

吐鳳忌法要

小笠原登先生の志願に生きる

●愛知県あま市の出身で、ハンセン病絶対隔離政策と生涯闘った医師であり僧侶である小笠原登の事績を訪うのが「吐鳳忌法要」です。●小笠原登は、はるかに一遍上人絵伝にも描かれた、ハンセン病を患った人との触れ合いを伝える甚目寺観音の近くにある圓周寺に生まれました。祖父の願いで京都大学医学部に進み、皮膚科特研を拠点に、国家によるハンセン病絶対隔離政策に抵抗し、京都大学退官後も、無らい県運動が展開される時代に、医師として僧侶として隔離に抗い続けた人です。●その五十回忌法要が二〇一九年十二月、名古屋別院において勤修されました。そして、死後五十年を迎えることも大きな機縁となり、映画『一人になる 医師小笠原登とハンセン病強制隔離政策』が制作されました。●圓周寺では「吐鳳資料展示室」が開設され、残された日記等を広く展示することで、より多くの人に、より親しく小

笠原登と出遇っていただけになりました。●昨年より小笠原登が自ら名のつた「吐鳳」の名に独自の意義を見出し、「吐鳳忌法要」をお勤めいたします。●「らい予防法」廃止から二十九年。いまだ隔離政策による被害当事者の苦しみは続いており、真の意味での「らい予防法」廃止は実現しておりません。私たちは小笠原登の志願にあためて向き合うことにより、ハンセン病問題の全面解決に向けて、隔離された者、した者が共に解放されていく社会の実現に向けて、歩みを進めてまいりたいと思います。●どうか、すべての人々の人間解放への祈りに共感する願いの場、吐鳳忌法要にご参加くださいますようお願いいたします。

2025

10月

29日

水

吐鳳忌法要
とほうき

会場

真宗大谷派

圓周寺

午後 1 時～ 法要 午後 2 時～ 記念講演

講師 和泉 眞藏 氏 (ハンセン病専門医)

講題 「小笠原登の医療を支えたハンセン病医学の先見性」

「吐鳳資料展示室」開室のお知らせ

小笠原登の日記などを展示しています
10月29日の開室時間 10:00～12:30

愛知県あま市甚目寺東大門19 (お問い合わせ 圓周寺 TEL 052-444-0024)

●主催：吐鳳忌法要実行委員会 ●共催：真宗大谷派圓周寺

●後援：あま市、真宗大谷派名古屋教区、真宗大谷派名古屋別院

●協力：真宗大谷派ハンセン病問題に関する懇談会、映画「一人になる」制作実行委員会

どなたでも参加いただけます。



お東ネット

小笠原登の医療を支えたハンセン病医学の先見性

和泉 眞藏

(アイルランガ大学元客員教授・ハンセン病市民学会共同代表)

はじめに

いまから 120 年余り前に始まったわが国の近代ハンセン病対策は、その時々
の社会情勢や医学の水準に影響されながら変遷を繰り返して今日に至っていますが、
長年にわたりその基本を貫いてきたのは、ハンセン病を特殊な疾病として他の疾患
に対する医療システムから切り離す『絶対隔離絶滅政策』でした。

それが重大な誤った政策であったことは、国賠訴訟や家族訴訟の原告勝訴判決が
確定したことで明らかですが、私たちの国や社会は、なぜこのような重大な過ちを
犯してしまったのでしょうか。その原因を明らかにし、未来に教訓を残すため
には、近代ハンセン病対策の歴史を直視することが大切です。

わが国の近代ハンセン病対策は、前近代(江戸時代)から引き継いだ 3 万人の患者
とその当時支配的だったハンセン病の病因論を引き継いで始まりました。江戸時代
の人々は、ハンセン病を「悪い血筋」の病気と考えて差別しましたが、「うつる」病
気とは考えていませんでしたから、家族と暮らす患者があった一方、家族から
離れて集住し、物乞いなどで露命をつなぐ貧しい者もありましたが、全ての患者
が「危険な存在」として地域社会から排除されることはなく、人々は無関心で
した。

このような状況下で日本の近代ハンセン病対策が始まったのですが、この時期
に大きな出来事が 2 つありました。一つは、1873(明治 6)年にらい菌が発見され、
ハンセン病が細菌性感染症であることが明らかになったため、何らかの感染予
防対策が必要になったことと、もう一つは、近代日本が漢方医学にかわって、
西洋医学と医療制度を採用したことです。あまり深く考察されていませんが、
絶対隔離政策が確立する前の日本の近代医学は、

ハンセン病を普通の病気の一つとして扱い、新しく開設された西洋医学の病院では、ハンセン病の診察と研究が行われており、優秀な人材も集まっていたのです。大変残念なことに、絶対隔離政策が定着するにしたがって、一般病院におけるハンセン病医療は縮小を余儀なくされ、阪大、京大、東大、東北大などを除いてハンセン病医療から撤退し、優秀な人材も他の分野に去って行ってしまう、日本のハンセン病医療・医学の世界は独善と非化学が支配する異常な社会になって行っただけです。こうした中で京都大学は開校以来今日まで、120年以上の長きにわたってハンセン病医学・医療を守り続けてきました。

今日は、京都大学において、国の誤ったハンセン病対策に抗して闘った人たちに触れながら、「小笠原登の医療を支えたハンセン病医学の先見性」とそれを今日学ぶ意義を考えてみたいと思います。

京都大学皮膚科とハンセン病

京大医学部皮膚科におけるハンセン病の診療は、1903(明治 36)年の開校と共に始まり、現在まで 122 年続いています。その基本理念は、ハンセン病は特別な病気ではなく、一般医療の中で普通の病気として扱うことでした。当時は受診する患者も多く 1903(明治 36)年から 1916(大正 3)年までの 14 年間に京大病院皮膚科を受診した新患は 1852 人で、全新患の 30 人に 1 人はハンセン病だったのです。

こうした状況の中で、ハンセン病医療の発展に尽力したのが 2 代目の松本信一教授でした。松本は感染性皮膚疾患の研究者として有名な方で、国内外で多くの賞を受けていますが、1919(大正 8)年から 1944(昭和 19)年までの 26 年間の在任期間中に、ハンセン病診療の発展にも大きく貢献しました。例えば、大阪の実業家である田附政次郎(NHK のクローズアップ現代のキャスターだった国谷裕子の曾祖父)の寄付金を使って、1923(大正 12)年に「皮膚科特別研究室」(皮科特研)を創設したり、1938(昭和 13)年に三井報恩会の支援を受けて入院病棟を整備して、ハンセン病の外来と入院と研究と教育が可能な総合的な施設を皮膚科の付属施設として整備しました。

しかし、松本教授の最も大きな功績は、何と言っても小笠原登の事業を支えたことです。

小笠原登は、松本が教授に就任した6年後の1926(大正15)年に薬学教室から皮膚科に移り、ハンセン病の診療を担当し、1938(昭和13)年には皮科特研の主任になり、自分のハンセン病医学の理論に基づいて診療と研究を続けました。小笠原の在任期間は26年間ですが、この内21年間は松本教授の下で仕事をしていたのです。絶対隔離政策や無らい県運動の嵐が吹きすさぶ中で、小笠原を支えたこのような姿勢と実績がなかったら、京大におけるハンセン病医学・医療は今日まで続いていなかったかもしれません。

小笠原登の「ハンセン病医学」の基本理念

ここで小笠原のハンセン病医学の基本理念をまとめておきましょう。

これまで語られてきた小笠原登に関する言説の多くは、小笠原を癩予防法に基づいて進められた「絶対隔離絶滅政策」に抗して京大病院という療養所外でハンセン病患者の外来と入院治療を行った医師であり、仏教的慈悲の精神に支えられて医の本質に忠実に生きた医師として描かれることが多いのですが、それだけでは小笠原登という医師の理解としては非常に浅薄なものになってしまいます。なぜなら、小笠原の医療活動を支えた基盤に小笠原のハンセン病医療の基本理念があり、それを正しく理解しない限り、小笠原の医療実践の意義を正しく理解できないからです。以下、小笠原のハンセン病医学の基本理念について考察しますが、先ず、小笠原の重要な3篇の論文を紹介しましょう。

小笠原は、「癩予防法」が制定されて全患者の隔離が始まった1931(昭和6)年に『癩に関する三つの迷信』と題する論文を発表し、迷信を脱却して正しい見解に基づいて正しいハンセン病対策を進めるように訴えました。三つの迷信というのは、ハンセン病を不治の病とする迷信、遺伝病とする迷信、それに強烈な伝染病とする迷信です。「以上三つの迷信は癩患者及び其の一族に対し甚だしき苦痛を与えている。これらの迷信に基づいて計画せられる癩の対策は徒に患者を苦痛の中に陥れるに止まる。治療に通う患者を糺問して治

療に通うのを妨げ、大半治癒している患者に療養所に入るよう強制」する事例をあげて、政府の政策を批判しました。(『診察と治療』18巻11号、1931年)。

小笠原はまた、1934(昭和9)年に『癩の極悪性の本質に就いて』という論文を書き、「らしいの極悪性は疾患そのものの上には断じてない。ただ社会が種々の迷信に基づいて患者及び其の一族に加える迫害の上に癩の極悪性を帰せしめなければならぬ。此の極悪性こそ独り癩のみが有する所のものである」と述べています。(『臨床の日本』2巻6号、1934年)。

さらに小笠原は、1938(昭和13)年に『癩患者の断種問題』という論文を書き、「癩は万病を懸絶した極重悪病では断じて無い。単に国民の衛生状態の改善、就中栄養状態の改善によって丈でも次第に絶滅に近づいて行くと私は信じてゐる。かくの如き疾患に於いて殊更に之を嫌い、他病の事を顧みずして真っ先に断種を断行すべき必要があるであろうか」と批判しました。(『芝蘭』12号1938年)。

以上の3篇の論文で、小笠原のハンセン病観はほぼ明らかになりましたが、もう少し理解を深めるために医学の論点を整理してみたいと思います。

発病に関わる2つの要因

小笠原はハンセン病を慢性細菌感染症と認めた上で、「内的素質と外的病因が呼応して成立する」と考えていました。(実験違法、昭和5年)。内的素質とは体質のことであり、外的病因とはらい菌感染のことです。慢性感染症に対するこのような理解は、現在の医学でも基本的に正しいと認められていますから、その先見性は高く評価されます。小笠原はさらに考察を深め、「目下の研究は外的病因に傾き、内的素質をなおざりにし、治療もまた外的病因の処置ばかりにかたより、研究も治療も行き詰まっている。研究を内的素質に向け、内的素質と外的病因との相関を明らかにして、始めて治療の要諦が確立する」と日本癩学会の流れを批判しました。

このような基本理念から出発して小笠原はハンセン病に関して様々な論理を展開し、当

時多数派だった絶対隔離論者の主張を論破し医療を実践しようとしたのです。

小笠原は、内的素質は遺伝的要因と出生後の成育歴の中で生じる後天性の因子によって決まるから、ハンセン病患者には何らかの体質上の欠陥があり、そのような人にらい菌が感染するとハンセン病に罹患すると考え、様々な身体的指標を計測して健康者と比較し、患者の多くは貧しい農村の出身で、生育時に十分な動物性たんぱく質を摂取できなかったために「佝僂病性体質」になり発病に至るとの考えに到達しました。そして、この体質は改善の可能性があります、日本のハンセン病は国民の生活レベル、特に栄養状態を改善することで減らすことができると主張したのです。

この時代、多くの疾患の発病には体質が重要な役割を果たしているとする学説が広く提唱されていたから、ハンセン病について的小笠原の体質説それ自体は彼の独創ではありません。小笠原の本当の独創性は、その体質を変化させることで日本からハンセン病をなくすことができると主張したことです。

ハンセン病の治癒可能性：

小笠原は、ハンセン病の治療について明確な考えを示しています。その一つはハンセン病は比較的治りやすい病気だという主張です。この当時、ハンセンは治癒可能な疾病であると主張する専門医は少なくありませんでしたし、大風子油を主剤とする薬物療法などでハンセン病患者を治癒させていた漢方医たちもいましたから、小笠原の治癒可能説は孤立したものではありませんでしたが、小笠原が示した、病気が治癒するとは何か、という定義は注目に値します。小笠原は「治癒とは身体を障害する特殊な作用が止んで、身体が到達すべきところに達したことであり、発症前の状態にもどることではない」とし、ハンセン病の場合は、「炎症作用がとれば治ったとみるべきである。菌の全滅と再発の絶無がなければ治癒ではないとすると、全ての感染症は不治になってしまう」と明確に述べ、絶対隔離論者の不治説を批判したのです。

ハンセン病の感染性：

ハンセン病の感染性(伝染性)についても小笠原は京大で自分が治療していた患者の分析を通して実態を明らかにし、ハンセン病の感染性を過度に強調する説を「迷信」と断じ、迷信に基づくハンセン病対策は、患者の親族を不幸にすると厳しく批判しました。

小笠原はほかにも多くのことを述べていますが、小笠原のハンセン病医学の特徴は、ハンセン病だけでなく広く他の慢性感染症にも共通する現象を視野において成り立っていることであり、感染症学にとって普遍的な意味を持つ学説だったのです。

西占貢教授の時代

松本の後を継いで3代目の皮膚科教授に就任した山本俊平は、定年退職した小笠原登の後任として西占貢を招聘し、ハンセン病診療を続けさせました。山本の最大の功績は大学の機構改革を進め、皮膚科の付属であった「皮科特研」を、附属病院と同格の「皮膚病特別研究施設」(皮膚特研)に格上げし、西占を教授に就任させ、ハンセン病の医療と研究体制を強化発展させたことです。

西占は医学生だった時に小笠原に会っており講義も聞いていますが、本人も書いているように、ハンセン病に関する講義の内容は全く覚えておらず、就任時にはすでに小笠原は退職しており、仕事上の接点もなかったために、全くと言ってよいほどハンセン病診療の経験がない中で、独自のやり方で診療と研究を始めたといいます。西占は優れた基礎医学の視点を持った研究者で、ハンセン病の研究では電子顕微鏡を用いた末梢神経病理学の開拓者として国際的に知られており、演者も含めて多くの若手医師が門下に集まりましたが、小笠原理論の神髄であるハンセン病を人体と菌の相互関係の中で理解しようとする免疫学の視点をもった研究者はほとんど育たず、小笠原の学説は20年以上にわたる長い停滞を余儀なくされてしまいました。その停滞が終わり、小笠原の基本理念に新しい息吹が

吹き込まれ始めたのは 1970 年代に入ってからでしたが、その背景には、免疫学の「再興」がありました。9 世紀に誕生した免疫学は、医学・生物学の新しい分野として多くの研究成果を生みましたが、長い停滞期に入り画期的な成果が出なくなりました。その停滞期が終わり今日まで続く爆発的な進歩が始まったのは 1960 年代に入ってからです。ハンセン病についても免疫学的研究成果が次々と発表され、ハンセン病医学に新しい分野が拓かれましたが、皮膚特研でその重要性に気付いたのは演者だけでした。このままでは研究が行き詰まることは明らかでしたから、免疫学を基礎から学ぶために、WHO の研究訓練生として、当時免疫学研究のメッカであったオーストラリアのシドニー大学に留学することにしました。1972 年のことです。この後の演者のハンセン病医学の研究は、今日まで免疫学に基礎をおいたものになり、小笠原のハンセン病医学の後継者になったのです。

小笠原の病因論の停滞とは別に、小笠原を含む先達によって確立された京大病院におけるハンセン病医療はその後も継続的に発展し、多くの非入所者や軽快退所者の受け皿として活躍しましたが、絶対隔離政策やらい予防法の不条理を正面切って批判する活動は行われませんでした。皮膚特研通院中に納得できる説明なしに西占から入所を進められたと述懐する患者も複数ありました。その理由については、演者自身が直接西占に聞いていないので推察の域を出ませんが、京大での診療にはそれなりの費用がかかったのに対して、療養所に行けば無料で療養できることが関係した例もあったのかもしれません。

西占は、ハンセン病の基礎医学的研究者でしたが、早期に経口化学療法剤(ダブソン)を導入するなど優れた臨床家でもありました。しかし、化学療法時代のハンセン病対策のありべき姿について高い見識を持った専門家ではありませんでした。例えば、「らい予防法の見直し検討委員会」に関わった際も、西占は予防法の廃止や隔離政策を国際的基準に合わせて廃止するように主張していません。

もう一つ、西占の時代に行われた画期的な事業に「委託治療制度」があります。この制度は、入所者にも一般国民と同等の高度医療を可能にする制度で、入所者の命を守ると共

に、医療制度と闘う意味がありました。現在ではどこの療養所でも入所者が外部の医療機関を受診することが出来ますが、この事業に先鞭をつけたのが京大であることを知る人はほとんどいません。

西占教授が定年退官する直前、附属病院の都合で皮膚特研の病棟が閉鎖になり、ハンセン病で入院が必要な患者は全て本院の皮膚科病棟に移され、長年続けられてきたハンセン病の入院治療は全て本院で行われるようになり、皮膚特研は外来診療だけを行う施設になりました。その後いくつもの段階を経て、皮膚特研の外来施設も閉鎖になり、現在では皮膚科の専門外来の一つとして『皮膚神経病外来』の名前でハンセン病診療が続けられています。この「皮膚神経病外来」というネーミングを考えたのは演者ですが、小笠原などの先達が心血を注いで守ってきた京大でのハンセン病医療から、「特別」という言葉が消えた意義は大きいと自負しています。

様々な問題もありましたが、皮膚特研の「国際化」は、西占教授にしかできない事業でした。西占の時代の皮膚特研には、医学研究は全人類の幸せを視野に入れて進めなければならないという雰囲気が満ち溢れており、西占自身はもとより、多くのスタッフや若手医師が流行地に赴いて共同研究や診療に従事し、国際的感覚を持ったハンセン病専門医が育って行きました。筆者がインドやインドネシアなどの流行地で長年仕事をするようになったのも、西占の薫陶を受けたからです。

小笠原のハンセン病医学と大谷藤郎

小笠原のハンセン病医学について語るとき、もう一人忘れてはならない人物がいます。大谷藤郎です。

大谷は、甚目寺町出身の母親に勧められて、京大医学部の学生だった時に小笠原を訪ね、診療を手伝いながら小笠原のハンセン病医学の神髄を学びました。1952(昭和 27)年京大を卒業した大谷は、事情があって皮膚特研を離れて 1959(昭和 34)年に厚生省の医系技官になり、精神障害者問題など様々な公衆衛生問題を担当しましたが、1972(昭和 47)年に

ハンセン病療養所を所管する国立医療所課長になり、当時劣悪な状態にあった入所者の処遇改善に尽力し、大きな成果をあげました。厚生省の歴史上初めて患者の代表を課長室に招き入れ、お茶をふるまった話は有名ですが、技官の最高位である医務局長で定年退職するまで、らい予防法の廃止には手を付けられませんでした。

1983(昭和 58)年、厚生省を定年退職した大谷は、人権回復の本丸である「らい予防法」の廃止に向けて活動し始め、1996(平成 8)年にらい予防法廃止を実現し、89 年の長きにわたって続けられた「日本型絶対隔離絶滅政策」に終止符が打たれたのです。大谷は長年にわたる公衆衛生分野の活動を評価され、1993(平成 5)年 WHO からこの分野のノーベル賞と言われるレオン・ベルナル賞を授与されています。

「国賠訴訟」と二人の後継者

らい予防法が廃止されて隔離政策が終わり、ハンセン病が普通の病気として国民皆保険制度に組み込まれたことは素晴らしいことでしたが、患者の人権と人としての尊厳を回復するためには不十分でした。国が誤りを認めたのは、89 年間の隔離政策全てではなく、多剤併用療法が導入された 1980 年代以降も隔離政策を 18 年間続けた過ちだけだったからです。80 年代までは、らい予防法は必要だったというのが国の見解でした。

このことに気付いた回復者たちは、89 年間の過ちの謝罪と真の人間回復を求めて、1998(平成 10)年 7 月 31 日、『らい予防法違憲国家賠償請求』(国賠訴訟)を熊本地裁に提訴しました。当初原告 13 人で始まった裁判は、次第に大きくなり、最終的には原告が 2000 人を超える大きな裁判になりました。

提訴から半年、原告は事実を立証してくれる犀川一夫(沖縄愛楽園名誉園長)、大谷藤郎(元厚生省医務局長)、和泉眞藏(大島青松園外科医長)の 3 人の専門家証人の尋問を裁判所に申請していましたが、大谷藤郎と演者の 2 人は小笠原のハンセン病医学の直系の継承者でした。

1999 年 6 月 17 日と 12 月 17 日の 2 回、原告側の専門家証人として法廷に立った演者

は、3つの争点について証言しました。

第一の争点は、隔離の感染予防効果です。この点について演者は、流行度も対策も異なるノルウェー、ハワイ、日本の3か国を比較し、いずれの場合も隔離に予防効果がなかったことを立証しただけでなく、日本型絶対隔離政策は、国際的に容認されておらず、日本より厳しい強制隔離を行っていたハワイですら、1932(昭和7)年には任意隔離に切り替えていた事実を明らかにしました。

第二の争点は、光田健輔らの絶対隔離政策によって大正から昭和初期にかけて歪がひどくなり、多くの専門家から様々な改善意見が提案されていた事実を、多くの文献に基づいて示したのです。例えば、3分の1にのぼる退院可能な軽症患者や治癒者を退院させれば、病気に対する無用な恐怖や偏見をなくすことに役立つという提案がなされていますが、政府はこれらの合理的な提案を悉く退け、癩予防法を制定し、無らい県運動を展開したのです。

第3の争点は、療養所外の一般病院で治療をする患者への無関心です。長年京大病院の中でハンセン病患者の医療を担ってきた実体験に基づいて、らい予防法は事実上死文化しており、隔離政策は終了していたとする被告(国)の主張を論破しました。

もう一人の継承者である大谷藤郎証人について国が期待したのは、大谷自身の処遇改善の努力によって、絶対隔離は改善されており、人権侵害もなかったという証言でしたが、大谷はそれをきっぱり否定したのです。

小笠原のハンセン病医学の神髄を受け継いだ2人の専門家証人と犀川一夫の証言で、国賠訴訟は大きく原告勝訴に舵を切ったのです。

結びに変えて—小笠原登が予言した時代を生きている私たち

今日は「小笠原登の医療を支えてハンセン病医学の先見性」という課題で、小笠原がハンセン病をどのような病気と考えていたかを紹介すると共に、国が進めた「日本型絶対隔

「離絶滅政策」に抗して、一般病院でのハンセン病医療を 100 年以上にわたって続けてきた京都大学で働いた人びとを紹介しました。その根底にあったのは、ハンセン病は決して特別な病気ではなく、普通の病気の 1 つに過ぎないというゆるぎない信念でした。講演の初めの部分で紹介した 3 篇の論文で述べられているのは、今でも私たちが学び直さねばならない内容が多いのですが、小笠原はそれを 90 年も前に考えついていたのです。

国賠訴訟の証言台で演者が述べたように、絶対隔離政策の時代にも、それを批判した専門家は少なくなかったのですが、小笠原がそれらの人たちと決定的に違うのは、独自の論理を体系として完結していたことです。それがあったからこそ、後継者が国賠訴訟で原告側の専門家証人として大切な役割を果たせたのです。

日本列島にハンセン病が伝播して少なくとも 1500 年、その時々社会状態によって消長を繰り返しながら今日に至っていますが、21 世紀に入り新患の発生は事実上ゼロになり、日本におけるハンセン病の歴史は終焉を迎えています。

いま私たちは、90 年前に小笠原登が予言した「ハンセン病が亡くなった日本」を生きているのです。

(2025 年 10 月 29 日講演資料)