

可治の時代に移行する前後のハンセン病と 社会保障法制に関する考察

Study on Hansen's disease and social security legislation
of before and after the healing method establishment

和田 謙一郎
Kenichirou WADA

要 旨

本稿は、敗戦後に「不治の時代」と「可治の時代（プロミン治療開始後）」をまたいだ昭和20年代のハンセン病（らい）について、やはり昭和20年代に「旧憲法」と「現行憲法」、「旧生活保護法」と「現行生活保護法」、そして「癩豫防法」と「らい予防法」をまたいだことにかさねて注目した。さらには「可治」に至る時期と敗戦後の生活保護法も含む社会保障法制の発達との間に存在するタイムラグについて、似た経緯を辿る結核法制と比較し整理・検討を試みた。

戦前・戦中と敗戦後では時代背景下における目的の違いこそあるが、そこでは独立した予防法がそれぞれ「独り歩き」し、また、積極的・消極的な目的をそれぞれに複雑に絡み合わせ変遷させていく保護施策や労働力確保施策などの思惑も散見していたのである。

キーワード：らい法制、結核法制、慢性感染症、社会保障法制、(旧・新)生活保護法

1. はじめに

現行憲法下での社会保障法制の捉え方は、社会保障を意識していなかった敗戦前の類似する法制との捉え方が異なることは当然である。とりわけ明治期の公衆衛生面における慢性感染症対策としては、結核、癩病（ハンセン病）、花柳病（性病）、トラホームなどは、当時のわが国独特の対応がなされてきたと思う。

本稿で注目する「癩豫防ニ關スル件」の制定については、村上は「公衆衛生上の論法」「急性伝染病と慢性伝染病に分離」「単独して癩予防ニ関スル法律を制定を議論する」（村上論文は「件」を「法律」と表現する）の3段階に分け整理し、「国家の体面」「伝染病の怖さ」が一貫されていたとして、癩の怖さの強調が差別意識醸成の根源の一因になったことを指摘している¹⁾。

ハンセン病（らい）²⁾については、敗戦前からは村上の指摘する論法による「癩豫防ニ關スル件」「癩豫防法」が、そして現行憲法が施行された後であっても若干は旧法の基本原理を引き継いだ昭和28年施行の「らい予防法」が存在してきた³⁾。また、時間は前後するが「結核豫防法」、敗戦後昭和26年施行の「結核予防法」⁴⁾などが個別の特別法が近年まで存在し続けてきており、これらは、治療法の発見、感染力の強弱、医療・療養施設の整備が進んだ後のもの

としては特異な法制⁵⁾の継続であったと思われる。

なお、本稿では「らい法制の独り歩き」という表現を使用する。この「独り歩き」は、時代背景により政府の思惑や他の法制により他動的にいわば無理やり「独り歩き」させられる部分がある一方で、一応の社会保障体系のなかで制度的に片隅に排除されつつも、療養所入所者の生活保障を目指した解釈により自律的に「独り歩き」しはじめる時期も存在する。ただし、この「独り歩き」が公衆衛生法制などを考慮すると、他動的な「独り歩き」が消極的な方法を取り自律的な「独り歩き」が積極的な方法をとったかという、必ずしもそうではないことも念頭に置きたい⁶⁾。

ちなみに、敗戦前からの経緯を経てのハンセン病（らい）と結核との共通点は、

- ① 「不治」から「可治」への経緯が似ており、それらの時期も重なり、昭和20年代に特效薬が使用され始めた⁷⁾。
- ② らい菌と結核菌は兄弟菌（桿菌）とされ⁸⁾ 双方ともに慢性感染症であり長期療養を必要とした。
- ③ とともに貧困病とされた。
- ④ 患者と家族は様々な角度から排除された⁹⁾。

ことなどがあげられよう。

ハンセン病と結核双方の療養所設立など経緯に相違はあるが、国立（公立については後の国立も含む）・私立の療養所・病院などは、治癒が期待できなかった時代にそれらが必要な機関として設立されたことは想像が容易である。ある時期からの「らい法制」と「結核法制」やそれらを根拠とする療養所・病院などの存在の検討も必要であるが、本稿では、双方の法制について、特徴のある「独り歩き」には時代背景に沿う何らかの根拠があったように考える。

なお、相当のハンセン病患者があわせて結核に罹患していた例もプロミン治療開始前後にさらに重要視されてきた様子がある。

たとえば犀川¹⁰⁾は、

「（結核死亡者の減少について適正なる結核対策として）昭和二十三年を境にして著明なる減少を示しているが、それと對應して死亡總数及び率に於いても顕著なる減少を示している事を見ても結核が死亡率に大に関係していることがわかる」

と、療養所内の死亡者の減少と結核の関係を述べた。そこでは、長島愛生園では昭和20年の総死亡者333人に対して結核死亡者が155人であったが、昭和25年には総死亡者が43人に対して結核死亡者は10人となっていることなどの指摘を行った¹¹⁾。

あるいは、多磨全生園医局は昭和23年から28年の結核の実態について、入所者のツベルクリン反応陽性者（82%から88.6%）、結核有病率（13.3%から16.9%）という結果を示し、それ以前においては「日本の癪園における結核の死亡率は一般社会のそれに比較して著しく高かったこと

は明白な事実」としつつも、この調査の時期の結核有病率は、商業地（21.4%）・普通住宅地区と漁村地区（11.4%）の中間程度という評価を行った¹²⁾。

この結核との関係は、敗戦後のハンセン病施策を検討する場合に、生活困窮や公衆衛生的見地のみならず結核対策そのものの観点からも検討が必要になる。

ちなみに村上は、慢性感染症であるハンセン病（らい）と比較しつつ同様に慢性感染症である結核について、旧法立法過程から「人力政策」「労働力政策」「兵力政策」などの観点から詳細な検討を行っている¹³⁾が、このことにも本稿は留意する。他方、ハンセン病と結核との関係は、医学的な見地からは『結核と癩の病理及び生理』¹⁴⁾、法的な立場からは「朝日訴訟」¹⁵⁾に関係する各文献や療養所医療関係者・入所者の調査研究・主張¹⁶⁾、社会保障的な立場からは『癩と社会福祉』¹⁷⁾などが本稿の基礎となる文献・資料になるが、適宜、その他の必要な文献・資料も参考にして整理を進めることにしたい。

2. (旧) 生活保護法時代のハンセン病（らい）療養所・私立病院

(1) 本稿との関係に絞る法制などの概略（本稿で参考とする当時の私立らい病院にも触れる）¹⁸⁾

	ハンセン病（らい）法制など	結核法制など	生活保護法制
1890（明治23）	私立神山復生病院開設（6月）。	(同左)	(旧) 生活保護法（法律第十七号） 私立神山復生病院が保護施設の認可を受け補助金交付団体となる。
1897（明治30）	伝染病豫防法（法律第三十六号）		
1904（明治37）		肺結核豫防ニ關スル件（内務省令第一號）	
1907（明治40）	癩豫防ニ關スル件（法律第十一號）	結核豫防法（法律第二十六號）	
1931（昭和6）	癩豫防法（法律第五十八號）		
1941（昭和16）	アメリカで特効薬プロミンを発見。		
1942（昭和17）		わが国で結核予防のために青少年を中心にBCG接種が始まった。	
1944（昭和19）		アメリカで特効薬ストレプトマイシンを発見。	
1946（昭和21）			
同 年			
1947（昭和22） （可治の時代）	わが国の一部でハンセン病（らい）に対しプロミン治療が開始される。		
1949（昭和24）	私立神山復生病院国庫補助金の受給でも国産プロミン入手が可能となる治療が開始される。		

1950 (昭和 25)	プロミン治療による治癒第一号が長島愛生園医師団によって発表された模様。		(新) 生活保護法 (法律第百四十四号)。そこでは、らい法制対象者は適用除外。
1951 (昭和 26)	私立神山復生病院が現行生活保護法下の補助施設から、癩予防法による国庫負担に切り替えられる。	結核予防法 (法律第二十六号)。公費によるストレプトマイシン治療が開始された。後に健康保険法の適用が開始される。	
1953 (昭和 28)	らい予防法 (法律第二百十四号)		

各文献・資料をもとに筆者作成。なお1996 (平成 8) 年 4 月 1 日施行の「らい予防法の廃止に関する法律」 (法律二十八号) により、「らい予防法」は廃止された。

(2) 医療保護施設から出発した敗戦後のハンセン病 (らい) 療養所

敗戦直後のハンセン病 (らい) 療養所・病院は、まだ特効薬の使用がない時代が数年間存在していた。この数年間は現行憲法下での期間になったにもかかわらず、相変わらず癩予防法下、強制隔離の場として療養所が存在していたことになる。

ただし成田によれば、当時のハンセン病重症患者には、一部には隔離が必要な伝染性のある「らい腫型」 (WHO の分類によると多菌型) 患者には隔離も必要な措置になった者がいるとされている¹⁹⁾。この時期を具体的に特定ができないが、私見となるが、これは感染力の強弱というよりもその当時の公衆衛生環境も大きく影響していたように思う。また、結核同様に特効薬の発見後の動向をみてもわかるように、国民の栄養状態の向上による体質改善や下水道の普及の向上なども感染力や発症にも影響していたように思う。

以上の経緯を経つつも、ハンセン病の原因のらい菌は感染力が非常に微弱と確認され、敗戦前から隔離を必要としなかったものも相当数あったことについて、後になり啓発がすすめられてきた。

一方、敗戦後に特効薬であるプロミン治療が開始され始めた当初は効果が絶大と評価されたが、その評価が高すぎたことも後に徐々に理解されてきた。このことも、ハンセン病問題を解決する時の複雑な一要因になる²⁰⁾。

ちなみにプロミン治療開始は、その試行錯誤の段階では様々な副作用が存在した。この副作用について、昭和24年にプロミン治療を受けた療養所入所者は、

「治療を始めて一週間が過ぎたとき、背中にお寒が走り、顔は一面紫色となって腫れあがり、結節が一杯出てきた。十日も過ぎると、その結節は全身に広がり、化膿して、身体中が傷だらけになってしまったのである・・・犀川先生の診察では、リンパ腺の化膿が治ればらい性、治らなければ結核、プロミンの一時的副作用とも考えられる・・・後に、症状が悪化したのは、注射するプロミンの量を誤ったことによる副作用であることがわかった」

と、プロミン治療の不安定な時期を回想している²¹⁾。

また、昭和40年代に根治につながる多剤併用療法確立後の昭和50年代でも、

「DDSは「治らい薬」の一つでスルフォン剤プロミンの錠剤で治療薬の主流であった。……一晩のうちに手と足が下垂したのだった。……私は、どうして薬の反応が起きることが予知できなかったのか、そのことが不満に思えて質問した。先生は『予知はできない。体の方に問題があってDDSは単に引き金に過ぎない』。『菌陰性だったから神経障害を起こしたのだ』と言うのだった。到底理解し難い説明であった」

と、回想している者もいる²²⁾。

回想者の主観もあろうが、仮に現在であれば薬害訴訟になりかねない事例かもしれない。それらも念頭に置きつつも「不治の時代」「可治の時代」を経て、熊本地裁は「遅くとも昭和40年以降に新法(筆者註:らい予防法)の隔離規定を改廃しなかった国会議員の立法の不作为につき、国家賠償法上の違法性を認めるのが相当」²³⁾と示しているが、ハンセン病に対しての多剤併用療法が試みられはじめた昭和40年代以降を「根治の時代」とすることを前提とし、本稿では、それ以前の「不治と可治をまたぐ時期」に的を絞りたい。

繰り返しとなるが、敗戦後に現行憲法が施行された後であっても、らい予防法が施行されるまでは癩予防法が継続されていた。その時期の昭和21年からは、権利救済手段などが定められていないなど不備があったが(旧)生活保護法が制定・施行された。少し後にハンセン病に対してプロミン治療が開始されるが、それまでは従来の大風子油治療²⁴⁾などが中心であり、一部の自然治癒を望むことができるハンセン病を除いては治癒が望みにくかった時期が戦後にも数年間継続していたことになる。

この大風子時代(昭和6年から昭和23年まで)の療養所では、「絶対的な療法」がないという理由で収容所的な運営が続いたとされていた。加えて、長島愛生園でのこの時代の療養所入所者の死因について病理解剖上の集計的観察(昭和23年度表)としては、死亡者1583名例中(なお昭和6年から昭和23年の死亡者総数は1950名とされている)、結核性疾患による死亡が789人(49.9%)とされている。つまり、本稿の目的の一部としている結核施策についても、ハンセン病療養所内では結核の伝染力を考えた予防策はとられていなかったとされている²⁵⁾。

他方、敗戦後混乱期である昭和20年代前半とは、癩予防法下では「不治の時代」が数年間残り、ハンセン病治療に関わる療養所や私立病院は、生活困窮者の対象としての(旧)生活保護法の指定を受けた施設とされていた時代でもあった。

この「不治の時代」に療養生活を継続することが前提となるならば、ハンセン病は結核同様に生活困窮にもつながることは容易に想像できる。ただし「不治の時代」の結核療養所は、結核を亡国病と恐れ一部では療養所をいわば「死に至る療養所」とも考え²⁶⁾たが、そこにハンセン病(らい)療養所との大きな違いがある。

敗戦後の時代のハンセン病問題を整理するにあたって難解な事項としては、

- ① 「不治の時代」と「可治の時代」をまたいだ。
- ② 現行憲法の下でも旧来の癲癩予防法が存在し、混乱のなかでらい予防法へと変遷した。
- ③ (旧)生活保護法の適用を受けていた療養所・病院が、現行生活保護法では指定から外され、社会保障法制下では、療養所・病院での治療・療養などが癲癩予防法・らい予防法を中心とするらい法制に一本化され、それら法体系の片隅で複雑に「独り歩き」した²⁷⁾。
- ④ 生活に困窮した家族も、癲癩予防法ではその一部について、また、らい予防法施行後では相当の者がらい法制の適用を受けたと考えられる。
- ⑤ 「不治の時代」に発症した患者が「可治の時代」を迎えた反面、すでに重症化していた者の場合には、程度の差はあっても知覚障害（知覚麻痺）などの特異な後遺症（後遺障害）が残っていた²⁸⁾。
- ⑥ 「可治の時代」の新規発症者は、適切な治療によりほぼ後遺症が残らなくなった。ただし、通院による治療ではなく、依然として大部分は入所・入院による治療が前提になっていた。
- ⑦ 確かにプロミン治療の効果はあったが、多剤併用療法確立までは完全なものではなかった²⁹⁾。

などがある。

上記②の混乱については、本稿と関係においても複雑多岐にわたる部分が多い。敗戦後の混乱に対応するための医療法制・福祉法制の整備や、朝鮮戦争の勃発などの時代背景からの詳細な検討も必要になろう。

上記④については、厚生省側は当初、「らい患者関係世帯の世帯員に対する生活保護法の適用について」との表題で、患者家族に対する生活保護法の適用については特例措置を講じることを認めていた。ただし、らい予防法第二十一条の「親族の福祉」（昭和二十九年改正で「親族の援護」になる）について生活保護法その他の福祉の措置を受ける援護を定めていたが、二十九年法改正により他の法律に定める扶助を認めても生活保護法の適用を除く形をとり、ここより親族の援護については、生活保護法よりもらい予防法が優先される形になった³⁰⁾ことに留意しなくてはならない。

ちなみに、患者団体も「家族援護の政令公布 ―十分な活用を―」との見出しで、ハンセン病患者の家族の家族援護も特に「昭和二十九年改正らい予防法」（法律第七十七号）では全額国庫負担となり一般の生活保護法から適用除外・独立した形になりつつも、それらは生活保護法に準じることを示している³¹⁾。

あるいは上記⑥については、国民皆保険を迎えつつある段階である新・国民健康保険法（昭和三十三年法律第九十二号）施行時は、その第六条第八号で「国立らい療養所の入所者その他特別の理由がある者で厚生省令に定めるもの」は国民健康保険の適用除外とした。ここでの「その他」には国立以外のらい療養所入所患者や、らい予防法の規定による援護を受けている者も適用除外として含まれていた³²⁾。これらを考えると、「昭和二十九年改正らい予防法」第二十一条の「親族の援護」の対象者も、らい予防法の規定による援護を受けている者として国

民健康保険の適用除外になったことになる。

ただし退所して被用者になった者は、らい法制に退所規定がないなかでの療養所側判断による軽快退所であれ、あるいは自己（事故）退所であれ、健康保険などの被用者保険に加入したことになろう。

ところで、昭和26年11月のいわゆる三園長証言³³⁾が注目されることになるが、これは後に強烈な批判対象となった。似た時期の昭和26年度からハンセン病（らい）療養所・病院は生活保護の指定を外され、他方、入所者も現行憲法を念頭におき、癡防法にいわば保護的性格を持たせる法改正を望む傾向があった³⁴⁾。また、プロミン治療開始後の病状の改善報告はなされても、総じて「知覚障害（知覚麻痺）」「運動麻痺」「視力に対する影響」は、その成績については、軽快と比較して不変・増進（視力は減弱）が目立つことになった。これらは、プロミン効果についてハンセン病の症状そのものと後遺症の改善についての混乱があった様子であり、加えて同時期に、後遺症に対する対策は積極的には講じられていなかったことを示している。つまり、三園長証言直後の段階では、療養所入所者も知覚障害などの特異な障害に対する予算獲得を意識した様子もあったのである³⁵⁾。

先の犀川は、三園長証言に疑問を持ちつつも、

「光田先生は、日本の患者は、結節型が多く、しかも在野患者は重症者が大部分で、患者は社会の偏見に耐えられず、結局は家庭にとどまることはむづかしく、家を離れてしまう。設備や医療人も整っている療養所に入所して治療を受けるのが、患者の幸いなのであると考えておられたように思う。」

と述べた³⁶⁾。

たとえハンセン病が慢性感染症であることが理解されても、国民共通の医療給付面としては³⁷⁾、知覚障害などの特異な障害が残るそれによる二次障害³⁸⁾の発生が同じ慢性感染症である結核との違いになり、他方、急性感染症や療養期間が比較的短い患者との医療給付面での大きな違いになっていたように思う。

また昭和30年代の皆保険・皆年金達成期とは、療養所入所者にとってみれば、その時代はすでに「可治の時代」となっており、他方、再発・再燃も目立つ時期でもあり「ジレンマの時代」³⁹⁾に突入していた。なお、相当に減少してもハンセン病の新規発症者も存在していたのである。

つまり昭和20年代から30年代では、らい法制下でも、あるいは社会保障法制の下でも、非常に複雑な環境が療養所入所者に一般的な生活との間にタイムラグを感じさせ、加えて新たな数多いタイムラグの発生が同時進行していたことになろう。それらのことが、療養所入所者や医療者以外の外部の者に、事の本質に対する理解の遅れを生じ続けてさせていたように思うのである。

一方、らい法制の対象者（患者、回復者、その家族）を一律と捉えても、対象者になる各療養

所入所者の生活歴が大きく異なることに、先のタイムラグが重なったことになる。それらすべてのことを集約する形で一本化させられたらい法制となると、生活歴が異なる当事者間では逆に異なる法制が存在していると捉えられたてきたとも考えられる。

昭和40年代以降の多剤併用療法による「根治の時代」を迎える数年前に、わが国では一応は共通の社会保障法制が整備されており、療養所入所者にとってみればそこにも新たなタイムラグが生じてしまった。その法体系下の片隅では、国家の「不作為」というらい法制の消極的な、しかし運用・解釈上は、療養所入所者という部分的な社会（共同体）に対する賠償的な要素も加わり始めた自律的な「独り歩き」が継続していたことになる。

3. 生活保護制度などから外れ「独り歩き」するハンセン病（らい）療養所・病院

（1）（旧）生活保護法と現行生活保護法、それらとハンセン病（らい）

（旧）生活保護法の時代は、結核同様に貧困病と呼ばれていたハンセン病である。また、ハンセン病の感染は乳幼児期の母子感染がひとつの原因と考えられてきたが、念頭に置かなくてはならないことは、

- ① 生活困窮に関係しての発症か⁴⁰⁾。
- ② 稼働能力のある年齢層の者がハンセン病を発症したのか⁴¹⁾。
- ③ 家族内にハンセン病患者が存在したために、様々な排除により家族が生活困窮に陥ったのか。

など、各論があると思う。

ちなみに昭和21年施行の（旧）生活保護法下では、当時のハンセン病（らい）療養所・病院は生活保護の指定を受けた施設であり、財政面からは（旧）生活保護法がひとつの根拠になっていた。それら療養所・病院は、たとえ不十分であっても当時のハンセン病医療を担う機関であると同時に、ハンセン病により患者本人を含めて家族が生活困窮に陥るか、あるいは生活困窮者がハンセン病を発症した場合に、戦前から戦後も継続されている癩豫防法に加えて、（旧）生活保護法により保護する役割を担わされた機関となっていた。そこでの癩豫防法は、家族（「患者ノ同伴者又ハ同居者」と表現されている）の感染を意識してか一時救護も取り入れ、癩豫防法第二條ノ二に「病毒伝播」の防止を定め、第三條には市町村長などに「癩患者及其ノ同伴者又ハ同居者ヲ一時救護セシムルコトヲ得」と定めていた。病毒伝播防止の結果としての生活困窮に対する救護の要素もあったことになる。

ところが現行生活保護法は、ハンセン病治療にかかわる国立療養所・私立病院ともに生活保護の指定を外した。つまり、ハンセン病患者や家族に対する施策の根拠法は、癩豫防法などらい法制で一本化されることになった。

現行生活保護法にはその第四条に「他法他施策優先原理」を定めているので、たとえハンセン病患者らが生活困窮者に陥っても、癩豫防法などによる医療と療養生活が優先される原理が働くことになった。これは、癩豫防法から代わったらい予防法も同様の考え方が引き継がれる

ことになった。

ただし癩豫防法の基本原理を引き継いだとはいえ、らい予防法は現行憲法下の立法である以上、たとえ、らい予防法立法への大きな批判が存在していても⁴²⁾、あくまでも建前としては憲法第25条を意識してのらい法制とされたことになる。そこでは、らい予防法第二十一条に「親族の福祉」（昭和二十九年改正で「親族の援護」の表現になる）を独立して定め、患者家族に対する援護も癩豫防法下のものよりも法的に偏る形で強化されたことになる。

しかし繰り返しとなるが、らい法制は社会保障法体系下では極めて異質なものである。いわば制度的にらい法制を法体系の片隅に押しやりつつも、反面、らい法制下で公権力による侵害行政と国庫負担によるいわば極端に特異な生存権の具現化である給付行政を担う法制として、社会保障体系のなかでの「適用除外」など、まずは他動的なものに変化し「独り歩き」した。そのらい法制下で、ハンセン病に対応するための療養所・病院が存在してきたのである。この点は、逆にハンセン病と似た時期に特効薬が見つかり、また昭和20年代にストレプトマイシン治療が開始された結核治療・療養との大きな違いとなった。

当時の結核の場合、たとえ療養所に入所しての治療であっても、公費負担医療が始まり、また被用者に対する医療保障という意味合いの強い医療保険制度加入者の場合には自己負担部分についての公費負担医療が適用されていった。あるいは結核患者やその家族が生活困窮者の場合には、もちろん（新）生活保護法が適用された。これらのことも、医療保険の適用除外となり全額国庫負担による療養所医療のハンセン病とは大きく異なるものになっていた。

あるいは、ストレプトマイシン治療開始前後までは外科手術後に肺の機能などを中心に身体障害を残し稼働能力の減退も残したが、ストレプトマイシン治療普及後の結核治癒者は稼働能力の減退をカバーしてかなり稼働が可能になっていった。加えて結核患者の母数や治癒後の状態や社会環境を考えたならば、敗戦前の結核について村上の指摘した軍政策を左右する富国化推進と労働力政策と兵力政策として一部に存在した「隔離→収容→死に至る療養所」の捉え方は、敗戦後の結核対策の一部としても将来の安価な労働力確保の政策も含みつつも、徐々に変化していったように思う⁴³⁾。それらは、敗戦後の公費によるストレプトマイシン治療の普及まで継続されて、ようやく変化したことになる。

他方、患者の稼働能力などに対しては、それらを取り巻く環境も含めて当時の療養所入所者である森田は、「可治の時代」になってもハンセン病療養所には「結核療養所における化学治療、外科手術、さらに試歩から、作業療法（筆者註：おそらく理学療法のことを示したかったものと思う）のように、一貫した療養体系がない」「ハンセン氏病政策が社会的偏見があるとはいえ、すでに全額国庫負担で行われていることと奇妙な対策をなしているのである。「全額国庫負担」という意味では、ハンセン氏病は結核に一步さきんでいるというべきであり、治療研究という点で、また社会の病気にたいする見解においては、比べものにならないほど、ハンセン氏病の方がおくられている」⁴⁴⁾と、ハンセン病と、結核治療、療養、社会復帰との相違を指摘しているが、当時としては、この矛盾の指摘は的確なものである。

一方、昭和28年のらい予防法施行前後とは、公的なものとして若干の生活困窮者施設、児童福祉施設、身体障害者の施設は存在しても、直接高齢者を法律名に示す高齢施設そのものはな

い。あくまでも、生活困窮を前提とした生活保護施設の養老施設（昭和38年以降の老人福祉法の下での特別養護老人ホームと養護老人ホーム）が存在した時代である。

生活困窮や長期療養の観点からは、確かにハンセン病も結核に似た事情があるが、何よりも戦後の福祉三法（児童福祉法、身体障害者福祉法、（新）生活保護法）は占領期の福祉施策の意味合いが強く⁴⁵⁾、ハンセン病に直結したものとはならなかったのである。

ハンセン病を原因とする障害についてたとえ身体障害者福祉法下の障害認定を受けたとしても、結局、療養所における生涯隔離を前提とするならば、らい法制を根拠とした生活の保障がなされている以上は一般普遍的な福祉給付には直結しない。また、社会保険制度上も、国民皆年金を迎える時の障害認定と障害福祉年金や障害年金、老齢福祉年金など経過的なものや事後的な給付などの対象とされたにすぎなかったことになる。

ハンセン病療養所により医療が保障され、その場が生活の保障を担っていたことになる以上、らい法制以外の施策からの入所者の乖離は、後に入所者など当事者団体がらい予防法の改正を求め、らい予防法に保護的要素を含めるように試み、一方、補償的要素を事実上取り込もうとしたことにもつながったように思う。

他方、「未感染児童」の処遇も特異なものであった。この未感染児童とは、ハンセン病を親に持つ子ども達の呼称とされていた。それら子どもは職員居住区と患者住居区の間接地に住居を与えられて生活をしていた様子であった⁴⁶⁾。通常、児童が在宅で生活困窮に陥った場合には、まずは世帯単位で（新）生活保護法の対象とされ、児童単独としての施策としては、本来ならば、ここでも生活保護法第四条の「他法他施策優先原理」により児童福祉法を根拠とした児童福祉施設での生活となるはずである。しかし職権により未感染児童の対象となった児童は、らい予防法第二十二条（児童の福祉）の対象となり、児童福祉法よりもさらに他法他施策であるらい予防法が優先されことになったのである。

この「未感染児童」という定義を外しても、ハンセン病患者の家族（子ども）であれば生活困窮の場合には、生活保護法などではなく昭和二十九年改正らい予防法の対象とされていた。たとえ発症が確認されていなくても将来の発症の可能性を考え先の未感染児童として施設での保育対象とされるなど、これらはすべて、らい法制の対象とされていたことになる。「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、当時は必要以上に将来の発症の可能性を考え、職権で療養所に付随する施設で養育などを可能にしていたことになる。ちなみに学童児童は、隣接あるいは敷地内の学園に通うことになったが、特に、昭和29年の「菊池恵楓園附属保育園竜田寮」の児童の小学校入学拒否事件などは、療養所入所者など当事者団体からは猛烈な批判があった⁴⁷⁾。

私見となるが、児童福祉法第一条第二項に定められている「すべて児童は、ひとしくその生活を保障され、愛護されなければならない」との普遍的な児童の生活の保障と愛護が、当時の未感染児童は、それら生活の保障と愛護が、皮肉にも、らい予防法により極端に歪な形で具現化されたことになろう。

なお前述した結核との相違について角度を変えて眺めると、後のものになるがハンセン病と結核では過去から現在に至るまでの訴訟提起の経緯も大きく異なることに気がつく。

ハンセン病の場合は、生涯隔離を前提としたらい予防法の改廃を行わなかったことや、それらに起因する差別・偏見の助長について回復者（第二次訴訟では主に家族）が国家賠償訴訟を提起してきた。

一方、結核の場合は、たとえば朝日訴訟では結核医療そのものを争うものではない。結核患者が療養所に入所している場合の「生活保護基準」について憲法上の「生存権」を根拠に争ったものである。あるいは結核治療薬の「ストレプトマイシン禍」を争うものについては、その副作用として両耳全聾になったことへの損害賠償請求事件⁴⁸⁾など医療過誤事件として訴訟が提起され争われた。

訴訟当事者が発症した感染症が、同じ慢性感染症であるハンセン病と結核であっても、双方にかかわる訴訟提起は大きく性格が異なるのである。またそれら各訴訟が広くは医事関係に含まれるものであっても、ハンセン病にかかわる訴訟とは、隔離政策の違憲性を訴えたものとして他に類を見ないものになった。

私見となるが、これには、強制的に閉鎖的な共同体に組み込まれた一部の入所者が、まず敗戦後に何らかの形で積極的に新しいらい法制を捉え始めた部分があり、一方で、らい法制そのものが他動的・自律的それぞれが入り組んで「独り歩き」してきたことも、他の訴訟との大きな違いとして示されてきたように考えている。

(2) 私立ハンセン病（らい）病院などの場合

旧時代から宗教系の私立病院が、ハンセン病（らい）に立ち向かってきたことや患者を救済してきたことは周知の事実である。

たとえば、私立らい病院としては明治初期からの「起癆病院（明治5年）」「衆済病院（明治18年）」（双方ともに明治30年代に閉鎖されたとされる）がある。宗教系私立らい病院については、神山復生病院、琵琶崎待労病院などの私立病院が存在したが⁴⁹⁾、現在、ハンセン病回復者の介助など、病院内でその生活を見守るものは神山復生病院のみである。

宗教系私立病院を評価する文献が数多く存在する一方、やはりハンセン病を論じる場合には、公立からはじまり（後に国立に統一）国立療養所が中心となっていたことに何かと話題が移りやすい。宗教系私立病院の場合には布教や慈善事業の目的もあったと思われるが、他方、癩予防法、そしてらい予防法などを中心としたらい法制とは、国立（公立）療養所に直結する法制となり、私立病院については特殊な医療機関として財政面などでは管轄下とされても、監督機関など一部直結していない事情があったことも、国立療養所中心の検討になってきた原因になっているように思う。

なお結核との関係を考えて、私見となるが、特に敗戦後の国立ハンセン病（らい）療養所の場合にはらい法制の他動的な「独り歩き」のためにそこでの結核対策も包括的に扱われ、一方、私立病院は行政機関との交渉や指導下であわせて結核指定医療機関となっていた可能性もあるように思う。この場合、私立病院はらい法制以外の公的財源を確保していたことにもなり、

らい法制の「独り歩き」の下とはいえ、国立療養所とでは財源確保にズレがある公衆衛生施策の対象となっていたことになる。

他方、労働力としての回復者を考えると、自然治癒を除いては、主に「可治の時代」からの検討になる⁵⁰⁾が、たとえば、私立ハンセン病（らい）病院である神山復生病院によるものであるが、藤楓協会や日本自転車振興会の助成もあり、また、富士米軍キャンプの支援もあったとされる大野原研修農場（昭和39年から昭和60年）⁵¹⁾とは、回復者や後遺障害があっても稼働能力がある者のアフターケア施設、つまり中間的な施設を意味することになり、これらの存在は国立療養所との大きな違いとなる。ここでは将来の自立のための前向きな未感染児童対策も含まれていた様子である⁵²⁾。また、当事者が農場に指導者として採用された様子もある。

国立療養所とは異なる私立ならではの、社会復帰のための「中間施設」の存在ということになる。

同時期は「可治の時代」、そして「根治の時代」であり、もちろん国立療養所内でも社会復帰準備のための職業訓練が存在したが、長島愛生園の場合では「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」⁵³⁾などと指摘されている。また、「可治の時代」にあわせて「ジレンマの時代」となる昭和30年代の労務外出は積極的に行われ、療養所入所者も喜びを感じたが、やはり「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」⁵⁴⁾と回想されている。それらは、神山復生病院など私立病院との温度差を感じる内容となろう。

4. まとめ

本稿は、ハンセン病医療と結核医療の発達と、らい法制、結核法制、そして普遍的な社会保障法制の間にあるタイムラグについて、また、それら法制を根拠とされた慢性感染症であるハンセン病患者と結核患者にある相違点に注目した。他の慢性伝染病（難病などの慢性疾患、あるいは一部の急性伝染病）と共通点も一部存在するが、やはり非常に特異といえるらい法制による施策が展開され続けてきたことが把握できた。

国立ハンセン（らい）病療養所でハンセン病患者が結核を発症した場合（逆に、結核患者がハンセン病をあわせて発症して入所した例もあったものと思う）は、敗戦後になりようやく結核の感染力を考え療養時内で病棟を分けた程度の施策に止まっていた。そこでは、結核治療も医療費用財政面では療養所内での他の疾病同様に包括的に捉えられていた様子であった。

この点、宗教系私立病院では、戦前は財閥等からの寄付金や下賜金・当時の宮内省を中心とした財生基盤が主であったが、敗戦後の一定期間は財閥解体や皇室の関与などの観点からは国立以上に財政的に苦しんできた様子である。

敗戦後の私立神山復生病院の場合には、後に有力な地域住民からの寄付や、各団体、進駐軍キャンプなどの支援を利用して凌いでいくことになった。そして国立療養所ではないがために、国からの直接の通知・通達などによるものではなく、あくまでもひとつの私立病院として地方自治体（静岡県や御殿場市）との間の調整、あるいは各種団体の支援があった様子である。

私立病院としてのハンセン病と結核、また、当初の生活保護など社会保障法制との関係は、さらに検討を深めたい内容である。

他方、患者総数やその障害の程度にもよるが、敗戦後は、労働力確保などの観点からはハンセン病と結核の施策に対する違いが大きく現れてきたように思う。

私見となるが、治癒後の障害の有無、特にハンセン病の場合には知覚障害などの特異な障害と稼働の関係について環境整備が遅れ、回復者とその当時の労働環境に溝が生じていたものと思う。そこにも、環境整備のための法整備が追いつかないというタイムラグが存在していたことになる。このことは、らい法制立法者側、医療者側、そして患者ら当事者側の間にも（また、入所者と退所者間でも）、自身の稼働能力の活用について、大きなジレンマを感じたことになったと考えている。

さらには、ハンセン病のみへの施策と、療養所入所中にハンセン病と結核を併発していた場合の施策、結核のみへの施策、他の慢性感染症への施策、あるいは予後の悪い慢性疾患（いわゆる難病）に対する法制の整備がやはり追いつかないまま、昭和30年代の経済成長期を迎え日本版ベヴァリッジ報告の一応の達成を社会保障法制の整備により迎えたことに、療養所入所者などは大きなジレンマを感じるようになったと考えている。

付言するならば、村上が指摘する結核についての富国化推進のための「人力政策」「労働力政策」「兵力政策」についてハンセン病と比較した場合、ハンセン病の患者の生涯は、まず、当初の結核の捉え方にあった「隔離→収容→死に至る療養所」と同一にはならず、特に敗戦後は「隔離→収容→生涯隔離（結果として、多くはハンセン病以外が原因での死亡。なお、村上はこの生涯隔離を「終生の生活の場」と示している）」⁵⁵⁾となる。結核とは異なり、ハンセン病そのものによる死因は少数だったからである。ただし、「不治の時代」のハンセン病患者の最多の死因は結核であったことも留意点となる⁵⁶⁾が、これらのことも昭和30年代にジレンマを発生させる環境をすでに設定していたように思う。

いずれにしても、結核の後遺症とハンセン病の特異な後遺症については敗戦前と敗戦後では捉え方が大きく異なり、そこでの施策の目的もハンセン病と結核に対する社会の偏見にも違いが生じていたことに気がつくのである。

ストレプトマイシン治療開始までの経緯は結核法制とらい法制は同様であっても、敗戦後のらい法制とは、「隔離・収容」「治療・社会復帰」の流れを軽視したことが、まずは複雑に他動的なものに変遷していくらい法制の「独り歩き」を許し、他方、入所者という共同体にとってみればそれでも自律的ならい法制の「独り歩き」を必要とした結果につながったように思う。それらは、「不治の時代」の患者・回復者と「可治の時代」の発症患者・回復者を混乱させ、稼働能力の的確な評価を行わないまま必要以上の保護施策を継続したという行政・立法の「不作為」につながったと考える。あわせて、回復者の労働環境を整えるために必要となる社会の差別・偏見を法制で取り除かなかったという「不作為」も継続させたのである。敗戦後は、いわば「社会的（療養所）入所・社会的（病院）入院」という国庫負担による、施策としては事なかれの消極的「独り歩き」が継続されたことになろう。

なお「兵力政策」は敗戦後も必要とされなかったわけではない。1950（昭和25）年6月25日の朝鮮戦争勃発後、ポツダム政令により警察予備隊が設置されたことなどを考えると、先の村上の指摘する「人力政策」「労働力政策」「兵力政策」は、敗戦後も変形しながら引き継がれ存

在し、つまり、昭和20年代に「可治の時代」になった結核とハンセン病の間では、それら施策に潜在する目的の差が現れはじめ、ここでのらい法制とは、他動的に「独り歩き」させられたように思う。

他方、昭和30年代から全患協（現在の全療協）などが当時の環境下でらい法制に生活保障的要素を加味しようとしてきたことは、たとえ、らい予防法廃止という積極的な方法でなくても、改正や解釈変更などによる消極的な方法を選択しつつも、繰り返しとなるが、入所者らが、らい法制を自律的に運用していくことを考えていたと思う。そこには世代間で考え方の違いはあったが、後遺障害が重かった入所者や多剤併用療法確立前の時期に、その環境下でやむをえない選択肢だったのかもしれない。

「不治の時代」と「可治の時代」をまたいだということは、らい法制とは現段階では「不治の時代の強制的な自律したらい法制の存在」→「不治から可治となる時代の社会保障法制整備による他動的ならい法制の独り歩き」→「制度的排除の結果による入所者らみずからの自律的ならい法制の独り歩き」→「行政・立法的不作為による他動的ならい法制の独り歩き」という経緯を経たと考えるが、そこに存在する各種タイムラグも含めてより詳細な検討が必要となる。

5. 補足

らい予防法を根拠とした長年の隔離政策の継続により、ハンセン病患者の家族が社会的に排除され続けたことなどを理由にして、熊本地裁にいわゆるハンセン病第二次国家賠償訴訟を提起した。この第二次訴訟は第1陣と第2陣に分かれての提起となった。

らい予防法が廃止されて20年となる2016（平成28）年3月末の排斥期間が過ぎるまでの訴訟提起になったが、2016（平成28）年3月29日段階で、集団訴訟の原告は双方あわせて全国で568人（23歳から96歳までの男女）の規模になった⁵⁷⁾。

他方、最高裁は2016（平成28）年4月25日に過去のハンセン病患者に対しての「特別法廷」について調査報告書を公表した⁵⁸⁾。そこでは司法手続き上の問題として、「特別法廷」での裁判を裁判所法第69条第2項に違反したと認め、最高裁は極めて異例となる謝罪を行った。ただし、憲法第14条（法の下での平等）、憲法第37条（刑事被告人の権利）、第82条（裁判の公開）についての違憲判断を回避した。たとえ謝罪があっても、違憲判断の回避にはハンセン病回復者からは大きな批判があった。

元来、裁判所、特に最高裁は「憲法判断」を行うこと自体にはある程度積極的でも、「違憲判断」には消極的であるとされており⁵⁹⁾、結局、その流れに沿った違憲判断回避かと思った。あるいは、最高裁は、司法手続き上、大きな疑問が残った藤本事件⁶⁰⁾をはじめとする当時のハンセン病患者を被告人とする各刑事事事件の再審請求を懸念したのかとも考えた。

ところで「昭和三十五年らい予防事務担当者打合会会議資料」⁶¹⁾によると、昭和34年「未収容らい患者」について、昭和33年末の患者数を全国（筆者註：復帰前の沖縄を除く。また、東京都、愛知県、京都府、鳥取県、岡山県の5都府県は未報告）で1074名、昭和34年中増が総数は341名（新発見在宅患者が291名、新発見浮浪患者が8名、その他が42名）、昭和34年中減が総数427名（入所が303名、死亡が60名、その他が64名）、昭和34年末の患者が988名、昭和34年末の一時救護患者が1名とさ

れていた。

なお昭和34年度（昭和34年4月1日から昭和35年3月31日）の届出患者は全国（筆者註：復帰前の沖縄を除く。また、東京都、愛知県、京都府、鳥取県、岡山県の5都府県は未報告）253名であり、「伝染性あり」が168名、「伝染性疑あり」が54名、「伝染性なし」が18名、「不明」が13名とされていた。この253名の病型別は、「結節型」（筆者註：資料には「結核型」と示されているが、他の2型を「斑紋型」（斑紋癩）・「神経型」（神経癩）と分類しているのので、「結節型」（結節癩）が正しい型名と考える。なお、「類結核型」という表現を使用する分類法もあるが、「類結核型」とは「（斑紋）神経癩」に該当する⁶²⁾ので、やはり「結節型」が正しいと考える。）が153名、「斑紋型」が54名、「神経型」が44名、「その他及び不明」が2名とされていた。

次に昭和34年度末（昭和35年3月31日）の全国（筆者註：復帰前の沖縄を除く。また、東京都、愛知県、京都府、鳥取県、岡山県の5都府県は未報告）の「未収容患者」は846人とされていた。「伝染性あり」が276名、「伝染性疑あり」が271名、「伝染性なし」が232名、「不明」が67名（筆者註：資料では「伝染性なし」「不明」について滋賀県の人数が5名抜けていた。）とされていた。この846名の病型別は、「結節型」（筆者註：前述同様に資料には「結核型」とあるが、「結節型」が正しいと考える。）が233名、「斑紋型」が151名、「神経型」が453名、「その他及び不明」が9名とされていた。ちなみに、この846名中「療養所入所経験あり」が284名、「療養所入所経験なし」が554名（筆者註：資料では544名となっていたが集計ミスと思われる）、「不明」が8名となっていた。

この資料では、たとえば多菌型とされる「結節型」（結節癩）の数字と「伝染性あり」「伝染性疑あり」の数字が一致しないなど、何を基準に「伝染性あり」「伝染性疑あり」としたのか不明であった。また、病型や集計にかなり不備のある資料であるが、それこそが当時の厚生省にハンセン病に対する判断の矛盾を示すものなのかもしれない。

これは、当時のハンセン病（らい）に対する医学水準⁶³⁾について、仮に裁判所が厚生省の考え方を尊重しすぎていたならば、当時の裁判所が当時のハンセン病について自律して確認しようとはせず、無知であったことを示す根拠にもなる。

その当時の医学水準とは、医学会や厚生省によるものになる。現在の多数の文献ではハンセン病は「極めて伝染力が弱い・微弱」などと一般的に示しており、一方、当時の厚生省が示す資料にある「伝染性あり」「伝染性疑あり」の割合の大きさには驚かされた。いずれにしても、それらが当時の医学水準の一部を示すことになると思う。

なお、「可治の時代」のハンセン病に対して厚生省の示す「伝染性あり」「伝染性疑あり」とは、単に排菌状態を示したかったのか、プロミン治療の効果が疑われたことや耐性菌の出現をおそれたのか、あるいはこの時期に軽快退所・社会復帰がピークになっていた一方で再発・再燃が目立ったことに対して、当時の厚生省が必要以上に感染を警戒しハンセン病に対する医学水準を誤って解釈していたのか、残念ながらこの資料だけでは読み取れない。

他方、裁判所が憲法判断を伴う際に用いてきた行政の専門技術的裁量の捉え方を広く考えれば、少なくとも多剤併用療法開始前では、当時の厚生省のハンセン病の感染力などに対する専門的な判断の誤りが、結果としては、その誤りをも尊重した当時の裁判所が連動して司法手続きを誤らせたのかと考えた。それとも、自律しているはずの裁判所自身に起因する司法手続き

の誤りと考えたらいいのであろうか。さらに検討を要する事項となった。

昭和35年の段階になっても「伝染性あり」「伝染性疑あり」などの表現を、当時の厚生省の担当者らがどのような基準と意識の下で会議資料として使用していたのか、詳細を検討したい内容となる。

査読者には的確なご指摘を頂戴した。厚くお礼申し上げる。

本稿は、JSPS科研費15K03164の助成を受けた研究成果の一部である。記して感謝する。

註

- 1) 村上貴美子「「癩予防ニ関スル法律」の制定要因に関する考察」『関西福祉大学社会福祉学部研究紀要第16巻第2号』pp.39-47（関西福祉大学社会福祉学部2013.3）。
- 2) 差別表現とされてきた「らい」という病名は極力避けたいが、本稿で歴史的背景を調べる部分では「ハンセン病（らい）」と示すことがある。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）」と表現された時期がある。
- 3) 「らい予防法の廃止に関する法律」（法律第二十八号）平成八年四月一日施行により、「らい予防法」は廃止された。なお本稿では、らい予防法を中心とした旧法からの一連の法令を「らい法制」と示す。
- 4) 「結核予防法」は、平成18年に「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（平成一〇年法律第一一四号）に吸収される形になった。なお結核は、現在、耐性菌の存在や発症者数などを考慮して「2類感染症」とされている。
- 5) この時期、公衆衛生の観点からは「結核予防」「癩予防」「急性傳染病予防」「性病予防」「寄生蟲病予防」「狂犬病予防」の感染症予防と「検疫」が大きな柱とされていた。健康保険組合連合会編『社会保障年鑑』pp.211-214（東洋経済新報1951）。
- 6) 敗戦後のらい法制の「独り歩き」については、和田謙一郎「らい予防法と社会保障法制の関係についての一考察」『四天王寺大学大学院研究論集—第10号記念号—』pp.59-76（2015.3）でも触れた。
- 7) わが国のハンセン病（らい）に対してのプロミン治療、結核に対してのストレプトマイシン治療ともに昭和20年代である。ただし、わが国の結核予防のためのBCG接種は一部ではあるが戦争中からであった。
- 8) 結核菌からの観点となるが、結核菌はらい菌と同様の抗酸抗アルコール性の桿菌とされる。なお、らい菌は感染力が非常に弱いことと比較して結核菌の感染力は相当に強い。ただし、結核菌に感染しても発症については結核菌の数や感染を受けた者の体力に関係するとされていた。たとえば、馬場省二「園内の結核症に對する考察」『山櫻第三十二巻第十一號』pp.2-5（山櫻出版部1951）。
- 9) 杉村春三『癩と社会福祉』（復刻版1989）などで詳細な検討が行われている。
- 10) 犀川一夫の主な経歴は、長島愛生園勤務（1944-1960年）。その間、軍医として中国に応召される。台湾痲瘋協會（1960-1964年）、WHO西太平洋地区らい専門官（1964-1970年）、琉球政府らい専門官（1970-1972年）、国立療養所沖縄愛楽園長（1970-1987年）など。犀川一夫『ハンセン病医療ひとすじ』（岩波書店1996）著者紹介から。
- 11) 犀川一夫『愛生 昭和26年三月號』pp.8-13（長島愛生園慰安会）。
- 12) 「全患協ニュースNo.41号」（全国国立療養所ハンセン氏病患者協議会1954年9月30日）。

- 13) 村上貴美子「結核予防法の成立に関する考察」『関西福祉大学社会福祉学部研究紀要第17巻第1号』pp.27-36（関西社会福祉大学社会福祉学部2013.9）。
- 14) 鈴江懐・緒方維弘『結核と癩の生理及び病理』（醫學書院1955）。
- 15) 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年11月4日判時351号11頁、最大判昭和42年5月24日判時481号9頁。
- 16) たとえば「全患協ニュースNo.172」（全国国立療養所ハンセン氏病患者協議会1961年6月15日）では「朝日氏の死を待つ厚生省『朝日訴訟』を守る会結成 長島支部内」などの見出しに始まり、生活保護基準とハンセン病（ここではハンセン氏病と示されている）患者の療養慰安金増額を関連づけていた。さらに日患同盟（結核）との連携を強め、各「全患協ニュース」でも活発に主張され朝日訴訟支援にも大きくつながり、全患協（元的全癩患協、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。なお、朝日訴訟については、憲法はもちろん、行政法、社会保障法などからアプローチした文献が多数ある。
- 17) 杉村、前掲註9）。
- 18) 年表中の神山復生病院にかかわる事項は、神山復生病院百年史編集委員会編『神山復生病院の一〇〇年』p.229（春秋社1989）など。
- 19) 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）。
- 20) 療養生活研究委員長長島支部「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）」pp.3-44（長島愛生園慰安会1966）。
- 21) 加賀田一『島が動いた』pp.164-168（文芸社2000）。
- 22) 金泰九『在日朝鮮人ハンセン病回復者として生きたわが八十歳に乾杯』pp.235-237（牧歌舎2007）。
- 23) 熊本地判平成13年5月11日、判時1748号30頁、判タ1070号151頁。
- 24) 大風子油とはインド原産の大風子という木の実を搾った油であり、それをハンセン病（らい）患者に筋肉注射することを治療法とした。国立ハンセン病資料館『国立ハンセン病資料館常設展示図録2012』p.58（国立ハンセン病資料館2013）。
- 25) 長島愛生園入園者自治会『曙の潮風 長島愛生園入園者自治会史』pp.137-140（日本文教出版1998）。
- 26) 村上、前掲13）p.32。
- 27) 和田、前掲6）。
- 28) ハンセン病（らい）の特徴的な知覚障害（知覚麻痺）の障害認定の難しさがある。未確認であるが、障害年金の場合には知覚障害では障害認定が思うように受けられず、運動障害により障害認定を受けた様子である。
- 29) プロミンの効果についての不完全さについては、療養生活研究委員長長島支部、前掲20）など。
- 30) 「昭和二十八年二月十三日 社発第七二五号 各都道府県知事宛 厚生省社会局長公衆衛生局長連名通知」による。
- 31) 「全患協ニュースNo.40」（全国々立療養所ハンセン氏病患者協議会1954年8月31日）。なお、ここでは「ハンセン氏病予防法施行令政令二二三号」と示されているが、まだ本土復帰をしていない琉球政府下では「ハンセン氏病予防法」という表現が使用されていても、本土では「らい予防法施行令」という表現が使用されていた。私見となるが、当時、全患協はすでに病名として「ハンセン氏病」という表現を使用しており、法令名も「ハンセン氏病予防法」「ハンセン氏病施行令」など改名の考えから意図的に「ハンセン氏病予防法施行令」という表現を使用したものと思う。
- 32) 蓮田茂編『国民健康保険史』p.1248（日本医師会1960）。
- 33) 昭和26年の光田健輔、林芳信、宮崎松記の三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)。これについては、翌年の「全癩患協ニュースNo.15」(全国癩療養所患者協議会事務局1952年3月1日)でも光田、林、宮崎の一部の意見を紹介しそれら証言に対する相当な不安を示していた。
- 34) 当時の全癩患協ニュースでも、結核療養所、精神療養所、国立病院と比較して予算の状況を整理し、予算獲得への請願が強かった様子である。「全癩患協ニュースNo.4 附表」(全国癩療養所患者協議会事務局1951年4月25日)。
- 35) 前掲34)「全癩患協ニュースNo.4 附表」。
- 36) 犀川、前掲10) pp.172-179。
- 37) 医療給付は現物給付が中心とされてきたが、それらも所得保障とする考え方が成り立つ。特に医療保険給付の場合には保険料負担により高額な医療費負担を低額に抑え、加えて、適切な医療給付により疾病・負傷による一時的な稼働能力の減退を取除き稼働可能とする消極的な所得保障とも考えられる。ただし、この考え方は生涯隔離を前提としたハンセン病施策には該当しないことになる。
- 38) ハンセン病の後遺症のひとつに知覚障害(知覚麻痺)がある。知覚障害があると、痛い、熱い、冷たいなどの感じが分からないために、ケガや火傷などにも気がつかず放っておき、悪化の結果、手指の欠損や足の切断などの二次障害を招く。ちなみに足底穿孔症(うら傷)とは、足底部に知覚障害があると足底部にケガをしても気がつかず感染症を起こしたものをいう。国立ハンセン病資料館、前掲24) p.102など。
- 39) 昭和20年代はプロミン治療の導入により入所者が治癒に期待を持つ時代になっていたが、その後、退所規定のない「らい予防法」(昭和28年)施行という矛盾が生じる。昭和30年代は社会復帰を果たす者もピーク(昭和35年)になったが、再発・再燃が目立つなか再入所する者も目立ちプロミン治療が完全ではない時代となった。本稿は、らい法制の大きな変遷の下でこの時代を「ジレンマの時代」と位置づける。
- 40) 生活困窮地域で発症者が多かったのか、あるいは、生活困窮に関係なく一定の地域に限り発症者が多かったのかは、現段階では調査がすすんでいない。
- 41) この点は、排菌状態の未治療の患者と乳幼児との接触さえ注意すれば感染させる心配はないとされている以上、母子感染などにより感染した乳幼児が、公衆衛生や栄養状態の悪さを原因に幼児期から成人まで幅広い年代層で発症したと考えるのが一般的と思われる。国立ハンセン病資料館、前掲24) pp.100-101など。
- 42) らい予防法案に対しては療養所における作業拒否など抗議活動が開始され、制定後の法改正についての活動が続けられた。「全患協ニュースNo.29~32」(全国ハンセン氏病患者協議会1953・5・1、7・31、10・1、11・30)。
- 43) 村上、前掲13) p.32、p.36。
- 44) 森田竹次『偏見への挑戦』p.75、p.102(長島評論部会1972)。
- 45) 当時そこには、戦災孤児や傷痍軍人対策も含まれていた。
- 46) 阿部はじめ『ハンセン病療養所入所者 語り部覚え書』p.41(2006)。
- 47) 「全患協ニュースNo.37」(全国国立療養所ハンセン氏病患者協議会1954・5・15)から、各号で抗議が繰り返されてきた。
- 48) 東京地判昭和53年9月25日判時907号24頁、東京高判昭和56日4月23日判時1000号61頁。
- 49) その他、「目黒慰養院」「回春病院」「バルナバ・ホーム、バルナラ病院」「身延深敬病院」などが存在した。おかのゆきお『林文雄の生涯 救癩使徒行伝』pp.4-8(新教出版社1974)などに、私立らい病院の誕生の詳細が述べられている。
- 50) 私見となるが、もちろん少菌型の患者が症状の進行がなく就労していた場合には、周囲の者も経験則上、

感染しないということを理解していた例もあったものと考えるが、それらの検討は別稿に譲る。

- 51) 神山復生病院百年史編集委員会編、前掲18) pp.157-164。
- 52) 神山復生病院百年史編集委員会編、前掲18) p.158。
- 53) 阿部、前掲46) p.69。
- 54) 阿部、前掲46) pp.76-77。
- 55) 村上、前掲1) p.42。
- 56) 成田稔「絶対隔離時代におけるハンセン病患者の生きざま」桜沢房義・三輪照峰編『柁の垣はいらない』pp.337 (世界ハンセン病友の会1995)。
- 57) 朝日新聞2016 (平成28) 年 2 月16日朝刊、朝日新聞2016 (平成28) 年 3 月30日朝刊など。
- 58) 朝日新聞2016 (平成28) 年 4 月26日朝刊など。
- 59) 樋口陽一『司法の積極性と消極性』pp.48-51 (有斐閣1978)。
- 60) ハンセン病患者であった藤本松夫が1953 (昭和28) 年 8 月29日に熊本地裁出張裁判で死刑判決を受け、控訴、上告ともに棄却された事件。藤本事件は冤罪の疑いが強く再審請求中であったが、1962 (昭和37) 年 9 月15日に死刑が執行された。全国ハンセン病療養所入所者協議会編『復権の日月』pp.37-39 (光陽出版社2001)。
- 61) 厚生省「昭和三十五年度らい予防事務担当者打合会会議資料」。この資料はおそらく当時の内部資料と思われるが、本稿は特に「未収容患者数調」に注目した。
- 62) 成田稔『日本の癩 (らい) 対策から何を学ぶか』p.26など。
- 63) 医学水準とは「学会レベルで正当なものとして承認されているものであり、その当時における医学の最先端の水準を示すものであり、学問として医学が到達した水準を示すもの」とする一方、混同しやすい医療水準は「具体的な医療行為について医師の注意義務の存否を考える場合に、その判断のもととなる注意義務の基準をどの水準におくべきかという問題」とされる。植木哲・他『医療判例ガイド』p.296 (有斐閣1996)。

