

参 考 資 料

	頁
1. ハンセン病対策関係略年表	1
2. ハンセン病患者・元患者等に対する施策の概要	2
3. 「らい予防法」違憲国家賠償請求事件判決骨子	3
4. ハンセン病問題の早期かつ全面的解決に向けての内閣総理大臣談話	4
5. 「ハンセン病問題に関する検証会議 最終報告書」の構成	6
6. 「第十九 再発防止のための提言」全文	10
7. 「ハンセン病問題に関する検証会議」開催状況	33

ハンセン病対策関係略年表

1873 (明治6) 年2月	ノルウエーの医師アルマウエル・ハンセン、らい菌を発見
1897 (明治30) 年	第1回国際らい会議
1907 (明治40) 年3月	「癩予防ニ関スル件」公布 (法律第11号)
1931 (昭和6) 年4月	「癩予防法」公布 (法律第58号)
1952 (昭和27) 年	WHO第1回らい専門委員会 (強制隔離政策が、患者を潜伏化させる傾向を指摘)
1953 (昭和28) 年8月	「らい予防法」公布 (法律第214号)
1954 (昭和29) 年4月	らい予防法による患者家族への生活保護開始
1959 (昭和34) 年	WHO第2回らい専門委員会 (ハンセン病に関する特例法の廃止を提唱)
1963 (昭和38) 年	第8回国際らい会議 (無差別の強制隔離は、廃止されなければならない)
1964 (昭和39) 年3月	厚生省報告書において、「現行法についての再検討が必要」との文言あり)
1994 (平成6) 年11月	全国国立ハンセン病療養所所長連盟がらい予防法改正問題についての見解表明
1995 (平成7) 年1月	全国ハンセン病患者協議会、「らい予防法改正を求める全患協の基本要求」を公表
5月	ハンセン病予防事業対策検討委員会、中間報告公表
12月	らい予防法見直し検討会報告書提出
1996 (平成8) 年1月	公衆衛生審議会伝染病予防部会「らい予防法の廃止等について」を答申
4月	「らい予防法の廃止に関する法律」施行 (法律第28号)
7月	らい予防法違憲国家賠償請求訴訟提起 (熊本地裁)
1999 (平成11) 年3月	〃 (東京地裁)
9月	〃 (岡山地裁)
2001 (平成13) 年5月	ハンセン病国家賠償訴訟熊本地裁判決 政府として控訴しないことを決定 <内閣総理大臣談話発表>、<政府声明発表> 「ハンセン病療養所入所者等に対する補償金の支給等に関する法律」 (法律第63号) 公布、施行
7月	和解に関する基本合意書調印 (入所者・退所者原告) 遺族原告及び入所歴なき原告についての和解に関する所見を熊本地裁が発表
9月	政府として遺族原告及び入所歴なき原告について判決を求める旨を表明
2002 (平成14) 年1月	和解に関する基本合意書調印 (遺族・非入所者原告)
4月	国立ハンセン病療養所等退所者給与金事業スタート 国立ハンセン病療養所等死没者改葬費事業スタート
2005 (平成17) 年3月	ハンセン病問題に関する検証会議最終報告書提出
4月	国立ハンセン病療養所等非入所者給与金事業スタート
2006 (平成18) 年2月	「ハンセン病療養所入所者等に対する補償金の支給等に関する法律の一部を改正する法律」 (平成18年法律第2号) 公布、施行

ハンセン病患者・元患者等に対する施策の概要

(平成17年度末現在)

	入所歴のある患者・元患者		入所歴のない患者・元患者	遺族
	入所者	退所者		
補償金等	補償金又は和解一時金等 (「ハンセン病療養所入所者等に対する補償金の支給等に関する法律」又は裁判に基づき一時金の支払い) (趣旨) ①隔離による被害、②差別・偏見による精神的損害といった共通損害について、行政及び立法の不作為を認め補償(賠償) (金額) 入所時期、退所期間に応じて800万～1400万円		和解一時金 (H14.1.28基本台意書) (趣旨) ①治療機会がなかったことによる損害、②差別・偏見による精神的損害等を共通損害とし、和解一時金を支払う (金額) 発症時期に応じて500～700万円	和解一時金 (H14.1.28基本台意書) (趣旨) ハンセン病患者であった者の死亡により、国に対する慰謝料請求権を相続していると認め、和解一時金を支払う (金額) 入所者に対する和解一時金額を基準に、被相続人の死亡時期に応じて減額し、550万～1400万円
	①謝罪・ 名誉回復	謝罪広告(平成14年3月、平成14年5月)等		
②社会復帰・ 社会生活支援	社会復帰支援事業(～250万円) (平成8年4月以降の退所者) 社会生活支援一時金(150万円) (平成8年4月以前の退所者) (趣旨) 社会復帰に際して必要となる費用等を支援することにより、生活基盤を充実し、自立の促進に資する 退所者給与金 月額約17.6万円～(既退所者) 月額約26.4万円～(新規退所者) (趣旨) ハンセン病療養所退所後の生活基盤の確立及び福祉の増進		非入所者給与金 月額6.45万円(非課税者) 月額～4.85万円(課税者) (趣旨) 入所歴のないハンセン病患者・元患者の平均的水準の社会生活の確立	
③在園保障	在園保障 入所者給与金(月額約8.3万円) 親族援助(生活扶助等)	・再入所保障 ・国立ハンセン病療養所における外来診療のハンセン病関連疾患の自己負担免除		
④真相究明等	ハンセン病問題検証会議(平成14年10月～平成17年3月) ハンセン病資料館の拡充 など			

「らい予防法」違憲国家賠償請求事件

判 決 骨 子

1. 厚生大臣のハンセン病政策遂行上の違法及び故意・過失の有無について（争点一）

らい予防法（以下「新法」という。）が制定された昭和28年前後の医学的知見等を総合すると、遅くとも昭和35年以降（※）においては、もはやハンセン病は、隔離政策を用いなければならないほどの特別な疾患ではなくなっており、すべての入所者及びハンセン病患者について、隔離の必要性が失われた。

したがって、新法廃止まで、隔離政策の抜本的変換を怠った点につき、厚生大臣の職務行為に国家賠償法上の違法性及び過失があると認めるのが相当である。

（※ 昭和34年WHO第2回らい専門委員会にてハンセン病に関する特例法の廃止を提唱）

2. 国会議員の立法行為の国家賠償法上の違法及び故意・過失の有無について（争点2）

遅くとも昭和40年以降（※）に新法の隔離規定を改廃しなかった国会議員の立法上の不作為につき、国家賠償上の違法性及び過失を認めるのが相当である。

（※ 昭和38年国際らい会議にて無差別の強制隔離は廃止すべきと提唱、昭和39年厚生省報告書において「現行法についての再検討が必要」との文言あり）

3. 損害について（争点3）

慰謝料額を初回入所時期と入所期間に応じて、1400万円、1200万円、1000万円及び800万円の4段階とする。

なお、許容額の総額は、18億2380万円（うち慰謝料が16億5800万円、弁護士費用が1億6580万円）である。

4. 除斥期間について（争点4）

除斥期間の起算点となる「不法行為ノ時」は、違法行為の終了した新法廃止時と解するのが相当であり、除斥期間の規定の適用はない。

ハンセン病問題の早期かつ全面的解決に向けての内閣総理大臣談話

平成十三年五月二十五日

去る五月十一日の熊本地方裁判所におけるハンセン病国家賠償請求訴訟について、私は、ハンセン病対策の歴史と、患者・元患者の皆さんが強いられてきた幾多の苦痛と苦難に思いを致し、極めて異例の判断ではありますが、敢えて控訴を行わない旨の決定をいたしました。

今回の判断に当たって、私は、内閣総理大臣として、また現代に生きる一人の人間として、長い歴史の中で患者・元患者の皆さんが経験してきた様々な苦しみとどのように応えていくことができるのか、名誉回復とどのようにして実現できるのか、真剣に考えてまいりました。

我が国においてかつて採られたハンセン病患者に対する施設入所政策が、多くの患者の人権に対する大きな制限、制約となったこと、また、一般社会において極めて厳しい偏見、差別が存在してきた事実を深刻に受け止め、患者・元患者が強いられてきた苦痛と苦難に対し、政府として深く反省し、率直にお詫びを申し上げるとともに、多くの苦しみと無念の中で亡くなられた方々に哀悼の念を捧げるものです。

今回の判決は、ハンセン病問題の重要性を改めて国民に明らかにし、その解決を促した点において高く評価できるものですが、他方で本判決には、国会議員の立法活動に関する判断や民法の解釈など、国政の基本的な在り方にかかわるいくつかの重大な法律上の問題点があり、本来であれば、政府としては、控訴の手続を採り、これらの問題点について上級審の判断を仰ぐこととせざるを得ないところです。

しかしながら、ハンセン病訴訟は、本件以外にも東京、岡山など多数の訴訟が提起されています。また、全国には数千人に及ぶ訴訟を提起していない患者・元患者の方々もおられます。さらに患者・元患者の方々には既に高齢になっておられます。

こういったことを総合的に考え、ハンセン病問題については、できる限り早期に、そして全面的な解決を図ることが、今最も必要なことであると判断するに至りました。

このようなことから、政府としては、本判決の法律上の問題点について政府の立場を明らかにする政府声明を發表し、本判決についての控訴は行わず、本件原告の方々のみならず、また各地の訴訟への参加・不参加を問わず、全国の患者・元患者の方々全員を対象とした、以下のような統一的な対応を行うことにより、ハンセン病問題の早期かつ全面的な解決を図ることといたしました。

① 今回の判決の認容額を基準として、訴訟への参加・不参加を問わず、全国の患者・元患者全員を対象とした新たな補償を立法措置により講じることとし、このための検討を早急に開始する。

② 名誉回復及び福祉増進のために可能な限りの措置を講ずる。

具体的には、患者・元患者から要望のある退所者給与金（年金）の創設、ハンセン病資料館の充実、名誉回復のための啓発事業などの施策の実現について早急に検討を進める。

③ 患者・元患者の抱えている様々な問題について話し合い、問題の解決を図るための患者・元患者と厚生労働省との間の協議の場を設ける。

らい予防法が廃止されて五年が経過していますが、過去の歴史は消えるものではありません。また、患者・元患者の方々の失われた時間も取り戻すことができませんが、政府としては、ハンセン病問題の解決に向けて全力を尽くす決意であることを、ここで改めて表明いたします。

同時にハンセン病問題を解決していくためには、政府の取組はもとより、国民一人一人がこの問題を真剣に受け止め、過去の歴史に目を向け、将来に向けて努力をしていくことが必要です。

私は、今回の判決を契機に、ハンセン病問題に関する国民の理解が一層深まることを切に希望いたします。

『ハンセン病問題に関する検証会議 最終報告書』の構成

第一 熊本地裁判決と真相究明

- 第1 争点についての判示
- 第2 熊本地裁判決の意義
- 第3 同判決と真相究明

第二 1907年の「癩予防ニ関スル件」—強制隔離政策の開始と責任—

- 第1 近世の「癩」病観とその形成過程
- 第2 近代のハンセン病観
- 第3 強制隔離政策の開始と療養所の実態

第三 1931年の「癩予防法」—強制隔離の強化拡大の理由と責任—

- 第1 「癩予防法」の成立
- 第2 15年戦争期の衛生政策とハンセン病対策
- 第3 「国民優生法」と「癩予防法」改正案
- 第4 「体質遺伝」をめぐる議論

第四 1953年の「らい予防法」—強制隔離の強化拡大の理由と責任—

- 第1 GHQの対日ハンセン病政策
- 第2 強制隔離強化拡大の理由と責任
- 第3 藤本事件の真相
- 第4 藤楓協会および皇室の役割

第五 らい予防法の改廃が遅れた理由

- 第1 問題の所在
- 第2 立法府の対応
- 第3 行政府の対応
- 第4 日本らい学会及び厚生行政の対応
- 第5 政策および医療の客体としての患者・入所者
- 第6 全患協および自治会側の事情
- 第7 1976年の全国療養所所長連盟「らい予防法」改正草案が採用されなかった理由
- 第8 提言

第六 ハンセン病に対する偏見・差別が作出・助長されてきた実態の解明

第1 戦前の「無癩県運動」

第2 戦後の「無癩県運動」

第七 ハンセン病政策と優生政策の結合

第1 ハンセン病患者に対する断種の適用

第2 結婚を媒介とした療養所運営

第3 断種の根拠

第4 ハンセン病患者に対する断種の実践

第5 断種の合法化に向けた動き

第6 ハンセン病患者を対象とした断種合法化の失敗

第7 優生保護法によるハンセン病患者を対象とした断種の合法化

第8 断種の真相

第八 ハンセン病強制隔離政策による被害の全体像の解明

別冊『被害実態調査報告』参照

第九 全国の国立療養所に残された胎児標本に関する検証

別冊『胎児等標本調査報告』参照

第十 ハンセン病医学・医療の歴史と実態

第1 ハンセン病医学とハンセン病対策

第2 近代ハンセン病医学の誕生

第3 近代ハンセン病医学・医療の発展

第4 日本の近代ハンセン病医学の誕生と歴史的変遷

第5 ハンセン病療養所の医療水準

第6 療養所以外のハンセン病患者の処遇

第7 ハンセン病療養所における精神医学的問題

第8 ハンセン病および精神疾患患者についての比較法制処遇史

第十一 ハンセン病強制隔離政策に果たした医学・医療界の役割と責任の解明

第1 強制隔離政策の推進

第2 断種政策の推進

第3 ハンセン病の治癒性

- 第 4 二重の差別と迫害
- 第 5 啓発活動に果たした専門家の責任
- 第 6 再発防止の提言

- 第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任(1)
 - 第 1 法曹界－法律家・団体の対応・責任－
 - 第 2 福祉界

- 第十三 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任(2)
 - 第 1 教育界
 - 第 2 宗教界

- 第十四 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任(3)
 - 第 1 患者運動
 - 第 2 マスメディアの対応・責任

- 第十五 国際会議の流れから乖離した日本のハンセン病政策
 - 第 1 国際会議の流れと日本のハンセン病政策について
 - 第 2 米国におけるハンセン病政策の変遷について

- 第十六 沖縄・奄美地域におけるハンセン病政策
 - 第 1 沖縄・奄美地域のハンセン病隔離政策の検証の意義
 - 第 2 隔離政策の始まり
 - 第 3 ハンセン病患者の沖縄戦
 - 第 4 アメリカ統治下の奄美の強制隔離政策
 - 第 5 アメリカ統治下の沖縄の強制隔離政策

- 第十七 旧植民地、日本占領地域におけるハンセン病政策
 - 第 1 韓国
 - 第 2 台湾
 - 第 3 日本占領地域
 - 第 4 太平洋地域
 - 第 5 「関東州」「満州」

- 第十八 アイスターホテル宿泊拒否事件

- 第 1 事実経過
- 第 2 各種文書など
- 第 3 宿泊拒否事件関係新聞の記事見出一覧
- 第 4 社会の動きなど
- 第 5 考察
- 第 6 検証会議からの意見照会に対する回答
- 第 7 再発防止

第十九 再発防止のための提言

- 第 1 患者・被験者の諸権利の法制化
- 第 2 政策決定過程における科学性・透明性を確保するためのシステムの構築
- 第 3 人権擁護システムの整備
- 第 4 公衆衛生等における予算編成上の留意点
- 第 5 被害の救済・回復
- 第 6 正しい医学的知識の普及
- 第 7 人権教育の徹底
- 第 8 資料の保存・開示等
- 第 9 「ロードマップ委員会（仮称）の設置」

第二十 療養所における検証会議実施報告等

- 第 1 療養所における検証実施報告
- 第 2 元三重県「専任職員」に対する聞き取り
- 第 3 鳥取事件に関する聞き取り

関連資料

- 資料 1 近現代日本ハンセン病関係年表及びハンセン病文書等
 - 第 1 近現代日本ハンセン病関係年表
 - 第 2 国、自治体、園の所蔵資料
- 資料 2 検証会議設置及び活動等関係
 - 第 1 検証会議設置等関係文書
 - 第 2 検証会議及び同検討会委員名簿
 - 第 3 検証会議活動記録一覧

第十九 再発防止のための提言

目次

第十九 再発防止のための提言	765 頁
第1 患者・被験者の諸権利の法制化	765 頁
一 提言の趣旨	
二 提言の具体的内容	
三 留意事項	
四 差別・偏見等を防止するための国等の責務とその施策等	
第2 政策決定過程における科学性・透明性を確保するためのシステムの構築	768 頁
一 提言の趣旨	
二 提言の具体的内容	
三 科学的根拠に基づく健康政策改廃の阻害要因について	
第3 人権擁護システムの整備	771 頁
一 提言の趣旨	
二 提言の具体的内容	
三 人権擁護推進審議会	
四 パリ原則	
五 人権擁護法案の問題点	
六 実効的な人権救済制度を一刻も早く法整備することの必要性	
第4 公衆衛生等における予算編成上の留意点	775 頁
一 提言の趣旨	
二 提言の具体的内容	
第5 被害の救済・回復	776 頁
一 提言の趣旨	
二 残された課題	
三 すべての被害の救済・回復	
第6 正しい医学的知識の普及	778 頁
一 提言の趣旨	
二 提言の具体的内容	
三 「専門家自己統治システム化」	
四 国際的知見からの隔離の抑止システム	
第7 人権教育の徹底	781 頁
一 提言の趣旨	
二 提言の具体的内容	
第8 資料の保存・開示等	782 頁
一 提言の趣旨	
二 資料の保存	
三 資料の開示	
四 施設等の歴史的保存・公開等	
第9 「ロードマップ委員会」(仮称)の設置	784 頁
一 提言の趣旨	
二 提言の具体的内容	

第十九 再発防止の提言

以上、第二から第十八において各検証を行うとともに、各検証から導き出される再発防止策についても各提言してきた。以下では、これらをまとめて「再発防止の提言」とし、提言の趣旨や提言の具体的内容などについて詳述することとする。

第1 患者・被験者の諸権利の法制化

一 提言の趣旨

国の誤ったハンセン病政策は患者・家族らに言語に絶するような重大で広範な人権侵害をもたらした。詳しくは本検証会議『被害実態調査報告書』を参照。公衆衛生等の政策等におけるこのような人権侵害の再発を防止するための核とされるべきは、患者・被験者の諸権利を法制化することである。以下のような理由から、現行法ないし現行制度の運用ではまかないえず、新たな法整備が必要であると考えられる。

理由の第1は、患者の権利に関わる。医師法は専ら医師の義務を定めるのみである。医師等に「良質かつ適切な医療を行うよう務めなければならない」(第1条の4第1項)、「医療を提供するにあたり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得よう務めなければならない」(同2項)等を定めるが、医療提供者の努力義務として規定するにとどまる。結局、患者の権利を保護する法律は存在しないからである。

理由の第2は、被験者の権利に関わる。根拠に基づく医療(evidence based medicine)の普遍化と共に、臨床研究の論理が日常診療に浸透しつつあり、日常診療と臨床研究の境界は曖昧かつ流動的になっている(例えば、混合診療禁止の例外としての国内未承認薬の使用等)。しかし、研究対象者の権利を保護する法制度は、「何人も、その自由な同意なしに医学的又は科学的実験を受けない」との国際人権自由権規約第7条および薬事法に基づくGCPによる治験の被験者保護にとどまる。臨床研究一般の対象者を保護する法律は存在しない。

理由の第3は、感染症予防医療法の基本原則に関わる。現行の感染症予防医療法には、感染症予防医療に関する基本原則、例えば、任意受診の原則、強制措置必要最小限の原則、差別・偏見の温床となる病名を冠した分類をしない原則等が規定されていないからである。

二 提言の具体的内容

1. 以下のような諸権利を中心として規定すること。

- ①最善の医療及び在宅医療を受ける権利
- ②医療における自己決定権及び「インフォームド・コンセント」の権利
- ③医療情報を得る権利

第十九 再発防止の提言

- ④医科学研究の諸原則に基づかない、不適正な人体実験、医科学研究の対象とされない権利
- ⑤断種・堕胎を強制されない権利
- ⑥不当に自由を制限されない権利
- ⑦作業を強制されない権利
- ⑧社会復帰の権利

2. 感染症予防医療に関する以下の諸原則も規定すること。

- ①任意受診の原則
- ②強制措置必要最小限の原則
- ③差別・偏見の温床となる病名を冠した分類をしない原則

3. 患者・家族等に対する差別・偏見等を防止するための国等の責務とその施策等についても規定すること。

三 留意事項

患者・被験者の諸権利の法制化に当たっては、ハンセン病療養所の医療等の検証等から導き出される下記の点についても十分に留意しなければならない。

1. 重複した曖昧な目的規定は避けなければならない。

らい予防法は、目的として予防、医療、福祉を掲げていた（第1条）。精神衛生法（今の精神保健福祉法）は目的の最初に、“精神障害者の医療及び保護”を挙げており（第1条）、この“医療及び保護”は随所に繰り返されている。だが、とくに医療に強制を伴いうる場合に、このように重複したあいまいな目的規定は危険である。医療は医療に徹するべきであって、さもないと、上述の目的は収容中心に堕してしまう。

2. 医療は本人の意思を最大限に尊重し、その同意を得て行われなくてはならない。

このような観点から見た場合、大きな問題となるのは、十分な同意能力を欠く人（幼年者、一部の精神障害者、認知症を呈する人等）における代諾の問題である。1984（昭和59）年の宇都宮病院事件に続く国際的論議のなかで、日本政府側も同意入院（それを「代諾入院」と改称しようとの動きもあったが。）は強制入院の一種であることを認めざるを得なかった。こういった国際的動向に照らしてみると、代諾をもって強制処置の法的辻褄を合わせようとするようなことは、最小限に制限されるべきである。急性伝染病などで国権による強制をどこまで用いるべきか、検討し直す必要がある。本報告書「医療・医学界の責任」の項を参照。諸外国では、裁判所命令によって医療を強制し、あるいは差し止める手続きがよく使われる。日本でこういった手続きを考えると、司法手続きがあまりに遅いことが問題である。例えば、精神保健福祉法第33条第2項によれば、医療保護

入院させられた患者につき4週間までは家庭裁判所による保護者の選任が済んでいなくてもよい。だが、現在、4週間以内に退院できる患者は多い。つまり、その患者が強制入院している間に、その人を強制入院させる法的手続きは済まぬままに終わるのである。こういった事情からすると、法的手続きの迅速化も強く求められる。

3. 医療は、本人の自由を制限することがもっとも少ない条件で行われなくてはならない。
4. 医療においても法の下での平等の原則は厳重に守られなくてはならない。ハンセン病療養施設だから、精神病院だからと他の診療科に比し医師・看護師・薬剤師などの患者数に対する割合が少なくてよいといった事態があってはならない。
5. ハンセン病療養所にはいくつかの診療科を備えたものもあったが、多くは単科病院に近い状態にあった。精神病床の大部分も単科精神病院のもので、精神障害者は身体疾患治療の機会を著しく制限されている。慢性疾患の医療は、総合病院的機能を有する一般病院の一部としてなされるべきであって、単科の大医療施設は原則として認められるべきではない。
6. 医療施設・療養施設における超過収容は、災害などの非常事態を除いては、1名であっても許されてはならない。
7. 何よりも、医療およびそれに伴う福祉的処置は、日本国憲法の人権規定にのっとって行われなくてはならない。

四 差別・偏見等を防止するための国等の責務とその施策等

ハンセン病への差別・偏見の特性は、それを次のようにまとめることが許されよう。宿泊拒否事件で明らかとなったのも、まさにこの特性であった。第1は、国策によって作出、助長、維持された差別・偏見だということである。第2は、この「国策としての差別・偏見」の作出、助長、維持に、医療者、宗教者、法律家、マスメディア、その他、各界の専門家が作為または不作為という形で大きく関わっているということである。第3は、これらの専門家の中でも、わが国のハンセン病医学、医療の中心に位置した専門医と、この専門医の誤った医学的知見が果たした役割は大きいということである。第4は、この「国策としての差別・偏見」が長年にわたって維持され、いわば日常化された結果、差別・偏見という「異常事態」に対して市民の側に感覚麻痺が見られるということである。第5は、このように「異常事態」が日常化しているということ自体が、差別・偏見の正当化理由として悪用される可能性があるということである。第6は、この「国策としての差別・偏見」は、「同情」論と表裏一体のものと作出、助長、維持された結果、無数の「差別意識のない差別・偏見」、「加害者意識のない差別・偏見」が生み出されているということである。第7は、この「差

第十九 再発防止の提言

別感のない差別・偏見」、「加害者意識のない差別・偏見」は普段は「寝た子」状態が多く、入所者の方々が差別・偏見に甘んじる限りは「同情」の中に隠されているが、入所者らが権利主体として立ち上がろうとすると、この「差別感のない差別・偏見」、「加害者意識のない差別・偏見」に火がつき、燃え上がるということである。

それでは、このような差別・偏見をどのようにして根絶していくべきだろうか。上記の特性に則した総合的で科学的な、そして何よりも差別される側の立場に立った対策を、国の責任において計画し、組織的、継続的に実施していくことが必要だということは改めて詳述するまでもない。詳しくは本報告書・第十八「アイスターホテル宿泊拒否事件」を参照。問題は、このような基本計画及びその実施等に関する国等の、財政的な裏付け等も含めた取り組みの現状はどうかである。貧弱な状況にあるといわざるをえない。厚生労働省は、健康局疾病対策課長および同生活衛生課長連名の事務連絡「ハンセン病に関する正しい知識の普及について」（平成15年11月19日）を各都道府県衛生主幹部（局）長外宛てに行い、「市町村、関係機関、関係団体等に幅広くハンセン病に関する正しい知識の普及と啓発を図り、このような事案が発生しないよう、一層の御尽力をお願いいたします。」と要望している。しかし、このような丸投げに近い態度で、国等の責務が正しく果たせるものか。

ハンセン病への差別・偏見にとどまらず、病気を理由とするあらゆる差別・偏見を防止するための基本計画及びその実施等に関する国等の責務を法令で明確に規定することは、それだけでも差別・偏見を抑制する効果が大きく、病気の故に差別されている人々等を大いに勇気づけることになる。

第2 政策決定過程における科学性・透明性を確保するためのシステムの構築

一 提言の趣旨

ハンセン病医学・医療の「権威者」と目された人たちの、独善的で非科学的な知見が国の誤ったハンセン病政策に大きな影響を与えたことは、すでに詳しく分析したところである。同2003年度報告書「1953年法の廃止が1996年まで遅れた理由」等を参照。とすれば、公衆衛生等の政策決定等が今後、このような独善的で非科学的な知見ではなく、最新かつ公正な科学的知見に基づいて行われるようにすることが、その再発を防止するためにとりわけ肝要といえよう。

他方、平成13年5月11日の熊本地裁判決は、次のように指摘している。

「新法の隔離規定は、少数者であるハンセン病患者の犠牲の下に、多数者である一般国民の利益を擁護しようとするものであり、その適否を多数決原理に委ねることは、もともと少数者の人権保障を脅かしかねない危険性を内在している」

これによると、最新かつ公正な科学的知見に基づく公衆衛生等の政策決定等を担保するためには、同政策の実施等により重大な人権侵害を被る危険性のある当事者が問題点の洗い出し、法案の草案作成段階から委員として参加する権利、等を十分に尊重することが不可欠といえよう。

そのためには、以下のような理由から、現行法ないし現行制度の運用ではまかないえず、新たな制度化が必要であると考えられる。

理由の第1は、ルール・メイキングにおける市民、患者代表等の参加に関わる。医学・医療・生命倫理に関連して、行政機関が政策の立案等を行おうとするとき、特に新たな規制を設け、それまでの規制の内容を変更し、または規制を廃止したりする際、検討会、委員会などが設置されるのが通例であるが、問題点の洗い出し、草案作成、要綱案・法案作成段階で、政策の対象である市民、患者代表等が委員として参加する制度は存在しない。故に、政策の対象である、市民・社会は、行政による原案が固まるまで蚊帳の外に置かれる。もっとも、行政が裁量で選任する例も存在する（例えば、厚生科学審議会医薬品販売制度改正検討部会に2004年から薬害被害者代表が参加）。だが、これはあくまでも例外的であり、かつ全体の委員構成のごく一部を占めるに過ぎないから、一種のアリバイとしての意味合いしかない。

行政が原案を作成後、国民の意見を提出する機会は、1999年3月23日に閣議決定された規制の設定又は改廃に係る意見提出手続きによって一応与えられている。しかし、このいわゆるパブリック・コメント手続は法に基づく制度ではない。また、コメント期間があまりにも短く、コメントはほとんどフィード・バックされないから、半儀式のようなものでしかない。法案が議会に提出された後の、公聴会制度が存在する（国会法第51条）が、原案が左右される例はほとんどなく、儀式としての意味合いしかない。

理由の第2は、専門家委員の選任に関わる。上記の検討会等における専門家委員の選任は、行政の裁量で決まるのが現状である。専門家を、専門家団体の組織的推薦に基づく人物とする等の制度は存在しない。

理由の第3は、事務局業務及び起案業務等に関わる。検討会等における事務局業務および論点表、報告書、意見書、要綱案等の起案、資料の整備も行政に委ねられているから、行政目的に添わない反対意見、補足意見等を記載するかどうかは行政の裁量で決まる。検討会等に事務局業務および起案業務を委ねる制度は存在しない。なお、本検証会議では例外的に事務局業務及び起案業務がともに（財）日弁連法務研究財団に委ねられているが、これはあくまで例外である。

理由の第4は、公開に関してで、検討会等の公開の可否・程度は検討会等の判断に委ねられているという点である。リアルタイム公開を原則とするなど透明性を維持する制度は存在しない。

理由の第5は、法律事項の範囲、憲法・国際人権法との整合性で、検討会等の過程で、どこまでを法律事項とし、それが憲法・国際人権法に合致するかの判断は、当該検討会等に委ねられている。これらについて外部の学会、NGO等から意見を徴する制度は存在しない。

理由の第6は、「専門家自己統治システム化」に関わる。医学・医療・生命倫理に関連するルールは、国家の法律制度および専門職業（プロフェッション）の倫理綱領（プロフェッショナル・コード）による自己統治制度が車の両輪であり、このいずれかを欠いても公正さが担保されない。例え

第十九 再発防止の提言

ば日本医師会は強制加入でなく、自己統治は弱い。医師や研究者の専門職業集団が自己統治機能を果たすべく国が援助すべきであるが、そのような試みは一切存在しない。

二 提言の具体的内容

1. 公衆衛生等の政策立案に際しては、以下を遵守すること。
 - ①憲法・国際人権法を十分に遵守すること。
 - ②基本的事項・原則等は法律事項とすること。
 - ③専門家団体の組織的推薦に基づき専門家委員を推薦すること。
 - ④患者等を委員とすること。
 - ⑤報告書・意見書・要項等の起案・作成は行政部局ではなく委員会等が行うこと。
2. 国の公衆衛生等の政策決定過程は、同時に公開して透明化を図るとともに、必要な情報を国民に提供すること。
3. 国の公衆衛生等の政策決定及びその改廃に当たっては、患者等の参加及び意見を十分に尊重するための措置及び手続等を法的に整備すること。

三 科学的根拠に基づく健康政策改廃の阻害要因について

政策の改廃に遅延が生じ、科学と政策との間に齟齬が生まれる原因は、科学・科学的知識のあり方に由来する要因、政策・政治過程の特質に関わる要因、また科学と政策との連携に特有の問題に大別される。

1. 科学・科学的知見の特質

科学は研究の振興や知識の集積、また伝播、利用の各場面において、背景となっている社会制度や状況に左右され、科学技術と社会や政策との間には双方向的な関係が存在する。知識はそれが応用される文脈で生み出されるので、求められる厳密さ、再現性や妥当性は、科学が求められる状況に影響される。「科学」のあり方が社会的に問題とされる場合には、科学と関わる制度の責任が問われる。

2. 政策・政治過程の特質

現実社会の問題解決には、政策目標の設定、手段の選択の両者を巡る争点があり、意見の対立は単一の技術評価だけではなく多面的な政治過程によって解消される。政策の改廃が時宜を得ず失敗する要因としては、問題の発見に先立つ情報や問題認識の不足、利益集団の（過度な）影響、政策の決定・実施に関わる政治機構の不十分な動員などがある。政策や制度には自立的・慣性が存在し、

政策の維持・決定過程も制度化されているので、政策変更の実現のためには、一連の政治過程を先導する指導者・政治手腕が必要とされる。政策評価は政策変更の契機となると期待されているが、人々は新規で革新的なものに大きな関心を寄せるという知的な忌避が存在し、また過去の政策の誤謬を認めることへの躊躇が加わって、問題の発見、課題設定は遅れがちとなる。また、政策が複数目的に資するための妥協の産物として存在している場合、一元的基準による評価に馴染まないと主張され問題が潜在化することがある。

3. 政策過程における科学

政策論議に現れる科学（科学的提言）は、①科学技術の現実的問題への応用可能性の検討、②可能であるならばそれらを社会的文脈の中でどのように利用すべきかという価値判断、③応用実現を目指した政策の成立や実施の政治的可能性の評価、といった課題と深く関わる。ここで後二者は科学のみでは応えることができない価値判断と不可分である。政策議論において科学の手段としての役割が大きくなると、科学的言説は科学以外の理由で採られた選択肢を正当化するための議論に用いられ、また予め選択されたものが科学的合意と相容れない場合は科学が無視されるか、科学的不確実性が強調されるという事態を招き、科学的論争と社会的論争の境界は時に不明瞭となる。専門委員会での議論（規制科学）においては、科学の可能性と限界、また比較考慮される諸要因の位置付けについての検討は必ずしも明示的、科学的ではないことに注意を要する。

4. 解決策

政策の合理性向上のためには、科学的ならびに社会的合理性を高めることが必須である。科学知識、政策情報の発展を図るという観点からは、政策課題に関連した研究活動を促進する方策、科学的知識・政策に関する情報の組織的・系統的集約と伝播促進のための機構の確立が必要である。また、審議経過・結果に関する透明性と明瞭性の保障、議論や決定への参加、科学的言説の政策議論における位置付けに批判的な目を注ぐこと、コミュニケーションの合理性を向上することなどが課題となる。政策評価の普遍性を高め、社会的正当性を確立するためには、政策に関する開かれた系統的・組織的レビュー機構を整備することが求められ、科学的言説のバイアスや政治社会的背景を明示的に捉えた分析が必要である。これら諸点を踏まえた政策手段、制度の具体化が望まれる。

第3 人権擁護システムの整備

一 提言の趣旨

ハンセン病患者等に対する重大で広範な人権侵害を、私たちは看過ないし放置してきた。詳しくは本検証会議『被害実態調査報告』を参照。再発を防止するために、公衆衛生等における患者・被験者の諸権利を、治療及び療養所生活の実態に即して個別・具体的に擁護するとともに、患者等が利用しやすい簡易、迅速な人権救済システムを整備することが喫緊の課題となっている。

第十九 再発防止の提言

二 提言の具体的内容

1. 患者等の権利を公示し、その周知徹底を図ること。

前述の提言第1「患者・被験者の諸権利の法制化」に伴う処置で、権利を法制化しても、国民への周知徹底が図らなければ、権利が眠ることになりかねないからである。

2. 患者等の諸権利を擁護等する「患者等の権利委員」（仮称）制度を新設すること。

法務省の人権擁護委員制度においては、子どもの人権に関わる「子どもの人権専門委員（会）」制度が設けられており、子どもの人権擁護において一定の役割を果たしている。このような専門委員が果たす役割は大きい。病気を理由に差別・偏見を受けた人たちに対して実効的な人権救済制度を早急に具体化する必要性を考えれば、「患者等の権利」の擁護等に特化した「患者の権利専門委員（会）」制度の新設が望ましい。このことは、「人権擁護法」による新たな「人権委員会」制度の下でも、この専門委員（会）制度については大きな役割が期待されているところでもある。

3. 「パリ原則」に基づく国内人権機関を創設すること。

「人権擁護法案」については後述するように批判が少なくなく、このために廃案になったが、そのことは、「パリ原則」に基づく国内人権機関を創設することの必要性をいささかも減じさせるものではなからう。創設の必要性については誰しも異論のないところといえよう。より良い国内人権機関の創設に向けて、早急な合意形成が望まれる。

三 人権擁護推進審議会

「患者の権利」が法制化されても、権利を侵害された場合に、それを擁護するシステムがなければ実効性を担保しえない。日本では、国による裁判以外の人権救済活動は極めて不十分で、自己の人権を侵害されても「自分で処理（解決）した」および「何もしなかった」人が多数を占める状況にある。総理大臣官房広報室『人権擁護に関する世論調査（平成9年7月実施）』等を参照。国が設置している裁判外の人権救済機関も多くない。労働問題、公害、児童虐待等の分野においては、最終的な紛争解決手段である裁判制度を補完する裁判外紛争処理制度（ADR）や被害者保護のための特別の仕組みが設けられており、また、様々な分野で、公私の機関・団体による被害者保護の取り組みが行われているが、これらの制度等は、そもそも総合的な人権救済の観点に立って設置されるなどしたものではないため、救済が必要な分野をすべてカバーしているわけではない。総合的な人権救済機関としては法務省の人権擁護機関（法務省人権擁護局、法務局人権擁護部等、法務省人権擁護委員等）が唯一のものといっても良い。この法務省の人権擁護機関にしても、実効的な救済という観点からは限界や問題点が指摘されているところである。

人権擁護推進審議会は法務大臣宛の答申『人権救済制度の在り方について』（平成13年5月25日）の中で、次のように述べている。

「法務省の人権擁護機関による人権相談及び人権侵犯事件調査処理制度は「実効的な救済という観点からは、次のような限界や問題点がある。

○専ら任意調査に依存しているため、相手方や関係者の協力が得られない場合には、調査に支障をきたし、人権侵害の有無の確認が困難となる。

○専ら啓発的な任意の措置に頼っているため、加害者が確信的であるなど任意に被害者救済のための行動をとることが期待できない場合には、実効性がない。

○政府の内部部局である法務省の人権擁護局を中心とした制度であり、公権力による人権侵犯事案について公正な調査処理が確保される制度的保障に欠けている。

○人的資源が質・量ともに限られており、専門的な対応や迅速な調査処理が困難な場合がある。

○上記の結果として、国民一般から高い信頼を得ているとは言い難い。」(8頁)

国連の規約人権委員会は、日本の報告書に対する1998年(平成10年)11月の最終見解の中で、人権侵害の申立てに対する調査のための独立した仕組みを設置することを勧告している。また、子どもの権利に関する条約に基づく子どもの権利に関する委員会も、日本の報告書に対する同年6月の最終見解の中で、独立した監視の仕組みを設置するために必要な措置を講じることを勧告している。総合的で実効的な人権救済制度について法整備の必要性があることは、国自身も認めているところといえよう。

四 パリ原則

人権擁護推進審議会「答申」でも触れられているように、国連規約人権委員会は、1999年10月、「国内機構の地位に関する原則(パリ原則)」(1992年3月3日、国連総会決議)に基づいて、日本に対して「国内人権機関」の設置を勧告した。ここで、簡単にパリ原則について触れておくと、パリ原則は、国内人権機関の内容について、国内人権機関の権限と責任、構成と独立・多元性の保障、活動の方法、委員会の地位、の4つの原則を定めている。

国内人権機関の責務としては、以下のものが想定されている。

- ① (a) 人権擁護関連の法律や規定が人権の基本原則に合致するか、(b) 人権侵害の状況、(c) 国内の一般的人権状況や具体的な問題に関する報告書の準備、(d) 人権侵害状況に関する政府への注意喚起や施策の提案、などに関して政府や議会などへ勧告すること。
- ② 法律、規則及び慣行と締約国となっている人権諸条約との調和、ならびにその実効的な履行の促進・確保すること。
- ③ 人権諸条約の批准又はこれへの加入の奨励し、人権諸条約の履行を確保すること。
- ④ 人権諸条約上の政府報告への貢献とこれに関する意見を表明すること。
- ⑤ 国連の人権関係機関、地域的機構や他国の国内人権機関と協力すること。
- ⑥ 人権教育・研究プログラムの作成支援し、実施に参画すること。

第十九 再発防止の提言

⑦民衆の啓発と人権やあらゆる差別、特に人種差別に対する闘いに関して宣伝すること。

さらに、その構成と独立・多様性の保障に関して、国内人権機関の構成員は、社会の多様性を反映する形で選出されるべきであり、構成員の任命の際には、NGO、労働組合、弁護士・医師・ジャーナリストなどの職業的組織、大学、議会などの代表が関与すべきであり、国内人権機関の独立性を担保するため、政府から独立した財源を持つことが求められている。

すなわち、国内人権機関には、①人権教育、②政府に対する助言と政府の支援、③人権侵害の申立の調査、という3つの任務があり、さらにこれらの任務を実効的に遂行するために、①独立性、②明確な管轄権と適切な権能、③アクセスの容易さ、④NGO、国内機関、政府間機構との協力、⑤活動の効率、⑥説明責任（アカウンタビリティ）が求められているのである。

五 人権擁護法案の問題点

人権擁護推進審議会による上記答申を受けて、「人権擁護法案」が平成14年第154国会に提出されたが、同法案に対しては批判が強く、廃案となった。法案によると、人権救済制度には、一般救済手続と、特別救済手続とが設けられており、特別救済手続の対象とされているのは、差別（人種、民族、信条、性別、社会的身分、門地、障害、疾病又は性的指向を理由とする不当な差別的取り扱い）、虐待、差別助長行為、メディアによる人権侵害であった。報道機関による一定の人権侵害についても特別救済手続の対象としている点に非難が集中したかの感があるが、問題点の指摘はこれだけではなかった。法案では人権委員会を法務省の外局として設置するとされているが、法務省は検察行政に加えて、出入国管理行政や矯正行政などをも担当しており、これらにおける人権侵害の救済及び防止を法務省の外局に期待しえるのか、疑問だとされた。内閣府等の外局（独立の第三者機関）とすべきではないかとの意見が強い。また、東京に人権委員会を設置し、人権委員会に事務局を置く外、事務局の地方機関として、所用の地に地方事務所を置くものなどとされているが、このような東京一局集中方式で地方分権の時代の各地の人権問題に適切に対応できるかも疑問だとされたのであった。

しかし、人権を侵害された場合にそれを救済するシステムが必要なことはいうまでもない。パリ原則に基づいた、組織的独立性、財政的独立性をもった人権救済機関の設置が望まれるところである。

六 実効的な人権救済制度を一刻も早く法整備することの必要性

病気を理由に差別・偏見を受けた人たちに対する実効的な人権救済制度の必要性については、平成16年2月25日開催の熊本県本会議における平野みどり議員の「今回の宿泊拒否事件を踏まえて、熊本県として人権課題に対する認識並びに一層の人権啓発への取り組む決意について、知事の御見解をお聞かせください。」との一般質問に対する潮谷知事の回答が何よりも雄弁に語っているところ

といえよう。次のような答弁である。そこで、これを引用することによって、上記の必要性の説明に代えることしたい。

「・・・今回のことを通しながら感じましたことは、啓発の大事さ、これはもうもちろんのことでありますけれども、人権侵害により被害を受けた方々に対する実効的な人権救済制度の一刻も早い法整備が望ましいと考えたところです。」

重大な人権侵害事件という観点から、今回の宿泊拒否問題について一貫して毅然とした態度を貫いた、そして、ハンセン病に関する差別・偏見の解消に向けてもっとも積極的に取り組んできた熊本県が、実効的な人権救済制度を一刻も早く法整備することの必要性を訴えていることの重みを国は真摯に受け止めなければならない。公衆衛生におけるあるべき人権救済制度のための法整備に向けて必要な合意形成が早急に図られなければならない。この合意形成を図ることは国の責務である。

第4 公衆衛生等における予算編成上の留意点

一 提言の趣旨

1953年に制定された戦後の「らい予防法」について、遅くとも1960年以降においては違憲状態に陥っていた（熊本地裁判決）にもかかわらず、その法廃止が1996年まで30年以上も遅れた理由については、既に検証を行った。

そこで明らかになったことの一つは、法廃止が遅れたことに財政上の要素が大きく関わっていたという事実である。すなわち、強制隔離と処遇の一体論がそれで、厚生省と大蔵省の予算折衝においては、予防法による強制隔離を法的な根拠として国立ハンセン病療養所における入所者らの処遇改善が図られたために、厚生省は予防法廃止を言い出すことができないまま時間が経過し、入所者らにも予防法廃止はそれまでに勝ち取った処遇改善の実績を台無しにするものと映り、法廃止に取り組むことを躊躇せしめることになった、等の点がそれである。

このような歴史に鑑みると、人間の尊厳及び人権の尊重に立った新たな予算編成上の原則を樹立することも、公衆衛生等の分野での再発を防止する上で必要不可欠ということが可能であろう。

二 提言の具体的内容

財務省に対し、次のような新しい予算編成上の原則の樹立を求めるべきである。すなわち、感染症医療、精神医療等に関連する、予防、検査、スクリーニング、治療、リハビリテーション、入院等の各場面において、法律上の強制の要素がない限り予算措置を講じないとの、これまでに見られた予算編成上の慣行ないし方針が人間の尊厳および人権の尊重に照らしもはや破綻していることを認識し、公共保健（パブリック・ヘルス）の目的が存在する場合には強制の要素がなくとも予算

第十九 再発防止の提言

措置を講ずるよう努力するとの原則である。

第5 被害の救済・回復

一 提言の趣旨

本検証会議『被害実態調査報告書』でも明らかなように、国の誤ったハンセン病強制隔離政策による被害は今もなお続いている。このような被害を救済し、その回復を図ることは何よりの予防策といえよう。

二 残された課題

1. 社会復帰

孤立無援の状態でハンディキャップを抱えてゼロから出発しなければならないという、予防法の下での社会復帰の状況は、法廃止後でも大きな変化は見られなかった。この課題を克服するためには、様々な問題を解決していく必要があった。社会での医療・生活等の保障を根拠づける原理論と、それを具体化する運動論、これによる具体的提言、そして、何よりも社会的な支援の確保などが、それである。自治会や全患協などだけでは解決することが困難な問題が多かった。しかし、社会の側はこれらの問題の解決を自治会や全患協などに押し付け、責任回避の態度を取り続けた。

社会復帰のための環境整備と受け皿作りが急務となっているが、現状はいかがであろうか。責任回避の態度は是正されたのであろうか。まだまだ不十分だといわざるをえない。詳しくは上記『被害実態調査報告書』の中の退所者等に関する部分を参照されたい。自治体等による実情に即したきめの細かい、市民参加型の取り組みと、これに対する国による財政的な裏付けとを強く要望しておきたい。自治体等による「社会復帰支援センター」（仮称）の設置が必要だとの指摘もある。社会福祉関係等の専門家による自己批判に基づいた貢献も欠かせない。

2. 差別・偏見の根絶

故なき差別・偏見に対して入所者らが抗議等に立ち上がると、逆に社会の側がこれに反発し、ときには敵意さえも示すという「差別意識のない差別・偏見」の構図を一刻も早く解消しなければならない。この面において果たすべき国の責任については既に提言第1「患者・被験者の諸権利の法制化」で取り上げた。しかし、社会の側の責任も重大なものがある。なかでも大きいのは法律家、マスメディア、宗教家等の責任だが、現状は行政の取り組みにも劣ると言ったら誤りであろうか。差別・偏見の特性に即した総合的で科学的な、そして何よりも差別される側の立場に立った対策を組織的、継続的に実施していかなければ、ハンセン病差別・偏見は決してなくならないが、弁護士会、マスコミ、宗教界の取り組みはまだまだイベントの域を出ていないのではないか。「同情」論を打ち破る取り組みが、弁護士会、あるいは日弁連全体として、継続的、組織的に行われているので

あろうか。一部の弁護士による献身的な取り組みには頭が下がるが、弁護士会全体となるとアリバイ作りの面が強いのではないか。

弁護士会、マスメディア、宗教界等に対し、差別・偏見の根絶に向けた継続的な取り組みとそのための体制作りを、他機関・他団体のそれと連携しつつ推進されることを改めて要望しておきたい。

3. 人権論の更なる深化

「人権論」の意義と成果をさらに広げていくことは憲法第13条の保障する「少数者の尊重」という課題だといってよいが、入所者の社会復帰や、ホテル宿泊拒否事件等にみられる差別・偏見の根絶という課題とも重なる。ただ、「少数者の尊重」は、少数者側の問題というよりは多数者側の問題という側面が強い。幸い、国賠訴訟はたくさんの支援者や弁護士に支えられた。だが、その他の問題ではいかがであろうか。たとえば、差別・偏見の打破に向けての弁護士、弁護士会の取り組みはどうであろうか。「少数者の尊重」を少数者の自助努力に委ねて良しとしている部分がまだまだ強いのではないか。

社会の側にあつて「少数者の尊重」を多数者に訴え、受け入れさせるという公務は、「聖なる業務」として法律家に専属せしめられているといえる。弁護士法第1条も「①弁護士は、基本的人権を擁護し、社会正義を実現することを使命とする。②弁護士は、前項の使命に基き、誠実にその職務を行い、社会秩序の維持及び法律制度の改善に努力しなければならない。」と謳っている。そして、これこそが弁護士会自治を保障せしめているところのものといえよう。

しかしながら、この面での弁護士会の問題発見能力や問題解決能力には、患者運動等から学ぶ姿勢の不足等も含めて、構造的な問題があるように見受けられる。「プロフェッションの責任」に対する自覚が欠如しているのではないか。このような非難を社会から浴びないような継続的、組織的な取り組みが喫緊の課題となっているといえよう。法律家はその身分保障に相応しい任務を果たさなければならない。人権論を深化させるのは法律家の業務である。

4. 「園の将来構想」問題

自治会及び全療協にとって「園の将来構想」問題が今や最大の課題となっているとの指摘が少なくない。この問題についても、「国及び社会は、このような事態に至ったことの責任が自らの側にあることを十分に認識し、これに基づいた対応を行わなければならないこと」ということを改めて確認しておきたい。納骨堂に安置されている遺骨についても永久の安置場所が確保されなければならない。

5. マスメディアの課題

被害回復・被害救済等の面で果たすマスメディアの役割の大きさについては改めて詳述するまでもない。このような観点から見たマスメディアの課題として、次のような点があげられよう。

第十九 再発防止の提言

【記者個人に求めるべきこと】

- 専門的知識を身につけること。
- 何がフェアーであるか、常に自分の取材活動を通じて問い直し続けること。
- 世間の常識や国の政策について安易に現状を追認せず、懐疑的な目で正邪を問い直す姿勢を貫くこと。
- 少数者の声に耳を傾け、その声を社会に伝えるために努力と工夫を怠らぬこと。
- 現場観を再構築すること。現場とはなにか、現場はどこにあるのかといったことをもう一回、考えて情報が出る場所を広げていくといった作業を行うこと。
- 自らの報道を常に検証すること。

【マスメディアに求めるべきこと】

- 記者研修制度の一層の整備・充実化を図ること。
- 抜本的な取材体制の見直しを行い、視点が取材対象と同一化しないようにすること
- 末端の記者の活動や地域面の記事にも気を配り、紙面審査・記事審査などのセクションに、全社を挙げて取り組み、社会に訴えるべき問題が水面下で眠っていないかどうか、不作為の掘り起こしにも力を入れさせる仕組みを作ること。
- 読者からの社会が内包している問題についての取材の要請、問題点の指摘などを受け付ける「公聴」セクションを開設し、その内容と対応の結果を定期的に公表すること。
- マスメディアの伝える情報と学会専門誌の伝える情報との間の空白地域を埋めるための方策を講じること。

三 すべての被害の救済・回復

以上は、国の誤ったハンセン病強制隔離政策に伴う被害の救済・回復に関わるが、公衆衛生等の分野におけるその他の被害についても救済・回復が迅速、適切に図られなければならない。

第6 正しい医学的知識の普及

一 提言の趣旨

かつて私たちは、ハンセン病に関する国と“専門家”の誤った宣伝に惑わされて、強制隔離政策や無らい県運動を進めて未曾有の被害・悲劇を患者・家族らに惹起した。この取り返しのつかない痛恨の過ちを二度と繰り返してはならない。この教訓を無駄にしないことは、国と専門家のみならず、私たち一人一人も負っている患者・家族らに対する重大な責務である。

感染症の患者を危険な存在として排除したり、遺伝性疾患の患者・家族を不良な遺伝子を持った人間として差別したりしない社会を作っていくためには、私たち一人一人が正しい医学的知識を持たなければならない。

ハンセン病等を含む感染症についての、そして遺伝病についての専門家による正しい医学的知識の普及という観点から見た場合、注目されるのは保健所等による取り組みである。かつて保健所は、無らい運動の最前線を担い、ハンセン病に対する差別・偏見を人々に植え付ける上で大きな役割を果たした。このことを省みるとき、誤った認識を払拭し、正しい医学的知識の普及活動の中核を保健所が担うことは当然の責務ともいえる。国、自治体のこの面での取り組みがさらに強化されることを強く要望しておきたい。

なお、本報告書でも指摘したように、熊本地裁判決後も、保健体育の教科書等には「らい」という呼称をあいかわらず用いているものがある。早急に改善されるべきである。

二 提言の具体的内容

1. 感染症染症患者の人権を保障し感染の拡大を防ぐ唯一の方法は、患者に最良の治療を行うことであって、隔離や排除ではないとの認識を普及させること。

急性感染症については、やむをえず強制隔離が必要な場合もあるが、それに伴う患者の人権の制限は必要最小限とし、患者に対しては最善の医療が保障されなければならない。慢性感染症については、急性感染症のように感染力が強くないこと、また患者の人権に対する重大な侵害なしには隔離できないために、原則として患者の隔離を行ってはならない。

2. 医学・医療界は、患者・家族らの立場に立った医学・医療の確立に努め、それを担保する制度・システムの整備・充実を図ること。

最良の治療を行うためには患者・家族の立場に立った医学・医療の確立が必要で、それを担保する制度・システムの整備充実が図られなければならない。日本の誤ったハンセン病絶対隔離政策が示しているのは、同政策を推進し、あるいはこれに加担した医学・医療界において患者・家族らの視点が決定的に欠落していたということである。この点については、次の三の「専門家自己統治システム化」を参照。

3. 患者・家族らが、最善の治療を自主的に判断できるように、インフォームド・コンセントやセカンド・オピニオン等をはじめとする「患者の権利」を確立するための法整備等を図ること。（提言第1「患者・被験者の諸権利の法制化」参照）

4. すべての病人や障害者に優しい社会を作るように国、社会は不断に努めること。

三 「専門家自己統治システム化」

医療専門職における専門的知見の確立、職業倫理の向上等を図るためには、国家管理方式から脱却し、「自己統治システム」に切り替えることが必要である。多くの国は「自己統治システム」の

方式を導入しており、それを通じて専門的知見の確立及び職業倫理の向上等を図っているからである。なかでも注目されるのはフランスで、専門家自治と法治主義が巧妙に組み合わせられている。

フランスでは、保健医療法により医師は身分団体を作ることとされ、この身分団体に加盟しないと医業を行えないこととされている。この身分団体は医療を管理し、医師職業倫理規範を制定する。この倫理規範は法的拘束力を持ち、公的規範の性格を有する。身分団体は倫理規範の遵守を監視し、違反者を懲戒する権限を持つ。倫理規範は「第一部 医師の一般的義務」、「第二部 患者に対する義務」、「第三部 医師及び他の医療職との関係」、「第四部 医業の実施について」からなり、中核をなすのは次のような規定だとされる。第一部では、「個人と全体に対する奉仕」、「人の生命と人格の尊厳の尊重」、「守秘義務」、「職業上の独立の保持」、「医師を選ぶ自由の尊重」といった「医師の一般的義務」に加えて、「知識の保持・向上に努めること」、「医療評価を常に行うこと」、「確証不十分な技術の開示は慎重に行うこと」、「生命倫理のルールへの遵守」といった「社会に対する義務」のほか、「商行為としての医業や広告、兼職、公職利用、医療失墜行為の禁止」等。第二部では、「説明の義務」、「同意取得の義務」、「苦痛緩和とターミナルケアの義務（安楽死、リビング・ウィルは否定）」、「患者に正当化できないリスクを負担させることの禁止」、「子どもの保護、窮乏や虐待への対応の義務」、「治療継続の義務」、「福祉など社会的利便を患者に伝える義務」等。第三部では、「競争のための値引きの禁止（無料診療は自由）」、「セカンド・オピニオンの作法」、「他の医療職の独立性の尊重」等。

しかし、これらの規定にもまして注目されるのは、医師倫理を守る仕組みである。身分団体による懲戒裁判がそれである。三審制からなり、医師の身分団体の地域圏評議会が第一審を、また同全国評議会が第二審を行うが、第三審はフランスでは行政裁判の最高裁判所と位置づけられるコンセイユ・デタが担当することとされている。ここでも正式の裁判を受ける権利と専門家自治とが巧妙に組み合わせられている。

それでは、日本の医師会はどうであろうか。医師会はいくまでも任意の団体であって、医師法その他の法令は、医師会自治を認めていない。医師会の定める倫理規定も私的なものとどまり、公的な性格をいまだ持ち得ていない。法的な規制を阻止するための受動的なものという色彩が濃厚で、法的な基準を上回るどころか、下回っているとの批判も強い。専門家に相応しい独立性と自律性が保障されているのが専門家だとすれば、日本の医師は専門家に該当しない。

医師を処分する権限も厚生労働大臣に与えられている。医師法第7条第2項によれば、厚生労働大臣は、医師が罰金以上の刑に処せられた場合に、医師の免許の取り消し、または一定期間の業務停止を命じることができるとされているのである。もっとも、同条第4項によれば、医師の免許の取り消しや業務停止という行政処分を命じるに当たって、厚生労働大臣は、「医道審議会」の意見を聞かなければならないとされているが、それも、「国による上からの医師の処分」という基本に修正を迫るものでは少しもない。弁護士会自治に基づく懲戒とは決定的に性格を異にする。

その反面、医師の処分については「罰金以上の刑に処せられた場合」とされており、弁護士の懲戒が、「この法律（弁護士法）又は所属弁護士会若しくは日本弁護士連合会の会則に違反し、所属弁護士会の秩序又は信用を害し、その他職務の内外を問わずその品位を失うべき非行があったとき

は、懲戒を受ける」と規定されているのに対して、範囲の狭さは比べようもない。弁護士の場合は、弁護士会自治に基づくが故に、包括的で極めて広い懲戒事由が規定されている。ちなみに国家公務員の懲戒については、「この法律（国家公務員法）若しくは国家公務員倫理法又はこれらの法律に基づく命令に違反した場合」、「職務上の義務に違反し、又は職務を怠った場合」、「国民全体の奉仕者たるに相応しくない非行のあった場合」とされているが、弁護士の懲戒事由はこれと遜色がないどころか、これを上回るといってもよい。これに対して、医師の場合は、国による上からのものとされるが故に、処分事由の範囲は極めて縮減されており、かりに医師が医療事故を起こした場合であっても、罰金以上の刑に処せられない限りは処分の対象とはならないのである。

このような国による管理及び庇護が、医療専門家における専門的知見の確立及び職業倫理の向上等という観点から見てあるべき姿かという点、答えは自ずから明らかであろう。

四 国際的知見からの隔離の抑止システム

国際会議の流れから大きく乖離したことが日本の誤った強制隔離政策をかくも長く存続させる主な原因の一つになったことは、既に詳しく分析したところである。とすれば、公衆衛生等の分野において、このような乖離を二度と生まないようなシステムを構築することは再発防止にとって極めて有効といえよう。例えば、日本の医学界が、専門分化された各医学会における支配的見解と異なる、海外の知見や日本の少数意見を、専門外の医学界および社会に常に紹介する倫理的義務を負い、論争があればその概要等について医学界および社会がアクセスできるようなシステムが、それである。このようなシステムの構築が強く望まれる。

第7 人権教育の徹底

一 提言の趣旨

正しい医学的知識を持つことの重要性をいくら強調しても強調しすぎることではない。だが、感染症であれ、遺伝性疾患であれ、病気を理由とした差別は許されないという立場を徹底するのでなければ、いくら正しい医学的知識の普及に努めたとしても、病気に対する差別・偏見は決してなくならない。

二 提言の具体的内容

1. より一層の啓発活動に取り組むこと

熊本地方法務局長と熊本県人権擁護委員連合会は、平成15年12月4日、連名で、これまでのハンセン病について啓発活動の不十分さを反省し、一層の強化を図ると表明した。また、統一交渉団の厚生労働大臣宛の『報告書』（平成16年1月28日）は、国等は早急により一層の啓発活動に取

第十九 再発防止の提言

り組むべきだとした。ハンセン病を含めた病気に対する差別・偏見の解消に向けて、これまで以上の啓発活動に取り組む必要があることは改めて詳述するまでもなからう。

ここで注目されるのは、本検証会議からの意見照会に対する「熊本県知事の回答」（平成 16 年 11 月 11 日）である。これによれば、①人権意識の啓発は、広汎に繰り返し継続することが必要であること、②人権問題は他人事や責任転嫁するのではなく自分自身の問題として捉えるという自覚が必要であること、③一度形成された偏見は単に正しい知識を与えるだけでは払拭できない場合があり、人間的交流、共感を持つことが必要であること、④世代間偏見の連鎖を断ち切るためには若い世代に重点的に啓発を行う必要があること、の各点が指摘されている。

いずれも一層の啓発活動に取り組むに当たっての不可欠の留意点といえるが、なかでも重要だと思われることは、「人間的交流、共感を持つこと」の必要性と、「若い世代に重点的に啓発を行うこと」の必要性である。その意味では、熊本県の活動は貴重であろう。平成 16 年度ハンセン病関連事業として、県民を対象とした療養所療養所訪問事業を開始するとともに、小中学校教教師に対しハンセン病資料集を配布したからである。

「百聞は一見にしかず」で、療養所訪問を通じて各地で交流の輪が広がりつつある。初等中等教育等の場における優れた実践教育が各地で実り多い成果を上げていることも報告されている。このような取り組みの一層の強化が望まれる。

2. 人権教育の充実化

高等教育、とりわけ医系学部等における人権教育の充実化の必要性についても、ここで触れておきたい。現状はまだ不十分だといわざるをえない。医療機関や福祉施設で働く職員に対する人権教育の重要性も忘れてはならない。医療や社会福祉の専門職は患者や福祉施設利用者の健康権、生存権等を守ることをその職務とするが、理想と現実には深い乖離がみられた。国の誤ったハンセン病政策を巡る、これら専門職の歴史は、人権擁護の担い手よりは、人権侵害の担い手という側面の方が強かったことを教えているからである。それでは、何故、人権擁護の担い手が、人権侵害の担い手に転じてしまったのか。この点の検討も含めて、抜本的なカリキュラム改正が早急に図られなければならない。

第 8 資料の保存・開示等

一 提言の趣旨

ハンセン病患者・家族・回復者への差別と偏見は誤った国策によるものであるが、単に国だけの責任に帰することはできない。実際の隔離の実務を担当したのは、自治体であり、患者を地域から排除したのは国民であった。今後、このような人権侵害の再発を防止するためには、国の責任とともに、自治体の責任、国民の責任についても究明していかなければならない。そうした際、厚生労働省をはじめとする国の機関、自治体、ハンセン病療養所、ハンセン療養所入所者自治会などに所

蔵されている資料の活用は不可欠となる。国レベルから地域レベルまでを視野に入れた隔離政策の真相究明を進め、その成果を再発防止のための社会啓発に反映していくことが望まれる。

誤った強制隔離政策を象徴するような施設等について歴史的保存を図り、公開に努めること等も再発防止という観点から見て重要な課題のひとついよう。

二 資料の保存

1. 検証会議に提供された資料について

検証会議の調査により収集された資料は、現時点では、検証会議事務局に保管されている。これらの資料について、検証会議解散後の取り扱いをどうするかということが、残された課題のひとつである。再発防止のための社会啓発の基礎資料として、活用されることが望まれるからである。

収集された資料のうち、厚生労働省、法務省、各自治体、熊本刑務所、各ハンセン病療養所および全国ハンセン病療養所入所者協議会（全療協）、各ハンセン病療養所入所者自治会などから提供された資料（大部分はコピー）の今後の取り扱い方法であるが、原資料所蔵機関（または個人）の了解を得たうえで、個人情報保護についての適切な処置を行い、公開しても人権侵害の虞がないと判断されたものを然るべき施設に一括して移管し、保管・開示していくことが適当であると考えられる。資料は、散逸を防ぐためにも、可能な限り分散保存ではなく、一つの施設への集中保存が望まれる。

2. 原資料について

原資料は、本来の所蔵機関で管理・保存することが原則であろう。しかし、保存環境等の問題もあり、原則通りに実施できない場合もあるので、一定の基準を検証会議として提起すると、厚生労働省、法務省、熊本刑務所が所蔵する資料については、個人情報保護の処置をおこなったうえで、人権侵害の虞のない資料については、国立公文書館に移管し、保存することを求めたい。戦前の資料や1940年代～1950年代の資料については、紙の傷みも激しく、資料保存の環境の整った同館での保存が最適だからである。現物の傷みが激しい場合には、マイクロフィルム、マイクロフィッシュ、もしくはデジタル化した形での保存が望ましい。

また、各自治体の資料についても、前記と同様の条件のもとで、都道府県立公文書館、もしくは都道府県立図書館への移管、保存を求めたい。戦前の資料や1940年代～1950年代の資料については、紙の傷みも激しく、資料保存の環境の整った同館での保存がやはり最適だからである。現物の傷みが激しい場合には、マイクロフィルム、マイクロフィッシュ、もしくはデジタル化した形での保存が望ましいことも同様である。

さらに、各ハンセン病療養所、全療協会、各療養所入所者自治会の保存資料については、そのまま各機関で保存することを求めたい。可能であれば、全療協、各療養所等において資料室を設置し、療養所側と入所者・自治会側の双方の資料を保存することが望まれる。

第十九 再発防止の提言

三 資料の開示

資料は広く国民に開示されるべきで、個人情報保護の措置を行った資料については、原則として公開することが望まれる。そのために、資料の所蔵機関、あるいは移管先の機関では、閲覧の便宜を図らなければならない。その際、国立公文書館、都道府県立公文書館、都道府県立図書館などでは、一般的な目録に記載するだけでなく、ハンセン病関係資料としての独自の目録を作成することが望ましい。

四 施設等の歴史的保存・公開等

国の誤ったハンセン病強制隔離政策を象徴するような施設等について歴史的保存を図り、公開に努めること等も再発防止という観点から見て重要な課題のひとついよう。

第9 「ロードマップ委員会」(仮称)の設置

一 提言の趣旨

本検証会議が提出した再発防止の提言を尊重する、というのは国の約束である。国は提言を実行する責務を有している。ただ、私たちの提言は多岐にわたっており、立法を要するものもあり、運用の改善でまかなえるものもある。時間的に見ても、短期のものから、中長期のものまで多様である。加えて、行政等にはいわゆる「縦割り」「横割り」の壁もあるとされ、これが提言の実施に大きな妨げとなることも懸念される。

このようなことから、上記の提言を具体化するために、国の責任において、本検証会議と同様の独立の第三者機関として「ロードマップ委員会」(仮称)を設置し、この第三者機関が、自ら、提言を具体化するための「行動計画」等を策定し、国・自治体等に対し逐次、計画の実施を求め、実施状況を監視するという仕組みもあわせて提言することとした。「行動計画」の策定等に当たっては、同機関において、提言の具体化に向けたより一層の検討が加えられることを期待したい。

なお、本検証会議の提言には、弁護士会、マスメディア、宗教界等、各界に対するものも含まれている。国や自治体等と異なり、提言の実行は「約束」ではないが、これらの提言についても、当該機関等と協議等を重ねることを通じて、自主的な実行のための環境整備に努めることも「ロードマップ委員会」の任務のひとつと考えられよう。

二 提言の具体的内容

1. 委員会は、本検証会議と同様の独立の第三者機関とすること。

2. 委員会は、本検証会議の再発防止提言を具体化するための「行動計画」等を策定し、国・自治体等に対し逐次、同計画の実施等を求めるとともに、実施状況等を監視することを主な任務とすること。
3. 委員会は、本検証会議代表、ハンセン病患者・元患者、その他の公衆衛生等の分野の患者・元患者、医師、弁護士、学識経験者、マスメディア、教育者等の委員から構成すること。
4. 委員会には、本検証会議と同様、国等から独立した事務局を置くこととし、同事務局が事務局業務及び起案業務等を担当すること。
5. 国は、委員会の活動に必要な費用を負担すること。
6. 国等は、委員会の策定した「行動計画」等を誠実に実施するとともに、実施状況を国等に報告すること。

【ハンセン病問題に関する検証会議】の開催状況

【		検証会議	検討会
平成14年	10月16日(水)	第1回 東京(検討会との合同会議)	第1回、第2回(検証会議との合同会議)
	11月11日(月)	第2回 東京(検討会との合同会議)	第3回(検証会議との合同会議)、第4回
	11月26日(火)・27日(水)	第3回 大島青松園	
	12月9日(月)	第4回 東京	
	1月15日(水)・16日(木)	第5回 栗生楽泉園	
平成15年	1月17日(金)		第5回
	2月26日(水)	第6回 東京(検討会との合同会議)	第6回、第7回(検証会議との合同会議)
	3月19日(水)	第7回 東京(検討会との合同会議)	第8回、第9回(検証会議との合同会議)
	3月27日(木)	第8回 東京	
	4月16日(水)・17日(木)	第9回 沖縄愛楽園・ゆうな藤楓協会(現在は沖縄県ゆうな協会)	
	4月28日(月)		第10回
	6月25日(水)・26日(木)	第10回 邑久光明園	
	7月14日(月)		第11回
	9月16日(火)	第11回 東京(検討会との合同会議)	第12回(検証会議との合同会議)
	9月17日(水)	第12回 多磨全生園	
平成16年	11月12日(水)・13日(木)	第13回 星塚敬愛園	
	2月4日(水)	第14回 東京(検討会との合同会議)	第13回(検証会議との合同会議)
	3月10日(水)	第15回 東京(検討会との合同会議)	第14回(検証会議との合同会議)
		中間報告書案の確定	
	4月21日(水)・22日(木)	第16回 長島愛生園	
	5月19日(水)・20日(木)	第17回 奄美和光園	
	6月15日(火)・16日(水)・17日(木)	第18回 菊地恵楓園・待労院診療所	
	6月27日(日)	第19回 東京(検討会との合同会議)	第15回(検証会議との合同会議)
	7月14日(水)・15日(木)	第20回 松丘保養園	
	8月18日(水)・19日(木)	第21回 駿河療養所・神山復生病院	
平成17年	9月16日(木)・17日(金)	第22回 東北新生園 ※	
	10月7日(木)	第23回 東京(検討会との合同会議)	第16回
	11月17日(水)・18日(木)	第24回 宮古南静園	
	1月27日(木)	第25回 東京(検討会との合同会議)	第17回(検証会議との合同会議)
	3月1日(火)	第26回 東京(検討会との合同会議)	第18回(検証会議との合同会議)
		最終報告書提出	