

〔博士後期課程研究論文〕 「公共の福祉」と人権侵害－医療における戦後の隔離政策をめぐる問題－

メタデータ	言語: jpn 出版者: 明治大学大学院 公開日: 2011-04-15 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 金井, 直美 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10291/10957">http://hdl.handle.net/10291/10957</a>

## 「公共の福祉」と人権侵害

——医療における戦後の隔離政策をめぐる問題——

‘Public Welfare’ and Human Rights Violations:

The Issue of Postwar Quarantine Policy in Medicine

博士後期課程 政治学専攻 2008年度入学

金 井 直 美

KANAI Naomi

### 【論文要旨】

戦後の日本国憲法では、基本的人権の尊重が重要な理念となっており、それを守ることの大切さが様々な場で語られる。しかし、その一方で、これまで人権が憲法によって十分保障され、社会の中で尊重されてきたとは、必ずしも言えない状況にあると考えられる。このような理由の大きな一因としては、戦後の日本では、しばしば国家や多数派の利益が少数派のそれよりも優先され、それに伴って生じた多数派による少数派の排除という人権侵害が、「公共の福祉」の名の下に、容易に正当化されてきたことがあるのではないかと考えられる。そこで、本稿では、それらが顕著に見られる例として、戦後の医療における隔離政策を取り上げ、その妥当性や問題性を検討する。具体的には、強制隔離が必要とみなされ、それが実際に行われてきた代表的な疾患—ハンセン病、結核、精神疾患—を取り上げ、それらの政策の具体的な経緯を概観し、その共通点と相違点を踏まえた上で、「強制隔離」が「公共の福祉」や「人権」にとってどのような意味を持つのかを考察する。そして、それは真の「公共の福祉」を実現するための最も妥当な手段なのか、といった問題についても最終的な結論を提示する。

【キーワード】 強制隔離、公共の福祉、ハンセン病、結核、精神疾患

### 1. はじめに

戦後の日本国憲法では、基本的人権の尊重が重要な理念として謳われており、また様々な場面で

人権を守ることの大切さが説かれている。しかしその一方で、これまでの戦後の歴史を振り返ってみれば、それが憲法によって十分保障され、社会の中で尊重されてきたとは必ずしも言えない状況にあると考えられる。そして、このような状況が生じた理由を考えると、その同じ憲法の中に、「公共の福祉」に反しない限りで人権を最大限に尊重すべき、との規定<sup>1</sup>があり、そこから、個人の「人権」が「公共の福祉」に反する場合は、それが制限されてもやむを得ないとの解釈が生じたこと<sup>2</sup>が大きな一因であるとも考えられる。その結果、「人権」は「公共の福祉」のために容易に制限されうるものとなり、国家や国民全体の利益が個人や少数者の利益と衝突した場合には、前者がしばしば最優先され、実際に生じた様々な人権侵害が、「公共の福祉」の名の下に容易に正当化されてきたとも考えられる。とりわけ、戦後の日本社会において、そのような傾向が顕著にみられた例としては、他者に伝染や危害の及ぶ恐れがあるとされた病を持つ人々への、国家や社会の対応を挙げることができる。そこでは、本人の意思の有無にかかわらず、これらの人々を一般の社会から引き離し、一定の場所に強制的に隔離するという方法がしばしば用いられてきたが、それは「公共の福祉」のために必要かつ当然のこととして認められ、実際の「強制隔離」に伴う人権侵害的側面や、「強制隔離」という方法そのものに関する妥当性等が議論されることは最近まであまりなかったと考えられる。その結果、実際の「強制隔離」に伴って生じた様々な人権侵害の事実は長い間見過ごされ、また、「強制隔離」された人々の存在さえ忘れ去られてきたように見える。

このような状況の中、2001年に熊本地裁において出されたハンセン病国家賠償請求訴訟判決では、日本国憲法の下で強制隔離を進めた戦後日本のハンセン病政策の違法性が初めて認定され、その後の調査においても、それらの政策の下に行われた様々な人権侵害の事実が次々と明らかにされたことは周知の事実である。これにより、従来の日本の感染症対策は転換を迫られることとなり、感染者の隔離に際しては、その人権を尊重し、それらの措置は必要最小限に止めること等が求められるようになった。

このように、従来のハンセン病やその他の感染症対策に関する認識の変化は、患者の人権を尊重するという観点から見れば大きな進歩であり、非常に歓迎すべき状況に見える。また、一般の社会から強制的に隔離され、長期にわたって人権を侵害されてきた元ハンセン病患者の人々にとって、

---

<sup>1</sup> 日本国憲法では、第12条で、国民は常に「公共の福祉のために」憲法が保障する自由および権利を利用する責任がある、ということを含めており、また13条で、「生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」と定めている。

<sup>2</sup> 「公共の福祉」を「人権」との関係でどのように捉えるかという問題については様々な議論があり、憲法学上は、必ずしも「公共の福祉」が人権の制約原理として解釈されているわけではない。しかし、戦後の政策立案や最高裁判所の判例等、実際の政治的な場面においては、しばしばそのように解釈され、主張されてきた。例えば、藤野によれば、戦後の日本国憲法の下で成立した「らい予防法」の法案審議過程においては、それを推進した厚生省官僚や療養所長と、左右社会党議員との間で、法案をめぐる対立が生じたが、その一方で、「公共の福祉」のためには患者の人権が制限されることもやむなし、とする価値観を共有していたとされる。(詳しくは、藤野豊『ハンセン病と戦後民主主義—なぜ隔離は強化されたのか』岩波書店、2006年、115～167頁。)

日本社会がそれらの人々の存在を再「発見」し、受け入れ、その人権侵害の深刻さを知ると同時に、そのような政策を実施した政府に対して非難の目を向けることは、被害回復への大きな一助となるに違いない。しかし、他方で、一般の医療と「強制隔離」を必要とする医療の違いは何かといった問題や、「患者を強制的に隔離する」ということが意図する目的は何かといった問題に視点を移せば、戦後日本のハンセン病政策は、平和で繁栄した社会を目指す途上で、たまたま生じた特殊な事例に過ぎないのかという疑問が残る。また、人権侵害の被害を受けた人々に対する補償さえなされれば、それで問題は解決するのか、あるいは、そもそも医療における「強制隔離」という方法は、感染や危害の防止といった「公共の福祉」にとって本当に必要不可欠の方法であり、そのためには患者の人権が侵害されることは必要悪であり、やむを得ないことであるといえるのか、といった疑問も生じる。

そこで、本研究では、戦後の日本において、人権侵害を正当化してきた「公共の福祉」とは何であったのか、また、本来「人権」とは、「公共の福祉」によって容易に制限されうるものなのか、といった問題意識を前提に、そのような問題が最も顕著に現れている例として、戦後実際に行われてきた医療における隔離政策を取り上げ、その妥当性や問題性について検討していく。具体的には、強制隔離が必要とみなされ、それらの方法が実際に用いられてきた代表的な疾患—ハンセン病、結核、精神疾患等—を取り上げ、それぞれの政策の具体的な経緯を概観し、そこに見られる共通点や相違点を踏まえた上で、強制隔離が「公共の福祉」や「患者の人権」にとってどのような意味や影響をもたらすのかといった問題について考察したい。その際、戦後日本の様々な隔離政策の特徴をより深く理解するために、その出発点となる戦前の隔離政策や、海外の政策動向等にも必要に応じて言及する。そして、「強制隔離」という方法が、真に「公共の福祉」を実現するための最も妥当な手段であるのかという点についても、筆者なりの最終的な結論を提示したいと考えている。

## 2. 戦後日本の隔離政策の実際

ここでは、戦後の日本国憲法の下で実施されてきた強制隔離政策の実情を把握するために、そのような強制隔離が必要とされた疾患の代表例として、ハンセン病や結核、精神疾患を主に取り上げ、それぞれの政策を概観していく。その際、戦後に実施された各政策の特徴をより深く理解するため、その出発点となる明治期以降戦前までの政策や、その時々国際的な政策動向等にも言及したい。

### 2-1. ハンセン病政策の経緯

戦前から戦後にわたって、生涯絶対隔離を基本とし、その過程で、入所患者に対する強制的な断種手術の実施<sup>3</sup>や、療養所長による「懲戒検束権」<sup>4</sup>の行使等に顕著にみられるような、様々な人権侵害が行われてきた日本のハンセン病政策は、1907（明治40）年の法律第十一号「癩予防二関スル件」の制定に始まる。従来、ハンセン病は業病<sup>5</sup>や仏罰・神罰の現れ、遺伝病等と考えられてお

り、差別や迫害を受けることも多かった<sup>6</sup>ため、住んでいた村を離れて各地を放浪したり、霊場を巡礼したりしていたが、それらの人々が物乞いをしながら霊場に定住して集落を形成したり、都市の貧民街に居住したりしていた。このような状況に対して、当時の日本人は浮浪者や犯罪人に対するのと同様、何の関心も疑問も抱いていなかった、というのが明治初年頃までの実情であった。

このような状況の中、1872（明治5）年には、明治政府がロシアのアレクセイ大公訪日を前にして、東京市内の浮浪者の取り締まりを実施し、約240人の浮浪者を養育院に収容するという出来事が起きるが、この中には、ハンセン病患者も含まれていた。また、同じ頃より、ハンセン病患者に対しては、内外の宗教家が心を痛み、救らい事業を開始するようになる<sup>7</sup>。一方、長らくその原因が不明であったハンセン病は、1873（明治6）年の、アルマウエル・ハンセンによる「らい菌」の発見によって、感染症として認識されるようになり<sup>8</sup>、以降医学的見地からその治療法<sup>9</sup>が模索され

---

<sup>3</sup> 1914（大正3）年頃から、療養所内での結婚を認める条件として行われ始め、当初は希望者にのみ法律外の措置として実施されていたが、後には療養所内の不文律となり、戦後は「優生保護法」に基づく優生政策の一環として行われるようになった。女性に対しては人工妊娠中絶が行われたが、違法な強制人工妊娠中絶が横行し、新生児の殺害が行われることもあったと言われている。最近になって、この時のものとみられる胎児や新生児の遺体の標本が、全国に115体保存されていることが明らかとなり、2005（平成15）年1月27日には、厚生労働省によって設置された第三者機関「ハンセン病問題検証会議」がこれを報告し、検証作業を提議している。

<sup>4</sup> 1916（大正5）年に、全国の療養所長に対して付与されたもので、各施設内に監房を作り、警察・検察・裁判・刑執行の権限を与え、所長の一存で患者を投獄出来るようにしたものである。このような権限が所長に与えられた背景には、療養所内で自暴自棄になる者が多く、混乱が絶えなかったことや、療養所からの患者の脱走が増加したこと等があり、秩序維持を目的としていたと考えられている。そして、これらの規定は、その後も改正されることなく戦後の「らい予防法」に引き継がれることとなった。

<sup>5</sup> 前世や過去の悪行の因果が祟った結果の病気を意味する。

<sup>6</sup> このような認識が長く持たれてきた理由については、ハンセン病が相対的に発病しにくい病気であり、感染から発病までの流れも明らかになりにくく、伝染病というイメージとなかなか結びつかなかったためとも考えられている。また、差別や迫害といった状況が、長い間、世界中の様々な地域で見られてきた理由については、外見上の著しい変形に加えて、ハンセン病それ自体が「死に至る病」ではなかったため、そのような外形の変化を長期にわたって周囲の目に曝さざるをえず、その結果、差別の焦点がハンセン病に合わせられたためとも言われている。（武田徹『「隔離」という病—近代日本の医療空間』中央公論新社、2005年、11～14頁。）

<sup>7</sup> 1889（明治22）年には、フランス人のテストウィード神父が静岡県御殿場に日本で最初の療養所を創設し、1895（明治28）年には、ハンナ・リデルが熊本市に回春病院、1906（明治39）年には、日蓮宗僧侶綱脇龍妙師が深敬園をそれぞれ開設し、明治中期までには、全国に私立らい療養所が5か所存在していた。

<sup>8</sup> ハンセン病は、らい菌の皮膚や末梢神経細胞内寄生によって引き起こされる感染症であると考えられており、未治療のらい菌保有者の鼻汁や組織浸出液が感染源とされている。一般に潜伏期間は3～5年とされているが、伝染力は非常に低く（らい菌と接触する人の95%は自然免疫で感染・発症を防御できる）、大人から大人への感染発症は極めて稀である（感染時期は免疫機能の弱い小児が多く、医療関係者で発病した例はない）。主な症状は、末梢神経障害（感覚・運動の麻痺、神経の炎症から、手足の変形、神経痛、外傷による化膿・潰瘍、失明等へと至る）と皮膚症状（多様な発疹、顔面や手足の先等の皮膚構造の破壊、脱毛等）であるが、ハンセン病そのものによって死に至ることは稀である。1897（明治30）年にベルリンで開かれた第一回国際らい会議では、ハンセンの唱えた「感染症説」が国際的に承認され、相対的隔離の必要性が確認されている。

るようになる。

これら国内外の動きの中で、1907（明治40）年には、浮浪患者の隔離を行うためとして、法律第十一号「癩子防二関スル件」が制定される。しかし、この法律が意図していたのは、患者に対する救済や治療というよりもむしろ、浮浪患者の取り締まりであり、その背景には、「癩は文明国として不名誉であり恥辱である」とする、欧米を意識した国家の体面や、都市の治安維持を重視する見地があったと考えられている。このような認識は、その2年後に全国5か所に開設された公立療養所の所長のほとんどが警察官で占められていたという事実にも表れており、実際の療養所内の状況も治療とは名ばかりで、無秩序と混乱が支配していたとされる。このため、そのような状況に対して、その後各療養所長に対しては、前述の「懲戒検束権」が付与され、また、一部の療養所では、男性患者に対する断種手術が行われ始めたと考えられる。さらに、1938（昭和13）年には、群馬県内にある療養所に特別病室という名の牢獄（いわゆる重監房）が設置され、全国から懲罰を受けるために患者が送られるようになる。また、それと前後して、1931（昭和6）年には、従来の浮浪癩患者だけでなく、在宅患者も含めたすべての患者の強制隔離を目的とする「(旧) 癩子防法」が制定され、以降近年に至るまで続く、全患者に対する生涯絶対隔離政策の基礎が形作られることとなる。しかし、この時期、国際連盟らい委員会は、ハンセン病が治療可能な病気であり、社会復帰を前提とする外来治療の制度確立が必要であるとする「癩子防の原則」を発表しており、日本はこのような国際的な動向とは正反対の道を選択することとなる。

その後、このような絶対隔離方式を前提とする「癩子防法」の成立を契機として、「癩子防協会」<sup>9</sup>が発足し、それに続いて「癩子防デイ」<sup>11</sup>も制定される。また、官民一体となってすべての患者の隔離を目指す1936（昭和11）年の「二十年根絶計画」が開始されると、「無癩県運動」<sup>12</sup>が全国に広まり、この時期、多くの患者が家族や地域、一般社会から強制的に連れ去られ、全国の療養所に送られることとなる。そして、戦時中には療養所内の悲惨な状況の下、多くの患者が亡くなったといわれている。ここまでの、明治期から戦前にかけてのハンセン病をめぐる状況である。この

---

<sup>9</sup> ハンセン病の治療は、早期発見と投薬による早期治療が重要であり、現在の医学では適切な治療によって完治することが可能であり、重篤な後遺症を残すことも、自らが感染源になることもないとされている。1943（昭和18）年以降、プロミンが特効薬として発見されてからは、ハンセン病が治る病気となり、治療は劇的に変化したといわれている。

<sup>10</sup> 癩子防法の成立と同じ年に、渋沢栄一ら財界人と内務官僚によって作られた、無癩県運動（注11参照）の最大の推進団体であり、貞明皇后（大正天皇の妻）の下賜金を基金に組み入れ、国民「啓発」活動と、ハンセン病患者を出した家族への援助を行った。

<sup>11</sup> 貞明皇后の誕生日である6月25日にちなんで、1933（昭和8）年に制定されたものであり、ハンセン病患者の救済を名目に、無癩県運動と強制隔離政策を奨める政府のキャンペーン事業であった。

<sup>12</sup> 愛知県の方面委員が、当時の公立療養所長島愛生園（岡山県）を訪れ患者の生活を視察し、帰県してから、愛知県よりらいを無くそうと民間運動を始めたことが発端となって、その後全国に広がった運動を指す。これによって、各県の衛生当局は、警察の協力の下、住民の投書や噂を根拠に犯人探索のごとくハンセン病患者をしらみつぶしに見つけ出し、各地の療養所に送り込んだとされている。（強制隔離の具体的な状況に関しては、徳永進『隔離—故郷を追われたハンセン病患者たち』岩波書店、1991年を参照。）

間、公立療養所設立当初、全国に5ヶ所で1050床あった病床数は、終戦直後の時点で、国立療養所<sup>13</sup>10ヶ所に1万床、私立3ヶ所で290床まで増加した。

一方、戦後に入ると、1943（昭和18）年にアメリカで特效薬として発見されたプロミンが日本にも導入されるようになり、1947（昭和22）年には治験が開始されるようになる。また同年、戦前に設けられた重監房の存在が社会問題化し、国会で取り上げられ、その後廃止となり、翌年には、患者側の働きかけによって、プロミンの予算が国会を通過する。このような流れを受けて、1951（昭和26）年には、全国の療養所に入所するハンセン病患者による自治組織<sup>14</sup>が発足し、以降「癩予防法」の改正へ向けて、草案作成や闘争行動が開始される。

しかし、このような特效薬の出現や、患者側の活発な働きかけに反して、1948（昭和23）年には、強制的な断種や人工妊娠中絶を認め、その対象にハンセン病患者をも含む優生保護法<sup>15</sup>が成立し、翌年には、全国療養所長会議において決定された「第2次無らい県運動」に基づき、療養所の拡張や「未収容患者」全員の完全収容が目指され、その結果全員隔離・終生隔離により患者の絶滅を目指す戦前の「らい根絶策」が、厚生省に引き継がれることとなった。また、1951（昭和26）年には、光田健輔<sup>16</sup>ら国立3療養所の園長が、国会証言の場において、患者の意思に反してでも収容できる法律や、断種、あるいは逃走罪等の罰則の必要性を提言し、これを受けて、1953（昭和28）年には、「らい予防法」が新たに制定<sup>17</sup>され、1996（平成8）年の廃止に至るまで、戦前の政策が引き継がれることとなる。その間、国際会議やWHOによる勧告<sup>18</sup>では、一貫して社会復帰を前提とする開放治療や、外来治療の必要性が強調されてきたが、日本はこれらの動向に全く関与

---

<sup>13</sup> 1909（明治42）年の設立当初、各市県の公立であった療養所は、1941（昭和16）年に国に移管され、国立療養所となった。

<sup>14</sup> 当初、全国国立癩療養所患者協議会（全癩患協）として発足したが、後に全国ハンセン病療養所入所者協議会（全療協）と名称変更し、現在に至っている。

<sup>15</sup> 優生保護法は、主に遺伝性疾患を持つ者に対して、医師が必要と判断した場合には、本人の同意がなくても、強制的に断種や人工妊娠中絶が可能であることを認めるものであった。一方、ハンセン病に関しては、遺伝性疾患でないにも関わらずその対象とされ、これにより従来療養所内で違法に行われていた断種手術には法的な根拠が与えられた。このような強制断種を容認する優生保護法は、つい最近まで存在していたが、1996（平成8）年の「らい予防法」廃止に伴って改正され、「母体保護法」と名称変更すると同時に、これらのらい条項を含む優生思想に基づく強制断種等の条項は削除された。

<sup>16</sup> 1876（明治9）年生まれの医師であり、かつては、ハンセン病治療に携わりその患者の救済事業に積極的に取り組んだパイオニア的な存在として、「救らいの父」と評価され、1951（昭和26）年には文化勲章を受章し、また、死去した1964（昭和39）年には、叙・正三位、勲・一等瑞宝章が贈られている。その一方で、近年は、患者への強制断種を実施し、戦前から戦後にわたる絶対隔離政策を強力に推し進め、また、ハンセン病患者に対する差別を助長する元凶を作った人物として、ハンセン病元患者やハンセン病の近現代史を研究する学者等からは批判の声があがっており、日本のハンセン病政策の明暗を象徴する人物とされている。（詳しくは、沖浦和光・徳永進編『ハンセン病―排除・差別・隔離の歴史』岩波書店、2001年、7～13頁、前掲『隔離という病』112～126頁、等参照。）

<sup>17</sup> 国会での法案成立の際には患者側の強い反対があったため、家族への援護や、外出規制・懲戒規定の改善、入所者の強制労働の待遇改善、強制隔離や強制検診における人権尊重等、9項目について、「近い将来、改正を期す」との付帯決議がついた。しかし、その後廃止に至るまで、結局改正がなされることはなかった。

せず、1970（昭和45）年の時点でも、全患者の94%が療養所内に隔離されていた。

しかし、1988（昭和63）年に、WHOが「らい対策の方針」の中で、「隔離はもはや不必要」と表明したことを受けて、日本国内においてもさすがにおかしいと「らい予防法」に対する疑問の声が上がるとなり、1994（平成6）年には、全国国立ハンセン病療養所所長連盟が、廃止を含む抜本的見直しを厚生省（現厚生労働省）に要求する<sup>19</sup>。さらに翌年には、日本らい学会<sup>20</sup>が「らい予防法」黙認に対する反省の見解を表明し、1996（平成8）年には、当時の菅直人厚生大臣が「らい予防法」見直しの遅れについて謝罪し、「らい予防法の廃止に関する法律」が制定されることにより、戦前からの長きにわたって維持されてきた強制隔離政策は、ここに廃止されることとなる。

その一方で、「らい予防法」廃止の2年後、1998（平成10）年には、元患者13名<sup>21</sup>が国を相手にハンセン病国家賠償請求訴訟を熊本地裁に起こし<sup>22</sup>、2001（平成13）年には原告勝訴の判決が出され、当時の小泉純一郎首相が控訴断念を決定したことにより、国の政策の誤りを認める違憲判決が確定した。これを受けて、同年には「ハンセン病療養所入所者に対する補償金の支給等に関する法律」が成立し、国による補償が行われることとなった。また、翌年には、真相究明のため、厚生省が日弁連法務研究財団に委託して設置した第三者機関「ハンセン病問題に関する検証会議」が発足し、2005（平成17）年には、2年半に及ぶ検証作業の結果が「最終報告書」<sup>23</sup>にまとめられ、厚労

<sup>18</sup> 1956（昭和31）年には、マルタ騎士修道会主催の「ローマ会議」が開催され、開放治療を謳った「ローマ宣言」が採択された。また、1958（昭和33）年に東京で開催された「第7回国際らい学会」では、開放治療の方向が勧告されている。さらに、1960（昭和35）年には、WHOが外来治療管理の方向を勧告し、翌年には、当時アメリカの占領下にあった沖縄で、WHO方式による外来治療が開始されている。

<sup>19</sup> このような動きが生じた背景には、WHOの方針による影響だけではなく、従来、光田健輔やその後継者らによって占められてきた国立療養所の所長や幹部が、1990年代以降、定年等によって引退し、世代交代が行われたことも大きいと考えられている。

<sup>20</sup> ハンセン病に関する研究や会員相互の知識の交換を図る目的で設立された、日本医学会分科会の一つであるが、この学会の中心は長く光田やその後継者らで占められており、実質的には彼らの意向が学会の動向を左右していたとされている。

<sup>21</sup> 後に原告は127名まで増え、また、翌年には、東京や岡山でも同様の訴訟が提起された。

<sup>22</sup> 「らい予防法」が廃止されたにも関わらず、このような提訴を行った理由として、原告の一人である作家の島比呂志（1918～2005年）は、①廃止法には国の責任が明記されていない②ハンセン病患者には健康保険証がないため、療養所の外では医療が受けられず、社会復帰にも支障をきたす③職員に危険手当（24%）がついたままである④入所者のほとんどは病気から回復しているにもかかわらず、ハンセン病療養所という呼称が使われている⑤「福利増進を図り、社会復帰を増進」と廃止法には明記されているが、社会復帰の促進が図られず、廃止法は隔離政策の継続を意味するに過ぎない、等を挙げ、「らい予防法」廃止の問題点を指摘している。（詳しくは、島比呂志・篠原陸治『国の責任—今なお、生きつづけるらい予防法』社会評論社、1998年、参照。）また、訴訟を起こすに当たっては、当初、「法廃止によって、今までの待遇が保障されなくなるのではないか」との懸念や、「家族に知られては困る」等の不安、「今さらそのようなことをしても無駄ではないか…」といったあきらめの声等が入所者の間でも多く、原告となった元患者に対する反対や反発も強かったと言われている。しかし、熊本地裁判決が確定した後は、多くの元患者が原告に加わった全国一斉提訴が行われ、以降現在に至るまで続々と和解が成立している。（裁判に至るまでの経緯や、裁判を取り巻く状況、裁判に関わった人々の動き等についての詳細は、ハンセン病違憲国賠訴訟弁護団『開かれた扉—ハンセン病裁判を聞いた人たち』講談社、2003年、を参照。）

相に提出されている。さらに、その翌年には、厚労省主催の「ハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会」が開催され、2008（平成20）年には、「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」（通称「ハンセン病問題基本法」）が成立し、現在に至っている。

これらの政策の結果、1996年のらい予防法廃止の時点で、全国に存在する国立13ヶ所、私立2ヶ所の療養所に入所している元患者の人数は6,000人弱となっており、平均年齢は70歳超で、7割以上の者が、入所歴30年以上となっている<sup>24</sup>。また、全国の療養所に眠る遺骨の数は約23,000柱といわれており、らい予防法廃止以前に療養所を退所した者は2,000人未満であるため、療養所に入所した者のほとんどは、その生涯を療養所内で閉じていることとなる。一方、現在療養所内にいる者のほとんどはすでに病気が治癒している元患者であるが、高齢や病気の後遺症によって障害を持つ者が多く、また、かつて強制的に行われた断種・墮胎手術のために子供がいない者がほとんどであるため、介護を必要として療養所内に入所しているというのが実情である。このため、らい予防法が廃止され、社会復帰のための支援が行われるようになった現在でも、実際に社会復帰できた例はごくわずかに止まっている。

## 2-2. 結核に対する政策の経緯

かつて結核は「死の病」として恐れられ、「国民病」と呼ばれるほど広く社会に蔓延していた。感染力も強く、発症すれば死の危険に絶えず直面する結核は、「公共の福祉」という観点からみれば、ハンセン病以上に隔離が必要とみなされても不思議ではない病気であった。しかし、実際には、ハンセン病政策のような、絶対隔離方式に基づく徹底的で強制的な患者の隔離が行われたわけではなく、むしろ逆に、隔離の不徹底さや対策の不十分さから、病の蔓延を招き、また、病床数の絶対的不足から、時に患者側の反対にもかかわらず、軽症者に対しての強制的な退所勧告が出されたりした。一方、症状が改善した場合には、速やかな社会復帰の道が模索され、その後の医学の発展にも多大な貢献を果たした。その結果、かつて戦前から戦後にかけて数多く存在した結核療養所は、現在その役割をほとんど終え、その多くが姿を消している。このように、ハンセン病と結核とは、同じ伝染病でありながら、その政策は大きく異なっており、結核の場合、患者の「隔離」そのものが、深刻な人権侵害を引き起こすものとして今日問題視されることはほとんどない。そこで以下では、結核の場合、なぜハンセン病政策のような「絶対隔離」の政策が取られなかったのか、という点を明らかにするためにも、戦前から戦後にかけての結核に対する政策の経緯についてみていきたい。

<sup>23</sup> その内容は、戦前から「らい予防法」廃止に至るまでの隔離政策の経緯や被害の実態に触れた上で、熊本地裁判決で示された国の責任や国会議員による立法の不作为等の問題に加えて、皇室の果たした役割や、医学・医療界、法曹界、福祉界、教育界、宗教界、マスメディア等の各界の責任についても指摘しており、また、再発防止に向けた各界の取り組みに関する提言も行っている。実際の報告書は、厚労省のHPからダウンロード可能である。

<sup>24</sup> 2009年5月1日現在は、入所者数約2,600人で、平均年齢は約80歳となっている。

従来結核は、日本人に身近な病気として古くから存在しており、江戸時代中期までには、その原因が遺伝か伝染とまで考えられるようになっていたといわれている。しかし、その存在が「国民病」と言われるまでに急速に社会問題化するのには明治期以降である。結核の蔓延の問題は、日本資本主義発展の陰の部分で代表する性格を持つとも言われており<sup>25</sup>、明治維新による産業の発展や都市化といった日本の近代化の歩みが深く関わっている。これは、結核という病気が感染そのものよりも、栄養不良や疲労、その他貧困に伴う様々な悪条件によって、深刻な病気となりうると考えられているためである<sup>26</sup>。このため、結核は当初、工場の劣悪な環境下で働く女工と呼ばれる女子労働者<sup>27</sup>の間で急速に広まり、結核に感染した女工は使いものにならないとしてそのまま農村へ帰されたため、今度は各地の農村で結核が広まり、農村で結核にかかった男子が軍隊へ入ると、今度は軍隊内で結核が流行る、というような経緯をたどり、日本中に結核が広まっていったと考えられている。このように、結核は貧困と密接に関わる病気として、日本の近代化と共に広まったが、一方で結核は人口の密集する都市部に多い病気でもあったため、そこには貧困層だけでなく裕福な層の患者も存在し、中には、作家や歌人等の著名人も含まれていた。このため、結核は貧困と結びついた「死病」として激しい偏見・差別の対象とされた一方で、「上流階級の病」「天才の病」「佳人薄命の病」といったような正反対のイメージも持たれ、肺病のロマン化といわれるような状況も生じていたといわれる<sup>28</sup>。

このように、明治期に入って結核は急激に広まったが、このような状況に対して、当初政府がどのような政策を実施していたかをみると、ハンセン病政策と比べて驚くほど乏しいことがわかる。ハンセン病の場合には、1909（明治42）年の時点で最初の公立療養所が作られ、浮浪患者の隔離が始められたが、結核の場合には、1910（明治43）年代時点で結核による死傷者数が年間10万人といわれ、その蔓延が深刻な状況となっていたにもかかわらず、公立の療養所どころか、効果的な対策はほとんど取られておらず、唯一のものは公共の場への痰壺の設置や患者の使用物の消毒等を命じる、1904（明治37）年の「肺結核予防二関スル件」<sup>29</sup>という内務省令のみであった<sup>30</sup>。そ

<sup>25</sup> 川上武『現代日本病人史』勁草書房、1982年、332頁。

<sup>26</sup> 結核は、1882（明治15）年に、ロベルト・コッホによって発見された、結核菌という細菌によっておこる慢性伝染病であり、その主なものは患者の喀痰（肺からの排泄物を患者が路上に吐いたもの）である。これが空気感染により人の肺に達し、そこから発病に至る者がある。感染してから明らかな初期症状が出るまでの期間は通常4～6週間であるが、結核菌に感染した者すべてが発病するわけではなく、その他の様々な条件が重なって発病するため、その感染を見分けることは容易ではない。このため、感染後の予後は様々であり、最も悪化の一途を辿った場合には、感染、発病、増悪、死亡という経緯を経る。また、一度治癒しても再発したり、病気の再燃や転移が生じたりして、全身病となることもある。

<sup>27</sup> 明治維新以降の都市部の産業化に伴って、製糸業や紡績業を営む工場では、多くの労働者が必要とされたが、当時それらの労働を担ったのが、農村からの出稼ぎとしての若年女子労働者であった。当時貧困の状況に置かれていた多くの農村では、青年の男子は軍隊、女子は都市部の工場に出稼ぎに行くことが一般的であった。（当時の女工が置かれていた環境や具体的な生活の詳細については、小松良夫『結核—日本近代史の裏側』清風堂書店、2000年、70～103頁、参照。）

<sup>28</sup> 福田真人『結核という文化—病の比較文化史』（中公新書）、中央公論新社、2001年、160頁。

の一方で、療養には安静、清浄な空気、栄養が大事とされていたため、明治の中頃に入ると、湘南海岸を中心として、サナトリウムと呼ばれる私立の療養所が、一部の富裕層を対象に作られるようになる。

その後、大正期に入ると、1914（大正3）年に、法律第十六号「肺結核療養所ノ設置及国庫補助ニ関スル件」が制定され、主に貧困層の患者救済を目的とした公立の療養所の設置が初めて命じられることとなり、その後の1919（大正8）年には「(旧)結核予防法」が制定される。しかし、その時点で患者数10万人といわれる現状に対して、公立の療養所は500床にも満たなかったため、隔離のために療養所への入所を命令することは困難であり、また、差別を恐れる患者や医師らによる届出制度への反対もあったことから、その内容はあいまいな妥協の産物となり、結核の蔓延を防止するための有効な対策はほとんど打てない状況であった<sup>31</sup>。

このような状況ではあったが、昭和に入り、1931（昭和6）年の満州事変の勃発を機に軍事色が強まってくると、軍隊内、あるいは兵隊予備軍としての国民の間での結核の蔓延や体力低下は深刻な問題となってくる。ここに至って初めて、政府は本格的な対策に乗り出し、1937（昭和12）年には「国立結核療養所官制」の公布によって、国立の療養所が設置されるようになり、翌年には結核対策を重要な柱とする「厚生省」が設置され、徴兵検査に胸部レントゲン検査が導入されるようになる。

以上のように、実際の結核の蔓延に対して、戦前までの結核対策は非常に不十分なものに止まり、その防止に対して有効な対策はほとんど取られて来なかったというのが現状である。また、戦時中は療養所内の環境も劣悪となり、食料も不足していたことから、多くの患者は治療を中断して退院し、食料を求めて郷里や縁者を頼って出て行ったとされる。その結果、終戦直後の1946（昭和21）年末の時点で、国立療養所の全病床数28,700床のうち、入所患者は12,500人に過ぎなかった<sup>32</sup>。このため、結核対策の不十分さに対して、「結核患者及びその疑いのある者の検診と隔離」を要請するGHQの指導が行われ、それを受けて、厚生省は1947（昭和22）年、結核予防組織の

<sup>29</sup> これはロンドンで開かれた国際結核会議の「結核患者の喀痰対策」を踏まえたものであったが、結核の蔓延に対してはほとんど効果がないとして、一般的には「タンツボ条例」と揶揄される結果となった。

<sup>30</sup> その理由としては、当時の明治政府に財政難があったことに加え、明治期以降、国外から持ち込まれたコレラや赤痢等の急性伝染病への対応に追われて、慢性病である結核にまでは対応が追い付かなかったこと、あるいは長い間その原因がはっきりとは特定できなかったこと等の理由も考えられている。その一方で、公立の療養所が存在しなかった理由としては、富裕層の結核患者を対象に開業や私立病院の経営を行っていた医師らの間で、上客を取られることの心配から、強い反対があったためとの指摘もある。（高三啓輔『サナトリウム残影—結核の百年と日本人』日本評論社、2004年、138頁。）

<sup>31</sup> その後、「(旧)結核予防法」は1937（昭和12）年に改正され、届出制度や療養所への入所命令制度が導入され、しかし、それらに対する罰則はなく、また入所すべき療養所の数も圧倒的に不足していたため、実際の届出や隔離が徹底されることはなかった。また、この時期は、公衆衛生や上下水道といった都市基盤の整備も不十分で、結核の予防のための対策も全く取られていなかったため、中途半端な隔離のみの対策は、結核の蔓延に対してほとんど効果がなかったといわれている。

<sup>32</sup> 前掲『サナトリウム残影』241頁。

強化や結核療養所の整備拡充等を中心とする、「結核予防対策の強化拡充計画」を提出する。同時に、すべての結核患者を24時間以内に届け出ることを医師に義務づけ、また、結核患者が療養所に入所しやすくなるよう、食料事情の改善も行った。その他、この時期には、10歳以上の児童生徒に、ツペリクリン反応検査とBCG接種が優先的に実施されることも決められた。

さらに、1951（昭和26）年には、収容主義から予防主義への画期的な転換といわれ、発病を防止し患者を早期に発見することを第一の目的に掲げた、「（新）結核予防法」が公布され、健康診断受診者やBCG予防接種者の範囲の拡大、医療費の公費負担、療養施設への国庫補助等も規定された。また、1953（昭和28）年には、厚生省によって、2年間にわたる初めての全国的な結核実態調査が行われ、翌年には結果が公表された。しかし、その結果は、推定患者数が全国で292万人、このうち入院を必要とする者が137万人、排菌者は30万人という驚くべきものであった。このような結果を受けて、「結核予防法」は再度手直しされ、健康診断の対象を全国民とし、結核病床を4カ年計画で26万床に増床し、公費負担を強化する、等のことを定めた「結核対策強化要綱」が出される。同時に、ベッド数の不足を補う目的で、厚生省社会局からは「入退所基準」の通達が出され、療養所に入所している軽快患者に対して早期退所を迫るようになり、患者の側からは大きな反発を招いている<sup>33</sup>。

しかし、その後の継続的な取り組みにより、1961（昭和36）年までには、他人に感染させる恐れのある排菌性患者を強制的に入所させる命令入所制度の採用や、それに伴う国庫補助の増率、患者の登録制、患者の家族の健康診断の強化等の施策が整い、また、患者側からの反対が大きかった「入退所基準」も「将来再発または悪化のおそれの少ない状態に達する期間」までは入所を認められるようになり、その間は公費負担とされた。さらに、BCGの接種や健康診断の完全実施等も実現し、1962（昭和37）年以降は、新規発生結核患者数が6年毎に半減するという驚異的な改善を達成する<sup>34</sup>。ただ、これらの改善には、施策以上に、外科療法や化学療法の急激な進展が大きな役割を果たしたとも言われており、1944（昭和19）年に抗結核剤のストレプトマイシンがアメリカで発見されたのを契機として<sup>35</sup>、以降次々と新薬が発見・開発され、さらに1966（昭和41）年に、

<sup>33</sup> 結核療養所に入所する患者らは、1948（昭和23）年の日本患者同盟の創設以降、残飯代は誰のものかをめぐる「残飯論争」や、「入退所基準」に対する反対運動に代表されるように、結核治療の在り方や療養所内の待遇等をめぐってしばしば積極的な運動を展開し、様々な保障を獲得していった。なかでも、1975（昭和32）年に、入院患者の日用品費をめぐって、療養所に入所中の朝日茂によって起こされた「朝日訴訟」は、その後の療養所内の待遇改善に寄与しただけでなく、生活保護行政全体の在り方そのものにも影響を与えたとされる。（患者運動の詳細に関しては、前掲『サナトリウム残影』240～284頁、川上武『戦後日本病人史』農山漁村文化協会、2002年、64～66頁、等参照。）

<sup>34</sup> ただし、この間に投資された関連費用も大きく、例えば1955（昭和30）年には、国民総医療費の26.8%が結核対策に使われている。

<sup>35</sup> 日本でストレプトマイシンが正式に輸入されたのは1949（昭和24）年であるが、その後1954（昭和29）年には、ストレプトマイシンに加えて、パス、イソニコチン酸ヒドラジッドの三者併用が認められるようになり、これによって、日本の抗結核薬療法は軌道にのることとなる。

結核史上の革命とも言われるリファピシンが発見されると、化学療法の質的転換が起こり、結核は完全に完治する病気となったのである。その結果、結核患者は急激に減少し、それに伴って結核療養所も次々と閉鎖されていった。

以上のような経緯をたどり、結核は急速に日本から姿を消し、過去の病気となっていったのである。ただ、最近になって、新たに高齢者の結核等が問題となり、1999（平成11）年には、新規患者数の発生増を懸念して、厚生省（現厚労省）が「緊急事態宣言」を発令している。しかし、そこには、かつて「死に至る病」として恐れられたイメージは存在せず、軽くみられる病気、忘れ去られた病気として、あまり深刻な捉えられ方はされていない。また、2007（平成19）年には、それまでの「結核予防法」が廃止され、「感染症法」（1999年成立）へ統合され、現在に至っている。

### 2-3. 精神疾患に対する政策の経緯

これまで見てきたハンセン病や結核は、感染症という身体疾患であり、伝染の恐れがあるとの理由から強制的な隔離が必要と考えられてきた。しかしその一方で、統合失調症<sup>36</sup>に代表されるような精神疾患は、いまだにその原因や病態、診断、治療法等がはっきりしていない<sup>37</sup>こともあり、隔離の必要性の根拠が明確に示されないままに、「自傷・他害の恐れがある」と家族や周囲の人々、社会一般から一方的に判断された患者は、多くの場合、強制的に精神科病棟に入院させられるという状況が続いてきた。また、明確な治療法が確立しておらず<sup>38</sup>、病気が「治る」ということの判断や基準もあいまいであることから、入院の期間や退院の判断も医師の主観や社会の側の受け入れ状況等に左右され、その結果、多くの患者が鍵のかかった閉鎖病棟に長期間入院せざるをえない状況

<sup>36</sup> 従来、統合失調症は「精神分裂病」と呼ばれていたが、その名称が偏見や差別を助長するおそれがあるとのことから、2002（平成14）年に変更され、現在に至っている。

<sup>37</sup> 精神疾患の中でも特に問題となる統合失調症に関して言えば、従来その原因には遺伝や脳の器質的病変等が考えられてきたが、現在そのような考え方は否定されており、最近では、その発病や再発を説明するものとして、「ストレス-脆弱性-対処機能モデル」というものが有力視されている。これは、統合失調症を発病しやすい素質を持った個人に長期にわたるストレスが加わった時に、精神症状が発病するというものであり、糖尿病や高血圧症、腎不全といったような慢性身体疾患を説明する「多因性慢性身体疾患モデル」と同一のものである。また、一般的な統合失調症の経過に関しては、従来不治であるといわれてきたが、これも現在では否定されており、発症と共に様々な精神症状が出現するが、薬物治療によって症状は落ち着き、その後も服薬を継続することで、従来の生活が維持できると考えられている。ただし、精神症状が治療によって一時的に軽快したとしても、治療を中止すると間もなく再発し、再発を反復するたびに社会適応性の低下が起こるとされる。（風祭元『わが国の精神科医療を考える』日本評論社、2001年、29～31頁。）一方、診断に関しては、身体疾患のような数値で明確に表される生化学的検査や、画像診断のような視覚的に判別できる検査法等が存在せず、臨床経験の積み上げの上に形成された診断が主となり、患者の不穏な言動・行動、特に自傷他害に焦点が置かれているため、医師の経験に基づく主観に左右される傾向が強いという問題が存在する。また、治療に関しても、本来は薬物療法を中心とした身体的治療のみでなく、様々な精神療法や心理療法、リハビリテーション療法、社会復帰支援や生活支援等、生物学的・心理学的・社会的な、多方面からの総合的な治療が必要とされるが、日本の精神科治療においては、長らく薬物療法のみが治療の中心として行われ、現在でもそれ以外の治療法の大部分は保険診療の対象外とされ、積極的に実施することが困難な状況が存在している。

にさらされ、そのような閉鎖的な環境の中では、職員による暴行事件等がたびたび問題となるように、深刻な人権侵害も発生している。また、このような曖昧な根拠に基づく「強制隔離」によって、現在精神科病棟に入院している患者は、約34万人に上るともいわれているが、日本の全人口に対する入院患者の割合は世界の中で例外的といってよいほど際立っており、戦後そのベッド数を削減していった欧米諸国とは対照的な状況にある。そこで、このような患者の「強制隔離」や、世界の中での日本の精神疾患に対する政策の特異性がどのような経緯で生じたのか、以下に見ていきたい。

そもそもの体験や行動の異常といった精神症状は、古くから世界のあらゆる地域においてみられたが、それらが精神疾患として現在の精神医学の対象となったのは、医学全体の歴史から見ればごく最近の、19世紀に入ってからのことである。その理由は、現代文明をリードしてきた西欧で、長い間精神疾患が医学ではなく、道徳や宗教の中で扱われ、治療を受ける病人ではなく、排除し拘禁される悪魔として扱われていたためであるともいわれている<sup>39</sup>。このような傾向は日本においても見られ、神の使いや霊能者として崇められ、神聖視される一方で、狐憑きや神の祟りとして恐れられ、加持祈祷の対象とされたり、差別や迫害を受けたりすることも多かったと考えられる。また、このような傾向は、現代の社会においても完全になくなったとは言い難い状況にある。

これら精神疾患に特有の状況を背景として、日本でも明治期に入ると、精神疾患を精神医学の対象として捉え、それに対する治療を行おうとする考え方が徐々に導入され始める。しかし、この時期の国家による政策は一貫して消極的なものに止まり、多くの患者は座敷牢といわれる私宅監置室に入れられ、あるいは一部の者は寺社仏閣において、加持祈祷や冷水療法<sup>40</sup>を受けるという状況に置かれていた<sup>41</sup>。実際、精神疾患を治療する場としての公立精神病院の建設をみても、1875（明治8）年に初めて京都府癪狂院が設立されて以後その数はあまり増えず、そのほとんどが東京、大阪、京都の三府、特に東京府に偏在していた。また、当時推定で14～15万人存在したとされる患

---

<sup>38</sup> 日本では、治療の中心が薬物療法のみであることは上述のとおりであるが、それらの薬物療法に関しても明確な使用基準やその効果ははっきりしているとは言い難く、一般的な傾向として、意味のない多剤併用療法が多く多くの患者に対して長期にわたって行われ、全体の薬用量が極めて多く、その結果、薬の慢性的な副作用を示す患者が極めて多い、という問題があることが指摘されている。このような状況は、欧米の水準と比べても非常に遅れているといわれている。（前掲『わが国の精神科医療を考える』、33頁。）しかし、その背景には、患者の治療よりも収容が優先されたために、閉鎖病棟内での患者の管理のしやすさという観点から、多量の薬物の使用が行われる傾向があり、また、診療報酬制度の問題として、投薬を行えば行うほど診療報酬が高くなる仕組みとなっていたため、利益追求、病院経営の安定といった観点から、不適切な投薬が行われる傾向があったと考えられる。

<sup>39</sup> この点に関しては議論もあり、狂気を精神疾患、すなわち病気として捉え、医学の対象とする考え方自体にも問題がある、といった人間存在に対するより根源的・哲学的な視点からの批判もある。

<sup>40</sup> 滝などの流れ落ちる水に頭部または背部を打たせる方法が最も多く、その他、河川での沐浴や冷水浴等も行われ、それらの療法を行うと同時に、僧侶が祈祷を行い、病者が呪文を唱えるというのが一般的であったといわれている。

<sup>41</sup> 前掲『現代日本病人史』278～306頁参。

者に対して、大正中期(1918年)の時点でも、病床数は約5,000床余にしか過ぎなかったとされる。このため、精神病院に入院出来る患者はわずかに握りに過ぎず、その構成は、長期の入院治療費を自費で払うことの出来る一部の富裕層と、路上を浮浪し、治安対策による取り締まりによって病院に送られた貧困層<sup>42</sup>の両極で占められていた。

このような状況の中、1900(明治33)年には、ある事件<sup>43</sup>をきっかけとして、「日本では精神病患者が無権利で勝手に監禁される」ということが対外的に問題となり、欧米に対する国家の体面を気にする政府は、監護義務者が精神病患者を私宅、または精神病院・病室に監置<sup>44</sup>する際の手続きを定めた、「精神病者監護法」を成立させる。また、1919(大正8)年には、精神病患者の医療、とりわけ公立病院の建設に関する公共の責任を明記した「精神病院法」が成立するが、実際にはそれに対する予算措置がほとんど取られず、戦後に至るまでその病床数は不足したままであった<sup>45</sup>。また、戦時中には多くの患者が死亡し、それまでわずかずつではあったが整備されていた精神病院も、終戦前後にはほとんどが廃院・休院となった。

一方、戦後に入ると、それまで警察の管轄下にあった公衆衛生行政は厚生省の管轄となり、精神疾患を抱える患者は主に取り締まりの対象から、医療・保護の対象となる。しかし、戦前の政府が精神疾患に対して一貫して消極的な姿勢を示したのと同様に、戦後の政府もその対応には極めて消極的であった。このような状況を背景として、1949(昭和24)年に私立精神病院<sup>46</sup>の団体として設立された日本精神病院協会は、従来の「精神病者監護法」や「精神病院法」に代わる新たな法案の作成作業を中心となって進め、1950(昭和25)年には、議員立法の形で「精神衛生法」を成立させる。これにより、公立病院の設置や私立病院の指定制度、強制的に患者を精神病院に入院させることのできる措置入院<sup>47</sup>や同意入院<sup>48</sup>の制度等が定められ、同時に従来の私宅監置制度は廃止さ

---

<sup>42</sup> この主な例には、ハンセン病政策の項ですでに触れた、1872(明治5)年の、ロシアのアレクセイ大公訪日を前に行われた、政府による東京市内の乞食・浮浪者の取り締まりの実施が挙げられる。この時養育院に収容された者のうち、精神病患者と見なされた者は、その後、1879(明治12)年に日本で2番目の公立精神病院として設立された東京府癲狂院(現東京都立松沢病院)に送られた。

<sup>43</sup> いわゆる相場事件(明治16~28年)といわれる事件で、その本質は「お家騒動」であったが、事件の主人公である旧相場藩主が精神病患者であり、その自宅監禁や入院が乗り取りのための不当監禁と疑われたことから、マスコミをにぎわす事態となり、それが海外のメディアで取り上げられた際に、法制面での不備の問題として報道されたため、その後重大な社会問題へと発展した。その結果、条約改正を急いでいた当時の明治政府にとっては大きな痛手となり、法律の作成が急がれたといわれている。

<sup>44</sup> 監置とは、監禁と保護の中間を意味するものと解されていたが、当時は衛生行政を警察が担い、警察官が法律施行の直接の監督者ともなっていたため、実際には監置は監禁そのものに他ならず、治療というよりはむしろ、治安対策的側面が極めて大きかったといわれている。

<sup>45</sup> 精神病院在院患者数が私宅監置等の患者数を上回るのは1929(昭和4)年であり、第2次世界大戦が勃発した1940(昭和15)年当時には病床数は約23,000床存在したが、公立の精神病院はそのうちの7ヵ所に過ぎず、多くの私立精神病院が、いわゆる「代用病院」として、精神病者監護法に基づく患者の収容を行っていた。

<sup>46</sup> これらの多くは、戦前、公立病院の不足を補うものとして建設された「代用病院」であった。

<sup>47</sup> 「自傷他害の恐れがある」と認められた患者を、都道府県知事の命令により、強制的に入院させることのできる制度である。

れることとなる。

しかし、その後も公立精神病院の建設は遅々として進まず、1954（昭和29）年に厚生省によって行われた初の全国精神障害者実態調査では、入院が必要な患者は約17万人と推定される一方、当時の精神病床数はわずかに約3万8千床であったことから、その絶対的な不足が明らかとなった。このため、同年には精神衛生法の一部改正が行われ、国の政策として民間精神病院の整備拡充が進められることとなる。このような方針の下、1958（昭和33）年には、「医療法」の改正によって、精神科の医師や看護職員の数は一般病院より少なくてもよいとする「精神科特例」<sup>49</sup>が定められ、また、1960（昭和35）年には、医療金融公庫が発足して、精神病院設立に際して優先的融資が行われるようになった。これを機に、以降精神病院設立ブームと呼ばれるような現象が生じ、民間精神病院と病床数の数は飛躍的に増加した。一方、このような病院の設立ラッシュが生じた背景には、戦後次々と欧米で開発されるようになった向精神薬が日本にも導入され、精神疾患の治療が容易になり、入院患者の管理がしやすくなったことや、戦後復興期に壮年期を迎えた野心的な医師が病院経営に乗り出したこと、また、その後の社会状況の変化によって、病院経営が苦境に追い込まれていた結核療養所や産婦人科の医師が、比較的容易に転科して、精神病院を運営できたこと、さらには当時入院患者の3分の2が公費による入院<sup>50</sup>であったため、病院経営が安定していたこと、等の状況があったと考えられる。このように、戦後の日本においては、精神疾患に対する政策は、民間病院を中心として実施されることとなったが、様々な精神病症状の鎮静化を可能とする戦後の薬物療法の登場は、主に精神病院内における患者管理のしやすさといった側面から捉えられ、病床数の増加を促したと考えられる。

しかし、向精神薬をこのような観点から捉えた国は例外的であり、戦後の多くの欧米先進諸国では、その導入によって大部分の患者が入院せずに社会の中で治療することが可能と考えられるようになり<sup>51</sup>、1950年代までは増加の一途をたどっていた精神病院への入院患者数はそれを機に減少し、医療費削減の観点も加わって、いわゆる脱施設化という現象が急速に進行する。その結果、精

<sup>48</sup> これは、本人、あるいは家族が同意すれば入院が可能となる制度であるが、実際には家族の同意による入院が圧倒的であり、多くの場合、本人にとっては強制的な入院と変わらないものであった。

<sup>49</sup> 医師の数は一般病院のほぼ3分の1、看護職員の数はほぼ3分の2でよいとする基準であり、一般病院と比べて非常に差別的な基準であった。しかし、当時は戦後の復興期に当たり、精神科医や看護職員の不足も著しかったため、その定員さえ満たしていない病院が多く、実際には基準を大幅に上回る超過収容が認められた。その結果、1955（昭和30）年から1965（昭和40）年にかけては、入院患者100人に対して常勤医が一人程度というのが平均的で、定数が100床程度の病院では、医師が院長一人にパート医師数人といった病院も少なくなかった。また、看護職員に関しては、かなりの部分が無資格者で占められていた。（前掲『わが国の精神医療を考える』、69～70頁。）

<sup>50</sup> 措置入院制度は、本来社会的危険性の高い精神疾患患者に対して、強制的な入院治療を行わせることを目的としていたが、その入院には公費が当てられていたため、実際には私宅監置からの救済や、医療制度が充実するまでの代用としての「経済措置」、行き場のない貧困患者のための入所施設等として利用され、生活保護法による入院患者も3分の1を占めていた。（前掲『ハンセン病問題に関する検証会議・最終報告書』273頁。）

精神病院は、従来患者を隔離収容してケアする施設から、積極的に治療して社会復帰を目指す施設へと徐々に変化し、また、何千床という巨大精神病院は徐々に姿を消して、地域保健センターや総合病院の一科としての精神科となった<sup>52</sup>。また、一般の社会の間でも、精神疾患を抱える患者が、一般の人々と共に社会の中で普通に生活するという、ノーマライゼーションの理念が徐々に浸透し、デイケアや、共同作業所、共同住居といった、地域で生活するための様々な方法や設備が工夫されるようになった。

戦後、このような欧米の歩みとは全く逆の方向に向かい始めた日本の状況は、その後の1964（昭和39）年に起きた、ライシャワー米国大使刺傷事件を契機として更に強められ、翌年には、措置入院制度の強化を規定した「精神衛生法」の一部改正<sup>53</sup>が実施された。これによって、精神病院の建設にはさらに拍車がかかり、1970（昭和45）年頃には、病床数が24万床に達し、世界一となった。また、その間の1955（昭和30）年から1965（昭和40）年頃にかけての、病床数急増時の内情をみると、建設された精神病院の大部分は、建設用地取得の困難性等から、交通の不便な僻地に、地域との何のかかわりもなく建設され、また、その建物も当時の生活水準の最低基準を満たす程度のものであり、多くは窓に鉄格子のはめられた鍵のかかる閉鎖病棟であった。さらに、前述の「精神科特例」による医師をはじめとする医療従事者の絶対的な不足や、慢性的な超過収容もあって、精神病院の待遇は医療不在の劣悪な環境となり、この時期は、不法入院や患者虐待といった人権侵害事件も多発した。このため、WHO 顧問からは、日本の精神科医療の現状について、4度の改善勧告が出されたが、これに対して日本の当局者や関係者が耳を傾けることはほとんどなく、その後も精神病院の建設は続けられた。

しかし、1984（昭和59）年に発生した宇都宮病院事件<sup>54</sup>をきっかけとして、このような現状に対し、関係者の間でようやく疑問の声が上がるようになり、また、事件報道を機に外国からの調査団の来日や、国連の差別小委員会での提議が行われたことも影響して、1987（昭和62）年にはそれまでの「精神衛生法」が改正され、「精神保健法」へと名称も変更された。これにより、従来病

<sup>51</sup> 薬物療法が中心となる以前には、主な治療手段として、鎮静剤・催眠剤の投与、インシュリン・ショック療法、電気ショック療法、作業療法等が行われており、その政策も、隔離収容を基本とする考え方が主流であった。

<sup>52</sup> 欧米の場合には、精神病院のほとんどが公立であったため、その廃止や縮小は比較的容易であったと考えられている。

<sup>53</sup> この事件が生じる以前には、精神科医療の現状を少しでも改善しようとの動きがあり、措置入院の緩和や外来治療・社会復帰等の入院外医療の方向性も検討されていたが、この事件によってそれらの議論は下火となり、患者の強制的な隔離・収容をより強く求める内容の改正が行われることとなった。しかし、このような状況が生じた背景には、アメリカ政府への日本側の配慮があったことはもちろんであるが、それと同時に、事件発生の前年に実施された精神衛生実態調査の結果を受けて、マスコミが、入院していない100万人弱の患者を、“野放しの危険人物”と報道し、精神科患者全般に対する社会的な偏見や恐怖が強まったため、法改正を強く後押しする世論が形成された、との指摘もしばしばなされている。

<sup>54</sup> 当時群馬県内にあった宇都宮病院で、病院職員による暴行の結果、患者が死亡するという事件が起き、それを機に、病院内の劣悪な環境や患者の置かれた過酷な状況の実態が明るみになり、社会問題となった。

院長に対して無制限に与えられていた行動制限権に対する一定の歯止めや、隔離および身体拘束に関する手続き規定が定められ、本人の同意による任意入院制度<sup>55</sup>が設置された。しかし、その後もこれらの規定に違反する行動制限は後を絶たず<sup>56</sup>、また、任意入院制度の実態も、本人がはっきりと拒否しなければ任意入院とみなし、また閉鎖病棟への入院も認めるというものであったため、従来との制度と大きく変わったわけではなかった。

その後、1995（平成7）年には、精神障害者の権利擁護規定が強化され、社会復帰や福祉の諸制度が盛り込まれた、「精神保健法」の改正が行われ、同時に名称も「精神保健福祉法」へと変更され、以降外来治療や社会復帰の促進へ向けて、わずかずつではあるが、改善へ向けた取り組みがなされている。ただその一方で、2003（平成15）年には、罪を犯し、その後の精神鑑定によって、「責任能力なし」として無罪となった精神障害者に対して、特別に隔離しようとする意図を持った「心神喪失者等医療観察法」が成立する。その結果、従来の精神疾患が犯罪と結び付けられ、保安処分の対象とされる恐れも生じるとして、多くの関係者の中で批判の声が上がっており、また同時に、精神疾患を持つ人々への偏見や差別が助長されるとしての懸念も示されている。

以上のように、戦後の日本の精神疾患に対する政策は、消極的な政府の姿勢と、民間による積極的な病院建設ラッシュという対照的な状況を背景として進められ、その後はその在り方が少しずつ見直されるようになり、法律の文面も従来と比べれば様変わりしたとあってよいほどに改善されている。しかし、世界と比べていまだ突出して高い、34万床という病床数を持ち、その病床数の87%が民間病院で占められているという状況は、日本に特異的な状況であり、精神医療における入院（収容）中心主義は現在でもほとんど変わっていない。このため、社会的入院を含む病院の全長期入院患者数の半数以上が精神病院の入院患者で占められており、また、その多くが様々な点で行動制限を伴う閉鎖病棟に入院しているという状況は現在も依然として続いている。

### 3. 戦後日本の強制隔離政策における共通点と相違点

ここまで、戦前の状況も踏まえながら、戦後日本の医療における隔離政策について、ハンセン病、結核、精神疾患の3つの具体的な事例を挙げ、それぞれの経緯を概観した。そこで、以下では、それらを踏まえた上での共通点や、相違点を整理し、今後の議論を進める上での一助としたい。

それぞれの経緯をみれば明らかであるが、政府の姿勢や民間病院の関わり、相対的な隔離か絶対的な隔離かといった隔離の状況、それぞれの病気の性質等、一見すると各政策に見られる状況は非常に異なっており、その経緯もそれぞれが個別的であるため、共通点よりは相違点の方が多く様に

<sup>55</sup> 従来の任意入院制度は、本人が拒否しても保護義務者の同意があればよいとされていたため、新たに、本人の同意に基づく入院制度が設けられた。一方で、従来の任意入院制度は、医療保護入院として名称が改められた。

<sup>56</sup> 1997（平成9）年には、大阪府の大和川病院で、職員の暴行による患者死が発覚し、その翌年にも、新潟県の国立犀潟病院で、違法な身体拘束の中で、患者の窒息死が発生している。

見える。しかし、そのような個別的な状況の前提として、押さえておかなければならない共通点を挙げるとすれば、その最も基本的な点は、それら3つの疾患のどれもが、急激に症状が進行する急性疾患ではなく、比較的緩やかに、長期にわたって症状が進行する慢性疾患であるということであり、その結果、長期の療養を必要とする、ということである。このため、同じような強制隔離を必要とするコレラや赤痢といった急性疾患と比べて、一般的に隔離が必要と考えられる期間が長期となる傾向があり、それに伴って、患者であると同時に、生活者としての立場が生じ、隔離による生活上の様々な制約が問題となってくる。また、短期の隔離であれば、それによって患者が受ける社会的な影響はほとんど生じないか、非常に少ないものとなるが、それが長期になればなるほど、失業による経済的な困難や社会的な地位の喪失、家族や友人、地域社会等との関係性の希薄化や断絶、一般社会との関係性の喪失等が生じ、その一方で、隔離という特殊な環境に対する適応が進み、また年月を経ることによる高齢化の影響も加わって、その社会復帰が困難になってくるという状況が生じる。

また、それぞれの疾患に対する社会の認識について考えてみると、一般的な疾患がおおむね個人的な問題として捉えられ、しばしば同情の眼を向けられる場合が多いのに対して、これらの疾患は、周囲に害をもたらす病として忌避され、従来から偏見や差別、迫害の対象となることが多かった、という点が挙げられる。その結果、しばしば地域社会から排除され、貧困や浮浪の状況に必然的に追い込まれる者も多く、それによってさらに偏見や差別が強められる、といった悪循環が生じてきたとも考えられる。このため、従来から地域社会によって排除される傾向の強かった患者が、国家の政策に基づいて強制的に隔離されることに対しては、疑問や反対が生じることは稀であり、むしろ容認、あるいは積極的に肯定する傾向が強かったのではないかと考えられる。これら一般社会の認識は、患者の隔離や治療の場である病院や療養所の環境を規定する国家の政策にも反映されており、精神疾患ではとりわけ顕著にみられたように、一般の疾患と比べて医療従事者の数が低く抑えられる<sup>57</sup>という、差別的な事実となって表れている。

一方、相違点に関しては、様々な観点から論じることは可能であるが、ここでは、今後の議論において重要となる問題に焦点を絞り、その主なものを挙げてみたい。

隔離が必要とみなされる疾患に対して、戦後の政策に最も大きな影響を与えてきたと考えられる要因の一つは、戦後に入って欧米からもたらされた特効薬の導入である。これによって、疾患そのものを治し、あるいは症状を飛躍的に改善させることが可能となり、欧米を中心とした多くの国々では、それまで隔離が必要とみなされてきた患者の社会復帰や外来治療が可能となり、多くの患者が隔離から解放された。このような流れの中で、日本においては、結核患者に対する治療が目覚ましい効果をあげ、その結果、多くの患者が病気から回復し、社会復帰を果たすと同時に、結核という病気そのものが、日本社会の中で急激に減少した。また、このような特効薬の出現は、ハンセン

<sup>57</sup> 戦後の政策では、1948年施行の医療法の中で、これら3つの疾患を治療する病院や療養所については、それに関わる医師や看護師等の数が一般病院よりも低くてよい、とする規定が作られた。

病や精神疾患の治療に対しても同様の効果を及ぼし、症状の改善や病気の回復には大きく貢献した。ところが、その一方で、戦後の日本では、これらの疾患に対する強制隔離政策が何ら変更されなかったところか、精神疾患の場合には、逆にその政策を助長する結果につながり、世界的な動向や、戦後日本の結核政策と比べると、非常に異なる状況が生じた。この点は、それぞれの政策を比較した場合の非常に大きな相違点であり、このような違いが生じた背景には、患者の人権に配慮した開放的な治療ではなく、あくまで社会防衛の見地から隔離や収容を重視する国家の考え方や、疾患そのものの治療よりも、患者の管理や病院の経営を優先する医師や医学会全体の体質、偏見に基づいてひたすら患者を危険視し、恐怖心を抱くマスコミや世論等、様々な要因が考えられる。

しかし、戦前から戦後にわたる日本の隔離政策において、その違いに最も大きな影響を与えたと考えられる要因の一つとして挙げられるのは、それぞれの病気における罹患した患者の総数である。例えば、ハンセン病に関しては、現在いる元患者や、療養所内に眠る遺骨の数から推定して、隔離された患者はおおよそ3万人程度と推定されるが、これに対して、かつては「国民病」とまで言われた結核では、戦前の推定で患者数約10万人、戦後初の実態調査では推定約300万人弱と際立って多く、また、精神疾患では、入院が必要と考えられる患者数が、戦前の推定で約14～15万人、戦後の推定では約25万人に上る数となっている。しかし、その一方で、終戦前後の時期における、各疾患毎の病床数をみてみると、戦前期までの結核や精神疾患に対する政策の遅れ、あるいは病床数の不備が指摘されてはいるものの、その数は、ハンセン病がおおよそ国立で1万床、結核が国立で約3万床弱、精神疾患が、公私立あわせて2万5千床弱と、整備されたベッド数のみを単純に比較すれば、その数はあまり変わらないことがわかる。このような状況から見えてくることは、ハンセン病のように患者数が少なく、すべての患者の隔離が物理的にも、財政的にも可能な場合には、全員隔離・絶対隔離が目指され、また容易に実現できたのではないかということである。一方、結核の場合には、あまりの患者の多さに、隔離のための設備が追いつかず、結果的にその隔離が中途半端なものにならざるを得なかったために、より重症の者のみが絶対隔離の対象とされ、病気から回復した者や、より軽症の者は、必然的に療養所から退所させられ、その過程で当然のこととして早期の社会復帰も目指されたものと考えられる。また、精神疾患に関しては、相対的に患者の数は多かったが、社会に与える影響を考えれば、結核ほど深刻な影響は及ぼさないため、患者にまつわる犯罪事件、あるいは患者の処遇をめぐる問題等で国内外から批判を浴びる場合以外は、国は一貫して消極的な姿勢を貫いてきたと考えられる。このような中、精神疾患患者の相対的な数の多さは、戦後の資本主義の下で経営が成り立つ上での前提条件となり、実際の高度経済成長期の流れに乗る形で、患者の強制隔離を、主に私立病院が中心となって担うという、世界的にも稀な状況が生まれたと考えられる<sup>58</sup>。これら患者数の規模の違いを大きな要因として、ハンセン病の

<sup>58</sup> この点に関しては、厚生省の委託によって実施されたハンセン病問題事実検証調査事業の、2004年に開かれた第23回検証会議の中で議論されている。(詳細は、ハンセン病問題事実検証調査事業「第23回検証会議・第16回検討会合同会議議事録」2004年10月7日、2～6頁、参照。厚生省HPからダウンロード可能である。)

場合には、感染力が非常に弱く、本来隔離が必要とはされていなかったにもかかわらず、戦前の絶対隔離・終生隔離がその後も継続され、反対に結核の場合には、その感染力が非常に強いにもかかわらず、その隔離が相対的なものに止まり<sup>59</sup>、また、精神疾患においては、隔離の必要性の根拠もあいまいなまま、経営重視の私立病院が中心となって、強制隔離が実施されたと考えられる。

また、病気の特徴として、はっきりとは目に見えない内部疾患であり診断が確定するまでに時間がかかるという結核の特徴は、社会に病気が蔓延していてもあまり問題視されず、その結果、感染の拡大や対策の遅れを招いた一因ともなつたと考えられる一方で、ハンセン病や精神疾患ほどのあからさまな強制隔離の対象からは免れたとも考えられる<sup>60</sup>。他方、はっきりと目に見え、病気であるとすぐに判断されてしまうハンセン病や精神疾患は、周囲の人々の間でも際立つものであり、それだけ問題も生じやすく、偏見や差別も深刻であったと考えられ、その隔離が強制的に行われる傾向が強かったのではないかと考えられる。特に、戦前のハンセン病政策ではその傾向が顕著であり、外見からみた判別の容易さから、様々な排除の中心的な対象として選ばれ、無らい県運動の展開に見られるように、戦時動員体制における統合のための国民運動の一環として利用されたのではないかと考えられる。さらに、精神疾患の場合には、他の疾患と大きく異なる特徴として、患者本人に自分が病気であるという認識が低く、自ら積極的に病気を治そうとする意志が弱い傾向があるということが指摘できる。その結果、治療や隔離のためには、強制隔離もやむを得ないとする認識が広まり、他の疾患以上に、強制隔離が必要な手段として正当化されたと考えられる。

#### 4. 「強制隔離」の意味

これまで見てきたような各政策の経緯や、そこから指摘できる共通点や相違点を踏まえて、以下では、そのような「強制隔離」が、患者や、その治療に関わる医師、あるいは双方の間の治療関係にとって、どのような意味を持つのか、という問題について考えたい。同時に、患者の人権を制約する上での根拠ともなる「公共の福祉」に関しても、同様の点について考えてみたい。

##### 4-1. 患者や医師、あるいは双方の関係にとっての意味

ここでの問題を考えるにあたって、第一に指摘されるべきことは、「強制隔離」という政策が、患者にとっては、様々な自由の制限、あるいは、療養期間の長期化に伴う様々な弊害といった点で、必然的に人権侵害的側面を伴うという点である。これは、その隔離が患者の治療を重視する場合でも同様であり、また仮に本人の同意があったとしても、その退院の条件が、一般的な病気のよ

<sup>59</sup> 結核の場合にも、政策的には「強制隔離」が基本とされていたが、実際の入所に際しては、ハンセン病のように、本人の意向を無視してでも強制的に隔離する、あるいは罰則を設けるといったような方法は取られず、あくまでも説得や患者の同意の上で、隔離が行われたといわれている。この点の指摘に関しては、砂原茂一・上田敏『ある病気の運命—結核との闘いから何を学ぶのか』東京大学出版会、1984年、70～71頁、参照。）

<sup>60</sup> 他の疾患とは異なるこのような結核の特徴を指摘するものとしては、同上、71頁、がある。

うに本人の病状そのものによって判断されるのではなく、他者への感染の危険や他害といった社会の側の条件によって左右される場合には、患者の様々な人権が必然的に制約されることとなる。さらに、その入院が本人の意思に反した強制的なものであればあるほど、患者の側の不満や反発は募り、医療スタッフとの間で様々な摩擦が生じることは避けられない。その結果、医師をはじめとする病院側スタッフは、病院運営や患者の管理といった観点から、患者を暴力、あるいは物理的な手段によって、強制的に管理せざるを得ず、その過程で過剰な拘禁や暴行等の深刻な人権侵害も生じることとなる。

一方、医師をはじめとする医療スタッフの側からみれば、「強制隔離」の政策やそれに伴う職員数の絶対的な不足という環境の下では、患者の治療よりも、隔離のための患者の管理という役割が強く要請され、さらに医師の側には、経営者としての病院運営の安定化という動機も加わり、病気そのものの治療や研究よりも、患者管理のための手段や技術の追求がなされる傾向が強くなる。このような傾向は、「懲戒検束権」や「刑務所」等の制度を生み出したハンセン病政策に典型的に表れており、また、ハンセン病治療薬の特効薬であるプロミンが、医師ではなく患者側の働きかけによって導入されたという事実や、日本の精神医療の薬物療法が、病棟内での患者管理のしやすさといった発想の下で行われた結果、欧米と比べて非常に遅れており、その過剰投与が問題となっている、等の事実によっても確かめられる。その一方で、強制隔離という傾向が比較的薄く、患者の隔離よりも早期退院が目指された結核政策では、その医学的な成果が、薬物療法の発達だけでなく、胸部外科学や麻酔学、内視鏡技術、リハビリテーション医学、分子生物学、ターミナルケアといった、様々な領域にわたる医学の発展を促し、医学・医療全体に対して多大な貢献を果たしたといわれている<sup>61</sup>。

このような患者および医療従事者の置かれた状況の中では、患者と医師との間の治療関係は、一般的な病気の場合以上に、権威主義的なものにならざるを得ず、また、精神疾患の場合には、その退院の判断が医師の一存に委ねられる結果、医師の側には患者の処遇に関する絶大な権限が生じ、その関係は、しばしば患者に一方的な従属を強いる関係となりがちである。また、医師の絶対的な不足という現状においては、患者と医師との間に最低限の信頼関係さえ成り立たない場合も多い。このような患者と医師との間の治療関係は、純粋な病気の治療という観点から見た場合、患者・医師の双方にとって、非常にマイナスのものとなる。これは例えば、退院後の通院や服薬等、その後も医療との定期的な関わりが必要とされる、精神疾患の代表としての統合失調症の治療において典型的にみられることである。強制的な入院や入院中の不十分な治療によって、患者と医師との間に信頼関係が成り立たなかった結果、患者は一刻も早く退院したいと望み、また、退院後の通院や服薬も間もなく中断してしまうため、多くの患者が再発して入退院を繰り返し、その度に病状も悪化していくという問題が指摘されている<sup>62</sup>。

<sup>61</sup> 前掲『サナトリウム残影』、312～315頁。

<sup>62</sup> 前掲『わが国の精神科医療を考える』、51～52頁。

以上のように、患者や、病気を治す存在としての医師、患者と医師との間の治療関係といった観点から見た場合、「強制隔離」には、その人権侵害的側面や様々な弊害を上回る程の大きな意義は見いだせない。このため、そのような意義は「公共の福祉」に代表されるような、外部の要因にしか見いだせないようにも見える。

#### 4-2. 「公共の福祉」にとっての意味

人権侵害的側面を強く持つ強制隔離を不可欠のものともみなす根拠は、「公共の福祉」という概念であり、それが具体的に示すのは、「他者への感染の恐れ」や「他害の恐れ」といった危険性を取り払い事前に防止する、ということであろう。そして、通常、これらの危険性を判断する根拠は、科学的な客観性に基づく医学的知識であると考えられ、それによる判断は疑う余地のない、自明の根拠であるとみなされている。しかし、このような医学的知識に基づく強制隔離の必要性の判断は、しばしばそれ以前に存在する医師の側の思い込みや偏見による影響を受けることが多く、また、疾患そのものに関する知識も、常に更新される最新の研究成果によって、しばしば覆されることが少なくない。その結果、医学的知識に基づく感染や他害のおそれの判断は、唯一で絶対不変の基準ではなく、医学界の体質やその時々での医学研究の動向に左右される流動的な基準となり、とりわけ現在でも未だにその原因がはっきりせず、社会一般に根強い偏見の存在する疾患の場合には、その傾向が強くなると考えられる。

しかしその一方で、戦後日本における実際の政策の経緯の中で明らかにしてきたように、強制隔離が必要か否かの判断や、その政策の実施に多大な影響を与えている要因は、医学的基準ではなく、その疾患に罹患している患者の規模であると考えられる。その際、物理的、経済的、社会的な様々な状況から判断して、それらの患者の強制隔離が現実的に可能な場合には、そのための手段が模索され、不可能な場合には、感染や他害の危険性があっても、必ずしも強制的な隔離は行われなかった、と考えられる。その結果、戦後の日本において、強制隔離を実施するかしないかの基準は、それぞれの疾患が社会に与える危険度によって決まるのではなく、それ以外の状況に照らした実現可能性の有無等によって左右されてきたとも言える。

他方、感染や他害の恐れを防止するという「公共の福祉」にとって、従来行われてきた「強制隔離」という方法は、患者の人権を制限してでも実施する必要があるものなのか、という点に視点を移せば、戦後の政策の経緯を見る限り、それも疑わしいと考えられる。例えば、戦前の政策が戦後もほとんどそのまま受け継がれたハンセン病では、そもそも感染力そのものが隔離を必要とするほど強くはなかったということが戦前の時点で明らかとなっており、隔離の根拠そのものが不明確である。一方、結核に関しては、その感染力が強いため、症状が重度な場合には、その隔離の必要性が指摘されている<sup>63</sup>。しかし、特効薬の出現によって完治する病となったため、隔離の期間は相対

<sup>63</sup> 前掲『ある病気の運命』、125頁。

的に短くなり、症状が改善すれば速やかに開放治療へと移行しており、また実際の政策においても、相対的な隔離や、同意に基づく隔離が基本となり、患者の意思に関係なく強制的に隔離する、といった方法は取られていない。また、精神疾患に関しては、それらの疾患を持つ者による何らかの殺傷事件が生じるたびに、その危険性が強調されるが、実際には精神疾患を抱える患者の犯罪が多いという統計は存在せず、むしろ一般の人々よりもその傾向が低いということは、しばしば指摘されることである。このように、「公共の福祉」の根拠とされるそれぞれの疾患の危険性を見ても、患者の人権を制約し、しかもそれが長期にわたることもやむを得ない、と言えるほどの重大な危険が存在したとは言い難いことが理解できる。

そこで、最後に、そもそも「強制隔離」という方法は、それが現実的に可能であれば、社会全体にとっての病気の蔓延や治安の維持といった目的のための、最も有効で不可決的手段であると言えるのか、という点についても検討したい。例えば、ハンセン病では、感染性が非常に弱く、免疫力の弱い者にしか感染しない疾患であるため、社会が発展し、貧困状況が改善された国々では、感染者数もそれに伴って減少している。このような場合、社会全体への病気の蔓延を防止するためには、患者の隔離そのものが不必要であり、貧困の解消や生活環境の整備といった対策が大きな効果を生むこととなる。また、結核の場合にも、貧困に伴う劣悪な環境や栄養状態の改善、上下水道の整備といった産業の発展に伴う社会環境の改善、健康診断や予防接種の普及といった戦後の予防対策等が、その蔓延防止に大きく貢献したと言われており、患者の隔離のみを目指した戦前の政策では、その効果は乏しかったといわれている。さらに、結核患者の隔離そのものの必要性に関しても、感染力の強い結核の場合、患者が発見された時点で、すでに周囲の者には感染してしまっている場合が多いため、隔離そのものに意味がなく、発見された時点で速やかに治療を行うことの方が重要であるとの考え方もある<sup>64</sup>。このような考え方に従えば、感染力が強い病気の場合でも、強制か否かに関わりなく、隔離そのものが常に必要であるとは限らない、ということが言える。一方、精神疾患の場合には、他害の恐れがあるとみなすこと自体に問題があることは明らかであるが、仮に精神疾患が原因となって問題が生じる場合でも、患者の隔離によって、それらの問題が解決できるわけではない。それどころか、実際には「強制隔離」の政策が行われて来たが故に、外来治療や社会復帰を支援するための場が極めて少なく、軽症の段階で、気軽に外来治療を受けるということも困難となっているため、多くの患者は症状がかなり重症化してから初めて自己の意思に反して入院させられ、また退院しても、通院や服薬を中断し、再発や症状の重症化を招くこととなる<sup>65</sup>。このように、「強制隔離」が必要とされてきたこれらの疾患を、社会全体への蔓延防止や治安維持という観点から検討してみても、その手段が最も効果的で不可欠なものであるとは言い難く、現実には、それ以外の方法がより大きな効果を挙げていると考えられる。

実際、感染力が結核よりもより強力であり、感染すれば重篤な症状に陥ると考えられている

<sup>64</sup> 同上、96頁。

<sup>65</sup> 前掲『わが国の精神科医療を考える』、51頁。

SARS の世界的な流行の際には、その制圧に向けて、インターネット等の先端通信技術が大きな役割を果たしたといわれており、感染状況に関する情報の世界的な共有化が、患者の隔離そのものよりも、世界的な感染拡大の防止には役立つと考えられている<sup>66</sup>。以上のように考えれば、社会における病気の蔓延防止や病気そのものの原因究明・治療といった、真の意味での「公共の福祉」の実現にとって、その目的を達成するための最も効果的な手段は様々に存在し、また、何が最も有効な手段であるかは、その時々々の社会条件に左右される場合が多いと考えられる。そのような様々な事実を踏まえれば、強制の有無にかかわらず、「隔離」という手段自体が、「公共の福祉」を実現する手段として、必ずしも重要なものとは限らず、その結果、「隔離を強制的に行う」ということの正当性はほとんど存在しないといえるであろう。

さらに、様々な疾患を「強制隔離」が不可欠な疾患と断定し、それを実施することは、社会全体の更なる偏見や差別を助長し<sup>67</sup>、隔離に伴う治療環境の乏しさから、それらの疾患自体の解明や、積極的で効果的な治療方法の追求が行われにくくなることは、これまでの歴史からも明らかである。その結果、それらの疾患を治療し、その発生を防止しようとする社会の努力も失われ、最終的には、病気の蔓延を予防し、その完治を目指すという、真の意味での「公共の福祉」をも害することになるのではないかと考えられる。

## 5. おわりに

これまで見てきたように、戦後の日本において実施されてきた医療における「強制隔離」という方法は、患者や医師、その双方の間の治療関係、あるいは病気の蔓延や危害の防止といった「公共の福祉」のどれをとってみても、そこに積極的な意義や目的を見出すことはできなかった。それどころか、他者への感染や他害の恐れがあるとされるどのような疾患であっても、強制の有無にかかわらず、「隔離」という手段そのものが常に必要とは限らず、あくまで有効な手段とされる様々な選択肢のうちの一つに過ぎない、ということも理解出来た。これらの事実を踏まえれば、「強制隔離」という方法は、そこにどのような理由づけがなされようとも、人権侵害以外の何ものでもない、ということが言えるのではないかと考えられる。

実際、戦後日本の隔離政策の過程では、「強制隔離」による様々な自由の制限や、それに伴って生じた深刻な人権侵害が、「公共の福祉」の名の下に容易に正当化され、見過ごされてきたが、ここでは、人権を侵害してまでも達成されるべき「公共の福祉」が何を指すのかも明確にはされず、また、隔離が本当に必要かという問題についても、真摯な議論がなされないままに、最初に隔離ありきで政策が進められてきたのではないかと考えられる。そして、ここでは、本来そのような時にこそ必要とされる「人権」が、多数派による少数者の排除という性格を持つ強制隔離の状況に対して、なんらの歯止めとなることもできず、安易にその状況を許してしまったのである。

<sup>66</sup> 濱田篤郎『疫病は警告する—一人間の歴史を動かす感染症の魔力』洋泉社、2004年、201～217頁。

<sup>67</sup> 前掲『ある病気の運命』、99～100頁。

そして、これらのことからわかるように、日本国憲法の下で謳われている人権は、その保障が条文で規定されているにもかかわらず、現に侵害を受けている、あるいは今後侵害を受けることが予想されるといった場合に、事前にそれを防止するための仕組みがほとんど存在していない<sup>68</sup>。また、多数派の専制から少数派を保護するという人権本来の意味や目的も、いまだ国民の間で広く理解されているとは言いがたい状況にあると考えられる。その結果、戦後の日本では、多数派の利害や利益が「公共の福祉」として理解され、「人権」はそれによって容易に制約されうるものとなり、それ故に「強制隔離」という人権侵害は、それが人権侵害であるという認識され持たれることなく、当然の手段として政策に取り入れられ、それが容認されたまま、現在にまで至ったと考えられる。

しかし、患者に対して一方的に責任を押し付け、社会から強制的に隔離するといったような政策が、仮に多数派の一時的・表面的な安心感にはつながるとしても、社会における疾患の予防や感染・危害の防止といった、真の意味での「公共の福祉」を実現するための真の解決策とはならない、ということからもわかるように、戦後の日本において理解されてきた「公共の福祉」という名の多数派の利害や利益は、必ずしも真の意味での多数派の利益につながるとは限らない。憲法で規定された「公共の福祉」という概念が、本来どのようなものであり、そもそも「人権」は何のために必要とされているのか、という問題を改めて考えるためには、戦後の日本において従来考えられてきた「公共の福祉」が、真の意味での「公共の福祉」を目指すものではなく、多数派による少数派の排除という人権侵害を正当化するものであった、ということを実感することこそが、その出発点として重要なのではないかと考えられる。

原因不明の病や、目に見えない感染症、自らに危害のおよぶ恐れのある疾患等に対する反応に典型的に見られるように、人は正体不明なもの、自分に害を与えるかもしれないと感じるものに対して、反射的、あるいは本能的に恐怖を感じるものであり、そのこと自体は非難されるべきことではない。しかし、そのような恐怖を自覚せず、それを当然のものとして正当化し、そのような恐怖心に駆られて根拠のない偏見を抱き、あるいは差別し、その結果、一方的な排除を推し進めれば、今後もそのような人権侵害はなくならないであろう。このような人権侵害を防ぎ、真の意味での「公共の福祉」を実現させるためには、社会の中で暮らす一人一人が、自らの恐怖心と向き合い、それを克服する努力を続けると同時に、様々な問題から目を背けるのではなく、また、特定の個人や集団に責任を転嫁するのではなく、その解決に向けて正面から取り組むことが必要なのではないかと考えられる。そこで初めて、「人権」を守ることと、「公共の福祉」を実現することとの間に、両立の可能性が開けるのではないだろうか。

---

<sup>68</sup> 人権の実質的な保障のために、現在存在する法的な制度は、既に受けた人権侵害の被害を、事後的に損害賠償請求という形で償わせるもののみである。