

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—

和田 謙一郎

国民皆年金とは、それまで被用者中心であった社会保険（医療保険と公的年金。なお、国民皆保険にかかわる事項は本稿のテーマとしない）を自営業・自由業者等もその制度の対象とすることにより、当時としては、貧困の予防を果たす社会保障施策の柱となったものである。この「皆」を達成するために、まずは無拠出の福祉年金の支給が先行された。しかしながらハンセン病患者（回復者）は、特効薬プロミン発見後に治療方法が確立されたにもかかわらず、長年、生涯隔離を前提とした施策のもと、この新たな所得保障施策の展開のなかでも、社会的に、施策の結果としては制度的に排除されてしまう。療養所入所者は、元々、旧法からの弊害により家族との絆を失うか希薄になるなど社会の受け皿が乏しい状態が極端に続いていた。そこでは、この新たな所得保障に対して治癒する患者としての社会復帰を祈りつつも、一方で、療養所を終の棲家と考えるしかない年齢層やそれまでの長期の入所期間という現実のなかでディレンマを感じるようになる。しかし、この国民皆年金を少しでも現実的なものとするために、今、そこにある排除と矛盾を経験と実証をもとに指摘していくことになったのである。

キーワード：社会的排除、制度的排除、無拠出福祉年金、国民皆年金、ハンセン病療養所入所者

I. はじめに

わが国は、1961（昭和36）年4月に国民皆保険・皆年金¹⁾を達成し、誰もが医療・所得保障の対象となる社会保険制度の体制をとった。

公的年金制度とは、高齢になり、あるいは障害者となった場合、さらには遺族（当時は国民年金の場合には母子・準母子）となった場合の「稼働能力の減退・喪失」に備えるものであり、国民皆年金体制の下、原則としては国民すべての者のセーフティネットを一応は整備したことになる。しかし、この「皆」にも例外や矛盾があった。

ハンセン病（当時のらい病、以下、原則としてハンセン病と記す）²⁾とは感染力が極めて弱い感染症（慢性疾患）であり、過去にハンセン病であった者も、現在、療養所に入所している高齢者も、あるいは社会復帰している者も、疾患そのものは治癒しており、知覚障害や発汗障害等の後遺障害に悩んでいる者が大部分というものである。したがって、高齢者や障害者であ

れば「皆」のもと、たとえハンセン病患者や回復者（元患者、以下、原則として回復者と記す）でも、当初から程度の差はあれ公的年金下の所得保障の対象になっていたはずである。

もっとも、ハンセン病問題と社会保険の問題は、広く捉えれば「皆」の下で、それまで長く続いた社会的排除のもと、結果として制度的排除が生じてしまっていた。すなわち、医療保険においてハンセン病は、国民健康保険制度上、長年「適用除外」の対象とされ³⁾、また、後に詳細に論じるが、療養所入所者は国民年金の保険料が法定免除となり（この法定免除と適用除外とは異なる）、さらには、当時のハンセン病による後遺障害に対する年金制度の捉え方・考え方も、他の障害とは相当に異なっていた。

以上のことを単純に考えると、ハンセン病の治療方法が確立した後であったとしても、療養所内（入所者）でなければハンセン病の適切な治療は受けられず、国民年金保険料が国民「皆」年金の下で法定免除とされるならば、長年、療養所で療養生活を送ってきた患者や回復者にとってみれば、現役世代に長期間、思うように稼働できていない期間があり、さらに高齢期にも家族との絆を失うかその関係が希薄になっているうえに所得保障が当初から不十分とされ、同様に拠出制のような障害年金というセーフティネットが皆年金時当初は完全に機能していない過酷な状態を意味した。

つまり、ハンセン病を原因とする後遺障害に対しての障害年金の扱いを他の傷病を原因とする障害と扱いを異にされたことにより、一部では光田健輔⁴⁾らが信念としてきたハンセン病患者の「生涯隔離」が裏付けられた結果として、実は相変わらず継続されてきたとも推測できる部分もある。

しかし、戦前から、もちろん治療法確立後も本稿執筆者の想像以上に軽快退所者が存在したということを考えれば、長島愛生園初代園長光田が当初、信念とした「生涯隔離」の問題と、少しでも自立を目指す国民皆保険・皆年金達成の時期については、その影響も双方重なっている時期がある反面、軽快退所者の年齢を考慮した社会保険制度の生活への影響も検討しなくてはならず、個別には非常に複雑な問題も多い。

Ⅱ. 国民皆年金当時の療養所入所者の位置づけ

1. 国民皆年金とハンセン病患者（回復者）

留意しなくてはならないことは多い。それらは、ハンセン病（回復者）の発症時期と入所時期、入所期間、後遺障害の程度、軽快退所した時期と国民皆年金達成時の療養所入所者の年齢の関係等である。ここより、本稿のテーマである公的年金制度との関係を中心に論じる。

国民年金法発足時（国民皆年金は1961〈昭和36〉年、無拠出福祉年金は1959〈昭和34〉年からの支給）には、ハンセン病療養所入所者等にとってみれば、実は、肯定と否定双方が渦巻いていた。

ハンセン病後遺症に対する無拠出の老齢福祉年金と障害福祉年金（拠出障害年金とは異なり一級障害に該当する者のみ）の支給そのものは肯定されるものであった。しかし、当時の同法には第八十九条に、

- 一、障害年金又は母子福祉年金の受給者であるとき。
- 二、生活保護法（昭和二十五年法律第百四十四号）による生活扶助又はらい予防法（昭和二十八年法律第二百十四号）によるこれに相当する援助を受けるとき。
- 三、国立のらい療養所その他の施設であつて、厚生省令で定めるもの⁵⁾に収容されるとき。

には、（保険料前納等を除き）国民年金の保険料を納付することを要しないとされていた。「法定免除」条項である。

以上のことを仮に否定的に捉えるならば、重度障害者や生活困窮者以外に当時の「らい予防法」対象者を含めたということは、それらの者にも高齢になってからの所得保障を社会保険では、ほぼ行わないという趣旨となる。

保険料免除の場合、当初は年金支給の対象にはならず、法改正後の新たな国庫負担によるものでも低額な給付になる。加えて家族との絆を失うかその関係が希薄になっているハンセン病患者や回復者にとってみれば、当時の保険料法定免除は、高齢になるにつれ社会復帰を望むことが思うようにできないことを予定しているという強引な解釈も可能となるものである。

さらに、療養所入所期間が長期化している場合や高齢の場合、ハンセン病特有の後遺障害がある場合には、この法定免除は単純な問題ではなく（後に論じるが障害〈福祉〉年金の受給対象に思うようにならず）、当時の入所者の思いも、非常に複雑なものであった。

2. 長島愛生園入所者のそれぞれの思い

ハンセン病療養所は各地に存在するが、ここでは長島愛生園の資料を中心に検討していく。

まずは、国民皆年金達成後それほど時間がたっていない時期の「長島愛生園患者自治会・らい予防法研究委員会」（1963〈昭和38〉年1月16日初集合）による「らい予防法改正の基礎研究」⁶⁾をみってみる。

長島愛生園内でのアンケート発行800枚、回収557（うち白紙が25）、回答が532であったが、そのなかで本稿と関係が大きい主要な内容を抜粋させてもらおうと、以下ようになる。なお、当時、研究の余地が多く残っていることは付記されている。

問 家族との関係において社会に妻や夫又は子どもはあるか。

「ある」163人（31%）、「ない」288人（53%）、「白紙」81人（16%）

問 家族との関係において最近面会に来たことがあるか。

「ある」148人（28%）、「ない」306人（58%）、「白紙」78人（14%）

問 最近ハンセン病は治るといわれるがあなたは治ると思うか。

「治ると思う」140人（24%）、「一時はよくても再発する」189人（36%）、「治らない」88人（17%）、「白紙」116人（22%）

問 医学者や医者は菌が陰性になれば、後遺症やマヒがあっても治ったというのがあなたは治ったと思うか。

「治ったと思う」109人（21%）、「思わない」250人（48%）、「わからない」173人（31%）

問 あなたが菌陰性となったら社会復帰、退園を希望するか。

「する」111人（21%）、「しない」271人（51%）、「わからない」150人（28%）

問 社会復帰・退園をする時の希望条件（本稿執筆者註・回答111のうち複数回答）

「無条件」17人（11%）、「住宅のあっせん」59人（53%）、「職業をあっせん」60人（54%）、
「生活保護」51人（50%）、「退所後の治療」88人（80%）、「更生資金」60人（54%）、「職
員に採用」20人（18%）

問 社会復帰・退園をしない理由（本稿執筆者註・回答271のうち複数回答）

「老齢になったから」74人（27%）、「後遺症、変形が多い」171人（78%）「将来に希望
がもてない」72人（27%）、「社会の偏見が強い」77人（28%）、「住みなれたから」30人
（11%）、「再発の恐れがあるから」76人（28%）、「家族が反対するから」32人（11%）、「生
計がたたない」63人（23%）、「住宅がないから」35人（13%）、「職業がないから」37人
（13%）、「白紙」33人

問 整形手術を希望するか。（本稿執筆者註・この整形は後遺障害変形の形成手術を意図
しているものも相当含まれていると思われる。これら後遺症に何らかの支障を感じてい
る者もいてか後の入所者の声や調査には美容整形という表現も一部に出てくる。）

「する」315人（59%）、「しない」112人（21%）、「白紙」105人（20%）

当該アンケートの回答について対象年齢層の詳細は不明であった。

この研究委員会によるものとしては、研究結果が本稿と関係する部分では以下のような主旨
であった⁷⁾。

医学面では、療養所の病院化を強力に推進するということ。ハンセン病は治らないという意
見はないが、治ったという基準がまちまちということ。治癒した者のうち菌陰性者であっても
高齢者や後遺症の多い者も含まれているということなど。

行政面としては、退所者の面での保障が非常に必要であるということ。生活保護の活用の一
必要性もある。社会的には後遺症に対する考慮が必要ということなど。

研究委員会がそれらを肯定・否定するものではないことを前提に、当時の厚生省の見解とし
ては、菌陰性となり治癒した者は早い機会に退所してほしいということ。今後の療養所につい
てはリハビリテーションを強化して病院化をすすめるということ。社会的条件をよくして退所
しやすい方向にすすめるということ。高齢者には、なんらかの保障をする必要があるというこ
となど。

一方で、研究委員会として入園者の考え方を捉えた場合には次のような主旨である⁸⁾。

医療面では、特に、後遺症や知覚マヒ⁹⁾の場合には、治癒していないという意向が強いとい
うこと。知覚マヒの医学的解明とその治療を望む意見が多いということ。治癒の判定の中に
知覚マヒを入れることが必要だという考えが強いということ。理学療法や整形手術面の充実が
必要ということなど。

行政面については、強制退所を絶対反対しており、菌陰性になってもすぐ退所は困るという
こと。菌陰性になっても退所したくないという考えの人が、アンケートによると51%もあると

いうこと。退所時の保障が必要ということ。在宅通院医療を認めて欲しいが、低医療政策につながっては困るということ。患者の区分については消極的な意見が多く、現在の生活を変えられることには不安を感じるという意向が強いということなどである。

この段階での委員会のまとめ¹⁰⁾を本稿執筆者がまとめなおすと、療養所入所者の不安は、医学的、社会的に相応の根拠がありそれを無視した政策の強行は許されず、まずハンセン病にかかわる治療についての概念の統一が必要であり、療養所内生活においても菌陰性で即座に医療の対象から除外せず、退所については菌陰性者であくまで希望者のみにとどめ、強制退所は絶対反対という内容であると考ええる。

このアンケート結果の特徴としては、当時、回答の半数以上からは退園後に一時的でも「扶養」を求めることができる家族が思うように存在しない¹¹⁾ことも影響してか、あわせて相当数の入所者がハンセン病についての治療についても消極的な考えを示していたと考えられる。また、一応の所得保障も整備されたとされる「国民皆年金」を迎えてそれほど時間がたっていないこの時期に、社会復帰について積極的な入所者が数多くはいないことは意外な結果であったと考える。

ただし、その人数にかかわる評価について先の調査との比較が難しいものではあるが、先の調査と時期が重なる時期の長島愛生園では、1960（昭和35）年頃から1968（昭和43）年頃まで園内に社会復帰ブームのようなものがあり、「菌陰性で後遺症の少ない者の血を湧かした」との記録もあり、この時期に150名の復帰があったとされている¹²⁾。

いずれにしても本稿執筆者が推測するには、長期療養者や高齢の者、また後遺障害が重度の者、身体の変形等によりハンセン病回復者と外見上分かる者は、旧法からの弊害と国民に植えつけられた偏見により、また、医療・所得保障からの直接・間接の排除は、ハンセン病の回復者等を委縮させる結果となり、長島愛生園を「終の棲家」と考えるしかなかったのではないかと考える。さらには、長期の療養所生活のなかでの患者間の婚姻等の事情¹³⁾も、それらに影響を加えた可能性はある。

国民皆年金達成当時の論文であるが、多磨全生園の園長を長年務めた林芳信によると、ハンセン病治療者の退園社会復帰を困難としている諸事情について、「1 退園後の社会生活に対する不安と困難 2 一般世間のらいに対する余りにも強い嫌悪偏見 3 長期入所のため生活基盤を失うこと 4 療養中に生じた事情」¹⁴⁾とされている。

これらの状態では、国民皆年金の下で公的年金を受給できたとしても長島愛生園内での立場と社会復帰しての受給の立場とではその環境・不安も大きく異なることになり、回復者にとっても、選択肢としてはもはや長島愛生園という「生活の場」の保障を希望する気持ちの方が強かったものとも考える。

ただし、年金受給の問題は療養所内でも立場が大きく異なってしまう矛盾が生じていた。このことについては、後に詳細に論じる。

ちなみに、ハンセン病の後遺症も軽く軽快退所し、年齢的に稼働能力のある者が就労する立場に立つならば、偏見のあるなか履歴を隠さなくてはならない立場となる者も多い時代背景が

あり、ハンセン病そのものについての医療についてはもちろん、将来の生活保障についても不安を持ち続けることになっていたものと思われる。

ところで、似た時期（1964〈昭和39〉年11月）に、長島愛生園内での「療養生活研究委員会長島支部」によっても大規模な調査¹⁵⁾が行われた。

調査用紙配布枚数1472枚、回収枚数1056枚、回収率71.73%、うち白紙83枚、統計上の調査人員973人、年代は10歳以上70歳以上の者までおり、40歳から49歳251人、50歳から59歳217人、30歳から39歳171人、60歳から69歳117人、その他の内訳となっている。

なお、この調査の翌年の6月28日回収の調査¹⁶⁾（配布枚数1440枚、回収1130枚、回収率76.47%、白紙を除く回答枚数1042枚、回答率72.36%）では、在所年数が10年から19年が388人（本稿執筆者註、大部分の者が治療法確立後の入所）、20年から29年が364人（本稿執筆者註、治療法が確立される前の入所）、30年以上が103人（同前）、その他の内訳であった。

入所時の職業は回答者のうちホワイトカラーは63人と少数であり、無職や農業出身者が多く単純労働者出身が多いことから、生活困窮層に多発する疾患であり、扶養家族を無と回答した者が602人（57.5%）と過半数であった。総じて若年で入所し長期化していることになる。

ところで先の1964（昭和39）年11月調査で「軽症者の扱い」を受けた者は306人であるが¹⁷⁾、このうち後遺症はないと回答した者はわずか12人である。

一方で、ハンセン病の症状については（本稿執筆者註、一部複数回答した者がいた様子であるが）、「だんだん良くなっている」との回答は103人、「現在は落ち着いている」が365人で、現状維持や「だんだん悪くなっている」等が過半数を超えている。「だんだん悪くなっている」との回答だけでも321人いる¹⁸⁾。

これら調査者は「プロミン出現以後は、本病は良くなっていると思っていただけに意外であった」と述べている¹⁹⁾。

疾患としては、関連の疾患としての眼の疾患が目立った²⁰⁾。さらに「菌陰性者が増加」しても、障害については後遺症としての「手足のマヒ（本稿執筆者註、おそらく知覚障害や手足が下がっているなどの変形など）」があり、あるいはそれらマヒが広がり機能が悪化するなどし、これでは当時、菌陰性を理解している者が過半数を超えている状態であってもハンセン病治療の実感を持つことができないということになる。

なおハンセン病の型にもよるが²¹⁾、入所者が治療はある程度受けているとはいえ、「治ライ薬」については「医師の指示通り」の者は448人（46.04%）、一方で「自分で加減しながらやっている」の者が329人（33.81%）もあり「多忙な医師への不信から療養所へ入所していて医師の指示通りに治療できないことは不幸なこと」と調査者は述べている²²⁾。確かに医師不足は顕著であったが、果たして、それだけの理由だったのであろうか。

なお、1965（昭和40）年6月調査²³⁾（回答者数1042人）によると、

物理療法（本稿執筆者註、一般にいう理学療法と思われる）について「受けている」87人（8.34%）「受けていない」360人（34.55%）「受けたことがある」160人（15.35%）

その効果について「効果があった」90人（36.43%）「効果はなかった」33人（13.36%）「分

からない」120人（48.58%）、物理療法について「今後も続ける」121人（48.98%）「続けない」52人（21.05%）

などの結果が示されている。

これらは後遺障害を意識した数字であることは明らかであるが、社会復帰を念頭に置いたものか療養所内での生活保障を念頭に置いたものなのかは不明である。調査者は、療養所内での作業時間との関連において「（医療や物理療法の時間が確保できなければ）、生活保障がされない限り、この人達は治療から見放されているのである」²⁴⁾と述べている。

最後に、入所者の家族との関係や社会復帰に対する考えについては、先の1965（昭和40年）6月調査²⁵⁾では、

面会について「きてくれる」379人（36.38%）「きてくれない」450人（43.18%）

送金について「ある」217人（20.82%）「ない」550人（52.78%）

手紙のやりとりについて「する」536人（51.44%）「しない」323人（31.00%）

家庭への帰省について「する」242人（23.23%）「できるがしない」180人（17.28%）「できない」428人（41.08%）であった。

退所希望については「退所するつもりでいる」162人（15.54%）「退所したい」508人（48.75%）「退所したくない」558人（53.55%）

退所受け入れ場所の有無については「ある」153人（14.68%）「今のところはっきりした所はない」187人（17.94%）「どこにもない」346人（33.21%）「回答不明」356人（34.17%）となっていた。

ちなみに「退所したくない」と回答した者の内訳は、

「後遺症が多いから」（38.09%）「家族に迷惑をかけるから」（27.44%）「老齢になったから」（22.16%）「将来に希望がないから」（15.16%）「再発のおそれがあるから」（13.62%）であった。

社会復帰を目指す就労可能な年齢層の療養所入所者にとってみれば、「職業訓練」等ももちろん必要であった。一部では運転免許や園内外での労務も試みられた。

しかし、相当の者が当事者以外には理解しがたいそれまでの偏見・差別に加え、知覚障害や風貌の変化等の悩みがあり、その後の生活にも不安をもった。生活費を補う、あるいは老後に障害が重くなることへの不安やハンセン病の再発への不安、その他の独自の問題を考えれば、その当時から必要最小限度の所得保障は必要であったことになる。

他方で国民全体の高齢期の扶養の問題を考えた場合には、国民皆年金達成の前後は、老後の生活の意識調査については「同居・別居」や「経済的な問題」等からアプローチしなくてはならない時期でもあった。

いわゆる伝統的な家族制度のもとで生活してきた年齢層の者は、核家族化が進むこの時期は自身が不安定な状態になることを意味する²⁶⁾。

同時期の調査によると、高齢者と子との同居率が、昭和38年で79.9%、昭和43年で79.5%であっ

た²⁷⁾。

同時期の高齢者の生計維持状況は、
「自分の収入で暮らせないと」との回答は、
昭和32年が78.7%、昭和38年が66.8%、昭和43年が61.0%
一方「自分の収入で暮らせる」との回答は、
昭和32年が21.3%、昭和38年が33.2%、昭和43年が39.0%
その内訳は「自分の働きによる」が
昭和32年が17.6%、昭和38年が16.6%、昭和43年が25.2%
「年金・恩給」によるが
昭和32年が2.5%、昭和38年が9.1%、昭和43年が8.9%
「財産収入・その他」が
昭和32年が1.2%、昭和38年が7.6%、昭和43年が4.9%

であった²⁸⁾。

国民皆年金直後に「年金・恩給による」が6.6%伸び、その後「自分の働きによる」が8.6%伸びている。

なお、老後の生活の意識として、
「高齢者である親が子に頼る」という意識は、

昭和30年が45%、昭和32年が43.5%、昭和34年が39.4%、昭和36年が35.1%、昭和38年が33.4%、昭和40年が35.3%

一方で「高齢者である親が子に頼らないつもり」という意識は、

昭和30年が22%、昭和32年が24.7%、昭和34年が27.7%、昭和36年が27.6%、昭和38年が48.0%、昭和40年が47.3%であった²⁹⁾。

「高齢者である親が子に頼らないつもり」の昭和36年と38年の大きな差をみてもわかるように、当時の「現実の生活」は別としても、明瞭に国民皆年金は親子関係間の経済的扶養には意識の変化をつけた。

同様の時期に、これら「同居・別居」の問題とは別問題として、「生涯隔離」の延長にある療養所における長期の生活という非常に不可解な福祉により、自己決定によるものではなく強制的な別居生活を強いられ、一方で、伝統的な生活を経験した者が不安定になる時期にいわば子に頼らなくてもかまわないような意識を持たせた所得保障の支えとなる国民皆年金からも、療養所入所者は排除された。ましてや療養所入所者は、旧優生思想の結果、一定の年齢の者は断種手術等も受けており直系血族（子や孫）がほとんど存在しなかった。

なお、療養所を「終の棲家」と考える者は、全額国庫負担の療養所のなかで僅かな「給与金」があったとはいえそれだけでは最低生活は維持できず、1959（昭和34）年制定の国民年金法とその改正で翌年3月より給付された無拠出の障害福祉年金額が月額1500円であっても、それさえからも漏れた者が存在するなかで、その後の長期療養にも大きな不安をもつ者も多かったと思われる。

入所者が以上のような思いを持つなかで、国民「皆」を前提とした所得保障制度の核にある国民年金制度は、戦後の現行憲法下でも「排除の場」とされ続けた極めて特殊な社会である療養所で療養・生活を続けるハンセン病患者や回復者にとってみれば（さらに治療の場もそこに限定され）、実は療養所中心主義が継続するなかで、繰り返しとなるが基礎的な年金制度からもあらゆる部分で「皆」から排除され続け、結果としては制度的排除を、広くは社会的な排除を大きく感じさせるものになったと推測できる。

Ⅲ. 国民皆年金の療養所入所者に対する諸矛盾

1. 国民皆年金達成時

本稿では、「ハンセン病国賠訴訟判決」確定後の補償金などについては触れない。あくまでも、国民皆年金当時の年金とその周辺の関係を検討する。また、在日外国人と福祉年金等³⁰⁾の問題についてはそれだけで非常に大きなテーマとなるので本稿では論じない。

療養所入所者に限って公的年金制度とその周辺を論じるならば、年齢にそって区分すると大きく次のようになる。なお、国民皆年金当時、また、その数年後の時期の例であり現在のものではない。国民皆年金以降、時間がたつにつれて入所者の高齢化が進むなかで、皆年金当時の療養所入所者の個々のケースは複雑である。

すなわち、ハンセン病の発症の時期を考え「幼少期にハンセン病に感染・発病」して、「どの段階で発症」して「どの程度」の期間を療養所に入所しており、一定の稼働能力がある時期に軽快退所しているのか（母親等と一緒に入所している未感染児童³¹⁾を除く）、ただし、この場合にも、療養所内で職業訓練等を受けているか否か、稼働能力は減退している状態（後遺障害が重度、あるいは高齢）であるが、社会復帰しているのか、療養所を生活の場（終の棲家）と考えた者であるが、年齢を考慮しつつ後遺障害が重度か軽度か。さらには、ハンセン病の型や後遺障害等にもよるが、年齢によらず継続した治療が療養所でないと受けられないと考えた者や、過労等が原因でハンセン病を再発した者（結果として、再入所した者）であるかなどのケースを考えなくてはならない。

さらには20歳に達するまえに発症しているか、国民皆年金を達成した1961（昭和36年）4月の前後の状態はどうか、療養所に入所した時の年齢はどうか、もともと被用者等で（一部はすでに国民年金の）保険料を納めていたかなども考慮しなくてはならない。

つまり、年代別（入所期間別、退所を希望する者はそのときの年齢別）、また障害の部位・程度別、ハンセン病の型別等の所得の保障により、患者と回復者は、その後の生活のあり方を考えることになった。

他の疾病・障害のとの違いは、国民の極端な偏見のなかでかなりの者が強制的な入所が継続し続けてきたこと、長年、生涯隔離を前提とした入所による療養、知覚障害等の独自の障害、治療が可能な数少ない医療機関の問題の存在である。もちろん、以上の対象者以外の者もいるが、これらのものと国民皆年金との関係を考えてみる。

繰り返しとなるが、1959（昭和34年）に国民年金法（法律第一四一号）が施行され、また同

年の改正法により入所者「第一次該当者」に対する「福祉年金」の支給となった。

1961（昭和36年）4月に拠出制の国民年金制度の発足となった。このとき、前述のように、入所者は、この拠出制国民年金の保険料について「法定免除」の対象者となった。

まず、療養所内の収入の格差も生じた。療養所内である程度の年齢に達しており「軍人恩給」³²⁾ やそれまでの「拠出制の年金受給者」、あるいは「福祉年金の受給対象者」になった者、一方で「それらの対象にならなかった者」が混在して、同じ園内での入所者の生活も混乱していたのである。

他方、当初は、視力障害者（全盲）の入所者程度しか障害年金の対象にならないであろうとのハンセン病患者間への不安があった³³⁾。それらは、患者団体や長島愛生園内でも当事者である入所者により検討されていた様子も伺える³⁴⁾。

しかしながら、国民からみれば一応は普遍的な社会保障・社会福祉であっても、それらから排除されたなかでの全額国庫負担の非常に不可解な福祉という部分的な社会のなかで生活し続ける者に対する「皆」を前提とする年金制度の矛盾は、安易な解決策を見出すことはできなかったといえる。

2. 手続的な問題からその実態の指摘へ（その概要の整理）

当事の長島愛生園事務担当者は、手続き面での苦悩の色も隠せない。

国立ハンセン病（当時のらい）療養所という特殊な事情から発生する問題を指摘する。強制的な療養所入所（生涯隔離）という事実とはどのような文献でも示されていることであるが、それがゆえに、夫婦関係を考えれば「所内では独身であるが、戸籍上の配偶者が所外にいるもの」「所内で正式な婚姻関係にあるもの（夫婦舎に居住）」「所内で内縁関係にあるもの（夫婦舎に居住）」「所内で婚姻しているが、戸籍上配偶者がなお所外にいるもの（夫婦舎に居住、ただし福祉年金の夫婦関係は認めず）」³⁵⁾ などそれぞれのパターンがあるとの指摘があった。

生涯隔離が前提という場合と、社会復帰が前提という場合では、療養所外（所外）に戸籍上の配偶者がいる療養所内（所内）の内縁関係者の問題も位置づけが変わってくるのであるが、もちろん「重婚」はわが国では認められておらず療養所内・療養所外と別々の生活でも戸籍上の夫婦関係破綻とも言い切れず³⁶⁾、患者や回復者にとってみれば、プロミンが発見されて時間がたっているとはいえ、各事情で療養所を心のどこかで「終の棲家」と考えているのであればと、極めて特殊な事情が存在した³⁷⁾。

障害福祉年金についても、「付添いをする軽症者よりも付添をされる福祉年金受給者の方が収入が多くなるという」療養所独自の矛盾などを指摘して³⁸⁾、この担当者は苦悩する。

この障害福祉年金の問題は、入所者の指摘の方がより現実的なものが多く、実際に、入所者からも様々な声があがる。

長島愛生園入所者の豊田一夫によると、療養所の一部の者（重度障害者）が障害福祉年金の対象になることを評価しつつも、1959（昭和34）年11月の国民年金法における療養所入所者の保険料「法定免除」条項を批判している。

また「私達は六十五才に達しても養老年金を貰えませんし、二級に該当する障害になつた場

合でもそとの人並みには取扱ってもらえない」³⁹⁾と主張する。

当初は、保険料法定免除の規定が該当するとその年齢にもよるが、無年金となるか老齢福祉年金の対象となってしまった。老齢福祉年金であれば、70歳からの支給であることを意味した。また、障害福祉年金には拠出制のような二級障害が存在しなかった。

つまり、これらの者は老齢福祉年金の受給を待つ（ないしは無年金になる）くらいであれば、非常に少ない慰安金⁴⁰⁾や作業賃金（作業賞与金）のなかからでも保険料を納めたいと考えたのである。

なお、当時の福祉年金額は月額1500円であったが、その効果について長島愛生園という共同生活のなかで「福祉年金の支払いが開始されてからは毎日、魚屋がくる、肉屋がくる、呉服屋がくるといった調子で、園内は急に景気が良くなり」と記録されている⁴¹⁾。

療養所内の在日外国人の問題も含めて、年金受給者（福祉年金も含む）と受給していない者の関係悪化を懸念された。そして「本当に私達がそんなにまでおそろしい患者であるのなら」（本稿執筆者註、法律により強制的に「生涯隔離を前提とした患者であるのなら」ということを、逆に皮肉った主旨で強調されたものと思われる）、一歩も外に出さず、おとなしく生涯を島に閉じ込めておこうというのですから」⁴²⁾と全員に同じ給付を行うようにとの主張が行われている。

後に豊田は、年金拡大運動の問題として福祉年金には二級障害の制度がなく、療養所入所者にとってみたら障害福祉年金受給対象を除き、二級障害よりも重度化するものが数少ない以上、拠出制年金給付と加入、すなわち保険料法定免除者への拠出制国民年金給付（障害）の柔軟な適用や任意加入等の必要性を主張している⁴³⁾。

一方で「初診日」等の問題についても、当時の社会党参議院議員藤原道子との懇談⁴⁴⁾内容を引用して「社会党としては拠出制には賛成できないが、すでに一年分掛けてしまったということであれば、年金局としてもあなた達は障害年金には該当しないというのは無責任です。…入園月日が初診日だという解釈もへんです。」⁴⁵⁾と示している。

障害年金についての初診日の問題は、現在では、保険料を納める前の20歳に達する前の初診日の障害について無拠出の障害基礎年金（社会手当に近い性格のもの）として取扱われているが、本稿の問題とその問題とは性格が異なる。社会保険も保険である以上、保険料を納める前の事実の対応を分け、ただし「皆」年金からそれらの者も漏れない対応を行っているが、発足当時は若干考え方が異なっていた。

さらには、保険料の納付状態の問題（なお、1961〈昭和36〉年12月の段階では、拠出制国民年金保険料免除者に対しての国庫負担措置が認められた）も生じる。制度発足時にもこの対応が行われたわけであるが、問題は単純ではない。

まず、療養所入所者が重度障害の場合には無拠出の障害福祉年金の対象となり得た。しかし、国民年金制度導入時当初は、繰り返しになるが障害にかかわる初診日と障害年金との考え方が現在とは異なった。つまり、廃疾（現在の障害）の併合と初診日の問題、また、20歳に達するという年齢の問題と国民年金制度導入時にある特例による1961（昭和36）年4月1日に達するという読み替えの問題を整理しなくてはならなかったのである。

要するに、制度導入時には、初診日が20歳に達する前の初診日による障害の場合には、20歳に達した日以後に新たに発した傷病が原因で厚生大臣の定める一定の障害⁴⁶⁾が併合され障害年金の対象となる（老齢年金受給者は対象外）。また、特例により、「20歳に達した日」とは、「昭和36年4月1日」と読み替えられたのである。

初診日を「入園月日」とされると、実際には、発症を発見され、ほぼ強制的に入所するまでには医師の診療は受けているが、その症状は皮膚の軽い症状の場合が多く障害者とはなっていない。つまり、医師に発見された日であれ、そのまま入園した日であれそれらが初診日とされた「ハンセン病（らい病）」であり、さらに、国民皆年金達成の1961（昭和36）年4月1日をまたぎ、それ以後の障害がハンセン病によるものであれば、前発・後発ともに「同一疾病」による障害であるので（制度発足時から一定以上の障害者なので）、障害年金の給付対象にはならず「皆」年金から排除されるというものであり、なんとも不可解なものとなされたてしまったのである。

いずれにしても療養所入所者にとってみれば、1961（昭和36）年4月1日以降の「新たに発した傷病による初診日」が必要になった。そうでなければ「廃疾（障害）認定日」を初診日としなければ、制度発足時、障害福祉年金受給者以外の療養所入所者は、障害年金を受給できないことになった。

加えて、障害年金の受給には「初診日の属する直近の基礎月の前月まで引き続き一年間被保険者であり、かつ、その期間のすべてが保険料納付期間で満たされていること」という条項も改正案で書き加えられた。当然、療養所入所者のなかで、少ない慰安金や作業賃金から保険料を納めたいという気持ちを持つ者が多数出てきても不自然ではなかった。

そのようななかで療養所入所者は、国民年金保険料が法定免除とされた。重度障害に該当しない障害のある療養所入所者は、この時、確実に国民「皆」から排除されたことになる。

3. 「皆」に向けての前進か、相変わらずの「排除」なのか

当時、国民年金法の改正が加えられるなかで、肯定的な立場から行政機関は次のように説明する。

岡山県国民年金課課長の長門保明によれば、長島愛生園において1966（昭和41）年8月22日に、国民年金法はハンセン病患者（療養所入所者）も対象としており、適用除外とはしていないと長島愛生園入所者に説明している。すなわち、長門は発足当時の国民年金が完全ではないもの、未熟なものであることを前提としつつも、

「国民年金のような、非常に息の長い制度、適用期間の長い制度では、（療養所入所者であろうと）社会復帰されるというふうな事であろうと、決して、療養所に対する一方通行ではないのだと、いうふうな認識の下に、現在の法律が組み立てられている…（療養所入所者が）色々特殊事情がありだと思うんですが、その特殊事情が、かえって制約されるというか、一般の人と同じような扱いになつていっていると、いう点もそこから出来る…国民年金法が出来る時に（療養所入所者を）除外して法律を作ると、（療養所入所者を）別な制度でお世話するという方法を採らなかつたという所に原因があると、然も、そういう考え方というのが、（療養所入所者の）

充分なご認識頂けると思うんですが、別にしなかつたという所のよさの意味にそういう制約をご辛抱願わなくてはならない（カッコ内本稿執筆者）」⁴⁷⁾と説明している。

この長門の説明では、療養所を終の棲家と考える老齢福祉年金や障害福祉年金の対象者になっている入所者であればともかく、いくら国民年金法がハンセン病療養所入所者を適用除外にしなかった（保険料法定免除にはしている）ことを強調しているとはいえ、当時、存在した「らい予防法」と国民の偏見の存在を、そして、何よりもそれまでの入所者の生活歴を軽視しているという他ない。さらには、一部で事後重症や外部障害から内部障害へ対象を広げるなど可能性は示唆しているとはいえ⁴⁸⁾、ハンセン病独自の症状や障害を軽視した「建前」の説明に終始したものであったといえる。

相変わらず続く生涯隔離政策の延長にある問題下のものでもあるにもかかわらず、この時期に国全体の財政上の問題をだし、加えて、軍人恩給との関係など各種年金制度上の問題、また運用上の限界を指摘するなど本論からそれてしまっている⁴⁹⁾のである。

若年層であり軽快退所を期待することができる者を除いては、この時期の療養所入所者が確認したいことは、公的年金制度の一般論ではあるまい。

社会保障全体の修正と、本来は、即時に受け入れにくい部分的な社会に国民「皆」年金を適用させ徐々に「修正」していくという手法の同時進行は、社会的に排除されてきた集団に対して制度的排除という新たな排除を形成したということにもつながったと考えられる。

4. 公的年金拡大運動過渡期の主張

全国国立癩療養所患者協議会⁵⁰⁾による公的年金の適用拡大運動の時期は1958（昭和33）年から1972（昭和47）年とされているが、特に1967（昭和42）年前後が公的年金拡大運動のピーク時とみられる⁵¹⁾。この全患協の第4回代表者会議（1967〈昭和42〉年11月）の国民年金運動の路線決定には、障害者全体について普遍的な問題も含まれているが、本稿と関係があるものについては、主には、障害認定のあり方についての見直し、障害年金支給の等級範囲の見直し、障害福祉年金にも二級・三級制度の創設等の主張である。

その前提となるような各療養所の資料として、たとえば、1966（昭和41）年の国立療養所長島愛生園患者自治会の施設長等に対する要請書によると⁵²⁾、国民年金法の一部改正に対して要望事項として「知覚マヒの障害（単独・併合）としての取扱い」「認定にかかわるものとして、初診日、廃疾認定、併合認定についての要望」「福祉年金額の引き上げについての要望」「障害年金と福祉年金の格差是正」「被保険者除外規定（一定の年齢の者の適用除外の速やかな廃止を求めること）について」「任意加入の復活について」があげられている。

知覚マヒとは、ハンセン病特有の熱さ冷たさ痛さなどを感じないものである。知覚マヒにかかわる障害についての「質的」な考え方は後に認められる傾向にあるが、その量的な問題は思うように解決されない。ちなみに、その体面積によって社会復帰者は特にブルーカラーの就労は非常に難しく、高齢等で入所を続ける者は日常生活上非常に制約が多くなる。ちなみに、前出した1965（昭和40）年6月28日の調査でも、発症時にホワイトカラー従事者は少なかったこ

とが分かる。

認定の初診日については、この要望書提出段階でも厚生省年金局福祉年金課の回答により「入所月日を初診日として差支えない」（年福発第7号の2）とされていたが、国民年金受給確認のために医師が診療を始めた日を初診日として欲しいとの主張となる。これは、制度発足時、かつ、ハンセン病療養所独特の問題となる。加えて、同一部分の障害加重について、あるいは治癒後に新たに傷病が発生し同一部分に障害が発生した場合は、後発の初診日としてほしい主旨、また、ハンセン病そのものではなく、火傷や神経症等が原因の障害もそれらを医師が初めて診療したことを最大限尊重してほしいという主旨となる。

廃疾（障害）認定については、年金制度上は傷病の治癒や症状の固定があるが、ハンセン病の場合は当時の背景を考えれば初診日即廃疾認定日としないと、障害年金支給の期間の欠ける事例をつくる可能性を示唆している。なお、繰り返しになるが、廃疾認定については「一斉検診の（本稿執筆者註、それまでの）カルテと国民年金裁定診断は切離して認定してほしい」と要望している。

障害の併合の認定については1961（昭和36）年4月1日の基準を示し、障害福祉年金への適用例も示しつつ主張している。さらに、福祉年金額の引き上げを行いつつも、障害年金との格差是正を求めているが、これらのことは療養所内においても、拠出制障害年金、障害福祉年金、障害があるが無年金という所得保障における序列を解消しようとするものである。

被保険者適用除外規定の廃止を求めることや、任意加入の復活の主張については、資料を一見すると社会復帰を念頭におき拠出制年金が受給できるようにするための要望であるとも考えられたが、本稿後出の森田らの主張をみる限り、療養所入所者が高齢になっても拠出制障害年金の受給を得ることができるようにするためのものと考えた方が適当ということになる。

なお、相当に過激なタイトルであるが、長島愛生園入所者の森田竹次は「『若い者は障害をもうひとつ』『老人は淋しく死ぬ』—国民年金法を批判する—」⁵³⁾と皮肉ったタイトルを題しつつも、当事者の立場からの確かな指摘を行っている。

とにかく、前出の豊田同様に障害福祉年金にかかわる問題提起が、ハンセン病問題独自の興味深いものになっている。まとめて、かつ補足するならば以下のようなものとなる。

たとえば長島愛生園入所者の場合、1961（昭和36）年4月1日段階で50歳に達している者であり約3分の1の者が国民年金の被保険者とはならない。重度障害でない限り70歳に達した段階からの老齢福祉年金受給者の対象者である。

ところで、この時期には長島愛生園には福祉年金受給者は799人（森田執筆段階）いる。このうち半数以上は1961（昭和36）年4月1日には50歳に達していない者であり、本来ならば国民年金の保険料を納める者であるが保険料法定免除の対象者である。

無拠出の障害福祉年金は拠出制年金と異なり二級障害に対する年金支給はない。それを前提にして、療養所入所者はかなりの者が障害者であっても、拠出制年金の場合には1961（昭和36）年4月1日から1964（昭和39）年3月31日までに二級程度の事後重障が後発障害として積重なったなら一級障害年金が受給できるというものになっている。もし、後発障害が発生しなければ福祉年金の支給しかないということになる。

次に、1906（明治39）年4月1日から1911（明治44）年3月31日までに生まれた者（1961〈昭和36〉年4月1日段階で少し50歳を超えている者）は国民年金に任意加入が可能であったが、この申し出は1961（昭和36）年3月31日までに行わなくてはならないなど、難解なものである。任意加入の対象にならない者はさらに年齢があがり（障害が軽ければ老齢福祉年金受給まで年金受給を待つ）、長年、長島愛生園で患者作業に従事した者で、他方で断種等により子孫断絶が多いなかで、年額にして拠出制一級障害年金の3分の1程度の福祉年金しか受給できないというものである。

なお、森田は、療養所入所者の国民皆年金時の年齢と老齢福祉年金受給や任意加入の問題にも触れている。ハンセン病患者や回復者が家族との絆を失っているか扶養関係が希薄になっている問題等、確かに療養所外の同年齢の者との環境の違いはある。しかし、制度として「保険」である以上、被保険者期間が極端に短くなる者、すなわち国民皆年金時に一定以上の年齢の者が被保険者となれず、あくまでも障害を除く部分であり老齢福祉年金受給の対象となった事実や任意加入についての周知がなかったという事実は、誰もが同じ思いをした普遍的なものであり、療養所独自の問題ではあるまい。

むしろ、断種手術等や社会による偏見により家族との絆を失うか希薄になったなどの不安があるなかで、少しでも自己決定による自立を目指そうとした入所者について、結果としては、「皆」を目指すための国民年金法のいわば長期にわたる経過措置により、サブタイトルに『老人は淋しく死ぬ』とあるように、またもや療養所内外を問わずに「自立」を阻まれるものになってしまったと考える内容であったものと本稿執筆者は推測する。

国民皆年金は、端的に述べるならば、それまでは被用者中心としてきたものを自営業・自由業者も保障の対象とし、さらには「皆」を迎えるために事前に「老齢・障害・母子（遺族）」という事実に該当している者をその「皆」から排除しないようにするために無拠出福祉年金の対象にした。この無拠出福祉年金は「地方」では何とか生活できるレベルの給付ではあったが、実際には福祉年金の支給額は「アメ玉」と皮肉られたものであった。

療養所入所者は、当初、相当の者がこのアメ玉年金からも排除された。患者や回復者からみれば、就労の見通しも思うような見通しもたらず、また、国民の偏見も非常に強いなか、ましてや「らい予防法」が継続し家族との絆も断絶され扶養関係も非常に希薄なままで排除されたのである。

量的あるいは質的な給付についての社会保障の法体系が「皆」を一応でも達成するとき、もともとハンセン病という理由で排除され続けられた者にとってみれば、それまでも、結果としてはそれ以降も社会保障の制度としての体系からは排除され、一方で、きわめて特殊なもので国民全体として普遍的なものとはいえない要保障的事実として社会保障の体系の一部に組み込まれて、かつ、部分的な社会として現在に至るまで成り立ってきた「ハンセン病問題」の場合には、この国民皆年金も「排除の通過点」であったというしかあるまい。

ましてや、本稿では所得保障面においての限定となるが（もちろん、その当時からの医療保障面や福祉サービス面でも）、社会復帰後の自己決定による自立も、療養所内における自立も、「皆」の下でも尊重されている環境とはいえなかったということになる。

療養所が「終の棲家」となってもやむを得ない環境は、この国民皆年金時にも、皮肉にも結果としては強化され続けられたことになる。

長期の排除があり、部分的な社会として療養所が成り立ってしまったうえでは、国民皆年金もまた大きな矛盾を抱えたことを、ハンセン病患者（回復者）に示したことになる。

Ⅳ. まとめにかえて

ハンセン病患者団体や各療養所自治会の生活向上のための活動と効果は、本稿だけで簡潔に論じることができる内容ではない。それでもあえて述べるならば、ハンセン病と公的年金の関係における患者団体の活動内容は想像を超えるものであり、他方で、その前提となる療養所内における自治会の活動内容も「国民皆年金」当時としては、決して「ないものねだり」をしているものではなかったということである。

療養所が社会から大きく隔離され続け、ハンセン病患者や回復者が社会保障制度からも排除された矛盾を的確に指摘しているにすぎないものであった。

しかし、社会的排除、特に生涯隔離の長い歴史は、ハンセン病患者や回復者たちを専門家集団の事なかれ主義のなかで「忘れられた存在」として、さらに国民「皆」を展開するはずの公的年金制度にも大きな矛盾を生じさせた。

療養所入所者の公的年金に対する考えは、社会復帰を念頭に置いたものか療養所内での生活を念頭に置いたものなのかそれぞれであるが、各資料で皆年金当時に目立つものは、障害に対する所得保障について福祉年金の枠の拡大は当然としても、保険料納付の問題についても高齢になった後の（ハンセン病に付随する）障害を不安視した傾向は強いものであった。それらは、部分的な社会が形成されたなかでの療養所生活を中心に捉え誤った施策が継続されたなかで、ほとんど存在しない子どもの扶養も期待できないなかでの苦肉のものであった。

もっとも、「らい予防法」という枠内のなかでの療養所中心という全額国庫負担の非常に不可解な福祉を提供する体制のなか、大多数の国民は以上の矛盾にも気がつかなかった。というよりも、専門家集団の事なかれのなかで、国民の大多数も関心を示さなかったのかもしれない。一方で療養所入所者は、国民の偏見は大きく続くなかで自らの後遺障害が残りつつ、一部の者は社会資源が非常に乏しいまま社会復帰を目指すか、当時としては特別な保障もないまま療養所再編問題の犠牲となりかけるなどして強制退所の問題すら生じかけていた。

そのような時期に、ハンセン病問題にかかわる所得保障については、国民「皆」年金体制当初は、無拋出の福祉年金という世間では「アメ玉年金」と皮肉られた所得保障のみ、それも重度障害を除いては生涯隔離の延長にある療養所生活を前提にした老齢福祉年金だけで解決を図ろうとしていた矛盾を、政府をはじめ国民は見逃していたことを再度強調しておく。

社会復帰に向けて、あるいは療養所内での生活について、国民のみならず専門家集団による社会的排除の理解も不十分なままで、加えて療養所に依存した事なかれの現実のなかで、ハンセン病患者や回復者は、相当の者が後遺障害とともに後の生活に自信もなく、家族との絆を失い、あるいは希薄な状態のままでは、この国民皆年金という新施策にも大きな矛盾を感じるしかなかった。その排除も制度上、さらに固定化されてしまった。

国家の権限には限界があり法や制度も万能ではない。しかし、少なくとも少数の者の考え方、生き方を保障するはずの法の下での制度としての「皆」は、やはり必要であった。他方で、先に「こうあるべき」がある、当事者についての史実や現状・事の本質を知ろうとしない施策の展開は、逆に制度上、あらたに強力な排除を展開することにもつながる。

ハンセン病問題に的を絞って生活保障を考えるならば、まずは排除がない「皆」が必要であり、個別的には独自の問題としての排除の歴史に対する補いや知覚障害等に対する考慮のある保障が必要であった。もちろん国民のなかにある、長い間の排除という悪しき慣習に大きな変化が必要であった。これら双方を前提とした「皆」こそが、社会的にも、もちろん制度的にも排除のない「皆」年金であった。

結局は、この「皆」からも排除された当事者が、その当時と将来を考えて生きていくための修正を求める活動を展開するしかなかったという事実が、そこには確かに存在した。国民の大多数は、それらの人々の当時と将来に関心を持たなかった。ハンセン病に対する業病や天刑病等という排除の歴史の末に、さらなる排除の対象・犠牲としても当然と考え不可解な福祉の対象にし続け、いつしか存在を忘れていった。

それらの誤りを客観的に知ること、それが史実を知ることである。

なお、本稿では、軍人恩給との関係、療養所内での在日外国人に対する問題、国民皆年金当時アメリカ統治下であった琉球政府の下での療養所入所者や回復者に対する年金問題⁵⁴⁾等には触れていない。また、その後の患者団体の詳細な活動の展開と法改正（昭和40年代）に対する具体的な効果（特に、拠出制年金への取組み）等にもそれほど触れていない。本稿のスペースだけで論じることができる問題ではないので次回以降の機会に譲る。

本稿執筆中の平成24年3月21日に加賀田一氏の訃報が届き、執筆者は翌朝急いで長島愛生園に向かった。加賀田氏は、本稿中では昭和38年から「長島愛生園患者自治会・らい予防法研究委員会メンバー」としてアンケートをとり解析をされた人物であり、また、昭和41年には、「長島愛生園患者自治会代表」として国民年金についての「要請書」を提出された人物でもある。94歳でその生涯を終えられたが、昭和11年からの76年間にもおよぶ療養所生活であった。執筆者は、非常に温厚な人柄であった加賀田氏に、長年、「語り部」として史実を丹念に探り丁寧に伝えていく大切さをたたき込んでいただいた。

晩年は、当時の長島愛生園の精神科医師でもあり、「生きがいについて（みずず書房）」の著者でもある神谷美恵子氏との交流をよく回想されておられた。心よりご冥福をお祈り申し上げる。

註

- 1) 昭和33年の新国民健康保険法の成立、昭和34年の国民年金法の成立により昭和36年より国民皆保険・皆年金体制が確立した。なお無拠出の福祉年金は前倒しの支給となった。
- 2) 本稿では原則として「ハンセン病」と示すが、立法名や歴史的な背景等やその場合の病名を示す場合、また、原文を示す場合には「癩・らい（病）」と示す場合もある。一時期は「ハンセン氏病」と示された時期もある。

- 3) ハンセン病医療は各種の社会保障関連諸法の対象外にされる形で、当時のハンセン病患者は療養所に入所しての治療しか選択肢がなくなった。小笠原登（1888-1970）らは、ハンセン病は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っており外来診療を行っていた。しかし、カルテに「癩」と記すと報告義務も生じ患者隔離につながるために、他の病名で治療を続けた。もっとも「らい予防法」廃止以前は相変わらず医療保険の対象疾患とはなっておらず、療養所以外での受診が制度上自費診療となるなどハンセン病患者（回復者）の排除が続いていた。
- 4) 光田は長島愛生園初代園長である。光田の評価については否定・肯定双方があるが、共通していることはハンセン病については隔離を信念とした療養所中心主義者であったということである。
- 5) 当時の、国立及び国立以外のらい療養所、国立脊髄療養所、国立保養所、その他厚生大臣が指定するものである。
- 6) 1963（昭和38）年1月16日初集合。加川一郎、森田竹次、島田等、加賀田一、浜口松輔（5月13日辞任）、珍道三郎（5月13日新任）の5名の長島愛生園入所者自治会メンバーによる組織。らい予防法研究委員会「らい予防法の改正の基礎研究」森久男・双見美智子編『愛生8月号（通巻二九六号）』（長島愛生園1963）pp.4-12
- 7) 前掲6）らい予防法研究委員会pp.5-8
- 8) 前掲6）らい予防法研究委員会pp.8-9
- 9) 原文では、一部で「らい性マヒ」という表現が使用されている。
- 10) 前掲6）らい予防法研究委員会pp.9-10
- 11) ハンセン病（当時のらい病）発症により、国民の強い偏見により家族との絆を失った者は数多い。しかしそれだけではなく、親子関係や家族の絆がハンセン病によって断たれたという事実は、当時の入所者が墮胎や断産を強制されたことにもよる。たとえば、加賀田一『いつの日にか帰らん』（文芸社2010）pp.7-16
- 12) 長島愛生園入園者自治会『隔絶の里程 長島愛生園入園者五十年史』（日本文教出版1982）p.168
- 13) たとえば長島内にあるもうひとつの療養所の邑久光明園の記録とされているが、1945年から1954年の間の記録では1955（昭和30）年2月1日現在で、入所前に結婚していた87人の女性のうち46人が入所後に療養所内で結婚したとされている。これらの女性のうち療養所外に婚姻関係のある夫が存在する者、つまり戸籍上の婚姻関係が継続したままであったという女性の半数が事実婚になったとされている。これら女性入所者にとってみれば勝手に結婚話が進んだ様子であったが、療養所内に女性入所者が少なかったことも原因になった模様である。森幹郎『証言・ハンセン病』（現代書館2001）p.108
- 14) 林芳信「らいは治っている」桜沢房義・三輪照峰編『柁の垣はいらない—救らいに生涯をささげた医師の足跡—』所収（世界ハンセン病友の会1995）pp.133-134. なお、林芳信の「らいは治っている」はもと『多磨 昭和36年11月号』に掲載されたものである。
- 15) 療養生活研究委員長島支部「現在の入所者の実態と将来の療養所のあり方について」新谷長次・双見美智子編『愛生8月号（通巻三二六号）』（長島愛生園1966）pp.3-44
- 16) 前掲15) 療養生活研究委員長島支部 pp.9-19
- 17) 前掲15) 療養生活研究委員長島支部p.4
- 18) プロミン投与開始後に「治ライ薬」が効かない者も増えているとの指摘があったが、後に開発が続き、1980年代以降は多剤併用経口療法（MDT）が推奨されている。
- 19) 前掲15) 療養生活研究委員長島支部p.5
- 20) 歯の疾患数も目立ったが、これらは明らかに療養所内の歯科医師数不足によるものであり、ハンセン病独自の問題というよりも当時の療養所の問題であり、全体として医療関係従事者が非常に不足していた。

- 21) わが国の場合には、菌が陰性となった者でも継続治療が必要なⅠ型が多いと記されている。
 なお、1948年の第5回「国際らい学会」では、その型を3つの型に分け癰腫癰、類結核癰、中間型癰とされていた。1950年代になるとわが国では、それらを結節癰（多菌型で病変は全身の皮膚に及ぶ。現在はⅠ型と呼んでいる。）、神経癰（少菌型で病変は局所に止まる。同Ⅰ型）、斑紋癰（感染初期の状態。先の2つの型にも後の境界型癰にも該当しない。同Ⅰ型）と分類していた。後に、臨床的に境界型癰（多彩な症状。同Ⅱ型）と癰反応（特殊な病型。同Ⅲ型）が加わった。前掲13）森、p.54
- 22) 前掲15）療養生活研究委員会長島支部pp.8-9
- 23) 前掲15）療養生活研究委員会長島支部p.10
- 24) 前掲15）療養生活研究委員会長島支部p.10
- 25) 前掲15）療養生活研究委員会長島支部pp.13-14
- 26) 渡辺益男「家族の変動と社会保障（家族構造の変化と社会保障）」『講座家族7．家族問題と社会保障』所収（弘文堂1974）p.306
- 27) 前掲26）渡辺p.307の厚生省統計調査部「昭和38年高齢者実態調査報告」「昭和43年高齢者実態調査報告」による。
- 28) 前掲26）渡辺p.308の厚生省「昭和32年社会保障基礎調査報告」厚生省統計調査部「昭和38年高齢者実態調査報告」「昭和43年高齢者実態調査報告」による。
- 29) 前掲26）渡辺p.309 毎日新聞社人口問題調査会編『日本の人口革命』（毎日新聞社1970）による。
- 30) たとえば、金永子「全患協ニュース（第1号～第700号）に掲載された在日朝鮮人ハンセン病患者等に対する記事」『四国学院大学論集第100号1999』などが詳しい。
- 31) 当時、病者から生まれた子どもたちは、将来は発症するというおそれがあるという偏見や差別により、未感染児童、未感染児、未感児童などと呼ばれ、入所者にとまわられてハンセン病療養所に入所し、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いう経緯がある。『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』（解放出版社2003）p.78
- 32) 軍人恩給は昭和28年8月1日に復活されたもので、療養所内の傷痍軍人にも適用された。
- 33) 全国ハンセン氏病患者協議会編『全患協運動史—ハンセン氏病患者のたたかひの記録—』（一光社1977）p.114。なお、これらの記録によると、国民年金に対する全患協の取り組みは、当初は必ずしも積極的ではなかったとされている。ただし、全盲連（全国ハンセン氏病盲人連絡会）では、早くから国民年金への関心が高く、独自の運動を進めてきたとされている（p.115）。
- 34) 保険料「法定免除」条項については本稿でも述べてきたが、前掲33）全国ハンセン氏病患者協議会編によると、昭和34年3月の国会で坂田国務大臣、小山（進）政府委員が「ハンセン氏病も障害年金に該当する」ことを明らかにしたことを受けて、同年8月には、全患協第4回支部長会議（長島愛生園）では、国民年金について、「身体障害者福祉年金」について次のように方針を決定したとされている。「（イ）症状の認定については一定の枠を設けず、法の精神にもとづき、総合認定を含めて幅広く適用させるように進める。（ロ）年金の支給に当っては、他の諸給与金の調整が行われないよう細心の注意を払って運動を進める。（ハ）外国人療養者（一級症状該当者、高齢者）に対する援護措置については、本省で年金に準じた支給金の予算措置を講ずるよう要求する。」（pp.114-115）
- 35) 心光那夫「福祉年金事務の窓口から」森久男・中本一夫編集『愛生4月号（通巻二七一号）』（長島愛生園1961）p.26
- 36) 隣接領域となるが、生活保護制度では扶養の優先や世帯単位原則があっても「実質的に夫婦関係が破綻」していれば、自宅にいる夫と愛人、脊椎カリエスなどのために国立療養所に入所している妻についてその妻を別世帯のものと認めた例もある。たとえば、いわゆる「第一次藤木訴訟」（東京地判昭和47年12月25日行集23巻12号946頁）など参照。

しかし、ハンセン病療養所の場合と福祉年金等の問題を論じる場合には、偏見や強制入所により家族との絆が失われるなどしているとはいえ、すべてにおいて療養所外で生活している配偶者と実質的に夫婦関係が破綻しているとまでは言い切れず、療養所外に配偶者が存在するものについて療養所内で内縁関係があるといってもそれを即時に認めることはできなかった。なお、生活保護は原則として事実婚を扶養義務者として認めないが、社会保険（本稿では公的年金）は内縁関係という事実婚も戸籍上の配偶者が存在しない場合などは認める。長年の隔離政策という部分的な社会でのなかでのこととはいえ、生活保護以下の生活を強いられた者にとってみれば、新たな所得保障制度発足時にも一般社会と比較できないやむをえない環境のなかで大きな矛盾を感じたことになる。

- 37) 療養所外に配偶者がいる者の療養所内での婚姻について、福祉年金については夫婦関係を認めない形をとったようである。反面、個々には問題が生じる。療養所内で内縁関係にある者の片方が元々公的年金受給権をもっており、実際にはその現金を療養所外にいる配偶者等の家族が受け取っている場合には、その者について福祉年金受給資格がないことはやむを得ないとしても、療養所内で内縁関係である配偶者に支給停止（事実婚の配偶者が公的年金受給者のため）が及ぶという事態は避けなくてはならないなど、あまりにも特殊な事情に福祉年金担当者の苦悩は計り知れなかった。長島愛生園が、病院ではなく「生涯隔離」を前提とした療養所である所以である。前掲35) 心光pp.26-27
- 38) 前掲35) 心光 p.27
- 39) 豊田一夫「国民年金法に思う」森久男・中本一夫編集『愛生新年号（通巻二六八号）』（長島愛生園1960）pp.28-33
- 40) この当時は長島愛生園では月額500円であり、当時の生活保護基準の生活扶助より若干低かった。なお、朝日訴訟（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）とハンセン病問題について、時代背景と訴訟支援の一部を論じたものもあるが（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・教育学部・経営学部 第53号2012年3月』pp.162-163）、国民皆年金達成当時、療養所内での「慰安金」等は実は生活保護以下のものであった。そのため医療費や医療スタッフの充実はもちろん、年金適用範囲の拡大は切実な問題でもあった。なお、朝日訴訟最高裁判決後、全患協は、ハンセン病と結核について、老齢年金、障害年金、生活保護給付など所得保障のあり方について様々な角度から比較検討を行っている。前掲33) 全国ハンセン氏病患者協議会編p.118
- 41) 前掲39) 豊田p.30
- 42) 前掲39) 豊田p.32
- 43) 豊田一夫「年金拡大運動の今後の問題」森久男・中本一夫編集『愛生2月号（通巻二八一号）』所収（長島愛生園1962）pp.36-40
- 44) 昭和36年12月8日の懇談模様。前掲43) 豊田pp.36-37
- 45) 前掲39) 豊田pp.36-37
- 46) 当時の身体障害者手帳の、5級あるいは6級程度のものと示されている。
- 47) 長門保明「改正年金法について」新谷長次・双見美智子編『愛生9月号（通巻三二八号）』（長島愛生園1966）pp.3-4. これは1966（昭和41）年8月22日の長門保明の講演を録音により筆記したものである。
- 48) 前掲47) 長門pp.7-10
- 49) 前掲47) 長門pp.11-12
- 50) 1951（昭和26）年2月発会、略称は全癩患協、1952（昭和27）年より略称を全患協と改めた。さらに、1996（平成8）年に全国ハンセン病療養所入所者協議会（全療協）と改称した。
- 51) 国立ハンセン病資料館『たたかいつづけたから、今がある—全療協60年のあゆみ—』（2011）pp.8-9
- 52) 長島愛生園愛生編集部書庫内資料、昭和41年11月21日、国立療養所長島愛生園患者自治会代表 加賀

田一による、施設長、認定医各位に対する要請書による。

- 53) 森田竹次『『若い者は障害をもうひとつ』『老人は淋しく死ぬ』—国民年金法を批判する—』新谷長次・双見美智子編集『愛生2・3月号（通巻三三一号）』（長島愛生園1967）pp.28-31
- 54) アメリカ統治下の琉球政府の下での社会復帰例について、障害年金受給者が、職業訓練は行われたが知覚障害等が原因で結局は療養所に戻ってきた紹介例もある。そこでは「沖縄という土地で、僅かな障害年金」その他、各問題の提起が行われているが（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.366-368）、本稿執筆段階では、その具体的時期や障害年金額を確認できなかった。なお、たとえば栗生楽生園における1966（昭和41）年の第12回支部長会議では「沖縄（県民）にも、障害、老齢年金が受けられるよう法改正させる」ことが目標の一部にあげられている。本稿の本論からはそれるが、本土での福祉年金の支給開始時期に、民政府公衆衛生局のマーシャルは外来治療を強調したとされている（1959〈昭和34〉年）。このことは、管理に経費をかけない安上がり策と当地では批判された。ちなみに日本復帰当時の1973（昭和48）年の調査では、沖縄県では、在宅患者931人、入所者888人、新発生患者56人との記録がある。前掲33）全国ハンセン氏病患者協議会編pp.80-81

