

論文の内容の要旨

論文題目 湯の沢部落と日本のハンセン病政策
- 自由療養地研究と医学の進展を中心として -

氏名 森 修一

日本のハンセン病政策は明治 40(1907)年の法律第 11 号「癩予防ニ関スル件」による浮浪する患者の收容政策に始まり、その後、大正、昭和の隔離世論の高まりの中、昭和 6 (1931)年の全患者收容を目指した「癩予防法」の成立により確立し、戦後の「らい予防法」に継続されたといえる。今日のハンセン病政策研究からは、それは、全患者收容、生涯隔離、社会防衛、患者の人権軽視という複数の言葉に形容され得る日本独自の絶対隔離政策であり、結果、多くの悲劇が生じたのだと説明されている。しかし、日本のハンセン病政策は本当に独自のものであったのか、絶対隔離政策の進展の要因は何であったのかという疑問に明確に答え得る研究は少なく、かつ、曖昧である。本研究はこれらの疑問に対し、日本で唯一のハンセン病患者の自由療養地であった湯の沢部落の実態解明と日本のハンセン病医学の進展の要因の研究を中心に、その二者の関わりを含めて、日本の隔離政策の独自性と世界の政策との共通性の検証、絶対隔離政策の進展の要因などを明らかにしようとするものである。

明治以前から隔離政策の開始期 (-1912 年)

ハンセン病患者の隔離政策は、その起源を中世欧州に求めることができる。それは、キリスト教による宗教的隔離であった。19 世紀末、ドイツのメーメル地方でハンセン病の流行がおきた。これを受けて、ドイツ医学界は俊敏に対応、明治 30 (1897) 年、ルドルフ・ウィルヒョウが中心となり、ベルリンで「第一回国際らい会議」が開催され、ハンセン病

は感染症であることが認められると共に、世界の医学者、行政官などにハンセン病患者の隔離が呼びかけられた。日本からは、欧州留学中であった土肥慶蔵が出席した。この後、世界各国は公衆衛生政策としてのハンセン病隔離政策を実施して行った。

明治の始め、日本では医学教育制度の創設が始まり、近代医学の成立を目指した動きが加速され、その最初に、国家としての急務であった公衆衛生政策が進められた。この様相の中、明治 34（1901）年、東京帝国大学皮膚病黴毒学講座教授 土肥慶蔵、警察医長 山根正次などの医学者により、ハンセン病患者の隔離が提唱された。

明治初期、群馬県草津温泉はその大火からの復興にあたり、ハンセン病への効用を宣伝し、全国から患者の流入が増加した。それはやがて、草津温泉の発展への危惧となり、明治 20（1887）年、草津町は温泉街からの患者の分離を目的とし、温泉街と隣接した湯川の下流に行政区湯の沢を設置、ここにハンセン病自由療養地湯の沢部落が誕生する（自由療養地は隔離の一形態で、特定地域に患者を集め、患者による自治を認め、穏やかに隔離を行おうとするものである）。この後、湯の沢には、ハンセン病患者の流入が増加し、温泉治療を行うハンセン病患者を対象とした宿屋業が盛んとなった。

日本の絶対隔離政策推進の中心人物とされる光田健輔は、明治期から、全国のハンセン病患者部落を行脚し、湯の沢部落にも大きな関わりを有していた。湯の沢部落に対する光田の見解は、明治後期は隔離地域としての湯の沢部落の是認、大正期末からはその解散、住民の療養所への収容へと変遷して行くが、その要因は、自由療養地湯の沢部落の実態、世界のハンセン病医学の見解、日本に於ける近代医学成立の時代背景、日本の近代化を目指す人々の意見、世論の変遷などであった。

光田は土肥、山根と親しく、土肥は医学教育を通じて、山根は帝国議会への働きかけにより、光田は渋沢栄一などの財界人、政界人への啓蒙を通して、ハンセン病予防法の成立を訴えていった。この結果、政府は明治 40（1907）年、「癩予防ニ関スル件」を制定、本法は明治 42（1909）年に施行され、全国に療養所が設置されると共に浮浪する患者の隔離が始まった。本法施行にはロベルト・コッホとその弟子、北里柴三郎の影響も大きかった。

明治 42（1909）年にはノルウェーのベルゲンで「第二回国際らい会議」が開かれ、日本からは北里が出席した。本会議以前、世界の隔離は自由療養地への隔離と療養所を中心とした隔離が並立していたが、本会議以後、自由療養地隔離は否定され、世界各国では患者の強制隔離と療養所への入所を含んだ絶対隔離政策が実施されて行った。

絶対隔離政策の進展期（1912-1926 年）

大正 12（1923）年、フランスのストラズブルで「第三回国際らい会議」が開かれ、日本からは光田健輔が出席した。本会議では療養所からの回復患者解放制度である「パロールシステム」の審議も行われた。その後、「パロールシステム」は再発率の高さ故に否定され、絶対隔離政策が強化されていった。

大正 5（1916）年には、光田、山根などの医学者を中心に「内務省保健衛生調査会第四

部会」(調査会)が発足し、日本のハンセン病政策について世界の医学の動向、世界の隔離政策の研究を含んで討議を開始した。調査会は大正 6 (1917) 年、国立療養所を設け、患者一万名を収容することが必要であるとの見解を示し、絶対隔離政策を提言した。しかし、患者たちの自由療養地を望む声は大きかった。

湯の沢部落では、大正 6 (1917) 年、コンウォール・リーによりハンセン病患者救済事業、バルナバ・ミッションが開始された。この時期、湯の沢部落は名望家、知識人の患者を中核とし、住民の意思統一が可能な高度な自治システムを確立、大正 11 (1922) 年、帝国議会に対して、湯の沢部落に国策としての自由療養地認定を求める建議を行った。この後、帝国議会では自由療養地議論が続き、湯の沢部落の検証を中心に自由療養地隔離が検討されて行った。しかし、医学的見地から感染予防上の不利、地理的な拡張の限界などから不適と判断され、草津温泉の近くに温泉設備と自由療養区を設けた国立療養所栗生楽泉園の設置が提案された。

大正期末、湯の沢部落では日本人キリスト教者による救済事業も始まり、安倍千太郎の草津明星団、三上千代による鈴蘭村などが設立された。光田も、「鈴蘭村」への支援を行い、それはやがて、世間へのハンセン病患者救済を促す活動へと発展し、患者救済の世論は高まって行った。

絶対隔離政策の確立期 (1926-1945 年)

1920 年代後半より、世界ではハンセン病の疫学研究が進展、感染源、感染経路についての知見が明らかになり始め、1930 年代からは、ハンセン病研究の国際的統合が実現し、予防策、治療法の統一が模索され、世界では絶対隔離が確立していった。

この時期、鈴蘭村による救済事業は衰退へと向かって行った。鈴蘭村は比較的裕福な患者を集め、農耕などに従事させ、心穏やかに隔離を行おうとする一種の自由療養地を目指すものであった。しかし、湯の沢部落で暮らす患者から「鈴蘭村」に入所する者はごく少数でしかなく、やがて、彼らも「鈴蘭村」から湯の沢部落へと戻って行った。昭和 5 (1930) 年、「鈴蘭村」の運営は限界に達し、内務省社会局でその救済が話し合われ、民間救済の限界を確認すると共に、国立療養所の建設促進が意見された。

昭和 6 (1931) 年、本格的なハンセン病予防策である「癩予防法」が成立した。同年には日本初の国立ハンセン病療養所 長島愛生園が完成し、栗生楽泉園の建設が始まり、患者の収容能力は飛躍的に高まり、ハンセン病患者部落の強制解散、自宅で暮らす患者の強制収容が始まった。

昭和 15 (1940) 年、湯の沢部落ではバルナバ・ミッションが解散、翌年には群馬県より湯の沢部落に解散命令が下り、昭和 17 (1942) 年、その 56 年の歴史を閉じ、多くの住民は「栗生楽泉園」へと入所していった。湯の沢部落の解散は日本における自由療養地隔離の否定と官民一体の絶対隔離政策が始まった事を示すものであった。

絶対隔離政策の継続決定期（1945-1953年）

昭和 18（1943）年、米国のファゲットにより、プロミンのハンセン病に対する劇的な薬効が報告された。しかし、プロミンは静脈内投与が必要であった事、その治療過程での副作用が大きく、施設内での入院治療が必須であった。1960年代からは、それまでハンセン病対策の主軸であった隔離に代わり、経口薬ダブソンを主体とした外来治療へと世界のハンセン病対策は変化していった。その政策の中心は WHO であった。その後、ダブソン治療の再発率の高さ、新薬リファンピシンの限界も明らかとなり、昭和 56（1981）年、WHO はダブソン、リファンピシン、クロファミジンの 3 剤を利用した多剤併用療法(MDT)を提唱、その後、MDT は世界のハンセン病を激減させて行った。

日本では、昭和 21（1946）年、東京大学薬品分析化学講座 石館守三が国産プロミンの合成に成功、同年から東京大学医学部皮膚科、多摩全生園、長島愛生園などで治験が始まった。昭和 23（1948）年以降、本格的なプロミン治療が開始され、多くの患者が回復して行った。しかし、昭和 28（1953）年、新法「らい予防法」は国会で賛成多数で可決・承認されるのであった。

戦後の隔離政策維持の中で、療養所の患者自治組織として隔離政策と対峙し、プロミンの獲得、らい予防法闘争、患者の権利の確立などに果たした全癩患協の役割は非常に大きかった。本組織は栗生楽泉園での患者運動から生まれ、それは、湯の沢部落に連なるものであった。

戦後、プロミンに始まるハンセン病の化学療法は、患者に隔離からの解放、社会復帰の希望を与え、医学者は化学療法の黎明期を手探りで進んでいった。この二者のコントラストは患者運動の形成、「らい予防法」の成立・継続という相反を生み、患者およびその救済に携わる人々に意見の相違をもたらした。この時代、未だハンセン病の夜明けは遠く、その道は険しく、社会悲劇は繰り返されていった。この後、患者運動の進展、ハンセン病医学の進歩、人権意識の高まり、世代交代などの諸要因の中で、「らい予防法」は平成 8（1996）年に廃止され、ここに、明治 40（1907）年に始まり、89年間の長きにわたる日本のハンセン病政策は終焉を迎えるのであった。

今後は世界のハンセン病の歴史的実態の解明、ハンセン病政策と医学の関係などの詳しい考証がさらなる研究の課題であると考えられた。この過程から、日本のハンセン病政策進展の真相、光田健輔の実像などが明らかとなるであろう。それは、ハンセン病だけではなく、科学と社会、人権と社会など、現代が模索する命題へ新たな視野から解決策を提示するものでもあろう。