

らい予防法と社会保障法制の関係についての一考察

A study on relation between Hansen's disease prevention law and social security legislation

和田 謙一郎

Wada, Kenichiro

要旨

本稿では、ハンセン病（らい）を「不治の時代」「可治の時代（プロミン治療開始後）」「根治の時代（多剤併用療法開始後）」に分け、戦後の「らい予防法」を中心とした「らい法制」と、発達段階での社会保障法制全体の関係を考えた。要因は数多く考えられるが、普遍的な社会保障法制を目指すなかで「らい法制」は「独り歩き」していたと思う。そこでは、療養所入所者に思うような社会保障法制の適用はなく、選択肢もない。これは、「可治の時代」になり社会復帰を目指すにも受け皿がないことを同時に示し、後遺障害が重い者にとって「らい法制」の適用しか途が残されていないことを示してきたことになる。

「可治の時代」そして「根治の時代」となっても、旧態依然とした「らい法制」とは、療養所入所者に大きなジレンマを感じさせ続けてきたのである。

キーワード：らい予防法、社会保障法制、不治・可治・根治、療養所、ジレンマ

1. はじめに

ハンセン病（らい）⁽¹⁾については、感染力がいかなる程度か（感染力は微弱）、どの病型によるハンセン病（らい）であるのか⁽²⁾、治療法が発達・確立され「可治」となった段階での発症であり治療が可能であったか（以下、「可治の時代」で統一する。また、本稿では、多剤併用療法確立後を「根治の時代」で統一する）、「不治の時代」に発症し後遺障害（後遺症）がいかなる程度のものであるかなど、医学的なアプローチのみならず、時代別に、療養・生活環境などを論じる観点から社会保障法制を論じる必要がある。しかし、そこでは複雑多岐な検討が必要になる。

「不治」「可治」「根治」のそれぞれ「時代」を念頭に検討するならば、特に「不治」と「可治」の時代の双方をまたいだ療養所入所者の場合、戦後の「らい予防法（それを中心とする「らい法制」）」と社会保障法制全体の変遷との関係から眺めたならば、発達段階での社会保障法制の適用と有効性についてある程度の結論を示すことも可能である。また、当時の環境下における医療供給体制などに対する、いわば「非現実的な期待感」と「現実的な供給・給付

の状況」を考慮すること、それら結論を示すための糸口になる。

本稿は、筆者のこれまでの継続的な研究の簡単な整理と、今後の研究展開のための「可治の時代」「根治の時代」のハンセン病（らい）問題と社会保障法制の関係の整理が中心になる。

2. ハンセン病（らい）の病型、発症時期、後遺障害と社会保障法制

（1）「不治の時代」から「可治の時代」へ

「らい菌」が原因であり感染力が微弱であったにもかかわらず、ハンセン病（らい）とは、後遺障害である風貌の変化などや、母子間などでの家庭内感染が多かったことなどが原因してか、宗教上の差別的な表現や遺伝病説などが長年継続され、ハンセン病（らい）に対する差別・偏見の問題を継続させ混乱させてきた。あわせて、当初からの「らい法制」⁽³⁾は、それら差別・偏見をさらに助長したとされ、療養所での長期生活という「特異な社会（共同体）」そのものを、一般社会から社会的にも制度的にも排除し続け、一方、意図的にもそれら当事者を、当事者以外の者が必要以上に意識しないものにしてきたように思われる。このことは、風貌の変化などや遺伝病説などから生じていた社会的差別から、「らい法制」による制度的差別がさらに差別・偏見を助長させた⁽⁴⁾という特徴を示している。これらが後の「らい予防法」を廃止しないという、これまでにない「立法の不作为」にもつながったように思う。

特效薬プロミン治療開始前のハンセン病（らい）は確かに「不治の時代」が存在しており、一部のハンセン病（らい）については隔離が必要な患者もいたとされる⁽⁵⁾。ただし、この「不治」とは、当時のハンセン病（らい）の病型にもよるものであることを留意しなくてはならない。いわゆる「少菌型」及び「多菌型」の違いにより当初からの「不治」にも大きな違いがあり、感染力も大きく異なっていたのである。

「不治の時代」であったとしても、その病型が「少菌型」の場合には自然治癒も十分に期待できたとされており、そのように考えれば、当時の「自己退所者（事故退所者）」⁽⁶⁾とは、他の療養所に再入所した者を除くと療養所に帰って来なかった大部分の者の場合、自然治癒した者が多かったと考えられるのである⁽⁷⁾。

ただし、一部では「再発・再燃」に備えて療養所に籍だけを残していた者もいたようである⁽⁸⁾。

もっとも、プロミン治療が開始された当時の患者にとってみれば、以前の大風子油などによる治療とは比較にならない効果があったことも確かであり、「ハンセン病（らい）治療」は劇的に前進したのである。明らかにプロミン治療とは、「不治の時代」を「可治の時代」に変化させたのである。

この段階からは病型を問わず「可治」となったハンセン病（らい）は、療養所内・外を問わずに、すでに後遺障害が重かった患者・回復者についての生活保障を検討する必要性があったと思う。しかし、その法整備のあり方については、当事者間でも、あるいは当事者と行政

の間でも大きな隔たりがあった。

（２）「癩予防法」「らい予防法」と「旧生活保護法」「新生活保護法」との関係

ところで、研究上は数多く検討されたものとは思われないが、旧生活保護法下（昭和 21 年～25 年）では、療養所は生活保護指定施設と指定されていた。しかし、新生活保護法（昭和 25 年）施行時には、療養所は生活保護施設から指定を外され療養所入所者も生活保護制度の適用除外になった⁽⁹⁾。すなわち、戦後の広義の社会保障法制の枠の中では、新生活保護法下では他法他施策として「らい法制」が優先され、同時に「癩予防法」以外には医療供給体制がないという、極めて特異な個別法として「らい法制」は社会保障法制の片隅に追いやられる存在となったのである。

この期間に重なる事項としては、前述したように昭和 24 年から特効薬のプロミン治療が開始されていた。また、時間は前後するが、昭和 23 年には、医療法、医師法、保健婦助産婦看護婦法などが公布・施行される段階になっており、戦後の医療供給体制が再整備しはじめられていた。その後、昭和 26 年 11 月 8 日のいわゆる「三園長証言」⁽¹⁰⁾などを経ての昭和 28 年の新「らい予防法」の公布・施行となる。つまり、わが国の社会保障法制全体としては、GHQ 主導下で医療供給体制を不十分ながら整備しはじめ、遅れて給付面を整備しなくてはならない時期での、皮肉な「予防、医療、福祉」などを目的とする個別法としての新しい「らい予防法」の公布・施行となったのである。

なお、昭和 20 年代後半には、「らい予防法反対闘争」はもちろん、療養所の「看護切替え」や「医療の充実」について当事者団体から主張され始めていた。

（３）「不治の時代」と「可治の時代」、「癩予防法」と「らい予防法」をまたいだ入所者

「三園長証言」の中心者である光田健輔と、在宅医療を可能としてきた小笠原登⁽¹¹⁾とは、ハンセン病（らい）問題を論じる場合にあらゆるところで対比されてきた「ハンセン病（らい）医療」に関わる著名な医師である。

長島愛生園入所者である双見美智子は「光田先生のらい、小笠原先生のらい。是とするも、非とするも、己を空しうして癩に殉じた、その生涯を讃えるにやぶさかではあってはなるまい。貧困癩をも保護し得た光田癩行政の、事を行うに峻烈果断の陰の涙を知るものは少なく。癩病む人を人間として完うさせるための、堂々の姿勢の陰に、資力乏しい者達をまで救い得られなかった小笠原博士の悲しみを知るものも、また少ない。」⁽¹²⁾と回想し、光田の重責を讃えている。これは双見自身の病型が「少菌型」による「神経らい患者」であり、すでに感染力がない状態であったことから、光田は退園を勧めていたことを前提とするものでもあるが、感染力のなさ（微弱さ）に加えて、客観的にも、当時の療養所の予算面・入所定員からみると光田の発言は当然であったことになる。

「らい予防法」施行より少し時期を遡るが、この双見の回想にかかわる療養所生活の時期

とは、療養時の旧生活保護法指定の時期が重なっていた。双見がどの程度、旧生活保護法を意識していたか否かは不明であるが、療養所入所者として当時の生活困窮と「ハンセン病（らい）治療」の関係を的確に示してきた一方で、あえて否定的に貧困医療（医療環境の低さを示す）の場ともされた各療養所の定員や予算を考えるならば、療養所への新規患者受入れの困難さ（その反面での、当時の社会復帰のしにくさ）は、皮肉にも療養所での貧困医療ですら受けることができない状態を示しており、加えて、社会復帰後の医療保障も事実上は存在していないことを示している。広く、生活困窮と当時のハンセン病（らい）患者の関係を示していることにもなる（¹³）。

なお「癩予防法」から「らい予防法」へとまたぐ時期（その前後）としても、療養所側の対応への批判的な見解から、療養所医療者が、結果として当時のハンセン病（らい）の感染力の微弱さを認めていたことになる文献がある。当事者が軽症であったか否かは不明であるが、「癩予防法」下でも療養所に入所している患者の追放例が存在し、また、「可治の時代」となり治癒したからと一般社会での「受け皿」がないまま退園を迫られる例もある（¹⁴）。加えて「らい予防法」下では光田批判を展開してきた行動的な入所者も何かと光田やその関係者と衝突し、そこでは追放を迫られたようである。ただし、そこでは「らい予防法」下の「秩序の維持」（第16条を根拠とした所長による処分）の極端な処分対象になった様子もなく、それらの者は療養所での生活を継続し反光田を貫いてきていた様子である。

少なくともプロミン治療開始以降では、医学的にも、あるいは経験則としても、光田を含めた医療者も患者ら当事者も、「可治」や少菌型の「感染力のなさ（微弱さ）」を理解しており、一方、光田を含む「三園長証言」を考えるなら、ハンセン病（らい）に対する理解と実際の言動・行動には大きな隔たりが生じており、その解明には非常に悩むことになるのである（¹⁵）。

私見としては、昭和25年の新生活保護法（現行の生活保護法）下では療養所がその指定から外され入所者も適用除外となることが前提であれば（¹⁶）、「不治の時代」と「可治の時代」をまたいだ入所者の後遺障害の重い者への生活保障には非常に不透明な部分が多く、また、仮に退所したとしてもその後の生活保障がまだ明確に整備されていない時期に、光田らは再び家長的な考えを持ったのかもしれない。他方、依然として資源が不足している療養所入所とそこでの治療が当時の「ハンセン病（らい）治療」の唯一の方法であると大部分の者が偏見を持ち続けていることに、思惑をもつ光田らが便乗したようにも考えることができる。いずれにしても、排除の現状が変わらないままの従来の流れを利用した形には変わらない。

さらに昭和30年代はすでに「可治の時代」となっている、この段階ではもはや退所規定のない「らい予防法」とは、入所者の「老後」の社会復帰を前提としていないからこそ、社会保障法制下では国民皆保険・国民皆年金についても原則に対する例外が使われた。つまり、社会復帰の前提がないこととは、国民皆年金下でも国民年金保険料を法定免除とされること

を暗示していたことにもなる⁽¹⁷⁾。療養所入所者は、短期・長期ともに、わが国の社会保障法制の中核にある普遍的な制度から、形式的にも、実質的にも除外されてしまっていたのである。

行政側にしてみれば、「可治の時代」となっているにもかかわらず長年の社会的排除の結果、家族、生活保護法、身体障害者福祉法、老人福祉法などでは、フォーマル・インフォーマルともに社会復帰の「受け皿」となり得ないことを想定していたようにも考えられる⁽¹⁸⁾。また、家族形態が、相互扶助を前提とした家族が存在した時代から、核家族化が進み、そして高齢化した社会で社会的扶養に進むなかで、旧法で家族から法的に分離され療養所という共同体で生活を強いられた入所者については、核家族化が進むなかで経済的な保障を外部化する過程において⁽¹⁹⁾、その流れに的確に組み込むことができないと考えたのかもしれない。

それらの点については、入所者側も風貌の変化などに加え、特異な障害である知覚障害などと社会復帰の関係について慎重に捉えていた傾向がかなりある⁽²⁰⁾。ただし、そこでも形成外科手術などの必要性を唱えていたことなどは、風貌の変化という障害を受け入れない一般社会を不本意と捉えつつも、形成外科手術により一部の壁をみずから取り除き社会復帰を試みようとする前向きな考えがあったということである。

本稿は、光田のとった手法について擁護するつもりはない。あくまでも病型が「多菌型」であり、かつ「不治の時代」から「可治の時代」をまたいだ患者や後遺障害が重い回復者について、当時は他に方法がなかったのかと疑問を唱えるにしても、現在の目線で当時を振り返ってはならぬことから、やはりその環境下でいかなる施策が可能であったか（換言すれば、立法・行政が新たな施策の模索を無視し続けたか）を、もう一度、整理し直す必要があると考えているのである。

ちなみに、社会復帰への「中間的な施設」などの検討が一部で行われていても、プロミン治療開始当初では目立たず⁽²¹⁾、その結果として中間的な施設も作られていない。「可治の時代」のハンセン病（らい）も、結局は、否定面・肯定面双方から療養所の存在が的にされ叫ばれ、社会保障法制のなかで「らい法制」が「独り歩き」させられてきたことにも留意しなくてはならない。

3. 現行憲法下の社会保障法制の適用とハンセン病（らい）患者・回復者

（1）社会保障法制からみる「らい法制」

佐藤進によると、「公衆衛生」の意味について、公衆衛生に属する保健給付は、多く公費負担で「特定の人あるいは不特定の人びとに給付」されることについて、広く社会福祉や社会保障に含ませてよいかどうかの議論があることを前提とする。しかし「事後救済」は社会福祉にかかわり、「予防」はそうではないというわけにはいかないことを指摘している。つまり、公的な狭義の社会福祉、狭義の社会保障、狭義の公衆衛生の諸制度、諸措置の充実とそ

の有機的な結合を必要としたのである⁽²²⁾。

ここでの「特定の人」については、ハンセン病（らい）の問題に置き換えるならば、当時の患者・回復者（大部分は療養所入所者）が該当する。ちなみに、これは佐藤の1998（平成10）年の『社会保障と社会福祉の法と法政策』によるものであるが、その時期とは、1996（平成8）年の「らい予防法」の廃止を経て、2001（平成13）年の「らい予防法違憲国家賠償請求訴訟」熊本地裁判決⁽²³⁾の間のものになる。版は重ねられているので、佐藤の元来の考え方を示してきたものとなるが、「らい予防法」の改廃や訴訟との関係において、当初からの社会保障法制の立場からみると、「公衆衛生」と「社会福祉」の関係からも、ハンセン病（らい）患者・回復者の生活保障方法にアプローチを可能とする内容となっている。

以下、佐藤らが検討する法制の体系試案などから、ハンセン病（らい）について「可治の時代」であったにもかかわらずジレンマの多かった時代と、多剤併用療法の普及により「根治の時代」に入る時代を眺めてみる⁽²⁴⁾。

（2）一番ヶ瀬康子の「社会福祉事業体系 問題別事業」（昭和39年）と「らい法制」

まず佐藤が引用した一番ヶ瀬康子による「社会福祉事業体系 問題別事業」⁽²⁵⁾は、わが国が「国民皆保険・皆年金」を達成し、また同時期に福祉六法時代も達成した1964（昭和39）年のものである。高度経済成長政策を導入し、かつ、産業、地域、家族社会などの大きな変化が生じている時期に、同じく社会保障法制を展開している時期のものになる。

当時の「らい予防法」は、生活保護法、当時の結核予防法、当時の精神予防法などと同じ法制のグループとされており、当然に遺伝性疾患とは区別されている⁽²⁶⁾。そこでは、慢性感染症及び精神疾患について、慢性疾患と感染症⁽²⁷⁾や精神疾患独自の問題と生活困窮を関連付けた区分けとなっており、問題の類型と対象の性格は、疾病（一時的な欠損労働力）とされている。

福祉事業としては生活困窮やリハビリテーションからのアプローチとなっているが、関連諸制度としては「各種医療保険」と「公衆衛生」が関連付けられている。

当時の「ハンセン病（らい）治療」は、療養所での公費負担医療であり、国民皆保険とはいえ医療保険の適用除外とされているので、一番ヶ瀬は、「可治の時代」になり医療保険適用による在宅医療が可能ということを予定しつつも、当時の状況としては、その原因や感染力はともかく、依然として感染症として新規発症者が存在していたことや社会復帰者の再発・再燃（それらの慢性疾患の結果としての、一時的ではない長期の稼働能力の減退）を考え、「公衆衛生」からの観点としての保健給付や予防について、先の佐藤の指摘のように「事後」の問題からも意識したのかもしれない。

さらに、当時のハンセン病（らい）については、「治療」を前提としての感染症を意識しても、一方、ハンセン病（らい）の後遺障害については、知覚障害などを理由にした「永続的な欠損労働力」に対する施策とするならば、当時の身体障害者福祉法や老人福祉法などの対

応でもその資源にも限界があったことになる。加えて長年の偏見・差別を考慮するならば、「事後」に一般の福祉諸法では解決できる問題とはなっておらず、ある程度、個別法に委ねるしかないと考えたのかもしれない。

この時期の療養所入所者からみれば、所得保障については年金適用の給付・加入ともに拡大を求める時期であった。また、朝日訴訟⁽²⁸⁾支援の時期でもある。普遍的な社会保障法制への組み入れを療養所入所者は強く希望していたことになる。しかし「らい法制」のなかにある要援護者に対する「特異な福祉」はそのままの位置づけとされてしまうのである。

ハンセン病（らい）についての積極的な「事後」的施策については、この段階での一番ヶ瀬試案からは残念ながら読み取ることはできないようである。

なお、この時期は、生きがい対策の一環として各療養所内ではリハビリテーションも兼ねて職業訓練が行われていたことも事実である。もっとも、このリハビリテーションは、疾病についての一時的な欠損に対する社会復帰への施策というよりも、あくまでも療養所という「部分的な社会（共同体）」のなかでの、消極的な施策の意味合いが強かったようである⁽²⁹⁾。

（３）佐藤進の「ライフサイクルからみた社会保障法制」（昭和 49 年）と「らい法制」

経済が低経済成長期政策へ移行し社会保障法制が混迷しはじめた時期である昭和 49 年に佐藤進自身が示したライフサイクルからみた社会保障・社会福祉の法政策などは、ハンセン病（らい）の問題は、広く「専門医療（公費負担医療）」に含まれる形になっている⁽³⁰⁾。多剤併用療法（MDT Multidrug Therapy リファンピシン、ダブソン、クロファジミンの 2 または 3 剤を併用する治療法）の確立で、わが国においてはハンセン病（らい）の治癒は完全に確立し「根治の時代」となった。しかし社会保障法制としては、同時に「らい予防法」という個別法が独立して存在し続けている。一般の福祉諸法では解決しきれないものに対応する個別法を、社会保障法制の「専門医療（公費負担医療）」に含んできたことになる。

ここでの「公費負担」との表現はある程度は包括的であっても、「らい予防法」は「人的対象別」な給付であり、社会保障法制を仮に体系化するならば、生活能力や発展能力など回復・開発を中心に必要な包括的医療に組み込まれた合理的な給付とはなっていない⁽³¹⁾。完全なタテ割による個別法による特異な給付になっていたことになる。

なお、この時代、本土復帰後の沖縄ではある程度の新規発症者が存在していたために、多剤併用療法による根治のための治療法が確立されていても、公衆衛生的な観点からは、ハンセン病（らい）の発症自体は完全に封じ込められてはいなかったことも念頭に置いたのかもしれない。「可治の時代」を越え、さらに「根治の時代」になっても、そして発症が激減していても、やはり発症を封じ込めていないことを社会保障法制を体系づける場合には強く意識したのであろうか。もちろん復帰直後の沖縄と本土との間では「公衆衛生」上の大きな格差は周知の事実であり、発症を思うように封じ込めていない環境であったことも事実である。

その他、予防的な観点からは、その伝染力や予後の程度からも、急激に極端な症状を示し

後遺症を残す天然痘の根絶や小児麻痺の克服と比較するならば、「不治の時代」からの極端な後遺障害も含めて「特異な慢性伝染病」としてのイメージが相変わらず大きく残っていたことにもなる⁽³²⁾。

この段階での社会保障法制でも「不治の時代」からの療養所入所者や回復者については、積極的に包括的な施策の対象として捉えられていた様子を感じることができない。

なお、社会保障法制を構築する場合にひとつの基礎となるライフサイクルを考えれば、ハンセン病（らい）という感染症そのものと後遺障害について、年齢別な基礎的なニーズに対して当時の社会保障法制では、相当に適応しにくい特徴が存在していたように思う。

ハンセン病（らい）の一般的な説明では、感染時期については「乳幼児期」の感染と考えられているものが多い。治療方法はともかく、この点は、結核のようにツベルクリン反応や集団のレントゲン検診といった独自の検診もなく、発症については斑紋や知覚障害などの症状がなければ見つからない。つまり、予防という観点からは、児童についての極端な予防方法と早期発見方法が当時の「未感染児童」への対応⁽³³⁾になってしまっていたのである。感染の段階では極めて発見が難しく感染から相当に時間を経た後の「成人期」の発症⁽³⁴⁾については、療養所での治療が固定化されてしまっていた以上、他の感染症のような予防があまり意識されていない。また、そもそも感染力が微弱ならば、もはや意識する必要もないことが理解できていた時期なのである。

わが国の社会保障法制の基礎となる昭和 25 年の社会保障制度審議会の勧告時代の少し前に「可治」となるプロミン治療が始まるが、それは、「乳幼児期」の感染発見ではなく、当然に「不治」と「可治」をまたいだ成人を中心とした療養所入所者への治療から始まり、そして、年齢を問わず新規発症者への治療へと普及していくことになったことを考えると、このライフサイクルによる年齢別な基礎的なニーズには、少なくとも予防や発見などからは対応しにくいものになっていたことになる。

一方、初期の症状の段階で「可治」を前提に必要な治療が受けられたならばともかく、当時は、「不治の時代」にすでに後遺障害があった入所者については、「可治の時代」になっても、その後遺障害について、当時の福祉三法の身体障害者福祉や年齢を考えると後の福祉六法の老人福祉（高齢）の問題でとしては、やはり現実的には対処できていなかったことになる。

ちなみに昭和 46 年からは、療養所入所者側は、視力障害者、高齢者、身体障害者の「三対策」を要求しはじめた時期でもあるが、これらは療養所外というよりも、療養所内での新たな対策を求めていく要素が強かったようである。

先に「療養所治療ありき」と指摘されることは当然でも、当時の「ハンセン病（らい）医療」は、年齢別ニーズに対応しようにも「らい法制」という不思議な体系に依存するしか

い環境であり、ハンセン病（らい）についての別の発達した個別法の存在がなかったという「立法の不作为」を悔やむ形にしかない。換言すれば、当時の公衆衛生上の問題に加え生活困窮との関連を考慮するならば、このライフサイクルからみた各保障と医療という短期給付では応えられなかったからこそ、未解決の問題には、「癩予防法」から代わった「らい予防法」にさらに代わる「個別法・特別法」が必要であったことになるのである。

なお、先の「らい予防法違憲国家賠償請求訴訟」熊本地裁判決内容からみるならば、再発・再燃の問題も考慮しつつも、「予防」の観点が徐々に小さくなり当事者の生活保障の観点が重要視された時代とは、昭和40年代ということを読み取ることができる。つまり、偶然にも、佐藤らが社会保障法制の体系を多々検討している時期にも重なっているのである。

療養所を生活保護指定施設と指定し続けていたならば、ある程度「結核」と同様の問題になったとも思われる。しかし「朝日訴訟」をみても分かるように、昭和20年代から昭和30年代の結核療養所入所者の生活保護基準の低さを考えると、就労できない状態の場合の生活困窮の観点からは療養所生活外では仮に家族が受け皿にならなければ、実際には生活保護制度（及びケースによっては低額な障害福祉年金の優先）しか望めず、そのようななかでハンセン病（らい）患者の治癒後の中間的な受け皿の確保については、施設運営面からも財政的にも難しいと考えられたのかもしれない。

また、外科的処置により肺や腎臓に障害を残しつつもある程度治癒した場合に復帰可能な結核（復帰するか、あるいは家族が受け皿となるか、生活困窮者として生活保護の対象となるか）と、風貌などの変化（一部、形成手術は可能であったが）や知覚障害などがあったハンセン病（らい）回復者については、その特異な障害についての受け皿が極端に乏しい⁽³⁵⁾という違いも生じていたように思われる。

一方、結核との関係とは別に、ハンセン病（らい）が感染症であったことは、「予後の悪い」慢性難病との違いと位置づけられたことになる⁽³⁶⁾。つまり、「可治の時代」になった慢性感染症に対して、「予後の悪い」慢性難病に対する医療とでは捉え方も大きく異なり、そこでの「障害」を考えると、慢性感染症の治癒後の障害と難病が悪化した状態が固定している障害とでは、同じ障害という表現を用いても、疾病が併行しているか否かの違いに当時の社会保障法制が追いついていなかったことになる。

要は、稼働能力の減退に対応する所得保障を除くならば、ライフサイクル面から、予防、リハビリテーション、専門医という観点からハンセン病（らい）患者・回復者を考えると、差別・偏見の助長にならず当事者が自信をもち受け入れられる場所を確保するための新たな個別法が必要になったが、当時の立法はその可能性を積極的に探らなかったことになる。

（４）佐藤進の「医療保障のための主要関係制度と給付内容」（昭和53年）と「らい法制」

佐藤の昭和53年に示した「医療を受ける権利と法」⁽³⁷⁾にさらに佐藤が加筆したものでは、医療保障にみられる関係保健医療給付制度を、「社会保険方式」と「公費負担医療方式」、そ

して「医療供給体制」とに分けている⁽³⁸⁾。

この公費負担医療方式のなかで、「特定の法政策により、原因に対し「治療」現物、装具などの現物給付（医療費給付を含む）」と、予防給付・各種保健医療規制の双方に「らい予防法」は位置づけられることになる。

まずは、「特定の法政策」に「らい予防法」が含まれ入所措置を「侵害」と「給付」とし、「予防・規制」の観点からも「らい予防法」による措置を位置づけている。ただし、この時期は、実質的には予防・規制の観点はハンセン病（らい）の問題としては必要のないことが理解できていた時期になっていたので、あくまでも法制上の形式的な整理ということになる。

なお、先の一番ヶ瀬でも触れたリハビリテーションを更生の観点から考えた場合には、この段階では療養所入所者は相当に高齢化しており、「不治の時代」からの入所者を除き、「可治の時代」以降に発症した入所者の場合には治癒している者は治癒しており、後遺障害の重い者について「療養所内での自立」を考えた身体的なリハビリテーションに移行した時期と思われる。

当時、成田稔は、職業的・社会的リハビリテーションの遅れを指摘し、入所者の3つの区分を、①社会復帰は不可能であり、経済的能力もないもの（不自由者）、②社会復帰は不可能であっても、ある程度以上の経済的能力をもつもの（所内作業所従事者や労務外出者）、③社会に復帰して経済的自立の可能なもの、とに分けた。これは昭和50年の論考であるが⁽³⁹⁾、医学的な発達に比べて社会的リハビリテーションの遅れを指摘している。

ただし、昭和30年代の「社会復帰」のピーク時とは異なり、この「根治の時代」には③に該当するものは相対的に少なくなっており、①②に該当する者が相対的に多い状態であるので、社会復帰についても就労することが前提ではない障害高齢者としての社会復帰を念頭にも置いたと思うが、一部を除いては、入所者にとってみれば「らい法制」下での療養所生活が徐々に補償的要素を持ち始めた時期にも差し掛かっていたように思われる。また、そのことにもジレンマを感じることになる。

この時期、たとえリハビリテーションに専念し社会復帰するとしても、繰り返しになるが、やはり社会保障法制の下での受け皿が乏しかったことは言うまでもない。

結局、多剤併用療法の開始によりハンセン病（らい）は「根治」が可能となったが、前述した沖縄返還後のこともあり、地域によってはまだ新規患者が僅かにでも存在した時代であるので、感染力の強い感染症や予後の悪い感染症と比較しながらも、ハンセン病（らい）については、徐々に予防・規制の割合を減らしつつ、他方で「らい法制」のなかで「特異な福祉」を展開を広げ続けたことになる。

以上を、その年齢や後遺障害を考慮した「特異な福祉」とするならば、加賀田一らの療養所入所者についての「補償的な内容」とする考えにも近づく内容になる⁽⁴⁰⁾。

（５）社会保障法制と障害高齢者施設としての国立療養所

国立療養所とは、そもそも療養所という表現そのものが現在では非常に曖昧なものになるが、あくまでも「障害高齢者」の生活のための施設である。この点は、「可治の時代」「根治の時代」も同様の状態であった。

しかしながら、『病気が治っているのだから医者が必要性の低い介護施設でよいのではないか』という意見がありますが、それは私たちの現実をあまりにも知らない人の論というしかありません。みんなこの病気の深刻さについて語りたがりませんが、それは私たちのプライドにもあります。』⁽⁴¹⁾との当事者の意見がある。そこでは末梢神経麻痺の特異さを訴え、末梢神経麻痺（たとえば知覚障害など）は、外見上は理解し難いものであり、かつ回復が難しい特異な障害であることを訴える。つまり「不治の時代」からの患者・回復者にとってみれば、「可治」「根治」となったハンセン病（らい）がたとえ治癒していても、加齢とともに末梢神経麻痺でさらに生活に不自由さが増してしまうのである。これらは、周囲が非常に理解しにくいものである。

「可治の時代」、そして「根治の時代」でも、特異な生活の場所を確保する必要性があったことを示すことになるが、これは、もちろん社会復帰に意欲をもつ若年者とは異なった。そのバランスをとる立法技術が欠如した（立法の不作为につながった）ことが、結果としては、当事者に大きなジレンマを感じさせたことになる。

また、特異な疾病や障害などに共通することであると思うが、どの段階から、行政や医療者側がとにかく、当時のハンセン病（らい）を「社会的排除をしてはならない」と強く意識したのか、反面、その後遺障害も含めて「必要以上に保護しなくてはならないもの」ということを、強く意識したのかが、これについては筆者には不明である。これらは「不治の時代」と「可治の時代」をまたいだ療養所入所者の方が、よりの確に感じ取っているのかもしれない。

一方、各経緯の結果として、たとえ「保護されたくない」と思っている当事者に対しても、必要以上に「保護されなくてはならない対象」という一方的な基準を作り、当事者の自己決定権を奪う否定的・包括的なイメージをいつから強く意識し始めたのかも、やはり不明な部分が多い。当事者以外の者が感じ続けてきた社会的排除とは主旨が異なる、療養所生活という消極的な施策による社会的排除からの保護という否定的・包括的な意識があったことも、結果としては普遍的な社会保障法制から療養所入所者を排除し続けたことになり⁽⁴²⁾、ジレンマを感じつつも、わが国の社会保障法制のなかでの「らい法制」の位置付けを、予防的観点からや「事後」的な観点からでは解決できない極めて特異なものとして扱い続けたように思われる。

4. まとめにかえて

戦後の現行憲法の施行を経ても、またプロミン治療が開始されても、依然として「癩豫防法」が存在していた。これは、旧法の存在といういわば「威嚇」の要素もあるが、他方、現行憲法下で権力の濫用を防ぐ意味では、手続き的に「指導・説得」による自身の判断による入所を建前とした旧法を継続させ続けた形になっていた。

戦後の当初の「福祉三法」とは敗戦後の混乱に対する施策をかなり意識したものであり、個人の基礎的なニーズに応えるようなものではなく、生涯保障を目指すものにもなっていない。そのようななかで、当時の旧生活保護法とは、療養所に入所している「ハンセン病（らい）患者」を対象としており、旧生活保護法だけみるならば、形式的には一部で包括的・普遍的な保障を示す形にもなっていたように思う。ただし、そこでは公衆衛生面・医療面としては「癩豫防法」がもちろん優先され、生活困窮部分の財政面を旧生活保護法でカバーしたに過ぎないものでもあった。しかし、あくまでも社会保障法制の創成期によるものなので、まだ各法制の関係が包括的なものを目指している段階でのものとなるが、皮肉にも旧生活保護法ではハンセン病（らい）患者を生活困窮面では他の疾病患者と平等に扱ったことになる。

なお、この時期には、公衆衛生面の法制の確立が急がれてもいた。

新生活保護法の下では療養所を指定から外し、療養所に入所している「ハンセン病（らい）患者」を適用除外とした。

「三園長証言」などの大きな影響も経て「癩豫防法」から代わった「らい予防法」は、その3年前の社会保障制度審議会の勧告をわが国が実現していく過程において、発達するわが国の社会保障法制下で、すでに「独り歩き」させられる形になっていた。感染力の微弱さはもちろん「可治」が確認されても、この「独り歩き」とは、逆に社会保障法制下のハンセン病（らい）施策に必要以上の変化を与えない力を持ち、従来の流れからの脱却を認めない効果を保った。

他方、戦後の家族の形態を変える影響をもつ民法（家族法）大改正のように、「らい法制」には変化はなかったともいえる。「不治の時代」であれば、療養所以外の受け皿の可能性をもっていた⁽⁴³⁾家族の形態は、戦後は大きく変わりはじめていたが、それでも「可治の時代」になったの療養所入所者とは、依然として旧法下から変わらない存在とされ続けてしまった。少菌型などで後遺障害もなく完全に治癒した者を除いた当事者とは、「可治」となっても様々な思惑のなか継続された絶対隔離政策下での生活を法的に強いられ続けたのである。

そのことは、後の「らい予防法」施行下でプロミン治療のある程度の効果もあり社会復帰を果たす者がピーク（昭和35年）になっても、現実には過酷な労働環境が原因して再発・再燃が目立ち再入所する者がいたことにも、結局は影響したように思う。そこでは、自己（事故）退所者には再入所をためらう者もいた。「らい法制」は、わが国の社会保障法制を発達させている時期に、プロミン治療だけでは不完全という時期を迎えてしまう。繰り返すが、療養所以外に「受け皿」が非常に乏しかったことは、療養所入所者や社会復帰を果たし

た者にまで大きなジレンマを感じさせてしまったのである。

昭和40年代の多剤併用療法確立後、さらなる時間を経ると、「らい法制」下の療養所とは、実体として補償的要素を含みはじめるものに変化していった。そこでも個別法・特別法としての「独り歩き」には、もちろん歯止めがかからない。消極的な国庫補償という方法により、療養所という特殊な部分的な社会（共同体）の継続を助長し続けたことになる。それらのことは、療養所入所者にとってみれば療養所生活の補償的な要素とは裏腹に、同時にそこでの生活が法的な「義務」とされてもいたことにもつながり、やはり、ハンセン病（らい）問題に対する大きなジレンマを感じ続けさせたことになる。

昭和20年代から40年代までのハンセン病（らい）医療の発達と、その時代のなかで「独り歩き」を固定してしまった「らい法制」と、「らい法制」を除く社会保障法制の変遷の間にある大きな隔たりは、療養所入所者間、あるいは入所者と退所者との間にも温度差を感じさせ、このこと自体にも大きなジレンマを感じさせてしまった。ハンセン病（らい）の病型や発症の時期の違いなどにより、このジレンマそのものに対する見方にもさらに大きな変化が生じてしまった。

「療養所入所者であるハンセン病回復者」に対する普遍的な社会保障法制の適用の大幅な遅れこそがジレンマを発生させ、他方、当事者間にある見えにくいものの価値に対して要求されるものの差というジレンマの発生も「らい予防法」の存在が影響した結果であり、「独り歩き」した「らい法制」とは、本来的な社会復帰への途を広く阻害し続けたことになるのである。

本稿は、平成27年-29年度科学研究費助成金（基盤研究C）『療養所入所者からみたハンセン病（らい）法制史』（課題番号：15K03164 研究代表者：和田謙一郎）による研究成果の一部である。

註

- 1) 差別表現とされた「らい」という表現は避けたいが、本稿では歴史的背景を追う内容が多いので、原則として「ハンセン病（らい）」と示す。ただし、法令名や歴史的な背景を考慮する場合と原文を引用する場合には「癩」「らい」と示す場合がある。なお、一時期は「ハンセン氏病（ハンゼン氏病）」と示された時期がある。マイコバクテリウムレプラエという細菌による感染症である。
- 2) ハンセン病の病型は、少菌型（PB）と多菌型（MB）とするWHOの分類や、I, TT, B（BT, BB, BL）, LL, と分類するリドレー・ショプリングの分類が一般的とされている。リドレー・ショプリングの分類のI, TT, BT, はWHOの分類の少菌型（PB）に該当し、BB, BL, LL, は多菌型（MB）に該当する。マドリードの分類ではI（未定型群）, T（類結核型）, B（境界型）, L（らい腫型）とされるが、要は、B（境界型）がリドレー・ショプリングの分類では3つに分類されている以外は、リドレー・ショプリングの分類と同じになる。なお、過去の日本における分類は、斑紋癩、（斑紋）神経癩、結節癩とされ、斑紋癩と（斑紋）神経癩はWHOの分類では少菌型（PB）にほぼ該当し、結節癩は多菌型（MB）にほぼ該当する。これらについては、成田稔『日本の癩くらゐ>対策から何を学ぶか』p.26（明石書店2009）などを参照されたい。
- 3) 1907（明治40）年に「癩豫防ニ關スル件」（法律第十一號）が定められたが、それを補完する形で1931（昭和6）年に「癩豫防法」（法律第五十八號）と改正された。戦後は、1953（昭和28）年に「らい予防法」（法律第二百十四号）が定められた。本稿ではこれらを中心にして政省令も含め一連の「らい法制」と表現する。
- 4) 守本友美は、排除の原因について和田の見解を引用しつつも、排除について「やはりそのもととなっているのはらい予防法による絶対隔離政策であろう」と指摘する。守本友美『らい予防法下におけるソーシャルワーク実践』p.201（ミネルヴァ書房2014）。風貌などの後遺障害や当時の遺伝説など「みえる」部分と信仰に近い部分での差別・偏見に加え、たとえば『一遍上人絵伝』にも、上人を慕って旅する癩患者たちが、他の非人信徒とは別の場で食事をとっている情景があり、非人同士のなかですら差別されていたらしい」ことを指摘しつつ、どこでもいつの時代でも「忌み嫌われたことは同じ」との文献がある。前掲2)成田 pp.232-233 視覚や臭覚で「感じる」ということがその段階で終わるか、どの程度の差別・偏見につながるのかは難しい議論となろうが、「みえる」部分に加え、「不治の時代」がさらに遡った時代では、当時の患者独自の「におい」も差別の原因のひとつと推測される。その時代、その時代の差別・偏見と、その結果としての排除には、「みえる」部分などや、信仰、偏った医療情報などにより、その都度に助長された傾向もあると思われ、これらのことが積み重なったうえでの「らい予防法」の存在となった以上、「らい予防法」も排除の一要因であり、それぞれの時代に、各要因が複合的に差別・偏見を構成し排除につながってきたと和田は考えている。
- 5) 成田稔は、当時は伝染性のあるらい腫型（WHOの分類によると多菌型）患者の隔離も必要な措置になったとする。成田稔「癩（らい）、ハンセン病の歴史から学ぶ」『ふれあい福祉だより（第9号）』p.88（ふれあい福祉協会2012）。なお、プロミン治療開始前後の時期はまちまちであるが、「らい予防法」制定前から「感染性が低い」「患者数が激減していた」「発症しても危害性が低い」ことなどが明らかであったことを指摘する見解が目立つ。たとえば、宮坂道夫『ハンセン病重監房の記録』pp.55-56（集英社新書2006）など。
- 6) 「自己退所」と「事故退所」の双方の表現がある。西浦直子は、療養所が退所（いわゆる軽快退所）を認めず、手続きを経ないまま本人の意志で療養所を出たことを、療養所は「事故退所」、入所者あるいは退所者は「自己退所（逃走も含める）」としている。西浦直子「らい療養所からの青年たちの『社会復帰』をめぐる―1950年-1970年 日本―」『国立ハンセン病資料館研究紀要第4号』p.20（2013）。

表現の違いは、隔離する側とされる側の立場による表現の差となる。それらのことを考えると、「らい予防法」に退所規定がなく、また第15条（外出の制限）、第16条（秩序の維持）、第28条（罰則）が定められていても、もはや形骸化していたことになる。他方、軽快退所、自己退所、事故退所が存在した反面、当時は、再発・再燃も存在していたことも事実である。いずれにしても感染力の微弱さが証明されていた時期である以上、退所後の通院治療が可能な環境が整っていたならば、この時期に退所した者が再入所する必要もなかったことになる。

7) 前掲2) 成田 p.248

8) 現在、調査継続中であるが、戦地での「多発性神経炎」などの病名（実際には、ハンセン病（らい））により傷痍軍人として療養所などに入所・入院していた者が、昭和36年の国民皆保険の段階で国民健康保険の適用となっていた資料が存在する。私見となるが、この時期は多剤併用療法開始前であることや、再発・再燃者が目立った時期であることを考えれば、療養所などに籍だけ残し事実上は退所して社会生活を送り国民健康保険に加入していても、それらの者はやはり再発・再燃に備えていたものと思う。ちなみに国民健康保険に加入していても、一時的なハンセン病（らい）医療は、国庫負担医療になったと思われる。

9) あくまでも患者を療養所に入所させることを意図してか、その家族を「らい予防法（法律第二一四号）」は「親族の福祉」（第21条）で当該親族への「援助」の対象とした。これは昭和29年の「改正らい予防法（法律第七十七号）」では「親族の援護」（第21条）と改められた。そこでは入所患者の扶養家族について生活保護法以外の扶助を優先し、「改正らい予防法」の適用を生活保護法よりも優先する形をとり、「改正らい予防法施行令（政令第二百二十三号）」には、生活、教育、住宅、出産、生業、葬祭の6援助の形で定められた。つまり、ここでも「らい法制」のなかでの「特異な福祉」という形をとったことになる。社会保障法制の片隅で「らい法制」のなかに含まれ「特異な福祉」が独り歩きをしたことを示すことになるが、新生活保護法にある当時の7扶助のうち「医療扶助」が抜けた6援助であることが特徴になる。

10) 参議院厚生委員会「ライ小委員会」（昭和26年11月8日）での、光田健輔（長島愛生園長）、宮崎松記（菊池恵楓園長）、林芳信（多磨全生園長）による証言である（第12回国会参議院厚生委員会会議録第10号）。これらの証言については、時代錯誤と批判的に捉えているものが数多い。たとえば、島比呂志『来者のこえ 続・ハンセン病療養所からのメッセージ』p.196（社会評論社1988）など。

11) 小笠原登(1888-1970)は、ハンセン病(らい)問題において光田と対比される医師である。小笠原は、当時の「らい」について、終生隔離も必要なく国民の栄養状態の改善の必要性などに確信をもち体質重視の外来診療を行った非常に評価の高かった医師である。なお、小笠原の治療を経験した当事者(女性)への聞き取り内容では、もちろんプロミン治療開始前のものであるが、小笠原の減食を中心とした療法には耐えきれず後に身延深敬園に入園したと回想されていた。その当時の医療に、限界を感じていた者もいるのである。

12) 双見美智子『土に還る 双見美智子「愛生」集』（愛生編集部2009）p.216 双見美智子（1917-2007）は長島愛生園入所者である。これらを確認する限り、高額な医療費のために小笠原の治療を受けられた患者は限られ者であったことになる。何かと入所者の間での温度差にもつながることになるが、光田の評価は「二分」されることが多いことを示す内容になっている。三宅一志・福原孝浩『ハンセン病 差別者のボクたちと病み棄てられた人々の記録』pp.109-110（寿郎社2013）などでも同様。

13) 筆者が知る限り、生活困窮とハンセン病（らい）の関係を論じるものは数多くても、旧生活保護法や新生活保護法とハンセン病（らい）の関係を論じたものはほとんど見当たらないため、過去に生活困窮と「結核」や当時の「らい」など慢性感染症の関係を大学院生に指導させてもらったことがある。

それらの関係について一部触れているものとしては、岡山良美の四天王寺大学大学院修士論文「綱脇龍妙の仏教思想とハンセン病」(2012)や、本論集に掲載されている、近藤祐昭・岡山良美「ハンセン病患者との共感・共生—綱脇龍妙『身延深敬病院』を主として—」を参照されたい。

- 14) 樋渡直哉『患者教師・子どもたち・絶滅隔離<ハンセン病療養所>——全生分教室自治と子ども手当て』p.288(地歴社2013)。あるいは、前掲12)三宅・福原p.60など。
- 15) この点については、光田の一連の言動を権威者としての意地と捉えるか、「財政や後遺障害などを重視したのか」が相変わらず不明な部分になる。プロミン治療開始後であっても光田が必要以上に隔離に拘ったことは、「不治の時代」の医学的な権威者というよりも、プロミン治療開始後に、現行憲法のもとでは権力者に近い形を目指したことになる。その理由が「三園長証言」の内容と同じか、あるいは、社会復帰後の受け皿が乏しいなかで療養所を存続させるための財政確保のためかなど不明である。別途、入所者が社会復帰に対してジレンマが多かったことについて、当時の福祉界などへの批判が存在する以上、社会復帰のための受け皿が乏しかったことも、戦後に光田が強引な手法を用いた一因になったとも推測ができる。たとえば、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』(財団法人日弁連法務研究財団2005)pp.322-377
- 16) 昭和25年度の段階では、(療養所内の)患者慰安金が200円、生活保護患者日用品費も200円であったが、昭和41年では患者慰安金が850円、生活保護患者日用品費は2360円となっていた。その差額が1510円もあることを指摘し、当初は療養所の生活を生活保護基準と同等にしようとしても、後には療養所内の患者慰安金を抑え逆に作業賃を引き上げようとした意図があったのではとの指摘がある。森田竹次『偏見への挑戦』pp.179-180(長島評論部会1972)。なお、この差額には、後掲28)の朝日訴訟の影響が如実に表れている。
- 17) 和田謙一郎「ハンセン病療養所入所者に対する国民皆年金達成前後の社会的・制度的排除—無拠出福祉年金受給と療養所生活、公的年金と社会復帰の関係の検討を中心に—」『四天王寺大学紀要 人文社会学部 第54号 2012年9月』pp.81-101で、若干の検討を行った。
- 18) 「らい予防法」とは、何を積極的に捉えようとしたものなのか、なおも不明な部分が残る。また、意図的にもわが国の社会保障法制から個別法として「らい予防法」を制度的に端に追いやり「独り歩き」させたものが一体何であったのかは、社会保障法制の観点からは更なる検討を要するに思う。
- 19) 広井良典『日本の社会保障』pp.180-185(岩波書店1999)
- 20) 阿部はじめ『ハンセン病療養所入所者 語り部覚え書』pp.22-23(2006)
- 21) 社会復帰について中間的な施設の必要性はその都度論じられてきたが、現実的なものにはならなかった様子である。前掲10)島pp.190-192
- 22) 佐藤進『社会保障と社会福祉の法と法政策(第5版)』p.75(誠信書房1998)
- 23) 熊本地判平成15年5月11日、判時1748号30頁、判タ1070号151頁。
- 24) 後になり、プロミン治療を過大に評価したと指摘する文献も目立つ。昭和30年代の療養所の治療効果については、前掲17)和田で、若干の検討を行った。
- 25) 前掲22)佐藤p.139
- 26) この点は、1941(昭和16)年の厚生省の『豫防衛生ニ關スル法規及例規(昭和十六年三月)』(厚生省豫防局1941)にある、戦時中から「本編ハ豫防衛生ニ關スル法令及訓令通牒等ニシテ例規タルベキモノ及之ニ伴フ参考資料ヲ輯録セルモノナリ」との前提で、國民優生から始まり、遺傳性精神病・遺傳性疾患などから、花柳病、癩に関わる法令の解説を進めてきたものからは大きく異なるものになっている。社会保障法制下で、明らかに慢性感染症を意識したものになっているのである。
- 27) もちろん、当時の「らい」についての感染力の微弱さや、一方、プロミンの効果と再発・再燃の間

題も考慮しなくてはならない。

- 28) 東京地判昭和35年10月19日判時241号2頁、東京高判昭和38日11月4日判時351号11頁、最大判昭和42日5月24日判時481号9頁。全患協（元的全癲患協、現在の全療協）は、昭和35年から昭和42年にかけて「朝日訴訟」の支援を行った。
- 29) リハビリテーションや就労準備については、「事後」の支援の乏しさなど否定論もあり、他方、その環境下での消極的な肯定論もある。筆者らの調査でも、後遺症が目立たない入所者から「昭和30年代から40年代の療養所内での作業を社会復帰のためとは考えていなかった」との主旨の回答を得た。療養所内での作業とは、価値体系が崩壊しすべてを否定的に捉えるようになったなかでも、社会的な広がりをもつための「生きがい」に近かったものかもしれない。小林司『「生きがい」とは何か自己実現へのみち』pp.38-39（日本放送出版協会1989）。なお、社会復帰者を除いては、「らい法制」下での消極的な施策の展開となるが、就労、趣味やレクリエーションの必要性など、僅かでもライフステージにそったものにはなっていたようである。
- 30) 佐藤進「ライフ・サイクル（生活周期）と福祉」『特集 福祉問題の焦点『ジュリスト』増刊』p.10 p.12（有斐閣1974）を修正したものを、前掲22）佐藤 pp.134-137 に再掲し、「人間生活周期と基礎的なニーズ」「ライフ・サイクルにおける基礎的ニーズ・生活事故とその制度的対応」として検討している。
- 31) 佐藤進・児島美都子編『社会福祉の法律入門（第3版）』pp.16-17（有斐閣1996）
- 32) 筆者らの調査によると、当時を知る看護師には、「当初は理屈で慢性感染症とその後遺症と分かっていても、実際に視覚に訴えてくるものとしてはやはり極端な後遺症を残すものと感じ、看護業務の後に食事をとることができなかった」との主旨の回答を得た。私見になるが「不治の時代」に発症し治療が遅れた患者には極端な後遺障害が存在したことも事実であり、これが他の感染症との大きな違いとなり、社会保障法制下で、医療組織面からも医療給付面からも立法が積極的に「らい予防法」を克服しようとしなかった一要因になったのかもしれない。
- 33) もちろん、当時の「未感染児童」という扱いが許されるものではない。私見になるが「らいにかかっていないもの」（らい予防法二十二条 児童の福祉）と定めながらも、国に職権で療養所に付随する施設で養育などを可能としたことは、普遍的な児童福祉法との関係では特別法になり、そこでは「児童の福祉」と標榜しても、明らかに、患者から生まれた児童が将来は発症するというおそれがあることを想定した「予防」的措置になると筆者は考える。なお、それら児童は保育所と呼ばれた生活寮で生活し、学童児童は隣接あるいは敷地内の学園に通ったとされる。「ハンセン病をどう教えるか」編集委員会編『ハンセン病をどう教えるか』p.78（解放出版社2003）。
- 34) この点については、予防措置の法文化として「…結核予防法にはそれぞれ法文化されておりますが、ハンセン氏病においては、BCG接種の効果が国立予防衛生研究所副所長でBCGの権威者である柳沢謙博士等の研究と実証によつて認められていながら等閑視されております。何よりもハンセン氏病を発病させない措置を講じることが急務であります。そのために結核と同様BCG接種による予防措置を明文化し、その実施と普及をはかることを考慮されたい。」と、結核と同様の予防措置を昭和38年に厚生大臣に対して主張されていた。全国々立療養所ハンセン氏病患者協議会「らい予防法改正要請書」（昭和38年7月作成、9月要請）。
- 35) 和田謙一郎『「らい予防法」の立法、運用・適用過程と社会的排除の形成』『四天王寺大学紀要人文社会学部 第53号 2012年3月』pp.153-168で、若干の検討を行った。判決内容はともかく、朝日訴訟は当時の生活保護基準に影響を与えたことは事実である。しかし全患協が朝日訴訟支援運動をとるにしても、当時の「らい法制」そのものに朝日訴訟判決が影響を与えたとはいえない。
- 36) 難病の存在は理解されていても、薬害であるスモンをきっかけに具体的に特定疾患として特定疾患

治療研究事業が開始されたのは昭和 47 年であり、この佐藤の検討の時期に重なってくる。

- 37) 小川政亮編著『扶助と福祉の法学』所収(一粒社 1978)
- 38) 前掲 22) 佐藤 pp.156-157
- 39) 厚生省医務局療養所課内国立療養所史研究会編『国立療養所史(らい編)』pp.54-59(厚生問題研究会 1975)
- 40) この点は、和田謙一郎「昭和 30 年代以降のハンセン病療養所の位置付けと社会復帰とは一障害高齢者と軽症若年者の生活保障に関わる加賀田一の考えを念頭に一」『四天王寺大学紀要 人文社会学部 第 58 号 2014 年 9 月』pp.315-333 で、若干の検討を行った。
- 41) 前掲 20) 阿部 pp.22-23 社会復帰と療養所での生活を継続することを希望する者との考え方は、年齢や後遺障害の程度によって異なると思うが、阿部は、末梢神経障害などについて「国立医療機関としての療養所にこだわるゆえんです。この困難さを抱える限り『元患者』からの『軛(くびき)』から抜けられないのかもしれませんが」と括っている。同様の考えは、前掲 12) 三宅・福原 pp.59-60 などでも示されている。
- 42) 和田謙一郎「ハンセン病問題をみつめる(11)-生活保障について(その 6)-」藤田邦雄発行責任者『愛生 27, 9.10』pp.31-36(長島愛生園長壽会 2015)
- 43) 自宅に匿い続けられた例、母親と患児が遍路となった例、浮浪者になった例、回復者であることを周囲に覚られない様にして働き続けた例など、様々であったことは言うまでもない。