底するのでなければ、いくら正しい医学的知識の普及に努めたとしても、病気に対する差別・偏見は決してなくなるならない。

提言の具体的内容のうち主なものは、2点である。第1点は、より一層の啓発活動に取り組むことである。この点で注目されるのは、本検証会議からの意見照会に対する2004（平成16）年11月11日付「熊本県知事の回答」である。①人権意識の啓発は、広汎に繰り返し継続することが必要であること、②人権問題は他人事や責任転嫁するのではなく自分自身の問題として捉えるという自覚が必要であること、③一度形成された偏見は単に正しい知識を与えるだけでは

払拭できない場合があり、人間的交流、共感を持つことが必要であること、④世代間偏見の連鎖を断ち切るためには若い世代に重点的に啓発を行う必要があること、の各点が指摘されている。いずれも不可欠の留意点といえるが、なかでも重要だと思われるのは、「人間的交流、共感を持つこと」の必要性と、「若い世代に重点的に啓発を行うこと」の必要性である。「百聞は一見にしかず」で、療養所訪問を通じて各地で交流の輪が広がりつつある。初等中等教育等の場における優れた実践教育が各地で実り多い成果を上げていることも報告されている。このような取り組みの一層の強化と、そのための国・自治体、自治体間等の連携が望まれる。

第2点は、人権教育の充実化で、高等教育、とりわけ医系学部等における人権教育の充実化の必要性についても、ここで触れておきたい。現状はまだまだ不十分だといわざるをえない。医療機関や福祉施設で働く職員に対する人権教育の重要性も忘れてはならない。何故、人権侵害の担い手に転じてしまったのか。この点の検討も含めて、抜本的なカリキュラム改正が早急に図られなければならない。

八 資料の保存・開示等

ハンセン病患者・家族・回復者への差別と偏見は誤った国策によるものであるが、単に国だけの責任に帰することはできない。実際の隔離の実務を担当したのは、自治体であり、患者を地域から排除したのは国民であった。今後、このような人権侵害の再発を防止するためには、国の責任とともに、自治体の責任、国民の責任についても究明していかなければならない。そうした際、厚生労働省をはじめとする国の機関、自治体、ハンセン病療養所、ハンセン療養所入所者自治会などに所蔵されている資料の活用は不可欠となる。国レベルから地域レベルまでを視野に入れた隔離政策の真相究明を進め、その成果を再発防止のための社会啓発に反映していくことが望まれる。

誤った強制隔離政策を象徴するような施設等について歴史的保存を図り、公開に努めることも再発防止という観点から見て重要な課題のひとついえよう。

九 「ロードマップ委員会」(仮称)の設置

本検証会議の再発防止の提言は多岐にわたっており、立法を要するものもあり、運用の改善でまかなえるものもある。時間的に見ても、短期のものから中長期のものまで多様である。行政等にはいわゆる「縦割り」「横割り」の壁もあり、これが提言の実施に大きな妨げとなることも懸念される。このようなことから、提言を具体化するために国の責任において本検証会議と同様の独立の第三者機関として「ロードマップ委員会」(仮称)を設置し、この第三者機関が自ら提言を具体化するための「行動計画」等を策定し、国・自治体等に対し逐次、計画の実施を求め実施状況を監視するという仕組みもあわせて提言することとした。本検証会議の提言には、弁護士会、マスメディア、宗教界等、各界に対するものも含まれている。これらの提言についても、当該機関等と協議等を重ねることを通じて、自主的な実行のための環境整備に努めることも「ロードマップ委員会」の任務のひとつと考えられよう。

この「ロードマップ委員会」の設置に関する提言の具体的内容は、次の通りである。

第一に、委員会は、本検証会議と同様の独立の第三者機関とすること。

第二に、委員会は、本検証会議の再発防止提言を具体化するための「行動計画」等を策定し国・自治体等に対し逐次、同計画の実施等を求めるとともに、実施状況等を監視することを主な任務とすること。

第三に、委員会は、本検証会議代表、ハンセン病患者・元患者、その他の公衆衛生等の分野の患者・元患者、医師、弁護士、学識経験者、マスメディア、教育者等の委員から構成すること。

第四に、委員会には、本検証会議と同様、国等から独立した事務局を置くこととし、同事務局が事務局業務及び起案業務等を担当すること。

第五に、国は、委員会の活動に必要な費用を負担すること。

第六に、国等は、委員会の策定した「行動計画」等を誠実に実施するとともに、実施状況を委員会等に報告すること

以上

付録一 検証会議設置及び活動等関係一 #関連資料(2)

1：契約書（2003年6月6日、厚生労働省健康局長及び財団法人日弁連法務研究財団）

契約書

平成15年度ハンセン病問題に関する事実検証調査事業（以下、「委託事業」という。）を実施するため、委託者支出負担行為担当官厚生労働省健康局長高原亮治を甲とし、受託者財団法人日弁連法務研究財団理事長新堂幸司を乙として、次の条項により契約を締結する。

第1条 乙は、別紙「ハンセン病問題に関する事実検証調査事業実施要領」に基づき、委託事業を行うものとする。

第2条 甲及び乙は、この契約に定める条項を誠実に履行するものとする。

第3条 乙は、委託事業を実施するに当たっては、様式（1）による事業計画書及び経理計画書を作成し、甲の承認を受けるものとする。

2 やむを得ない事情により事業計画及び経理計画の全部又は一部を変更（軽微な変更を除く。）しようとするときも同様とする。

第4条 乙は、前条の規定により、甲の承認を受けた事業計画書及び経理計画書に従い、委託事業を実施するものとする。

第5条 甲は、金29,883,000円（うち消費税額及び地方消費税額金1,423,000円）の範囲内でこの委託事業の実施に要した経費（謝金、旅費、庁費、消費税及び地方消費税（以下「委託費」という。））を乙に支払うものとする。

2 前項の消費税額及び地方消費税額は、消費税法（昭和63年法律第108号）第28条第1項及び第29条並びに地方消費税法（昭和25年法律第226号）第72条の77及び第72条の83の規定に基づき、契約金額に105分の5を乗じて得た額である。

3 甲は、必要があると認めるときは、乙の請求に基づいて委託費を概算払いすることができるものとする。

第6条 乙は、甲からこの委託事業についての必要な報告を求められたときは、速やかにこれを行うものとする。

第7条 乙は、この契約に基づく委託事業によって得た成果を甲の承認を得ないで、これを公表してはならないものとする。

第8条 乙は、委託事業を実施するため、委託費により取得した物品を善良な管理者の注意を持って管理するものとする。

2 乙は、委託費により取得した物品であって甲の指定するものについては、委託事業終了後甲の指示に従うものとする。

第9条 甲は、乙が次の各号の一に該当するときは、この契約を解除し、委託費の全部又は一部を支払わないことができるものとする。

(1) この契約に違反したとき。

(2) この委託事業を遂行することが困難であると甲が認めたとき。

2 甲は、前項の規定によりこの契約の解除を行った場合には、第5条第3項の規定により支払った額の全部又は一部を返還させることができるものとする。

第10条 乙は、この委託費を他の経費と区別して経理するとともに、委託費の収支を明らかにする帳簿を備えるほか、その証拠書類を委託事業終了後5年間整理保管するものとする。

第11条 乙は、この委託事業に係る支出明細書を様式(2)により作成し、国からの補助金等全体の金額及びその年間収入に対する割合を示す書類を添付した上で、計算書類等と併せて事務所に備え付け公開するとともに、決算後10日を経過した日又は平成16年7月10日のいずれか早い日までに甲及び法務省に報告するものとする。

第12条 乙は、委託事業の終了の日から起算して1ヶ月を経過した日(第9条第1項の規定により委託契約の解除を行った場合には、当該解除を行った日から1ヶ月を経過した日)又は平成16年4月10日のいずれか早い日までに様式(3)による事業実績報告書を作成し、甲に提出するものとする。

第13条 乙は、清算の結果、第5条第3項の規定により支払いを受けた額に剰余を生じた場合には、その剰余金を甲の指示に従って返納するものとする。

第14条 この委託事業の委託期間は、契約を締結した日から平成16年3月31日までとする。ただし、乙が平成15年4月1日からこの契約締結までの間に実施した事業で甲の認めるものについては、この契約により実施したものとみなすものとする。

第15条 乙は、この委託事業が予定の期間内に完了しない場合、又は委託事業の遂行に重大な支障を来し、若しくは来たすおそれのある事故等が発生した場合には、速やかにこの旨を甲に報告し、その指示を受けなければならない。

第16条 この契約に規定がない事項については、その都度甲と乙が協議の上決定するものとする。

この契約の締結を証するため、契約書2通を作成し、双方記名押印のうえ、各自1通を所持するものとする。

平成15年6月6日

甲 支出負担行為担当官

厚生労働省健康局長

高原 亮 治 印

乙 財団法人日弁連法務研究財団

理事長

新 堂 幸 司 印

(別紙省略)

2：ハンセン病問題に関する事実検証調査事業実施要領

ハンセン病問題に関する事実検証調査事業実施要領

ハンセン病問題に関する事実検証事業の実施要領は以下のとおりとする。

1. 目的

ハンセン病患者に対する隔離施策が長期間にわたって続けられた原因、それによる人権侵害の実態について、医学的背景、社会的背景、ハンセン病療養所における処置、「らい予防法」などの法令等、多方面から科学的、歴史的に検証を行い、再発防止のための提言を行うこと。

2. 内容

(1) 方法

本事実検証調査事業は、別紙1「ハンセン病問題に関する検証会議運営要綱に基づく検証会議および検討会（以下、「検証会議」、「検討会」という。）を設置して行う。

(2) 検討課題

検証会議及び検討会の基本的検討課題は、別紙2「ハンセン病問題に関する検証会議・検討会検討課題」のとおりとする。

(3) 資料開示等

厚生労働省は、検証会議及び検討会が必要とする場合、個人のプライバシーの保護等に配慮しつつ、その所管内にある関係資料を原則としてすべて公開し、地方自治体等に対しても、必要に応じ資料開示の協力を求める。

(4) 報告結果の尊重

厚生労働省は、委託先財団法人日弁連法務研究財団より提出される検証会議報告書の内容・再発防止のための提言を尊重し、今後の疾病対策等の政策に生かすものとする。

3. その他

検証会議及び検討会の委員に選定された者は、下記の項目について、留意しなければならない。

①本事実検証調査事業において、委員が本事業により知り得た情報については、講演、著書等、本事業以外の活動において、個人のプライバシーへの保護等に配慮し、検証会議の範囲を超えて公にしないこと。

② ①は、本事実検証調査事業が終了した後も同様であること。

4. 事実検証調査事業期間

契約締結日から平成16年3月31日

3：ハンセン病問題に関する検証会議運営要綱

ハンセン病問題に関する検証会議運営要綱

(目的)

第1条 ハンセン病問題に関する検証会議（以下、「検証会議」という。）は、これまでのハンセン病患者に対する隔離政策が、長期間に渡って続けられた原因、それによる人権侵害の実態について、医学的背景、社会的背景、ハンセン病療養所における処置、「らい予防法」などの法令等、多方面から科学的に検証を行い、再発防止の提言を行うなど、今後の疾病対策等に資することを目的として設置する。

(検討会の設置)

第2条 検証会議が検証活動を行うために必要な調査、検討、報告書の作成等を行うために、同会議の下に検討会を設置する。

(構成)

第3条 検証会議の委員は次の各号に定める者で構成し、委託先である財団法人法務研究財団理事長が選任する。

- ①ハンセン病患者・元患者 2名
- ②マスコミ 5名
- ③弁護士 2名
- ④療養所長 1名
- ⑤学識経験者 4名（うち2名は検討会委員の互選による推薦）

2 検討会委員は、委託先である財団法人法務研究財団理事長が選任し、委員数は20名以内とする。

(座長及び委員長)

第4条 検証会議の座長は、第3条第1項により選出された委員から、委託先である財団法人日弁連法務研究財団理事長が選任し、任命する。

2 検討会に委員長をおくことができる。委員長は、検討会委員の互選による。

(検証会議の活動)

第5条 検証会議は、第1条の趣旨に基づき、基本的な検討課題を整理して検討会にその検討課題を示すとともに、検討会からの報告等を踏まえ、当該課題について審議した上、報告書を作成する。

2 検討会は検証会議と相互に情報交換に努めるなど連携を図り、必要に応じ、検証会議に研究状況を報告するものとする。

(資料開示)

第6条 厚生労働省は、検証会議が必要とする場合、個人のプライバシー保護等に配慮しつつ、

その所管内にある関係資料を原則としてすべて公開する。

(会議の公開)

第7条 検証会議は原則として公開する。また、検証会議の議事録は毎回作成し、内容を出席者が確認した上、原則公開する。

(事務局)

第8条 検証会議及び検討会の運営事務は、委託先である財団法人法務研究財団が行う。

4：ハンセン病問題に関する検証会議・検討会の検討課題

ハンセン病問題に関する検証会議・検討会の検討課題

検討1

1907年法「癩予防ニ関スル件」から1953年らい予防法制定に至る経緯

検討2

らい予防法が1996年まで改廃されなかった事情

検討3

優生保護法第3条第3号制定の経緯

検討4

上記1. 2. 3に関して、諸外国政策との比較

検討5

上記1. 2. 3に関して、医学界が果たした役割

検討6

ハンセン病に関する偏見差別が作出・助長されてきた実態（無らい県運動、マスコミの役割等）

検討7

断種・堕胎・重監房・強制労働・貧困な医療等の療養所実態

検討8

被害の全体像の解明（家族との断絶、家族被害、社会復帰の困難、隔離の精神的影響等）

検討9

沖縄及び日本占領下地域におけるハンセン病施策

検討10

上記1ないし9を踏まえた再発防止のための提言

検討11

ハンセン病政策の実態に関連する資料の収集・データベース化

5：検証会議・検討会委員一覧

検証会議委員一覧(2005年1月現在)

座長	金平 輝子		元東京都副知事
副座長	内田 博文	検討会委員兼任	九州大学法学部 教授
	鮎京 眞知子		弁護士
	和泉 眞蔵	検討会委員兼任	アイルランガ大学熱帯病センター ハンセン病研究室
	神 美知宏		全国ハンセン病療養所入所者協議会 事務局長
	筈 雄二		ハンセン病違憲国賠訴訟全国原告団協議 会 会長
	大塚 浩之		読売新聞東京本社 社会部次長
	藤野 豊	検討会委員兼任	富山国際大学人文社会学部 助教授
	藤森 研		朝日新聞社 編集委員
	牧野 正直		国立療養所邑久光明園 園長
	三木 賢治		毎日新聞社 論説委員
	光石 忠敬		弁護士
	宮田 一雄		産経新聞社 論説委員

2002年度・2003年度委員

	鈴木 伸彦		読売新聞社 社会部次長(当時)
--	-------	--	-----------------

検討会委員一覧(2005年1月現在)

委員長	井上 英夫		金沢大学法学部 教授
運営委員	和泉 眞蔵	検証会議委員兼任	アイルランガ大学熱帯病センター ハンセン病研究室
	宇佐美 治		国立療養所長島愛生園 入所者
	江連 恭弘		法政大学第二中高等学校 教諭
	内田 博文	検証会議委員兼任	九州大学法学部 教授
	岡田 靖雄		精神科医療史研究会 世話人

	窪田 暁子		中部学院大学人間福祉学部 教授
	訓 覇 浩		真宗大谷派解放運動推進本部 本部委員
運営委員	酒井 シヅ		順天堂大学医学部 客員教授
	佐 藤 元		東京大学大学院医学系研究科 講師
	鈴木 則子		奈良女子大学生活環境学部 講師
	田ヶ谷 浩邦		国立精神・神経センター精神保健研究所 精神機能研究室長
運営委員	並里 まさ子		国立療養所栗生楽泉園 副園長
	福岡 安則		埼玉大学教養学部 教授
運営委員	藤 野 豊	検証会議委員兼任	富山国際大学人文社会学部 助教授
	松原 洋子		立命館大学大学院先端総合学術研究科 教授
	丸井 英二		順天堂大学医学部 教授
	宮本 阿伎		文芸評論家
	森川 恭剛		琉球大学法文学部 助教授
	魯 紅 梅		順天堂大学医学部 助手

2002 年度・2003 年度委員

	能登 恵美子		(株)恒星社編集部 編集者 (当時)
--	--------	--	--------------------

6：検証会議・検討会活動記録

検証会議

【2002 年度】

回	会議日	会場	議題
第1回	2002年10月16日	ロイヤルパークホテル	今後の運営方針の決定
第2回	2002年11月11日	日本教育会館第一会議室	検討項目の決定等
第3回	2002年11月26日	国立療養所大島青松園	在園者他聞き取り（公開1名・非公開2名）、意見交換等
	2002年11月27日	同上	園内見学
第4回	2002年12月9日	東京フォーラム 501D 会議室	退所者聞き取り（公開3名）、検討課題の分担報告等
第5回	2003年1月15日	国立療養所栗生楽泉園	重監房見学、在園者他聞き取り（公開3名）、意見交換等
	2003年1月16日	同上	園内見学
第6回	2003年2月26日	弁護士会館講堂クレオ	情報開示について、2002年度中間報告について
第7回	2003年3月19日	プラザエフ会議室カトレア	情報開示について、調査班について、2002年度経過報告書について等
第8回	2003年3月27日	食糧会館大会議室	2002年度経過報告書について、今後のスケジュールについて等

※第1回、第2回、第6回及び第7回は、検討会との合同会議

【2003 年度】

回	会議日	会場	議題
第9回	2003年4月16日	国立療養所沖縄愛楽園	園内見学等（沖縄ゆうな藤楓協会で非公開2名聞き取り）
	2003年4月17日	同上	在園者他聞き取り（公開2名・非公開1名）、意見交換等
第10回	2003年6月25日	国立療養所邑久光明園	在園者聞き取り（公開3名・非公開1名）、法医学勉強会
	2003年6月26日	同上	園内見学、意見交換等

第11回	2003年9月16日	弁護士会館講堂クレオ	2003年度中間報告書状況報告、調査班進行状況報告等
第12回	2003年9月17日	国立療養所多磨全生園	園内見学、在園者他聞き取り(公開3名)等
第13回	2003年11月12日	国立療養所星塚敬愛園	在園者他聞き取り(公開3名)、病理学勉強会等
	2003年11月13日	同上	園外、園内見学
第14回	2004年2月4日	弁護士会館講堂クレオ	2003年度中間報告書検討会第一次案提出・説明等
第15回	2004年3月10日	食糧会館大会議室	2003年度中間報告書確定

※第11回、第14回及び第15回は、検討会との合同会議

【2004年度】

回	会議日	会場	議題
第16回	2004年4月21日	国立療養所長島愛生園	納骨堂内部検証、歴史館見学、在園者他聞き取り(公開5名)
	2004年4月22日	同上	園内見学、意見交換等
第17回	2004年5月19日	国立療養所奄美和光園	納骨堂内部検証(非公開)、在園者他聞き取り(公開4名・非公開1名)
	2004年5月20日	同上	不自由者棟見学・歓談、園内見学、白百合寮見学
第18回	2004年6月15日	国立療養所菊池恵楓園	園内見学、パネル展、映画「厚い壁」鑑賞等
	2004年6月16日	同上	リアル・ライト両女史記念館・菊池医療刑務支所跡見学、在園者他聞き取り(公開5名)等
	2004年6月17日	待労院診療所他	院内見学、入所者との歓談、本妙寺見学
第19回	2004年6月27日	大手町サンケイプラザ	最終報告書に向けての討議
第20回	2004年7月14日	国立療養所松丘保養園	納骨堂内部検証(非公開)、在園者他聞き取り(公開3名)、治療棟等見学(非公開)
	2004年7月15日	同上	退所者聞き取り(非公開1名)、園内見学等
第21回	2004年8月18日	国立駿河療養所	納骨堂内部検証(非公開)、入所者他聞き取り(公開3名)、園内見学
	2004年8月19日	神山復生病院	墓地にて献花、院内見学、在院者と歓談(非公開)
第22回	2004年9月16日	国立療養所東北新生園	霊安堂内部検証(非公開)、在園者他聞き取り(公開2名)、園内見学
	2004年9月17日	同上	在園者他聞き取り(公開3名)、意見交換
第23回	2004年10月7日	弁護士会館講堂クレオ	最終報告書作成に向けて
第24回	2004年11月17日	国立療養所宮古南静園	納骨堂内部検証(公開)、在園者他聞き取り(公開3名)、意見交換

	2004年11月18日	同上	園内見学、不自由者棟見学、元園長（復帰前）聞き取り（公開1名）
第25回	2005年1月27日	食糧会館大会議室	特別報告書の提出について、最終報告書のまとめについて
第26回	2005年3月1日	星陵会館ホール	最終報告書提出

※第19回、第23回、第25回及び第26回は、検討会との合同会議

検討会

【2002年度】

回	会議日	会場	議題
第1回	2002年10月16日	ロイヤルパークホテル	検証会議委員の選出等
第2回	同上	同上	今後の運営方針の決定等
第3回	2002年11月11日	日本教育会館第一会議室	検討項目の決定等
第4回	同上	同上	検討項目の分担等
第5回	2003年1月17日	東京フォーラム501D会議室	研究分担の確認、研究の進行状況の報告、被害実態調査について等
第6回	2003年2月26日	弁護士会館講堂クレオ	研究報告のまとめ等
第7回	同上	同上	情報開示について、2002年度中間報告について
第8回	2003年3月19日	プラザエフ会議室カトレア	各研究報告のまとめ等
第9回	同上	同上	情報開示について、調査班について、2002年度経過報告書について等

※第2回、第3回、第7回及び第9回は、検証会議との合同会議

【2003年度】

回	会議日	会場	議題
第10回	2003年4月28日	第一東京弁護士会講堂	2002年度検討経過報告書、被害実態調査について等
第11回	2003年7月14日	第一東京弁護士会講堂	検討会の運営について、被害実態調査について等
第12回	2003年9月16日	弁護士会館講堂クレオ	2003年度中間報告書作成の状況報告、調査班進行状況報告等

第13回	2004年2月4日	弁護士会館講堂クレオ	2003年度中間報告書検討会第一次案提出・説明等
第14回	2004年3月10日	食糧会館	2003年度中間報告書確定

※第12回、第13回及び第14回は、検証会議との合同会議

【2004年度】

回	会議日	会場	議題
第15回	2004年6月27日	大手町サンケイプラザ	最終報告書に向けての討議
第16回	2004年10月7日	弁護士会館講堂クレオ	最終報告書に向けての討議
第17回	2005年1月27日	食糧会館大会議室	最終報告書に向けての討議
第18回	2005年3月1日	星陵会館ホール	最終報告書提出

※第15回、第16回、第17回及び第18回は、検証会議との合同会議

ハンセン病問題に関する検証会議最終報告書

(要約版)

発行日 2005年3月1日
発行 財団法人日弁連法務研究財団
編集 ハンセン病問題に関する検証会議
〒100-0013 東京都千代田区霞が関1-1-3
弁護士会館14階
(財)日弁連法務研究財団内

電話 03(3500)3658
FAX 03(3500)0055
URL <http://www.jlf.or.jp>

