

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 —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—

和 田 謙一郎

要 旨

治る時代（可治の時代）になったハンセン病（らい病）⁽¹⁾であったが、その後も依然として様々な問題が生じてきた。特効薬であるプロミンとはハンセン病に対して確かに有効であったが、万能ではなく（本稿では、後の多剤併用療法等により可治が確定したと仮定する）⁽²⁾、各種文献では、苦悩しつつも社会復帰を目指す（社会復帰をした）者を肯定的に捉える一方、敗戦直後からの不完全な環境下でのプロミンを評価しすぎている傾向もあるように思う。もちろん、筆者は、ハンセン病そのものの感染力の弱さと、たとえ感染してもほぼ発症しないという事実、また自然治癒の存在も肯定する。他方、プロミン治療が開始された段階ですでに後遺障害が重度であった者、あるいは後に再発した者が存在するなど、社会復帰や伝統的な生活周期パターン形成に対する阻害要因が確認されている以上、各種の社会資源確保によってそれらの阻害要因の縮小・克服が必要であったと考える。

なお、感染力などハンセン病そのものの型を考慮しない見解や、プロミン発見の時期をまたいだ光田健輔⁽³⁾の評価についても混乱する見解が多い。それらの問題と、家族制度の変貌、地域社会や産業社会の変動を整理しないままの見解も散見する。筆者は、光田の残した負の遺産は認めない。ただし、ハンセン病問題の解決が極端に遅れた原因は光田ひとりの責任とは考えてはいない。本稿では、社会復帰を肯定的に捉えつつ、同時に入所者である加賀田一が考えてきた、その当時の後遺障害のある高齢者と社会復帰を目指した軽症若年者としての当事者について、そして、当時の時代背景の変動をあわせて眺めたハンセン病施策の遅れを眺めていく。

キーワード： 治る時代、時代背景、社会復帰、再発、後遺障害・高齢化

I はじめに

思うように理解が進まないまま、ハンセン病療養所である長島愛生園等を訪問させてもらってから 12 年が過ぎた。資料を収集させてもらい、また回復者（元患者）⁽⁴⁾の方々の生活歴や現在に至るまでの思いを伺うにつれて、さらに理解ができない内容が増えてきた。

そのようななかで、筆者にとってハンセン病問題の稚拙な研究をすすめるためのベースとなる『復権の日月』⁽⁵⁾を、改めて読み返した。そこでは、1986（昭和 61）年当時の「らい予防法」のあり方（法改正）について、加賀田一と和泉眞蔵、そして、本間きよ志の機関紙上の論争にも触れられていたが⁽⁶⁾、筆者が非常に興味をもつ部分であった。本稿では、関連事項を整理し、また、時代背景の変動等を考え、当時の療養所の位置づけと青年たちの社会復帰の関

係を改めて考えてみた。

Ⅱ 昭和 30 年代からの社会復帰と時代背景の変遷

1 青年たちの社会復帰

加賀田らの論争は、1986（昭和 61）年 2 月 1 日の「全患協ニュース」から始まる。長島愛生園入所者である加賀田は、「らい予防法問題は慎重に」という内容で論じ始めた。

前提として、本稿は加賀田よりの立場をとる。したがって、後の、和泉、本間とはアプローチが異なる。また、留意点は、論争のあった 1986（昭和 61）年とは、1961（昭和 36）年に「国民皆年金」を迎えてから 25 年が経過し「基礎年金」制度が導入され、国民皆年金をさらに強化した所得保障を目指した時期であるということである。

ちなみに加賀田とは、1961（昭和 36）年に国民皆年金を迎える時期から後にかけて、非常に長期の経過措置としてのその無拠出福祉年金について、ハンセン病後遺障害として「知覚障害」を障害福祉年金の対象にすることを要請する活動をしてきた人物のひとりである⁽⁷⁾。また、1963（昭和 38）年、全患協（1951<昭和 26>年 2 月発会、全国国立療養所患者協議会、略称を全癩患協から翌年に全患協にした。現在の全療協。本稿では、原則として「全患協」で統一する）がらい予防法「改正要請書」を厚生大臣に提出した際に、その作成委員会の中心にもいた人物でもある⁽⁸⁾。

わが国の社会保障制度について、「国民皆保険・皆年金」により日本版の「ゆりかごから墓場まで」を一応は達成した昭和 30 年代後半以降、また、同様に福祉六法（狭義）が成り立った昭和 30 年代後半という時代の加賀田の積極的な活動には注目するものが多かった。一方、いわゆる「福祉元年」もおわり高齢化が急速に進むなかでの国民年金法の改正を進めた時期の昭和 60 年代前半とは、少なくとも感染症等に関わる公衆衛生上の国民生活環境が極端に向上し、また、ハンセン病治療薬である多剤療法確立後、わが国のハンセン病の新規発症者は非常に少なくなっていた。施策の遅れも影響はしているが、何よりも後遺障害や高齢化により長期療養が継続し、ハンセン病療養所入所者の平均年齢も大幅に上昇している時期となっていた加賀田の考え方には、大きな変化があっても当然であった。つまり、療養所そのものの位置付けと、変動が大きい一般社会とでは、環境が大きく異なっていたのである。その時代、その時代と、そこでの当事者の将来像を熟考した加賀田の論考は実に興味深いものがあった。

ちなみに、ハンセン病療養所からの社会復帰者⁽⁹⁾は、治る時代（可治の時代、以下、「治る時代」で統一する）になりある程度は確認できていた。しかし評価の違いもあるだろうが、想像以上にその数は増加していない⁽¹⁰⁾。

さらに、ある特徴に気がつく。自身の過去をカムアウトせずに社会復帰後の生活を続けている者が多数いることも前提となるが、2012（平成 24）年発行の『青年たちの「社会復帰」1950-1970』⁽¹¹⁾によると、そこでの生活歴の「語り部」であり社会復帰・軽快退所⁽¹²⁾を果たした（目指した）11 名（うち 10 名が社会復帰者）の再入所（このうち 1 名のみは再度、退

所しての生活を続けている)には、一般社会においては、再発⁽¹³⁾や知覚障害等の特有の障害が、本人からみても周囲からみても、自己実現を相当に妨げた様子が伺える。社会復帰を目指す(それを続ける)ことへの阻害要因や再入所となる要因には、啓発の足りなさや行政・立法の不作为のみならず、ハンセン病の再発や後遺障害の社会の受け入れにくさなどがあったのである。

なお、10名の社会復帰は昭和36年以降の退所であり、わが国の高度経済成長期を中心とした青年としての社会復帰についての経験や思いの紹介となっている。そこでは、筆者が確認できる限りでは3名が再発のための再入所となっている。再発という表現は用いなくても、後遺症治療、体調不良等の表現もある。

結局、当時からの社会復帰に対する何らかの阻害要因を確認する必要がある。もちろん回復者に対する偏見・差別が多数存在してきた一方で、専門的医療の確保や周囲の知覚障害等の後遺障害に対する理解のなさなど、その要因として推測しやすいものが多い。

ちなみに、うち2名は沖縄での生活歴であり、沖縄の本土復帰の時期をまたいでいることにも留意を要する。沖縄の場合、復帰前の1958(昭和33)年、民政府公衆衛生福祉部長アービン・H・マーシャルらは「外来治療」を強調したとされている。このことはハンセン病に対する解放医療として前向きと評価される反面、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。一方、1961(昭和36)年に琉球政府が公布した「ハンセン氏病予防法」(立法第百十九号)は、「軽快退所」や「在宅治療」を認めるとしつつも、反面「強制隔離」や入所者への「外出禁止」「戒告・謹慎処分」をも認めているなど別の角度からの批判があった⁽¹⁴⁾。

以上の「語り部」はごく一部の者であり、たとえば、長島愛生園に存在した「邑久高等学校分校・新良田校舎」卒業者であり、社会復帰をして職に就き、その後、カムアウトをしていない者も多数存在する⁽¹⁵⁾。

ところで、当事者にも冷静な見解を示した者がいた。昭和30年代前半では、「現在の所、退所は自力で出る他なく(中略)プロミンによつて誰でも病気が治ると言えない現状であり、且、入所者全体の意識の程度を考えると私たちが今、過度に政治的能動的に動くことは適当ではなく、将来のことを考えながら地道にやるのが正しい(傍点筆者)」⁽¹⁶⁾などの見解があった。

昭和30年代の療養所とは、社会復帰者が増える反面、複雑な場所でもあった。社会保障制度の大枠から排除された結果も影響していると思われるが、たとえば昭和30年代後半になってからの長島愛生園(岡山県)の調査(1963<昭和39>年11月)として、長島愛生園内での「療養生活研究委員長島支部」による大規模な調査⁽¹⁷⁾がそれを反映していた。概要は、調査用紙配布枚数1472枚、回収枚数1056枚、回収率71.73%、白紙83枚、統計上の調査人員973人、ハンセン病の症状については(一部、複数回答した者がいた様子である)、「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た。「だんだん悪くなっている」との回答だけでも321人いた。

これらの調査者は「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つた」と述べている⁽¹⁸⁾。療養所の生活以外に考えることができる場所がないと考え、適切

な治療を受けていなかった者もいた可能性もある⁽¹⁹⁾。

なお、カムアウトをしなかった者の追跡調査は難しいものもあろうが、それ以前の問題として軽度後遺障害である若年層回復者の社会復帰に向けての環境が、当時は思うように整っていなかった。

2 時代背景の若干の整理

若干、その時代の周辺事項を整理しておく。

「医療・看護体制」としては、各療養所の整備面についての変遷を確認をしなくてはならない。療養所という施設、特に人材面では、軽症者による看護から看護婦（現・看護師等）による看護への切り替えが行われたが、なおかつ医師不足への対応があった時代であった⁽²⁰⁾。

なお、国民皆保険を迎える直前の昭和 30 年代前半は、国民健康保険の拡大と被用者保険の拡充により国民の 9 割近くが医療保険に加入し皆保険への障壁も低くなっていた⁽²¹⁾。

ところが、「給付面」では国民皆保険期以降であっても、その「皆」から入所者は制度的・社会的に排除され、不可思議な医療保障の対象となった。社会復帰した回復者は、この「皆」に加入者として対象（ただし、ハンセン病の治療そのものが保険給付となったのは 1996<平成 8>年）になり、回復者の間でも、療養所内と外とでは適用が異なることになった。

療養所内での「プロミン治療」にも、前述したが、思った以上の効果が生じていないという意外な結果が生じていた⁽²²⁾。なお、その時期は、療養所外においては一部の外来治療者⁽²³⁾の存在を除いては、他の疾患治療であっても、ハンセン病という既往症や特有の後遺障害を隠し続ける者も多かったようである。ちなみに、1996（平成 8）年の「らい予防法の廃止に関する法律」（法律第二十八号）の施行に伴い、療養所外の在宅患者に対しての保険診療がようやく認められた。

時間は前後するが、「多剤併用療法」確立後は、医療体制の問題等は、もはや療養所入所者等に対する後遺障害や高齢の問題に変遷していった。

所得保障等の「生活保障」では、最低限度の生活保障という面からは、療養所は、旧・生活保護法の下では生活保護施設となっていた。しかし、新・生活保護法の下では生活保護施設ではなくなり、新・生活保護法との関係においての療養所の存在は、他法他施策による施設となり優先される施設となっていった。

1907（明治 40）年に「癩瘰防ニ關スル件」（法律第十一號）、それを補完した 1931（昭和 6）年に改正の形で定められた「癩瘰防法」（法律第五十八號）が有効とされ、また、1953（昭和 28）年に「らい予防法」（法律第二百十四号）（翌年、改正らい予防法<法律第七十七号>）が定められた。「癩瘰防法」、後の「らい予防法」とともに、大まかには、各福祉法や新・生活保護法にとっては、いわば「特別法」の位置づけとなり優先された。改正らい予防法の「福祉」項目とはほぼ救護の内容の規定であり、親族の援助について第 21 号で「入所患者をして案じて療養に専念させるため（中略）当該患者が入所しなかつたならば」と前置して、但書き以下では「これらの者が他の法律（生活保護法（第二十五年法律第四百四十四号）を除く。）に定める扶助を受けることができる場合においては、その受けることができる扶助の限度においては、

その法律の定めるところによる」と消極的な規定を定めていた。

「公的年金」については、昭和 30 年代にはその適用拡大について、給付面でも加入面でも運動が展開された⁽²⁴⁾。

療養所で生活を送る回復者は、らい予防法下では生活保護法（給付面）や公的年金（加入面と給付面）からは相当に制度的に排除され続けたが、各運動の結果、少しずつ生活を向上させていった。

反面、社会復帰を志す回復者（主に若年層）にとっては、長期には所得保障などについては「ゆりかごから墓場まで」の生活保障制度の加入から排除された時期のある長い者の社会復帰となり、また、医療面など短期の保障にも療養所外には専門医も少なく⁽²⁵⁾、就労についても、高度経済成長期に後遺障害をカムアウトせずに過酷な状態で就労した様子が伺える。

まず、当時の加賀田らは、この時期に日本版「ゆりかごから墓場まで」の社会保障制度に、療養所内外を問わず回復者らを含めようと試みたといえる。

3 社会復帰に対する阻害要因とは結局は何であったのか

長島愛生園入所者である阿部はじめによると、「社会復帰」と「労務外出」を併行して回想を行っている。

「昭和三〇年代の療養所には何か活気に満ちた雰囲気があった。特効薬プロミンの効果で病状が安定したという安堵感（中略）三一年には社会復帰のための更生補導として孔版とパーマの講習、そのあとラジオ組立、タイプライター、珠算、簿記、アンマ、通信技術、オート三輪の講習と続いて元気のある者はどれかの講習に参加した（中略）更生補導の講習を受けた者で社会復帰を果たした者はいなかった。しかし、元気があって出たい者は出て行った（中略）出て行った者たちは四三年ごろまでに一五〇名と記録されている。園の統計表では『社会復帰』とされているが私は『隔離』からの脱出だと思っている。みんな『虹』を掴もうと外に出て行ったがその多くの者が肉体を酷使し病状を悪化させて舞い戻ってきた（傍点筆者）」⁽²⁶⁾

「昭和三三年十月、施設は軽快退所基準に基づく退所希望者を募ったところ三三六名（入所者一七三八名）あった。社会復帰がもっとも多かったのは昭和三五年から四三年までで一五〇名が復帰したと記録されている（中略）（取材に対して）労務外出者は二名が自分の感想を述べた。労務外出者は『健常者と一緒に仕事できるなんて夢にも思わなかったことだ。差別も偏見もなかった。少し勇気が出たように思う。ゆくゆくは社会復帰をしたい』と希望を述べたが、実現できなかった（中略）労務外出は『社会復帰の一つのステップ』にはなり得なかった（傍点及びカッコ内筆者）」⁽²⁷⁾

敗戦後という混乱期を過ぎ、わが国が独り歩きをはじめ経済が復興・高度成長している時期に、当時としてのわが国の社会保障制度も一応は整備されつつあった。また敗戦後は、ハンセン病に対してのプロミン治療の有効性も、ある程度確認され治癒も可能になっていた。

しかし阿部は、社会復帰を「隔離からの脱出」と述べ、(療養所内からの労務外出の形をとらない)社会復帰により昭和 30 年代を過酷に働きすぎた者は「病状を悪化(軽快していた者の再発)」させてしまい⁽²⁸⁾、施設内からの労務外出とは意外にも、「社会復帰のひとつのステップにはなり得なかった(それぞれカッコ内筆者)」と述べている。

この時期の回復者の社会復帰に対する阻害要因とは、戦後の家族制度の変遷(それらが影響する上での家族を受け皿とした消極的な社会復帰策)、ハンセン病に対する偏見と差別のみではない。戦中・戦後のかなりの若年層時代の発症とみられ早期発見により、戦後のプロミン治療により症状も軽快した者(知覚障害などの後遺障害が軽度の者)が、昭和 30 年代に社会復帰しても自身の身体を非常に酷使し再発した例もある。一方、慢性疾患であるハンセン病(及び知覚障害や発汗障害の後遺障害)のリハビリ体制も思うようには整わず、結局は、必要な環境が設定されないままの復帰も無理があったようである。

他方、法改正の時期、社会復帰の「壁」についても、ハンセン病の長期治療の必要性から昭和 20 年代後半に検討されていた。たとえば、後には沖縄でハンセン病(らい病)の外来医療を実施した犀川一夫は、ハンセン病の治療中断等による再発を懸念していた。犀川は 1953(昭和 28)年に「らいの再発問題」とのタイトルで、以下のように論じている。

「癩の治療には、治療を受ける側にも、又施す側にも非常な忍耐と闘病の精神が必要になつて来るのである。此の長年月を要する所の癩の治療に就いては、当然薬剤の耐性という事を考えないでは置かれない(中略)(アメリカの論文の検討後に)此の論文は癩の化学療法に就いて、やゝもすると薬剤を過信し易い傾向と、治療を早期に中断しない事を警告した注目すべき(中略)(耐性のための再発は否定しつつ)スルフォン剤は、あくまでも癩菌の發育阻止的な作用を持つ薬に過ぎ無いと考えられるものであるから、生体の治癒力に依らずんば癩の治癒に到らす事は六ヶ敷しい。故に當り前の事であるが、日常の療養生活如何が大きな影響を、もたらすのであつて、更に肉体的な療養にも優つて、精神的な安靜が又必要になつて来るのである(カッコ内筆者)」⁽²⁹⁾

当時の犀川は、治療の長期化と社会生活上の療養環境について、かなり慎重な姿勢をとっていた様子である。

入所者からは、たとえば 1958(昭和 33)年の菊池恵楓園(熊本県)の社会復帰に対する施設側の姿勢について、その特徴が否定的に示される見解があった。

入所者である早野孝義は「むずかしい退園」とのタイトルで論じているが、これはハンセン病の治癒が難しいものという内容ではなく、療養所長に対する否定的見解として興味深く論じている。早野は園長の宮崎松記について「にせの愛情」と皮肉って、以下のように論じた。

『(園長の宮崎の発言として)軽快退園を希望する患者の家族的事情、あるいは心的事情に

についてもよく理解できるが、患者の病気は治つていても後遺症があれば、社会の現状はこころよく受け入れないし、したがって生活もむずかしくなる。それだけでなく親族のものまでに迷惑をかける。退園してそんなに苦勞するよりも、むしろ、なんの気苦勞もいらぬ安定した療養所で余生をおくつた方が、どれだけ本人のためだかわからない（中略）やはり患者の眞の幸福を考え与えてやるためには、ここにとどめておくべきで、それが患者への眞の愛情であろう。』（宮崎松記）（中略）（宮崎）博士のいうところの道徳的なものは、あくまでも個々人の特殊性だけに当てはまるものであつて、それ以外のものであつてはならないとわたしは思つているし、ましてや医科学のなかにまで主観的感情がいきこむなど滑稽なように思われる（中略）患者の幸、不幸ということそれ自体とは全然別に他の目的を果すためのものの明らかな詭弁であるようにわたしには思われてしかたがない（中略）ハ氏病患者家族の者への予断、つまり既に感染しているから、いつかは発病するということからかかる処置をとつたのではないかということ（中略）患者を入所させることには血道をあげ、努力しながら、病気を治療し退所させることにはかくも冷淡であろうか（カッコ内筆者）」⁽³⁰⁾

宮崎は、先の犀川とは異なる視点から、光田同様に療養所の家長主義を一部で示しつつ、社会復帰後の生活の大変さを主張している。他方、入所者である早野は、幸・不幸は自分達の価値感とし、また、回復者の家族は感染者という事を前提にいずれ発症するというふるい考え方を宮崎が持っていることに反感を持っていた様子である。

Ⅲ ハンセン病回復者の後遺障害と高齢化、社会復帰と家族

1 ハンセン病回復者の「後遺障害と高齢化」について

さて、ここより加賀田、和泉、本間の論争の検討に戻る。なお『復権の日月』とは、筆者は若干捉え方が異なる。

加賀田とは著名な語り部のひとりでもあったが、長年、入所者である自身の経験と若年層から高齢者の生活の変遷を眺めてきた人物であった。その加賀田は、「らい予防法」にその解釈と具体的運用について「補償的要素」を見出そうとする。

「我が国のらい予防法（以下予防法と略す）は伝染経路の解明もなく、治療薬も発見できない恐ろしい不治の病であると、患者の人権は無視し警察力を駆使して、強制隔離撲滅を目的として定められたものである（中略）（全患協の活動などを述べ）予防法の条文の改正はされなかったが、近年発生する原因不明の難病・公害病・原爆被爆者などの援護にはみられない、突出した厚い保護を受けている。これは全患協のたゆまぬ要求運動の積み重ねと、厚生省の予防法により福祉優先の行政努力と相まって実質的には保護法的行政が実現している。これは誤った強制隔離政策により受けた損失の補償を意味している（中略）矛盾と錯誤に満ちた現行予防法は理論的に改正されることになる。しかし療養者には隔離の代償ともいえる、入所者の財産の有無・収入認定の不問、偏見から患者とその家族を護ってき

た秘密保持条項（第二十六号）などは、予防法が検討に入れば筋の通らないことであり（中略） 予防法が書き改められても偏見が払拭され、医療や生活保障が守られる保障はどこにもない。新たに保護法を立法することも、難病患者、全障連の運動をみても容易なことではない（傍点及びカッコ内筆者）」⁽³¹⁾

加賀田の論評に対して医師である和泉は、加賀田が入所者であり医療専門家としての知識がないことはやむを得ないとしつつも、感染と発症、罹患しやすい者（感受性保持者と表現するらしい）について触れ、過去でのハンセン病に対する誤った知識がこの問題として悲惨な事態を招いたことを強調した。さらに加賀田の現状認識について、「難病・公害病、被爆者」などの援護との比較について、以下のように指摘した。

「第一に、他の疾患の患者は、自分が希望し、最も信頼できる医療機関で治療が受けられています。らいの患者の場合は、そうした自由が非常に制限されています。そして、療養所という、かなり遅れた医療的機関が中心的な役割を果たしており（中略）（大学病院並の治療を受けさせることについて）らい医療はらい療養所でやるという原則が生きている（その弊害を述べる）（中略） とても『突出した厚い保護』どころではありません。過去のひどいらい療養所に比べれば現在のらい療養所は天国に近いかもしれません。しかし、日本の医療レベルはそれ以上に向上しているのです（中略） 予防法問題というのは、単なる法文の字句をかえることではありません。それは正に、過去の日本のらい対策の誤りを明らかにし、これからの正しい対策の基本を立てる問題です（中略） 勿論、らいに対する偏見や差別は予防法だけでなく程単純なものではないでしょうが、偏見や差別を無くするためには極めて重要な一歩になることは間違いありません、また全患協やらい関係者も、予防法問題が、偏見や差別の廃止につながるような方法で運動しなければなりません。加賀田氏の主張は、よって立つらい医学の知識が、かつて患者さんたちを悲惨な状態に追いやった絶対的隔離論者と同じ誤りを犯している点にひとつの特徴があり、また、現在の日本のらい行政の現状に対する信じ難いほどの過大評価と、らい予防法廃止の社会的意義に対する不当な過小評価を特徴としています（傍点及びカッコ内筆者）」⁽³²⁾

以上のように、和泉は加賀田の論評について過去のらい（ハンセン病）対策同様の誤りを犯し、取り返しのつかない悲劇を演じることは避けられないとした。

ちなみに、現在に至っても、原爆被爆者の問題は認定について争われており、また、筆者の過去の調査時には、高齢化した被爆者（特に原爆孤老）は、最新で環境の良い施設よりも、ふるくなった原爆特別養護ホームや原爆養護ホームでの生活を望み、被爆者であることを殊更に語ることもなく自分達の思いを共有できる場所を希望する者が多かったように伺った。何かさびしい自己決定ではあるが、そのことを周囲が殊更に評価する問題でもない論じたことがある⁽³³⁾。確かに当時の「法改正」とは重要な一歩であろうが、先の和泉の主張は、現実的なものというよりは、明らかに運動論になっている。年齢的に、わが国の高度成長期に医師になっ

た和泉にとってみれば、長年の療養所生活を送り、また見守ってきた加賀田の本意は、理解しがたかったものかもしれない。

なお本間は、和泉と同様の医学的な見解に加え、「らい予防法」の社会復帰への弊害と「全患協」の取組みについて、当時の事務局長の「要求のないところに闘いはなく、闘いのないところに組織はない」との言葉を引用し、積極的に運動論を展開した⁽³⁴⁾。

和泉の見解に対して加賀田は、ハンセン病問題の現在と過去、そして未来に対して、当事者として、現在の入所者が知覚障害等を伴ったまま高齢化し、一般医療や福祉サービスでは思うように理解を得にくい者に対する生活保障を、再度、強調することになる。そこでのハンセン病に対する医学的知見については、「ハンセン病とは微弱な伝染病」⁽³⁵⁾であるという当時の学会の定説を前提として述べたものと前置きをして、以下のように反論した。

「誰でも発病したときは、一般病院での治療を受けたいと希望している、和泉先生の京大皮膚科特研でも、一昨年まで特別病棟のなかで隔離状態で治療が行われております。過去には決定的な治療薬はなく、現在のように健康保険制度ではなく、長期にわたる治療を必要とするハンセン病は、保有する財産を全部投じてでも治らず、経済的に困窮して、自分の意思とは違った、厳しい人道的にも問題のあった、国立療養所に入所しなければ、生きてゆかれない時代背景があつて、強制的な隔離に従わざるを得なかったわけであります（中略）わが国の現在の療養所は、隔離されているといえるのでしょうか、既に沖縄で犀川先生のスキンクリニックによる治療が行われており、本土療養所でも相当数の人が通院治療を受けております。軽症で社会復帰をすべき人は社会復帰をし、在所者は平均年齢六十四歳を超える高齢者となり、また重度障害の後遺症を背負った者が、誤った強制隔離政策によって受けた損失の補償の意味で、医療機関の中を生活の場としているのが実態で（中略）『ハンセン病が他の難病より厚い保護を受けている』ということについては、生活福祉を指したものでありますが、和泉先生は医療と受け止めて（中略）私は健保によって医療選択の自由を得たとしても、保険には一定の限度があり、高度な医療が必要になったとき、経済的に精神的に耐えられるでしょうか（中略）従来のように国が誤って強制隔離をした、私達の医療老後は最後まで看とすることは、至極当然なことといえましょう（中略）政府は財政逼迫のため行政改革を推進中であり、国立病院・療養所の再編成、老人医療の切下げ福祉見直し切捨て、身障者施設の入所の全額または一部負担などが断行されつつあり（傍点筆者）」⁽³⁶⁾

この反論で、加賀田は、適正な医学に基づいた悔いのない予防法改正を望みたいと結んだ。

『復権の日月』では、加賀田については「全患協が一九六三（昭和三十八）年、厚生大臣に提出した『改正要請書』作成委員会の中心にいた人物であり、慎重論を頑固に貫くことは難しく」⁽³⁷⁾と説明されている。しかし、筆者はすべてについてはそうとは考えていない。

加賀田は長年、入所者について若年層から高齢者の生活を眺めてきた人物であり、加えて公的年金などの社会保障制度に精通しており、昭和 30 年代から 40 年代前半にかけての時代に、

伝統的に存在していた医療保障全体における「公衆衛生派（広義）」と「医療経済派」の争いも前者のモデルが健在し続け、相変わらずに個人の問題については十分な論争は行われずに⁽³⁸⁾、さらにその枠外にさえ置かれていたハンセン病患者・回復者について、平準化を試みようとして活動していたと思われる⁽³⁹⁾。しかし、相変わらず「行政・立法の不作为」が継続するなかで、昭和 61 年の段階では、知覚障害など思うように理解を得にくい後遺障害があり、かつ高齢化した入所者の生活を守ることを最優先に考えた。また、医療については定説からハンセン病政策を進めようとしていたのである。決して、昭和 61 年当時に法改正を望んでいなかったわけではない。より環境が整ったうえでの法改正を望んでいたものと思う。少子高齢化が進むなか、他方、わが国がバブル経済に翻弄され少数者のことを忘れていた時期に、ハンセン病問題について加賀田が活動していた昭和 30 年代に大きな転換を成しとげることができなかった自責をも考えたものと思う。

広義の社会保障制度の変動が大きすぎるなか、ハンセン病問題については、実は、その社会保障制度の大きな変動に追いつかず、加賀田は後遺障害のある高齢化した入所者について関係法令の解釈から「補償」という表現を導きだし、その生活を擁護していたものと筆者は考えている。

和泉は、2 年後に別稿で自己の見解を示している⁽⁴⁰⁾。

「かつてのらいのように、治療がなく、長期にわたり徐々に進行する慢性伝染病の場合には、患者の人権の完全な否定なしには隔離は不可能ですから、余計に隔離政策はとるべきではなかった（中略）損害の補償と誤った法律の廃止とは裏表一体のものであり、現在入所中の患者が受けている待遇の中に、一部損害補償が含まれているとしても、それは国が被害者に対して当然支払うべき補償であって（中略）療養所がなくなって、生活の場を失うのではないかと恐れ、（らい予防法の）改正を躊躇する人があるやに聞きます（中略）（改正法は）医療と福祉条項のみを残したものにならざるを得ない（傍点及びカッコ内筆者）」⁽⁴¹⁾

確かに、基本的人権とは普遍的なものである。しかし、現行憲法下ではなく、明治憲法下、不本意にも法律の留保内での自由しか認められなかった時代の事項について 1988（昭和 63）年に現行憲法下の考え方で論じるならば、その時の目線で旧時代を論じることになり、留保がついた事項すべてについての批判とはハンセン病問題のみのことにならない。もちろん、当時の留保を本稿は肯定するものではない。自然科学的な発想が、法的・制度的発想に及んでいる様子である。

また、先の加賀田を意識した論評も目立つ。和泉は「福祉の充実と予防法改正」との小項目のなかで、強引に広義・狭義の金銭的な「補償」に触れている。しかし、では「福祉」について、狭義に社会復帰支援が在宅生活における介助等を意味するのか、回復者のニーズに応えるものについて具体的に何が必要かについて、そこでは触れておらず、「医療と福祉条項」という表現が独り歩きしている嫌いがある。それこそ、和泉が認めるように、「金銭的補償」と「福祉

サービス」とは異なる内容のはずである。

ちなみに、各法令にある「・・・の福祉」などとは非常に抽象的な法令上の文言である⁽⁴²⁾。また前述したが、当時のらい予防法の「福祉」とは救護の要素が強いものであった。具体的な社会復帰を前提とした施策を示すものではない。和泉は、回復者である社会復帰や後遺障害のある高齢者に対して、療養所内・外における具体的なニーズと対応策、生活上の阻害要因を示す必要があったと思われる。

実は、加賀田と和泉らの論争などは、このことに限らず長年の傾向として回復者である当事者間にも、あるいは医療関係者間にも思想的な対立を生じさせていた例のひとつである。また、当事者間については重症者と軽症者の間に何らかの軋轢を生じさせてきた結果でもある。さらには、全患協の思惑とも若干のズレが生じている様子である⁽⁴³⁾。

その点、加賀田はハンセン病の過去からの特殊性を考慮しつつも、医学論争や運動論よりも、普遍的な「ゆりかごから墓場まで」の社会保障、特にわが国特有の社会保険中心のものから排除されてきたことを考慮し、極力、当事者の生活を遠ざけないように、また加賀田の実施した「里帰り事業」などより、より現実的な生活の保障を試みたのである。

2 「社会復帰」と「家族」について

「あなた方が肉親と疎遠になったことに、これも私達には何の責任もありません。他人を批判し、支援を乞う前に、家族に不満を言うのが『スジ』でしょう」⁽⁴⁴⁾

かなり厳しい内容のものである。上記の文章は「黒川温泉宿泊拒否事件」⁽⁴⁵⁾に対する入所者自治会の抗議に対して、逆の「国民の抗議」の一部分である。末利光が『ハンセン病報道は真実を伝え得たか』⁽⁴⁶⁾でも紹介したものである。本稿では全文を紹介・検討できないが、先の女性らしき者からの各指摘を、紹介者の末は、かなり肯定的に捉えている。

本稿は「黒川温泉宿泊拒否事件」についての検討は行わない。この問題についての経緯は双方の見方からの見解がある。

抗議の主の私見はともかく、末は、各報道が真実を伝えていない部分があることを強調している反面、ジャーナリスト出身の末が過去の時代背景や当時の家族の形態や状態を考慮せずに上記抗議等を肯定的に論じており、若干、違和感がある。根本的な社会復帰の阻害要因と家族の関係を、なによりも末が詳細に検討する必要があったように思う。

ちなみに、過去のハンセン病施策批判の第一人者でもある成田稔は「もっとも癩は不治といわれた時代に、重度な視力障害や四肢機能障害を持つ患者を積極的に収容するのは適切な措置だったに違いありません。もちろん伝染性のあるらい腫型患者の隔離も必要な措置にはなります（傍点筆者）」⁽⁴⁷⁾と述べている。先の和泉の見解とも異なり、いわば、「社会事業」時代の給付や、「措置」による障害や高齢に対する旧時代の福祉同様に、実は当時のハンセン病の型による隔離について、すべてを否定しているわけではなく、やむを得ない当時の状況も一部示している。

他方、光田がハンセン病（らい病）について伝染性がないものとして隔離を強制せずに退所を

認めていたにも関わらず⁽⁴⁸⁾、似た時期に厚生省は（GHQ隔離政策の下）、1950（昭和25）年5月からの5ヶ月間、患者を摘発し隔離していく方針をとっていた。その前年からは民生委員らの活動が発端となり、いわゆる「第2次無癩県運動」が生じていた⁽⁴⁹⁾。これらの状況下で、何も頼らずに患者の家族はどのように対応したら良かったのであろうか⁽⁵⁰⁾。

その後、1951（昭和26）年11月に、光田健輔（長島愛生園長）、林芳信（多磨全生園長）、宮崎松記（菊池恵楓園長）のいわゆる「三園長証言」があった。前出の犀川によると、「治る時代」を迎えつつある時代に、なぜ光田が「強制収容」「消毒の実施」などを必要と証言したのか不可思議さを述べ、ハンセン病に対する偏見について「病者を救護し、彼らに人間らしい生活をしてもらい、家族を感染から護るためには、患者の施設収容、隔離は、当時としてはやむをえないと考えておられた（傍点筆者）」と推測していた⁽⁵¹⁾。

もっとも、専門医の犀川は1953（昭和28）年にハンセン病について「再発例」の検討を行い、そこで治療の長期化について主張している人物である⁽⁵²⁾。「治る時代」という表現だけでは、少なくとも昭和20年代後半から30年代とは、社会復帰を含めて思うように解決できない問題も多いと、犀川は考えていた様子である。

このような経緯を前提とし、加えて、敗戦後、民法（特に家族法）の改正により家族制度も崩壊しはじめ、若年層の都市部への移動が進む時代に、自身の意思により療養所を必要とした者について、当時及びその後なり、その家族に必要以上の負担を課すことには、環境の設定の大幅な遅れを考えると、若干の無理があった⁽⁵³⁾。

附言するならば、ふるくから精神疾患や各種感染症、また要介護高齢者などに対する家族の対応にも少なからず類似してきた部分があり、また、旧時代のみならず、近年の介護保険導入前になっても、「社会的入院」という言葉が騒がれ、要介護高齢者や精神病患者等が、やむを得ず医療機関で生活を送っていても地域の受け皿がなく、地域で生活ができない現状が明らかにされた。同時に、家族介護等も疲弊しつつしていたのである⁽⁵⁴⁾。

ところで、ハンセン病（らい病）の在宅療養については家族との関係も含めて、らい予防法制定前後に興味深い資料がある。1953（昭和28）年の長島愛生園調査の「自宅療養患者の実態に就て」によると、以下の結果が示されていた。

（在宅患者入園不能の事由別調査票、合計1512名）⁽⁵⁵⁾

家族に対する執着強きもの	469名、31%
家族の生活困窮を危惧するもの	330名、21.8%
収容を不名誉とするもの	246名、16.3%
療養所に対して疑惑を感じるもの	103名、6.9%
癩病は傳染せずと主張するもの	52名、3.4%
社会に対して反逆心のあるもの	47名、3.1%
その他	265名、16.5%

（筆者註、「その他」の内容は、「軽症のために入院を要しないとするもの 46名」「観察中の

もの 34 名」「老齡、老衰のため 22 名」などが中心であった。)

「家族に対する執着」が、患者の子どもがまだ幼少であるとか、あるいは家族が積極的に患者である当事者を扶養していたか否かは不明であるが、回答では一番多い。また、次に多い「家族の生活困窮を危惧するもの」とは、患者本人が家計を支えているためか、あるいは、ハンセン病を発症したことが周囲に知れることにより家族が孤立し生活困窮となることを恐れたか、いずれかの事情のためであると考えられる。

以上の数字は、当時の法改正時に「治る時代」となっているとしても、非常に長い歴史を経ての環境下では、逆に、社会復帰について結果としては主に家族に負担を求める社会復帰策しか設けていない状態となっており、限界があったなかでの当事者の「思い」を示している。なお、家族など肉親と疎遠になったことについては、療養所における長期療養の結果にも少し現れている⁽⁵⁶⁾。

先の末は、ハンセン病医療に携わってきた実践者の評価は当然としても、反面、当時の関連法令等に囲まれた家族や患者の苦悩を軽視していると思われる。

Ⅳ まとめにかえて

ハンセン病回復者の問題に限ったものではないであろうが、現在に至っても高齢者や障害者、難病患者等についての安心できる在宅生活については、必要な社会資源の確保やその他の様々な環境設定は進んでいるとは到底言えない。ニーズと、施設・人的資源、在宅での生活環境の整備、さらにはそれらと給付との関係がアンバランスの状態が長く継続してきている。他方、ハンセン病とその後遺障害に対する偏見・差別も継続してきている。もちろん理想に現実を近づけていくことは非常に大切である。しかし、その時に何を克服し何が現実的であるかを混在しては、今、そこにいるニーズのある者についての根本的な問題解決にはつながらない。結局は、克服しなくてはならない阻害要因の確認が必要となる。運動論と、社会資源を適切に利用し開拓していくことが併行しての歩みこそが、当事者の生活不安を少しでも取り除いていくことになると思う。

繰り返しになるが、広義に医療保障全体の問題と捉えても、その時代、その時代によって医療施設や人材等の整備と給付面が必ずしも一致しない。急速にハンセン病に対する医療が進歩しても、給付についての普及やハンセン病に対する偏見・差別という要因を除去することができなかったという事実がある。一定の条件を備えた施設（療養・生活の場所）としては、菌陰性となっても、後遺障害者にとってみれば必要とされる療養所（正しくは生活の場所）が存在し、また、そこでの給付は、「皆保険」であるはずの医療保険の適用除外となる公費負担医療が継続していた。そこでは知覚障害など後遺障害のある高齢者としてのハンセン病回復者が存在し、大部分の者はハンセン病そのものの治療ではなく、後遺障害のある高齢者としての他の医療を含めた生活保障が必要になっているのである⁽⁵⁷⁾。いわば、現状と当事者の生活不安の存在とを比較考量し、自己決定を尊重しなくてはならなかったのである。

回復者そのものの問題と療養所外への社会復帰の問題は、時代別、地域別、家族の形態別、

その時の適用制度別、当事者の環境別等に区分して整理しなくてはならない事項が数多い。社会保障に関わる法体系が不明確なわが国において、少数者となるハンセン病回復者施策については、一般化を更に難しく排除した傾向が強かった。ハンセン病に関わる各特別法の存在⁽⁵⁸⁾により、問題解決を先送りし続けたことになる。

加賀田が、昭和 30 年代の主張と昭和 60 年代前半の主張で主旨を変更した理由のひとつとして、若干の強引さはあっても、時代背景を熟考し当時の「らい予防法」等の関係法令の解釈から「補償的要素」を導き出し、社会復帰の進まない阻害要因については、消極的であっても回復者の生活保障のための肯定的要因との間でバランスをとろうとした姿勢があった。当事者の後遺障害や年齢を考慮し、生活保障の確保を当事者の自己決定の立場から試みたのである。決して「らい予防法」そのものを肯定しているわけではない。

加賀田の主張と、治癒を前提に論じる医療関係者や法改正前提の運動論者とでは見解が異なっても当然なのである。しかし、同時に、生活歴を眺めず医療的な見地からのみ後遺障害のある高齢者となった当事者に必要以上の疲弊を課す必要もなかろう。もちろん社会復帰も非常に大切である。一方、自己決定による「穏やかな生活の確保という選択」も、それら選択肢のひとつに加賀田は含めようとしたのである。

さらには、社会復帰を目指すならば結局は「家族」に依存する形となる施策が継続されてきた結果、残念ながら、後遺障害のある高齢者となった回復者の生活の場を確保し続ける必要も高くなっていた。

加賀田は、何よりも回復者の生活の疲弊を防ぐことを優先しようとした。これは、先の 1958（昭和 33）年の宮崎（菊池恵楓園長）の考えとは主旨が全く異なり、決して社会復帰の否定ではない。加賀田は、排除されていた社会保障制度や就労の問題等とハンセン病対策の遅れを比較し、加えて家族制度の変遷と当事者の後遺障害や年齢を考慮した。そして、昭和 30 年代とはあまりにも環境が異なる昭和 60 年代に、いわば、既に「治る時代」となり時間を経て回復者が高齢化し、また、それらの者が、わが国の社会保険中心の社会保障制度から相当に排除され続けたことに起因する新たな「阻害要因」が根付いていた生活上の負担が大きかったという、先取りした論理を展開していたと思われる。いわば、国立という壁はあったが、療養所を障害者・高齢者福祉の要素の強い生活の保障の場所に変えようとしていたものとも思われる。

その先見性を示した加賀田とは、非常に興味深い存在であった。

（ハンセン病療養所及びハンセン病隔離政策の検討については多面的な検討が必要であるが、サブタイトルにもあるように、昭和 11 年から 76 年間にも及ぶ療養所生活を送った加賀田一の考えを念頭に置いた検討としたので、若干、一面的な内容になったことをご了承願いたい。）

註

- 1) 法令名や歴史的な背景等、また、原文を引用する場合には「癩」「らい（病）」と示す。一時期は「ハンセン氏病（ハ氏病）」と示された時期もある。
- 2) 多剤併用療法（ここでの多剤とは、タブソン、クロファジミン、リファンピシンを示す）とは、先

の化学療法の耐性に対して、1981 年の WHO の推奨によるものである。なお、時間は前後するが、1970 (昭和 45) 年から併用薬の工夫が始められているが、当時は基本治療を含めて「どんな薬を使っても抑制できない難治症」も存在していた様子である。全国ハンセン氏病患者協議会編『全患協運動史』(一光社 1977) p.71

- 3) 光田健輔とは、長島愛生園初代園長である。光田の評価には否定・肯定双方があるが、ハンセン病に対しては隔離を信念とした「療養所中心主義者」であったといえる。佐山修・大竹章・成田稔編『ハンセン病資料館』(高松宮記念ハンセン病資料館運営委員会 2002) p.37 など。
- 4) 「元患者」と示す文献も多いが、本稿では「回復者」で統一する。表現の違いについての事情は、末利光『ハンセン病報道は真実を伝え得たか』(J L M2004) p.230 などを参照のこと。
- 5) 全国ハンセン病療養所入所者協議会編『復権の日月』(光陽出版社 2001)
- 6) 加賀田一は、長島愛生園入所者。和泉真蔵は、京都大学医学部、国立多磨研究所病理研究室長。本間きよ志は、多磨全生園入所者である。前掲 5) 全国ハンセン病療養所入所者協議会編 pp.52-53
- 7) 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時の社会的・制度的排除」『四天王寺大学人文社会学部・教育学部・経営学部 第 54 号』(2012) pp.81-101
- 8) 「らい予防法改正要請書」の全文・詳細については、『全患協ニュース第 219 号 1963 (昭和 38) 年 9 月 15 日』に記載されている。
- 9) 近藤祐昭は、その対象時期を終戦前から積極的に検討している。近藤祐昭「ハンセン病療養所における退園と社会復帰について」『四天王寺大学大学院研究論集—第 8 号—』(2014) pp.23-37
 なお本稿は、昭和 30 年代以降を中心としており、近藤が対象としている各療養所の「軽快退所」「逃走」「死亡」などとは、対象時期や検討内容が異なる。もちろん「軽快退所」の正当性や「神経らい」の非伝染性を肯定し、またプロミンの一定の効果を肯定し、他方、プロミンの効果について若干不安定な状態の続く昭和 30 年代から、後の多剤併用経口療法 (MD T) が推奨された以降までの時期を対象としている。なお、国家賠償訴訟判決確定後に、高齢となった回復者も、若干、社会復帰を行った時期がある。
- 10) 1969 (昭和 35) 年の 242 人をピークに減少し始める。前掲 2) 全国ハンセン氏病患者協議会編 p.140
- 11) 国立ハンセン病資料館編『青年たちの「社会復帰」1950-1970』(国立ハンセン病資料館 2012)
- 12) 資料によっては「事故退所」と「自己退所」の双方の表現がある。前掲 11) のなかでは当事者は「自己退所」という表現を用いていた。筆者は、軽快退所基準を満たしていない者について退所許可が待てなかった者の退所などを「事故退所」としてきた傾向と捉え、その結果、給付金やその後の適切な医療の対象となっていないものと考えている。「一時・長期帰省」の形の場合は、療養所長(園長)の許可があるものによるので、帰省期間を守らなかった場合などを除いては「事故」の表現は使用していないものと思われる。
 この点は、西浦直子(国立ハンセン病資料館学芸員)によると、療養所が退所を認めず、手続きなく本人の意志で療養所を出てゆくことを、療養所(施設側)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、この表現の違いは、隔離する側とされる側の立場の差異と説明している。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』(2013) p.20
 なお、前掲 9) で近藤は、「軽快退所」と「事故退所」を中心に、療養所側からの立場による論考を進めている。
- 13) 西浦直子によると、似た用語で使用されている「再発」と「再燃」は厳格には異なり、再発とは治癒した後に再び同じ疾病になること、再燃は病状がいったん治まった後に症状が発現することと説

明されている。加えて、そこでは結核等の再発例についてとの比較も行われている。前掲12)西浦 p.22,p.25

特に、当時、使用された「再燃」については、一般に言う寛解状態が長期維持できていたうえのことを意味したいのか、過去に感染症を発症し治癒後は感染力がなくなっているにもかかわらず、いつかによって再発したことまでも含めるのかは、筆者には不明である。ただし、「軽快退所」という「軽快」とは、自然治癒等を除いてこの「再燃」の可能性を示すものなのであろうかと考えれば、多剤療法が確立するまでは再燃を含めてひろく「再発」という言葉が使用されていても、ハンセン病そのものの感染力の強弱はともかく、専門医療機関が乏しいなかでの退所について一部の医療関係者に慎重論があったことが理解できる。もちろん、感染症とそれ以外の疾病では「再発（再燃も含める）」の考え方にも異同があるが、まさにハンセン病が慢性感染症であり、かつ、もともと感染力は非常に弱く後遺障害が目立つ（これが症状と誤解される）慢性感染症であったがゆえに、医療関係者や当事者以外に、誤解なく非常に説明が行いにくかったものと思われる。

- 14) 前掲11) 国立ハンセン病資料館編 p.8 また「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）pp.50-51
- 15) 岡山県立邑久高等学校新良田教室閉校記念事業実行委員会編「閉校記念誌 新良田」（岡山県立邑久高等学校新良田教室閉校記念事業実行委員会編 1987）などに論じられている。
- 16) 多磨社会復帰友の会「二年の歩み」林芳信編『多磨第三九巻・第十号』（多磨出版部 1958）pp.21-22
- 17) 療養生活研究委員会長島支部「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）p.4
- 18) 前掲17) 療養生活研究委員会長島支部 p.5
- 19) 前掲7) 和田 pp.85-86 で紹介。なお、前掲2)、全国ハンセン氏病患者協議会編、p.10 でも、同様の調査結果が示されている。
- 20) 前掲5) 全国ハンセン病療養所入所者協議会編 pp.253-285
- 21) 池上直樹・John Creighton Campbell 『日本の医療』（中央公論 1996）p.107
- 22) 前掲17) 療養生活研究委員会長島支部 p.5
- 23) 沖縄が日本に復帰する前の琉球政府時代から復帰後をまたいでいるが、1970-72 年は琉球政府らしい専門官、同時期からの 1970-87 年まで国立療養所沖縄愛楽園長であった犀川一夫は、当時の沖縄でのハンセン病在宅医療の現実を詳細に論じている。犀川一夫『ハンセン病医療ひとすじ』（岩波書店 1996）pp.39-90, pp.158-161 など。
- 24) 前掲7) 和田 pp.81-101 で詳細に検討した。
- 25) なお、療養所内でも医師が不足している状態であり、また、給付面においては医療保険の対象になっていないのであれば当然ということになる。
- 26) 阿部はじめ『ハンセン病療養所入所者 語り部覚え書』（2006）pp.68-69
- 27) 前掲26) 阿部 pp.76-77
- 28) 貧困層での発症者が多かったとされるハンセン病であるが、昭和30年代の再発等について、ブルーカラーとホワイトカラーどちらの過労が原因かは、本稿執筆段階では確認できていない。ただし、建設ラッシュ、新幹線の開通、東京オリンピックの開催等を考えれば、社会復帰者の履歴を隠しつつの過酷な労働とは、ブルーカラーが多数と推測できる。
- 29) 犀川一夫「らしい再発問題」『愛生（第七巻第十号）』（長島愛生園慰安会 1953）pp.4-8
- 30) 早野孝義「むずかしい退園」『菊池野（第八巻第二号）』（菊池恵楓園患者自治会機関紙 1958）pp.2-8
- 31) 加賀田一「らしい予防法問題は慎重に」『全患協ニュース第681号 1986（昭和61）年2月1日』

- 3 2) 和泉眞蔵「らい予防法問題 加賀田氏の評論について」『全患協ニュース第 683 号 1986 (昭和 61) 年 3 月 1 日』
- 3 3) 和田謙一郎「原子爆弾被爆者と医療福祉」牧洋子・和田謙一郎編『転換期の医療福祉』所収 (せせらぎ出版 2005) pp.67-68
- 3 4) 本間きよ志「らい予防法問題 加賀田氏の誤りにについて」『全患協ニュース第 686 号 1986 (昭和 61) 年 5 月 1 日』
- 3 5) 島比呂志の論評によると、この段階で和泉は、端的には、日本のハンセン病は伝染病ではないとしている。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』所収 (社会評論社 1988) pp.202-204
- 3 6) 加賀田一「和泉先生のご指摘について」『全患協ニュース第 688 号 1986 (昭和 61) 年 6 月 15 日』
- 3 7) 前掲 5) 全国ハンセン病療養所入所者協議会編 p.53
- 3 8) 前掲 2 1) 池上・Campbell pp.36-37
- 3 9) 特に、加賀田による 1966 (昭和 41) 年 11 月 22 日の「施設長、認定医各位に対する要請書」(長島愛生園編集部書庫内資料) などを確認しても、理解できる。
- 4 0) 和泉眞蔵「今『らい予防法』の改正がもたらすもの」 前掲 3 5) 島、所収 pp.217-226
- 4 1) 前掲 4 0) 和泉 p.221 p.224
- 4 2) 百瀬孝は「社会福祉の語」「憲法における社会福祉」「法制上の福祉・社会福祉」「行政上の社会福祉」「一般の社会福祉」「公共の福祉」「福祉国家」について、各資料を下にこれらの言葉がいかなる経緯で定着してきたかを詳細に掘り下げて論じている。百瀬孝『「社会福祉」の成立—解釈の変遷と定着過程—』(ミネルヴァ書房 2002)。百瀬は、「らい予防法」(昭和二十八年法律第二百十四号)での「福祉」とは、患者の福祉を図って公共の福祉を増進するという文脈とし、患者の救護等や、入所患者が扶養しなければならないらいにかかっていない児童に対する養育・養護その他の福祉の措置を定めているとしている。なお、「らい予防法の廃止に関する法律」(平成八年法律第二十八号)では、「福祉」ではなく、あえて「福利」を使用している点も指摘している。同 p.125
- 4 3) 成田稔『日本の癩<らい>対策から何を学ぶか』(明石書店 2009) p.412 また、末によると、訴訟提起時に、原告団と、全療協(元の全患協)や療養所入所の間で考えのズレも生じていた様子である。前掲註 4) 末 pp.14-17, p.230 など。
- 4 4) 国立ハンセン資料館所蔵『差別文章綴』など。
- 4 5) 2003 (平成 15) 年 11 月に、熊本県小国町の黒川温泉が入所者 22 名の宿泊を拒否した事件。
- 4 6) 前掲 4) 末 pp.222-229
- 4 7) 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)』所収 (ふれあい福祉協会 2012) p.88
- 4 8) 双見美智子・中井榮一「二十一世紀の教育、医療、そしてハンセン病」『あうろーら (2000 年夏 20 号)』(21 世紀の関西を考える会事務局) p.146 近藤祐昭は、双見の自筆メモによると、光田から双見が退所可能とされても自分の意思で療養所に残ったことから、少なくとも戦後は、強制隔離について光田の意思でなかったと双見が考えていたと推測している。近藤祐昭「ハンセン病隔離政策とは何だったのか」『四天王寺大学大学院論集—第 7 号—』(2013) p.11 この点は、犀川一夫の推測とは若干異なる。前掲 2 3) 犀川
- 4 9) 前掲 1 4) 「ハンセン病をどう教えるか」編集委員会編 p.41-42
- 5 0) 第 2 次無癩県運動当時、児童福祉法、身体障害者福祉法、生活保護法の福祉三法は成立していたが、まずは敗戦後の対応のための法令の位置づけであった。民性委員 (以前の方面委員) は協力機関と

なり、「社会福祉事業法（現・社会福祉法）」（昭和二十六年法律第四十五号）の下では社会福祉主事が補助機関となったが、敗戦後のこのような時期に、現憲法下の「福祉」ですらハンセン病患者を地域社会から療養所へと排除していった。この環境下での家族の負担を想像するならば、その当時から、「らい予防法」が廃止されるまでの患者と家族の関係を後になって論じることが、容易なことではない。

福祉界の責任については、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.375-377 など。

5 1）前掲 2 3）犀川 pp.132-133

5 2）前掲 2 9）犀川

5 3）なお、長い歴史、癩（ハンセン病）を宗教も何かと負の象徴にしてきた。成田稔は、癩だけがなぜ三大宗教（キリスト教、仏教、イスラム教）で特別に扱われてきたかについて、やはり民衆が癩を（その起源当初から）いかに忌み嫌っていたからであろうと推測している。前掲 4 3）成田 pp.69-75 ただし一部には、癩者を神仏の化身として畏敬する風習もあって、その差別には多少の救いがあったとする者もいる。島比呂志『来者のこえー続・ハンセン病療養所からのメッセージ』（社会評論社 1988）p.194

一方、仮に光田健輔が治療・予防のための隔離収容推進が偏見・差別を助長したとしても、それ以前からの根深い身分制社会における差別が存在していた。また、発症した患者は家族のことも考え、ある者は浮浪・放浪し、患者同士により治療・療養のため温泉地などに共同体をつくり、他方、家族が患者を必死に養護する者もいれば、座敷牢のようにして隠してきた過去がある。戦後、現行憲法下で「信教の自由」が保障され多くの者が信じた宗教がハンセン病を差別した事実も存在していたなかでは、さらに患者やその家族に対して重い負担を課したことになる。

ちなみに、家族の下を離れた浮浪患者の取締まり（隠蔽的隔離）から、療養所拡張（絶対隔離）への達成過程においては、光田健輔ひとりの力では可能なものではなく、渋沢栄一（癩予防相談会、癩予防協会への設立過程・会頭就任等の事績）らが大きく関与したとの見解もある。前掲 4 3）成田 pp.52-84 ないしは前掲 1 4）「ハンセン病をどう教えるか」編集委員会編 p.26 など。

5 4）たとえば戦時中になるが 1941（昭和 16）年の厚生省による資料では、『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）で、「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いる。もちろん遺傳性疾患等に対する偏見を煽る形も目立つが、それらの者が社会から排除され、家族がさらに癩患者に偏見をもってもやむを得ない環境を厚生省が作り続けていたことが分かる。

なお、戦後、昭和 38 年の老人福祉法施行までは、要介護高齢者の問題は生活困窮問題と捉えられていた。農村部や漁村部などでは、家族全体の生活困窮を防ぐことを意識して、脳血管障害等を起こし看護・介助が必要となった高齢者などは、食事も水もとらず静かに死を待つ例も多かった。百瀬孝『日本老人福祉史』（中央法規 1997）p.42 厚生省も重い腰をあげ老人福祉法を施行し、それまでの生活保護法の下での養老施設は、老人福祉法の下での特別養護老人ホームや養護老人ホームとなった。しかし長年、仮に入所を希望しても数年待ちとなる状態が継続し、他方「入所する」ということは、結局は、相当の場合で在宅への復帰ということを前提としたものとは考えてはなかったと思われる。

5 5）長島愛生園「自宅療養患者の実態に就て」『愛生（第七卷第七號）』（長島愛生園慰安会 1953）pp.64-68

5 6）前掲 1 7）療養生活研究委員長島支部 pp.13-14

- 57) 前掲 43) 成田 p.69 には「解放という緊張を失った施設側にしても、解放（社会復帰）については全く疎かにし、『住みよい場づくり』に専念していた」と、施設環境の整備を批判的に捉えているが、この点は、前掲 23) 犀川や、前掲 31) 加賀田との大きな見解の違いである。ちなみにアプローチの方法は異なるが、筆者は、敗戦後の民法改正により家族社会が大きく変貌し、また、経済の復興・高度成長期に被用者を中心に積立方式（所得保障）や賦課方式（医療保障）によりかなり世代間扶養を念頭に置き始めた社会保障制度から入所者が相当に、制度的・社会的に排除されたことが、社会復帰の遅れの一原因となっているとも考えている。
- 58) 本文中でも触れたが、わが国の社会保障法については、社会保障法典のない各種法令の寄せ集めである。そのようななかで、「らい予防法」が公費負担方式による特別法を根拠に給付や予防給付を行うことが長年存在したことで（たとえば、佐藤進『社会保障と社会福祉の法と法政策（第5版）』（誠信書房 1998）p.157）、筆者は、制度的・社会的排除を継続させ、当事者の社会復帰政策を非常に遅らせたと考えている。

