

資料編

地方公共団体等の自主的な取り組み 報告書

令和 5(2023)年 3 月

ハンセン病に係る偏見差別の解消のための施策検討会

はじめに

最終報告書にあるように、平成 20(2008)年 6 月、統一交渉団の呼びかけによって全国から集められた 93 万筆の署名を背景として、「ハンセン病問題基本法」(「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」、法律第 82 号・平成元年法律第 56 号改正)が議員立法で制定された。その第 3 条第 3 項には、基本理念として、「何人も、ハンセン病の患者であつた者等に対して、ハンセン病の患者であつたこと若しくはハンセン病に罹患していることを理由として、又はハンセン病の患者であつた者等の家族に対して、ハンセン病の患者であつた者等の家族であることを理由として、差別することその他の権利利益を侵害する行為をしてはならない」と規定し、第 5 条で、地方公共団体の責務として、「地方公共団体は、基本理念にのっとり、国と協力しつつ、その地域の実情を踏まえ、ハンセン病の患者であつた者等及びその福祉の増進等を図るための施策を策定し、及び実施する責務を有する」と規定した。

もっとも、「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」(平成 25 年法律第 65 号)に見られるような「障害を理由とする差別の解消の推進に関する基本方針」(第 6 条)の策定、「行政機関等における障害を理由とする差別の禁止」(第 7 条)、「事業者における障害を理由とする差別の禁止」(第 8 条)及び「地方公共団体等職員対応要領」(第 10 条)に関する規定が置かれていないという問題点は残る。とりわけ、第 10 条は、「地方公共団体等職員対応要領を定めようとするときは、あらかじめ、障害者その他の関係者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるよう努めなければならない」と規定している。この規定は、平成 18(2006)年 12 月 13 日、第 61 回国連総会で採択された「障害のある人の権利に関する条約」の起草過程で、国際障害コーカス(国際的な障害団体の連合体)が NGO として参加した際の理念、「私たち(障がい者)抜きに、私たちのこと(障がい者権利条約)を決めるな」を反映している。

いずれにしても、先のハンセン病問題基本法の規定を受けて、各地方公共団体においては、偏見差別の克服に向けての自主的な取組等がなされている。最終報告書が述べるように、「市民を対象とした啓発事業の主体を担うのは、地方公共団体にならざるを得ない。ハンセン病に係る偏見差別の解消のための啓発活動の今後の主体として地方公共団体を位置付けるということは、決定的に重要である」が、そうした中、「現在、地方公共団体が行っている啓発事業としては、地方公共団体が独自の予算措置に基づいて実施しているものと、厚生労働省からの『ハンセン病対策促進事業』による委託事業として実施しているものがある」(78 頁)。

最終報告書が指摘するように、その際、「地方公共団体ごとの取り組みに著しい格差があることである。こうした格差は、ハンセン病療養所所在地とそれ以外の地域との差としても認められる。より大きな要因として、地方公共団体において『無らい県』運動の検証がなされ、ハンセン病隔離政策において地方公共団体が果たした加害責任についての認識が共有されているかどうかという点が挙げられる。例えば、北海道、三重県、長野県、大阪府、岡山県、熊本県等は、前にも紹介したように、独自に『無らい県』運動の検証会議を立ち上げて検証している。そして、その結果を受けて、毎年、独自の事業ないし国の受託事業として、啓発事業を実施している。これに対し、こうした検証作業を行っていない地方公共団体のハンセン病予算は、各都道府県出身の療養所入所者に対する里帰り事業を実施する範囲に留まっている」(78 頁)という現実がある。平成 30(2018)年とやや古い統計ではあるが、当事者市民部会の市民委員の予算額の調査によれば、入所者慰問事業や療養所慰問事業の費目で 100 万円以下の予算しか設けていない地方公共団体が 6 県にのぼるといふ。最終報告書は、その結論として、「その活性化を

図るうえでも、『無らい県』運動下において地方公共団体の果たした加害責任に関する検証作業を各地方公共団体が実施することを奨励する必要性を検討すべきである」(78 頁)との提言を行っている。

そこで、本資料では、まず「無らい県運動」の中で、地方公共団体みずからが果たした役割をどのように検証しているのかを検討したい。対象としたのは、北海道『北海道ハンセン病問題検証報告書』、群馬県『群馬県ハンセン病行政資料調査報告書』、長野県『長野県ハンセン病問題検証会議報告書』、愛知県『ハンセン病の記録—ハンセン病と共に・偏見差別のない愛知を求めて—』、三重県『三重県のハンセン病問題、その資料と証言』、大阪府『大阪府ハンセン病実態調査報告書』、奈良県『ハンセン病で苦しんでいる人たちのことを知っていますか』、鳥取県『風紋のあかり～鳥取発・ハンセン病の歴史をたどって～』、熊本県『熊本県「無らい県運動」検証委員会報告書』である。

なお、本資料の作成にあたっては、上記の報告書を含め、各地方公共団体がハンセン病問題に関して刊行した啓発冊子などに基づいて、それぞれの地方公共団体が自主的な取り組みとして、里帰り事業や相談窓口等のそれぞれの課題についてどのように取り組んできたかがわかるように構成した。

目次

第一編	無らい県運動の検証	1
第一章	無らい県運動以前の地方公共団体の対応	1
第二章	第一次無らい県運動	2
第三章	無らい県運動と癩予防協会	3
第四章	官民一体となった無らい県運動	4
第五章	第二次無らい県運動	5
第六章	強制隔離政策と地方公共団体の役割の総括	6
第二編	里帰り事業	9
第一章	地方公共団体による里帰り事業の取り組み	9
第二章	里帰り事業の改善点	11
第三編	相談窓口	14
第一章	各地方公共団体の取り組み	14
第二章	相談窓口の改善点	15
第四編	ハンセン病病歴者及びその家族の証言の役割	17
第一章	各地方公共団体の取り組み	17
第二章	今後の課題	18

第一編 無らい県運動の検証

第一章 無らい県運動以前の地方公共団体の対応

日本の行政によるハンセン病対策は、3つの法律に基づいて行われてきた。明治40(1907)年3月制定の「癩予防ニ関スル件」(法律第11号)、昭和6(1931)年4月改正の「癩予防法」(法律第58号)、昭和28(1953)年8月全面改正の「らい予防法」(法律第214号)である¹。特に昭和6(1931)年「癩予防法」以降、ハンセン病患者を療養所に入所させる動きが活発になった。

「癩予防ニ関スル件」第3条は「癩患者ニシテ療養ノ途ヲ有セス且救護者ナキモノハ行政官庁ニ於テ命令ノ定ムル所ニ從ヒ療養所ニ入ラシメ之ヲ救護スヘシ但シ適当ト認ムルトキハ扶養義務者ヲシテ患者ヲ引取ラシムヘシ」と規定し、いわゆる「浮浪癩」と呼ばれた患者の収容を主な目的としていた。この法律を受けて群馬県では、明治40(1907)年7月に全14カ条から成る訓令甲第四十五号「癩患者取扱ニ関スル件」を制定し、「警察官署は癩患者名簿を調製する」(第1条)、「癩患者の届出等があった場合は直ちに名簿に登載し、その名簿の謄本を知事に伝達する」(第2条)ことを定めた²。このように、各県では、この法律に基づくハンセン病業務を警察部衛生課が所管することとなった。

しかし、当時は放浪者を収容する療養所が整備されていなかったため、国は全国を5つの区域に分け、それぞれの区域に療養所を設置することにした。この療養所の設置・運営は各府県が連合して行い、これに国庫補助を行う仕組みがとられた。三重県が作成した『三重県のハンセン病問題、その資料と証言』によれば、第3区域に属する三重県では、「府県癩療養所の経費は、国庫補助制もあったが、基本的には各府県が負担していた。大正9(1920)年頃、三重県は約8千円の年間負担をしていたものの、三重県からの入所者は23人であった³」とされる。愛知県が作成した『ハンセン病の記録—ハンセン病と共に—偏見差別のない愛知を求めて—』によれば、愛知県は東京、神奈川、群馬、静岡など12府県が連合する第1区域に属することになったが、第1区域では、明治42(1909)年に東京の東村山市に全生病院(現在の多磨全生園)が設置されたと記載されている⁴。群馬県では、明治42(1909)年6月、県警務長は各警察署長に宛て「癩患者ヲ癩療養所ニ送致」する際の措置として、巡查をして患者を東京府北多摩郡東村山村停車場癩療養所まで直送することを命じている。大正2(1913)年の群馬県の知事事務引継書には、明治42(1909)年11月現在、全生病院へ送致した患者は総計17名、内死亡6名、逃走、所在不明2名、在院9名であると記載されている⁵。なお、当時の府・県知事は勅任官とも呼ばれ、明治6(1873)年に成立した内務省が人事権をもっており国策遂行の責任を有していた。奈良県の冊子によれば、「癩予防ニ関スル件」では救護者のいるハンセン病患者は対象にならなかったため、入所者は、患者全体の3.6%程度であったとされる⁶。

このような状況の中で、県内のハンセン病患者が明治40(1907)年10月には1,000人内外とされたハンセン病患者の数が大正8(1919)年の調査で1,801人と増加した愛知県で、県の衛生課長の談話として「根絶には患者全員の隔離が理想である」との見解が出てくるようになった。いわゆる後の「無

¹ 北海道ハンセン病問題を検証する会議『北海道ハンセン病問題検証報告書』(平成23(2011)年6月)55頁。

² 群馬県健康福祉部保健予防課『群馬県ハンセン病行政資料調査報告書』(平成27(2015)年3月)3頁。

³ 三重県『三重県のハンセン病問題、その資料と証言』(平成17(2005)年3月)5頁。

⁴ 愛知県『ハンセン病の記録—ハンセン病と共に—偏見差別のない愛知を求めて—』(平成16(2004)年5月)13頁。

⁵ 群馬県(注2)4頁。

⁶ 奈良県『ハンセン病で苦しんでいる人たちを知っていますか』(平成29(2017)年3月)3頁。

らい県運動」に通じる発言である⁷。「無らい県」とは、ハンセン病患者がいない県、すなわち、すべての患者を療養所へ隔離して、放浪患者や在宅患者が一人もいなくなった県を意味する⁸。

第二章 第一次無らい県運動

県内のハンセン病患者を療養所に全員収容しようとする「無らい県運動」は、平成 13(2001)年 5 月の『らい予防法』違憲国家賠償請求訴訟(以下、国賠訴訟)における熊本地裁判決で、「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」と述べられている。

こうした認識は、大阪府が作成した『大阪府ハンセン病実態調査報告書』でも共有されている。それによれば、「1929(昭和 4)年、愛知県の方面委員(現在の民生委員)数十人が僧侶二人に連れられ、完成間近い長島愛生園の建築工事現場の見学に訪れました。現場を見た一行は『気の毒な人たちを一日も早く一人でも多くこの施設に』と、『らい』のない愛知県を目指した運動を取り組み始めました。これが『無らい[県]運動』のはじまりで、この動きはその後国により、『祖国浄化』などのスローガンを掲げ都道府県を巻き込み全国に展開されていきます⁹」。愛知県が「無らい県運動」の魁となったという認識は、長野県や鳥取県の報告書でも共有されている¹⁰。しかし、愛知県の報告書では、先の熊本地裁判決を引用した上で、「しかしながら、いずれにおいてもその内容や裏付ける資料が明らかになっていない¹¹」として、これを否定している。ただし、愛知県の報告書においても、「昭和 6 年 3 月 16 日付けの名古屋新聞には、『愛知県癩病撲滅同盟の初大会が名古屋市公会堂で 2,500 余人を集めて開催された』との記事があり、この頃から、ハンセン病を根絶するための県・市・関係団体が一体となった活動が活発に行われていたことが伺える¹²」との記述がある。

「癩予防法」(法律第 58 号)が公布されるのは、その翌月昭和 6(1931)年4月である。同法第 3 条は、「行政官庁ハ癩予防上必要ト認ムルトキハ命令ノ定ムル所ニ從ヒ癩患者ニシテ病毒伝播ノ虞アルモノヲ国立癩療養所又ハ第 4 条ノ規定ニ依リ設置スル療養所ニ入所セシム」と規定し、隔離の対象をすべてのハンセン病患者に拡大し、療養所へ収容するという隔離施策の強化を行った。

長野県の報告書では、当時の状況について、「1931 年(昭和 6 年)の『癩予防法』公布により絶対隔離政策が実施されると全国に広がりを見せた。この運動は、山間へき地の患者をもしらみつぶしに探しだし、強制的に療養所に収容するとともに、患者の暮らしていた家を白衣を着た保健所職員などがこれ見よがしに過剰な消毒を行ったり、患者の持ち物や着物を焼却したりするなど、ハンセン病に対する偏見・差別、恐怖感をあおるものだったと言われている¹³」と記述する。また、鳥取県ハンセン病資料作成委員会による『風紋のあかり～鳥取発・ハンセン病の歴史をたどって～』では、「野良で働く者を強制的にトラックに押し込み、寝具衣類は真白に消毒し、焼き捨て、集落の住民にあたかも急性伝染病のような恐怖心を与えた。近隣の住民は家族に寄りつかず、村八分同様な状態に追い込まれ、生活に困窮し、住

⁷ 愛知県(注 4)14 頁。

⁸ 長野県ハンセン病問題検証会議『長野県ハンセン病問題検証会議報告書』(平成 26(2014)年 6 月)21 頁。

⁹ 大阪府『大阪府ハンセン病実態調査報告書』(平成 16(2004)年 9 月)33-34 頁。

¹⁰ 長野県(注 8)21 頁、鳥取県ハンセン病資料作成委員会『風紋のあかり～鳥取発・ハンセン病の歴史をたどって～』(平成 14(2002)年 6 月)4 頁。

¹¹ 愛知県(注 4)14 頁。

¹² 同上。

¹³ 長野県(注 8)21 頁。

み馴れた土地を離れざるを得ない状況となった者も少なくない¹⁴」という有様であった。

三重県の報告書によれば、「無らい県運動」は、「昭和 14(1939)年 11 月発行の『三重県社会事業』に『救癩事業を起せ』という巻頭言があり、この頃から『無癩県運動』が急速に進んだものと考えられる」との記述がある。その背景として、三重県特有の事情として、「伊勢神宮のある三重県では、『神都浄化』・『聖地三重』が盛んに叫ばれ、その魁としてハンセン病患者の隔離が行われた¹⁵」からだとされる。

先の長野県の報告書にあるように、「この無らい県運動にもっとも大きくかかわったのは、癩予防協会、医師、そして宗教関係組織であった。なかでも、癩予防協会と医師の役割が大きいと言える。癩予防協会の活動は、内務省の政策を補完する「官民一致」を基本的スタンスとしていた。……医師の中で主導的な役割を果たしたのは光田健輔である。光田は、『癩予防デー』を『我が国民浄化の、聖日』ととらえていた。また、……光田は、……国家・民族を『浄化』するという考えをもっていた。『無らい県運動』はこうした『民族浄化』論が基調となり、隔離する側にも、隔離される側にも、国家・民族の繁栄のためという国家的使命感を要求した。……国家のため、民族のため、絶対隔離を推進するという使命感こそが『無らい県運動』の原動力であった。……この時代、人権という概念はなく、個人よりも国家が第一であり、富国強兵、国辱論、民族浄化論などが幅を利かし、ハンセン病は日本民族の質をおとしめる病気として排除される対象となってしまったのである。無らい県運動は、こうした思想を政策面において具体化するものであった¹⁶」とその思想的背景を述べている。

第三章 無らい県運動と癩予防協会

「癩予防法」が公布される前月の昭和 6(1931)年 3 月、「癩の予防絶滅」を推進するため皇室の「御仁慈」を掲げた財団法人「癩予防協会」が設立された。会頭が渋沢栄一子爵、名誉会頭が内務大臣である同協会の寄附行為第 22 条は「支部長ハ支部所在地ノ地方長官ノ職ニ在ル者ニ対シ会頭之ヲ委嘱ス」と規定されており、都道府県の知事は癩予防協会の支部長として、庁舎内のハンセン病医療事務を担当する部署を事務局にあて、『癩の予防絶滅』を目的とする事業にあたることとなった¹⁷。

大阪府の報告書は、「このような国の方針変更は、次第に地方行政官庁の裁量範囲を狭めていきます。大阪府が管理する連合府県立療養所『外島保養院』の管理運営にも、以前と違って圧力が加わってきました。『癩予防法』制定の翌年の 1932(昭和 7)年、国立療養所の『長島愛生園』が初めて参加し、香川県高松市讃岐会館で開かれた療養所協議会の状況をみると、よくわかります¹⁸」と述べる。この会議の議題は「逃走あるいは追放した思想要注意の患者の扱い」などであったが、この議題を巡って、「長島愛生園の光田健輔園長と外島保養院の村田正太院長が対立します。逃走患者を収容しないというのは所長会議の申し合わせであるとする村田院長に対し、一概に収容しないというのは考えものだとして、光田健輔園長は『癩予防法』の精神と癩予防協会にかかわる“皇后陛下の思し召し”を持ち出してきています¹⁹」と述べる。症状が軽快した患者の仮退所についても、療養所の患者の自治についても、これを認める村田院長と光田院長が対立した。ついには、無神論者など要注意の患者について、九州療養所・

¹⁴ 鳥取県(注 10)4 頁。

¹⁵ 三重県(注 3)6 頁。

¹⁶ 長野県(注 8)21 頁。21-22 頁。

¹⁷ 大阪府(注 9)33-34 頁。

¹⁸ 同上 34 頁。

¹⁹ 同上 35 頁。

大島療養所は密かに検閲していた中で、患者への親書の開封について、村田院長の「いかがわしいものは患者立会いのもとに開封する。今少し、患者の人格を尊重し了解を得て、そのようにされてはいかがか」との意見に対して、光田院長より「悪い者に人格尊重も何もない」という発言まで出る始末であった²⁰。

第四章 官民一体となった無らい県運動

内務省は、昭和 11(1936)年、「癩予防法」の絶対隔離政策の具体的な実施方法として、「二十年根絶計画」を発表し、療養所施設の拡充を図るとともに、官民一体となった「無らい県運動」を主導して未収容患者の収容に努めた²¹。長野県の報告書では、国の方針に従い、「無らい県」運動に取り組んでいた県の対応が、「1938年(昭和13年)5月7日の東筑摩郡聯合衛生会の会議資料……の中の指示事項の1つとして、『癩患者収容ニ関スル件』があり、そこには、……『癩予防法』の規定を引用し、未収容患者がまだいることから、疑いのある者を医師の検診を受けさせ、患者の療養所への収容を促す内容となっている」と同時に、「また、『民族衛生上ニ及ボス影響少ナカラザルヲ以テ』との記述もあり、ハンセン病患者の収容理由を民族浄化にも求めていたことがうかがえる²²」と記載されている。

「癩予防法」は日本が15年に亘るアジア・太平洋戦争に突入する直前に成立し、15年間の戦争のなかで実施されていった。長期化する戦争のなかで、ハンセン病対策も、心身ともに優秀な国民の創出を目指す優生政策の一環に位置付けられていった²³。

比較的患者が少なかった北海道では、療養所開設年の明治42(1909)年から戦後の「らい予防法」廃止の平成8(1996)年の88年間に収容した入所者数は延べ523人だが、「第一次無らい県運動」期間中の昭和4(1929)年から昭和18(1943)年までの15年間の送致患者数は延べ303人で北海道の収容者数全体の57.9%にのぼっていた。このように、「ハンセン病患者を強制的に隔離することこそが文明国を目指す我が国のためでもあり多くの患者を救うことにもなる」という独善的な考え方が、患者数が比較的少ない北海道にも広く浸透していたことがわかる²⁴。

熊本県「無らい県運動」検証委員会が作成した『熊本県「無らい県運動」検証委員会報告書』によると、「[1941年]9月30日に、厚生省予防局が『昭和十五年十二月三十一日調査 癩患者に関する統計』を刊行した」が、「1940(昭和15)年時点の患者数が1万5763名、未収容患者が6573名。未収容患者の数は、1935(昭和10)年の調査(9965名)に比べ3392名減少していることが明らかになる。未収容患者のワースト3は、沖縄761名、熊本629名、鹿児島393名」とされ、熊本県の「629名の未収容患者のうち、入所を希望する者が46名、希望しない者が537名と、未確定の者46名を除いた92%が療養所への入所を希望していない²⁵」というハンセン病患者の実態があったということである。入所を希望しない者が圧倒的多数であった状況の中で、まさに強制隔離が行われたことがわかる。

また、愛知県の報告書によれば、「昭和15年には、厚生省から各都道府県あてに、患者収容の励行、『無癩県運動』の徹底を図る指示がだされているが、前述の熊本地裁判決文でも『日中戦争の始まった

²⁰ 同上 35-37 頁。

²¹ 長野県(注8)21 頁。

²² 同上 23-24 頁。

²³ 財団法人日弁連法務研究財団ハンセン病問題に関する検証会議『ハンセン病問題に関する検証会議最終報告書(要約版)』(平成17(2005)年3月)10 頁。

²⁴ 北海道(注1)55-56 頁。

²⁵ 熊本県「無らい県運動」検証委員会『熊本県無らい県運動」検証委員会報告書』(平成26(2014)年10月1日)68-69 頁。

昭和 11 年頃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。』としている²⁶」。

第五章 第二次無らい県運動

長野県の報告書によれば、「1947 年(昭和 22 年)11 月 6 日、厚生省予防局長から都道府県知事あてに通知された『無癩方策実施要項』では、その趣旨を『文化国としての日本再建の基本たるべき疾病予防施策中癩予防を徹底し無癩国たらしめるものである』と定め、『形式的に流れぬ様強力且徹底的に実施し真に無癩国たらしめる様留意する』、『第1次として現収容施設の最大の活用を図り第 2 次としてその拡充を行ふ』との方針が示された²⁷」。

また、大阪府の報告書は、「1949(昭和 24)年 6 月 24 日(『らい予防の日』)と翌 25 日の 2 日間、全国国立癩療養所所長会議が厚生省で開かれ、『無らい県運動』の継続が決められました。この戦後の『無らい県運動』は、戦前のものとは違うという意味で『第二次無らい県運動』とされています」と述べるとともに、この厚生省の会議で、「隔離政策の継続と『無らい県運動』の継行が決まり、政策遂行のため①収容力の増強、②一斉検診の実施が決められました。このようにして実行することに決まった『第二次無らい県運動』は、その後のハンセン病政策が戦前のそれを単に引き継いだけというのではなく、新しい日本国憲法が生まれ、さらに特効薬プロミンが登場したという状況の下で、国が新しい認識に基づいて終生隔離と断種・墮胎を目指す新しい政策を打ち出したのだ、ということの意味しています²⁸」と述べて、「第二次無らい県運動」に新たな問題点を見いだしている。

国際的な動向に目を転じると、すでに戦前の大正 12(1923)年、ストラスブルで開催された第 3 回国際らい会議で、すべての患者を隔離する絶対隔離に疑問が出始めていた。また、昭和 6(1931)年にバンコクで開催された国際連盟らい委員会で、隔離は伝染のおそれがあると認められた患者のみに適用するとされた。こうした中で、アメリカで、昭和 18(1943)年、プロミンが開発され、ハンセン病の治療に有効であることが判明した。

第二次世界大戦後の昭和 33(1958)年、東京で開催された第 7 回国際らい会議では強制隔離政策の全面破棄が勧告されたが、日本政府はこれを拒否した。翌昭和 34(1959)年、ジュネーブの WHO らい専門委員会は、強制隔離を廃止し、治療は一般外来で行うことを勧告したが、日本政府はこれに従わず、強制隔離政策を継続したのである。

注目されるのは、長野県の報告書にあるように、戦前・戦後を通じて、「ハンセン病患者を犯罪者扱いするかのように、感染の疑いのある者について『容疑者』という呼称を用いていた」ことである。「この『容疑者』という呼称は、……戦後の 1951(昭和 26)年に出された厚生省の通知の中でも用いられている²⁹」。つまり、人権は「法律の範囲内で」という制限がついていた大日本帝国憲法下の戦前と国民の基本的な人権を承認し規定した日本国憲法下の戦後において、ハンセン病患者についてはその人権をないがしろにする用語が用いられていたことがわかる。また、三重県の報告書によれば、三重県から国立療養所所長島愛生園長への患者入所依頼の文書には「患者の送致等」についてという表現が用いられている

²⁶ 愛知県(注 4)15 頁。

²⁷ 長野県(注 8)22 頁。

²⁸ 大阪府(注 9)49-50 頁。

²⁹ 長野県(注 8)24 頁。長野県の報告書では、「1951 年(昭和 25 年)」と記載されているが、明らかな間違いなので昭和 26 年に修正した。

30. 同報告書によれば、『送致』とは、法律で一件書類や被告人を送ることで、療養のための入所とは随分イメージが異なる³¹⁾用語が用いられていたことがわかる。このようにして、ハンセン病患者の意思によらない強制隔離が戦前及び戦後を通じて行われた。ハンセン病患者を一般社会から隔離させることによって、患者に対する「不可視の人権侵害」が戦前及び戦後を通じて継続された。こうした政策を支えていたのが、戦前は「民族浄化」という国家的使命であり、戦後は「文化国家としての日本の再建」という国家的使命の遂行であった。

大阪府ハンセン病実態調査報告書の「その他参照資料等」には、昭和 26(1951)年 11 月 8 日に第 12 回参議院厚生委員会「社会保障制度に関する調査の件」の内「らいに関する件」における林芳信氏(当時多磨全生園長)、光田健輔氏(当時長島愛生園)及び宮崎松記氏(当時菊池恵楓園長)の三園長の証言が抄録されている。

国際社会では強制隔離の必要はないとの考えが主流になっているにもかかわらず、林芳信氏は「…我々が推定いたしますと、大体一万五千の患者が全国に散在して、そのうち只今は約九千名の患者が療養所に收容されておりますから、まだ約六千名の患者が、療養所以外に未收容のまま散在しておりますように思われます。でありますから、これらの患者は周囲に伝染の危険を及ぼしておりますのでございまして、速やかにこういう未收容の患者を療養所に收容するように、療養施設を拡張していかねばならんと、かように考えるのであります³²⁾」と述べて、強制隔離の継続の必要性を証言した。

また、光田健輔氏は「手錠でもはめてから捕まえて、強制的に入れればいいのですけれども、今のなにはそれもやりかねるのであります。……どうしても收容しなければならんというふうの強制の、もう少し強い法律にして頂かんと駄目だと思います³³⁾」と述べ、患者をまるで犯罪者と同視するかのような発言を行った。

さらに、宮崎松記氏も「結局本人が頑強に入所を拒否しました場合には私はできない、手を拱いて見ておらなければならぬ。幾ら施設を拡充されましても、そういったいわゆる沈殿患者がいつまでも入らないということになれば、これは癩の予防はいつまでたっても徹底いたしませんので、この際本人の意思に反して收容できるような法の改正ですか、そういうことをして頂きたいと思っております³⁴⁾」と述べて、大日本帝国憲法下の「癩予防法」と同様の患者本人の意思を無視した強制隔離の必要性を日本国憲法下の国会でも悪びれることなく証言していた。

国民の基本的な人権の保障を定めた日本国憲法の下であっても、ハンセン病患者の意思を無視した強制隔離政策が継続した背景には、こうした要職に就いた医師の国会証言の影響があった。

第六章 強制隔離政策と地方公共団体の役割の総括

地方公共団体は、国とともに強制隔離政策を主導した。しかし、地方公共団体による行政として自らの主体性を自覚した上での強制隔離政策の検証・総括は必ずしも十分に行われているとはいえない。

優れたハンセン病の実態調査を行った大阪府の報告書においても、「いずれにしろ、患者の完全收容に最重点を置き、ハンセン病に対する理解を深めることをおぎなりにしたまま、国と都道府県・市民が一

³⁰⁾ 三重県(注 3)120 頁。

³¹⁾ 同上 8 頁。

³²⁾ 大阪府(注 9)85 頁。

³³⁾ 同上 87 頁。

³⁴⁾ 同上 89 頁。

体となって展開した『無らい県運動』が、いつのまにかハンセン病に対する偏見・差別を根付かせる結果を招きました³⁵と客観的記述に止まっている箇所がある。地方公共団体としての自らの責任は、都道府県を国と市民と並列させることによって薄められている印象を与える。

また、愛知県の報告書では、「法律に基づいたとはいえ、本県は『無らい県運動』を強力に実施し、昭和の初期からハンセン病患者に対し療養所への『収容』をすすめた。この隔離政策により『ハンセン病は、強い感染力を持った恐ろしい病気である』といった誤った考え方を一層大きくすることになった³⁶」と記述されている。「法律に基づいたとはいえ」の表現が含意するのは、県としては法律に従わざるを得なかったといたいのであろう。しかし、第一次無らい県運動及び第二次無らい県運動で展開されたのは本人の意思を無視した強制隔離であり、同報告書が記述するような、「ハンセン病患者に対し療養所への『収容』をすすめた」という性格のものではない。

長野県のハンセン病問題検証会議の座長を務めた野田正彰氏は、「ハンセン病問題は、国家政策により強制隔離政策が進められ、地方行政は、これに従い、多くのハンセン病患者を療養所に収容してきた。このような国家政策に対して、県及び県民はどの程度問題意識を持っていたのであろうか。これは、国策として国が決め、進めていることであり、問題意識も持つこともなく従うしかないという姿勢であったろうと推測される³⁷」と述べているが、それはどの都道府県においても、見られた態度である。

こうした地方公共団体によるハンセン病患者への収容の過酷な実態は、当時、一番厳しかったとされる長野県の報告書で示されている。すなわち、「2005年(平成17年)11月13日に開催した『療養所入所者との懇談会』においては、入所者の方から次のような体験談をお話いただいた。『当時は、強制収容というのがございましたけれども、今考えてみましても、長野県の強制収容を行うについての行いは、大変厳しいものでございました。ですから役場から告げる、療養所へ行くという勧めは、それを断ったとしたら、おまえの病気は世間に広めてやる、それからもちろん仕事をさせてやらない、それでもよかった家にもいいと、だめを押されてしまったわけです。そうなりますと、もうにっちもさっちもいなくなってしまうと、お父さんもお母さんもあきらめざるを得なくなりました』』ということが証言されている³⁸。こうした過酷な入所政策を進めた長野県はその報告書の中で、「長野県においても、長年にわたる国の誤ったハンセン病政策の一翼を県が担うなかで、『無らい県運動』が推進され、ハンセン病患者を療養所へ収容していった。このことが、ハンセン病に対する偏見・差別を助長し、入所者は、本名を捨て、家族や故郷との縁を絶たれるという悲惨な運命をたどることになったのである」と記述する。ここでは、国のハンセン病政策の誤りとその一翼を担った長野県という地方公共団体の責任の自覚が見られる。

こうした自覚の上に立つ長野県の報告書は、他の地方公共団体とは異なる次のような記述、すなわち「朝鮮人・韓国人への偏見差別、部落を特殊化しての差別、ハンセン病患者への偏見差別、精神病患者への偏見差別など、これらはすべて政府の政策のもとに普及されてきたことを軽視してはならない。日本のハンセン病隔離政策についての反省も、『偏見差別をなくす』という成句と結びつけられる。だが政策への反省が、なぜ市民の偏見差別に置き換えられるのか。主語が違うのではないか。政策は政府、その下にある地方自治体、要職についた医師、宗教団体の長などが行ってきたものであり、個々の市民が行ったのではない。たしかに権力者、支配層を支持し追従したのは市民であり、市民の偏見差別が政策を支え

³⁵ 同上 58 頁。

³⁶ 愛知県(注 4)17 頁。

³⁷ 長野県(注 8)82 頁。

³⁸ 同上 28 頁。

てきた面もあるが、それ以上に政府の政策によって市民の偏見差別が植えつけられ、強化されてきたことを隠してはならない³⁹」と述べて結ばれている。

当事者市民部会の市民委員の「市民の中に差別意識はあるでしょうが、それだけでしょうか」の指摘のように、「市民の差別意識」に傾きすぎた人権啓発の手法が国や地方公共団体、さらには要職についた医師や宗教団体の長などの「無らい県運動」に対する責任を覆い隠す役割を果たしてきたという問題点を忘れてはならない。最終報告書が指摘するように、「市民の側の加害性は、国の誤った政策によって形成されたことを明確にし続けることが必要であり、市民レベルの責任の問題を強調することが国や地方公共団体の責任をあいまいにすることになってはならないことは言うまでもない。」(39 頁)ということに留意しながら、市民のハンセン病問題に対する人権啓発を続けてゆく必要がある。

なお、「無らい県運動」の積極的な検証・総括を行った地方公共団体とそうでない地方公共団体とでは、次に取り上げる里帰り事業や相談窓口などで対応の差が見られる。

³⁹ 同上 38 頁。

第二編 里帰り事業

地方公共団体のハンセン病予算は、主に各都道府県出身の療養所入所者に対する里帰り事業の実施に当てられている。しかし、47 都道府県のホームページを検索すると、令和 4 年度に里帰り事業に関する案内の記載があるのは、北海道、秋田県、茨城県、新潟県、富山県、山梨県、岐阜県、静岡県、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、鳥取県、島根県、山口県、香川県、愛媛県、高知県、福岡県、佐賀県、長崎県、宮崎県、鹿児島県及び沖縄県の合計 26 道府県に止まる。過年度を含め令和 3 年以前に里帰り事業を実施した県は、栃木県、石川県、福井県、長野県、三重県、滋賀県、岡山県、広島県、徳島県及び熊本県の 10 県であり、里帰り事業の実施実績のある地方公共団体は合計 36 道府県となる。これに対し、ホームページに里帰り事業の実施についての記載がないのが、青森県、岩手県、宮城県、山形県、福島県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、及び大分県の 11 都県である。⁴⁰過年度を含め、実施の有無は必ずしも明らかでない。

この里帰り事業について、当事者市民部会の市民委員は、「地方公共団体では、ハンセン病問題の啓発冊子すら作成していないところもあるし、里帰り事業も入所者に相談もなく、打ち切っている県もあります」と述べる。そこで、地方公共団体が行っている里帰り事業の実態について検証してみよう。そもそも、この里帰り事業は、鳥取県が最初に始めた地方公共団体の自主的な取り組みの一つである。

第一章 地方公共団体による里帰り事業の取り組み

昭和 39(1964)年 9 月、全国に先駆けて 2 泊 3 日の里帰り事業を実施したのは、鳥取県であった。鳥取県の報告書によれば、「宿舎など困難な条件は数多くあったが、関係者の努力もあって、1964(昭和 39)年 9 月に実施が決定し、入所以来 20 数年ぶりの里帰りに胸躍らせ高まる感動の中で 4 人の者が鳥取駅に到着、出迎えの車で県庁の厚生部長室(注:里帰り事業の発案者の加倉井俊一鳥取県厚生部長の部屋)へ招き入れられ、報道陣に囲まれ郷土の土を踏みしめた」が、「自動車の乗員人員の関係から帰省者は 4 人」とされ、「翌日から県公用車で鳥取砂丘や白兔海岸を廻ったり、八頭郡、気高郡、東伯郡など帰省者の出身地に行き車の中から入所以来、20 年から 30 年ぶりに見るなつかしい自家を眺めては感無量であった⁴¹」というのが、最初の里帰り事業の実態であった。未だ「らい予防法」が存在し、地域の偏見差別も強い時代であった。そのためこうした「里帰り事業も初期の頃は、社会の目をはばかり、車窓から眺める時間が多く、食事をするのも人気の少ない河原、または少数の理解者によって神社、仏閣の境内内で弁当を開けた」とされ、「“里帰り”をしても、『ふるさと』は遠い、そのような実感を何度も覚えた⁴²」とされるものであったと記述されている。注意すべきは、強制隔離政策が継続された中で行われたこうした里帰り事業は、それを実施した都道府県にとっては、強制隔離政策の過ちを糊塗する免責的な意味合いが強かった点である。その意味で、国のハンセン病隔離政策は憲法違反であると認定された平成 13(2001)年の熊本地裁判決後の里帰り事業は、文字通り療養所に入所していたハンセン病病歴者と故郷の絆を回復するという意義を有するものに変化したといえよう。ひとくちに「里帰り事業」と

⁴⁰ 全ての都道府県のウェブサイトを開覧し、ハンセン病またはハンセン病問題に関する情報をまとめたページの掲載情報を確認するとともに、「里帰り事業」「郷土訪問」のキーワードでサイト内検索を行い、里帰り事業実施状況の掲載有無を確認した。(最終閲覧日:令和 5(2023)年 2 月 9 日)

⁴¹ 鳥取県(注 9)14 頁。

⁴² 同上 14-15 頁。

いっても、判決の前と後では、本事業の質的な転換(対象範囲の拡大や高齢化した入所者に対する訪問事業など内容の充実)が生じたといえよう。

実際、その後、鳥取県では、里帰り事業について、「入所者が気軽に里帰りできるよう経費の助成や里帰りは困難な入所者にふるさとの空気に触れていただくため郷土の伝統芸能団の派遣など、入所者の思いや願いに沿った取り組み⁴³」を行っているという。

こうした鳥取県の動きを見て、昭和 40(1965)年 5 月に里帰り事業に着手したのが、三重県である。第 1 回として邑久光明園の 3 名の里帰りを実施したが、宿泊所に困り、日赤山田病院の伝染病隔離病棟が使用された。三重県の報告書によれば、当初、乗用車 2 台 6 名としたが里帰り事業で交通事故が発生したため、昭和 41(1966)年 10 月に全国に先駆け観光バスによる 20 名の里帰り事業を実施したという。国民宿舎伊勢志摩ロッジに宿泊が可能になったのは、昭和 48(1973)年 11 月とのことである⁴⁴。

三重県に続き、昭和 41(1966)年に里帰り事業に着手したのが、愛知県である。「昭和 39 年には鳥取県が最初に療養所入所者に対して郷土訪問事業を行ったが、本県においても翌々年の昭和 41 年、郷土訪問事業が藤楓協会愛知支部によって開始された。療養所に入所されてから 20 年以上も故郷に帰ったことのない方等を優先して実施することにし、初年には長島愛生園の入所者 12 人が 11 月 17 日から 19 日までの 2 泊 3 日の里帰りに参加した。…熱田神宮は家族等との再会場所となった。以後、毎年療養所単位で実施し、毎回 20 人程が郷土訪問に参加している⁴⁵」という。

愛知県の里帰り事業の実施にあたっては、当初は、宿泊所の確保が課題となった。愛知県の報告書によれば、「なお、宿泊場所は、当初、県立尾張病院の看護婦宿舎(一宮市)や県立城山病院の一時救護所を利用していた。昭和 46 年からは、県立尾張病院の宿泊所兼診療所『藤楓荘』を使用していたが老朽化したことや入所者の希望もあり、平成 5 年からは旅館、ホテルを利用している⁴⁶」とのことである。故郷から強制的に引き離された入所者にとって、墓参りや家族との再会が里帰り事業の主要な目的であるが、愛知県の報告書によれば、熊本地裁の違憲判決(平成 13(2001)年)後の、「平成 14 年度からは本県出身者がみえる 9 療養所の希望者全員を対象に実施しているが、平成 15 年度には、できるだけ多くの方が参加でき、併せて墓参りや家族との面会など、より個人の要望にも応えることができるよう 2 回にわけて行い、合計 32 人の参加があった⁴⁷」と記述されている。

同じく昭和 41(1966)年に里帰り事業を開始したのが北海道である。北海道ハンセン病問題検証報告書には、「北海道が、道内出身入所者を対象とした里帰り事業を初めて実施したのは昭和 41 年(1966)6 月であった。……昭和 41 年から始まった里帰り事業は入所の方の参加がほぼ一巡した昭和 61 年まで続いたが、その後昭和 62 年度から平成 13 年度までの間の中断を経て、北海道知事招待という形で平成 14 年 7 月にボランティア団体の協力を得て復活した。里帰り事業が始まった最初の頃の様子を、道担当者の証言では“他県の里帰りでは、まだまだ日帰りが多く、宿泊したとしてもお寺とかであったためか、北海道がホテルや温泉旅館に泊まっていることを驚いたり感心されたりした…”⁴⁸」と記述されている。このように一時中断していた里帰り事業は、平成 13(2001)年の熊本地裁の違憲判決

⁴³ 鳥取県『鳥取県人権施策基本方針(第 4 次改訂)』58 頁。

⁴⁴ 三重県(注 3)219-220 頁。

⁴⁵ 愛知県(注 4)19 頁。

⁴⁶ 同上。

⁴⁷ 同上。

⁴⁸ 北海道(注 1)62 頁。

後の翌年に北海道知事の招待という形で再開された。

昭和 41(1966)年の北海道の里帰り事業の取り組みに対して、昭和 45(1970)年 6 月に菊池恵楓園自治会から北海道知事宛に、「まだ里帰りは、全県実施というところまではいっていませんが、ハンセン病の理解の広がりと共に、全県に及んでいくことと思っています。北海道庁がその先端を切り、『里帰り実施』に踏み切って頂き、九州の果てから、療友が帰郷できるようになったことは、まことにありがたいことであると思います⁴⁹」というお礼のことが届いている。なお、北海道の報告書によれば、「平成 21 年 9 月現在、北海道に里帰りされた入所者の方は延べ 241 人、開催年の参加者数は平均 9.3 人となっている⁵⁰」とのことである。

また、三重県では、同県出身の入所者総数は、令和 3(2021)年 5 月 1 日現在、国立療養所(27 名)と神山復生病院(1 名)の 28 名で平均年齢 87.7 歳となっており、同県出身者が入所している療養所(長島愛生園、邑久光明園、駿河療養所)の集団里帰りを実施しているという。三重県によれば、「県の健康福祉部の政策として、ハンセン病療養所に入所している三重県出身者に対し、入所生活の安定を図るための訪問や里帰り事業を実施する。また、必要に応じ社会復帰等の個別相談を行う。三重県在宅の元患者・軽快退所者に対しては相談事業を実施する。…一部の患者・元患者家族については生活援護」を行っていることが記載されている。こうした里帰り事業のみでなく、訪問事業も同時に行われており、「医療企画課によると、県出身者が入所している療養所(5ヶ所)への訪問を実施しました。また、県に対する要望事項の聴取などを行いました⁵¹」との記述が見える。

こうした訪問事業は秋田県においても行われており、「秋田県では、療養所で暮らしている本県出身の方々を訪問し、日々の状況をお伺いしたり、現在の秋田の情報をお伝えする『訪問事業』などを実施、遠く離れたふるさとを少しでも身近に感じていただく取組を行っています⁵²」ということである。また、岡山県では、令和 3 年 7 月 13 日、「らい予防法による被害者の名誉回復及び追悼の日」(6 月 22 日)に合わせて、県議会の環境文化保健福祉委員長及び保健福祉部次長が長島愛生園及び邑久光明園を訪問し、県に対する要望などの意向調査を行ったという。また、同年 12 月 16 日に副知事が訪問し、長島愛生園及び邑久光明園の入所者全員に入所者激励費を贈呈している。しかし、この激励費の贈呈はハンセン病療養所入所者のみに対して行われている⁵³。

第二章 里帰り事業の改善点

奈良県のハンセン病に関する冊子にあるように、「退所しても故郷に戻れるとは限りません。かつて、家族に迷惑が及ぶことを心配して本名も戸籍も捨て、故郷で死亡したことになっている人もいます。そのため、現在も故郷に帰ることなく、肉親との再会さえも果たせない人もいます⁵⁴」という現状がある。当事者市民部会の当事者委員から、「里帰り事業については、故郷に戻れず暮らしている退所者や故郷を追われた家族が対象となっていないのが問題である。被害当事者全体を対象にした里帰り事業でなければならない」との対象の拡大の必要性が指摘された。また、当事者市民部会の市民委員からは、「無ら

⁴⁹ 同上 63 頁。

⁵⁰ 同上。

⁵¹ 三重県『令和 3(2021)年版第 4 次人権が尊重される三重を作る行動プラン』(令和 3(2021)年 11 月)342 頁および同「ハンセン病療養所入所者数(令和 3 年 5 月 1 日現在)。

⁵² 『ハンセン病を知っていますか?～秋田県とハンセン病～』3 頁。

⁵³ 『令和 3(2021)年度 岡山県のハンセン病問題対策事業実施実績』7-8 頁。

⁵⁴ 奈良県(注 6) 13 頁。

い県運動で強制的に故郷から切り離されたハンセン病病歴者が故郷の家族との絆を回復する機会」として里帰り事業を捉える必要性が指摘された。

最終報告書にあるように、「全国各地に存在する国立ハンセン病療養所には、令和4(2022)年5月1日現在なお927名の入所者が生活することを余儀なくされており、その平均年齢は87歳を超えているが、故郷とのつながりを回復している者は少数にとどまっている。入所者の逝去に際し、親族が参列するのは、今なお少数であり、参列した際の遺骨引き取り状況は、現在においても40%程度にとどまっているのであって、故郷の家族や親族の冠婚葬祭に入所者が招かれるという事実は、皆無に近い。そして、療養所の納骨堂に眠る引き取り手のない遺骨の数は、今なお1万を超えているのである。これらの事実が明らかにしているのは、ハンセン病に対する偏見差別が今なお厳然として存在しているということである」(36頁)という現実がある。実際、最終報告書が示すように、大阪府済生会が運営するハンセン病回復者支援センターの相談事業に寄せられた相談内容から浮かび上がってくるのは、「高齢となった退所者のおかれている孤独と不安であり、特に偏見差別を恐れて病歴を明らかにしていない退所者の場合には、介護保険サービスにもつながっていないという深刻極まる状況である。断種や中絶手術の強制により子どもらと暮らすということを絶たれた退所者の多くは一人暮らしを強いられており、その孤立した状況下において高齢化し、毎日の生活のあらゆる場面で、公的な介護サービスを受けなければ、生活自体の維持が困難となっているが、病歴を知られたくないとの思いから、こうしたサービスを積極的に利用できない状態に置かれているという」(124頁)厳しい状況である。

こうした状況に追いやっているのは、社会に厳然と残るハンセン病に対する偏見差別である。大阪市社会福祉協議会が行った市民意識調査からは、同じ福祉施設を利用することに抵抗を感じる人が16.1%おり、こうした抵抗感の存在は、最終報告書にあるように、退所者が、「退所後に、医療機関や高齢者福祉施設を利用することが極めて困難であり、治療や介護の必要性から療養所に再入所せざるを得ない状況に置かれていることを示している」(15頁)とされる。

なお、有識者会議の委員によって提供された厚生労働省の資料によれば、「1996年から2021年までの26年間の再入所数は536人、新規入所数は11人、合計547人であった。そのうち、治療などの一時的な入所を除いた長期生活のための再入所者数は244人、新規入所者数は10人、合計254人であった」という。長期生活のための再入所者・新規入所者254人について、その理由を尋ねたところ、「『身体が不自由になったから』が172人(68%)と最も多く、次いで『頼れる人がいないため』24人(9%)、『創傷が慢性化したため』18人(7%)、『病歴を隠しながらの医療や介護サービスに不安があるから』15人(6%)、『経済的不安のため』14人(6%)、『家族や親族との関係が不調だから』12人(5%)であった」とされる。これらの調査結果から、「加齢により身体が不自由になったり、創傷が慢性化したりした際に、頼れる人がいない、病歴を隠しながらだと医療や介護サービスを受けづらいなどの問題が顕在化して再入所に至るという状況」が浮かび上がっている。このような退所者の実情を考えた場合、地方公共団体は、まさしく入所者のみを対象とした里帰り事業や訪問事業だけでなく、退所者や未収容者、さらには故郷を追われた家族をも対象とした里帰り事業、換言すれば、国連の持続可能な開発目標(SDGs)がいう「誰一人取り残さない」との視点で里帰り事業や訪問事業を実施する必要がある。大阪府の報告書が述べるように、「支援を必要としているのは、……例えば『らい予防法』廃止前に療養所を退所した方や、ハンセン病を発病したけれど療養所に入所しなかった方は、やはり社会の中で差別や偏見を受けました。……このような退所者や非入所者のほとんどは、いまだにハンセン病のことをひた隠しにしているのが実情です。これらの退所者や非入所者が社会の中で生活していく上でも、支援に取り

組むことが必要と考えます⁵⁵」との観点からこの問題を取り上げる必要がある。他方で、愛知県の報告書にあるように、「平成 8 年の『らい予防法』廃止後、県出身者で療養所を退所し、社会復帰された方は 5 人のみである⁵⁶」という数字が、ハンセン病病歴者の社会での生きづらさを示している。

⁵⁵ 大阪府(注 9)64 頁。

⁵⁶ 愛知県(注 4)20 頁。

第三編 相談窓口

ハンセン病問題基本法第 17 条は、「国及び地方公共団体は、退所者及び非入所者が日常生活又は社会生活を円滑に営むことができるようにするため、これらの者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行う等必要な措置を講ずるものとする」(第 1 項)と規定し、また、「国及び地方公共団体は、ハンセン病の患者であった者等とその家族との間の家族関係の回復を促進すること等により、ハンセン病の患者であった者等の家族が日常生活又は社会生活を円滑に営むことができるようにするため、ハンセン病の患者であった者等及びその家族からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行う等必要な措置を講ずるものとする」(第 2 項)と規定し、国及び地方公共団体にハンセン病病歴者の対処者や非入所者やその家族が社会生活を円滑に営めるように相談及び情報提供、助言を行うよう定めている。

次に、地方公共団体の相談体制及び相談窓口の実情について検討したい。

第一章 各地方公共団体の取り組み

地方公共団体で独自のハンセン病相談窓口の記載と実施主体をホームページに掲載しているのは、青森県(県庁保健衛生課感染症対策グループ)、茨城県(藤楓協会)、新潟県(新潟藤楓協会)、富山県(厚生部健康対策室感染症対策課感染症対策推進班)、長野県(健康福祉部感染症対策課)、静岡県(健康福祉センター)、愛知県(保健医療局健康医務部健康対策課原爆・アレルギー対策グループ)、滋賀県(滋賀県健康寿命推進課)、大阪府(ハンセン病回復者支援センター)、兵庫県(保健医療部感染症等対策室感染症対策課)、奈良県(疾病対策課)、和歌山県(県庁健康推進課ハンセン病相談窓口)、鳥取県(福祉保健部)、岡山県(健康推進課)、山口県(健康福祉部健康増進課)、香川県(薬務課)、愛媛県(保健福祉部健康衛生局健康増進課)、熊本県(熊本県ハンセン病問題相談・支援センター「りんどう相談センター」)、鹿児島県(くらし保健福祉部健康増進課ハンセン病関係相談窓口)、沖縄県(子ども生活福祉部・沖縄県ゆうな協会)の 20 府県である⁵⁷。最終報告書にある「市町村単位で相談窓口を設置しているのは、大阪府だけである。県単位で実施しているのも、熊本県等に限られている」(48 頁)というものは、ハンセン病問題に特化した独自の相談窓口を持っている府県(大阪府のハンセン病回復者支援センター、熊本県のりんどう相談センター、沖縄県ゆうな協会)を指している。なお、大阪府は、『ハンセン病回復者と家族の相談・支援者向け一問一答』と題する冊子を令和 3(2021)年 2 月に発行している。

相談体制や相談窓口について記載している地方公共団体は、それほど多くない。例えば、三重県は、健康福祉部が、三重県在宅の元患者・軽快退所者に対しては、相談事業を実施していることを記載している。また、岡山県では、社会復帰支援員を設置し、社会復帰希望者からの相談に対応していたが、平成 23(2011)年度末をもって活動を終了している。なお、岡山県では、療養所全体としての社会復帰を推進するため、療養所を訪問して行う交流活動へ補助を行っており、令和 2(2020)年度は 1 件(18 人)、令和 3(2021)年度は 1 件(8 人)実施との記載がある⁵⁸。

⁵⁷ 全ての都道府県のウェブサイトを開覧し、ハンセン病またはハンセン病問題に関する情報をまとめたページの掲載情報を確認するとともに、「ハンセン病 相談窓口」のキーワードでサイト内検索を行い、地方公共団体独自のハンセン病相談窓口情報の掲載有無を確認した。(最終閲覧日:令和 4(2022)年 12 月 20 日)

⁵⁸ 岡山県(注 53)8 頁。

第二章 相談窓口の改善点

熊本県の報告書においては、相談窓口の問題点として、「ハンセン病回復者及びその家族に対し、社会生活に対する不安を少しでも解消するよう、必要な助言や支援をする相談窓口が必要である。また、相談対応にあたっては、ハンセン病問題を理解した人材が必要である。現在、国や地方公共団体に相談対応者を養成するシステムもない。このため、熊本県には、相談窓口の設置とともにハンセン病問題に精通した社会生活支援の専門家を配置するなど支援体制の整備が求められる⁵⁹」との指摘がなされている。

そして何よりも、当事者市民部会の市民委員が指摘するように、「地方公共団体職員がハンセン病回復者と家族の相談を受け、支援することは被害回復であり、地方公共団体職員の責務であること、回復者や家族が相談しやすい地域にするため、ハンセン病問題に真摯に取り組んでいくんだという姿勢をハンセン病問題の啓発冊子を全戸配布して示すことが重要である。情報を届けないといけない人に確実に届ける仕組みが求められている」ことは言うまでもない。相談支援につながっていない退所者やその家族が多いからである。

今後改善すべき点は、ハンセン病病歴者やその家族に対する相談体制や相談窓口の充実である。そのためには、地方公共団体において、ハンセン病問題に特化した相談窓口の開設とハンセン病問題を理解した人材の育成が必要である。現在、厚生労働省の委託事業として、社会福祉法人ふれあい福祉協会が、2020年4月に「ふれあい相談センター」を開設し、ハンセン病問題に精通した専門家で組織される相談員が相談にあっている。また、日本ソーシャルワーカー連盟(JFSW)も、「ハート相談センター」を開設している。地方公共団体にもこうした専門性をもった相談窓口の開設が期待される。

さらに、最終報告書の指摘にあるように、相談窓口間の連携の不足という問題もある。つまり、「ハンセン病問題に特化した相談窓口としては、……厚生労働省の委託事業として、ふれあい福祉協会が行っている『ふれあい相談センター』のほか、地方公共団体のものとして、大阪府及び熊本県の相談窓口が開設されている」が、「これらは生活相談や医療・福祉相談が中心となっている。このほか、ハンセン病問題に特化したものではなく、一般的な人権問題を対象としているが、法務省の人権擁護機関が開設している相談窓口が全国各地に設置されている。ハンセン病問題についても相談し得るが、ほとんどアクセスがない」のが実情である。「ただし、この相談窓口は人権救済手続に移行することが想定されており、『ふれあい相談センター』や地方公共団体の相談窓口にはない特徴といえる。これらの相談窓口が連携することによって、より実効的な役割を果たし得るということになるが、十分な連携が取れているとはいえない。また、これらの相談窓口の設置について周知されていない」(82 頁)という現実があり、今後改善の余地があろう。

また、当事者市民部会の市民委員が指摘するように、「ハンセン病歴を秘匿している回復者にとって、地域の相談窓口はハンセン病歴を安心して語れる場所になっていません。都道府県は当然のこと、市町村にも『ハンセン病回復者と家族のための相談窓口』を設けるべきであり、地方公共団体として責任を持って、相談窓口はどこにあるかを広報すべきです。さらに、さまざまな相談支援機関(地域包括支援センター、障害者の相談支援機関等)でもハンセン病問題の相談に応じられる体制、相談員研修を実施することが求められています」とあるように、ハンセン病病歴者や家族が安心して相談できる相談窓口でな

⁵⁹ 熊本県ハンセン病問題啓発推進委員会『熊本県ハンセン病問題啓発推進委員会報告書』(令和 2(2020)年 1 月 29 日)12 頁。

なければならない。地方公共団体として相談窓口の拡充や相談員研修の実施などさらなる改善の余地があろう。前述した再入所者の理由等を示す資料を提供した有識者会議の委員によれば、「近年はぎりぎりまで社会生活を続けてきた退所者が加齢により身体が不自由となり、……社会での生きづらさと相まって再入所に至る」と考えられるという。「その背景に、頼れる人がいない、病歴を隠しながらだと医療や介護サービスを受けづらさなどのハンセン病隔離政策に起因する社会での生きづらさがあると推察される。退所者が再入所をせざるを得ない状況を解消するためには、退所者への相談事業を充実させることや、再入所・新規入所に至った状況を丁寧に聞き取り、課題を明らかにして対策を講じることが必要と考えられる」と指摘する。まさしく、退所者が安心して相談できる相談窓口が必要である。

さらに、当事者市民部会の市民委員が指摘するように、地方公共団体は、「権利の保持者」である市民に対して、国とともに「責務の保持者」であるので、職員に対するハンセン病問題に関する人権研修を積極的に推し進めていく必要がある。同時に、地方公共団体は、ハンセン病の病歴を明らかにしても差別されない社会を構築するために市民に対して人権啓発を進めていく必要がある。

なお、家族訴訟判決を受けて、令和元(2019)年 11 月にハンセン病元患者家族の補償法が成立した。埼玉県、千葉県、神奈川県を除くすべての都道府県が、そのホームページで、補償金に関する厚生労働省補償金相談窓口の URL を掲載している。⁶⁰

⁶⁰ 全ての都道府県のウェブサイトを開覧し、ハンセン病またはハンセン病問題に関する情報をまとめたページの掲載情報を確認するとともに、「ハンセン病 相談窓口」のキーワードでサイト内検索を行い、厚生労働省補償金相談窓口の URL 掲載有無を確認した。(最終閲覧日:令和 5(2023)年 1 月 18 日)

第四編 ハンセン病病歴者及びその家族の証言の役割

最終報告書は、「ハンセン病偏見差別の解消の問題を『他人事』ではなく『自分事』だと体感し、自己と当事者の関係を加害者—被害者ではなく、ともに人権を守り合う関係に転換していくことの重要性の共有だということになる。こういった体感には、『当事者の肉声』が欠かせない。偏見差別の被害がいかに甚大なもので、その早急な解消がいかに必要かについてのハンセン病病歴者・家族等の思いを最も適切に伝えられるのはハンセン病病歴者・家族等本人であり、市民に対する訴求力の点からも、語り部はかけがえのない存在である。」(107 頁)と指摘する。こうした認識は広く地方公共団体に共有されており、その報告書や人権啓発冊子、さらに人権シンポジウムにおいて、ハンセン病病歴者や家族の証言を掲載し、また、彼らに登壇してもらいその肉声を通して、ハンセン病問題を広く市民に知ってもらいたいとの啓発活動が展開されている。ただ、当事者市民部会の市民委員の指摘にあるように、「いくら入所者・退所者だからといって、被害当事者だけの話を聞くのは、ハンセン病問題としての語りにおいて欠ける場合がある。語り部に寄り添いながら、問題点を整理して指摘できる市民・研究者がついて講演会を行う必要がある。本人の体験とともに、社会が抱えている問題も併せて伝える必要がある」からである。そのためには、地方公共団体には優れた解説者を確保する体制が求められる。

第一章 各地方公共団体の取り組み

北海道の報告書においては、ハンセン病病歴者に対して、①隔離前の生活の様子、②隔離時の状況、③療養所内での生活などの様子、④現在の思い、故郷への思いなどを聞き取り調査するとともに⁶¹、計 21 名の聞き取り内容を資料として詳細に記録している⁶²。

また、愛知県の報告書は、第 4 章に「ハンセン病回復者の声」と題して、10 名の入所者の聞き取りや詩が掲載されている⁶³。そして、第 5 章に「ハンセン病を見つめて」と題して、家族や教員、元駿河療養所長、元愛知県衛生部保健予防課及び愛知県健康福祉部健康対策課の職員、更には元愛知県地域婦人団体連絡協議会会長の証言が記載されている⁶⁴。

長野県の報告書では、療養所入所者の強制収容についての体験談の記載⁶⁵、療養所での生活や外部との交流についての入所者の証言⁶⁶、療養所入所者との懇談会のテープ起こしの記録⁶⁷、さらに資料編として入所者の証言を詳細に記載している⁶⁸。

大阪の報告書は、「第 2 章ハンセン病療養所について」の章を設け、療養所での生活について、入所者の証言を引用しながらその実情を解説している⁶⁹。さらに、大阪府に残っている「昭和十五年五月より二十四年五月末日までの調査概数」と称する書類に基づき、入所勧奨が 9 年間で 4,000 回以上、約 2 日で 3 回の計算で行われていたとの記載や入所者の裁判での陳述、昭和 28(1953)年 7 月の第十六

⁶¹ 北海道(注 1)65-72 頁。

⁶² 同上 96-175 頁。

⁶³ 愛知県(注 4)27-101 頁。

⁶⁴ 同上 105-126 頁。

⁶⁵ 長野県(注 8)28-30 頁。

⁶⁶ 同上 44-53 頁。

⁶⁷ 同上 99-134 頁。

⁶⁸ 同上 136-184 頁。

⁶⁹ 大阪府(注 9)10-25 頁。

回国会参議院厚生委員会での参考人としての証言など多彩な内容が記載されている⁷⁰。

兵庫県の『鐘はあしたの空にⅡ ハンセン病記録集第二集』には、第3章「回復者の歩みの歴史」と題して、県出身の長島愛生園入所者、邑久光明園入所者及び菊池恵楓園入所者の聞き取り、退所者の座談会、元医療従事者からの聞き取り、回復者の活動が紹介されている⁷¹。

熊本県の報告書は、最も多彩な問題についての証言を記載している。例えば、本妙寺集落の強制収容について菊池恵楓園入所者が自治会誌へ寄稿した内容を記載している⁷²。また、強制隔離の際にハンセン病病歴者が受けた被害に関して16人の病歴者への聞き取り結果を記載している⁷³。さらに、平成15(2003)年11月に発生したホテル宿泊拒否事件における菊池恵楓園入所者の証言も記載されている⁷⁴。

この他、奈良県の報告書では「奈良県の語り部たちの声」と題して奈良県出身の入所者の証言を記載している⁷⁵。また、岡山県の啓発冊子でも、長島愛生園と邑久光明園の入所者の証言が「語り部の声耳を傾けて、心に刻もう」というタイトルで掲載されている⁷⁶。香川県の『ハンセン病を知っていますか？～ハンセン病に関する回復者とその家族がおかれていた境遇を踏まえた人権啓発活動～』の中に第2章「ハンセン病療養所入所者の声」として、大島青松園に入所した5名の入所者の聞き取りが掲載されている⁷⁷。さらに、大分県の人権啓発冊子でも、県出身のハンセン病病歴者の証言が記載されている⁷⁸。

この他、ハンセン病病歴者やその家族を講師に招く人権啓発事業が、北海道、静岡県、三重県、兵庫県、岡山県、高知県など各地で行われている。

第二章 今後の課題

最終報告書が述べるように、「病歴者・家族の方々は、ハンセン病に係る偏見差別を解消するための国や地方公共団体の人権教育啓発活動において『中軸の担い手』だと位置づけられる」(120頁)存在である。こうした「当事者の肉声」は、最終報告書が述べるように、「21世紀の人権は『当事者による当事者のための当事者の人権』だと説かれるが、ハンセン病問題の歴史は、それを先取りするものだったといってもよい。この『当事者による当事者のための当事者の人権』を体感する上でも、当事者の『語り』、『肉声』の果たす役割は大きい。何よりも大きいのは、ハンセン病問題を『他人事』ではなく『自分事』だと体感させる上での効果である」(126頁)という点に、その役割の大きさがある。

しかし、ハンセン病病歴者及び家族の高齢化が続く現状を考えると、各地方公共団体はハンセン病病歴者や家族からの証言の聞き取りをさらに進め、それを記録化することが重要である。さらに地方公共団体として、こうした「語り部」機能の継承をいかに行うかについて検討を進め、ハンセン病病歴者や家族でない「伝承者」をいかに育成するかも今後の人権啓発活動の上で重要な課題となろう。

⁷⁰ 同上 59-60 頁。

⁷¹ 兵庫県『鐘はあしたの空にⅡ ハンセン病記録集第二集』(平成 19(2007)年 3 月)39-88 頁。

⁷² 熊本(注 24)60-61 頁

⁷³ 同上 295-313 頁。

⁷⁴ 同上 346 頁。

⁷⁵ 奈良県(注 6)8-12 頁。

⁷⁶ 岡山県『ハンセン病問題のこと正しく知っていますか？』9-10 頁。

⁷⁷ 香川県『ハンセン病を知っていますか？～ハンセン病に関する回復者とその家族がおかれていた境遇を踏まえた人権啓発活動～』12-31 頁。

大分県人権啓発冊子当事者インタビュー集『同じ空の下～15 人からのメッセージ～』(平成 30(2018)年 12 月)19-20 頁。

おわりに

「無らい県運動」の真摯な検証を行った大阪府は、その報告書において、「過去に、大阪府がハンセン病に関する事務を行ったことにより、療養所に隔離され、多大な苦痛と苦難を受けざるを得なかった回復者が多数存在しています。そのことを踏まえ、大阪府への社会復帰を希望する入所者が確実に社会復帰できるよう、府としてできる限りの支援が必要であり、真摯に取り組む必要があります⁷⁹⁾」との考えを表明した。

他方で、岡山県の啓発冊子にあるように、「すでに『らい予防法』は廃止され、社会復帰のための対策も進んでおり、ハンセン病療養所入所者は自由に療養所の外で住むことができるようになっていますが、入所者の多くはすでに高齢となっていることもあり、療養所を退所する方はほとんどいません。熊本県の温泉地のホテルがハンセン病療養所入所者の宿泊を拒否した事件など、いまだに偏見・差別が社会復帰や、地域との交流を阻む大きな壁となっています⁸⁰⁾」という現実、つまり社会におけるハンセン病差別の現在性という問題がある。

令和 2(2020)年に発生した新型コロナウイルスの世界的大流行(パンデミック)によってコロナ患者やその家族、さらには医療関係者への差別事象が生じたことは記憶に新しい。群馬県の報告書は、「ハンセン病問題に関する施策は、国家施策として実施されてきたが、県においても湯ノ沢地区住民の移転に関する隔離政策に関与していたことが判明した。県としては、この調査結果を史実として公表することを通して、ハンセン病普及啓発を始め、今後の感染症対策における人権尊重の重要性、いわゆる感染症についての正しい知識と理解のもと、偏見差別をなくしていくことを県民とともに今まで以上にしっかりと認識していきたい⁸¹⁾」との見解を示している。

令和 2(2020)年 4 月 23 日にグテーレス国連事務総長は、「COVID-19 と人権」と題する報告書において、「新型コロナのパンデミックは公衆衛生上の緊急事態であるが、それ以上のものである。それは経済的危機であり、社会全体の危機であり、そして人権の危機である⁸²⁾」と述べた。この中で、国連事務総長は、新型コロナの取組みにおいて人権が中心となることを指摘した。ハンセン病問題でわれわれが学ぶべきはこうした基本姿勢であり、各地方公共団体は、公衆衛生上の問題にとどまらず人権の問題であるという姿勢を堅持する必要がある。

⁷⁹⁾ 大阪府(注 9)64 頁。

⁸⁰⁾ 岡山県保健福祉部健康推進課『ハンセン病問題のこと正しく知っていますか?』4 頁。

⁸¹⁾ 群馬(注 2)10 頁。

⁸²⁾ Antonio Guterres, “We are all in this Together: Human Rights and COVID-19 Response and Recovery,” 23 April 2020, <https://www.on.org/en/un-coronavirus-communications-teams/we-are-all-together-human-rights-and-covid-19-response-and-recovery>

※この検討会は、厚生労働省健康局より委託を受けた「ハンセン病に係る偏見差別の解消のための施策検討調査等一式」(令和3～4年度)に基づき、株式会社三菱総合研究所が事務局として運営しました。

資料編 地方公共団体等の自主的な取り組み 報告書

令和5(2023)年3月

ハンセン病に係る偏見差別の解消のための施策検討会
(事務局:株式会社三菱総合研究所 ヘルスケア&ウェルネス本部
TEL 03-5157-2111(代表))
