

日本におけるハンセン病患者の隔離政策はなぜ長かったのか？

加藤 茂孝

保健科学研究所 学術顧問

- 1, ハンセン病の病原体の発見** ハンセン病は、1873年ノルウェーのアルマウェル・ハンセンによるらい菌 (*Mycobacterium leprae*) の発見により、感染症であることが明らかになった。しかし、発症率が極めて低いことや発症までの潜伏期間が長いことから感染様式が未詳であり、伝統的な治療法はあったが、効果的な治療法がなかった。
- 2, 治療薬プロミンの発見** プロミン (glucosulfone sodium) は1908年に合成されたが、1937年以降に臨床応用が検討され始め、1943年にらい菌への優れた効果が見いだされ、日本では1946年石館守三が合成に成功した。静注薬である。現在では、多剤併用療法として、リファンピシン、サルファ剤のダプソン、クロファジンの3薬を内服している。
- 3, 患者隔離** ハンセン病は、その症状から忌避されることが多かったが、それに宗教的な差別が添加されることがあった。それでも隔離が政策とされることはなかった。後藤昌直は、1875年の起廃病院設置以降、感染症であることを主張し、大風子湯や運動療法で治療して効果を上げていた。1907年に浮浪患者 (療養ノ途ヲ有セズ且救護者ナキモノ) を対象にした「癩子防に関する件」(法律第十一号)により、公立癩療養所が設立された。1916年、全生病院長光田健輔の提案により「癩子防ニ関スル件」が改正され、療養所長に患者の「懲戒検束権」が与えられた。1931年、全国患者を対象とする「癩子防法」が成立し、国が積極的に在宅患者の強制収容に乗り出した。この結果、在宅患者が減り、入寮患者が増えた。これは明治以降の富国強兵政策が背景にあり、健康でないものは忌避される傾向が強まった。小川正子による「小島の春」(1938年)の出版とその映画化(1940年)がその傾向を強めた。無教会のクリスチャンで医師である小川の患者救済の想いは篤かったが、結果的に国民に対して癩は隔離するものであるという認識を深めさせてしまった。1941年日本癩学会で、小笠原登は、感染症であることや大風子湯などで治療できることを述べ、「患者への迫害」中止を訴えたが、収容に傾いてしまった学会から逆に批判を受け自らが迫害された。
- 4, 隔離廃止への動き** 治療可能な感染症という認識は戦後になっても一部にとどまり、厚生省内においても、1948年の東竜太郎医務局長による政策改革も実らなかった。1953年に「らい予防法」が成立し、懲戒検束は廃止されたが隔離は続いた。1956年の宗教者のローマ会議で、「強制隔離」の全面的破棄が決議され、日本での強制収容は1955年が最後になった。1963年の患者組織や厚生省小西宏課長の提案があっても、国内、省内の偏見が大きくは減少せず法改正は進まなかった。1972年大谷藤郎の厚生省国立療養所課長の就任から流れが変わり、最終的に1996年「らい予防法の廃止に関する法律」の施行で、隔離政策が法律上も廃止された。2019年熊本地裁の「ハンセン病家族国家賠償請求訴訟」判決を政府が控訴せず賠償することが7月12日に決定した。
- 5, 隔離政策の長期存続の原因** (1) 戦前は、兵役にもつけない不健康な男子は非国民であるという軍国主義が強化され、それが女性小児にまで及んだ事と、戦後もその差別意識が残ったこと。(2) 厚生省や専門家の一部に、患者に対する管理意識から入寮者にしか治療薬を与えないとか、隔離は患者のシェルターであるという主張もあり、患者への人権意識が弱かったこと。(3) 厚生省や専門家による治療可能な感染症であることの国民への啓発活動が弱かったこと。