

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした 各界の役割と責任(1)

目次

| | | | |
|-----|-----------------------------|-------|------|
| 第十二 | ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任(1) | …………… | 303頁 |
| 第1 | 法曹界 法律家・団体の対応・責任 | …………… | 303頁 |
| 一 | 問題を考える枠組み | | |
| 二 | 戦前の法状況 | | |
| 三 | 弁護士グループ・個々の弁護士の対応 | | |
| 四 | 弁護士会の対応 | | |
| 五 | 裁判所・検察庁・法務省の対応 | | |
| 六 | 法学界の対応 | | |
| 七 | 問題点 | | |
| 八 | 今後に向けての提言 | | |
| 第2 | 福祉界 | …………… | 322頁 |
| 一 | はじめに | | |
| 二 | 慈善事業とハンセン病 | | |
| 三 | 感化救済事業とハンセン病対策 | | |
| 四 | 隔離政策と福祉界 | | |
| 五 | 療養所入所と家族援護 福祉界の関わり | | |
| 六 | 「社会復帰」と福祉界 | | |
| 七 | 福祉界の責任と課題 | | |

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

第1 法曹界 - 法律家・団体の対応・責任 -

一 問題を考える枠組み

1. 目的

ここでは、らい法制の改廃に対する日本の法律家・団体の対応・責任について、主として 1947 年 5 月 3 日の憲法施行以降に焦点を絞って検証する。その上で問題点を整理し、今後に資するための提言を行う。

2. らい法制とは

らい法制とは、1953 年らい予防法（都道府県知事の療養所への入所命令、外出制限、所長の秩序維持権能等）を中心に、1948 年優生保護法（優生手術、人工妊娠中絶）、1951 年出入国管理及び難民認定法（上陸の拒否）、1958 年国民健康保険法（国民健康保険の不適用）、1947 年裁判所法（出張裁判）、監獄法に関する 1953 年事務次官通達（特別刑務所）等を指す。

3. らい法制を支えた原則・基準

らい法制を支えた基準には、憲法 12 条、13 条（公共の福祉）、25 条 2 項（公衆衛生の向上及び増進）がある他、社会防衛がある。公共の福祉の概念についての通説・判例については、後述する（六「法学界の対応」参照）。他方、社会防衛は、「目的主義の要旨に曰く刑罰は犯罪なる侵害的事実に対して吾人の共同生活即ち社会を保全することを目的となすなりと、即ち、刑罰を以て社会防衛の必要に出づる一的手段なりと為すなり」（牧野英一『日本刑法』有斐閣、1926 年、14 頁）と説かれるように目的刑主義刑法学における刑法の目的をなすものである。

4. らい法制を批判する原則・基準

これに対して、らい法制に対する批判の基準は、人間の固有の尊厳（国際人権規約前文）およびこれに由来する多くの人権規定であるが、なかでも、次の憲法及び国際人権法の諸規定は重要である。すなわち、憲法 13 条（幸福追求権、人格権）、14 条（法の下での平等）、18 条（奴隷的拘束および苦役からの自由）、22 条（居住移転の自由）、25 条 1 項（健康権）、31 条～（人身の自由、法定手続の保障）、32 条（裁判を受ける権利）、1979 年国際人権規約前文（人間の固有の尊厳）、国際人権規約「市民的及び政治的権利に関する国際規約」7 条（非人道的、品位を傷つける取扱いの禁止）、9 条（身体の自由および逮捕抑留の要件）、10 条（自由を奪われた者の取扱い）、16 条（人として認められる権利）、17 条（私生活、名誉および信用の保護）、26 条（法の前での平等）、国際人権規約「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約」2 条 2 項（法の前での平等）、9 条（社会保障についての権利）、12 条（健康を享受する権利）、15 条（科学の進歩およびその利用による利益を享受す

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

る権利）1982年国連総会採択「非人道的、品位を傷つける取扱いから被拘禁者及び被抑留者を保護するための保健要員、特に医師の役割に関する医療倫理原則」、1988年国連総会採択「あらゆる形態の抑留または拘禁の下にあるすべての者の保護のための諸原則」等である。

5. 法律家・団体とは

法律家・団体とは、裁判官・検察官・弁護士の法曹三者、公法・刑事法・公衆衛生法等らい法制に関わる学者・研究者、および、それらの団体・学会を指す。

6. 対応・責任とは

対応・責任とは、団体としての政策提言、個々の法律家としての執筆、啓蒙活動、実務活動などの取り組み、およびそれらの遅延・不徹底・不作為等に対する責任を指す。

7. 弁護士・弁護士会の責任の基準

弁護士の責任の基準としては、1949年弁護士法1条（弁護士の使命）1項（「基本的人権を擁護し、社会正義を実現する」）および2項（「法律制度の改善に努力」）がある。

なお、個々の弁護士ではなく、弁護士会として国家の政策について提言するようになり、それがマスメディアで報道されるようになったのは比較的最近のことである（関原勇弁護士（藤本事件弁護人）の水口真寿美弁護士（らい予防法国賠訴訟弁護団）宛て2002.6.5付書簡）。

8. 熊本地裁判決と本検証作業の目標

1) 違憲判断

2001年5月11日、熊本地方裁判所は、次の判決を下し、この判決は被告国の控訴断念により確定した。同判決は、「新法の隔離規定は、新法制定当時（引用者註：1953年）から既に、ハンセン病予防上の必要を超えて過度な人権の制限を課すものであり、公共の福祉による合理的な制限を逸脱していたというべきである」と新法の違憲性を指摘したうえ、「1960年以降、ハンセン病は隔離が必要な疾患ではなく、らい予防法の隔離規定の違憲性は明白になっていたにもかかわらず、厚生省が1996年の同法廃止まで隔離政策の抜本的な変換などを怠り、国会も遅くとも1965年以降同法の隔離規定を改廃しなかったのは国家賠償法上の違法性及び過失がある」等と判示している（熊本地裁平成13年5月11日判決、判例時報1748号30頁）。

2) 仮説の検証

同法廃止がここまで遅れたのは、少数の法律家・団体による個々の案件への誠実な取り組みの実績が一部には記録されているものの、全体としてみると法律家・団体が社会から付託された責任を果たさず、なすべき行動を怠ってきたのがその原因の一つではないか。すなわち、同法の制定を許したこと自体も問題であるが、その時に違憲の疑いなど同法の問題性を指摘し表明できなかったことが、その後の同法廃止への取り組みの弱さにもつながり、その後の同法廃止への活動を行うこと

ができず、廃止がここまで遅れることになったのではないか、という仮説をたてることができよう。その仮説を検証するのがここでの目標である。

二 戦前の法状況

1. 憲法・政治思想

美濃部達吉のような次の見解がある。旧憲法5条につき、「立法権は天皇の大権に属し、天皇帝国議会の協賛をもってこれを行うことを原則とす。」「両議院の議決を経たる法律案は天皇の裁可を得るに依りて法律として確定す。」「法律の公布を命ずるは天皇の大権に属す。」「法律を変更するにも必ず双方（註：議会の協賛と天皇の裁可）に成ることを要す。」「法律が憲法違反の規定を設けたとき、内容を審査して無効にする権力を持つ機関がないので「実際には憲法が法律により変更せらるる結果あるを免れず。」 居住移転の自由（旧憲法22条）につき、例外として「本条は…衛生警察…等のために、法律により特に制限せらるる場合を除くの外は、これらの自由を享有し…。」とある（美濃部達吉『憲法撮要』有斐閣、1932年）。

他方、明治憲法下の改良主義的デモクラシー理論としての民本主義（吉野作造）もあった。これは、天皇制国家権力との理論的対決を回避し、主権がどこにあるかを問わぬ国権運用上の一政治主義として、政治の目的が一般民衆の利福にあるのみならず政策の決定が一般民衆の意向によることが求められ（「人民のための」に力点）、法理上、主権在民の立場に立つ民主主義（「人民の、人民による」の含意）と区別された（この、恩恵としての福祉の考え方は、戦後、生存権プログラムの規定説に流れ込んだと考えられる）。

こうして、戦前は、立法批判は困難であった（なお、19世紀末から20世紀初頭、エアリッヒ等による自由法運動が興り、実定法の完全性と自足性を信ずる形式論理的な概念法学を攻撃し、生ける法の探求と裁判官の法創造機能を強調した。日本では主観主義刑法学者牧野英一らによって自由法論が唱えられ、流動的な現実社会に適応すべく柔軟な解釈論へと立法批判が形を変えたとも考えられる）。

2. 行政法

美濃部達吉『行政法』（有斐閣、1933年）「衛生警察」中の「防疫警察」の項に次のような記述がある。「伝染病患者、病原体保有者又は病毒に感染したる疑いある者に対しては伝染病の種類に応じ、療養又は入院（若しくは療養所の入所）強制、強制隔離、特殊の職業に従事することの禁止等の手段を認む」（131頁）。

三 弁護士グループ・個々の弁護士の対応

1. 1947年楽泉園「特別病室」重監房患者虐待問題

自由法曹団小沢茂弁護士らは、患者の委任を受け調査検討し、「1938～47年迄に93名が地獄生

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

活を強要され23名が凍死したが園当局が何ら法的根拠なく実質上の刑を課した行為は殺人、同未遂、特別公務員暴行凌虐、不法監禁罪を構成する」として前橋検察庁に告訴告発した（自由法曹団ニュース、1947年7号）。

2. 1952～1953年らい予防法制定反対闘争に関して

自由人権協会海野晋吉弁護士が作家阿部知二、平林たい子氏らと共に「らい患者の人権を守る会」の発起人に名を連ねた。

3. 藤本事件に関して

自由法曹団の野尻昌次、関原勇、柴田睦夫、佐藤義弥、霧生昇弁護士らが藤本事件の弁護人を務めた。

藤本事件は、菊池恵楓園入所者藤本松夫氏が殺人未遂・火薬類取締法違反事件につき熊本地裁の恵楓園出張裁判で1952年懲役10年の実刑判決を受け、福岡高裁で控訴棄却、菊池医療刑務支所で服役したが、同氏脱走中に発生した単純逃走・殺人事件について恵楓園出張裁判で1953年死刑判決を受けた事件（福岡高裁で控訴棄却）である。同氏は、逮捕直後の自白を除いて終始一貫犯行を否認して無罪を主張、最高裁まで争ったが上告棄却、再審請求中の1962年に死刑を執行された。

ハンセン病患者故に公正な裁判を受ける権利が保障されていないかの問題がある。詳しくは本報告書・第四の第3を参照。

4. 宮下事件に関して

関原勇弁護士が、宮下事件で患者作業の根本的問題につき入所者に講演している。宮下事件は、1959年4月、栗生楽泉園において、入所者宮下良三氏が、綿内工場における患者作業中、機械に巻き込まれて不慮の死を遂げた事件である（『風雪の紋 - 栗生楽泉園患者50年史』、1982年、347-352頁）。患者作業は、戦前から強制労働そのものであるが、療養所の運営に不可欠なものとなっていた。この頃になると、いくぶん強制的性は緩和されていたものの、患者にとっては唯一の収入源であり、刑務所の作業賃以下の低賃金でありながら、続けざるを得なかった。1959年4月は、最低賃金法が成立した時期と一致する（施行は同年7月）。本件は、労災として取り扱われるべきものであるが、労災保険法の適用もなく、遺族にはわずか7万8000円（日給26円×3000日）分の補償がなされたにとどまった。強制労働ではないか（憲法18条、22条違反）、労働基準法違反ではないか、労災保険法違反ではないかの問題があろう。

5. 予防法廃止問題に関して

自由法曹団が1966年にらい予防法廃止問題で全患協中央執行委員と懇談している。

6. 「全患協のたたかい」に関して

1966年権利擁護討論集会で「全患協のたたかい」を含む「生存権の闘い」分科会を開催（自由法

曹団創立 45 周年記念権利擁護討論集会資料第 3 分科会、1966 年) している。

7. らい予防法違憲国家賠償訴訟(熊本地裁)

1995 年 9 月 星塚敬愛園入所者島比呂志氏が九州弁護士連合会へ書簡(「らい予防法が人権無視、存在理由のない法律だといわれ出して、どれだけの歳月を浪費してきたことだろう。その間、患者がどれほどの被害を受けてきたことか、それは無実の死刑囚にも匹敵する。…黙認している法曹界は存続を支持していると受け取られても仕方があるまい。…傍観は黙認であり、黙認は支持であり加担である。…」)を送り、これが契機となって、提訴された。

1998 年 7 月熊本地裁提訴(訴訟代理人徳田靖之・八尋光秀弁護士その他)

1999 年 3 月東京地裁提訴(訴訟代理人豊田誠・赤沼康弘弁護士その他)

1999 年 9 月岡山地裁提訴(訴訟代理人平井昭夫・近藤剛弁護士その他)

四 弁護士会の対応

1. 本来果たすべき役割

らい予防法国会審議において、人権侵害の懸念に対し政府委員が「人権擁護委員会なりさような方面」へ申立てができる点を立法のいわば安全弁として言及していること、また、行政の担当者が 1996 年日弁連意見書公表まで、らい予防法制の改廃につき弁護士会から「何も言われたことはありません」と廃止が遅れた弁解材料に使っていること等に鑑みると、弁護士会が本来果たすべき役割は重大と認識しなければならない。

2. 国立療養所所在地の地元弁護士会等

多摩全生園の地元である東京弁護士会および菊池恵楓園、星塚敬愛園、奄美和光園、沖縄愛楽園、宮古南静園の地元である九州弁護士会連合会の次の諸活動を除いて、会として外部に開かれた活動をしたとの記録は見当たらない。

1) 東京弁護士会

1977 年 11 月、人権擁護委員会医療問題研究部会主催のシンポジウム「医療の現状と法律家に対する要望」を開催し、各種被害者団体が問題提起をした。深沢、今野、渡辺良夫氏ら 18 名の弁護士が参加し、全患連と討論した。

1986 年 12 月、同部会主催シンポジウム「優生保護思想と医療 らい医療をめぐる」を開催し、らい医療の現状(療養所医師) らい患者と家族の現状(ケースワーカー、入所者)、優生学史の視点から(研究者)、らい予防法の問題点(山田雅康弁護士)、優生保護法の問題点(金住典子弁護士)の各報告があり、諸問題が総合的に議論されている。

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

2) 九州弁護士会連合会

1995年9月、らい予防法廃止と優生保護法改正に関し弁護士会の見解を求める星塚敬愛園在園者からの救済申立・調査

1996年3月、理事長声明（国に対する要求および反省と責務）

同年6月、シンポジウム「らい予防法廃止問題に関するシンポジウムと音楽の夕べ」

1998年2月、シンポジウム「人間の回復を求めて」

同年10月、「ハンセン問題についての決議」（責任を自覚し、法的ニーズへの対応等）

1997年～、各療養所における無料法律相談実施

2001年5月、熊本判決に対する理事長声明

2003年11月、黒川温泉ホテルによる宿泊拒否問題に関する理事長声明

3. 日本弁護士連合会

1) らい予防法改廃問題についての人権擁護委員会医療部会による調査

1994年頃以降、山田雅康部会員の働きかけにより、らい予防法制の改廃に関する調査活動を開始した。

1994年7月、日弁連人権医療部会 日本のらい法制について 山田部会員報告

1995年9月、同 らい予防法見直し検討会について 的場真介・塩野隆史委員報告

1995年11月、同 九弁連人権擁護に関する連絡協議会八尋光秀委員報告書

1995年11月、同 神戸弁護士会北山六郎会員ら要望書

1996年2月、同 京都弁護士会要望書（杉本孝子会員ら）

1996年1月、「らい予防法制の改廃に関する会長声明」

1996年2月、「らい予防法制の改廃に関する意見書」16日発表及び厚生大臣、衆・参議院議長、衆・参議院厚生委員会委員長に執行

この意見書は、「人権を蹂躪し、憲法違反の疑いが強く、かつ、ハンセン病患者に対する差別や偏見を助長してきたらい予防法及び関連法規の改正・廃止問題について、弁護士・弁護士会が関心をもって廃止を訴えることもなく、何らの有効な助言、対策、対応を打ち出すことができなかったことを、われわれは真摯に受け止め、今後の教訓とすべきである。日本弁護士連合会は、今後、本問題についての継続的な調査を行うこと、ならびに今後の感染症対策においても、法律専門家として、患者の人権擁護の見地からたゆまぬ努力を行うことをここに確認して、本意見書の結びとする」と宣言している。

2) らい予防法廃止後の諸問題についての人権擁護委員会医療部会、国際人権問題委員会による調査

96年3月、ハンセン病元患者I氏は神戸弁護士会に対し、らい予防法廃止に伴い旧らい予防法の「入所者」に対する生活支援の制度を経過措置として残したが申立人のような療養所以外での生活が可能でかつそれを望んでいる者（退所者）については全く生活支援の制度を欠くこととなるので退所者に対する人権侵害があることを明らかにしかつ制度的手当がなされるよう救済措置を求める

と申立てた。神戸弁護士会はこれを日弁連に移送し、日弁連人権擁護委員会は同年9月に調査を開始したが、この調査は後述するように遅れることになる。

3) 日弁連としての外部に対する活動

1997年10月、「感染症対策の見直しに関する意見書」公表

1998年5月、「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案に対する意見書」公表

2001年、国連国際人権社会権規約16条、17条に基づく第2回日本国政府についての日弁連報告公表

「各論11 健康に対する権利」「5 ハンセン病患者・元患者」において、政府報告書が何も記載していない点について報告している。

2001年、「ハンセン病元患者申立事件処理遅延についての調査報告書」公表

99年11月、ハンセン病弁護団は日弁連に対し、「1996年2月16日の『らい予防法制の改廃に関する意見書』は、らい予防法制を違憲性の疑いの極めて強い人権侵害性のある悪法と断じながら、被害者であるハンセン病患者らに対する国家賠償責任について何ら言及していません。日本弁護士連合会がかかる人権侵害の救済に関する意見書を作成しながら、国家賠償責任に言及していないことは極めて遺憾なことであります。…国が社会保障責任や国家補償責任にとどまらず国家賠償責任に基づいて救済事業を行うべきことを明確にすべきと考えます。…前記意見書は『弁護士、弁護士会が関心を持って廃止を訴えることもなく、何らの有効な助言、対策、対応を打ち出すことができなかったことを、われわれは真摯に受けとめ、今後の教訓とすべきである』と指摘して『今後、本問題について継続的に調査を行う』としながら、その後この問題の活動は、九州弁護士会連合会のみにとどまりそのほかは目立った活動はみられなかった。この機会に弁護士会が行うべき救済活動を具体的に明示して、在野法曹の役割を果たすべきである」との要望書を提出し、同委員会はこれを人権救済申立事件として、前記元患者申立事件と併合して調査することとした。

しかし、調査方針を模索する期間が長く、退所元患者などの関係者から実態について事情聴取等の調査を進めていたが成功しなかった。99年の上記要望後、事件委員会が作られ、退所者を対象としてアンケートを実施しようとしたが実施されなかった。報告書作成に入ってから、申立人から聞き取りをしたり、厚生労働省への問い合わせを発したり、福岡まで出向いてハンセン病弁護団メンバーと面会したりしている。

申立事件処理が遅延した原因として、退所者の実情把握の困難さ、申立事件の重要性、緊急性に関する認識の不十分さ、組織的対応の不十分さ、多忙さ、裁判中の事件への対応の難しさが指摘された。

2001年5月11日、「『らい予防法』違憲訴訟の判決に対する会長声明」

2001年6月21日、勧告「ハンセン病患者であった人々の人権を回復するために」

2001年10月、機関誌『自由と正義』特集「ハンセン病患者の人権回復」刊行

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

2001年11月、人権擁護大会特別決議 対応の遅延につき謝罪し、原因・理由究明と再発防止を誓う。

2001年11月、「ハンセン病 いま、私たちに問われているもの」刊行（日本弁護士連合会編 クリエイツかもがわ発行）

2002年6月、シンポジウム「差別のない社会をめざして」開催

2003年11月20日、「ハンセン病元患者に対する宿泊拒否に関する会長声明」

2004年3月20日、シンポジウム「ハンセン病に対する偏見・差別の根絶を求めて」

4. 自由法曹団

1947年、楽泉園「特別病室」重監房患者虐待問題で患者の委任を受け小沢茂弁護士らが調査検討し、「1938～47年迄に93名が地獄生活を強要され23名が凍死したが園当局が何ら法的根拠なく実質上の刑を課した行為は殺人、同未遂、特別公務員暴行凌虐、不法監禁罪を構成する」として前橋検察庁に告訴告発した（自由法曹団ニュース、1947年第7号）。

1966年、らい予防法廃止問題で全患協中央執行委員と懇談

1966年、権利擁護討論集会で「全患協のたたかい」を含む「生存権の闘い」分科会開催（自由法曹団創立45周年記念権利擁護討論集會資料第3分科会、1966年）

五 裁判所・検察庁・法務省の対応

1. 派出所（特殊・専用派出所）の設置

1) 実例

1952年5月、長島二施設（長島愛生園及び邑久光明園）を担当をする長島駐在所が、光明園の対岸瀬溝地区（長島と本州との最も狭い海峡の本州側）に設置され、巡查部長一名が配属された。事件発生時には、近隣の虫明駐在所や牛窓警察署からの応援があった。同駐在所は、1972年ころまで設置されていた（『隔絶の里程』（長島愛生園自治会史）161頁、『風と海の中』（邑久光明園入園者80年の歩み）439頁）。

2) 問題点

法の下での平等に反しないか（後述）。

2. 留置場（特殊・専用留置場）の設置

1) 概要

1953年制定のらい予防法では、旧癩予防法（1931年）の懲戒検束権に関する規定が削除された。従って、旧らい予防法のもとで設置された療養所内の監禁室は撤去され、警察署の留置場が使われなければならないはずであった。しかし、厚生省は、1954年6月、医務局長通達第377号をもって、療養所内監禁室を国警の留置場として使用する移管手続きを指示した。また、全国7カ所にお

いて、療養所内もしくはその近接地に療養所入所者専用の留置場の建設が計画された。

この動きに対し、園自治会は、ハンスト・座り込みをはじめとする激しい反対運動を展開したが、駿河療養所・東北新生園では療養所内に、大島青松園でも島の海岸付近に留置場が設置され、長島では、長島愛生園と邑久光明園との共用の留置場が対岸に設置されるなどした。

2) 問題点

ハンセン病療養所入所者専用の留置場を設置することは、差別を助長することにつながった。法の下での平等に反しないかが問題となる（後述）。

3. 出張裁判（裁判所外における開廷場所の指定）の実施

1) 概要

裁判所法施行（1947年）以降、ハンセン病を理由に裁判所外の開廷場所の指定がなされた事例は95件（刑事事件94件、民事事件1件）であり、1972年2月29日に指定されたものが最後である（裁判所時報74号）。

刑事事件の開廷場所は、横浜刑務所（強盗 1948年上申庁横浜地裁）、盛岡少年刑務所（窃盗 同年上申庁仙台高裁）、岡山地裁（殺人・窃盗 同年上申庁広島高裁）、松丘保養園（贓物故買 同年上申庁札幌高裁函館支部）、愛生園（強盗 1949年上申庁名古屋地裁）、愛生園（窃盗 同年上申庁名古屋高裁）、新生園（窃盗未遂 1950年上申庁登米簡裁）、横浜刑務所（強盗 同年上申庁横浜地裁）、楽泉園（殺人 同年上申庁前橋地裁高崎支部）、神戸拘置所（窃盗 同年上申庁神戸地裁）、東京拘置所（窃盗 同年上申庁東京地裁）、神戸拘置所（外国人登録令違反 同年上申庁神戸地裁）、神戸拘置所（恐喝 同年上申庁神戸地裁）、恵楓園（強盗未遂・殺人未遂 同年上申庁熊本地裁）、楽泉園（殺人 同年上申庁東京高裁）、大阪拘置所（強盗 同年上申庁大阪地裁）等がある。

なお、病気を理由とするものでは他に、腰椎カリエス、神経痛兼糖尿病、坐骨神経痛・老衰、腎臓炎、高血圧症兼動脈硬化性神経障害（東京拘置所）、肺結核（松戸療養所）、十二指腸潰瘍（被告人自宅）、第十二胸椎圧迫骨折（厚生病院）、関節ロイマチス（巡查駐在所）等がある。

2) 実例

登米簡裁出張裁判 新生園にて窃盗・窃盗未遂事件 1949年判決

前橋地裁出張裁判 楽泉園にて殺人事件「1.16事件」1950年判決、1951年東京高裁控訴審判決

熊本地裁出張裁判 1953年菊池恵楓園にて

1953年、菊池恵楓園を外出中に強盗未遂等を犯したS氏は、逮捕直後、入所者であることが分かると、いったん釈放された後、園内の監房で勾留された。裁判は園の会館で行われ1700人の入所者の過半数が傍聴に訪れた。判決言渡しも自治会事務所前に人を集めて行われた。見せしめのためであった。刑の執行は監房で行われ、作業は課されなかったが、治療を与えられなかったため、病気が悪化し、関節炎や発熱を生じ、生命も危ぶまれる状態

となった

牛窓簡裁出張裁判 1957年 邑久光明園にて

菊池恵楓園では、医療刑務支所のコンクリートの塀に囲まれた中に、さらに塀で区切られた法廷がしつらえてあった。藤本事件の判決もそこで言い渡されたが、傍聴者はいなかった。

宮古南静園において、出張裁判を拒否した事例

宮古南静園においては、入所者の裁判は移動裁判と呼ばれて、園内の公会堂で行われるのが慣例であった。1960年の立法院議員選挙の際の選挙違反事件において、入所者であるM氏ら3名は「移動裁判であれば出頭を拒否する。排菌者ではない、外出許可ももらえる、公衆衛生上も問題ないはず。」と主張。裁判所から「M氏らに白衣を着せて行うなら、裁判所でも可」という妥協案が出たが、M氏らは「それは逆だろう。裁判所が白衣を着けたらいい。」と応酬。「被告らの椅子を消毒する。」と裁判所が再度妥協案を示し、M氏らは「消毒する、しないは裁判所の勝手。」と伝え、裁判所への出頭に応じた。裁判当日、椅子は消毒されていなかった。M氏は懲役6ヶ月、執行猶予3年の判決を受けた。

その後、入園者に関わる裁判は地裁の宮古支部で開かれるようになった。警察も刑法犯容疑者は入園者といえども署内に留置するようになった。

3) 問題点

判所法の解釈・らい予防法の運用

らい予防法ですら「法令により国立療養所外に出頭を要する場合であって、所長がらい予防上重大な支障を来すおそれがないと認めるとき」の外出を認めていた（15条1項2号）にもかかわらず、最高裁は、裁判所法69条2項の「必要と認めるとき」の解釈として「被告人が極めて長期間の療養を要する伝染病疾病の患者であって、裁判所に出席させて審理することが不可能ないし極めて不相当な場合」などを挙げ、前記の運用を行っていたもので、らい予防法を越える裁判所の絶対的な隔離主義との批判があてはまるものと思われる（徳田靖之「ハンセン国賠訴訟と法律家の責任」法律時報73巻8号、2001年）。

法の下での平等に反しないか

憲法14条1項後段は、前段の具体化であるが、例示列举である。「社会的身分」につき自らの意思を以て離れることのできない固定せる地位と解する（政府答弁）のは狭すぎる。人が社会において一時的ではなしに占めている地位をすべて含めると解するべきである（『註解日本国憲法上巻』有斐閣、1953年、350頁）。いずれにせよ、らい患者であることで他の感染症の患者と異なる扱いをすること（裁判所時報によれば、肺結核の患者につき療養所を指定した1例があるものの他はすべてらい患者である）は不合理な差別であるから、法の下での平等に反するのではないか。

裁判を受ける権利に反しないか

憲法 32 条は個人にその基本的人権の擁護について平等かつ完全な手段を保障するものであるから、これに反する疑いがある。

裁判の公開に反しないか

裁判の公開とは裁判の対審及び判決を一般公衆の傍聴できる状態（不特定かつ相当数の者が自由に裁判を傍聴し得る状態）でなすことで（憲法 82 条 1 項、同 2 項は例外、37 条は刑事被告人の権利の面から規定）、これらの規定に違反する。

4. 菊池医療刑務支所（特殊・専用刑務所）の設置

1) 設置までの経過

ハンセン病患者専用の刑務所を設置する計画については、厚生省と法務省により 1950 年から議論された（宮崎松記「癩刑務所のできるまで」九州矯正 8 巻 5 号、1953 年）。すなわち、法の下での平等の原則に立ち司法権の発動はらい患者にも適用されねばならないが、刑務所設備がないため行刑猶予ないしは刑の執行が行われず、それがらい患者をして特権があるごとく如何なる犯罪を犯しても刑に処せられることがないとの印象を与えた。かつて施設の長に懲戒検束権を与える（1916 年法）など姑息な手段によってその場を凌ぎ療養所内の「監禁室」、楽泉園内の「特別病室」といった拘禁施設を設けたが、戦後「特別病室」で死者が出て社会問題化した。らい犯罪者の矯正施設の必要が痛感されたが放置されるらい犯罪者も多かった（1950 年調査によると、刑の確定者および未決拘禁中の者 104 名のほとんどが矯正の対象にされていなかった）。らい患者ゆえ他の受刑者や職員に対する感染の恐れ、他の受刑者や職員による別扱い故処遇に困難を来すから一般の刑務所に収容することは困難、専門的治療も必要なので療養所と連絡の取れるところにらい患者のために刑務所を作る、ただし法務当局で予算をとることは困難ゆえ厚生省が予算を取れば法務省は監獄法に基づく代用刑務所に指定する、云々と。他方、国立療養所所長会議の多数決でらい刑務所を菊池恵楓園に持っていくことに決定。菊池恵楓園内への刑務所の設置が具体化すると、自治会が「患者が療養環境の明朗化を期して努力しているとき、所内に刑務所を設置することは人間性を無視した行為であり、精神衛生の面からみても、恵楓園の致命的欠陥になるものだ」と反対した。そのため、患者居住区は避けられたものの、1951 年着工、1953 年、恵楓園から敷地の無償所管換を得て菊池郡合志町に設立された。収容対象者は、「…刑の確定した者、または犯罪の容疑者で未決拘禁を要すべきらい患者が必要と認められた者」、収容区分は全国、定員 55 名であった。

2) 運用の経過

収容者数は、1 日平均、多い年で 18 名、1961 年以降 5 名以下、1971 年頃からは 2～3 名以下。1983～85 年は 3～5 名。1988 年以後 0 名。女性は開設以来わずかに 2 名のみ。収容時 25 歳以下の青少年が 20%に満たず一般犯罪のそれと比べて割合に少なく、26～40 歳までが 62%と大半を占める。

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

1973年頃、小倉刑務所と統合し菊池刑務支所を拡張して一般の医療刑務所にする計画があり、地元住民及び園内自治会が反対運動。1986年、定員10名で新築された。1997年正面表札が取り外される。現在、旧刑務支所の外壁および新設された刑務所施設が残存している。

3) 矯正処遇の実情

3年以上の懲役刑が25%を占める。一般犯罪の内容と比較して、窃盗、詐欺等財産犯の比率が低く強盗、殺人等粗暴犯の比率が高い。密入国、麻薬関係の罪名を併せ持つ者が多い。

進行期にある重症の者は、当初は多かったが、6年目頃から年を追って少なくなる。治療は、国立療養所の水準を目標とし、根本的治療としてはプロミン注射、DDSの使用を中心とする。整形外科的治療、植毛等は専門医を招聘して行う。軽症の者、治療効果がある段階に達した者には健康度に応じて農耕園芸等の作業療法を行う。

初めの5～6年は治療効果が著しく軽快者も多い（入所前治療経験の少ない者が多かった等の理由による）が、次第に病状にあまり変化の見られない者が多くなった。

高度の偏執性性格または分裂的傾向の強い精神病質者を多数含むので、処遇困難な者が多い。また、療養所入所経験のない者は治療・作業に専念し更正に努める者が多かったが、入所経験のある者は多く処遇困難であった。

釈放者は、原則として国立らい療養所に入所させることになっていたため、再犯者は比較的少ない。

4) 一専門家の評価（吉永亨「菊池医療刑務支所について」矯正医学18巻2号、1969年、94-102頁）

| | |
|------|---|
| 利点 | 他の収容者の冷たい眼かららい患者を解放する。 疾病をよく理解した職員によって処遇がなされるため、収容者に安堵感を与え専門的治療を受ける機会に恵まれる等。 |
| 不利な点 | らい専用の特設刑務所から出所することで社会復帰の著しい障害になる。 一般社会との隔絶監が強く職能訓練等に不利 |

5) 問題点

前述のとおり、法の下での平等に反しないかが問題となる。

六 法学界の対応

1. 法学界の態度

法学界において、実社会では全療協のハンガーストライキ等が行われたにもかかわらず「らい予防法」が合憲との政府見解が疑われることはなかった。また、憲法違反という観点から、「らい予防法」の改正について、理論的な検討が加えられるということも全くなかった。個々の研究者のレベ

ルにおいても、それは同様であった。「らい予防法」見直し検討会における法学者の発言も、「同法の存在を知らなかった」といった内容のものであった。このような態度は、らい予防法違憲国賠訴訟でも維持され、ごく一部の研究者を除けば、裁判所が違憲判決を下すというようなことは考えられないというような評論家的なそれであった。法学界、法学者の責任という視点も極めて弱い。戦後法学の限界を示しているといえよう。

2. 法学者の見解

1) 憲法

美濃部達吉『日本国憲法原論』(1952年)によれば、「各人をして相当の生活を営むことを得せしむる為に各種の社会的施設を整備することは、基本的人権を保護する為の国家の必然の義務でなければならぬ。」「社会的施設の目的として(イ)社会福祉(ロ)社会保障(ハ)公衆衛生の三を挙げて居る。...(ハ)公衆衛生の為の施設は、伝染病予防法・結核予防法・癩予防法・種痘法・検疫法等による施設を初め飲食物の取締・汚物の掃除・医師薬剤師の監督・薬品取締等其の施設は多岐に亘って居る。」とされる。

「公共の福祉」の要請があれば基本的人権を一般的に制限しうるとする通説(例えば柳瀬良幹『基本的人権と公共の福祉』、中谷敬寿『公共の福祉について』等)は、これと軌を一にする判例と共に、らい法制を支えたと思われる。

この通説に対しては、憲法が各個の権利自由につき「法律の留保」を認めない意義の大半が失われると『注解日本国憲法改訂版』(1953年)は批判した。ただ、『注解日本国憲法』は、憲法が特に「公共の福祉」を掲げた22、29条の場合「権利自由内に内在する限界を超えて法律によって政策的考慮に基づく制限を加える根拠となる」との説を展開し、らい法制の強制隔離を批判する根拠にはなりえなかったと思われる(美濃部前掲書、443-444頁)。

通説に対し、人権相互間の矛盾衝突を調整する原理としての実質的公平の原理と捉える説がある(宮沢俊義『憲法』(法律学全集)有斐閣、1959年、218-240頁)。この説に立てば、伝染病から守られる利益など、厳密に権利といえないが保護される一般的利益は厳密に人権と言い切ってよいかの疑義が残り(山本桂一「公共の福祉」『日本国憲法体系(宮沢俊義還暦記念)第8巻基本的人権』、有斐閣、1965年、13頁)伝染病患者ないし伝染を疑われる者の居住移転の自由を公共の福祉では制限し得ないことになる。

特別権力関係論は、特別の公法上の原因(法律の規定に基づく場合として例えば、監獄法による受刑者の在監関係、伝染病予防法により強制入院させられた患者の国公立病院在院関係がある)によって成立する国または地方公共団体と国民または住民との特別の法律関係を特別権力関係という観念で捉え、人が当然に国または地方公共団体の統治権に服する一般権力関係と異なり、特別権力関係では次の3つの原則が支配すると説く(例えば、室井力『特別権力関係論』、1968年)。すなわち、(a)特別権力の主体は命令権・懲戒権などの包括的支配権を与えられ、個々の場合に法律の根

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

拠なくして当該関係に属する者を包括的に支配できること、(b) 特別権力の主体はそれに服する者に対して、一般国民として保障される権利・自由を法律の根拠なくして制限することができること、(c) 特別権力の主体がそれに服する者に対して行う行為は、支配権の発動であるから、原則として司法審査は排除されること、という3つの原則である。なお、この通説の叙述は、芦部信義『憲法学 人権総論』（有斐閣、1994年）246-250頁によったが、この理論は、らい法制を直接的に支えたものと思われる。

『注解日本国憲法』によれば、22条の解説として、「公共の福祉に合する限り、制約をなしうる趣旨である。しかして、ここにいわゆる公共の福祉は、…政策的に要求されるものを含む…。例えば、…癩予防法で患者又は病毒に汚染した疑いある者を強制隔離するのが、まさにこれにあたる」（芦部前掲書）とされている。

伊藤正巳は、「らい予防法6条…実質的に考えれば、自由を制限しないときに生ずる害悪の発生の蓋然性が高く、緊急性と必要性を認めるに足りるものであって、公共の福祉のためという要件を厳しく考えるとしても、合憲の措置といわねばなるまい。」（伊藤正巳「居住移転の自由」『日本国憲法体系（宮沢俊義還暦記念）第7巻基本的人権』有斐閣、1965年、222-223頁）とする。

2) 行政法

直接強制及び即時強制

行政当局が、人の身体に、その意思に反して強制手段をとる場合、直接強制と即時強制がある。両者の区別は、行政行為による義務付けが前提になっているかどうかである。直接強制は、義務者の義務の不履行の場合に、直接に、義務者の身体又は財産に実力を加え、義務の履行があったのと同様の状態を実現する作用である。即時強制は、義務不履行を前提とせず、目前急迫の障害または行政違反の状態を除く必要上、義務の履行を命ずる暇のない場合又はその性質上義務を命ずることによってはその目的を達しがたい場合に、直接に人民の身体又は財産に実力を加え、もって行政上必要な状態を実現する作用である。直接強制と即時強制の概念は異なるが、区別は流動的で、現実にはオーバーラップしている場合がある。

行政上の強制執行の根拠法となる一般法

直接強制を含む、行政上の強制執行につき、戦前は一般法として行政執行法があったが、戦後は、人権侵害のおそれが強いと反省が加えられ、行政執行法は廃止、これにかわる行政代執行法が制定され、直接強制は、個々の法令で例外的に認められることになった。

行政執行法とは異なり、「非代替的作為義務や作為義務の履行に付いては一般法は存在せず、個別の法律が必要に応じて規定しているにとどまる（…直接強制については…らい予防法6条等）」（小高剛「行政強制」『岩波講座 基本法学8 紛争』、岩波書店、1983年、249-268頁）

下山瑛二は、直接強制について、「たとえば直接強制の法制として挙げられるものとして、性病予

防法による受診命令に基づく強制検診(11条)の場合があるが、しかし一旦受診命令を出し、それを履行しないときにはじめて強制検診をするのが直接強制と考えられるべきである。その他直接強制を規定した法制としては、現在きわめて少なくなっているが、その例としてらい予防法6条があげられる。」と述べる。さらに、即時強制について、「(1)健康診断... (2)診察... (3)優生手術... (4)予防接種... (5)入院・入所 伝染病予防法7条、精神衛生法29条1項、らい予防法6条3項等。規定の仕方には若干の差異があるが、いずれも本人の同意なくして、収容・入院させることができることになっている。(下山瑛二『医療の強制と人権』医療と人権、有斐閣、1984年、331-347頁)と記述する。

3) 裁判所法69条(開廷の場所)

平野龍一は、「...法廷は、裁判所または支部で開かれる(裁69条1項)。最高裁判所は、必要と認めるときは、他の場所で法廷を開き、またはその指定する他の場所で、下級裁判所に法廷を開かせることができる(裁69条2項)(例えば、らい患者のために、療養所で開くような場合) ...」(平野龍一『刑事訴訟法(法律学全集)』、有斐閣、1958年、156頁)と述べる。

4) 医事・衛生法

磯崎辰五郎は、「収容、隔離」について、「必要な場合には、当該衛生機関は、或いは患者を強制的に入所乃至入院させ、或いはその入所乃至入院を命ずることができる(...らい6条)。ただらい患者の入所についてはやや複雑で、まず勧奨(らい6条1項・4項)次に命令(同6条2項)そして最後に実力行使(同6条3項)という三段階に分ち規定している。...」(磯崎辰五郎『医事・衛生法(法律学全集)』、有斐閣、1979年、150頁)としている。

七 問題点

1. 法律家の職業習慣病

「理性的なもの、それは現実的であり、現実的なもの、それは理性的である」(ヘーゲル(高峯一愚訳)『法の哲学(上)』、創元社、1961年、20頁)。このヘーゲルの命題は、既存の法律を理性的・現実的な前提と考えるという意味で、法律家には特に親和力がある。

その上、「(イ)法律家はいつとはなしに法律と正義を混同し、法律に対する批判精神に乏しい傾きがある。(ロ)その反面、法律を超越するかに見える問題、...については却って諦観するかに感ぜられる。(ハ)そればかりではない。法の尊重を標榜しながら、却って法の歪曲を敢えてする。その故に法律家はしばしば詭弁家ないし三百代言に陥る危険がある。...こう見てくると、何と法律家は居丈高なことであろう。常に自分の解釈が客観的に正しい唯一の解釈だとして、客観性の名において主張するなんて。しかし、また、見方によっては、何と法律家は気の弱いことであろう。万事法規に頼り、人間生活が法規によって残りくまなく律せられなくては心が落ち着かないなんて。そして何とまた法律家は虚偽で無責任なことであろう。何とかして主観を客観のかげに隠そうとするな

んて」（来栖三郎「法の解釈と法律家」私法 11 号、1954 年、16-25 頁）。法律家の罹患しがちな、いわば職業習慣病としては、他に、先例がないと一歩も前に進めない臆病、時代や社会の生の現実に対する無知、不勉強もあげられるであろうか。

西洋では「世界は滅びるとも、正義は行われるべし」Fiat justitia, pereat mundus.の法諺に説得力があるようだが、日本で人々は、「正義は滅びるとも、世界は生きるべし Pereat justitia, vivat mundus.」の法諺の方にむしろ親しみを感じるのではないか。残念ながら、日本で多くの法律家が根本的に問題を掘り起こす意識に乏しいのは、こうした、人々の意識の反映でもあろうか。

また、法律家の世界も、他のプロフェッションの例に漏れず、専門化現象が著しい。労働法、刑事法、消費者法、医事法、企業法、知財法、情報法等々、時代の進展に伴い次第に専門化・特化が進んできた。これは、法律家もタコツボ型文化に属しており、それぞれ孤立・独立して他の分野に無関心になりがちであることを意味する。

さらに、弁護士の 2 極分化が囁かれ、「人権派」弁護士などという言葉が示しているように、人権擁護活動自体、専門特化して（松岡英夫『人権擁護六十年 弁護士海野晋吉』、中公新書、1975 年）、法律家なら誰でもとはいかない時代を迎えている。

2. 個々の弁護士実務と弁護士会による公益活動の限界

1949 年の弁護士法 1 条 2 項は、個々の弁護士に対し、「法律制度の改善に努力しなければならない」と宣言した。しかし、職務の遂行を通じて国家社会の進展に寄与すべき義務は、あくまでも努力目標であり、この義務の遂行は実際には容易ではない。依頼者が相談を持ちかけても、提訴、申立等の具体的行動に出るべきか迷っている場合、たとえ社会的意義が大きいと思われても、依頼者に行動するよう働きかけることを多くの弁護士はためらうだろう。弁護士は「事件を醸成し、その他これに類することをしてはならない」（旧弁護士倫理）し、「事件を誘発してはならない」（1990 年新弁護士倫理）以上、倫理に反すると疑われたくないためである。

弁護士が実務の傍ら弁護士会に調査研究の申立をすることは可能だが、弁護士にとって実務と公益活動のバランスをとることも容易でない。弁護士会によっては、公益活動を義務化する動きがあるが、義務化された公益活動は、ある種形容矛盾であり両刃の剣でもある。

欧米のように弁護士会ではなく個々の弁護士が公益活動をするか、メガファームの収益の一定割合を公益活動に割くかは違って、日本では、戦後、弁護士会が人権活動を展開してきた。それでも、弁護士会が人権救済事件等を通じて国家の政策に意見や提言を述べるようになり、それが社会に一定のインパクトを与えるようになったのはそんなに古いことではない。弁護士会の公益活動は、比較的少数の個人的作業に依存している。従って市民の申立てベースによる人権侵害事件はややもすると手一杯であり処理は遅れがちになる。ルール上は、申立がなくても弁護士会が調査を始めることは可能だが、マンパワー上どうしても限界がある。

3. 1953 年らい予防法への対応の欠如

1953 年らい予防法に対して、残念ながら法律家・団体による何らの意見表明も記録されていない。

患者らの、総決起集会、患者作業拒否、デモ行進、国会への陳情、座り込み、ハンストなど激しい運動が展開され、マスメディアに報道されたにもかかわらず、「見ざる・聞かざる・言わざる」の姿勢が貫かれた。

これは、以上の法律家・弁護士会の公益活動の限界からくる当然の結果かもしれない。1947年の栗生楽泉園特別病室事件、1948年の優生保護法制定、1951年の3園長発言事件など、戦後の重大な状況にもかかわらず、医学・医療のことは医学界に任せようとの医学追従説の考え方がこれを補強したのであろうか。

4. 1953年らい予防法改廃に対する対応の遅れ

法律家・団体、なかんずく日本弁護士連合会の対応の遅れには弁明の余地がない。

八 今後に向けての提言

1. 法律家の職業習慣病に対する免疫の獲得努力

法律家が現実的なものを理性的なものとするヘーゲルの哲学的呪縛から開放され、専門外無知、臆病などの職業習慣病に対する免疫を獲得するには、余程の、おそらく他の職業人以上の努力が求められるだろう。だが、これといったワクチンも治療法もないから、これらを自覚し克服するか免疫を獲得していくしかない。

その際、自己の「立場性」を認識することも重要である。法律家といえども決して中立の第三者ではない。にもかかわらず、法律家における第三者性が誤って強調される結果、この第三者性が「傍観者性」としばしば結びつき、人権侵害を見逃す結果となっている。

2. 法律家の積極性の陶冶・問題意識の組織化

「被害者が自らの被害を雄弁に語り、被害者集団が整理して一致して助力を求めてくることを待っているのは、法曹が本来の役割を果たせない場合がある（HIV訴訟もハンセン国賠訴訟も、訴訟が当初から全ての被害者に歓迎されたわけではない）。法曹一人一人が専門家として被害の本質を知り、人として被害者とともに歩む姿勢を持つことで初めて被害者と共に被害を乗り越え、専門家としての役割を果たすことができる...」（水口真寿美「法曹の責任」『シンポジウム差別のない社会をめざして - ハンセン病熊本判決から1年（皓星社ブックレット15）』、皓星社、2002年、69-78頁）。この姿勢は、事件の誘発を禁止する弁護士倫理とは別次元のことであろう。

その上で、被害者との接点に立つ最前線の弁護士が個々の問題意識を、専門家集団の問題意識として、例えば単位弁護士会、ブロック弁護士会、日弁連等にネットワークを広げて組織化することが、問題の根本的解決につながる。

3. 弁護士会の改革

弁護士会には、基本的人権擁護等を使命とし法律制度の改善義務を負う弁護士の「指導、連絡及

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

び監督に関する事務」（弁護士法 31 条）という役割がある。同業者組合（ギルド）としての役割と並んで、人権擁護等の公益活動を推進する基盤を整備する役割があるのである。例えば、人権擁護委員会活動の活性化である。申立てなしでも調査できるほどの人的体制を整備し遅滞なく調査検討を進めること、一旦公表された意見書・提言等の実施にむけてのフォローアップ・チェックシステム、立法における附帯決議を周知徹底させるシステムの構築等々である。

4. 法学教育、人権教育の改革

カミング・アウトの困難さなど少数者の立場に対する感受性の養成はどうしたらできるか。現場体験、フィールドワークの積み重ね、活動経験者の学校等への出張講演は必須条件であろう。

5. 感染症立法における強制力の行使を基礎付ける公共の福祉概念の絞り込み

1998 年 11 月 19 日の国連規約人権委員会は日本政府から提出された報告を検討し、最終見解を採択した（CCPR/C/79/Add.102）。その「主な懸念事項及び勧告」第 3 項には「委員会は、『公共の福祉』に基づき規約上の権利に付し得る制限に対する懸念を再度表明する。この概念は、曖昧、無制限で、規約上可能な範囲を超えた制限を可能とし得る。前回の見解に引き続いて、委員会は、再度、締約国に対し、国内法を規約に合致させるよう強く勧告する。」と明記されている。

この勧告に応える一つの方法は、「公共の福祉」概念を絞り込むことであろう。例えば、基本的人権を制約する公共の福祉ということは、人権相互間の矛盾衝突を調整する原理としての実質的公平の原理であると捉えるのである（芦部前掲書）。

感染から保護される人々の一般的利益を人々の生命身体上の人権と捉えれば、その人権と感染されないし感染を疑われる者の居住移転の自由との衝突の問題となる。結論的には、感染されないし感染を疑われる者に対する強制力の行使は、著しいリスクのおそれの合理的客観的な立証に基づくものとする。このリスクの判断要素としては、リスクの性質（感染経路）、リスクの期間（感染期間）、

リスクの蓋然性（感染のおそれ）、重症度（結果の重大性）、人権への負担の 5 つがある。この判断は、負担の性質、重さ、期間が措置の有効性と均衡することである（Gostin, Burris, Lazzarini and Maguire. Improving State Law to Prevent and Treat Infectious Disease : Milbank Memorial Fund. 1998. 「何が裁かれたか 専門家の責任」『ハンセン病 いま、私たちに問われているもの（クリエイツ DO Book's）』、クリエイツかもがわ、2001 年、45-70 頁）。

6. 感染症立法における基本原則の立案

1) 感染症予防医療法（1999 年）には、疾病を特定する分類条項があるが、この条項は、新たな差別・偏見の温床となるおそれがある。差別・偏見を醸成しないためにはこれを削除し、これに替えて、法律に前記リスクの判断要素を明記し政令で各疾患ごとに数値評価をして強制力の行使を限界づけるべきである。

2) 感染症予防医療法（1999年）には、基本原則を定める条項が欠落しているが、これでは、恣意的運用を避けることはできない。そこで、少なくとも、次のような基本原則および適正手続き条項は法律に明記すべきである（「医療は人権を守るか（前編） 感染症予防医療法・指針にふれて」看護学雑誌 63 巻 8 号、1999 年、748-755 頁）。

感染症の制御について公衆の理解と任意の協力が第一義的に重要であること（精神保健福祉法 22 条の 3 参照）

強制措置は任意手段が奏功しない場合に必要最小限でなければならないこと（感染症予防医療法 34 条参照）

強制力の行使にあたっては、前記 5. に留意すること

強制隔離に際しては書面による通知、弁護人依頼権、十分かつ公正な聴聞、異議申し立て権を原則とすること

緊急時の例外の場合の事後処置

7. 行政上の即時強制の限界を一般法で明文化

行政上の強制執行につき、即時強制については個別法が存在するのみである。人権侵害のおそれが高いから、一般法が存在しなくてよいことにはならない。やはり、行政上の即時強制の限界を一般法で明文化すべきである。

第2 福祉界

一 はじめに

わが国における社会福祉の歴史は、慈善事業、感化救済事業、社会事業、社会福祉等、さまざまに名づけられて展開してきた。慈善事業と社会事業の中間に、感化救済事業という特有の時期が存在し、それを媒介として社会事業への移行がなされ、さらにそこへ戦時厚生事業の時期が重なってくるという道をたどっている（一番ヶ瀬康子「解題」『戦前社会事業史料集成第1巻』、図書センター、1985年）。そのような社会事業及びその前史諸事業が、ハンセン病隔離政策とどのように関わってきたか、思想的背景としてはどのような問題を内包していたかをあわせて検証して、ハンセン病絶対隔離政策に関わる社会福祉界の責任を明らかにする作業の一端としたい。

ハンセン病と慈善事業について一応概観したうえで、1909年施行の法律第11号「癩予防ニ関スル件」のもとで、すなわち社会事業史の段階でいえば感化救済事業の時期をまず取り上げてハンセン病問題とのかかわりを検討する。

二 慈善事業とハンセン病

わが国の社会福祉前史は、1874（明8）年、太政官達第162号恤救規則が、維新後の社会不安対策として公布されたことに象徴される初期の段階をへて、政治体制、救済体制が次第に熟する19世紀最後の約10年間に続くのであるが、慈善活動の第2期ともいべきこの10年は、救済人員の増加に示される貧困の深まりが著しい。この時期に起こった1891（明24）年の濃尾大地震、1902（明35）年の東北大凶作は多くの慈善救済事業が開始される契機であったが、基本的には産業革命を経て、資本主義社会の貧困が都市にも農村にもあらわになり、公的救済がほとんど全く行われないうなかで、各種の慈善事業がはじめられた時期なのである。この時期に、慈善・救済事業として開始されたハンセン病患者への働きかけは、1889年のフランス人テストウィードによる神山復生病院、アメリカ人宣教師ケート・ヤングマン及び好善社による慰廃園（1894年）、1895年のハンナ・リデルの回春病院、1898年のフランス人神父ジョン・メリー・コールによる待労院と、いずれもこの時期に、欧米諸国からのキリスト教宣教師たちの手によって生まれている。仏教もハンセン病患者の信仰や生活とは幾世紀にもわたって深いかかわりを持ってきていたが、近代的な社会事業につながる組織的な活動としては、キリスト教の宣教師によるものが先ず現れたのであった。カトリックの修道会の伝統と人材の派遣、外国での募金活動など、さらに国際的な援助基金に応募するなど、外国からの援助が多かったが、国内での募金活動も行なわれた。

そのなかでは、ハンナ・リデルが、日本もまた近代国家にふさわしい政策をとるべきことを政財界の指導者に訴えて、大きな影響力を持った。教会の篤志伝道師（ヴォランタリー・ミSSIONナリー）として、いわば個人の資産を持って来日したリデルは、その事業への財政的援助を求めて時の政治界の有力者、大隈、渋沢の兩人を訪れ、当時の衛生局長窪田静太郎、また島田三郎などと相談

し、新聞記者をはじめ有志をあつめて救護予防の方法を講ずべき必要を訴えたのであった。当時を回顧して窪田は「癩予防制度創設の当時を回顧す」という一文を『社会事業』17巻5号（1934年）に寄せているが、そこでは、渋沢が一般の癩患者の処置、とくに徘徊や仏閣の門前に憐れみを乞うような患者の救済を実行すべきことを衛生局長たる自分に強く言われたことと、それに対する自分の考えを述べている。窪田が考えていたことは次のようであった、という。

そもそも伝染病と確定した癩の公衆に対する伝染予防事業と癩患者その人を保護救済するということは別である。衛生局長は伝染予防を主管するもので、公衆衛生の見地からすれば癩の予防は第一着手しなくてはならない問題ではなかった。1903年から1910年までを衛生局にいた人間とすれば、まだ急性伝染病の予防に力を取られていて、各地方の官吏の人員から見ても経費の負担からいっても、慢性の伝染病まで手がまわらなかった。

慢性伝染病をとりあげるとしても、性病、トラホーム、その他、必要性から言えば結核が第一であろうことは、関係者間に異論がなかった。先ず着手すべきが癩予防とは考えにくかった。（癩が伝染病であることは明らかであったが、伝染によって癩になったという感染経路の明らかなのは極めて稀で、伝染病ではあっても体質によって感染に差異があるのではないかと自分は考える。）しかし、救済の対象としては癩患者が最も緊急の必要がある。ことに資力に乏しく自宅において療養できない患者は速やかに救済する必要がある。

救済ということならば、内務省では地方局であって、公衆衛生局ではない。また、風紀上の取締りということになれば、それは警保局の主管である。

しかし、渋沢の熱心な勧告とそれによる世論の流れにふれて、自分も衛生局長としては癩予防を主たる理由とし、傍ら患者その人の救護も必要であるということを経由して、まず放浪患者を一定の場所に収容して、救護を公費で与える方針を定めて着手することにした、というのが窪田静太郎の論理であった。したがって、各府県に、必要に応じて適宜の救護場を設け、府県費をもって支弁するというのが最初の案であった。

しかしこの案には、内務省内から強力な反対意見があった。それは地方局長（当時吉原三郎）からのもので、癩は遺伝である、という立場からの反対であった。その意見によれば、癩は遺伝なのだから、伝染を予防するという意味では患者の救護に緊急性はない。地方公費の負担はすでに重く、このような事業に着手するのは、ことの緩急の順序を誤っている、というのである。これを冷静に見てみると、当時の政府には癩が伝染であろうと遺伝であろうと、予防のために緊急の救護を行う必要はそれほど大きくない、他の疾患を考えても均衡を失するというのがその結論であったように思われる。それで1年延期したが、それでもなお、「伝染病であることを理由にするのは、最も合理的な説である、しかし自分の主張は、予防という観点をしばらく第二にまわし、先ず浮浪患者の救済のため収容を、というものであった。」「専ら予防上の見地からすれば、全国に当時四、五万と推測せられた患者のなかから、数百か千人くらいの癩の浮浪患者を収容するも伝染予防上の効力は大して見るべきものはない。故に他年有資力の患者をも処置するという場合においては十分伝染予防の目的に重きを置くべきであるが、当時の処置としては救済の目的に重きを置いて之に適するよう

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

なる施設を為すべしというのが自分の考えであった」（前掲窪田）と述べている。当面は救護を前面にたてるべきで、伝染予防の効果が第一の問題ではない、という立場である。

内務省内部でのこうした考えをふくみつつ、政府は1905年、癩に関する議員立法の提出に対して、内務省として計画中の対策を提示した。これがおそらく1907年の法案の最初のものであったのであろう。法案は同年両議院を通過、成立した（1909年4月1日施行）。隔離の必要性は、伝染予防というだけでなく、風俗上、また「外観上余程厭うべきこと」も隔離の理由とされている。「内地雑居」に伴う外国人からの抗議への配慮、また文明諸国のなかで、街頭にこれほど患者を見るのは日本だけという言説に対して国家の対面を保つためであった。道府県連立の療養所が開設された。

同じころに起こった、疾病と貧困に関するもう一つの大きな変化を指摘しなければならない。すなわち、貧困者一般に対する低額または無料の医療提供システム、具体的には1911年明治天皇の「施薬医療の勅語」と150万円の御下賜金を基金とする済世会の設立を中心とする動きである。貧困者一般にたいする公的対策を欠き、恤救規則のままに放置しながら、しかし貧困に直結する最大の原因であった疾病に関する、部分的な国家政策の時代を画するものであった。慈善事業の歴史でいえば、これらは、感化救済事業への転回点であった。資本主義経済のもとでの貧困問題への対策としての側面と、世界の列強に加わった国家としての体面の維持をめざす対策としての両面をもっていた。欧米諸国の政策を取り入れつつも、それを日本的に再編成し、天皇を頂点とする家族主義的国家観と勤労の美德を強調し、公的な救済義務を回避してすすめられた政策であった。治安警察法も同時期に施行される。ハンセン病政策は、ハンセン病の特性に深く根ざすものであると同時に、当時の社会的諸政策の問題性と共通の特徴を鮮明に持っていたのであった。社会事業と医療保護政策とのこの共通性の故に、社会福祉界はきわめて容易に、むしろすすんで、隔離政策を推進する役割をとったのであった。

三 感化救済事業とハンセン病対策

感化救済事業は、1900年（明33）9月、当時救貧・慈善事業の指導的立場にあった人びとが井上友一を中心として「貧民研究会」を組織したころから始まっている。そのメンバーは、官僚のなかでは、清野長太郎（内務省地方局）、久米金弥（内務省参事官）、有松英義（内務省警保局）、小河滋次郎（内務省監獄課）、窪田静太郎、相田良雄（内務省衛生局）、松井茂（警視庁）、学者としては、岡田朝太郎、桑田熊蔵両東京帝大教授、そして慈善事業家からは原胤昭（東京出獄人保護所）、留岡幸助（警察監獄学校教授）、安達憲忠と、のちに感化救済事業を推進した人々たちである。

これらの人々は、欧米諸国の社会政策をとりいれながら、それを日本的なものに作り変えようとしていた人々であり、その立場からいってもそれを実現できる人々であった。貧民研究会はアメリカの慈善組織協会のような組織を構想していた。1901年には留岡幸助がすでに大阪につくられていた慈善懇話会を訪問、組織化を推進し、1903年全国慈善大会を開催、日本慈善同盟会を設立した。しかし英米における慈善組織化と大きく異なった展開となったのは、当時わが国の財政が軍事費、

植民地費、産業助成などを膨張させる一方、社会政策関係、救貧制度などについてはきわめて貧弱な支出に抑え、恤救規則への国庫負担を縮減する政策をすすめたことによる。1908年には内務省地方局長通牒、「国費救助ノ濫救矯正ノ件」が出される。活発化する社会主義運動に対する治安対策として、また同時に国民の勤労意欲をたかめ、人心を絶対主義天皇制国家へと統合しようとする各方面の対策の中心に感化救済事業がおかれたのであった。

1908年、内務省の強力な指導で、日本慈善同盟会は中央慈善協会に再編成される。会長は東京府養育院院長であった渋沢栄一であった。労働争議の急増、社会主義グループの活発な動きを意識しつつ慈善事業を活用しようという政策の意図は、1908年9月開催の第一回感化救済事業講習会および翌年の地方改良事業講習会と共に、天皇を頂点とした家族主義国家観にもとづいて慈善事業を再編成し、救貧から防貧、さらに教化へという流れを定着させ、慈善事業を合理化していったのであった。社会主義への防波堤として慈善事業を活用しようというものである。

1910（明43）年5月、全国感化救済事業大会が開催された。中央慈善事業協会は、これを積極的に支援する。これらの感化救済事業講習会及び大会の資料にもとづいて、国は、優れた事業を選定し、内務省の奨励助成金及び皇室から下賜された慈恵資金による援助先を選定した。上記の神山復生病院、慰廃園、回春病院、待労院などは、この助成金及御下賜金の配分を受ける施設となっている。それまで全く公的な援助のなかった慈善事業家たちにとって、これらの補助金は、経常費に使えないまでも施設・設備の改善を含め事業を推進する上で新たな、かつ貴重な資金源となった。皇室からの慈恵資金は、英照皇太后、明治天皇、昭憲皇太后の死去ならびに大正天皇の即位にあたって下賜されたものを道府県に配分し、道府県ごとに元資金を保有し、窮民の救恤及び社会事業にあてるといったものであった。災害などにあたっての皇室からの下賜は、長く行われていたのであるが、1921年以降、全国の私設団体中成績優良のものを選んで広く「御下賜金」の交付が行われるようになっていく。これについては、関屋が述べているように、「皇室の社会事業に対して一時期を画したものであった（関屋貞三郎『皇室と社会事業』中央社会事業協会、1934年）。関屋は、1921年の内務省所管の所謂慈善事業についてその数を掲げ、その範囲が、翌年からは文部省関係の聾盲哑学校に、次の年は司法省関係の釈放者保護事業に拡大していること、1934年にはそれが内務省関係380、司法省210、文部省59、拓務省135、逓信省3、事業別に見ると児童保護176、救療86、養老32、隣保49、少年保護54に及んでいることを述べている。癩予防救済事業としては、特に癩予防協会が御下賜金を基本に発足して、その後の継続的な皇室からの助成金が始まったことを特記すべきであろう。皇室を頂点とする感化救済事業の成立と、それが半官半民の団体を介して行われるようになる動きを示している。

近世の儒教文化から生まれた仁愛、仁政の思想と、天皇を頂点とする家族主義的国家観とに裏付けられた感化救済体制は、公的救貧の国家責任をあいまいにし、近代的なボランティアを育てず、福祉実践は実践に基づく洞察を政策批判に反映する力を失っていった。半官半民のあいまいな組織を背景に、国家責任を回避するために用いられている皇室からの下賜金が、あたかも優良事業の保証書のごとき安心感をあたえるという状況がつけられ、一方では政府によるそれらの支配が行われていった。ハンセン病者の隔離政策への無条件の追従が地域に拡大するうえに、福祉界のこのよ

うな構造が大きく加担していたことは否めない。

四 隔離政策と福祉界

法律第 11 号と、5ヶ所の療養所の設立をもってハンセン病対策は動き出した。光田健輔はノルウェーの例をたびたび引用しながら、年来の主張である絶対隔離による撲滅策を論じて、それを推進し続ける。慈善事業としてハンセン病者の救護をおこなって来た人たちは、何とか自分たちの独自性を保ち続けようと努力し、またハンセン病の親から生まれた子どもたちの分離保育等、医学・医療の周辺で、社会事業として可能なことのなかに活動を見出そうとして動き始める。しかし富国強兵をかかげて欧米列強に伍することを目標に、ファシズムの流れが加速するとともに、外国からの宣教師の仕事は、英米からのそれを始めとして次第に継続が困難になった。スパイの嫌疑をかけられたり、外国への送金を疑われたりした例もあって、その経営は困難になっていく。

ここでは、組織としての中央社会事業協会の考え方を、その情報誌を手がかりに考察し、ついで絶対隔離政策を財政的に支えた三井報恩会と、地域組織としての方面委員・民生委員の活動をそれぞれとりあげて検討する。

1. 中央慈善協会（のちの中央社会事業協会）とハンセン病問題

中央慈善協会の会長は渋沢栄一であった。渋沢は、1916（大5）年に、喜寿を機会に、40年以上を注いだ第一銀行頭取の職を辞し、感化救済に関する事業に尽力することを宣言して、養育院院長と中央慈善協会会長の職のみを継続した。将来共にその職務を楽しみたいという抱負を、「社会と救済」の改題1巻1号の巻頭に述べている。渋沢は養育院の医官であった光田健輔の主張を終始後援して、渋沢自身の死去の年（1931年）も、93歳の高齢をおして癩予防協会設立のために中央社会事業協会会長として動いている（原泰一「癩予防協会の設立まで」『社会事業』14巻12号、1931年）。当然のことながら中央慈善協会（のちの中央社会事業協会）は、そのときどきに、ハンセン病隔離政策の趣旨、その計画、内務省や保健衛生調査会の諸調査などの情報を提供し、特にその中央情報交換誌としての『社会事業』は重要な機関として機能した。ハンセン病問題、とくにその隔離政策の理念をめぐっては、幾たびも雑誌『社会事業』でこれを取り扱っている。この疾病に対する社会的対策の欠如していた時代に、極貧者あるいはその集住地域における慈善活動のなかでハンセン病を疑わせる人々に接することもあった社会事業家たち（たまたま『社会と救済』の改題第1号にも、そのような悲惨な家族の生活報告が掲載されている）に向かって、この問題への理解を求めたいという編集側の意図があり、当時社会衛生という分野が浮上してきていたこともあったのであろう。当初は主として専門家、具体的には、光田健輔や、高野六郎による寄稿を通して、ハンセン病の医学的説明と隔離の必要性を訴えたのであった。

光田健輔は早くから隔離政策の必要性を論じて東京養育院月報にその意見を発表しており、（たとえば1902年2月東京養育院月報12号「癩病隔離所設立の必要について」など）そこでは癩が伝染性のものであることと、隔離の必要を論じているが、1914年（大3）12月、渋沢会長開催の癩予

防談話会で講演して、収容患者の逃亡防止のため離島に隔離すべきこと、患者への慰安の必要性、後援団体の組織化の必要などを論じている。中央慈善協会が、ハンセン病問題を自分たちの関心事としていたことを現すものであり、同時に東京市養育院長として、光田を信頼し、これを後援した渋沢と共に、光田の提唱する絶対隔離政策に同調するものであった。

社会事業家たちの「常識」や「世論」を形成する上で、雑誌『社会事業』また関西における『慈善と救済』などが担った役割は大きいものがあった。

2. 財団法人三井報恩会

1) 「癩の根絶策」

1930（昭5）年10月に、内務省衛生局が「癩の根絶策」の3案を発表し、その第一案「二十年根絶計画」で、新たに1万人を収容する施設とそれによる全患者の収容を10年間で達成するという計画を立てたとき、わが国は1929年の世界不況の只中であって、療養所の建設と運営、さらに隠れ住む在宅患者の入園勧奨とそのための人手は、それまでに較べてはるかに膨大な予算と運営組織を必要とした。癩予防法の成立後、内務省衛生局予防課長高野六郎は、「癩予防法」と、癩予防協会（1931年1月創立）と、国立療養所（1930年長島愛生園設置）の三者による「癩の根絶」の展望を語っている（1931年8月）。高野は1926（大15）の『社会事業』においても、癩予防事業を「最も偉大な慈善事業、社会事業、衛生事業」として、この仕事はやれば必ずできる仕事であって、「要するに根本は結局癩の絶対隔離である。この隔離を最も厳粛に実行することが予防の骨子となるべきである。」と述べている。

しかしながら、国家財政はもちろんのこと、経済界一般にも不況の打撃は深刻であって、20年前に済世会を組織したときのような募金方式と協力者組織の方法は、すでに現実的でなくなっていた。しかも光田園長は、愛生園において施設がまだ不十分であるにもかかわらず、そして定員をはるかに越えても、入園を希望して来た者はこれを受け入れ、在園者には食事や居住空間など生活の基本的条件の低下を承知でそれらを同病者相互で分かち合うことを求め、さらに10坪住宅の建設を広く寄付金によってまかなうという方法を案出して、率先して在宅患者の発見と勧誘を行い、各府県からの送致を奨励し続けた。他に例をみない施設拡充のためのこの方式を通して完全隔離が目指される。在宅患者を熱心にほり起して隔離するというこの計画を現実に可能にしたのが、癩予防協会の組織と事業、そして財政的には三井報恩会の力が大きかった。戦前の「無癩県運動」は、三井財団の力なくしては成立しなかった。国立療養所への施設の寄付などを含めて助成の範囲もまた広範にわたっている。

2) 三井報恩会設立の時代背景

教育、社会事業などの領域の研究や調査、従事者の慰労などに助成金を提供する財団の数は、当時相当数に上っていたが、三井報恩会はとりわけその額が大きく、他を圧倒していた。日本社会事業協会の特別会員であり、行政との結びつきはきわめて強いものがあった。

財団設立の直接的な動機をその時代背景にみることができる。すなわち、1929年10月24日に

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

ニューヨークの株式市場の大暴落があり、翌 1930 年から 32 年にかけて、わが国も深刻な恐慌に見舞われた。（昭和恐慌）。対米輸出に依存していた生糸の暴落が引き金になって、繭価の惨落、農産物価格低下、そして農家の負債増の一方で、都市には失業者があふれた。1931 年には満州事変が始まり、世情は騒然としていた。1932 年には、前蔵相井上準之助が血盟団によって暗殺され、その 1 ヶ月後には三井合名理事長団琢磨が、おなじく血盟団によって暗殺されている。5・15 事件では犬養首相が射殺された。

三井報恩会の設立は、当時「財閥転向」といわれた一連の動きにつながるものである。財閥の閉鎖性打破、公共性重視、投資構造の変化を通して、利益独占という社会的批判を当面何とか回避し、右翼テロ攻撃をかわしつつ経済活動を維持しようとする動機に出るものであった。

三井は三井合名理事長団琢磨の死（1932 年 3 月 5 日）から 1 ヶ月の後に、政府の強い要請を受けて、三菱と共同で、各 1000 万円の「満州国」借款供与に踏み切った。軍部からの批判をかわすためであった。続いて、一連の施策が展開する。まず、1933 年 9 月 29 日、三井合名会社社員総会において三井銀行常務取締役兼三井合名理事であった池田成彬が、三井合名筆頭常務理事に任命される（三井銀行退任）。池田の筆頭常務理事就任は三井の新たな動向として注目された。僅か 1 ヶ月後に、財団法人三井報恩会の設立が決定された。10 月 30 日の三井合名理事会および、10 月 31 日の三井合名社員総会における決定に基づいて、翌 11 月 1 日、三井合名社長三井高公名の声明公表がそれである（春日豊「財閥転向の一側面 三井報恩会の設立と推移」東敏雄・丹野清秋編『近代日本社会発展史論』、ペリカン社、1988 年）。

その趣旨は「現下国家内外の情勢益々深刻化せんとするに鑑み、之に順応する営業の方針を樹立し国家的緊急事業の助成に努力する一方、進んで文化、社会事業に貢献するため資産参千万円の財団法人を設立する」というものであった。緊切の学術研究と工業的実験、都市および農村における公益的施設が助成事業に掲げられた。

1934 年 3 月 27 日財団法人の設立が許可され、4 月 23 日第一回評議員会が開催された。報恩会設立のための 3 千万円の寄付金は、2000 万円を三井合名積立金約 6800 万円のなかから取り崩し、1934 年上期損益勘定に繰入れ、残り 1000 万円を同期利益金から支出した。

これに対してはさまざまな反響があったが、世論は総じてこの多額の寄付を美挙と歓迎した。批判的な意見は、三井報恩会を「財閥転向」の一環とみてのものであって、右翼の攻撃を封じ、政党政治を強化し、反財閥の気運を緩和しつつ財閥の存続をはかるためのものと位置づけている。（『文芸春秋』1934 年 3 月号は三井財閥総批判座談会を掲載している）

役員は三井合名会社社長が委嘱した評議員 20 名（のちに 25 名以内）、理事長は三井信託社長米山梅吉、理事 3～6 名、監事 3 名以内で構成され、評議員では三井同族と三井合名役員が半数を占めた。残りの半数を、医学、工学、法学、農学などの学界の権威、元司法大臣および現役の陸海両軍大将が委嘱されていた。三井の発言力の大きさと、陸海軍への配慮が見られ、貴族院議員の学識者を加えていることに当時の政府の影響の強さをうかがうことができる。事業執行方針のなかにも「事業の計画並びに実施方法に関してはでき得る限り所管官庁又は関係公共団体と連絡強調すること」という項目がはいっている。

「三井報恩会事業執行方針」に基づく助成は1934年4月から開始された。助成資金としては資産からの毎年度収入122万7500円を収入の基礎とし、必要に応じて基本財産以外の資産からも支出し、毎年度少なくとも100万円以上を出費する、というものであった。

1934年度の助成によって設立された主な施設は、結核、癩、思想犯転向者指導施設、函館大火災、関西風水害の施設復旧、社会事業研究所である。社会事業への助成については、年を追うごとに次第に集中的な助成方式への移行がみられる。

3) 社会事業助成団体としての三井報恩会の特色 ハンセン病との関連で

助成団体中圧倒的な多額の事業

1930年代の全国的な社会事業助成団体をみみると、そのなかで、三井報恩会の助成額の大きさは他を圧倒している。1937年の厚生省調査によれば、資産5万円以上の社会事業助成団体（その設立年は1901年から1933年にわたる）は15を数えるが、三井報恩会は、全体の43.3%という巨大な額を占めている。ちなみに15の助成団体を列挙すれば、三井報恩会、安田修徳会、森村豊明会、服部報公会、原田積善会、慶福会、和田薫香会、大日本仏教慈善会財団、大阪毎日新聞社会事業団、大阪朝日新聞社会事業団、神奈川県共済会、中野財団、服部公益財団、坂文種報徳会、衆善会である。三井について多額の助成を行っていたのは、原田積善会で、全体569万円中の21.4%、121万円であった。三井は245万円を支出している（前掲春日）。

助成内容

1934年から1940年までの間に行なわれた助成のうち、農村救済、結核療養、癩療養事業が全支出の約半額を占めている。

1934年の病気療養施設への助成をみると、報恩会の助成により設立されたのは、恩賜財団済世会診療所4ヶ所（52,400円）村山全生病院ほか癩療養所3ヶ所（42,800円）癩患者相談所1ヶ所（8,000円）結核療養村晴嵐荘新設（250,000円）社団法人白十字恩賜保養園結核療養所建築（8,680円）となっているが、1937年から40年にかけての特別助成としては、他を圧倒して国立癩療養所運営費が、240万と増加している。他の助成団体の事業が戦時色をつよめるなかでの三井報恩会のハンセン病政策支援であった。社会事業界においても、全日本私設社会事業聯盟の中川幽芳は、1937年の『私設社会事業』において三井報恩会の多額の献金を、わが国救癩史の決定線としてこれを讃えている。

内務省との密接な関係

愛知の東加茂に想定されていた療養所新設が、山間不便のため、また時局は資材を整備すること不可能にして計画挫折し、その後これを補うために各療養所の増床がつづいた。三井報恩会からの寄付は、たとえば愛生園にも250床分が提供され、病棟第三報恩寮より第八報恩寮と官舎、倉庫、浴室、受電場、合計19棟延べ坪841坪、その他消毒器械費に対し、15万1622円51銭が提供された。これらは、愛生園慰安会を経ず、厚生省内に設けられた三井報恩会癩療養所建設委員会が経理

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

を担当した。

1万床の増床計画は、予算総額は279万1886円であったが、大蔵省は経済逼迫を理由としてこれを認めず、10年計画としての繰り延べを提示していた。三井報恩会の米山梅吉理事長はこれに対して、209万2257円を提供することを申し出たのであった。その年のハンセン病対策国庫支出計画の実に75%弱である。

このことには、希望条件が付け加えられていた。それは、沖縄に療養所を優先建設するというものであった。これより前、1907（明40）年、法律「癩予防に関する件」のもとで政府は沖縄に療養所を建設する計画で、と時の沖縄県知事日比重明に敷地の選択を命じたが、その候補地が県議会の反対に遭い、九州療養所（恵楓園）への合併が決議されたのであった。しかし船会社が輸送を嫌う等問題が多く、九州療養所への入所は遅々として進まなかった。1929年（昭4）現在の在所有者は男7、女2、計9名で、そのための経費分担はかねてから問題であった。ちなみに1927（昭2）年分の負担金は5,702円であった。県下の未収容患者数は3,000名といわれて、県当局は苦境にたっていた。沖縄は1928年分の分担金を滞納し、九州連合を脱退した。沖縄では療養所の設置予定地をめぐる、住民の激しい反対がおこっていた。長島愛生園の光田園長、林医務課長、宮川量らが、東京のYMCA会館に集まって「沖縄の癩を救え」とのキャンペーンをはり、安達内務大臣、下村朝日新聞主幹、賀川豊彦などが集まり、三井報恩会からも、遊佐敏彦理事、横田忠郎他が参加、三井報恩会は遊佐、横田両を現地に派遣して調査させ、沖縄 MTL 相談所、男女病棟、礼拝堂、職員宿舎を建設して14名を収容した。これにひきつづく、1936年の寄付であった。

| | |
|--------|---|
| 1934年度 | 全生病院・長島愛生園・栗生楽泉園の増床 230床分 42,000円 静岡市らい相談所設置費 8,000円 |
| 1935年度 | 北部保養院有料入所者用増床 100床分 16,509円 慰廃園診療所建設費 |
| 1936年度 | 星塚敬愛園入所者住宅建築費（少年少女舎分）10,000円 慰廃園病者増築費・深敬病院九州分院病棟改築費 5,250円 熊本回春病院院舎増・改築費 5,400円 沖縄 MTL らい相談所建設費・設備費 9,500円 |
| 1937年度 | 沖縄 MTL らい相談所経常費 2,000円 |
| 1938年度 | 沖縄 MTL らい相談所経常費 200円 北部保養院 畑地2万アール分 |
| 1939年度 | 東北新生園・国頭愛楽園・宮古療養所（増床） 2,092,375円 星塚敬愛園（増床追加分）（大集会所分） 32,000円 栗生楽泉園（増床追加分） 32,000円 |

1941（昭16）年の草津湯ノ沢部落の解消のために群馬県が支出した30数万円も、群馬県に肩代わりして三井報恩会が支出している。

国の社会事業政策の一環として 官庁追隨の弊に対する内部批判

三井財閥としては、当然のことながら、助成を通じて自己の傘下の事業を円滑に発展させ、いわば三井の公益事業部門としての役割を担わせたいという期待があったのであが、実際には国の社会事業政策の重要な柱を担わされたのであった。そもそもの目的は先駆的な実験、先導、また国公資金の回らない分野の展開、不足分の補完などであったとの立場を確認して、1942年、報恩会の改革を試みる。その理由は、三井の公益事業部門として設立されたはずの報恩会が、時宜事業の計画や実施にあたって、三井総元方（三井合名）はじめ、関係各社の意見をほとんど無視し、専ら所管官庁、府県、市町村および公共団体と緊密に連絡して事業を行ってきたため、「その事業は概ね官庁追隨の弊におちいり、農村更生、結核撲滅、救癩事業等既に国家の管理となりたる事業に依然主力を注ぐ傾向を帯び」ているからとされている。企画部長佐々木四郎の提出した意見書には、三井報恩会は、『三井』の名を冠していても、実質的には三井家の事業とは全く遊離した存在になりつつある、として、その改革を提案したものであった。報恩会を三井の完全な統制下において「三井報恩会が三井の事業と常に密接なる連携を保ちつつ時局下緊切なる公益事業援助のため新発足をなす」ことをもとめたのであった。しかしこれは実現しなかった。財閥批判の鎮静化をめざし、同時に軍からの批判をかわし、関係官庁との緊密な連携のもとに、国や地方公共団体が実現できない社会事業を助成するという当初の方針は、戦時体制の強化とともに、すでに三井の思惑をこえて、進展し、国の政策のますます重要な一環となっていた。組織の質を変えることはすでに不可能であった。（前掲春日）

このようにみえてくると、ハンセン病隔離政策が三井の支援によって可能になったというよりも、濟世会の方式で癩予防協会が試みた全国民的募金活動もその限界を露呈し始めた不況時代に、ハンセン病の絶滅を目標とした絶対隔離、1万床の収容達成という基本方針を何としてでも実現させるために、国が三井報恩会の資金を十二分に使った、ということができるであろう。

3. 癩予防協会の設立と中央社会事業協会

1) 設立の経緯

癩予防協会は、1931（昭6）年に設立された。ハンセン病政策の推進者たち（たとえば光田健輔、小林和二郎、川村正之、中條資俊、村田正太など療養所の所長たち）は、内務省と社会事業界を中心に、熱心な働きかけを続けていた。当時中央社会事業協会会長であった渋沢栄一は、光田健輔を後援してこの計画に賛同していた。副会長窪田静太郎、総務部長原泰一等が、会長の意をうけて調査会をもうけたが、その結論は、癩の根絶のような国家社会の重大問題は、単に政府当局の手に任せることなく、「全国民の理解ある同情を根底として官民一致の協力のもとに」推進すべきであって、全国的な癩予防団体を組織し、予防知識の普及啓発、予防制度の確立、予防事業の拡充などを行って国家公共団体の実施できない事業を実施して、政府の癩根絶根本計画を広く全国民規模で実施すべきである、との結論であった。しかし具体的には経済不況の只中であって、寄付金の募集の困難も予想され、すぐには実施にいたらなかった。

1930年に、皇太后から特別にお手許金を下される可能性が浮上し、一方、団体の設立計画が新聞

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

雑誌に発表されて、この計画が急速に実現することになった。1930年10月に内務大臣は12人の実業家たちを招待して懇談会を開催、渋沢はそこで、「最近癩撲滅の国策がたてられたので、これを促進するためにはどうしても官民一致挙国的組織の癩予防協会を結成することが必要」と挨拶した。渋沢は当時93歳、新任の安達憲忠内相を説得して、この組織化をすすめたのであった。

安達内相と原泰一中央社会事業協会総務部長は、高齢の渋沢に代わって、東京に引き続いて名古屋、京都、大阪、神戸で同様の集会を開き、さらに横浜に赴いて実業家たちの諒解を取り付けて帰京。直ちに全国の地方長官宛に予防協会の発起人を選定し、その承諾を取り付けるよう依頼した。全国から、721名の人選と承諾書を得て、1931年1月内務大臣官邸で発起人会を兼ねた創立総会が開かれた。100名以上が出席したという。赤木衛生局長が寄付行為および寄付金割当額を説明した。

各都道府県への寄付金割当は次のとおりであった。東京70万円、大阪30万円、兵庫14万円、愛知8万円、京都6万5千円、福岡6万円、北海道/神奈川/新潟各4万円、三重/岡山/広島各3万円、埼玉/千葉/茨城/静岡/長野/福島/富山/山口/熊本各2万円、長崎/群馬/栃木/滋賀/岐阜/宮城/山形/秋田/愛媛各1万5千円、岩手/青森/福井/石川/島根/和歌山/香川/大分/佐賀/鹿児島各1万円、奈良/山梨/鳥取/徳島/高知/宮崎各5千円、沖縄1千円

2) 組織と事業

財団法人の設立許可は1931(昭6)年3月28日、会頭に渋沢栄一が就いたが、同年11月渋沢の死去に伴い、後任に清浦奎吾が就いた。内務次官が理事長を務め、常務理事は衛生局長、衛生局予防課長、中央社会事業協会総務部長の職にある理事を充て、鹿児島、宮崎、愛知に早速支部が設けられた。

設立の経緯、募金の方法、役員人事のいずれをみても、これが民間の財団法人でないことは明白である。半官半民といわれるこの団体が、法的な規制の周辺で、隔離政策内の「福祉」的機能を分担することになる。隔離政策は、このような経過で、全国にわたる後援団体を得たのであった。目的としては明確に「癩の予防撲滅」が掲げられている。ハンセン病をめぐる民間の福祉を推進するのでもなく、公的な責任を担うというのでもない形態で、しかしあくまでも行政主導の、政策批判とは最も遠い組織である。皇室の権威と仁慈という名を冠して展開されたハンセン病行政の、もう一つの担い手であった。当面の生活要求に応じながら、療養所の医療とその周辺を支援した。

具体的な事業は次のようであった。

国民に対する癩予防に関する思想の普及啓発

パンフレット、リーフレットの作成、配布、映画製作、後援と映画の会など。予防と、患者への療養所入所を教育。

癩に関する調査研究及び助成奨励

癩患者に対する扶助

これは予防のパンフレット、治療薬等の無料配布、家族の健康診断などである。

癩患者未感児童の保護並びに未感児童保育所の設置

これには2種類あって、一つは児童を引き受ける篤志家で保育料を必要とする場合に、児童1

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

人1ヶ月10円以内の保育料を支出するもの（1935年現在43名がこの方法で保護されていた）、もう一つは各療養所に保育所を設置し、その費用を負担すること。松丘、栗生、長島愛生園、大島青松園、菊池恵楓園、星塚保育所、宮古保育所、に総定員330名（1935年現在124名）、癩患者相談所の設置

北部相談所、栗生相談所、全生相談所、長島相談所、大島相談所、九州相談所、星塚相談所、宮古相談所、それぞれ50名の定員で、患者またはその疑いのある人が宿泊（無料）滞在、診察と入所のため（食費自己負担）の相談所で、すでに満床になっている療養所にはいる手段となっていた。（在宅患者収容のための手段であって、食費を自弁するというもの。患者としての無料の入院を希望してもなかなか叶えられなかった当時の状況への対応であった。）

癩療養所収容患者の慰安

収容患者一人に1円の予算を組んで、療養所生活を慰め、逃走を防ぐ目的で、毎年各療養所の希望によって、楽器、運動用具、印刷機、書籍、演劇用品、ミシン、その他を寄贈している。

癩救療事業従事者の奨励

従業員の相互扶助の資金として積み立てるため。殉職者、家族などにも。

その他癩の予防及び治療に関し必要な事項

たとえば、栗生楽泉園内の自由療養地区への小住宅の建設など。

予防協会の経費は、会費、寄付金、御下賜金、国庫補助金でまかなわれていた。会費が年約2万円前後、寄付金は、最初の年は38万以上を集めたが、年々減少し、5年間で200万円の見込みのところ、112万円余しか集まっていない。三井、三菱が各10万円、日本銀行、日本興業銀行、第一銀行などから寄付を得ている。御下賜金は10万円を毎年1万円ずつであった。国庫からの補助金は、昭和6年度5万円、昭和7年度は4万円、昭和8年度は3万2千円、昭和9年度、10年度は3万円である。

3) 濟世会

半官半民のこの種の団体の組織は、20年前の濟世会の設立と同じ方式によったものであった。濟世会は、1911年、明治天皇の「施薬医療の勅語」と共に150万円の御下賜金があり、それを基本につくられた組織であった。ハンセン病について行われたように、「国家として救済に関与しつつ国民の教化を図り、同時に天皇の慈恵を前面に立てて自らの公的責任を回避する」（杉山博昭『山口県社会福祉史研究』、葦書房、1997年）という方式のモデルであり、民間の慈善事業による対応の限界に直面した時期に、低所得者医療の実現を目的としたもので、これ以後この規模に匹敵する募金は行われたことがないが、この種団体設立に当たったモデルになったものであった。

国庫予算で支出する金額を最低に抑えながら、募金によって必要な経費をまかない、国がその事業を実質的に支配しようというものである。あわせて皇室の慈恵を掲げて、寄付者たちには皇室の事業に列なる者という満足感を提供し、寄付を受ける方には、天皇中心の国家思想をおしつける、という仕組みであった。濟世会の設立当時の募金が、中央から各地方に向かって、どのようにす

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

められたかについては、杉山の詳細な研究があるが、その方式の小規模は模倣が癩予防協会についても行われたと考えるのが自然である。その方式は、先ず明治天皇の施薬救療の勅語と共に、150万円の下賜。それを基本につくられた財団法人で、総裁は皇族、主要役員は会長が首相桂太郎、副会長内相平田東助、顧問には山県有朋、西園寺公望、徳川家達、大隈重信ら、さらに理事には床次竹次郎らが加わって、とても民間団体とはいえない顔ぶれであった。大逆事件など当時の社会情勢との関連で、社会主義弾圧をめざす思想対策とする見方が有力であった。しかも、維新以来、公的救済に下賜金が国の支出に匹敵していたのに対して、この時期以降、「聖旨」を強調することによって民間から強引な寄付集めが行われたのであった。

濟世会の場合は首相が、東京、大阪、横浜、神戸、京都、名古屋の6大都市の資産家100名近くを招待し、各地方ごとに世話人を選んで協議を進め、中央慈善協会の渋沢栄一も招待会を開く。全国の官吏からも、勅任官は俸給1年分の10分の1、奏任官からは年俸1500円以上からは15分の1、1500円以下は20分の1と定められた寄付を求めた。それに加えて、それぞれの地域においても、地方の組織を通じて、慈恵の方針を浸透させつつ寄付を集めることが行われた。県下の資産家について、総額、地所、建物、公債、株券、貸し金、船舶、商品家具、その他の項目で資産状況を明らかにしたリストに、商工係による各都市資産家調書による資産家の人数を加えて、その氏名・税額の一覧が作られ、県知事よりの招請状が発せられ、協議が行われている。資産家の実態を克明に調べながら、内務部長より各郡市長宛に、趣意書をはじめ東京横浜市における寄付の状況などと併せて寄付の申込書が送られた。官吏からの醸金も、県庁、郡役所、警察署、農事試験場、水産試験場、原蚕種製造所、測候所、県病院、師範学校、県立中学校、郡立高等女学校、市役所、市病院にわたって、知事、郡長、技師、事務官、校長、市長、教員らが拠出している。中央政府が政・財界を糾合して行う寄付集めを、このように、天皇家からの御下賜金による名分を掲げつつ、全国規模で、かつ周囲の県・郡・市町村と絶えず比較しながら、名誉をかけた実質的な競争として行うという方式は、一つのモデルであった。

4) 国家医学会

ハンセン病問題とも深く関わってくる国家医学会は濟世会設立のこの動きに積極的な反応をみせた。国家医学会雑誌は貧民救療問題という臨時特集号を発行し、光田健輔もまたそこに登場して、癩患者の現況を訴えている。貧民の治療費の負担、極貧者増加予防のための社会政策、施療的結核療養所の設立など12項目列挙されている問題のなかに、「資力ある癩患者を収容する療養所の必要性」が含まれている。さまざまの方策が論じられているのであるが、国家の救済責任ではなくてかわりに皇室への忠誠が強調されているところが特徴である。救済事業のなかに近代的な意味での社会性は生じていなかった。

癩予防協会の場合も、規模が異なるとはいえ、皇室の力をかりながら、国庫からの支出に代えて民間の、ほとんど強制的といってもよい寄付の割り当てを行い、地域間で競争をさせてこれを集めるといったモデルに従っていることは同じである。しかしこれによって、ハンセン病予防は内務省の一部局の担当する行政をはるかに越える国家事業としての基盤を持つことになったのであった。

政策立案レベルにおける、また渋沢＝光田の連携における、医療と社会事業の緊密なつながりであった。

4. 絶対隔離政策と方面委員

1) 1936年の方面委員令

国土浄化をスローガンとしてすすめられた絶対隔離政策は、具体的には、在宅患者の検診、療養所への入所の勧誘として進められた。それは、ハンセン病についての教育や、療養所の説明以上に、長期間の困難な接触と、家族関係を含む相談や諸関係の処理をふくむ。したがってそこには、医師や看護師などの医療者に加えて、地域の人びとの間であって個別の家族の事情に即した情報の収集や個別相談に応じることのできる人たちの力を活用する必要がある。それを受け持つ立場のなかに、開業医や教師とならんで各地で方面委員等の名称で働く福祉の相談役が数えられる。

1936（昭11）年勅令による方面委員令が公布され、翌1937年1月より実施されたのであるが、この制度は大正6年5月岡山県において済世顧問の名でおかれ、東京府社会事業協会の救済委員（1918年5月）、大阪府の方面委員（1918年10月）兵庫県の救護視察員（1919年7月）、埼玉県共済会の福利委員（1919年11月）等、次々に、さまざまの名称で設置され、次第に全国に拡大、1932年（昭7）救護法の実施と共にその委員を兼任することになり、はじめて法律による職務上の地位を得たという歴史を持っている。ちなみに各県における名称の違いを一覧すると、済世顧問（岡山県）救済委員（東京府社会事業協会）、方面委員（大阪府）、救護視察員（兵庫）、福利委員（埼玉共済会）、公同委員（京都府）、方面委員（横浜市）、方面委員（長崎市）、共済委員（青森県共済会）、善誘委員（山梨善誘会）、協和委員（呉市）などをあげることができる。

2) 光田健輔の方面委員への期待

愛生園長光田健輔は、1936年5月の「愛生」に、「医師、教育家、方面委員に望む」という一文を寄せて、「癩予防の知識を教員、村吏員、方面委員等に普及せねばならぬ」と要望する。1万5千人の患者がいるとして、その3分の2、即ち1万人が貧困階級にあるのだから、社会救済に熱心な方面委員は決してこの問題を看過してはならない、というのである。「近年方面委員が県当局と手を携えて大いに成績を挙げられている。」として特に愛知県の方面委員が愛生園、全生病院に30名から50名の患者を入所させた、という例をあげている。そして、愛知県の各郡に起こった十坪住宅運動は、これから愛知県内の癩全部を収容しようとする運動であって、それが着々と進行していることを喜んでいる。「実に大正8年千人を算した愛知の癩患者は今400名に減じ、今から数年の後には癩患者の片影を見ざるに至るであろう」と、愛知県の癩予防運動の成功をたたえ、その成功の理由は、社会課と衛生課が癩絶滅のために努力一致した事にある、とする。「即ち、十坪住宅を方面委員が斡旋募集すると同時に警察官は方面委員と協力して病者の入院を勧誘した。方面委員の熱心は一人の癩者、一村の癩の輸送と共に高潮した。彼らが相携えて療養所を視察しその実情を研究して帰って自宅患者の誤解を説服して入院を勧誘して遂に多数の入園者を見るに至り、目下短時日の間に愛生園だけでも百人の患者を収容するに至った。」というのである。事実翌1937年の十坪住宅運

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

動寄付団体一覧によれば、愛知からは愛知県方面委員連盟をはじめとして、名古屋市南区衛生組合連合会、愛国婦人会愛知県支部、尾西連合方面委員連盟丹羽郡支部、同海部郡支部、同一宮市支部、中島葉栗郡支部、愛国婦人会愛知県支部岡崎市分会の名が並んでいる。寄付団体の数は岡山県に多い。

また、この愛知県知多村の方面委員のエピソードは、1930年の「山桜」にも十数人の患者が収容を希望した話としてでてきている。

光田はまた、これらの経験をまとめ、そしておそらく1936年11月の方面委員令の公布などの経過をふまえて、次のように述べる。すなわち、「従来吾人の経験によれば、一村内5人乃至十数人の自宅患者を勧誘するには警察署員、役場員、療養所員、方面委員は予め数次巡回して患者を説得して入園を勧誘し、各人申し合わせて一斉に入園せしめえた事が最も成績がよい。方面委員、役場委員は入園後も患者の遺家族のため後顧の憂いなくらしめ、好成績を挙げえた。かくて今日一村を清め明日一町村を清め以て無癩運動徹底を期せられたい。私は愛知県の有するが如き理解ある多数の方面委員諸君が現地の町村吏員各位と緊密に握手協力せられんことを切望する」（「再び愛知県の無癩運動について」「愛生」1943年5月）

方面委員にはまた退院した患者への注意と再入院の必要な場合の働きかけも期待されていた。光田は1943年（昭18）4月の「愛生」に「無癩村の予後を楽観」という文章を載せているが、そこには、次のような記述が含まれている。「癩療養所に於いても、治療の結果無菌となった患者も少数はある。また病状軽快し本人の注意次第では病毒の放散少なく、1週間乃至2週間家庭整理のため大丈夫として帰郷を許可することもあるが、これらの患者が帰郷して約束を守らず外部に於いて放縦の生活を続けるうちに病状が悪化するものであるから、これも隣組や方面委員等に知れ次第県の衛生課や最寄の療養所と相談して直ちに再入所の手続きを講ずべきである。かくして癩の浄化網は如何なる山間僻地、全国つづ浦々に至るまではりめぐらさるるのである。」

療養所に収容された人間が、まさに「生涯にわたって（死ぬまで、また死後も）」「生活のあらゆる側面にわたって」「総ての社会関係の内外において」「多様な人びとの監視の目のなかに」隔離されている、これが絶対隔離の具体的な内容なのである。

3) 方面委員の職務と組織

方面委員は、全国共通のものとして次第に成熟したのであるが、それでも各地域で異なった成立の経過、組織、したがって業務の特性を持っている。方面委員令が公布された後も、各地でそれぞれ異なった理念と活動を見るのである。遠藤興一の研究によれば、初期の方面委員はそれぞれモデルとした制度によっていくつかのパターンがあった。岡山、大阪、東京などが主なものであったが、たとえば岡山が精神的な救済による防貧を主眼にし、感化育成的であり、同時にこの制度の創設者、時の岡山県知事笠井自身が述べているように、「背後には県庁、郡役所、警察署、市町村役場が控えており、宛も官憲の力と便宜を擁する」権威的姿勢を残し、制度本位よりも篤志家本位（生江の評価）とされているのに対して大阪の方面委員制度は1918年の米騒動の影響を大きく受けていて、最初から社会政策的意図を以って創設され、委員の選択も中産階級を主体とし、一般生活の調査、

救済方法の研究、事務連絡・統一を職務とし、「無給の名誉職」とされていた。すなわち、大阪では、綿密な調査が可能となる技術を持ち、道徳的資質において衆人に優れ、組織的連携活動ができる生活状態の中産階級的市民であった。活動は個人的人間関係の場が中心であった。林市蔵知事は、退任後も顧問として方面委員の指導育成にあたった。やがてこの線が全国的な「方面精神」となっていく。

前2例と東京の救済委員との違いを挙げると、それは会長の井上友一の影響を受けながら、特色としては、方面事業と隣保事業の関係を密接不可分であるととらえているところがみられる、という。大阪の個別処遇の特徴に対して、隣保館活動などを中心としていた、東京の救済委員には、集団ないし機関処遇の特徴がはっきりとしていた。以後、東京市方面委員制度はまた、方面委員事務所を中心とした方面委員活動の制度的・総合的效果を目指すことをもその特色として発展する。1939年に中央社会事業協会が出版した「日本の社会事業」に方面委員の説明をたどると、次のようである。これは方面委員令公布の3年後であるが、方面事業の最近の傾向として、統制的な機運が漸次濃厚、経営主体が次第に府県営に、名簿が次第に統一に、補助職員制の導入増加、婦人委員の増加、任期が一定に、後援団体の発展、をあげ、次第に全国的な方向が定まってきたことを明らかに示している。方面委員への光田の積極的な期待の表明は、このころからのものである。当時県下一円に施行していたのは、19府県に過ぎないが、実施している市町村の数で見ると11,533のうち8,236である。地域の区分方法はまちまちであるが、最も多いのは小学校通学区区域によるもので、方面数は全国で10,189であった。

委員の総数は39,254人。そのうち市部9,752人、郡部29,502人、両者を通じて岡山県の2,620人が最も多く、500人以上のところは31箇所ある。方面委員のほかそれぞれ理事または常務委員、委員長等を設けており、市町村長、区長、警察署長、小学校長等に方面委員会長、方面委員参事、方面参与等を囑託するものが多い。また、専門的知識と熟練技術を必要とすることが増加するにともなって、専任の社会事業職員を併置するところが増えている、という。相談としては、生活扶助がトップで、ついで保健救療が多くなっている。

京都は室町時代からの相扶組織の伝統を生かそうとしているし、それぞれの地域による違いは実に多様である。ここでは、先に取り上げた愛知県についてもう少し詳細にみていきたい。

4) 愛知県方面委員の場合

愛知県は石川県と共に、大阪府の方面委員制度を意識的にとりいれている。1923年(大12)川口県知事の主導のもとに設立、名古屋市内を中心に、35名の方面委員が任命され、3,895円の予算が計上されたが、当初その活動はなかなか進展しなかった(『愛知県方面委員10年史』)。しかし、関東大震災で連日名古屋に到着する避難者への対応の中で、活動の方向が見出されてゆく。

1933(昭8)年の『社会事業』に、「方面事業助成会の組織と運営」を執筆しているときの東区長千葉藤一郎は、大正12年の創設以来数年はこの制度の施行地域も狭く、委員数も少ないので、一般の理解を得るのに苦勞をした、と書いている。東区だけをとりあげても、長い間無駄に過ごしたが、次第に委員の数も増加し、昭和3年にいたって、助成会を創設したと報告している。救護法の実施

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

は方面委員の自信をつよめ、「方面委員の貴重な調査を基礎として、既設社会事業施設の機能、分布状態及びその能力等を調査考究し、その拡充補足を要する施設は自らすすんでこれを経営し、もって方面事業を有機的に発展せしめる」ことを志している、という。

「無癩県運動」との関連で言えば、光田は自身愛知県を訪問し、愛知県の方面委員もまた、何回も愛生園を訪問している。光田が書いていた「愛生日誌」には1936年7月1日に、愛知県方面委員11名、視察のため来園、の記事がある。前述の方面事業助成会の活動が活発に展開していた時期であることがわかる。愛知県方面委員と愛生園、また光田健輔の論稿との関連については既に述べたとおりである。

5) 本妙寺集落解散と方面委員

方面委員は、貧困者たち及びその集住地区などとの日常的な接触が多いために、ハンセン病者の隔離に伴っては、残された家族や本人の援護事業を担い、ときに疑わしいケースの通報、検診の手助け、官憲への情報提供なども行ったであろうことは容易に想像できる。記録に残るものとしては、熊本の本妙寺の集落の強制的な解散に関わった方面委員の動きがある。内田守は、本妙寺付近の調査が、熊本市西部方面事務所の十時常務と酒井書記の方面事業を通しての調査として熱心に行われたこと、また九州 MTL の潮谷総一郎、江藤安純、野中みさ、エカード等の宗教活動による接近と調査が本妙寺部落の「掃蕩」にあたって、基本的な役割を果たしたことを述べている（『熊本県社会事業史稿』、1966年）。十時の調査報告も同書に収録されている。それによると、十時は菊池恵楓園の増床と、鹿児島島の療養所新設の噂を聞き、この機会に本妙寺周辺からのある程度の収容を可能にしたいと考えて、困難な調査を熱心にすすめたのであって、内田はこれを評価している。十時は方面『カード』149世帯の精密な調査を終わり、その『カード』中より、報告上必要と思われる項目を摘録、別紙付表12表を作成して報告している。当時の癩予防デーの講演会などの方法を批判し、また児童虐待防止法に抵触している事例の放置を批判している。方面委員としての意見はいろいろあるけれども、理想的なことを言っても通らないと思うからありのままを報告するというのが報告の趣旨であった。また当時九州療養所の医官であった内田も関与した「健康調査」もそこに含まれ、方面委員の調査としては異例の、厳密なものになっている。

健康調査によって明らかになっているのは、次のような事項であった。

すでに自覚し、素人にも判定できる患者数42名、検診による新たな発見10名、合計52名。これは全住民の10%と高率である。

しかし、病症は比較的軽症者が多く、伝染の危険ありと認める者は、厳密に診ても17名以下。また21名の擬似患者を発見している。

同一家庭内に複数の患者というのは比較的少ない。

新発見患者及び擬似例の約半数が13歳以下の児童であったことは重要。また、患者の半数以上は九州療養所の逃走患者であることも記されている。

この報告を受けて、初めて知事、警察部長、衛生課長らの視察があったが、その後数年、特に何

の具体的な対応策もとられず推移した。その間、昭和12年には、養育料つきで貰い受けた乳児を、ほとんど水ばかり飲ませて死亡させたことで逮捕されるという、「貰い子殺し」事件がこの地で発生した。児童虐待のひとつの例であった。十時はまた昭和11年に浄化計画私案を作成しているが、短期間の一時収容施設を造ろうというこの案も実現をみなかった。

本妙寺問題に非常な関心を持ち、熱心にその解消を主張したのは光田健輔であった。内田はその間の事情について次のように記している。「光田氏は日本全国の癩問題を一人で背負うほどの気概の持主であったが、私が熊本から愛生園に転任してから非常に熱心に本妙寺問題を質問された。（昭和14年ごろ熊本での調査のことを知り）放任すべきではないと、全国所長会議の議題とし、熊本県当局の決意を促したのであった。恵楓園としても、問題患者を一時に多数当園のみに収容することは困難であるので、この一気の強制収容については消極的であったようであるが、他園にも分散収容するという、厚生省の責任において決行に踏み切った」（前掲内田、205頁）。その経緯は内田が愛生園に転勤し、潮谷総一郎が入園する患者に付き添って愛生園に行ったとき、かねて継続していた調査を光田健輔に見せたところ、光田はこれを放置してはならないと、全国区所長会議の議題にして、熊本県当局の決意を促したというのである。方面委員という制度が、その職務として調査を行い、その情報がどのように、いつ、何の目的で利用されているかについての示唆に富むケースである。また方面委員が基本的に隔離収容を肯定的にとらえ、その枠内で事態をみていたことの証左でもある。生涯を隔離されることが何を意味するかについての正しい認識が不十分であったという側面もまた改めて示されている。

五 療養所入所と家族援護 - 福祉界の関わり -

1. 隔離政策の補完

1) 医療が中心的な役割

公衆衛生の課題として、より限定的には伝染病予防対策としてハンセン病政策が成立するにともなって、医療が中心的な役割をとり、福祉は次第に背景に退いていった。もともと初期の慈善事業は貧困な一般病者への個別救護をおこない、治療の途のなかったハンセン病については、傷の手当と身体不自由のケアを救療の名のもとに提供したのであった。救貧も救療も社会政策的には治安対策の一環であって、流浪する貧困者の収容は、近代国家としての体面の維持のために警察官が担当した。ハンセン病の予防も、公衆衛生の執行者としての警察官が登場し、区長、役場などが動員され（地区の衛生組合はその典型である）、患者発見、行政や医師への連絡、隔離への協力などを担うことになった。そもそも伝染病患者の強制的な隔離は、それに要する費用を行政が負担することを前提として始めて成立する施策であり、同時にその活動には医療行為とは云えない部分を多く含んでいる。その意味で、伝染病予防という分野は、個々の患者対医師の関係のなかでは通常表面化することのない、医療の社会的側面を露わにする。医療に内在する権力関係が顕在化するといってもよい。

産業革命以後の伝染病対策には、それまで民間の慈善活動また慈善病院が対応していた時代とは

質的に全く異なる状況が生まれたのであった。福祉界の関わりも、隔離政策が整備されるにつれて、政策としてそれを肯定しつつ、実践面では、医療と福祉の一般的な関係を反映して、両者の協力というよりはむしろすべてを医療に任せる形をとるにいたって、狭義の福祉はこの問題から遠ざかっていった。

要約すれば、隔離政策の進行のなかで福祉界は、隔離政策を補完する形で、療養所入所の前後の福祉的な家族支援にその活動の場を移して行った。戦後の養老施設の建設をふくめたそれらの活動を検討するのが、ここの課題である。すなわち、「ハンセン病はおそろしい伝染病で、その放置は文明国としての体面にかかわるものである」と主張されるなかで、福祉界はハンセン病問題を伝染病対策の手にゆだねていったのである。光田健輔を頂点とする、近代西洋医学の権威をもってすすめられた流れであったことが、説得力をもっていた。「患者は専門的な医療を受けなければならない」という建前から、当時の民間の慈善施設の多くが、医療の不足、不備を批判され続けた。

隔離政策が実体化されるとともに、福祉界（社会事業界）は、隔離政策を積極的に支持し、「救癩」にあたる少数の人びとの献身を美化し、療養所新設や拡張に熱心に協力した。隔離し、その存在を隠蔽するという方式への逃避と依存、そして福祉だけではどうにもならない部分を医療に担ってほしいとの期待があった。療養所の生活がかなり低劣なものであることは、知られていても、当時の急増する貧困への公的対応の欠如のもとで個別・民間レベルの慈善事業が提供できた救護もまた極めて水準の低いものであった。自らの限界を自覚していた関係者にとっては、ともかくも食と住が提供され、医療が存在する療養所の生活は福祉施設生活の低水準のなかに放置されるよりはまだまだましにちがいない、と考えられた。戦後社会福祉が次第に整備されるようになった段階でなお、「福祉の低水準よりは、低いといっても医療施設のほうが患者の生活ニーズを、いくらかでも上回る水準で提供できる」という発想は、長く福祉界に有力であった。杉村春三は支給品や居住面積、療養所予算の水準を考察して、雑誌「恵楓」でこの点を指摘している。国民の最低生活の保障水準の低さが、ハンセン病療養所の基底にある人権無視の非道さについての認識を奪っていた、というべきである。

2) 民間病院から国公立の療養所へ

慈善事業としてのハンセン病院と国公立の療養所の関係には、さらにもうひとつの側面があった。それは、十分な基金を持たない施設では、相当の水準の医療と生活を保持するためには、かなり高額入院費を患者が負担しなければならなかった、という事情である。戦前に療養所や病院に入院していた患者たちのなかから国公立の療養所に移ることを希望する理由には、費用を払わなくても何とか生活する途があり、作業をすれば僅かでも報酬として現金がもらえる、ということがあった。当時の民間病院の入院費はかなりの高額であったからである。ちなみに1920（大9）年、回春病院の入院料は、院則によって1等30円、2等20円、3等10円、等外は5円であった。払えない人間は赤貧証明書を出せば無料になったが、家族が何とか生活をしているという水準では赤貧証明書はもらえなくて、等外の5円というのがやっと可能であった、とある患者は自分の体験を記している。兄が4年間毎月5円を送ってくれたという。当時は5円あれば、旧制中学でもやっていける金額で

あった。4年たっても病気が良くならないので、事務所に頼み込んでやっと2円にしてもらい、さらに4年間をつづけたこの男性は、医師から無菌だといわれて1928(昭3)年に退院している(MOL編『地の果ての証人たち』、1976年、103頁)。

したがって家族がこれだけの送金を続けることができなかった場合は、療養所に入るほかなかった。療養所以外の医療施設では治療を受けることができなかったからである。大風子油も、一般の薬局では次第に買えなくなっていく。医療を受けるために葉療養所に入るほがなく、経済的にもそれが有利あるという状況があり、療養所入所をあくまでも拒めば、(たとえ病気を疑われなかったとしてもなお) 慈善施設でのさらに劣悪な生活がまっている、というのが、ハンセン病への社会的なスティグマに加えて、たとえそれを無視したとしても、患者とその家族を追い詰めていたのであった。そこに加わったのが、「国のために」「皇室の仁慈」という名目であった。療養所への入所は、伝染防止のための隔離という大義名分を掲げ、それは公共の利益であり、したがってそれに従うことは、本人の責任であるというのがその論理であった。しかも軍国主義の台頭のもとで、「国土浄化」のスローガンが加わって、隔離はいっそう強化されていった。家族と社会から、また過去と未来の一切からの切断が、どれほど重大な人権侵害であり、どれほどの生活破壊につながるものであるかの認識が欠けていた。

3) 家族へのソーシャルワークの必要性の訴え

リデル・ライト記念養老院長であった杉村春三は、1951年から1958年にかけて雑誌「恵楓」に連載、のち島田等の努力で復刻された「癩と社会福祉」のなかで、入園に伴う家族へのソーシャルワークの重要性を繰り返し述べている。ハンセン病療養所は、他の社会事業施設と異なって、予防のための隔離という理念のみに支配されてその管理が行なわれていることを批判して、「今後の所謂癩事業は、ひろく一般社会福祉立法のもとで、・・・普遍的福祉を追及する一般的法則のもとに、自由に散開し、鋭敏な社会福祉的触覚を働かせて」(杉村春三『癩と社会福祉』(復刻版) 1986年、3頁) 発展しなければならないと論じている。療養所においては患者の社会福祉が軽視されていることを厳しく問題にしている。初期の在宅時の患者のケースワークを丁寧に行なうことで、療養所に入所後のケーワークもそれとのつながりをもって行なうことができるという主張をしている。在宅期の、言い換えれば入所前の生活状況の調査が行なわれていないことを批判し、療養所の運営についても、福祉の観点から次のように述べている。1951年の記述である。すなわち、「予防法はもっと予防医学的に純度を増し、癩の病者の社会保障や社会福祉の規定は、一般的、普遍的社会立法である社会福祉事業法や生活保護法また児童福祉法に移譲し、癩の社会福祉の特殊化を抑制することを通じて」病者の心理的、社会的、経済的福祉を保障すべきである、という議論であった。

このような意見も福祉界に影響を与えたとは言えない。杉村自身もまた、関係者の間では賛否両論であったこと、大部分は無視されつづけたことを嘆いて、以後この種の論文の執筆をやめている。1950年代初頭に、戦中から長く療養所の職員として勤務した経験者として社会福祉を論じ、欧米の文献を集めて研究した数少ない人々のなかから、このような指摘が行なわれたことに注目したい。療養所はその生活の隅々まで、徹底して特殊の領域として隔離されていた。療養所中心主義といわ

れたあり方である。福祉界一般は、それに対して内容的な批判を放棄してしまったのであった。

4) 家族援護

療養所をめぐるこのような状況のなかで、福祉界が特徴的、かつ持続的に関心を寄せてきた領域はむしろ医療の周辺に、多く療養所の外で行なわれた家族援護、特に病気の親を持つ子どもの保育の問題であった。後にはこれも次第に福祉界全体からは切り離されて「療養所政策」の一環になってゆくが、しかしこの問題の周辺には常に社会福祉施設関係者の実践があった。

好善社の事業のなかでは、その当初からこれが問題になっていたことを、その100年史『ある群像』（1978年）は記している。最初の頃には社員の何人かにあずけ、年齢に適した指導をし、社内には子供委員をおき、その養育責任を負っていた。1898（明31）年の記録にも、委員の増加の必要が記されている。さらに将来特別な施設の建設の希望を持っていた。1920年代にはその建設資金の積み立ても始めているが、1930年ごろから、その計画は記録から消えている。病気の親を持つ健康児の保護自体はその後も継続して行われていた。待労院は同じ修道会に属する施設として乳児院、児童養護施設、養老院を活用していた。神山復生病院についても同じである。単一の施設として最も体系的にこれを行ったのは、草津の聖バルナバミッションであった。『湯ノ沢聖バルナバ教会史』（徳満唯吉、1982年）によれば、1917（大6）ごろから考えられていた「病者夫婦に生まれた子どもに対する仕事」について、その必要性を次のように述べている。すなわち、故郷との往来を絶って湯ノ沢に暮らしている病者たちは、本籍地を偽り、出身地や現住地を隠し、別名を用いて生きているために、両親が死亡した後に、残った子を引き取る者がいない、ということが記されている。また、病気が悪化して自分ひとりの身体さえもてあますようになった時、あるいは、経済的に子どもを養育できなくなったとき、その人々の子どもを救う必要がある、とも述べられている（206頁）。1923（大12）年ごろから、子ども時代（12歳くらいまで）の感染を防止することの重要性が指摘されて、その目的が加えられるが、草津での育児施設は、そもそも親たちの生活上の困難に密着したところからの必要に基づいて、福祉の仕事として始められたのであった。1924（大13）年完成した聖マーガレット館と、それに至るまでの経過がそれである。

既に述べたように、療養所の組織的な整備の進行とともに、1930年代以降は、この種事業もまた療養所長の管理下に行われて、福祉関係者は、例えば黒髪小学校事件ののちに、子どもたちを一般養護施設に分散収容する際の援助とか、義務教育終了後の子どもたちの受け入れなどを側面から支える仕事を担うことになった。

5) 一般の福祉界からの隔離

生涯にわたる完全な隔離を実現するために組織された療養所の体制は、戦前のきわめて僅かな福祉諸制度からも自らを切り離して、自足的な環境を造り出すことに力を注いだのであった。戦後、無収入の患者の所得保障の問題をめぐる、社会保障制度との新たな接点が生まれ、福祉の実践に関わっても、医療社会事業協会の組織化など、ようやく近代社会事業のさまざまな組織がつくられるが、ハンセン病療養所は、依然として絶対隔離の原則をとりつづけ、その内部での福祉的な活動

は、らい予防法とらい予防協会の事業として展開され、その限りでは福祉界一般との積極的な交流もないままに経過した。世界的にみてもきびしい水準の生活保護行政のもとで、受給要件の審査に当たって、らい専門官の判断が、受給を比較的容易にするという利点はあったとしても、生活保護一般の研究や論争とは切り離されたところで、専門職能団体、研究団体との交流も極めて限られたものであった。運動面でのつながりが、予防法反対、朝日訴訟の支援を機会にはじまって、障害者運動、障害児教育研究運動等の領域に拡大し、それは療養所入所者を含むつながりとしても発展を見せ始めるが、福祉界全体への影響は大きいものではなく、特に福祉政策研究への影響はなお部分的なものであった。それらの障壁を越える福祉研究と福祉実践の力がなかったことを福祉界は厳しく問い直し、今後の実践と研究に活かさなくてはならない。

以上の状況をふまえて、ここでは療養所入所にともなう福祉的な諸活動を、戦前戦後を通して検討し、そこに福祉界が制度として、また個人の有力な活動の場として、どのような関わりをもっていったかを検証する。家族問題としての子どもの養育をめぐる状況を概観した上でいわゆる「未感染児童」のための保育所、さらに入所者家族の援護費、老人ホームにそれぞれ検討を加える。

2. 入所にともなう子どもの養育問題

1) ハンセン病をもつ親にとっての子どもたちの養育の問題

母親の妊娠・出産がしばしば病状の悪化ないし発病をもたらすことは知られている。重なる出産、激しい労働、不十分な栄養状態などが、多くの体験記のなかに読み取れる。母親は、発病あるいは病状の悪化そのものについての不安と衝撃に加えて、子の養育の困難について悩み、感染させることへのおそれにさらされる。また病状の悪化は、全身の倦怠、発熱や痛みなどをともなうことが多く、育児労働の負担感を増大させる。発病を機会に離婚問題、親族との関係の悪化、その他家族員の問題（たとえば青年期の子どもたちの家出、学校でのいじめ等々）が加わることも多い。これらの重荷を周囲の差別をおそれて身を隠しながら処理していかなければならない。ハンセン病の症状に悩む母親にとっての出産と育児は、重い負担であった。

生まれてきた子ども自身、またその兄弟たちにとっても、生きていくことは容易ではなかった。両親のどちらが発病した場合にもこの問題は同じである。親の発病によって、年長の子の家事・育児の手伝いの負担は大きく、父や母の病気が世間に知れたことに引き続く「いじめ」も厳しく、社会的孤立のもとでの生活であった。幼い子どもにとっては、母親が自分の病気を感染させることをおそれて密接な接触を忌避する姿勢と雰囲気、理由不明の拒否として、大きな戸惑いであったと語るひとたちがある。抱いてほしいと思い、甘えたくて近づくとときに母親がさっと身を引いた記憶は、生涯残る痛ましい傷跡となる。妻が発病した場合の夫にとっても、妻の看病と新生児の世話の両方を、親族関係の問題処理を含めて担うことは極めて重い課題であって、家族関係の総体にも、また子どもとの関係においても、大きな影響を及ぼす。

このような事態のなかでの療養所への入所の強制は、育児問題をいっそう深刻にする。子の養育を頼める人が見つからないことに苦慮し、自分の病気が、子どもの生涯の負担になるであろうことを思い、一方、だからこそ苦労する子を自分がかばわなくてはならないと思ひ込む。療養所は一度

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

入れば2度と出られないと聞かされていることが多く、そのことがますます受診・受療と療養所入所をおくらせ、病状をいっそう悪化させ、後遺症を重くし、子どもへの感染の機会を増大させる。療養所への入所にあたって、乳幼児を抱えているから入所は不可能だという抵抗は大きく、子どもを連れて行けるなら入所を承知するというケースもあったという。父親が入所し、発病のことが近所に知れるのを怖れて、幼児を抱えて療養所近くに居を移す、という妻たちもまた、新しい土地での生計の維持、夫の療養の心配、育児と、その負担は大きかった。草津の聖バルナバ病院で考えられていたように、親が養育できなくなった場合、さらには、親自身がすでに病気を自覚していて、家郷を離れて子連れで流浪している場合、あるいは病気を理由に婚家を出されて、妊娠したまま療養所に入所し、所内で出産する場合なども、当然のこととして考えられる。

2) 子どもたちの社会的養護 草津聖バルナバミッションの場合

親が養育できなくなった場合の子どもの社会的養護は、いずれの社会においても、社会福祉施設のはじまりである。ハンセン病との関連においても、福祉界はその事業の当初から、この問題に関わってきた。草津を一つの例として取りあげれば、コーンウォール・リーが草津にはいった翌年（1917年）すでに、「草津教友」第10号は、「幼児の家庭のための祈り」として、親の養育を受けられない児童を収容し養育するに適切な方法と場所が与えられんことを祈っている。なかなか適当な施設が得られず、その間主宰者リーは養育者を求めて奔走、既設の婦人ホームなどに託し、苦勞していたが、1923（大12）年 先崎ケサが草津で働きたいと來草、リーは4人の児童を先崎に託し、家を借りてそこで世話をはじめたが、のちにアメリカの一人婦人が、自分の娘の死を記念して1万円を寄付してきたので、リーたちはこれを喜び、敷地を定め、1924（大13）年12月10日建物の完成をみて、これを娘の名にちなんで聖マーガレット館と命名した。現在他の目的のために使用されているが、建物は残っている（建坪53坪で、2階6室（6畳4室、8畳、4.5畳各1室）と階下6畳、10畳の2室、台所、玄関等）。建設費10,789円69銭であった。落成と同時に男3名、女児6名計9名が入居。わが国ではじめてのハンセン病患者の子どもたちのための本格的な施設であった。舎監は先崎ケサである。この事業はその後英国からの奉仕者を迎え、また先の寄付者（リチャード・ハウ）が、約5万ドルを米国聖公会資金局に託して、その利子6千余円を、マーガレット館の定員20名のための全費用をまかなうべく手配して順調にすすみ、1927（昭2）年には、23名の子どもたちが暮らしていた。1930（昭5）4月には、マーガレット館で小学校を卒業した4名の娘たちが、京都で女学校に進学、ほかにも青森などで進学した男子生徒もあった。

外国からの寄付に頼るかたちで、旧来の慈善事業が継続されていたということもできよう。この種の民間のハンセン病事業も、表彰や援助をうけるかたちで感化救済事業へと次第に組み込まれてゆく。また済世会の例に見るように、天皇を頂点とする全国的な、一律の半強制的な寄付は、民間の寄付金による社会事業の展開をきわめて困難にしていた。しかしこの時期の病気の親を持つ子どもたちの保育の内容には、地域の小学校への通学を含む良好な関係や他地域に移動しての進学等、幅広い配慮を見ることができる。1930年代にはいって、戦時体制への移行と国粋主義の台頭のもとで、外国人による事業であるということで排除されるようになって、そのままの継続は不可能であ

った。湯ノ沢部落の解散と共に事業は廃された。栗生楽泉園の二葉寮がその機能を実質的に引き継ぐことになる。

3) 公立療養所時代

連合府県立療養所の設立当時には、入所患者に同伴する子女のための対応策は何もなかった。福祉関係者の間には保育所の仕事に関心をよせ、その必要を論じるものも現れた。隔離政策に全面的に協力しつつ、それを補完する役割を担おうというものである。その一つの例として福田荒太郎の論がある。病者への偏見のつよい、きわめて乱暴な議論であるが、彼は1917（大6）年の『救済研究』に、「癩病者救済を論じて癩児保育所設置に及ぶ」と題する論稿を、3度にわたって寄せている。福田は外島保養院が設立されて間もなくキリスト教の伝道のために訪問し、1912年に日本基督教会外島家族協会が創設されるとその会長に押された経歴の持ち主である。1917（大6）年、福田は宣教師ヘールと共に育児院の設置を計画した。主として外島の所内で生まれた子どもたちのためである。

福田は、「癩病撲滅の根本義は政府の行う隔離政策にある」ことを唱え、そのような国策は、世論の支えを必須とし、それが我々の務めであるという。しかも、病者の親から生まれた子どもの隔離保育の有効性が論証されているところから、子どもを父母から分離して保育することによって、「おそらく最も容易に、しかも巧妙に癩病撲滅を数代で達成できる」と論じているのである。父母の協力も得られることを主張している。ワゼクトミーを提唱する意見に対しては、そのような措置をとっている国は世界に例がないと論じ、そのような提案は大きな社会問題となって、「人類平等なる利権の擁護の上に、攻撃される」であろう。病気の親からの子どもの隔離保育は、最も穏健な、容易な方法である、というのがその主張であった。福田は隔離政策に全面的に賛成であって、そのための準備として必要なのは第一に保育所、第二に宗教である、という。保育所の企画は、関西財界の協力を得て資金の調達が目途がたち、保育所の名称も「樹林の園」と決まったが、建設地の確保ができず、中断した。

4) 所内出産

療養所内で生まれた子どもたちの問題を、公立療養所時代の所内出産児および「携帯児」の状況として記録されているところから概観すれば次のようである。まず、当時は入所する親が連れてくる子どもの数に加えて、所内出産も珍しくなく、各療養所はその対応に苦慮したことが語られている。全生病院の初期の頃の入園者の手記のなかには、入所にあたって子どもを引き取ってくれる人が結局見当たらず、親も子も何の手段も見出せないままやってきて、「幾人もの子どもが途中で捨てられた」ことがあるという。どこで捨てようかと親は逡巡し、子どももまた親と離れることなど考えずに病院まで来てしまう、ということであった。初期の入院者が同時期を語るという座談会でも、所内で生まれた子を捨ててに行った話がでてくる（『初期の入園者のもの、子どもを捨てた話』『多磨』490号）。

全生病院では、1909年の開院当時、7～8名の健康児童が親と共に入園していた。院内出産の子

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

どもを加えて、何人かは東京市養育院に送られたが、1ヶ月の間に乳児が2名も死亡した。林芳信が調査してみると、養育院ではらいの親の子どもということで、ほかの子どもとは別室に収容し、その処遇も劣悪であったという（林『回顧50年』）。この報告を受けた光田は養育院から児童を引き取り、病院の近くの農家に委託して病院から医師を派遣、往診指導を行なった。しかし、養育院委託の時もその後も、費用を病院所在の東村山村に請求するといった状況であった。救護法の時代代であった。病院の予算には、このような子どもの養育費は計上されていなかったため、光田はこれらを個人のポケットマネーで支払っていた、という。所内出産は増えつづけ、農家委託、里子、家族預けなどさまざまな養育の方法がとられた。光田の考えでは、ワゼクトミーを広く適用すれば、この問題はなくなるというものであった。光田が『愛生』に書いている「ワゼクトミーに就いて」という回想記によれば、全生病院ではじめてワゼクトミーが行われたのは、1915（大4）年、30名の在所者に対してである。

所内で生まれた子どもの数については、信頼できる統計がないが、部分的ながら言われているところによると、例えば井上謙は、5公立療養所の所内出産は創設以来10年間で87人という。そのうちの44人が死亡し、14人が所内で養育され、11人は扶養義務者に引き取られ、5人が所外施設に委託された、とのことである。所内で養育された13人は後に療養所から逃走した、とも記されている。井上もこのような状況に対し、「結婚と所内出生防止を可能にする方法」としてワゼクトミーを肯定する。

一方、外島保養院については、創設から1927（昭2）年の18年間に42件の所内出産があったという。しかし多くは幼くて死亡（乳児の死亡は22名）している、とも記されている。外島療養所でワゼクトミーが行われるのは後で、しかも強制ではなかったため、全生活病院から外島に逃げてくる妊婦が出てきた、という。外島での所内出産は続き、たとえば1937（昭12）も7例あった。この年、前年までに生まれた子ども9人が里子に出されている。森の調査によると、里子には一人あたり、400円の養育料をつけなければならず、予算としては900円しかなかったため、苦慮したとのことである。1939（昭14）年、入所者自治会は、結婚前に優生手術を受けることを申し合わせ、以後所内出産はなくなったという。

所内出産がなくなったのは、ワゼクトミーによるばかりではなかった。外科手術の設備が不十分だったために人工妊娠中絶手術ができなかったとか、妊娠がすすんでからの申告であった場合は、やむを得なかったと思われる。

しかし、母にとっても子にとってももっとも悲惨だったのは、生まれて、しかも十分なケアを受けられずに生後間もなく死亡した子どもたちとその母たちであった。沖縄県ハンセン病予防協会が公刊した『ハンセン病回復者手記』（1999年）は、そのような事例についての記憶を記している。1937年生まれで、1950年に入所したある女性の体験である。彼女は3例の友人について語っている。いずれの例も、家族が子どもの引取りを拒んでいて、やむなく所内で出産することになった例である。

友達が妊娠した。どうしても産みたいと、実家の両親に相談するが断られ、彼の家に相談したがやはり断られた。「その当時は家族の許可がなければ、どんなに子どもが欲しくても、自分たちの力で生み育てることは不可能なことでした。彼女は泣く泣く、子どもを社会で出産し育てるということを諦め、療養所内で出産することにしました。」「しかし、療養所の中で出産すれば、たとえ元気な子どもが生まれたとしても、後々生かされるということは先ずありませんでした。皆殺される運命でした。」「彼女は入室後、元気な可愛い男の子を生みました。毎日、看護婦がお風呂に入れてくれました。9日間子どもは母親のそばに寝かされました。このまま生かされるかも知れないという望みと、反面もしやという絶望感が入り混じり、毎日が針のむしろの上にいる気持ちでいました。9日目の午前11時ごろ、いつものように母親のそばから、看護婦がお風呂に入れると、子どもを連れて行きました。お風呂から帰ってきた子どもは、その後間もなく、帰らぬ人となりました。」(86頁)

「ある療友は、出産のことを家族に相談したところ、親、兄弟、姉妹から『あなたの生む子はどうせ、雑巾みたいな子どもにちがいない。これ以上、親、兄弟、親類が世間に顔向けできないようなことはしないでくれ。』といわれ、どうしようもなく、泣きながら療養所内で出産することにしました。」「元気な女の子を出産しました。しかし、看護婦の指示で、その赤ちゃんに何も与えないように言われていました。抱いておっぱいを吸わせることもできず、この世に生まれ、生きることも、家族から愛され祝福されないで、生まれて何一つ口にする事もなく、死んでいくこの子があまりにもかわいそうです。私たちは、看護婦がいない時、生まれて2日目に、氷砂糖を湯で溶かして、脱脂綿に浸して赤ちゃんの口元に近づけると、お腹がすいていたのでしょう、チュウチュウと吸っていました。この子どもは生まれて3日目に死んでいきました。私はその光景を生涯忘れることができません。」(87頁)

「ある日、35,6歳の方が入所してきました。彼女は健常者である夫の子どもを身ごもっていました。発病して社会での出産は困難でしたので、所内で出産し、親戚の方が引き取り、社会で育てる約束で出産に向かいました。元気な男の子が生まれ、母親のおっぱいを与え、2週間毎日元気で母親の側で過ごしていました。私たちは毎日赤ちゃんを見に行き、病室をのぞくたびに『ああよかった、もう大丈夫だ。この子は生かされるんだ。』と誰もがそう信じていました。」「けれども、喜びも束の間、この子も世を去りました。母親は、気が狂わんばかりに泣き悲しみました。」(88頁)

5) 養護の条件

多数が大部屋に雑居していた当時の状態では、夜泣きをはじめ、同室者をまきこむ問題も多く、母親にとって育児は困難を極めたと考えられる。入所のときに同行してきた子どもたちを居室に同居させる場合もあった。これら子どもたちの衣食の費用は出どころがなく、療養所としては困った存在であった。母子とも、ひとまずの安堵と共に、同室者への気兼ねをはじめ苦労も多かったに違いない。

伝染の可能性とその恐ろしさを説かれて入所させられてきた親たちにとっては、同室での育児は

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

子どもの健康上の問題としても、もう一つの耐え難い苦しみであったから、先ず親戚や関係者のなかに養育を引き受けてくれるところを探し、外部の乳児院、あるいは児童施設への委託も可能な場合は利用されていた。全生病院から東京養育院、九州療養所から慈愛園、待労院などが引き受け、里子に委託される場合もあった。最も多かったのは親族の引取りであった。

当時、児童の養護施設は少なかったが、1930年代は、貧困以外の理由で（例えば親の病死等、またのちには応召等）社会事業施設を利用するケースが現れ始めた時期であって、特に救護法の実施以降は救護法による委託も行なわれていた。しかし全体として施設の数はいわゆる不十分で、しかも経営に苦慮しており、療養所が委託料をつけて引き取りを依頼するのは容易ではなかったと思われる。

6) 療養所付設保育所の設置の要請

この問題への対応に苦心した療養所長の間から、これらの子どものための保育所の必要性が訴えられ、それはまた親たちの希望でもあった。1927（昭2）年2月、外島療養所所長であった村田正太が、社会事業研究会で講演し、それが当時の癩予防協会創立基本金によって別刷りの小冊子となっているが、そのなかで強調しているのが、これら児童のための保育所であった。その議論は、子どものためというよりも、「絶対隔離」を着々と行えば、癩は「実に理想的にしかも、短い年月のもとに撲滅することができ」と、「今から20年、おそくとも30年経ない内に殆どあなた方がライを見たくても見られないやうな状態にこの日本の地を浄化し得ると私は信じています」という点から出発して、そのような「絶対隔離」のプログラムの一つに、ハンセン病の父や母から生まれた子を直ぐに離して養育することの必要性を説くものであった。外島で、1910（明43）年から昭和のはじめまでに42名の子どもが生まれているが、死産の6名、乳児死亡の22名を除いた数のうち、発病しているのは、たまたま患者と一緒に生活をして一人だけであった、という例をあげて、病気の親から直ぐに離して養育すれば、子どもには問題ない、ということの例としている。保育所の費用は公費では出せないという原則を前提として、癩予防協会が設立され、その事業の一つとして、「未感染児童」のための保育所がつくられることになる。

前述したように、当時の社会事業施設は、これらの危機的な状況を眼前にしながら、ほとんど無力であった。専ら貧児のための「慈善施設」として設置されたという事情、資金難、職員の資質や訓練の未熟さなどが、家族関係や出身地を明らかにしたくないという関係者の不安につながり、ハンセン病への偏見と差別があり、それを強化するような、逃亡や外出に対する規制をはじめとする療養所内の処遇があって、一般施設への、関係家族受け入れはきわめて困難であった。

保育所や養護施設における実践、また理論的研究においても次第に新しい動きは始まるのであるが、それらが体系化され、広く知られて、保育者教育のなかに生かされるようになるのは、戦後のことである。1948（昭23）年の児童福祉法の制定の意味は大きく、その後は状況が若干変化し、療養所内の保育所と一般養護施設やその関係者との交流も増加した。しかしその時期になってもなお、出身や背景の秘匿の課題は大きく、杉村春三なども、多年の実務経験から、むしろ「棄子」のほうが児童福祉施設の門に入る近道であって、正当な交渉は事態を難しくするばかりである、と述べて

いる。(前掲杉村、24頁)

7) 療養所付設保育所の設立

長島愛生園の開設直後に、一人の女性が、生後2ヶ月の乳児を同伴して入園してきた。看護婦が、自分の寄宿舍の部屋に乳児を連れて帰って預かったのが病親から隔離して子どもを養育したはじめであったという。1931(昭6)年である。長島愛生園には、1931(昭6)年8月、全国初の療養所内保育所がつくられた。24時間、そこで生活するという施設である。

愛生園には健康児のための保育所があるということが伝わると、まだそのような施設を持たない大島青松園から、そこにわが子を預けようとする親たちが、愛生園に向けての逃亡をはかったという。青松園の歴史『閉ざされた島の昭和史』(1981年)によると、1931(昭6)年には、一夜に10人が逃亡を計画したということまでであった。それは前例のない、多数者による逃亡であった。愛生園ではかねてから香川県庁に、大島からの逃亡患者について苦情を申し立てていたが、このときには翌晩、9名を愛生丸に乗せて送り返してきた。自治会史の記録は、「たぶん、子どもを保育所に入れたくて愛生園へ行ったのよ」と在園者たちはささやきあった、と記している。青松園では雑居の病室内での同居生活がつづいていたからである。ほんとうに伝染病なら人としてとてもできない処置であるというのが患者の言い分であった。園は逃走者だから、9名を監禁処分にするという。たまりかねて親の一人が「逃走して行ったのをいいこととは思いませんが、病気でない子を病気の親が保育所へ入れたいと願うこの親心は、もしあなたさんに子どもがあればわかってもらえらると思います」と訴え、ようやく9人は監禁でなく、謹慎三日の軽い処分ですんだ、という。在園者の記憶に残る事件であった(35頁)。青松園にはその後保育所がつくられ、1934(昭9)年からは、地域の学校に通うなど、制度としても整えられた。

長島愛生園では、設立間もない癩予防協会が保育所を経営し、翌昭和7年には13名の児童が2名の保母によって養育されていた。保育所のための建物は、1934(昭9)年度に153坪の新営工事が行われ、その完成によってそれまでの建物を第一楓蔭寮として、主として乳幼児を収容し、新築の建物を第二楓蔭寮と命名して、主として学齢児童を収容することとなった。その間当初2名であった学齢児童が増加したので、1933(昭8)年6月に黎明学園を開設、小学校教育を開始した。翌年には教室を増築している。しかし、正規の学校教育とは異なり、授業は午前学科、午後は家事、手工芸、農業等の実習であった。費用の節約のためであった。また、時局を反映して黎明少年団を組織し、団体訓練を施している。楓蔭寮は、邑久光明園の児童をも入所させていた。

その後1946(昭21)年、占領軍により、民間団体への国庫からの財政援助が禁止されたため、癩予防協会は、その事業を継続できなくなり、保育所は国に移管され、のち1950(昭25)年、財団法人楓蔭会(愛生園の職員を含む有志で作られた法人:理事長光田健輔)の経営に移り、社会福祉法人となる。楓蔭寮は定員20名の養護施設として岡山県から認可された。法人は大阪と東京に支部をつくり、1951(昭26)年に白鳥寮^{はくちよう}、1953(昭28)年東京に恵明寮を開設し、1955(昭30)年の白鳥寮の増設を機に、楓蔭寮の児童たちを、それぞれ故郷の施設や里親などに転出させ、長島にいたことを隠して、そこから通学、就職をさせていった。

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

長島愛生園の楓蔭寮にはじまって、らい予防協会は各地の療養所に病親をもつ健康な児童のための保育所を付設した。1941（昭16）年度の定員数は全国で313名、内訳は下記のとおりである。

| | |
|-------------|------|
| 楓蔭寮（長島愛生園内） | 90名 |
| 二葉寮（栗生楽泉園内） | 68名 |
| 楓光寮（星塚敬愛園内） | 50名 |
| 二葉寮（北部保養院内） | 13名 |
| 楓寮（大島療養所内） | 49名 |
| 恵楓園（九州療養所内） | 38名 |
| 宮古療養所内児童保育所 | 6名 |
| 合計 | 313名 |

1940（昭15）年度中に予防協会が委託して保育料を支払っていた保育児童（里親委託）は、8名（福岡2名、大分2名、大阪1名、鹿児島1名、静岡2名）、保育料は月10万円以下必要に応じるものであった。

同じ頃私立の神山復生病院でも、1930（昭5）年、新院長岩下壮一が11月5日着任後病院改善の5ヵ年計画をたて、第一期工事として、男子病棟、「未感染児童舎」を増改築。1931（昭6）年末感染児童を収容しはじめる。（児童数6名）、長島愛生園と同年である。1933（昭8）年の収容児童12名、1934（昭9）年12名。1944（昭19）年には幼児2、小学生2、それ以上5名の全員が、空襲を避けて不二農園内に移ったとの記録がある（『神山復生病院の百年』）。

8) 保育所の生活・地域との関係・進路など

記録や回想

保育所の生活については、栗生楽泉園の二葉寮の記録、当時の在所者の回想、龍田寮体験者（入寮者、また保母として）、松丘保養園保母の回想などによって、その一端を知ることができる。文献としては、滝尾英二の労作（『近代日本のハンセン病と子どもたち・考』、人権図書館・広島青丘文庫、2001年）が詳細にその状況を伝えている。また星塚敬愛園の保育所楓光寮の保父として勤務した平川了大が、その体験を雑誌『解放教育』に寄せていて、当時の職員の目から見た保育所の1日の生活と、自分がどのような目標を立てて指導したかを記している（176号、1984年）。そこで平川は、60名の父親としての仕事、乳児寮の仕事の大変さをはじめ、自分の立てた指導目標、地域の協力、月一回の親との面接（礼拝堂で、子どもたちが壇上に立ち、親たちが下にいて会う、という奇妙な形式であった）などを描写している。面会のたびに親たちがご馳走を作り、重箱につめて持ってきて子どもたちに食べさせようとするので、それをさせないように保母が苦心したということも記されている。

子どもたちはその人生を通じていつまでもつづく苦悩のなかにいること、しかも戸籍を隠し切れずに自殺してしまった子がいたということを知っても、それがどの子であるかを自分たちは知るこ

とができず、何もできない苦悩などの存在は、この問題への対処が容易ではないことを改めて教えている。

保育所の設備などは、一般の養護施設に近く、菊池恵楓園では、その地域のモデルでもあった慈愛園の施設を見学して参考にし、職員も慈愛園からベテランの保育者を委嘱している。またその時期にハンセン病への積極的な関わりを志していた救世軍は、栗生楽泉園の保育所二葉寮を委託されて、救世軍から保母を送り、1941年までその事業を行なっている。救世軍が、英国との関係について憲兵の取調べを受けるなどの動きがあり、救世軍内部にもさまざまな問題を抱えてその事業は楽泉園に経営を移すことになるが、草津の歴史も反映したその事業は、後に社会復帰のための施設を埼玉県に設立するなどの展開をした。

また、療養所医局の医師が、定期的な検診を行い、発病が確認されると入所するというきまりになっていた。

一般養護施設（現在の児童養護施設）や、同じ児童福祉施設としての母子寮（現在の母子自立支援施設）の場合にも、一般に地域との関係は必ずしも容易ではない。施設で暮らしていることを理由にする差別もいじめも、地域差、施設差はあるが、存在し、入所の母親や子どもたちは、それを鋭く意識している。ハンセン病の場合は、それらの重さに加えて、病気それ自体へ誤解、偏見、差別が、遺伝とか家系に対してまで根強くみられるのであるから、利用者本人はもちろん、誰もがそれを憂えて、それぞれの時期に、それぞれの地域でこの問題と取り組んできた。

黒髪小学校の事件は、今日なお関係者、ことに本人と家族に傷を残し、通学賛成派に対する警戒や差別も長くつづいた。賛成派の父兄の子どもたちは、卒業までクラス替えもなく、自分たちだけで学級を編成されていて、子ども時代に反対派の子弟との交流もなかったという。詳しくは本報告書・第十三の第1を参照。

三つの保育所

「未感染児童」という呼称は不適切であるとの指摘がらい学会からなされたが、この語は児童が現在は発病の兆候がなく健康であること、ただし過去に感染した危険が高いため、少なくとも数年間は医学的な観察を必要としていること、の二重の意味で用いられていた。現在健康であるという意味では、ほかの子どもたちとなんらの相違もないのである。にもかかわらず、療養所内には、入所中の患者である子どものための保育所と、いわゆる「携帯児童」と呼ばれる健康な児童のための保育所と、職員の子弟のための保育所の三つが長く分かれて存在していた。この事実が一般社会に送っているメッセージは、ハンセン病の恐ろしさと、不気味さを伝えてあまりあるものであった。これらの子どもは、現在健康に見えていても、何時発病するかわからないというおそろしい運命を負った子どもたちで、一般児童とは区別して生活させなくてはならず、一日のうち数時間の保育といえども、別個におこなうべきものである、と受け取られる暗黙のメッセージなのであった。医療機関の中にあり、医療の目が行き届く場面であることを考えれば、それはいっそう真実味を帯びて伝わるばかりでなく、子どもたち本人が受ける傷の深さは想像を越える。まことに理解し難いことである。

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

医療的な観察が必要といっても、発病して療養中の児童の場合は別として、健康な児童への健康診断は、半年に1回おこなわれていただけであり、特別な保育スケジュールを要するわけではない。まして、24時間、一定の知識を持っているはずの保母が入浴から衣服の世話まで細かく接しているのであるから、少しの異常でも発見は早い。しかも発病する児童数非常に少ない。このこと一つを修正することができなかつたところに、閉じられた療養所の持っている異常さを見ることができる。保育にあたった職員を含め、療養所外の施設で対処すべしとの意見は多かったのである。しかも、保育所の養護の水準は必ずしも高いとはいえず、将来の社会生活のための訓練が不十分との指摘も多かった。

星塚敬愛園だけが、林園長の強い主張で、保育所の子どもと官舎の子どもの共学制の幼稚園をつくった。職員の中には強い反対があったが、保育所の子どもは、「ただらい患者の子どもであるというだけの理由で恐れられ、差別されているが、そうしたことがいわれなき誤解であることを証明し、保育所の子らの前途にただよう暗雲を払いのけるためには、共学制は何よりも有力な方策である」と、林は考えていた。1939（昭14）年4月の開園式の席上、林は「この幼稚園が今後幾多の困難と戦うべき未感児童に麗しき情操と強き心を、官舎職員子女に彼らの友となりて人生を進むべき温かき心を与えんことを、と述べた（オカノユキオ「戦後らい予防事業史」）。多くの療養所で、職員とその家族の、患者に対する偏見と嫌悪感はきわめて頑固なものがあつたといわれているなかでの楓光幼稚園の開設であつた。

子どもたちの「社会復帰」

しかしそれにしても、これだけの差別的な取り扱いを受けつつ育つ子どもたちの、就職や結婚をめぐる将来は困難なものであつた。職業としては、各療養所が付設していた看護学校への進学が早くから行われ、女子にはそれなりの可能性を開いていたが、その就職先はしばしばハンセン病療養所であり、個人の適応の問題から言えば、決して容易な職場ではなかつた。男子は工員などを中心に職業訓練所への入所などが援助された。

長島愛生園のほかに、島の療養所を出て大島青松園の保母であつた大浜文子は、1940（昭15）年に退職後は大阪府予防課に勤務し、自分の職員住宅に児童を連れて行って養育をした、という。これは後に籐楓協会の援護で、赤川寮として、全国の施設から教育修了児を預かり、職業訓練を行っている。

地域の一般教育・福祉施設との関連については、「龍田寮事件」の起きた1954（昭和29）年、熊本地方務局は、龍田寮と同一ケースにある全国五つの保育所、（東北新生園、長島愛生園、松丘保養園、星塚敬愛園、大島青松園）その他の関係者に実情報告を求めた。寄せられた回答は保育児童を地域の小学校に受け入れても何のトラブルもなく、一般児童と仲良く勉強しているという報告であつたとのことである。（菊池恵楓園患者自治会『自治会五十年史』）。当時、少なくとも全国5つの保育所では、児童が何の問題もなく、地域の学校に通学していた。愛生園の場合は、それをさらにすすめ、幼時から一般の養護施設への移動を促進して、いわば子どもたちの「社会復帰」をはかり、1955年11月には、その目標を達成して、保育所を閉鎖している。

黒髪小学校事件に深く関わった潮谷総一郎は、20 余名の子どもたちを県下の養護施設に秘かに入所させるために苦心した。絶対秘密にそれを行い、成人するまでを見守り、年 1 回の検診を受けさせ、発病は一人もいなかったことを確認している(潮谷総一郎「龍田寮の生い立ち」内田守編『ユーカーの実るを待ちて』、リデル・ライト記念ホーム、1976 年、351 頁)。責任ある幹部以外は、職員にも出身を語らず、子どもたちには親が恵楓園に入院していることと自分が龍田寮にいたことを一切誰にも話してはいけないと口止めした。自分たちは健康であっても、生涯背負っていく重い記憶に苦しむ子どもたちであった。世代を越えて続く家族被害である。

見守る母親の思い

子どもたちを療養所付設の保育所にいれ、月に 1 度の面会時にも抱きしめることもできないまま、保母に養育してもらっていて、中学を終えるとやがて大都市の別の施設に移って社会に旅立ってゆく子を見送る母親の感情にも、実に複雑なものがあつた。

高杉美智子は、その著『生活記録 みまもられて生きむ』(復権文庫、1971 年)のなかで、入所時につれてきた当時 1 歳 7 ヶ月の子が保育所で 15 年を過ごし、大阪での生活のために療養所を去る折の体験をいくつかの随想として記している。彼女は 12 畳半に 5 人の雑居部屋に入り、子どもを保育所に預ける。既に失われ始めていた視力はやがて全く消えてしまう。「わたしは子どもへの夢も希望も残らず崩れ去って、ただ空虚のものが私をとりまくばかりであつた。」と彼女は記す。子どもはやがて大阪の施設(白鳥寮)に移る。別れを告げに来た子どもの前で母はとまどう。「何かいっておかなければ、あれもこれも注意もしておかなければ、とあせりながら、つい思うことは一言も言い出せないまま保育所に帰さねばならないときが来てしまった。」と書く。盲目で下駄を探しているときにはじめてわが子に下駄をそろえてもらった喜び。「お部屋に上げてお菓子でも食べさせながら僅かに残されたときを過ごしたい。膝の上に抱き上げてしっかり抱きしめたい。別れて以来一度も手を触れたことのないこの子に、今触ってみなかつたら、もう永久に触ることはできないと思う。けれどそれは許されない。」という文章にはこのままもう、永久に私から去っていかうとしているのではないかという母の不安がにじんでいる。

子どもはやがて大阪で高校を卒業するときにオルゴールを持って会いにくる。はじめての月給から母にお金を送る。母親は、何か子どものためにと貯えた 3 万円をすべて使って、成人式に背広を贈ろうと思う。その手続きを終えたとき、母は次のように書く。「何時の間にか子どもは成長し成人の日も無事に迎えることができた。そして私は盲いて二十年、手も足も不自由になり年老いていた。こんなにも身不自由になりながらも生きてきたのは子どもがあつたからだ。子どもが私の生きがいであつたのだ。・・・」母は言い知れぬ虚脱感に陥る。「私はこの虚脱感から抜け出るのに月余の時間を要した。考えてみるとおかしな話である。私は今日までどれほどこの日の来るのを待ち望んでいたのであろう。そしてまたこの日のことのためにのみ節約の限りを尽くして生き抜いてきたのではなかつたか、それが今達成されたのである。従っていまこそ歓喜と勝利感に酔いしれてもよい心境であらねばならない筈である。それが送金した直後から、いかにも今日まで抱いていた望みも願いも加えて生活の目標までが消失せたような喪失感に沈んだ。」きわめて限られた条件のもとで形成

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

され深められた親子関係としては、恵まれたものであるが、そのなかにどっしりと沈む悲しみが伝わってくる。しかもこのようにわが子と呼べる存在を持つことをはじめから奪われた父や母がどれほど多かったかということ为背景に読むとき、病気の親から生まれた子たちも、親たちも、悲痛な人生を送らざるを得なかったことをあらためて認識させられる。

これら児童を特別な保育所で養育する根拠は不十分で、福祉関係者のなかにもさまざまの意見があった。しかし、制度的にはこの、旧態依然ともいふべき戦前のかたちが延々と続けられていたのであった。これをレットルはりと断じ、児童福祉行政のきわめて貧困であった戦前の遺物とする論もあったにもかかわらず、大きな変革は行われず、どの保育所も入所児童の自然減をまって、閉鎖されたのであった。1976（昭51）年、児童数の減少により、すべての療養所の児童関係施設は閉鎖された。

3. 入所者の家族援護

療養所への入所に伴って生計の維持者を失い、援護を必要とする家族に対して行われた援護をめぐる状況を検討する。発病を宣告されあるいは自覚して職業や家郷を離れる患者は、当初本籍や親族の存在が明らかになると治療費が請求されることを怖れて、出身を隠し、したがって残された家族への援護は行われなかったことが多かった。家族たちの貧困は、特に生計維持者が発病し、治療に相当の経費を支出した後など、深刻なものがあつた。

1953年の法改正は、それらの家族への援護についてこれを生活保護法の枠外で実施することとなった。その状況は次のようなものであつた。慰安費につづいて、家族への援護も予防法の内側で行われることになったのである。

1) らい予防法による家族援護費

1953年のらい予防法改定をうけて、翌1954（昭29）年4月国会で、ハンセン病患者の家族援護は、生活保護法の枠外で行われることになった。それまでも、入所にもなつて家族が生活に困窮するときは援護を与えるという規定はあつたが、それは生活保護の枠内で行われ、市町村役場や福祉事務所が扱うことについて、さまざまの問題があることが、患者自治会からも指摘されていたためである。保護の内容および手続き等は、生活保護法による保護とほとんど同様で、ただしその費用は全額国庫負担とされていた。医療扶助の問題は残るが、これも直接都道府県に配置されているらい担当官によって行なうことができるものとされていた（実際には生活保護法によると同様に受給は容易ではなかつたという）。ハンセン病専任職員が、予防法の枠内で援護を行うことになったので（予防法施行令政令第223号 1954年8月1日：各都道府県毎の条例による追加予算が必要）それまでの名目的な援護に較べれば、家族にとっての利点は、生活保護において行われる綿密な資産調査と収入認定、また扶養関係の厳密な調査と家族員の現住所市町村への照会等をすべて省いて、直接らい専門官によって援護が行われるという点にあつた。1953年当時の金額は生活保護に準じ、予算上は家族1人あたり、都会で1,600円、地方では1,200円くらいと見積もられている。

恤救規則の時代はもちろん、救護法時代も、家族の療養所入所を理由とする援護を受けるのはな

なかなか困難であった。救護法の実施は方面委員によっていたから、近隣の眼をおそれて暮らすハンセン病患者家族にとって、相談は難しく、しかも戦前の警察や役場の吏員による強制的な入所にあたって、残された家族の生活は、最も気になるところであり、それを理由とする無断外出は後を絶たなかった。森幹朗が1953年に光明園に入所した20人に調査したところ、留守家族に生活の援護が必要と答えたのは8人であった。必要だが民生委員が許してくれないという回答もあった（森幹朗「差別としてのライ」1993年）。

2) 新しい制度の援護費申請者数

1954（昭29）年9月の全患協ニュース（第41号）は、各支部毎の保護申請人員を次のように報じている。人数で報告しているところと、家族（世帯）数で報告しているところがあるが、栗生楽泉園30名、星塚敬愛園90家族、大島青松園は、全入園者の15～20%と予測している。

星塚敬愛園、大島青松園、長島愛生園は自治会が県からの係官の来園を求めて入所者の申し込みの便宜をはかっているところからみても、それまで、家族援護は法律に明記されてはいても、なかなか実施されていなかったことがよくわかる。もちろん個別にそれぞれ出身県の係官に個人で連絡をとる人もいて、全体の申込者は自治会が把握している数を上回ると予想されている。結果的に、長島愛生園では116名が申し込み、さらに県人会から各県担当官に届け出ている者もあって、これを超えるという報告があった。菊池恵楓園では124名が、奄美和光園では38名、松丘保養園では22名が申し込んでいる。この制度が始まる前に生活保護を適用されていた世帯数は松丘保養園が10名、東北新生園11名、多磨全生園20名であって、それまでの援護がどれほど実際の必要から遠い水準であったかを推測することができる。

3) 援護費の受給へのためらい

専門官が直接私用封筒で家族に送金するといった約束にもかかわらず、全生園では、あらたな援護の申請者が20名にとどまった。その背景には、あらためての家庭調査によって秘密が漏洩するのではないかと不安、この制度が戸籍上の扶養家族に限定されているので、戸籍を別にしてしまった入所者は、残してきた父母や、子どもに責任を感じていても、いまさらどうすることもできず、手続きができないという不満があって、ここにも強引な収容と「恐ろしい伝染病」という誤解を強めてきた隔離政策の結果が、痛ましい個別の人生の破壊という結果につながっていることが読み取れるのである。さらに、この制度とその趣旨がよく理解されていない、園当局に熱意がないなど、申請をしない在園者が多いことの背景として考えられるという意見が寄せられている。

4) 受給者数とこの制度の問題点

1955（昭30）年11月の全患協ニュースによれば、同年7月現在の家族援護受給者の数は、申請中の22件を含め、全国で502件であった。援護額は一世帯平均3,746円、一人平均1,024円である。森幹朗の記すところによれば、1955年1月現在の援護世帯数は全国で917であったという。援護世帯の多かったのは、鹿児島県128世帯（援護費平均27,000円）、熊本県128世帯（同平均

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

50,000 円）、福岡県 75 世帯（同平均 29,000 円）であった。

生活保護の枠の外で支給するこの家族援護費の問題点の一つは、それを受けている家族が病気になった場合の医療費であった。生活保護と並べてみると、家族援護費は、いわばその「生活扶助」「教育扶助」「住宅扶助」「出産扶助」「生業扶助」「葬祭扶助」に属する部分がそれぞれ「生活援護」「教育援護」という名目で与えられるのであって、その受給者が医療を必要とする場合には、生活保護法では医療扶助が付け加えられるのだが、それに該当する部分がない。生活保護では一般に「医療券」というものを持参して受診することになるのであるが、この制度が家族援護費にはふくまれていない。医療扶助は、1955 年ごろから生活保護のなかで大きな比重を占めるようになってきたが、これを含まない援護費では、家族が病気になれば、その医療費は全額自己負担になる。その部分の補助をどうしても受けたい場合は生活保護に頼らざるを得ず、その受給ということになると、本籍、現住所、入院先と、責任の市町村の間で調整がつかなくなったり、あらためて収入認定が行われて非該当となったり、と個々にはトラブルが多かった。療養所がすべての公的援護の適用を、予防法のもとに実施することの困難さの現れである。

社会福祉に関する一般の制度と切り離れたところで提供されるサービスには限界がある。療養所生活は、一般の福祉から自らを切り離して入所者およびその家族の福祉を組み込んだのであるが、それは実際に地域で営まれている生活上のニーズを受け止めることにはならなかった。隔離政策の矛盾というべきである。

4. 老人ホーム

らい予防協会が「福祉」領域の事業として戦後設けた施設の一つが老人ホームである。予防協会はこれを「未感染家族養老院」と称して、患者家族中の未感染者対策であることを示していた。しかしこの設立の任にあたった杉村春三は、戦前星塚敬愛園で働いたのち徴用で一旦退職、その後 1944（昭 19）年（当時の）満州国国立癩療養所に赴任、そこで敗戦を迎えた経験の持ち主である。ハンセン病を発症して入院していた兵士たちが、敗戦の報で悲惨な自殺に追い込まれた時のことを生涯の痛みとして負い続けた（前掲杉村）。終戦後進駐軍の福祉関係者から紹介されてアメリカのソーシャルワーク関連文献を読み、特に患者家族に対するソーシャルワーク援助の必要性を痛感する。そして、家族が養老院への入所を断られて自殺したという一つの事件をきっかけに、老人ホームの設立を志す。患者本人をも入所させることが可能な定款を読むと、杉村がつくりたかった施設の目標はもっと広いものではなかったかと推察されるが、この種の施設は予防協会の事業としては発展せず、療養所の中からその積極的な活用が唱えられることもなく、社会福祉界にも特に大きな影響を与えるには至らなかった。杉村自身はその後慈愛園老人ホーム施設長として老人福祉法の制定に深く関わり、ハンセン病家族のためにつくられたハンナ・リデル記念老人ホームは、社会福祉法人立となり、老人福祉施設として存続している。

戦後の新しい社会福祉が歩み始めた頃、アメリカのソーシャルワーク理論書を熱心に読み、ハンセン病に対しても、それまでとは違ったアプローチを求め続けていた杉村が、法制度の矛盾のなかでかろうじて実現した一つの施設であった。設立経過と入所者の概況は次のようである。

1) リデル・ライト記念老人ホームの設立の経緯

熊本市所在のハンナ・リデル記念養老院は、1929（昭24）年、ハンセン病者の家族保障、特に老親保障を早く実施すべきだとの考えから、リデル・ライト記念事業委員会が建設を決定し、杉村春三が中心となって実現した。開設は1951（昭26）年9月1日であった。らい予防協会は、これを、「未感染家族養老院」とよんでいた。家族の中の未感染者をすべて予防法の対象とする意図に出るものであったことをよく示している。しかし老人ホームが療養所とは別の敷地に建設されたこと、開設当初からの責任者が、一般の老人と区別せずに扱ったことが好条件に作用して、最初から、一般入所者と共に住み、同じ処遇をうけていた。老人福祉法の制定される以前のことで、老人ホームの需要の高まりに対して数が少なく、一般に入所は非常に困難であったので、地域からの入所希望者が多かったことも幸いしたと思われる。

設立の端緒について杉村が述べるところによれば、駐留軍のリスク（後にコロンビア大学社会事業学校教授）が、「家族保障」の重要性について繰り返し語っていた。杉村は星塚敬愛園のころの知人および当時の在住地愛媛県の「らい家族」について、私的な調査を積み重ねつつ、ハンセン病者の家族問題に関心を寄せていた。たまたま熊本で、菊池恵楓園園長宮崎松記と会い、家族保障、特に老親保障の問題について、その重要性を語り、幾人もの賛同者を得てリデル・ライト記念事業委員会で討論した。入所者のために「未感染児童保育所」があるなら、健康な老親のための養老院も当然のことではないかとの発想であった。杉村の没後、夫人の回想によれば、ある親が養老院への入所を断られて自殺したという事件もきっかけであったという。

1948年12月、財団法人癩予防協会囑託リデル・ライト記念事業委員会囑託として杉村は、熊本に着任する。月俸は5,000円であった。杉村はボランティアとして青年入所者の夜学を開いて英語を教えるなど、しばしば恵楓園を訪れていた。老人ホームの建設資金を得る途を求めて、英国人レヴィス氏と毎日新聞社の協力で資金をあつめ、1952年9月着工した。杉村の考えたリデル・ライト記念事業とは英国の医療社会事業のパターンをふんで日本でハンセン病患者のための事業を展開した二人の女性の影響がいったいどのくらい、その後の日本の癩事業に影響したか、それを再認識する構えをもって養老事業を展開することであった。それまでの閉鎖的な「日本型癩対策」（杉村の命名）の欠陥を何とかしたいというのが杉村の願いであった。杉村が関心をもっていた家族全体へのソーシャルワーク援助の理論のもっともよい理解者であったのは、龍田寮の職員として赴任し、のち菊池恵楓園に移り、さらに全生園に働いたソーシャルワーカー佐藤献であった。佐藤は東京にできた日本社会事業専門学校を卒業したばかりであった。戦後の社会福祉の専門教育を受けた人たちの登場でもある。

施設は、ハンセン病の特殊性を認めない一般生活保護法一本に依拠したものであった。多くの場合、家族が入園している療養所からの照会で手続きがはじまるが、生活保護法による養老施設の利用者にハンセン病患者家族を意識的に含めるといふ、わが国の家族施設として初めてのものではあった。療養所の付設というのではなく、独立したハンセン病関連施設としての出発であった。龍田寮の教訓が生かされたというべきである。行政当局および関係者の秘密保持には苦心があり、しかも長い間の苦勞の末に老人ホームにやってきた入所者たちは、施設生活でもなかなか落ちつかず、つら

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

い人生体験からくると考えられる問題もおおく、家族の病気のこともつい話してしまうなど、職員
の苦労には大きなものがあったという。

2) 定員と組織

老人ホームは、1951年（昭26）9月1日に正式に開所した。社会福祉法人癩予防協会によって、
生活保護法による養老施設として事業を開始した。定員は最初20名であった（1951年9月）。ついで、
1952（昭27）年1月に第2期工事が完了して定員が50名になった。翌1953（昭28）年5月
に70名の定員となり、以降現在に至る。ハンセン病関係の利用者は1954（昭29）年頃がもっとも
多かった。そのころは、その人たちのためにもリデル・ライト記念という名前は出さないほうがい
いと福祉関係者からの意見も出されたという。

創立当時の園長杉村は1958年慈愛園のパウラスホーム（老人ホーム）園長に転出、後任は聖公
会の秋山が引き継いだ。

1963年（昭38）8月1日の老人福祉法の施行に伴い、同年11月1日、名称を「リデル・ライト
記念養老院」より「リデル・ライト記念老人ホーム」と改め、1970年（昭45）らい予防協会から
分離、同年3月24日定款の一部を変更して、法人の名称を「リデル・ライト記念老人ホーム」と
した。当時の定款には社会福祉法人の目的を、「この社会福祉法人はらい患者、またはその家族であ
って、援護育成、または更生の処置を要する者等に対し、その独立心を損なうことなく正常な社会
人として生活することができるように援助することを目的とし、次の第一種社会福祉事業を行う。」
と記されている。

経費は各県の救癩協会からの寄付金があわせて5万円、協会負担金というのが15万円、共同募金
が15万、保護費として生活保護から14万4000円、助成金5万、保護施設事務費として12万、計
66万4000円である。

3) 利用した療養所入所者家族

現在までに、療養所入所者の家族で、この施設を利用した人の数は30名である。入所年次は、1951
年の8名から、1970年の1名まで合計30名。そのうち男性は18名、女性は12名であった。一般
に老人ホームへの一般入所者には女性が多いのに対して、男性が女性を上回っていることは、家族
の中に、介護を担当する女性がいなかったこと（たとえば息子が結婚していないとか、妻が発病したと
かいう場合）を推察させる。

出身県は西日本で、熊本15名、長崎3名、広島1名、鹿児島2名、兵庫4名、福岡1名、大分1
名、宮崎1名、京都1名、愛知1名であった。家族が入所している療養所は、一家で二人が別々の
療養所に入っている場合を含むが、菊池恵楓園が11名と最も多い。ついで長島愛生園が5名、星塚
敬愛園2名、奄美和光園2名、大島青松園1名である（以上、現理事長よりのききとり）。

現在の69名をふくめ、開設以来2004年までの入所者の総数は424名である。退所者については、
死亡が194名、退所161名で、死亡者のうち、本年納骨堂にて遺骨を預かっている者が85名であ
る。退所者の内訳をみると、結婚3名、失踪6名、自活17名、親族扶養のため引き取り24名であ

るが、最も多いのは入院 35 名である。ほかに、他施設への移動 76 名があるが、ここには 1953 年水害により流失した養老院からの避難者の受け入れと帰還の出入がある。途中老人保健施設の新設等あり、介護度の変化と共にそちらに移動したものもある。ケアにあたった職員数は 24 年間で 58 名、現職員数は 16 名である。

4) 事例

ハンセン病家族としての利用者についての介護担当者の記憶によれば、そのうちの 1 人は療養所に入っている兄弟を頼って、その療養所のケースワーカーの紹介で入所している。アルコールの問題を持っていて、在所中も何回かその治療のため精神病院に入退院を繰り返した。軍隊歴あり、戦後の開拓のなかで事故に遭い、それによる障害や後遺症に悩んでいた。入所後も兄とは連絡があり、時には遠路を訪ねて行っている。家族からハンセン病が出たということでの差別の被害にあっており、高齢まで未婚。地域からも孤立していた。つらい暮らしの拳句に、療養所に入っている兄を頼って相談したということからも、それまでの苦勞を感じ取ることができたというのが、介護員の感想であった。同時に兄が、療養所入所中でもなお、家族の相談にのり、頼られ、何かと面倒をみていたことがわかり、その死後はるばる療養所に兄を訪ねて行ったワーカーは、やさしい兄の姿に感動したという（2004 年 8 月、当時の主治医および介護員からのヒアリング）。これは、決して珍しい例ではないという。

5. 小括

完全隔離、完全収容政策のもとにあつて、家族援語もまた、その目的は、完全収容の実現にあつた。いわゆる「沈黙患者」を収容するには、病気の恐ろしさについての教育と、家族の生活保障が何よりも重要であるという発想に根ざすものであり、それゆえに、個別の実態に即した支援として行なわれるというよりは、「秘密の厳守」と「手続きの一元化」を柱に、収容政策の徹底を図るという目標が明白であった。社会福祉一般の水準の低さと、複雑な手続き、特に、生活保護行政の厳しさが、これらの対応を下支えしたことは明白である。また、福祉における当然の職業倫理が、もっとも基本的な個人情報の守秘義務のレベルでも、住民からの信頼を全く得ていなかったことも、民生委員の教育の不十分さをふくめて付け加える必要がある。政策はハンセン病に対する恐怖や警戒心をあおって、病人や家族への偏見と差別を助長する結果になっていたこと、その改善に向けて立ち向かうというよりも、それに乗って福祉関連制度をすべてハンセン病行政の内側に取り込んだ結果が背景になっていることはいうまでもない。

同時にこれらきわめて人間的かつ素朴な要求が表明される背景には、患者の生活、特に経済生活の深刻な困難があつたこと、戦後の自治会組織とその活動が、結核などの患者運動との交流その他、社会的な力をつけはじめたこと、国民生活の一定の安定が反映していることもまた留意されなければならない。

六 「社会復帰」と福祉界

1. 力不足

どのような疾患による入院でも同じであるが、医療機関への入院とならんで、入院治療に一区切りつけての退院の時期は、医療と福祉の問題が重なり合い、その関係が問われる重要な時期である。医療の水準が改めて問われ、退院後の生活設計が問われ、それまで隠れていた問題なども、あらためて浮上する。ハンセン病の場合は、問題が特に複雑である。療養所への入所が、家族関係を含む悲惨な問題状況をつくり出し、福祉の領域に課題をつきつけたように、戦後のスルフォン系治らい薬の効果、入所者層の変化のもとで、医療と福祉は、リハビリテーションと社会復帰という、もう一つの接点の前に立たされる可能性が生じたのであった。戦後ようやく近代社会事業の段階への一歩が進められ、各種の基本立法が整えられはじめ、例えば医療社会事業協会など専門職団体の萌芽も見られたのが、1950年代の初期であった。

しかし福祉界は、政策としても、組織レベルでも、個々のソーシャルワーカーの実践のなかでも、戦後の国民生活の荒廃と急激な生活変化に伴う緊急のニーズに追われて、その力不足は覆うべくもなかった。日本社会福祉学会が組織されたのは、1954年のことである。医学、経済学、社会学、哲学等の背景をもってハンセン病療養所の勤務につき、療養所の問題を熟知した後に、社会福祉の研究・教育に携わった研究者、たとえば内田守、森幹朗、杉村春三などは、社会福祉界に広く影響力をもち、療養所をフィールドとする調査や研究と、社会福祉研究一般とをつなぐ役割をとった。しかし、戦後の山積する生活問題への対策と、マルクス経済学をつよい影響の下で繰り広げられた社会福祉の本質についての論争のなかで、その研究は福祉界の他分野の人びとを巻き込むに至らず、まして他の学問、専門職業分野との交流や連携、協同には程遠かった。

個々のすぐれた実践家や研究者の業績を評価しないわけではない。しかし隔離政策との関連で言えば、福祉界一般としては、それらの研究や実践を関係者に広く共有して政策批判につなぐことをしなかった。在園者の高齢化、故郷における差別、排除の力は大きく、ハンセン病政策は、依然として完全隔離、完全収容の原則を維持し続けたのであった。退所・社会復帰という、一般社会との再びのつながりの機会を生かして医療と福祉の新しい協同につなぐには、福祉の理論も現場実践も、隔離の被害の重大さの認識が不十分で、政策に批判を加える十分な力を持たなかった。ここでは、療養所からの退所の問題に焦点を合わせて隔離政策の根深さとそれによる被害のいっそうの拡大と深化を検討する。

2. 社会復帰をめぐる在園者のディレンマ

1) 軽快退所者数

スルフォン系治らい薬による治療は1948年にはじまり、1950年にはその効果が認識されて、退所者の数は急増する。そのピークは1962年である。全患協の調査によれば軽快退所者数は、

1949（昭24）年～1955（昭30）年までの7年間に、国立私立合わせて、合計655人
1956（昭31）年～1965（昭40）年までの10年間に、1,804人

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

1966（昭41）年～1975（昭50）年までの10年間に、898人

1956年からの10年間で最大となっていることがわかる。その内訳を見てみると沖縄736人、多磨395人、菊池366人、宮古、駿河がつづく。長島愛生園は232人である。

これはプロミン後の軽快退所者数であるが、それ以前にも該当者がいなかったわけではない。森幹朗は、1909（明42）年から1955（昭30）年までの国公立療養所の入所者数41,134人中、2,116人が軽快退所していることを、療養所別の数字を掲げて示している。これは療養所別に2.5%から10.0%にわたっている（森幹朗「らい療養所論」『医療福祉の研究』、ミネルヴァ書房、1980年、350頁）。全国的に言えば約4万人の収容者のうち約2千人が退所している。

プロミン以前にも初期の軽症中の入所者のなかに、軽快退所者がいなかったわけではない。林芳信によれば、全生園では1928（昭3）年、病毒伝播のおそれがないとして退所した者を最初の一人として、以来1948年までの20年間に、合計224人が軽快退所しているという。年平均にすれば11人である。この人たちは、在園期間も短く、多くは家族のもとに帰っていて、特に問題はなかったという（全患協ニュース）。

長島愛生園についても、田尻敢が記すところによると、愛生園の開所（1930年）以来、1943年までの入園者のうち入園当時斑紋型と診定された103名について、1957年に追跡調査を行なったところ（内3名は結節型であったので省く）、100名中33名は社会で働いていて、何の問題もなかった、軽快といつてよい、という。症状が進行して軽快に達するのが困難と判断するものは僅か3名であった。死亡は5名である。

軽快退所のピークであった1961、62年について、1963年に全患協に報告されている退所者の数を、療養所別にみてみよう。

多磨全生園：年間2、30人の退所者がある。

星塚敬愛園：1960年以降十数名。

奄美和光園：退所者は20余名。大半は農業に従事。一般就職は1%で、共通の悩みは未だ遺伝の因習がつよく、結婚、就職、就学に困難すること。

菊池恵楓園：退所者数、1960年60名、1961年59名、1962年4月以降20名。主として家族や保護者のもとに帰り、仕事、就職をしていた。これからは単身者、仕事を求めて、というケースが多くなるだろう。それだけに困難。退所後の保障も求められる。

松丘保養園：今年1年間に退所した者は11名。大半が自動車免許をとって運転手として就職した。

長島愛生園：正規のテストを合格して退所したものは1959年6名、1960年18名、1961年22名、1962年11月までに18名、計64名（うち男54名、女18名）

やや詳細な傾向を駿河療養所の年次別入退所患者調についてみると、1945年から1974年までの軽快退所、事故退所、死亡、転所のそれぞれ男女別の数で、軽快退所がもっとも多いのは1959年から1965年までの間である。ちなみに事故退所は1957年、1958年が多く、これは軽快退所が認められていなかったときのものと考えられ、1967年からは死亡が多くなっている。高齢化の現われ

である。

2) 退所基準の問題

プロミンの効果が明らかにみられて、若くて、あまり後遺症のない患者がふえるにつれて、社会復帰への希望が療養所内に拡大するが、ハンセン病政策は、その基本的な方向を変更したわけではなかった。全患協は、1952年の「癩予防法改正に関する請願書」に、全快者の退園を法定することという項目を掲げているが政府はこの事項をうけいれていない。大正末期から既にはじまっていた基準を設けての、伝染のおそれのない者の仮退所という考え方も、常に万一を慮っての光田らの慎重な意見に支配されて推移した。1953（昭28）年のらい予防法（法第214号）の制定の準備の段階での全国所長会議も、結局それまでと同じように、完全隔離、完全収容を主張する光田路線に押し切られて、治癒退所を前提とする方向にはいかなかった。

完全隔離、完全収容の原則を堅持するという建前からすれば、軽快退所の項目を、法定することも、その基準を明示することもできない、ということになる。結局各療養所で独自の基準と手続きを定めて、これを適用したというのが実態であった。しかも、無菌であることが退所の条件となるにしても、特定の患者が無菌になったときに医師のほうからそれを告げてくれる療養所は少なかった。厚生省は1956（昭31）年5月8日厳秘として『退所者決定暫定準則』を所長会議に内示したが、これを患者に知らせていなかったし、らい予防法にも書き込まれてはいない。

公式に法律に書き込まれていない限り、対処のための準備や訓練、さらには退院者の生活保障や医療の問題などについて、公的な制度が設けられるはずはなかった。僅かに行なわれた職業訓練に近い活動も、ある意味での教養・文化活動として、また利用者の個人負担において行なわれたに過ぎなかったのである。

3) 社会復帰選択の難しさ

眼に見えてよくなってゆく病状と、完全隔離の原則を建前として掲げ続ける園当局と、そして自分と主治医との関係、療友たちの感情などのなかで、社会復帰の可能性を考え、選択する患者自身の悩みは想像を越えるものがある。

どこに住み、どうして生計をたてるか、をはじめとして、そのため職能訓練、また退所後の一定期間（2年あるいは3年）生活を支えるための最低の基金をどう調達するかという課題、夫婦で対処する場合はまだよいとして、一人の場合の日常生活管理、また病気になった場合の事を考えて、現在入所している療養所との関係をどうするかなど、選択しなければならない事項は無数といってもよい。場合によっては、技能訓練や整形手術など、計画的な長期の準備を必要とする。そのための条件を整えるのも大変であった。そのための転園も稀ではなかった。たとえば所外労務がどのくらい黙認されているかなども切実な問題であった。

さらに、若年の新規入所者が減少し、平均年齢が高くなるにしたがって、それまで分担していた患者労働が重荷になり、自治会活動もまた、後継者不足に悩むようになり、しばしば眼に見えないプレッシャーとなって、退所予定者の決断を難しくし、退所までの人間関係がぎくしゃくする。療

養所内での社会復帰希望（あるいは期待）群と、滞留希望者群との関係は、このような事柄を背景に矛盾が深まってゆく。

発病時期や年齢のわずかのちがいや、病型により、また病勢によって、プロミンの治療が間に合わなかったり、効果に個人差があったりして、後遺症の烈しさから退所を諦めている人たちがおり、失明など、新たな重い障害に苦しむ人たちがいる。生活上の要求もさまざまであり、社会復帰を熱心に希望するグループは少数派であった。

患者作業、特に病室作業が職員に移管されてから問題は軽くなったが、それまでは、元気な若い人たちが退所することは、そのまま重症の、日常的に介護を必要とする人たちの生活の不安定さの増大につながった。県人会その他、療養所生活を支えてきた基礎単位の存続も危ぶまれる。病室作業の部分の軽くなってもまだ、管理作業や、自治会運営の課題は残り、現在も大きな重荷となっている。それらと、故郷の家族・親族との人間関係をすべて考慮しながらの決断をしなければならなかった。

全体として、高齢であればあるほど、家族関係の断絶は深く、しかし故郷とのつながりは、情緒的にはいっそう強く、退所後の生活のイメージはなかなか描けない。しかも、子どもを産む権利を奪われた人たちは、自分たちの老後も心配である。退院してすぐ働くことができたと仮定しても、年金を受給するまで働けるかどうか、また、再発して療養所に帰ってくる友人たちを見ていると勇気が失われることも否定できない。

そのような現実の日々のなかでの社会復帰の選択は、決断までの時間もかかり、想像を超える難しさをもっている。退所に向けての体系的な援助のシステムも、健康管理のための教育も整っていないなかでこれらの選択と決断をすることは、容易ではない。療養所を出て行くにしても、現在の人間関係を自分の役割を積極的にとらえて社会復帰をあきらめるにしても、である。

4) 園内状況

退所者数からみても、在園者の質的变化からみても、1960年代は注目すべき時期であった。療養所機関誌をはじめ、「社会復帰」がさまざまな立場から論じられ、療養所は国からの「再編成」にむかっている課題をかかえていた。急増した軽快退所者へ援護策はきわめて不十分で、しかも社会の偏見と差別の壁は厚く、近い将来の退所者数減少は明らかであった。新患の発生は明確に減っており、交通不便な療養所は医師をはじめとする職員の確保に腐心し、療養所の将来構想が問われていた。1960年には全生園の看護婦の間で過労のためノイローゼになるものが続出して、病棟看護が行き詰まった。

療養所内部では、勢い込んで社会復帰を考え、それに向かって動き出す層とその人々の要求が提起される一方、さまざまな理由からプロミンの治療におくれたり、後遺症が激しかったり、到底社会に戻れないと諦めている多数の在園者の問題が改めて浮き彫りになったのであった。多くの療養所内では社会復帰追求と在園継続希望の、二つのグループの間に微妙な対立感情があった。

社会復帰問題を契機にあらためて社会からの隔絶が意識され、療養所側の期待と患者の希望を受け、「療養所の内と外をつなぐ役割」として、ケースワーカーという職種が導入された。それまで患

者係がしていた仕事の補助もあり、社会との連携を新たにして、就職先の開拓や、家族との調整などの仕事が増えてきた、あるいはそれらへの期待がたかまったためである。福祉界は、医療ソーシャルワーカーという新しい形で療養所に関わることになった。療養所ケースワーカーのなかには戦後の福祉専門教育を受けた人たちもいて、医療社会事業の原則に沿った仕事への意欲を表明しはじめた。原則としては依然として変わらない隔離主義と、それと表裏一体の療養所中心主義の枠内で論じられ試みられる社会復帰問題は複雑で、一人や二人のケースワーカーの手に負えるものではなかった。療養所としては新しいプログラムを始める名分も予算もないままに、退所者の数はすぐに停滞、そして減少へと向かった。社会復帰への希望を調査しても、希望者の数は少なく、ケースワーカーのところに相談に来る人もない、という療養所もあり、在園者の高齢化は急速に進んだ。国は日常生活の改善には力を入れ、療養所は再編問題をかかえながら、予防法の廃止、国賠訴訟へとつづく復権のときまで、一見静かな日々を再び取り戻したかのようであった。60年代の社会復帰問題は、そのような性格を持っていた。国は退所者の生活保障と、新たな地域暮らしのための大幅な努力を始めるという途を選ばなかった。療養所からの社会復帰が、「強制隔離」からの脱出であるという基本的な特質を全く無視して、当時まだ十分成熟していなかった障害者福祉制度や低所得者対策（資金貸付）等の準用を行なったに過ぎなかった。ケースワーカーの配置も、十分な制度の整わない問題についてはとりあえず「相談事業」を開始して当面の対応策とするという、よく用いられる手法の応用であったと思われる。にわかに、法的な根拠も明確でないままに多少の社会復帰対策をとっても、高齢化に対処する目的で療養所の再編成問題を論じても、それは一応の安定を保っている療養所生活から自分が排除されるのではないかとの予感につながり、不安を拡大するばかりであった。

次では医療の進歩による転換の時期を背景に、社会復帰という領域におけるケースワーカーへの期待と困難、関係者の失望などの現実を手がかりに、非人間的な隔離政策が実質的に意味を持たないまま継続されていくなかで、退所者と在園者の双方に、重い負担と、さまざまの困難が被さっていった状況を具体的にみてゆきたい。

3. ハンセン病リハビリテーション

1) 外科的リハビリテーションの導入

軽快退所者の増加の背景には、治らい剤による治療とあわせて、その他のリハビリテーション医療の進歩をあげる必要がある。1975年、成田稔は、国立療養所史に、「らいのリハビリテーション」を執筆しているが、それによると、ハンセン病のリハビリテーションは、1956年のローマ会議を機に広く論議されるようになった。しかし、原則としての隔離収容主義を採るわが国の療養所では、療養所全体として社会復帰の具体的な目標も、したがってそのための支援の方法も明らかにされず、整形外科や、形成外科の個々の技術の導入と、リハビリテーションの各過程でのその評価にとどまっていたのであった。手術の技術は進歩し、外科的な治療の範囲は拡大した。治らい剤の効果によって病状固定が確実に became こと、一般的な化学療法の急速な普及があったこと、の結果である。1950年以降は特に、四肢と顔面の変形に対する手術的療養が積極的に行われるようになった。神経

麻痺や、関節、内反足や各種の顔面形成手術も一般的なものになった。手の手術についての整形外科における最近の進歩や、すぐれた義肢や矯正具など、患者たちの関心も深い。リハビリテーションとして欠けていたのは社会的、精神的回復の面であって、国際的にはすでに常識となっていたチームアプローチへの動きは見られなかったし、社会的偏見も大きな問題で、患者からは、特に職員の中に強い偏見が存在するとの指摘が絶えなかった。建前、原則としての完全隔離主義と、科学の実質的な進歩の間のギャップがここにも明らかに存在し、専門家たちがそれを日常的に体験しながら、いたずらに時期を失して、社会復帰(それは完全な復権の一部である)を困難にしていっただのである。1950年代からそれがはじまっていたことは明らかである。

2) 退所者の援護 職業補導と退所時支度金

社会からの絶対的な隔離という基本的な条件に加えて、定員 1000 名を越える規模の大きさと、広大な敷地をかかえ、国立に移管されてからでも 20 年を経過している療養所は、新しい変化に対して柔軟に、あるいは敏速に対処することが難しかった。全国的に異動・交流する職員部分と、地元採用・定着型の職員部分(しかも縁戚が多い地域もある)といった職員構成も、どちらかといえば変化に対して保守的に働く。園長、あるいは事務部長のいずれかがワンマンといわれて大胆な管理を行なった時代はすでに過ぎていた。

新しい、大きな変化は、日常の生活様式と生活水準の面から療養所の生活全体を巻き込んで進めたのであった。高度経済成長が日常生活の様式を変え始め、テレビはその情報をこと細かく伝えていた。軽快退所の急増は、幾人もの、在園者に、あれこれの期待と不安を呼び起こし、準備のために何ができるかを考えさせた。少額の予算でもはじめられるいくつかの職業訓練が、多くの療養所ではじまった。動きはきわめて遅かったが、療養所相互間の情報交換は早く、いずれも同じような傾向の講習であった。1963年1月の全患協ニュースから、その例を挙げてみると次のようである。

多磨全生園：銅版研究、自動車運転、タイプ講習

ごく少数が参加するのみ。大した成果は上がっていない。

大小の旋盤、機械を入れたが、まだ動いていない。たとえ動かしたとしても、これらの技術で退所していけるかが問題

星塚敬愛園：社会復帰は長い間の念願であった。世紀の夜明け

グラウンドに四輪車の講習所。木工、左官、理髪、ミシン、和洋裁、編物、パーマ、庭園師など。習得者はかなりの数に。

奄美和光園：社会復帰促進同志会を作って研究している。先輩退園者との座談会、外部の有識者、ケースワーカーを招き懇談会なども開いている。

更生指導としては自動車運転、珠算、毛糸編、生花、タイプ

退所者は 20 余名。

菊池恵楓園：退所に役立つのは自動車運転ぐらい。印刷も古くからやっているが成果はあがっていない。

長島愛生園：通信技術、パーマ、和洋裁、自動車講習など

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

所内の反応も、修了者の就職も、必ずしも暖かいものではなかった。予算も不十分であったし、運営は園内のその他の管理作業と同じく自治にまかされていたので、いわば希望者が自分たちで管理運営するという方式が基本であった。退所後の生活に役立たなかったわけではないが、残した問題も大きかったといわれている。おそらくもっとも実用的だった講習は自動車運転技術であった。松丘保養園では、退所者の大部分が運転手として生活しているとの報告があるが、この場合、所内に練習場を作るために若い在園者たちが土地を整備する労働を進んで引き受けたと記録されている。

3) 退所基準による判定

医局が退所可能と判断するケースはかなりあって、栗生楽泉園では退所可能者が1962年で50名前後あった。そのなかには退所を希望しない者も含まれている。同じ年、松丘保養園では入所者の約30%が社会復帰を希望している。退所後の方針をみると、そのうち18%が、入所前の職業に復帰できると考えているが、約半数は、見通しもなく、居住する家や保護者もない状況であると、ケースワーカーが報告している。入所の経緯を思い合わせれば、無理もない数字である。希望者の年代は30代、40代、20代、の順に多く、その入所期間は半数が10年以上であった。しかし、今のところ社会復帰のために具体的に相談に来る人はほとんどいないし、そのための実際的な指導や組織的な対策はまだできていない、という。

これより先、1956(昭31)年「退所者決定暫定準則」を内定した厚生省はこれを患者に知らせていなかった。またこれは「らい予防法」には、書き込まれなかった。したがって、退所可能の判断は、それぞれの療養所の医局が一定の基準に従って出していたものである。

長島愛生園の場合、1958年11月以降、医局に退所基準による観察、検定を申し出た者は143人あった。そのうち37人が基準をパスして退所している(長島紀要No.10)。

4) 退所相談・退所準備

沖縄の厚生相談所

社会復帰に向けての活動は、職業補導あるいは更正補導といわれるものだけではなかった。社会復帰前段階と位置づけることもできる所外就労(いわゆる労務外出)のかたちで、療養所の外に臨時の、そして多くの場合に単純労務作業に出かけて、自らに社会的訓練を求めたり、退所後の生活費を蓄えたりした人たちもあった。療養所によっては、1960年代から、在園患者が園外に働きに出ることがはじまり、それは予防法の外出規定違反事件、または所内秩序を乱す動きとして各園ともそれを取り締まったがなかなかうまくいかないままに黙認の方向であった。草津楽泉園の松村譲ケースワーカーなどは、これを実社会における労働の体験としてのプラスの側面を評価し、労務外出者の収入の一部を自治会へ寄付してもらって園内の収入のアンバランスを若干カバーするとともに、退所を計画する者への配慮として、1961(昭36)年「社会復帰のための外出規定」をつくるなどして、それを積極的に園の管理下におくことにした。また、施設の、自治会、雇用者の間でいくつかの確認事項をさだめ、労務外出希望者には診断の上許可証を出していた。しかし、1972(昭47)年に発足した「作業問題委員会」は、労務外出を、患者作業制度に否定的な影響をあたえる、またそ

れは現行予防法による療養所本来の運営から基本的に許容できない、という否定的な見解を公表した。

また、愛生園では「所内復帰」という奇妙な造語があって、それは園内につくられた岡山の特産畳織工場に、医師の診断を経て入所、通常の労働時間どおり働いたものであった。労働環境は悪く、体を壊す者も多く、次第に成り立たなくなっていた。全生園にも園内に作業所（プレス工場）があった。各種の試みのなかで、もっとも好評をもって迎えられていたのが、沖縄につくられた厚生相談所であった。1962（昭37）年、琉球政府がハンセン病回復者の技術指導のために設立したものである。これは本土にはなかったタイプのもので、資金は日本政府援助金 8,163,150 ドル及び琉球政府から 977,270 ドル、1964年に竣工。敷地 829 坪、建坪 334 坪、鉄筋コンクリート、2 階は訓練生の住宅、一階が訓練室。ここでは、運転免許取得の際の住所なども、療養所とは違うところになりたいという希望があれば、それに応じてこの相談所の住所を使うことを許すなど、実際的な援助も提供していた。厚生省・沖縄ハンセン病予防協会・市町村の協力で、那覇に設置されたこの相談所は、訓練科目は運転免許・洋和裁・簿記・事務・印刷・建具などをおき、他にも本人の希望があれば相談にのった。期間は 6 ヶ月から 1 年。職種によっては技術習得までの期間延長が可能であった。宿舎や生活費、訓練費も保障されていた。退所者の手記の中から、ここを利用したケースを要約してみよう。

事例 1：

愛楽園を出てまず厚生指導所に入所。印刷技術を学ぶ（校正、編集、レイアウト、印刷、帳合、製本、断裁）その後 2 年かけて経理と簿記を学び、会社訪問を重ねて印刷会社への就職を探すがうまくいかず、結局あきらめて食料品会社に事務員として就職。

事例 2：

療養中に運転免許を取得し、那覇の運送会社に面接に行ったが、免許証の住所が愛楽園になっていたため断られる。厚生指導所に行き訳を話して住所をそこに移す。他にもたくさんの方がこれで助かっているという。次ぎの面接をパスして、小さな運送会社にはいり、10 年勤めて倉庫や現場の責任者になった。いまでも屋我地の地名を聞くとびくびくしているし、療養所の話が出ると会話の輪から離れるようにしている。とても結婚など言い出せないと思っていたが、すすめられた社長の娘と結婚した。

事例 3：

社会復帰に熱心な医師にすすめられ、妻に励まされて決心した。自分が 43 歳、妻 40 歳、遅い出発だった。まず厚生指導所にはいって、妻は洋裁を、自分は大工の訓練を受けた。一年の訓練で妻は洋裁店に、自分はいくつも断られた末に小さな土木会社に。10 年働いた。土地を借りて家を建てることにし、家の借金を返すためさらに 10 年働いた。返済を終わったところから、知覚マヒの手の神経痛がおこり、会社を辞めた。警備会社のガードマンをし、障害年金を受給していた。神経痛はやまないの、妻を残して、自分は療養所に帰ってきた。妻も 3 年後に療養所にやってきた。

厚生指導所を通して約 300 人が社会復帰した。仕事は肉体労働が多い。失業率の高い沖縄で高齢者の就職は難しかった。しかし年齢の高さとともに、むしろそれよりも、職歴がないことが弱点であった。しかも過去の事情をいえないこと、ついで職探しに使える人脈がないことが困難を倍加させている。また、自分の老後をどうするか、ほとんど考えずに出てきていること。沖縄という土地で、僅かの障害年金で、これといった趣味もなく、地域の友人も少なく、子どももいない、という老後を如何に過ごすか、という問題は深刻である。すでに療養所に戻った夫婦もいる。老後が保障されないのである。技術指導だけでなく生活支援が必要だと、元指導員は痛感している。

相談所がなかった本土

この種の相談所が本土に設けられなかった背景には、各種の障害者更生相談所の利用をすすめるばよいとの考え方があったのではないかと思われる。例えば全生園では、雑誌『多磨』の 1962 年 8・9 月号で、さまざまの人たちからの社会復帰に関わる提案を掲載している。一つは全生園にケースワーカーとして赴任したばかりの佐藤献であり、もう一つは長島愛生園内の中学教師の経験のある、オカノユキオである。オカノは、「身体障害者更生援護施設について」と題して、各種の更生相談所、授産施設、また社会福祉施設等についての説明を行い、入所の資格、そこからの就職、生活条件などを具体的に述べて、「たとえどのような結果になったとしても、らい療養所にいた者が、らいが治ってらい療養所を出て、生活保護法なり、身体障害者福祉法なりの施設に移されるという事実は、らいに対して偏見を持っている社会人、特にらいを不治の病のように思い込んでいる人たちに対して、何をもちてするより大きな啓蒙になるのではなからうか。そしてこのような一つの社会的事実を作ることは、直接社会は復帰していく人々のためにも途を開くに預かって力となるのではなからうか。」と論じている。

施設相互により協力関係をつくっていこうとする姿勢が療養所側にあれば、利用者本人の協力を得て、都会では特に有効な新しい社会資源の開発につながったかもしれない機会であった。そのような可能性が開けており、それはしばしば現場のソーシャルワーカーも気づかずにいる可能性であったのが、60 年代から 70 年代にかけての福祉実践領域、特に障害者福祉の実態であった。「社会復帰」という語を、地域に暮らし、経済的に自立する、という固定的なイメージでとらえられていた人々を説得できなかったのかも知れず、福祉界総体としての力不足をあらためて見るのである。

5) 退所者援護の要求

社会復帰とは何かといった議論を含めて、さまざまの意見が交わされる状況に対して、そのような抽象的な議論をしても何にもならない、もっと具体的に、さしあたって今退所する人間が必要としているものを明らかにしていこうという提案も自治会として出されていた。

「全患協ニュース」198 号（1962 年 9 月 1 日）に、菊池支部のある療友は、書いている。退所時の支度金は今一様に困っている問題であって、長期展望だけを論じてもそれだけでは仕方がない。とりあえずは家事援助者が必要である。というのが要求である。肉親、縁故者から遠ざけられた単身退所希望者の場合、就職の見通しはあっても、そのの行き着くまでの援助問題が解決しないため

に、思いとどまる者が以外に多いというのである。初期に軽快退所した人たちは、多く家族の援助によって途を開いていったからである。さらに、「ここ数年来、再編成問題に伴う社会復帰の促進、とりわけ技術補導センターの設立、経済的保障、ケースワーカーの増員強化等々、各療養所で検討を重ねているが、これらの諸点の達成までは、かなりの日時を要するものが多く、現在退所するものにとっては、事後の恩典でしかない。このような観点に立って、当面退所時の措置として次のことを要求したい。」として、次ぎのリストを掲げている。

寝具一式（布団、敷布、毛布、綿入れ等）新調のものを支給

1 か月分の生活費 16,100 円

食費 7,500 家賃 4,500 日用品費 1,300 交通費 1,000 燃料費 500 衛生費 400

入浴料 300 電灯料 300 水道料 300 計 16,100

衣料クーポン券、消耗品費（個人）をその年度内1年分を全額使用認可

旅費実費（弁当代、荷物運賃を含む）の支給

慰安金一期分（3ヶ月）の前渡し

また、退所者資金の貸付も各園のケースワーカーを通じて簡単にもらえるようにしてほしいことが付け加えられている。

4. 退所者のフォローアップはどう取り扱われたか

退所者のフォローアップは、退所後の生活と健康状態を知る上で重要な事項である。医学的には、個々の患者の予後を確認するうえで、また退所時の診断や、療養生活指導の内容や方法を評価するためにも、大きな意味を持ち、治療の前進にも直接結びつく。しかし、退所が法的に公認されていない領域であったために、退所の判断基準は各療養所の医局に任せられ、全国的な基準がなかったこともあって、この問題に主として関わったらい学会で議論としては展開したが、ついに制度化されることはなかった。

医局に願い出て退所を許可されない場合は、事故退所として療養所を出てゆくことになるが、その場合は特に、「ふたたび園には帰りたくない」という願望が強く、再燃や悪化の場合もぎりぎりまでの無理を重ねて地域での暮らしを続けることになる。また、何の援助もなしにはじめる社会生活では、低い賃金や不安定な就労のなかでの無理が重なる。療養所以外ではハンセン病の治療が受けられないので病状が重くなればやむを得ず園に帰るとというのが実情であった。

一般に退所時に保健・再発予防のための教育が行なわれたことは少なく、特に事故退所の場合はそうであった。そしていずれの場合にも、療養所にいたという前歴を秘匿し、その生活の記憶さえ消したいという思いでいる退所者に、医療との継続的な関係の維持を期待することは難しかった。健康診断の機会が提供されていたが、事故退所も多い状況では、正確な退所者の数やその後の状況の把握はきわめて困難であった。ケースワーカーなどの不足から、社会的諸条件の評価もきわめて不十分で、それはいっそう科学的なフォローアップを困難にし、医療の進歩と、退所の可能性を視野に入れた効果的な教育と治療の機会は、むなしく失われていった。

退所者の問題が大きく論議されたのは、1970年のらい学会であった。第43回日本らい学会のシ

ンポジウムは軽快退所者のフォローアップの問題を取り上げてシンポジウムを行なった。たとえばそのなかで内田守(熊本短大)は、次のような発言をしている。「今後のらい問題は、園内より園外へと移った感がある。それで社会福祉の分野との関連が必要である。而して優秀な学卒者のケースワーカーを多数園内に迎えていただきたい。」と。また、福岡県結核予防課の宮原力は、「現在の予防行政面に於いて、軽快退所者のフォローアップは時間、予算的に成果を挙げることは困難である。療養所に専任のソーシャルワーカーを充足させ、軽快退所者の経済的、家庭の状況、事業等の問題点を見出し、各県の担当者と連絡を密にして解決に努力すべきである、と。

また、退所者への事業資金融資貸付制度についても、「軽快退所者は独立して小規模であっても事業に志す者に対し、特別援護措置として融資の制度化が必要である。行政的に更生指導する場合、資金が大きな問題である。従って現在制度化している退所支度金、藤楓協会の貸付制度を一本化して実情にマッチした事業資金長期貸付方法を講ずべきである、という議論が行なわれた。

医学の立場からは荒川巖が、らいのフォローアップについて講演して、その全文を雑誌「甲田の裾」の30号に掲載している。(1970・6)趣旨は「みなさま一人一人が一人ももれなく一社会人としての責任ある姿勢を一日も早く確立するために、これらの問題をいささかでも前進させてゆかれることをねがって」のものであった。荒川はさきの退所決定暫定準則以来の歩みを述べ、1963(昭31)年大阪で開催の第36回日本らい学会総会で、らいの治癒判定の検討というシンポジウムでも、多くの重要な意見が出されたことにふれながら、さらに1968年のらい学会では軽快退所者等については全国的に統括し、フォローアップの中心に保健所をおき、療養所以外に診療の場が必要なこと、大学病院、国病及び外来通院などによるらい診療を可能にすること、県単位のスキン・クリニック、あるいは3箇所くらいの保健所の指定等々、さまざまの提案も行なわれたことを述べている。松丘の例を挙げながら再燃、悪化の例にもふれ、現状の背後には「現行の退所基準が実状に合わず、厳格な軽快退所でなければ事故退所の方法しかないということがある、と論じ、「無理に退所時に基準に合わせて診定しないで、手続きと医学上の診断とは切り離して、手続き上では正式な退所か無断退所かという区別とし、退所時の病型病勢はむしろ正確、精密に把握することに努力するのが、今後必要なこと、と述べている。正論であろう。医療の名においての管理という傘の下に、さまざまの条件を含ませておくことの矛盾である。

フォローアップが必要でありながら困難であるという現状を打開するために、荒川は、まず療養所の姿勢を根本的に改正する必要がある、という。多少長くなるが引用すれば次のようである。「現在のらい療養所の指導目標は必ずしも鮮明でないと言われています。むしろ療養所とは名ばかりで、一生飼育殺しの収容所という性格を未だに少しも脱却していないというのがまともな見方かもしれません。療養所の目標をはっきり見定めてその姿勢を正すことが何よりも先決であります。

療養所はらいという疾病に精神的にも肉体的にも打ち克つ人間を創造する所を心得てよいのではありませんまいか。日常の医療および療養がフォローアップの必要性を患者に積極的に謙虚に自ずと理解させる教育の場となることが必要ではないでしょうか」というのがその意見であった。

そして、フォローアップのために望まれる新制度として次のような提案をしている。ホームドクターが保健所の斡旋のもとに専門医と連絡を持ってホームケアを行なうのがもっとも自然な姿で

ある。らい療養所以外にも本格的ならい診療を認め、特定の基幹病院等を指定医療機関とすること。らい福祉対策を徹底して、全国的に統括されたフォローアップシステムに役立つものをつくること。

その上で荒川はフォローアップとの関連で、隔離の問題が再検討されるべきであるとする。すなわち、もしフォローアップを丁寧に行なって、患者が再び伝染性活動性の状態になった時にどうするかという問題があるからである。特に医療的処遇だけでなく、社会的処遇をどうするか、という問いである。だから、隔離の問題の検討が必要なのだ、というのである。彼は、隔離は、医療とは異なった次元のこととし、社会が、伝染性の疾患にかかったものを隔離するのは社会を守るためならば社会がそれを補償すべきことを指摘し、同時に現行の、漠然とした、らい療養所への入所といった隔離方法を排すべきことを論じている。隔離の問題の解決なしにフォローアップの道は開けないのであって、フォローアップにつながるどの問題を取り上げてみても、「その根底には現行のらい予防法が無用の長物となりつつあるばかりでなく、新しい進路を阻む妨害物と化しつつある事態に立ち至っていることを重視すべきでありましょう」として、らいに対する偏見とか無理解とか以上に、それを支え育てるらい予防法およびこのらい予防法を温存しようとする実態がある、と批判する。

フォローアップという医学的に極めて重要な研究についてこのように明快な医療からの発言が1970年に整理され、学会で論じられ、療養所機関誌にも発表されて、在園者もまたこれを知らされていたことを確認したい。それから30年事態は変わらなかった。30年といえば短い時間ではない。40歳の壮年者が70歳になるまでの時間である。その時間帯を通過していった幾千人もの人生の重さを想起するとき、人は言葉を喪うであろう。

5. ケースワーカーへの期待と現実

1) ケースワーカーの導入

多磨全生園患者自治会の『倶会一処』の巻末年表は、1962年1月の欄に、「新設のケースワーカーに佐藤献就任」と記している。おそらくこれは、60年代初頭の、特記されてよいできごとだったのであろう。ケースワーカーの設置は全生園が最初だったわけではない。菊池恵楓園が1958年11月に、「治癒軽快退園診定委員会」を設けたとき、規定による委員会の構成は、医官3名、患者係長、ケースワーカーとされており、社会復帰に関わる仕事の主としてケースワーカーに託されていたことが分かるのである。大島青松園には2名が配属されていた。しかし全部の園で定員化されていたわけではなく、1967年現在でも、全国11施設中8名が定員化されていたに過ぎない。「それ以上の増員は困難、各施設の職員に勉強して資格を取ってもらっているのでそれで十分」というのが、ケースワーカーの増員をたびたび要請する自治会に示されていた厚生省の意見であった。

福祉事務所のソーシャルワーカーがケースワーカーと呼ばれており、その呼称はかなり広く使われていたので、漠然とした認識は療養所内外にあったが、特にハンセン病の、しかも社会復帰に関してどのような仕事を期待するかについて統一的なものはなかったと思われる。患者係の手伝いといったイメージだったと想像される。

ケースワーカーの仕事について、特に社会復帰と関わる入所者の期待を表明したものとしては、

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

1962年4月、全患協ニュース189号に早速、「内と外との橋渡し ケースワーカーの奮起を望む」と題して次のような意見が掲載されている。要約すると、「ケースワーカーは、極力入所者に近づき、可能な者には退所を奨めてよき相談相手となり、外部の事情にも通じて（就職等に関して）本当の意味の親切的な橋渡しになってほしい。さらに退所者をして職業と就職地の選択を広く自由にするため、ケースワーカーは特に全国療養所のケースワーカーと緊密な連絡を保ち、常に有無相通ずる話し合いの場を持つ必要がある。これが手っ取り早い退所促進策ではあるまいか。」というものであった。その頃入所者がケースワーカーをどう見ていたかを全患協ニュースに見れば、「凡そは分館の手伝いみたいな存在。また、それを疑う誰もいそうにない。」といった程度であった。

5月のニュースには、引きつづき大島青松園、菊池恵楓園、松丘保養園のケースワーカーから、それぞれ社会復帰対策についての意見などが掲載されている。たとえば、「正確には自分たちはメジカルソーシャルケースワーカーである。医師・看護婦と同じく専門職であって、事務家の片手間にやる仕事ではない。簡単にいえば、「困った人に協力すること」「療養所には1名ないし2名のワーカーが定員化されているが、専任者は数少なく他の事務との兼任においてなされている園が多い。そして医事係、いな職員全員がワーカーでなくてはならないと、分ったようで判らないようなシステムで職員が順次ワーカーの席につく療養所もある」「入園歴の長い病者を相手にするワーカーが、1年や2年で替わってはそのたびに全ケースが新しくなり、(記録カードだけでは真実がつかめない)その都度病者とのつながりを持たねばならず、問題を持つ人も秘密をそのたびごとに訴えるのでは、ワーカーを利用するにためらう者も多くなると思われる。だから、専門職であるワーカーの席は専任者として長くとどめてもらいたい」など、ケースワーカーは、単に事務分掌のひとつではなく、専門職であることを理解してほしいと強調している。わが国に医療社会事業協会という職能団体がうまれて、ほぼ10年を経過していたが、専門職としての社会的承認はまだ得られていなかった。

社会復帰については、ケースワーカーとして、「退園の促進や就職運動の場を啓蒙の場として、病者の苦しみの最大の原因である家族の問題（就学、就職、結婚）も解決するのであって、啓蒙なくしての退園就職も家族の問題も光をみることはむづかしい」「社会復帰について、一番大切なことは復帰者自身の心構えである。また職業補導センターの設立を提案したい。また、技術を習得して社会復帰する者には、少なくとも最低2ヵ年の生活保障が必要。そのためには生活保障費という国家予算を必要とする。次に、ケースワーカーの増員を望む。現在1名。日日の各種問題に忙殺されていて、重要な社会復帰者の就職開拓等には時間が使えない。ワーカーはどんどん園外に出て、社会復帰を促進するために啓蒙及び社会資源の活用に、フルに活躍できるような態勢にしてほしい。」という意見や要望がよせられている。

さらに、以下のような、もっと基本的な意見も述べられている。更生指導を実施しうるように、機能的な組織化を促進すべきである。入院時に医学的な面ばかりでなく、社会的な面からも総合的に判定を行い、個々に応じた更生指導計画を樹立すべきである。それには、医師を中核として、看護婦、パラメディカル職員、医療社会事業家等でチームをとり、判定会議をもって問題を討議し、医師の治療方針に協力する態勢をとらなければならない。また、入園時に一定のオリエンテーショ

ンを行い、患者及び親族に対して、らいについて正しく理解するように努める。また将来の復職についてこの時期に十分努力を払うべきで、退園者対策において、職能訓練以前に考慮しなければならない。この点で、患者の秘密保持と、現在の社会保険制度の傷病手当等の給付期間に問題がある。このチーム、ワークは更生指導において基本的なことであって、医師にはこうしたチームへの指導性を持ってほしい。

「更生指導は患者自身のためのものであって、自己自身の人生を如何に開拓するかにかかっています。更生指導においてもっとも重要なことは、自分自身の病気とそれに伴う障害を正しく理解し受け容れることだと思います。らいであることの苦痛をできるだけ、忘れようとする療養生活は、むしろ隔離政策に対応した態度ではないでしょうか。」といった、きびしい、聞く側にとってはひどく性急とも思える意見もあった。いずれにしても、この時期の前後に発表されたケースワーカーたちの論文には、それまでの療養所の事務担当者とは異なった意欲が感じとれるのである。

2) 療養所再編問題のなかで

1962年夏には、全国国立療養所分館長・ケースワーカーの研究協議会が開かれて、(於長島)(7月10、11日)藤楓協会主催による、全国国立らい療養所分館長ケースワーカー研究協議会が開かれた。この協議会には、厚生省から佐藤事務官、藤楓協会から浜野理事長、加藤豊理事が出席した。これは、患者の処遇問題(療養所編成問題)を研究している事務長研究会の研究課題の一つである、社会復帰者の促進を計る上に、どのような問題点があるかを、直接窓口を預かる現場の人たちに聞くことを目的として開催されたものである。会議では意見百出したが、結論をみず、各自帰園後、具体的に社会復帰の隘路を研究、意見をまとめ、8月7、8日の会議に結論をもちよることになった。

第2回が愛生園で開かれ、結論としてまとめられたのは、社会復帰の隘路には、職員の持つ偏見、社会の偏見、患者のもつ偏見の三つがあるとし、先ず患者のもつ偏見を調査することになったのであった。具体的には、患者が、劣等感に支配されている、生活に自信がない、復帰先がない、後遺症がある、その他、養老施設についての希望の有無、について調査する。方法は面接による。集計は9月半ばまでに行い庶務課長研究会に提出する、というものであった。これは、国がかねてから取り上げている療養所再編成のための資料であるとして、患者自治会の激しい反発を呼んだ。

1962年9月15日の全患協ニュースに森田武次(長島支部)は、「この調査は強制退所につながるものである。」「かつての日、私たちを治療の保障もろくろくしないで「強制収容」したと同じ手口で、何の特別の保障もなしに、社会に放り出すやり方には、反対も反対大反対です。」というのがその趣旨であった。現場のケースワーカーの、少なくとも何人かにとっては、思いがけない成り行きであったかもしれないが、ケースワーカーたちは、社会復帰をめぐる療養所内の雰囲気を知っていたはずであり、このような調査の不適切さを理解できたはずである。ケースワーカーに対する信頼が、このことで全く失われたというわけではないが、社会復帰準備の施設や制度の具体化をめぐって、在園者の間に存在する矛盾した意向が鋭くしめされている。その矛盾は、ハンセン病政策自体が内包しているものであって、単純な患者心理でもなければ、まして「偏見」などではないのである。

3) 後発の専門職として

60年代にすでに一定の専門的な経験を積んでいて、それを背景に医療ソーシャルワーカー、またはリハビリテーション・ソーシャルワーカーとしての発言のできた人たちは、それまでの経験の中で、わが国の医療機関における、医師とその他の職種がどのような関係にあるかを十分に知っていた。医師の診療を補助するという役割を、どういう形で果たすべきかについての議論が、医療社会事業界では盛んに行なわれた時期でもあった。また、国立療養所という組織の中で、公務員としての上下関係の厳しさは、一人職種として、しかも後発の「専門職」に、それほど自由な活動を許さないことも熟知していたはずである。そういう制約のなかで行なわれたケースワーカーの、時には無謀とも思われる発言に対しても、自治会は寛容であった。しかしいくつかの意見が表明されている。

例えばケースワーカーが、リハビリの訓練などへの抵抗について言及し、もっと自分の能力に対する自信をもってほしい、ハンセン病の特殊性に逃げ込まないでほしい、といった発言に対して、また、「患者の生活の根拠はあくまでも家庭であり、職場であり、地域社会である。らい行政を真に転換させるのは「療養所の再編成」ではなく、「自宅治療の基本原則確立」である」（佐藤）という原則の提示に対して、「全患協ニュース」1962年9月15日号は、ある長島の在園者の意見を掲載している。それは、「今の療養所は更生の古典的な定義からみれば多くの矛盾があるでしょう。しかしいうまでもなく私たちが出発しなければならないのは、この矛盾に満ちた現実です。・・・一人のケースワーカーの中で、原則の主張と、正しい歴史的認識とが別々であるような感想をもちました」と評している。

ケースワーカーの発言に対してのこの批評のなかでさらに重要なことが指摘されている。それは自治会の性格についての発言で、「戦後全患協という運動体に結集した患者運動も、患者として立派な自立の過程であると思っているし、こういう集団としての方向を、現在の私たちの生活と健康を守り、真の更生を勝ち取るため欠くことのできない途だと考えています」といっている。療養所の歴史を通じて、自分たちの生活を守るために患者自治会が果たしてきた役割と、そのなかでの参加者の人間的成長とを評価することなしに、患者の自立を語ることはできないからである。

この一文の筆者はまた「社会復帰ブームと呼びたいような今の気運のなかで、退所者の意欲や勇気が過度に持ち上げられ、推奨されているあまり、療養所に残る者が何か小さくなって生きねばならぬような、「余計者」意識をいっそう強めさせられるようなムードが今所内には生まれているようであるが、このことは問題だと思う。これは、社会復帰ブームの太鼓を不用意にたたきすぎる所内所外の指導者層に大いに責任がある」とも述べて、「社会復帰」の意味を問い、その言葉の乱用をいましめている。

このような状況のなかで個人や家族、また個別企業や福祉団体、たとえば東京コロニー協会の印刷工場のような回復者事業所の、いわば「成功事例」の開拓的な歩みは、療養所が本来取り組むべきであったプログラムの方向を側面から明らかにしているというべきである。労働と職場についての細かな配慮、十分な話し合い、文化・スポーツ・その他を通じての外部との交流、地域との関係などについて将来像を描くことをともにしながら進められる一つ一つのステップが、その過程で退所者を力づけ、新しい関係を作り出していくという図式である。

6. 小括

スルフォン系治らい薬の導入によって、ハンセン病の療養と、その後の患者の生活は一変した。そのなかで療養所からの軽快退所をめぐる問題状況は、一方における医学の進歩と、他方に、にもかかわらず維持され続ける完全隔離、完全収容の原則との矛盾のなかで、退所者も在所継続をねがう者も同様に、ますます大きな被害を受け続けるに至ったことを極めて鮮やかに示している。被害はますます重層的に、療養所内の人間関係を含めて拡大していった。日本社会福祉学会における社会福祉の理論研究も、医療社会事業の現場のワーカーたちの実践も、この矛盾の中でゆられ、結果的に隔離政策に追従した。リハビリテーションへの医師の関心と技術の進歩も、療養所が結局は終生の収容を建前にしているところから、社会的リハビリテーションやカウンセリングを含む総合的なチームワークにまで発展せず終わった。福祉と医療との協同関係の構築は芽を吹くことなく終わろうとしている。福祉に関してはすべてを療養所単位でおこなう「療養所中心主義」は、社会復帰という事態のなかでも結局変更されずに終わっている。ケースワーカーの導入も結局不十分なままに、療養所人口の高齢化、不自由度がすすむにつれて課題は再び高齢者の介護の問題に移行したかに見える。

七 福祉界の責任と課題

1. 責めを免れがたい福祉界

福祉領域における研究・実践の、きわめて広い範囲を見渡して、ハンセン病隔離政策との関わりと、それが今日提起している課題について考察してきた。社会福祉の歴史のなかで、公衆衛生と共に治安政策としての性格を色濃く持って成立してきた近代社会事業においては、慈善・社会事業と救貧・救療事業、公衆衛生が一群の共通の指導者のもとで密接な連携を保ちつつ発展し、ともに内務省（後に厚生省）の所管であった。

ハンセン病の隔離政策の形成の各段階において、福祉界はそれに同調し、福祉界の主要団体（中央社会事業協会など）と、「社会事業」「救済研究」などに代表される情報交換誌は、全国の福祉関係者に大きな影響を与え、隔離収容に協力してきた。

慈善事業が組織化される以前には、主として外国からの宣教師によって開始され、部分的には現在まで続いている救療事業は、戦時体制の下で資金源を絶たれ、「国土浄化を日本人の手で」として閉鎖に追い込まれ、国公立の療養所に患者を委ねていった。ハンセン病が伝染性のものであり、国家の体面と国民の健康を守るための完全隔離であるという専門医による宣伝は、福祉界を巻き込むに十分であった。医療をもっとも必要としながら、それを受けることができずに悲惨な貧困の中に呻吟する多数のひびとと共に生活していた個々の実践家たちにとっては、無理からぬ判断であったということもできる。国公立療養所の設置とともに、福祉界は療養所入所前後の家族問題への対応という、それ以前から行なってきた領域に後退した。感化救済事業の段階では福祉界は、理念としての完全隔離への賛同にとどまらず、具体的に患者の入所の援助や、十坪住宅募金への協力を展開し、各地の民生委員は無頼県運動の推進役として活動した。全国的な、青少年、女性、地域の

指導者たちを動員してのキャンペーンであった。さらに全国社会事業協会の特別会員であった三井報恩会による資金は1万床をめざす隔離政策を財政的に支えたのであった。財閥にとっては、軍や右翼の批判をかわしつつ、社会主義思想の台頭に対抗するという、自己防衛の手段としての基金の設立であって、国はこれを利用してその膨大な資金を隔離政策実現のために用いたのであった。

福祉界は、問題を完全に医療の手にゆだねて背景に退き、そこに献身的に働く人びとを美化し、隔離という枠に依存し、そこに逃避したという非難を避けることはできない。生涯にわたる完全な隔離が、その個人の人間としての尊厳をどれほど傷つけ、人格を無視したものであるかの認識が、人権の大切さを掲げる職業集団としては、まことに不十分であった。その間さまざまの立場で療養所の内外にはたらいた福祉関係者の業績を切り捨てようというのではない。療養所や、そこに暮らす人びとの存在を忘れ去ってしまうことの重大さを思えば、たとえ結果的に無力であってもせめてこの人びとに寄り添って仕事をつづけた職員や、ボランティアの苦労は大切に記録されてしかるべきである。しかし、大部分の国民が療養所の存在さえ知らぬままに経過するという事態をつくりだしたことの責めを逃れることはできないであろう。多くの社会問題に関して発言し、実践的、研究的にそれにかかわり、もっとも弱いものの理解者であるべきことの大切さを表明している職業集団から全く忘れ去られた存在であることが、どれほど重い事実であるか、それは受け手にとって、ほとんど迫害に近い行為であることを、どこから指弾されるよりも、まず自らが痛みをもって自覚しなければならない。

2. 予防法の枠内での福祉

療養所はほぼ完全に自足的な社会を構成し、社会から患者を隔離すると共に自らをも隔離し、生活保護や国民年金といった基本的な社会福祉・社会保障制度からも自らを切り離し、らい予防法の枠内で、国の全額負担の『福祉』を提供するという体制を作り上げた。療養所の設備や処遇の改善についても同じである。原則は譲らない代わりに、社会との積極的なつながりを決して「公認」しなかったこと、そしてそのなかで提供された福祉は、その意味できわめて独特のものであった。それは患者と家族を、依然として根強い社会の偏見と差別からまもるという一定の効用を果たすものでありつつ、他方そのままでは偏見も差別もますます不気味な、不可解な世界へのそれとして存続し続けるのを放置する、という両刃の剣でもあった。

戦後、療養所が福祉と新たな接点を持つ機会が訪れた。それは軽快退所の患者の社会復帰への関心であった。しかし昭和25年、すでにスルフォン系治らい薬の登場によって、退所者が急増し始めていたにも関わらず、完全隔離、完全収容の政策原則は変わらず、そのために、社会復帰の準備から退所者への支援まで、福祉界との新たな接点となるべきプログラムは、法的な根拠を与えられないことになったのである。リハビリテーションにおける、福祉系のスタッフを加えたチームワークの実現などは程遠く、リハビリテーション医学の進歩にも関わらず、入所者は、法の原則と長年積み重ねられた療養所生活における職員（ケースワーカーをふくむ）の偏見や力不足、外部からの支援の欠如のもとで、個別の選択と決断を迫られ、療養所内は社会復帰問題と療養所再編問題にゆれ、退所者も、在園を決めた入所者も、ともに深く傷つき、隔離政策による被害はさらに一段重層化し

ていったのである。社会資源のほとんどないなかに退所し、身を削って無から生活を作り出された方々への深い敬意とともに、その冒険を諦めて、あるいは考えることも無謀だと自らを抑えて、療養所に残った人々も同じように深く傷ついているという事実を指摘したい。

3. 今後の課題

わが国の福祉の水準の低さがそのまま隔離生活への疑問を封じ、その存続を下支えしてきたことにも注意を喚起したい。医療と福祉の連携はこれからの大きな課題である。今後に向けての福祉界の課題としては政策形成に関わる研究と、その過程への当事者参加を推進してゆくという問題と、現実に各地域、各医療機関の現場で、医療に関わる市民の人権をまもるための支援と発言、そのための研究とマンパワーの養成の課題が大きい。わが国ではいまだソーシャルワーカーの社会的承認が熟しておらず、日本学術会議の第18期社会福祉・社会保障研究連絡委員会が「ソーシャルワークが展開できる社会システム作りへの提案」という報告書を出したのがようやく昨年（2003）6月である。医療を受ける人びとの権利を護るための一般的な法の制定と共に、具体的に医療の現場に、医療と福祉の双方を理解し、人権を護る立場で働く職種の活動も不可欠だからである。

この流れにつながるものとして、日本医療社会事業協会の地域活動を付記したい。日本医療社会事業協会の50年記念誌『日本の医療ソーシャルワーク史』（2003年）は、ハンセン病患者および元患者に対する支援活動について、次のように記している。「朝日訴訟は福祉教育の中でも、保健医療分野の実践の中でも、人権問題として取り上げられることはあっても、ハンセン問題が取り上げられることはほとんどなかった。多くのソーシャルワーカー自身が、強制隔離政策の中で知る機会すらなかった事実や自ら知ろうとしなかった反省をふまえてハンセン問題はソーシャルワーカー全体の問題であるとの認識のもとに、社会福祉専門職団体協議会に対し当会から支援活動を行なうよう申し入れを行なった。2002年に活動を開始、啓発活動と個別支援を柱に東京、関西で活動を行い、在宅ケアを支える診療所全国ネットワークなどの機会に退所者の一般医療機関受診への支援や、介護保険の利用その他の支援を行っている。これは医療現場に働くソーシャルワーカーたちによる、専門職としての、地域単位の活動の歴史を引き継いだもので、今後の充実が、新しい医療ソーシャルワーカーの実践と、その利用者層の拡大と、共同作業による理論的、実践的深化を期待させる動きである。さらにこのことは、ソーシャルワーカー自身にも、専門職としての自立的な活動による責任感と自信の強化をもたらした。

偏見・差別は、人間同士の直接的な接触と、科学的な知識の伝達が共に行なわれるときに、次第に相互の理解と信頼に姿を変えるのであって、その歩みは既に始まりつつある。国賠訴訟とその勝利はこれまでにないほど大きな推進力であったし、これからもあり続けるであろう。福祉、教育、保健の領域はそれをもっとも強く実感しつつある分野であって、その前進に期待したい。

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）