

[論文]

らい療養所からの青年たちの「社会復帰」をめぐって

—1950年～1970年 日本—

西浦 直子

はじめに

1) 企画の趣旨

2012年度国立ハンセン病資料館春季企画展は、〈青年たちの「社会復帰」⁽¹⁾—1950～1970—〉と題して、「らい予防法」下に「可治」となったハンセン病⁽²⁾を経験し、療養所から再び「社会」⁽³⁾に発った青年たちについての展示を行った。

現在は高齢化した療養所入所者にも、かつては若さゆえの苦しみ、悩みがあった。戦後直後に22歳で星塚敬愛園に入所した人は次のように記している。「私が青年寮に入居したのは、入園して半年ほど経ってからのことである。(中略)『おまえは、どうして、なんのために、いきているのだ』その襖に、達筆の墨字で書かれた文字が、私の青年寮の第一印象であり、強烈な衝撃を受けた。だが、その横に少し小さく、お世辞にも巧いとは言えない文字で、『死ねなかったから』と書かれていて、私は、療養所で生きることの厳しさを教えられた気がしたものである」⁽⁴⁾。

これが、らいの宣告による絶望に次いで入所後の青年を襲った衝撃だった。

本展は、私たちが今もう向き合うことができない青年期の入所

者を、自己の確立期⁽⁵⁾にあって“らいであって”も〈自分〉であろうとする営み”という視点から見つめ直すことを目指した企画であった。

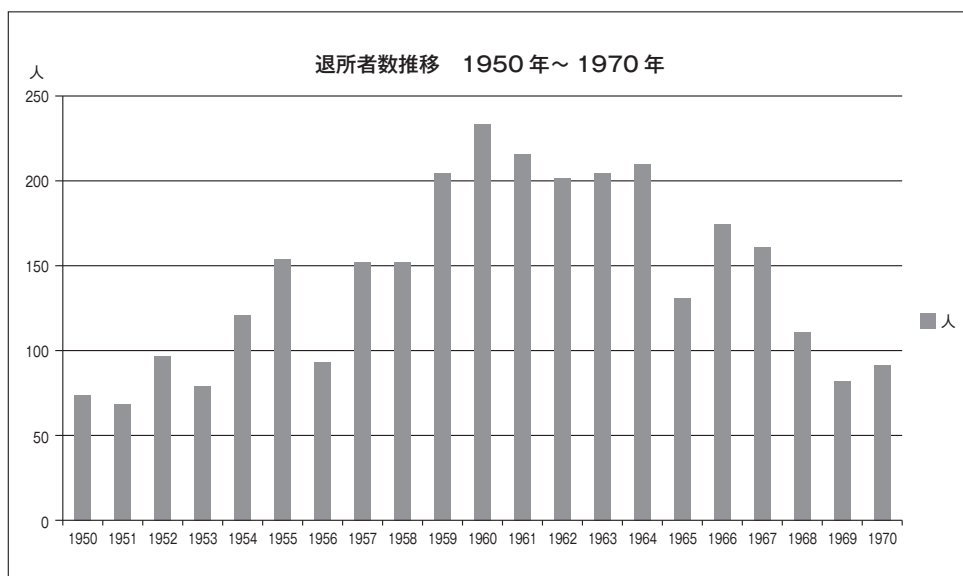
しかしひとくちに“〈自分〉であろうとする営み”と言ってもそのありようは様々である。学芸員間での議論を通して、青年たちの「ハンセン病であること／あったこと」と関わる葛藤が最も顕在化した問題として、本展では社会復帰をめぐる問題に焦点を絞った。

2) 時代設定

全国ハンセン氏病患者協議会（現 全療協）の調査によると、1950年から1970年の20年間に当時19施設あった国立・私立療養所から、1960年の233人をピークに3,013人が「退所」している（グラフ1）。後述するようにそれより前、1945年に

グラフ1 退所者数推移

（全国ハンセン氏病患者協議会編『全患協運動史』—光社、1979年、140ページ「各支部別退所者数」表より作成）



(1) 社会復帰には正式な退所以外にも様々な様態があるため、企画展示ではそれらを「社会復帰」と総称した。本稿では煩雑になるため以下カギ括弧を省略するが、正式な退所、一時帰省、長期帰省、自己退所等を含めて社会復帰と称する。

(2) 本稿では「ハンセン病」の他に、時代状況等を踏まえて「癩」、「らい」の語も用いる。

(3) 本稿では療養所の中の社会と区別するために、療養所外を「社会」と表記する。

(4) 竹牟礼みよ志「『風の舞』を観て」(『始良野』291号、2004年1月)。

(5) 本稿での「青年期」のとらえ方については、E.エリクソン『アイデンティティ』(金沢文庫、1973年)によっている。

は年間数百人規模の「自己退所」⁽⁶⁾者がいたが、当時日本では化学療法薬が使用されておらず、1960年前後の社会復帰とは性格が異なる。1950年前後以降はらい医療が飛躍的に進み、らいは「不治」＝退所を望めぬ病という諦念が崩れつつあった。治癒、ひいては社会復帰への希望が実現可能な状況が生まれたのである。

そして高度経済成長が、社会復帰を強く後押ししたことは言うまでもない。幼少から青年期にかけて入所した——場合によっては小学校すら卒業していない——人びとは、偏見に満ちた「社会」を生き抜くために、病歴を隠しながら生活を支える労働、即ち日雇いなどでの肉体労働に就くことが多かった。従って肉体労働者が多数必要であった高度経済成長期だったからこそ、社会復帰者が生き抜くことができたともいえる。もっともそれは後述のように、再発や後遺症の悪化による再入所につながる要因となった。

また戦後の社会的・思想的混乱が若い世代にもたらした精神的動揺は療養所内にも横溢していた。殊に社会復帰の動きが本格化する前の、変転する社会を横目に囲いの中で生きざるを得ない憤懣は、従来から続く療養所主導の園内生活（それは療養所職員に追従する入所者たちがふるう「旧権力」の支配でもあった）への反発につながった。青年たちは運動に、創作に、そして社会復帰に活路を見い出していった。別の言い方をすれば、その選択自体が療養所に生きる若い（選択しうる）人びとの懊悩でもあったゆえに、この時期に“青年”が先鋭化して現れたといえる。

3) 社会復帰をみる立ち位置—「らい予防法下」の社会復帰を口にする、展示する困難

社会復帰、特に「らい予防法」下の社会復帰の様相については、幾人かの社会復帰者がその経験を著した、あるいはその経験を主に聞き取りとい

う手法を通して検討した著作がある。前者は過去を明らかにしている回復者の手記等であるが⁽⁷⁾、その数は多くはない。後者は社会復帰支援関係者、研究者等によるものである⁽⁸⁾。この中で蘭由岐子は、社会復帰者の「語りにくさ」について、「（「社会」で生活したときに感じた喜びを共有しにくいのために）療養所内で異口が発しにくい状態」と「自己偏見」による呪縛があると指摘している（注8、蘭2004年b）。確かに、職を得る（自力で生活を成り立たせる）、場合によっては結婚、出産・育児を行う、等の「社会」生活の経験、その時その場での記憶や思いは、人間関係がほぼ療養所内に限られる生活から派生するそれとは相容れない部分が大きすぎる。社会復帰した人が再入所した場合、「自分はいい経験をした」という負い目もあり、治ったから療養施設を出るという行為が伏せるべきことになってしまう。

ただし筆者は、社会復帰の経験について語りづらい状況があることには、別の要因も絡んでいるように思う。それは大きく、当時の療養所の「社会復帰」をめぐる状況に起因するものと、現在の私たちのハンセン病とその歴史への見方に起因するものとに分けられる。

前者については、当該期の療養所内に社会復帰について必ずしも好意的でない雰囲気があったことといえばよいだろうか。後述のように、当時は社会復帰が一時的なものに留まらざるを得ないケースが多かったこともあり、「お前外に出てどうしようっていうんだ」と言われた、あるいは「どうせボロボロになって帰ってくるのだから」と内心では思われていただろう、という話は複数の社会復帰経験者から伺った。入所し続けた（ている）人びとにとっては、複雑な思いを抱かざるを得ない問題なのだ。そうした中では、社会復帰についての発話は、よほどの動機がなければなされない

(6) 療養所が退所を認めず、手続きなく本人の意志で療養所を出てゆくことを、療養所（施設側）は「事故退所」、入所者あるいは退所者は「自己退所」と表現した（いわゆる「逃走」もこれにあたる）。表現の差異はすなわち隔離する側とされる側の認識＝立場性の差異である。

(7) 伊波敏男、砂川昇、田中文雄などはその代表的な存在であろう。伊波敏男『花に逢はん』（日本放送出版協会、1997年）、『ハンセン病回復者手記』（沖縄風の友の会編、沖縄県ハンセン病予防協会、1999年）、砂川昇『ガラスの器 ハンセン病退所者の闘い』（文芸社、2002年）、田中文雄『失われた歲月』（上・下、皓星社、2005年）等。

(8) 杉村春三『癩と社会福祉』（杉村純、2007年（新版））、蘭由岐子『病いの経験』を聞き取る—ハンセン病患者のライフヒストリー』（皓星社、2004年a）、同『生活史を語ることの困難』（『歴史評論』656号、2004年12月、2004年b）、有蘭真代『「社会に出ること」の意味—国立ハンセン病療養所退所者の生活史から』（『京都社会学年報』第12号、2004年12月）等。田中文雄の半生を綴ったルポルタージュ、田中一良『すばらしき復活』（すばる書店、1977年）もこの類に入るだろう。

だろう。

企画展の準備中に筆者が感じたのは、「らい予防法下」の社会復帰は語りにくいこと、敢えて語ろうとはしないことという雰囲気であった。企画展のテーマとして他に採り上げるべきことがあるのでは、というご意見もいただいた。これは後述する「ハンセン病とその歴史の、現在の語られ方」とも関係するが、同時に“社会復帰しなかった人びと”にとっての社会復帰の意味を示しているように思われてならない。

もうひとつ、私たちのハンセン病とその歴史への見方に起因する問題については、現在においてだからこそ、「らい予防法」下の社会復帰についての発話がためられる状況があることを指す。これについて筆者は、二つの点で問題があると考ええる。

第一に、2001年の「らい予防法違憲国家賠償請求訴訟」（以下国賠訴訟）での勝訴、2008年の「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」（第15条に退所者への給与金支給、第16条に医療保障を定める）の制定を経た後ですら、現に「社会」で生活している回復者は入所歴を明かすことが難しい現状がある。そのかすかな声は、一方で自己表現を切望しながら、ハンセン病であったことを知られるのを恐れている⁽⁹⁾。病歴を隠すという意味では、1950年代から70年までに社会復帰していた人びとの状況と、今もそれほど変わっていない。加えておそらく再入所しなかった社会復帰者が少なくない現在でも、過去を明かしている人はほとんどいない。こうした社会復帰者の多数は、たとえば「らい予防法」下の出来事であろうとも、社会復帰者の存在についてあからさまに表してほしくない——むしろ「寝た子を起こすな」という気持ちで切実に自己防衛を図っているだろう。ここでの「寝た子」とは、「らい予防法」廃止、国賠訴訟以降も根本では変わらない「らい」への嫌悪感、遠ざけたいという私たちの偏見であって、この思いこそが、彼ら／彼女らに自己防衛を図らせているのである。

第二に、穿った見方かもしれないが、「らい予防法」廃止以降、特に国賠訴訟前後から、ハンセン病をめぐる発話についてある種の“制約”が醸成されてきたことがある。“療養所は強制隔離政策による終生隔離の場”であり“そのために人生を台無しにさせられた”、“だから政府は保障せよ”という主張（それ自体は批判すべきものではない）を政府と社会に認めさせ続けるために、その主張からずれる可能性のある位相について語られにくくなった状況がありはしないか。

もちろんすべての当事者がそうに考え、発言しているわけではない。しかしマスメディア、あるいは国賠訴訟を通して入所者の語りを聞きたいと集ってきた「社会」の人びとが向き合っているのは、おそらく“政策による被害”を訴える声ではあるまいか。ある入所者はそれについて「裁判以後は言いたいことが言えなくなった」と非常に明瞭に表現したが⁽¹⁰⁾、そうした違和感を表だって口にしない人も多いように思う。療養所も狭い人間社会であるから、ある主張が、しかも「社会」の人びとが「正論」だと支持する主張が強くなれば、与せずにいるのは難しいだろう。退所規定のない「らい予防法」下に社会復帰を経験している人は、国賠訴訟以後は特に、（社会復帰を）「していない」とはいわなくとも、社会復帰の経験を語る動機も機会も少なかったのではなかろうか。

現在療養所で“語り部”として活動している社会復帰経験者がほぼ一様に、当時を振り返って、「社会復帰しているからには啓発すべきだったが、自分を守ることを考えるとできなかった」と話すことに、筆者は社会復帰に限らない、ハンセン病をめぐる変形された「語り」を聴く思いがする。これは例えば自伝に近い作品を著していても、その中でかつての社会復帰の経験について触れない人がいることから窺える。

「社会」が求める回復者のイメージも、おそらくその発話の“制約”に荷担している。「らい予防法」下の社会復帰を語ることは、「強制隔離というが、退所もできたのか」という皮相な反応を

(9) S. ショウジ『進歩のあと』（私家版、2012年）等。

(10) 2008年12月、沖縄愛楽園にて聞き取り。

呼ぶ可能性もある。それがたった数年の社会復帰であっても、「終生隔離というのは嘘なのか」という、より厳しい被害を求める（しばしば支援という名の）抑圧にさらされるかもしれない。形だけでも生まれてきた「支援」と「理解」をわざわざ毀すこともない、あるいは限られた居場所である療養所で波風を立てることもあるまいという空気を、私たちの視線、とらえ方が助長してはいないか。

さらに同時代の社会復帰について語る際には、多くの人が無理を重ねて体調悪化を招き、再び入所せざるを得なくなったことに触れざるを得ない。それを知れば、「治るといっているのに、違うじゃないか」という、これもあまりに非見識な声が噴き出しかねない。現状でもハンセン病の啓発にとって再発への言及はタブーに近いと考えるが、これもそれへの警戒の現れだろう。ハンセン病に限らず、多くの慢性疾患に再発の可能性はあるが、ハンセン病をめぐるのは「やはり治らない」という偏見を呼ぶ可能性がある、それが恐れられているのだ。治るといことが往々にして再発⁽¹¹⁾と切り離して理解されてしまうことも、同時代の社会復帰について語りにくい要因ではないか。回復者を「支援」してはいなくても攻撃を潜めた人びとを「起こす」必要はない、「プロミンで治る病気になった」という理解で良いではないか…冷視と迫害にさらされてきた人びとがそう思うことは不自然ではない。

〈青年たちの「社会復帰」—1950～1970—〉の企画を立ち上げる際に当事者から寄せられた声には、おそらくこうした背景があったのだろう。

これらの問題を踏まえつつ、本稿では標記の問題について、展示で表現できなかった部分も含めて示したい。なお聞き取りでご教示いただいた情報については、ご自身で関連の原稿を発表しておられる場合等以外は、聞き取りの時期と療養所名のみを注記する。

1. 化学療法薬の開発と社会復帰

1) 1945年前後の状況

1950年から1970年といえば、「朝鮮特需」から高度経済成長を経て、生活の電化と「文化」の奔流、公害、都市－農村格差の拡大等、時代が大きく変わってゆくときであった。

先述のとおり年間あたりの社会復帰者が最も多かったのは1945年、即ち敗戦前後である。15年戦争末期、比較的軽症の男性入所者を中心に「一時帰省」「逃走」という形での退所が相次いだ。例えば東京の多磨全生園からは、同年だけで317人が退所し、うち294人までが男性であった⁽¹²⁾。これは戦後の統計中で最も退所者数の多い1960年の233人(国立13療養所に身延深敬園、神山復生病院、琵琶崎待労病院の退院者数を加えた合計の人数)を遥かに上回る(前掲「グラフ1」参照)。

当時療養所は非常に貧しく、衣食住全てにおいて入所者を「抱えきれない」状態になった。加えて「社会」の青壮年の男性はほとんど徴兵されていたから、若い男性の労働力が欠如した家業を支えようと「逃走」した者が多く、それも戦後の混乱に乗じた形で療養所を去ったと考えられる。またここには戦後の青年たちの「自己の存在意義の喪失」も大きく関わっているだろう。他方で「社会」が患者の「摘発」どころではなかったことも背景にあると思われる。

当時の入所者の平均年齢も無視できない。1954年、厚生省(当時、以下同)は奄美和光園を除く国立療養所10カ所(当時沖縄愛楽園・宮古南静園は日本政府管轄下でない)の入所者9,699人について年齢調査を行った⁽¹³⁾。それによると、1930年から5年ごとの平均年齢推移について、1930年33.96歳、1935年34.19歳、1940年35.14歳、1945年36.67歳、1950年37.41歳、そして調査時点の1954年には40.48歳と徐々に高齢化している。1950年から1954年までの4年間に3歳の上昇をみているのは、新発生患者数の減少と若年層の社会復帰の

(11) なお再発と同時にしばしば再燃という語が用いられるが、再発は治癒した後に再び同じ病気になること、再燃は病状が一旦治まった後に再び症状が発現することで、厳密には別のものである。

(12) 国立療養所多磨全生園『開園50周年記念誌』(1959年)157ページ「開園以来の入退所調」より。

(13) 曽根正陽(厚生省 他16名)「日本のらい患者の現状分析(第1報) 国立らい療養所入所患者の年齢構成についての考察」(『レブラ』第25巻第4号、1956年7月)。

急増が原因であろうが、いずれにしても敗戦前後の入所者の年齢は“働き盛り”だったのである。

2) 化学療法薬の開発と同時代の治療への認識

ハンセン病は、らい菌による慢性の感染症である。感染とは菌が体内に定着した状態を指すが、発症とは異なる。何らかの原因で発症した場合には、その人が持つ免疫の強さにより異なった症状（病型）が表れる。

免疫（細胞性、以下同）が強い人の場合、多くは神経型（TT型）の病像を示し、運動神経の麻痺や神経痛等を主とする症状が表れる。この型の患者は、外見上目立つ変形が少ない分、軽快すれば相対的に社会復帰しやすかった。ただし神経型でも重い顔面神経麻痺等が後遺症として残った場合には療養所を出ることを躊躇する人もいたという。表情が表しにくくなることもその一因だったのかもしれない。「手や足がちょっとくらい曲がっていても、本人は気にするかもしれないけど、意外と他人は気にしないもんなんだよね。周りが気にするのは、顔だよ、やっぱり。」⁽¹⁴⁾というとおり、顔は社会復帰にとって重要な要素であった。

一方、免疫が弱い人は結節型（BL型・LL型）の病像を呈し、外見に結節や脱毛など明確な症状が表れ、それが進むと後遺症として変貌が定着してしまう。この病型の場合、社会復帰は困難と認識されていた。

日本では1947年から化学療法の先駆けとしてプロミンの治験が行われ、1949年には全入所者に対してこの注射が行われた。プロミンは体内でDDS⁽¹⁵⁾に変わり、菌に直接働きかける初の薬剤であった。そのためらい菌に対して特に免疫の弱いLL型の患者に著効をあらわしたが、濃度が低いため菌の増殖を長期間抑えることはできなかった。この間に治癒した人は、プロミン注射で菌を抑えている間に自身が持っている免疫能（マクロファージ等）で治ったのである。

1953年1月には、プロミンより薬価も安く、注射でなく内服の可能な国産DDSによる治験が開始された。同じく静菌作用があり、しかも錠剤であったため、外来治療への途を拓いた薬剤である。1960年代以降はこれにB663（クロファジミン、静菌作用をもつ）⁽¹⁶⁾等を併用してより長く菌の増殖を抑えることができるようになった。

殺菌作用のあるリファンピシンが使用されはじめたのは、日本では1971年である。DDSやB663が静菌作用を示す、つまり継続的な服用が必要だったのに対し、リファンピシンは殺菌作用を持っている。しかも月1回の服用で比較的長く血中の最小抑制濃度（菌の抑制に必要な濃度）を保てる。これらの薬剤の併用（多剤併用療法）により、ハンセン病の治療率はこの時点から非常に高まった。

しかし以上の化学療法が開発されつつあった時代にも、隔離を前提とした対策、退所規定のない療養所中心主義の「らい予防法」が制定され（1953年）、1996年まで継続する。

病気が確実に死に至るものでない限り、医療の目標はいうまでもなく回復である。回復とはその人が発症前に置かれていた状態へ戻ることであって、疾病の治療のみを指すのではない。当時の日本では障害や慢性疾患を持つ人のリハビリテーションは皆無に等しかったが、ハンセン病については根深い偏見、家族との断絶も含めて、回復は等閑視された。

1957年、『全患協ニュース』は「病気が治っても行先も仕事もない 社会復帰援護制度をつくれ」と報じている⁽¹⁷⁾。これによると多磨支部執行委員会・評議委員会、全患協事務局と「社会復帰希望者の会」から多数の会員が出席して多磨全生園にて開かれた懇談会で、生活費・生業資金・身元保証人、自宅療養の法制化、偏見の解消などについて話し合われ、療養所内に専門の部署を設

(14) 2012年1月、多磨全生園にて聞き取り。

(15) ダブソン（ジアフェニルスルホン）。1949年、初めてハンセン病の治療に用いられた。らい菌に対し静菌効果を示す。儀同政一「ハンセン病の治療薬」（大谷藤郎監修、牧野正直・長尾榮治・尾崎元昭・畑野研太郎編『総説 現代ハンセン病医学』東海大学出版会、2007年）。

(16) 1962年にハンセン病の治療に用いられ、1965年にはハンセン病の急性反応であるENL（らい性結節性紅斑）への治療に、1966年にDDS耐性患者に用いられた。前掲儀同「ハンセン病の治療薬」参照。

(17) 「豊かな人生を築くために 病気が治っても行先も仕事もない」（『全患協ニュース』№84、1957年4月15日）。

ける、各都府県の担当官の協力を仰ぐ、職業安定所職員を招いて懇談する等の意見が出された。この年、既に多磨全生園だけで1月から3月末までに12人が社会復帰し、社会復帰を許可された者と申請者が計13人にのぼっていた⁽¹⁸⁾。しかし次年度（1959年）らい対策予算について報じた『全患協ニュース』の記事によれば、この年初めて計上された社会復帰支援費（「世帯更正資金」）は、全療養所分を併せてわずか8人分のみであった⁽¹⁹⁾。同記事では「八人分四〇万という予算額は一支部でさえ四十名近い退所者をだしている現状から推しても余りにも僅少でハ氏病に対する政府の無策を如実に物語っている」としている。

また1人あたり5万円という予算額からも、当時のらい対策にとって社会復帰がいかに優先順位の低い課題であったかが理解できよう。例えば1960年代初頭に東京都内に社会復帰した男性は、ガス・水道付きの4畳半の部屋を借りるのに礼金、敷金、周旋料、1ヵ月分前払いを含め約3万円かかるとしている⁽²⁰⁾。加えて電気代、水道代、食費、就職面接等の準備費を含めれば5万円はあつという間になくなる。数週間あるいは数ヵ月就職できなければ、食べるにも事欠く状態になる。

ちなみに1956年に厚生省は「退所決定暫定準則」（以下「準則」）を内定し、初めて退所基準にあたるものを各療養所長に通達している（表1）⁽²¹⁾。「準則」では退所の基準として、「らい菌」の有無を重視し、スメア（体液の組織標本）による菌検査を繰り返し行って半年から1年の菌陰性を求め、同時に少なくとも1年間の療養所内での「観察期間」を必要とした。そのために、「準則」による退所手続きを経ない人も多かった。化学療法を開始し、病状の安定と感染性の低下が認められれば外来診療に切りかえて「社会」での生活を可とする、という制度的な選択肢はこの時点では存在しなかったのである。

	TM、TN （「神経型」「類結核型」）	L （「らい腫型」）
観察期間	病状固定を判定するため期間1年	判定期間2年
臨床的所見	1）皮疹消褪後、1年以上当該部位に於ける知覚麻痺が拡大しないこと。 2）大耳、正中、尺骨、橈骨、後脛骨、各神経及びその他の皮膚神経の腫脹が著名でないこと。	らい腫及び浸潤が吸収し、消失すること。
細菌学的所見	知覚麻痺の拡大がなくなつてから、2ヶ月に1回ずつ皮疹の消褪部の、なるべく多数のところから、スメアを作つて検鏡し、3回以上ことごとく、らい菌陰性であること。	らい腫及び浸潤が消失してから、2月に1回ずつその病変のあった部位の、なるべく多くの場所からスメアを作つて、顕鏡し6回以上、ことごとく、らい菌陰性であること。
病理学的所見	－	スメアで、らい菌陰性の場合、更に病変のあった場所から、1ヶ所以上、生研を試み、らい菌陰性であること。
免疫反応	光田氏反応10mm×10mm以上	光田氏反応6mm×6mm以上
その他（希望事項）	1．顔面及び四肢に著しい畸形症状を残さないこと。（後遺症の問題） 2．退所後家族又は隣人との不調和のおそれがないこと。	

表1 「退所決定暫定準則」（注21 高島重孝「癩の治癒性に就いて」より作成）

また「準則」では「希望事項」として「顔面及び四肢に著しい畸形症状を残さないこと」「退所後家族又は隣人との不調和のおそれがないこと」の2点を挙げている。特に2点目についていえば、クリアできる入所者はおそらく少なかった。また1点目の「著しい畸形を残さない」という「条件」は、当時の療養所の医師にとっては半ば常識であったようだが⁽²²⁾、らいへの偏見が増すことを懸念しているつもりでも（おそらく当時の療養所職員はそれに疑いを持っていなかっただろうが）、その偏見を知り抜いている入所者からすれば退所

(18) 注(17)に同じ。

(19) 「らい対策予算案出る 大砲に食われる医療予算 世帯更正資金僅か四〇万円」（『全患協ニュース』№105、1958年3月1日）。

(20) N「退所者の住居の問題」（『季刊らい』第2号・1962年夏季号）。

(21) 厚生省療養所課、1956年5月。高島重孝「癩の治癒性に就いて」（『長島紀要』第11号1963年3月）。

(22) 星塚敬愛園長宮田唯夫が1962年に行ったアンケートの調査項目には「無菌であつて社会復帰準備者」に「神経麻痺による各種変形・醜形を残していない」と付記されている。宮田唯夫「社会復帰希望調査について」（『星光』248号、1963年2月号・3月号、星塚敬愛園資料調査室所蔵）。

の基準としてはナンセンスに過ぎる規定であったろう。

当時長島愛生園園長の高島重孝は、同園ではこの「準則」をもって軽快もしくは退所について判定していると述べているが⁽²³⁾、実際には社会復帰もしくは治癒の可否の判定は各療養所の、しかもそれぞれの医師の判断にかかっていた。「準則」が示された7年後（1963年）に発行された『ハンセン氏病の新しい知識』には、各療養所長・医務部長等医師の「治癒」ないし「全治」に関する見解が記載されているが、「結果的に全治と思われる例は可成り実存する」あるいは「普通の疾病の治癒、全治と同時に考えて良いと思う。」と答えた医師もいる一方、全症状の消退と、L型で2年以上、T型で1年以上の経過観察とらい菌の厳重な検査等を全てクリアすることを条件とする医師もいる⁽²⁴⁾。つまり退所を認めるか否かは診察した医師と最終的な承認者である園長の所見次第であった——といえ言い過ぎだろうか。

1962年、厚生省は「らい療養所軽快退所者等在宅指導要領」を各府県に通達しているが、こうした状況で、通達にどれほどの意味があっただろう。

療養所医師も含めた関係者がようやく治癒に関する統一的な見解を示したのは1968年、厚生省らい協同研究化学療法研究班による「らい病勢並治癒判定基準」においてであった。しかしここでも「臨床的治癒例」は“Arrested case”（病勢が止まっている状態）として治癒について明示は避け、病型によって1～2年以上にわたって菌塗抹陰性が継続するなど厳しい条件を設けていた⁽²⁵⁾。

ここで、「治る」ということについて付言しておく。病気が治る、つまり治癒とは、体内の菌なりウィルスなりがゼロになることではない。例えば結核の場合、回復した人の石灰化した病巣（病気の痕）に結核菌が休眠していることがあるが、その菌は活動を停止し、増殖していない。この状態では症状は出ず、増殖する（人に感染させる）力をもつ菌も排出しない。本人に日常生活を送れ

るだけの体力が戻れば、治癒している。年齢を重ね、体力が低下した状態で偶然大病をすると、場合によっては再発することがある（老人性結核）。

ハンセン病についても同じようなことがいえる。皮膚や神経などに活動している病変がなく、薬の作用や免疫力の回復等により菌が末梢神経の中で「眠り込んだ」即ち増殖しない状態にあれば、治っている。

こうした状態はかつて「臨床的治癒」と呼ばれ、実際には化学療法以前（大風子油治療の時代）にも「自然治癒」として存在した。免疫力の強弱はその人の生活環境にも大きく左右されるため、感染しても発症しない不顕性感染も含めて、感染、発症、あるいは治癒の状況が人によって異なるのは、他の疾病と同様であった。1968年の「らい病勢並治癒判定基準」がそれまでの日本のらい医学の動向を受け継いで「治癒」を明示せず、加えて療養所内での「臨床的治癒」の判定を求めたのは、あくまで菌の有無にこだわる医師等の判断が、患者・回復者の「社会」生活の可能性（人）よりも、病理学的所見（病気）に偏重していたことを意味する。

ただしリファンピシンの登場で化学療法が画期的に前進するまで、つまり1970年前後までに社会復帰した人びとにとっては、後述するように、再発は大きな不安要素のひとつではあった。

こうした状況下、正式な退所手続きを経ず「長期帰省」「一時帰省」もしくは「自己退所」した人びとは、後々生業資金等の支援を受けられず、希望者の間で問題になった。藤楓協会が1963年に立ち上げた「社会復帰研究会」では、各療養所の「社会復帰希望者の会」などと連携して方策の検討や状況調査等を行ったが、同会の『第7回社会復帰研究会会議録』（1965年）には次のように記されている。「社会復帰者の半数が正規の手続きを経ての退所許可にシビレをきらして、止むなく事故退所をしているが、事故退所者は、その医療指導〔退所後のフォローアップ…筆者註〕や投薬

(23) 前掲高島「癩の治癒性について」。

(24) 「臨床と予防行政」（らい予防法改正研究委員会・全国々立療養所ハンセン氏病患者協議会編『ハンセン氏病の新しい知識』1963年6月）。

(25) 矢嶋良一「資料 らい病勢ならびに治癒判定基準について」（日本癩学会『レブラ』37巻3号、1968年9月）。

を受けられず、退所者としてのせっかくの政府の各種援護金の恩典も受けられないのである」⁽²⁶⁾。また続けて、その原因は日本のらい対策の「昔ながらの不治、終生絶対隔離時代の消極的な医療システム」にあると批判している。

療養所では、治療の現状や方針について医師と患者が「話し合う」などといった関係にはなかった。患者が自分の治療の状況について詳しく説明を求めることはおろか、検査の結果すら説明されないこともままあった。1963年、全患協は「らい予防法」改正を目指して医学的状況の解説を医師や研究者に求めた。その解説を聞いた入所者は次のように記す。「国立療養所に入所して十数年、自分の病気について医者から専門的な話を聞いたこともない◆こんなことをいえば信用する人はおるまいし、打明ける方が恥しい位のものだ◆しかしそれがハ氏病療養所である。それは治療よりもテツテイ的な隔離主義をとることによつて病気をボクメツさせようとしてきた日本のハ氏病行政の内幕である◆予防法改正研究委員会が招いた講師陣のお話を聞いてこれらのベールがようやくはがれた思いである◆それらの先生のお話しでは“入所者の半数以上は菌を認められず”との明るい見通し、しかしその尻馬にのつた施設側は“治癒した者は原則として退所させる”との御託宣◆とんだ浦島太郎の玉手箱 しかしそれが現実とあつては一同感心するやらフンガイするやら、全く人をバカにした話。」⁽²⁷⁾

ここにはらい医療の過誤——患者を意志や希望のある人として尊重しなかったこと——が端的に示されている。「らい」と診断され、絶望の果てに家族を思いすべてを捨てて入所した人びとは、病気や治療についての説明もなく、長期療養者の不自由な姿を自分の将来として、諦め切った。ところが化学療法が普及し治癒した…そうした人が、「半分以上は菌を認められず」の「半分」に該当する、治っているから退所すべきだ、と言わ

れて喜び勇んだらうか。患者作業は重い後遺症を残した。長期間の入所で外の社会にも疎くなり、住まいも仕事もない、家族に迷惑はかけられない、どうすればよいのだ…そんな思いが、「全く人をバカにした話」という言葉ににじむように思える。

3)「らい予防法」と療養所中心主義

先述のように「らい予防法」は、「らい」と診断された患者に対する都道府県知事の入所勧奨・命令（第6条）、「らいを感染させるおそれのある患者」に対する接客業その他への従業禁止（第7条）、患者の居所（「汚染場所」）等や使用物・物件等の消毒（第8・9条）、療養所からの外出制限・物件の移動制限（第15・18条）等、1931年制定の「癩予防法」をほぼ引き継いだ内容であった。

1950年代以降、国際会議では化学療法の進歩を受けて、分離の有期限化、差別法の廃止と在宅治療を基本とする早期発見・早期治療の重要性、強制的な隔離政策の廃止、らいに関する啓発等が決議されていた⁽²⁸⁾。隔離と消毒を原則とする「らい予防法」は、こうした流れと逆行し、退所も想定していなかった。

オカノ・ユキオによれば、「らい予防法」と、「結核予防法」および「精神衛生法」「性病予防法」を比較した時、「らい予防法」にしかないのは「患者の福祉（12条・患者の福利増進）」であり、それは「らいは（中略）現在のところは療養所に隔離収容して生涯そこで療養させる必要があるという思想」によるという。またこの場合の「福祉」は、「身体障害者福祉法」にいう「福祉」即ち社会経済活動への参加の促進やその支援でなく、「療養所の生活を住みよい生活にしてやろうという意味」だとする。オカノは「らい予防法」にのみ「公共の福祉」と「（患者の）福祉」が両方記載されているのは、「（患者の）福祉」が向上し療養所が住みよくなれば、入所者は療養所から出ようとは思わなくなるから、「公共の福祉」にも寄与する、という発想であると看破している⁽²⁹⁾。

(26) 社会復帰研究会『第7回社会復帰研究会 会議録』（1965年、長島愛生園入所者自治会所蔵）。

(27) 「雑談」（『全患協ニュース』第211号、1963年4月15日）。

(28) 成田稔『日本の癩（らい） 対策から何を学ぶか』（明石書店、2009年）第14章「『らい予防法』制定後の国際会議の動向」。

(29) 以上「らい予防法」と福祉の問題については、オカノ・ユキオ『「らい予防法」と他の衛生法規との異同』（『季刊らい』第3号・1963年冬季号）。

こうした「らい予防法」の思想は当時の「らい対策」の在り方をそのまま示している。医療者の治癒への懷疑と社会の激しい偏見にとらわれ、後遺症を社会復帰を阻害する前提としてしまい、化学療法の進歩や国際的な呼び掛けに対応しないまま療養所の中を住みよくすることに時を過ごしてしまったのである。

無論本当にそうした場所が必要な、高齢で不自由度の高い、家族との縁も絶たれた入所者も存在した。数十年におよぶ入所の果てに療養所で安らかな死を迎えようとしつつあった時、「家」の都合で数日間だけ無理に自宅へ連れ戻されるという無残な例もあったという⁽³⁰⁾。

しかし若く軽症な、あるいは治癒した入所者にとって同法は出口のない隔離法として、しかも社会復帰した後々までついてきた。職業の制限や届け出規定などの存在が、「もし通報されたら…」という不安と恐怖を社会復帰者に与え続けた。飲食業を営んだ人は、いつ後遺症が「ばれて」通報されるか、と気が気でなかったし⁽³¹⁾、一従業員であれば、働く店を消毒などされれば自分だけでなく他の従業員にも迷惑がかかる、と常に不安だったという⁽³²⁾。

4) 沖縄の開放医療と社会復帰

ここで、1972年までの沖縄の状況について触れなければならない。敗戦後、沖縄愛楽園と宮古南静園、奄美和光園の3療養所、中でも沖縄愛楽園と宮古南静園は米軍統治下で、「本土」とは異なる対策のもとにおかれた。

社会復帰については、「本土」との最も大きな違いとして①療養所外における職業指導・就職斡旋とそれに伴う生活支援、②外来診療の実施、が挙げられる。

前者については、沖縄県らい予防協会（現 沖縄ゆうな協会）が運営した「後保護指導所」が担った⁽³³⁾。同会は1959年1月、沖縄愛楽園と同園入

園者自治会が「退所者の社会復帰問題」についての協議会を開いたことを受けて、同年退所した男性2人を那覇市内の自動車教習所に斡旋し、やはり退所した男性1人に高校入学・通学のため事務所を住居として提供した（同会の職業補導事業の始まり）。1964年3月にはコンクリート2階建ての「後保護指導所」が落成し、ハンセン病回復者のための職業訓練・補導施設が、療養所の外、卒後生活の場となる都市部すなわち那覇市内に完成したのである。

他方で琉球政府は「在宅患者治療委託要領」を作成し、沖縄らい予防協会に皮膚科外来診療所の設置を委託した。1962年、那覇市松尾に無料のスキンクリニックが開設され、当時沖縄愛楽園の医師であった湊治郎が診療にあたったが、これが沖縄の社会復帰者、在宅診療を支えたのである。

こうした沖縄独自の対策は、1972年5月に「本土復帰」した後も「沖縄振興開発特別措置法」によって日本政府からの委託業務として続けられた。「後保護指導所」では、1964年から1972年までに男女計198人の受講者を卒業させた。職業指導の内容は、男性は主に自動車運転、女性は主に洋裁・簿記事務であった。その後も毎年50人以上の受講生を指導し、外来診療も現在に至るまで続けられている。

「社会」での職業指導と就職斡旋、生活支援、およびそれを支える外来診療（再発防止と後遺症へのケア等必要な医療の保障）。「本土」に欠けていた回復者への社会復帰支援が、沖縄では試みられ、実現していたのである。沖縄でもハンセン病患者・回復者とその家族への差別は強い。社会復帰した沖縄の人びとも、そうした意味では「本土」の社会復帰者同様、後遺症と過去を隠しながら街の片隅で生きなければならなかったし、現在でもそれは続いているという⁽³⁴⁾。しかし「社会」に戻って医療的なフォローアップを受けながら生活する

(30) 2011年11月、邑久光明園にて聞き取り。

(31) 2011年10月、徳山良久さんより聞き取り。

(32) 2011年12月、長島愛生園にて聞き取り。

(33) 以下、後保護指導所の事業については沖縄ゆうな協会から2011年12月に御提供いただいた資料によった。

(34) 前掲『ハンセン病回復者の手記』参照。沖縄ゆうな協会の職員によれば、診療時等、ゆうな協会事務所で回復者との関係が濃密であっても、市街地でその人と出会った時には知らないふりをしなくてはならないという（2011年12月聞き取り）。

環境を整え、自分がハンセン病であったことを隠さずにいられる場所を用意した（している）ことは、実質上自らだけを頼みとする社会復帰を回復者に強いた「本土」の対策の怠慢を示して余り有るだろう。

付言すれば、琉球政府が1961年に制定した「ハンセン氏病予防法」には、第7条（退所または退院）で「ハンセン氏病を伝染させるおそれがなくつた患者」の退所規定、および第8条（在宅予防措置）で「ハンセン氏病を伝染させるおそれがない患者」に対し「在宅のまま」必要な措置をとれる在宅診療規定が存在する⁽³⁵⁾。

なお「本土」でも、1963年12月に「らい外来診療所」（「藤楓荘」）が名古屋に開設されている。藤楓協会が運営したこの施設では、主に駿河療養所の医師・石原重徳が診療を担当した。石原は「退所」後も回復者の医療的フォローアップが重要であると指摘したが⁽³⁶⁾、療養所中心のらい対策の渦中でそうした見解は少数に留まっていた。

2. 「転換期に立つ療養所」

1) 「瀬救情民」論の衝撃

可治の時代に入った療養所は、運動の経験を経たこともあって一種の活気に溢れた状態になった。例えば社会復帰支援を目指す「更生指導」での自動車運転講習、あるいはラジオ組み立てや無線免許の講習など、「資格取得を目指して勉強し、試験を受ける」こと自体が初めての入所者たちには新しい時代を感じさせた。活気溢れるその状況はまさに「転換期」の療養所——病気が治れば出られる本当の療養所——であるように思えたと、当時30代だった男性は語る⁽³⁷⁾。また各療養所で社会復帰を目指す会ができたこと⁽³⁸⁾や社会復帰者

の増加もその要因であったろう。

しかし一方では、不自由度の高い長期療養者の待遇改善が大きな問題になっていた。1962年の星塚敬愛園での調査（注22参照）では、宮田園長（医師）が「無菌であるが症状改善の困難なもの」とした入所者が58.6 %にもおよぶ。これはおそらく重度の後遺症をもつ人びとを指しているのだろう。若く軽症で在所期間も短い、言い換えれば治癒と社会復帰が望める人びとと、不治の時代に入所し、患者作業の代償に不自由度を増し療養所を終の棲家とせざるを得なくなった人びとが、「患者」として括られてしまった療養所を、これからどうしていくのか。——全患協ニュースでは1956年、「転換期に立つ療養所」という特集が4回にわたって組まれた。こうした状況について、社会復帰と大きくかかわる範囲でふれたい。

「転換期に立つ療養所」をめぐる議論を引き起こしたのは、当時邑久光明園事務官だった森幹郎の「瀬救情民」論であった⁽³⁹⁾。森は、退所基準が定まらない原因を医学的判断の曖昧さに求め、治癒したとみなされる不自由度が低い人びとは退所すべきであると主張し、次のようにいう。「『らいを伝染させるおそれがある』かもしれない（従って、ないかもしれない）（中略）さらに、再発するかもしれない（したがって、しないかもしれない）という理由のために、多くの人が長い年月にわたって、場合によっては一生、療養所に隔離されてきたのである。／このことはもう一度考え直してもいい時期にきているのではないであろうか？」⁽⁴⁰⁾。そして療養所を①無菌退所者のためのアフターケア施設、②後遺症が重い回復者のための養老院的施設、③療養中の軽症者のための生産コロニー的（授産施設的）療養所、④現在進行

(35) 『国立ハンセン病資料館ブックレット2 ハンセン病関連法令等資料集』（国立ハンセン病資料館、2010年） 112ページ「ハンセン氏病予防法」。

(36) 石原重徳「らいの外来治療（主に本土）」（国立療養所史研究会『国立療養所史（らい編）』厚生省医務局療養所課、1975年）。

(37) 2012年10月、長島愛生園にて聞き取り。

(38) 例えば菊池恵楓園では1954年、啓蒙と社会復帰の促進を目指して療友会が発足し（「治療、社会復帰の促進 菊池支部で療友会発足」『全患協ニュース』第37号、1954年5月15日）、多磨全生園では1957年2月17日に「社会復帰希望者の会」が40人の入所者有志により立ち上げられている（「ゆたかな人生を築くために『社会復帰希望者の会』結成 多磨支部40名の療友が」『全患協ニュース』第82号、1957年3月15日）。

(39) 森幹郎「新しき時代の新しきライ療養所」（『楓』1956年9月）。なお本稿では後に森が同論文の定稿として発表した「らい療養所論」（『医療福祉の研究—内田守博士喜寿記念論文集』ミネルヴァ書房、1980年、のち森『差別としてのライ』法政出版株式会社、1993年所収）を参照した。

(40) 同前。引用は前掲森『差別としてのライ』57ページ。

性の患者を治療する病院施設、に再編成することを提案した。

これを原則として受け取るならば、首肯できる部分が多い。身体的・年齢的状况や在所期間、家族との関係などが様々な入所者には、それぞれの状況に合わせて対応すべきだっただろう。

しかし現実はどうだったか。「昭和二十五年に此の療養所〔長島愛生園…筆者註〕で『プロミン治療第一号』が出た。(中略)療養所側も特別に二週間余りの帰省許可を与えて本人を家に帰したが、親族にお披露目することもできず着かず、島〔長島愛生園…筆者註〕で結婚でもして静かに暮らしたいと、一週間もせぬうちに島に戻ってきた。その女性^{ひと}は手足に後遺症もあり、あれでは『治った』といっても信用してくれまい、まして女性であれば家にいるにしても家事を手伝わぬわけにもいかず、さりとて細かい仕事ができぬとあれば、自分の居場所がないことは目に見えている、と同情論があった。／『病気が治っても家に帰って暮せない』このことは私たちにあってショックだった。」⁽⁴¹⁾——こうした人びとに、森の発言はどう受け止められただろうか。

同じく長島愛生園入所者の森田竹次は、評論「私たちは『惰民』ではない」⁽⁴²⁾「惰民には誰がした」⁽⁴³⁾の中で、森の論文を原則としては受け入れながらも、現実的かつよく練られた方法でなければ、退所した人が潰れてしまうと反論した。そして入所者は生活苦が激しいのを厭って退所を避けているのではなく、むしろ長期間にわたる隔離によって生活苦が激しいだろう社会を知らないという不安から退所をためらうとする⁽⁴⁴⁾。そこに年齢の問題が加わる。高齢者が再び「社会」で生計を立てるのは困難に過ぎ、幼くして入所した者は自活の方法自体を身につけていないので不安が大きい、従って「社会復帰」を希望する者は20代から50代、

つまり自力で生活をたてられる年齢の者が多い。森田はこうした状況を受けて、いかに希望が強くても、「甲斐性なしの罵言を浴せるだけでは問題は解決しない」と批判する。

1950年代以降、森田が上記論文で参照した長島愛生園でのアンケート(1956年)以外にも、いくつかの社会復帰に関する意向調査が行われている。地域差等はあるが結果が示す問題に大きな違いはない。前掲の星塚敬愛園でのアンケート(注22参照)では、社会復帰希望者は当時の全入所者1,155人中252人のみであり、年齢、在所期間の長短、後遺症の有無が、社会復帰を選択できるかどうかを大きく左右していた⁽⁴⁵⁾。

長島愛生園では、これに先立って退所者が「帰った家の近所で井戸を使わせてもらえなくなった」と園の事務所に訴えた事件があった⁽⁴⁶⁾。この事件について長島愛生園事務官であった井上謙は「〇〇君(退所した回復者)は傳染のおそれのない人なので勇気を出して男らしく斗つて欲しい」とし、患者自治会副委員長は「勇気を出せるようにしてやらなくては、徒らに〇〇君一家が犠牲になるだけである(中略)組織的な活動が考えられない限り駄目だ」と述べている⁽⁴⁷⁾。

『全患協ニュース』等には、社会復帰者の意欲、自覚、行動による偏見の打破が重要、という論調も見られる。だが療養所にあつてホスピタリズムを自省することと、単身「社会」に潜り込むこととの間にはかなりの距離があつたのではなからうか。無論療養所での言説が全て社会復帰者の苦悩を軽視していたのではない。しかし社会復帰していく人びとが最も恐れたのは、「病歴が知れたら終わりだ」という非情な現実であり、「絶対の秘密」をもって療養所を出て行くことであつた。少なくとも「差別打開」という点では、療養所の中で論じられる社会復帰と実際のそれとは大きく異なっ

(41) 阿部はじめ『弟へ』(オフィス・ムハーヰリオン、2012年)48ページ。

(42) 『甲田の裾』1956年12月号、森田『偏見への挑戦』(長島評論部会、1972年)所収。

(43) 『愛生』1957年1月号、前掲森田『偏見への挑戦』所収。

(44) 同前。

(45) 2012年度春季企画展図録『青年たちの「社会復帰」—1950～1970—』14ページグラフ参照。

(46) 「全快者は勇気を出して 使用させない共同井戸」(『全患協ニュース』第29号、1953年6月1日)。

(47) 同前。

ていたようにみえる。

なお上記の事件当時全患協は「らい予防法闘争」のただ中にあり、法文中に一時外出及び軽快退所の規定を含めること、軽快退所後直ちに就業・自立できるよう職業補導機関を設置すること、退所者福祉資金給付制を設けることを要望していた⁽⁴⁸⁾。だが成立した「らい予防法」に退所に関する規定はなく、社会復帰を目指す人は自分だけを頼みにせざるを得なかった。『全患協ニュース』の特集「転換期に立つハンゼン氏病療養所」⁽⁴⁹⁾では退所を希望する若い入所者が、「言葉の上だけでなく退所し働きたいと真剣に考えている。しかし十八才で入所したので、なんらの技術も修得していないし、職業に就いた経験もない。(中略)三男である私が農業とサラリーで生計を立てている所に帰っても、働く余地は全然残されていない」とし、「(症状があるか、退所する気があるかという)質問が、皮肉に冷笑的に『いい若い者が』と聞える時はなんともつらい」と訴える。そして療養所の外での技術習得とそのため住居が必要であること、さらにそこに入るまでの間は8時間労働を行い社会での生活に耐えうる体と退所資金とをつくりたいと望んでいる。

療養所では原則として、貧しくとも食事や住居を自分で調達しなければならないことはない。患者作業、特に不自由者棟や病棟の付き添いは重労働であったが、それ以外の作業や日常生活で、「社会」では当たり前の通勤や8時間労働をこなすほどの体力は使わなかった。社会復帰のためには、療養所の生活で失った体力を取り戻すこと、同時に心身共に過労を防ぐことが重要であった。社会復帰の前に一定の「試用期間」を自分に課した人や⁽⁵⁰⁾、一旦実家に帰省して家業を手伝いながら体力をつけた、という人もいる⁽⁵¹⁾。

しかし、例えば私たちであっても、何年も慣れ

た環境を変えることは並大抵のことではない。転職や転居に伴う心身の負担は重い。「社会」のこまごまとした習慣さえ身につけていない人にとって、本人の意欲にだけその克服が課せられるのは余りに過酷ではなかったか。

2) 療養所の中の“目”

もうひとつこの時期、社会復帰を目指す人にとっての壁があった。先述のように、療養所内は社会復帰に対して前向きな雰囲気ばかりではなかった。そもそも社会復帰を願い出た入所者のみはその可否について医師に診断される⁽⁵²⁾のだから、社会復帰の選択はあくまで本人の意志によるものと見なされた。従って社会復帰への批判的な意見も、希望者本人に直接向けられた。

また不自由者付き添い(看護・介護)の担い手の問題もあった。患者作業の職員切り替えは遅々として進まず、軽症で体力のある若い人びとの社会復帰は、後遺症の重い、特に視力と知覚を失った人びとの介護、看護の担い手の減少をも意味していた。「元気な者が入って来なければ不自由な者はどうなる」という声がある⁽⁵³⁾、というのは誇大表現ではなかった。当時看護と介護の職員切り替えは全患協の最大の要求の一つであったが、職員配置に向けた入所者の不自由度判定の在り方や予算の問題はなかなか打開されず、社会復帰者が増えれば不自由者を看る人手が減っていくのが実情だった。本来ならば職員を雇用しない行政に対して向けられるべき憤懣が、若く軽症な人に対する羨望と混じって社会復帰希望者に向かって吐かれることもあったという。

化学療法剤の開発よりずっと以前に発病し症状を重らせ、患者作業によって重度の後遺症を負った人びと——特に高齢者にとっては、社会復帰など望むべくもなかった。重不自由者は、「自分たちの時代(化学療法がない時代)には退所の可能

(48) 「主張 ハンゼン氏病法の制定をかく願う」(『全患協ニュース』第26号、1953年2月)。

(49) 『全患協ニュース』第72号「転換期に立つハンゼン氏病療養所 特集Ⅰ」(1956年10月)、第74号「転換期に立つハンゼン氏病療養所 その2」(1956年11月1日)、第76号「転換期に立つハンゼン氏病療養所 その3」(1956年12月1日・15日合併号)、第78号「転換期に立つハンゼン氏病療養所 特集4」(1957年1月15日)。引用は「特集Ⅰ」(第76号)山西昌一「退所希望者の施設設置を望む」より。

(50) 2011年12月、長島愛生園にて聞き取り。

(51) 2012年12月、神奈川県にて聞き取り。

(52) 前掲森「新しき時代の新しきライ療養所」、および2012年1月、多磨全生園にて聞き取り。

(53) 佐川良二「今後の『ハ氏病』対策に就て」(前掲「転換期に立つハンゼン氏病療養所 特集Ⅰ」)。

性なんてなかった、自分たちが若い時には苦勞して不自由な仲間を看取った、今は君ら若い入所者が自分たちを看るべきなのに」という思いだったろう。

社会復帰を目指している時に「表だって反対する人はいなかった」⁽⁵⁴⁾ という人もいるが、うらをかえせば、言外の「どうせ戻ってくるのに」「あんな不自由な手で／足で社会に出られるものか」という非難がましい視線、秘められた羨望を向けられたということでもあるのだろう。そうした「療友」の目や声がいかなるものだったかは、次の言葉によく示されている。「誰か出て行くと残るものはひがむ。再燃してポンコツになって帰ってくると喜ぶ」⁽⁵⁵⁾。無論「心の底には皆、外へ出たい」⁽⁵⁶⁾ からこそ社会復帰者への羨望と妬みは膨れあがったのだろう。そうした人びとの声は「50才の年齢迄療養生活をして今更退所など考へた事ありません 強制退所の事など考へると毎日が落ち着きませんから安心して生活出来る様お願い致します」⁽⁵⁷⁾ という意見に代表される。いかなる事情であれ社会復帰が望めない人びとにとっては、「軽快者は退所を」という風潮、言説が、医療の効率化と結びついた「強制退所」として受け止められたのである。

多くの入所者の思いは、既に社会復帰は望めないのだから、療養所の医療と生活を向上させ、安心してここで一生を暮らしたいというものではなかったか。「らい予防法」下のらい対策が患者の隔離に拘泥し「療養所を住みよく」したのとは全く異なる理由で（入所をやむなくさせられた過去を持つ人にとっては「むかし、らいを病んでいましたと、公言できる世の中になる」⁽⁵⁸⁾ のが先決だった）、しかし同じ「住みよい」療養所を願ってしまう入所者の複雑な思いが、社会復帰者に向けられていたのだった。

1964年当時、栗生楽泉園で自治会長をつとめていた沢田二郎は、訪問した大学生に「基本的には我々は社会復帰をすべきだし、又、望ましきものである。」と答えつつ、次のように言っている。「ビンの中に一ピキのノミを入れる。最初は何度も何度も外へ出ようとして躍^(ママ)びはねる。そしてある程度、その状態が続く。しかし、ついには、ノミはとばなくなる。(中略…自分たちも)最初のうちは、出てやろうと思って色々努力をしたが、取り締りは厳しく、ついに、我々は、『ここで一生を送るのだ』とあきらめて、やっと、園内に落ち着いた。そのように思い込まないと、苦しくて、生きて行けなかった。」⁽⁵⁹⁾

3. 「外の社会」の様相と社会復帰

1) 高度経済成長期の「社会」と社会復帰者

1950年代から1960年代末までの療養所経済は、貧しいというだけでなく、年金支給、作業賃と慰安金の問題、労務外出等から生じた経済格差によって混乱を極めた。最低限の衣食住は保障されているとはいえ自由に使える現金はほとんどなく、1950年代には、作業賃だけではタバコ代か安いラーメン一杯分という有様であった。入所者は1969年のいわゆる「自用費」の支給までは、作業を含め「他の収入」に頼らなければならなかった、という。

一方「社会」では、1950年の「朝鮮特需」による労働力需要の高まりと経済の好転が始まり、その後「三種の神器」（電気洗濯機・電気冷蔵庫・白黒テレビ）、さらに3C（カー、クーラー、カラーテレビ）の獲得を、できればよその家庭よりも早く、という「モノの洪水」を指標とするくらしへと人びとがなだれ込んでいった⁽⁶⁰⁾。しかしこうした動きは（イエやムラの旧慣と「嫁」の「労働」を重んじる農村だけでなく）都市の底辺に生きる

(54) 2012年1月、多磨全生園にて聞き取り。

(55) 1964年、FIWCの東北新生園における聞き取りノート（交流の家所蔵）より。

(56) 同前。

(57) 1964年、FIWCが行った各療養所入所者へのアンケート回答（交流の家所蔵）より。

(58) 同前。

(59) 1964年、FIWCの栗生楽泉園における聞き取りメモ（交流の家所蔵）より。

(60) 天野正子「くらしの戦後空間—未完の生活革命」（大門正克・安田常雄・天野正子編『戦後経験を生きる』吉川弘文館、2003年）。

人びと…日雇い、臨時雇用が生活の糧である人びとにとっては遠い話だった。

多くの社会復帰者も然りである。正式な「退所」でなければ支給されない、しかも僅かな「世帯更正資金」、療養所の中での「更生指導」「更生補導」…いずれもが、現実的に社会復帰に役立つ内容とは言いがたかった⁽⁶¹⁾。1956年、トランク1個と大阪への旅費だけを持って星塚敬愛園から「逃走」した徳山良久さんは、知人から干飯を貰って大阪で野宿しながら日雇い仕事を探した。いずれ部屋を借り、療養所から恋人を呼び寄せて結婚するつもりで必死で働いたという。「日給300円だったね、あの頃ね。それで3ヵ月一生懸命働いて、畳二畳だけの…間借りをしたの。(中略)荷物もないからね、もう、ただ寝るところだけがあって。リンゴ箱をね、昔は木の箱で。それを市場行って買ってきてね、それが水屋(食器棚)と、飯台(食卓)の代わりで。」⁽⁶²⁾

1959年頃に夫婦で社会復帰したある男性も臨時雇いでくらしを立てた。「まあどうやら、食うには困らなかったけどね。…あの頃は、3畳間だったよね。で押し入れがね、こういうふうに(一間が隣の部屋と上下互い違いに)なって'rendu'ですよ。それでね、(笑)下より使えないわけ。押し入れの上は、隣の人が使ってる。」⁽⁶³⁾

そして多くの社会復帰経験者のお話から、社会復帰者は上昇志向——「ホワイトカラー」「年功序列」「終身雇用」といった出世コースに乗ることを望まない、あるいは避ける傾向が強かったことが窺える。病気の再発と再入所、過去の「発覚」への不安に加え、彼ら／彼女らの多くが少年期までを戦前・戦中に送り、その経験から自己実現を強く目指す青年期になっても「なんたって戦前を知ってればね、戦前よりはずっと良くなってきたからね。いい時代に恵まれたって言えば、そう言

うことも出来るんだよね。だからわれわれみたいなもの(回復者)でもなんとか仕事が出来たっていうね。」という感覚を持っていたことも見逃せない。

2)「らい」「らい患者」への「社会」の視線

翻って「社会」は「らい」とその患者・回復者(当時は分けて認識されていたとは考えにくい)をどう見ていたか。

「らい」をとりあげた新聞記事には「消毒」「隔離」と結びつけられたイメージが充満している。そこでの表記や書かれ方は「ライ」であり、しかも「患者」であり、「ライ」が「患者」と同一視されていることも多い。

1961年、『朝日新聞』九州版は国鉄車両の消毒騒ぎについて掲載している⁽⁶⁴⁾。無賃乗車で途中下車させた「おじいさん」が「ライ患者らしい」という駅員の知らせで、その車両から乗客を全員降ろして消毒したのである。実際には「タダの浮浪者」だったため乗客を元に戻した。通報が誤りだったことから面白おかしく書いているが、回復者はまさにこうした事態を恐れていた。常に、曲がった指をポケットに、抜けた眉毛を帽子に隠して歩いたのである。

「おじいさん」が本当にハンセン病患者だったならばこうした文調にはならず、1960年『読売新聞』に掲載された「野放しのライ患者」のように報じられただろう⁽⁶⁵⁾。同記事では、多磨全生園の垣根の「抜け穴」から患者が出入りして地域住民が不安がっていると報じているが、そこには「患者」が自分たちの生活圏に入り込むことに対する、「伝染への警戒」を装った嫌悪感が「常識」であったことが示されている。加えて「患者」の外出動機を競輪や飲酒等として、「不良患者」のイメージを「感染源」としてのイメージに被せ、さらに恐怖心を煽っている。実際には抜け穴は、ちょっとした

(61) ある「社会復帰」者は、療養所で自動車運転免許講習を受けて免許取得のため試験場に行ったが、車種も試験を受ける勝手も療養所で見聞きしていたものと全く違ったという。2012年1月、多磨全生園にて聞き取り。

(62) 2011年10月、徳山良久さんより聞き取り。

(63) 2012年1月、多磨全生園にて聞き取り。

(64) 「青鉛筆」(『朝日新聞』九州版、1961年1月22日朝刊)。

(65) 「野放しのライ患者 カキ根に抜け穴 飲酒や競輪通いの者も」(『読売新聞』1960年1月11日朝刊)。

買い物等で使われることも多かった⁽⁶⁶⁾にもかかわらず、である。

こうした「常識」について、大阪市内および近隣を対象としたアンケートが「いもづる会」という民間団体によって行われている⁽⁶⁷⁾。まず中学・高校・大学生の認識について注目されるのは、学歴が上がるに従って、ハンセン病自体への理解(遺伝病でなく伝染病であること、感染力が弱いこと等)が深まるのと対照的に、家族が発症した場合は療養所へ入れるという回答が増加していることである。

次に社会人(20代・30代中心)へのアンケートでは、338人中「ライ」を「知っている」人は326人いる。うち患者を見たことがある人は55人(16.5%)、伝染病と認識しており、かつ「少しくらいふれてもうつらない」と答えた人が96人(29.4%)、「ライは治る」と答えた人129人(39.5%)である。しかし同時に、「ライ」を「恐ろしい」と答えた人が287人(85.3%)にのぼり、その理由は「不治の病」28人、「腐敗するから」22人、「伝染病だから」18人、「社会生活・家庭から隔離される」13人のほか、「分からない」「何となく恐ろしい」など根拠のない恐怖感も挙げられている。あるいは「人に嫌われる」「人びとに恐れられる」など、偏見が怖いから病気が怖い、といった回答もある。「知人・親族に病者が出た場合」の対応については、94人が「療養所に入れる」、20人が「隔離する」と答えている。

社会復帰者は「社会」の中で、上記の「知人」に入る可能性があった。「病者(治っていても)」と見れば「療養所に入れる」と思っている人びとの眼差しを恐れながらくらししたのである。

3) 社会に拡がる「無関心」

もうひとつ注意したいのは、この頃既に青少年の「らい」への無関心が広まっていることである。

1960年代に厚生省療養所課長をつとめた加倉井駿一が指摘したように、1960年代には、「旧世代の強固な偏見」が残る一方で「新世代の無関心」が広まりつつあった⁽⁶⁸⁾。

1970年、持田忠(当時国立栃木療養所)は、栃木県内の公立7高校から採取したアンケートについて報告し⁽⁶⁹⁾、主として16~17才の学生から得た有効回答1,980(約98%)の分析から若い世代の「ライ」への認識を示した。まず「ライ」の存在自体は94%が小学生もしくは中学生の頃からメディアや保健衛生の授業、家族・知人の話などから知っている。「ライ」への関心は47%が持っているが、37%は持たず、16%は「知らないからなんともいえない」と答えている。関心を持つ理由(1259人中)は、圧倒的に多いのが「おそろしい伝染病と思うから」43%、次いで「新聞、小説、雑誌などで読んだことがあるから」22%である。逆に関心を持たない理由(854人中)は、「ライという病気を知らないから」36%、「十分にけいもうされていないから」22%、「そんな病気にはかわからないから」22%の順に多い。そして病気をいかに考えているかは「最も強烈な病気の一つとして恐れている」25%、「なんとなく恐れている」人が30%である。しかし後者の30%は事実上、最も多い「身近に感じないので、なんともいえない」33%の群に近いのではなかろうか。

この状況には、当時「らい」患者(回復者)の9割以上が療養所に隔離されていたことが多分に影響していたと思われる(次ページ表2)。1955年以降、患者総数は減少しているが、入所割合は90%を超え続ける。そして1955年から1970年までの15年間に新発生患者数は激減し、いわば「療養所の外では患者に会わない」状況が生まれた。「社会」の人びとにとって、「らい」あるいは「らい患者」が関心外となる環境が生成されたのである。

(66) 2010年5月、多磨全生園にて聞き取り。

(67) いもづる会「ハンセン氏病についてのアンケート報告」(いもづる会、1965年3月)。いもづる会についての詳細は不明だが、裏表紙には回復者の社会復帰を促しハンセン病への理解を促す旨の文章が記載されている。

(68) 加倉井駿一「日本のらい療養所の将来の諸問題」(『医療』第23巻第5号、1969年5月)。

(69) 持田忠「若い世代のハンセン氏病に対する見解—アンケートの結果報告」(『甲田の裾』第41巻第4号、1970年4月)。調査年月は明記されていないが、「はじめに」によれば1963年「一般社会人」に行った調査を受けてのアンケートで、1970年に報告されていることから1969年頃の調査と思われる。

表2 1955年から1970年の患者総数・入所割合・新発見患者数

年	患者総数	入所割合	新発見患者数
1955（昭和30）	12,169人	90.86%	412人
1960（昭和35）	11,587人	91.87%	256人
1965（昭和40）	10,607人	93.09%	125人
1970（昭和45）	9,565人	93.65%	46人

（創立百周年記念誌編集委員会編・多磨全生園入所者自治会編集協力『国立療養所多磨全生園創立百周年記念誌』国立療養所多磨全生園、2010年、99ページ「表1 日本のハンセン病患者数の年次推移」より作成）

こうした中で若い世代の人びとが、年上の世代がもつ、あるいは古い病識をもとにしたメディアを通じて得た“ライは恐ろしい病気^①のよう^②だ”という漠としたイメージを抱いたまま、自らには関係ないこととして無関心になっていくのは必然であったように思われる。しかし家庭で縁談などが持ち上がったときに、若い人が「らいの家筋とは結婚できない」などの形で偏見にふれることはあったろう。こうして「らい」は見たことはないが「なんとなく避けるべき病気」として意識の奥底に潜り込み、日常生活上では関心を向けられないものとなっていく。

社会復帰者たちを待っていたのは、古い観念として定着した偏見・忌避と、新しく醸成されてきた無関心がまざりあう世の中だったといえる。

4. 戦後日本において、療養所から出るということ

1) さまざまな社会復帰のかたち

この時代には社会復帰といっても、療養所長から正式に「退所」を認められて完全に療養所とのつながりを絶つ人よりも、療養所に申し出て「長期帰省」「一時帰省」する（療養所に入所している立場のまま社会復帰する）人が多かったという。療養所以外、らいの診療機関が皆無に等しかった当時、先述のように再発して療養所へ戻ってくるケースも少なくないことを知っていた社会復帰希望者は、万一再発した時に戻れる場所を確保する（再入所せざるを得ない）という考えから「籍を

残す」、つまり「一時的に療養所を去る」形を選ぶことが多かったのだという⁽⁷⁰⁾。殊に足底穿孔症など包帯やガーゼ等が大量に必要な障害をもっている人は、その「外科材料」を入手するためにも月に一度は療養所へ向かう必要があった。またある人は正式に退所する時、入所者自治会の会長から「生活できなくなったら帰ってくるさ。」、また事務分館の職員からは「困ったら帰ってきなさいよ」と送り出された⁽⁷¹⁾。いずれも「帰ってくる」ことが前提のような話である。一方諸事情で「一時帰省」「長期帰省」すら認められない場合は、やむを得ず「自己退所」した。

まずは住まい探し、職探しが難題であった。例えば就職先が決まっても、住居を決める時、不動産屋との交渉はもちろんのこと、長く療養所にてほとんど歩き回ることがなかった人にとっては不動産屋めぐりは苦しかった。自身は既に正式に大島青松園を退所し、後から自分を頼って社会復帰しようとする青年の住居探しを手伝った土谷勉は次のように記している。「周旋屋の二十軒も当たったろうか。（中略…青年は）歩き馴れぬのと心労とで疲れはて、口もきかぬば元気もない。」⁽⁷²⁾

しかし伝手があった人はまだ幸運だった。単身療養所を出た青年は、多くが職業安定所に通う、新聞の募集欄を探す、ドヤ街で日雇い募集を待つ、などの「あてのない」方法で職業を探すしかなく、その間は野宿や安宿で過ごした。その場合も先述のように、学歴がなく、かつ過去を明かさなくても就職できる、例えば建設現場での肉体労働やタクシー運転手（当時は好景気で、大都市では自動車運転免許さえあれば雇用口は多かった）、トラック運転手の助手、あるいは小児麻痺などと過去を偽って（隠して）体に無理のない事務職等に就くしかなかった。職がなければ部屋も借りられない。1956年、身一つで大阪に出た徳山良久さんは、月の半分は昼夜働いた。「仕事さえあれば休まずに働いた。一カ月に百八十時間という残業の記録もここで作った。月に十二日間は昼夜、働いたこと

(70) 入所者から療養所に「退所」でなく「一時帰省」「長期帰省」での処理を依頼することもあった（2011年、長島愛生園にて聞き取り）。

(71) 野谷寛三「退園記」（『季刊「らい」』第1号、1962年・春季号、11ページ）。

(72) 土谷勉「街で拾った話 貸し間捜し」（『星光』250号、1963年7月）より。

になる。それでも、鉄工所と親方がピンはねした残りなので、給料は一万一千円ほどにしかならなかった。」⁽⁷³⁾

またその際には、自然に人と深く関わらない職業を選びがちになった。運良く就職できても、今度は過去を隠すために「つきあい」が制限されたり、嘘をつかねばならないなどの心労を強いられるからである。「付き合いの浅さ」には、後遺症を隠すゆえに何となく他人に近づきがたくなることも含まれるだろう（後遺症の問題については後述）。

加えて病気の再発を防ぐために、無理をしない、すなわち体調管理のための「付き合いの悪さ」も避けられなかった。飲酒や睡眠不足は体に負担をかけ再発につながるので、職場の「付き合い」にはほとんど応じなかったと語る人もいる。「男の社会ってな、飲むことがあるでしょ」⁽⁷⁴⁾「付き合いがあるじゃん。飲まなきゃいけないし、遊ばなきゃいけないし。」⁽⁷⁵⁾とは思いつつ、それでもなるべくつきあいを避けた。周囲はそれほど気にしていないから「俯^{うつむ}いてる必要」はなかったという男性も「そこらへん、哀しいとこや。この病気ってのが、ずっと、あるから。最後まで、とことん言うわけにいかんからね。」とつぶやいた⁽⁷⁶⁾。

他方、自分が出来る限りの交流を周囲の人びとと持ち、それによって生活を支えていった人もいる。大阪で中華料理店を営んでいた徳山さんは、他の店が嫌う、油の臭いの染みこんだ労働者たちを店に迎え入れ、夏の暑い時期には店頭で冷たい水を置いて郵便局員などに飲んで貰い…といったもてなしを続け、睡眠時間が日に3時間ほどという過酷な生活を続けながらも、店を繁盛させていった⁽⁷⁷⁾。これを何年も続けるのは並大抵のことではない。徳山さんがふりかえるように、「苦労は私たちの、あの、もう運命だと思い込んどっ

た」からこそ耐えられたのかもしれない。

2) 後遺症と「社会」生活、再発への不安

ここでいう後遺症とは、必ずしも大きな変形のことではない。ハンセン病自体は治癒し、外見上目立つ後遺症がなくても、残ってしまった末梢神経の知覚麻痺、運動麻痺は改善の可能性が低い⁽⁷⁸⁾。

特に知覚麻痺が手足に残ってしまった場合、「自分には感じがない」ことに生活のあらゆる場面で注意し、手指や足底にヤケドや切り傷等を負わないよう意識し続けなければならない⁽⁷⁹⁾。加えて「社会」での生活には、自分が傷害を負わないようにというだけでなく、それが原因で他人に「おかしい」と思われないように、あるいは仕事に支障が出ないようにするための気遣いが加わって大変な困難となった。

例えば、指先の知覚麻痺により小さなものを持ちにくいと、盃が持てず、祝いの場等が苦痛だったという話はよく伺う。あるいは、ボタンがはめられないので、泊まりがけで同僚と出かけるようなことは一切しなかった人もいる。場合によっては拘縮した手指の整形、眉の植毛等形成手術も受けた。「社会」で働くため、萎えた手指に足から筋を移植して形を整えた人もいる。

また麻痺部には発汗障害が加わる事が多く、乾燥し摩擦が少ない状態になるため、細かい作業をしにくく、それを見る人の目を気に病むことになった。

「麻痺が起こったらね、ここ（掌）がツルツルになるんですよ。だからここ（机の上）へ、例えば今、針一本落としたら、もうひらえないです。（中略）薄いもん持ったりっていうようなときに、持てない。60kgのもんが持てるのに。外見的にわかったら、納得してもらえるんだけど、…麻痺しとっても指が動いとるでしょ。だから、なんで出来んのかなって思われたと思うよね。（中略）そ

(73) 徳山良久「偏見の中で」(『始良野』278号、2000年10月)。

(74) 2011年12月、長島愛生園にて聞き取り。

(75) 2012年1月、多磨全生園にて聞き取り。

(76) 2011年12月、長島愛生園にて聞き取り。

(77) 2011年10月、徳山良久さんより聞き取り。

(78) 岩田誠「ハンセン病における末梢神経障害」(前掲『総説 現代ハンセン病医学』所収)。

(79) ハンセン病の知覚麻痺が日常生活に及ぼす困難については、河野和子・外口玉子編『らい看護から』(日本看護協会出版会、1980年)第3章「生活環境と知覚麻痺」に詳しい。

れと、少々ぐらい切っても、痛くないんですよ。(中略)そのまま製品扱こうとったら、血が付くでしょ。(中略)もうそこに、一番気を使いましたね。ほかの傷なら、どうにかなるんだけど、血っていうことになったらね、やっぱり製品として、出せませんので。」⁽⁸⁰⁾

子どものいる女性は次のように話した。「PTAの評議員会とかなんとかね、もうこれ、(机の上に薄い)紙が置いてあっても、取れないんですよ。“どうしたの”って言われて、“あ、指紋がないからごめん”って言うてね。」⁽⁸¹⁾

こうした「らの痕跡」をいかに隠すか。見た目に分かる、例えば垂足を「小児麻痺を患ったので」とごまかせても、机の上に置かれた一本の針を拾う、一枚の紙をめくりあげることすら難しいこと、血がにじむ傷に気づかないことを隠すのは難しかった。視力と手指の知覚があれば簡単にこなせるはずの、ボルトをナットで板の下から締め付けるという作業さえ、見えない板の下の情報を伝えてくれる指先の感覚がない人には難しい。

このことを、「情けなかった」と表現する人も多い。「出来ない」こと、「感じない」ことが「当たり前」の療養所は、楽かもしれないが虚しいこともある。しかしそれが当たり前でない「社会」で「健常者」に囲まれてくらす時、自分が「出来ない」ということは、いつ知られてしまうかという不安に加えて、「情けない」という思いにつきまとわれることでもあった。

また知覚麻痺によって生じる足底穿孔症は、足の裏という見えない場所なので隠せてしまう。足底に圧力(体重、歩行圧)をかけず安静にすることが最も大切なのであるが、仕事を休みたくないと無理を重ねることもあった。「ついつい頑張りすぎちゃって、足に傷ができて、ひどい状態になっても、知られずに、隠し通しながらねえ。…療養所の生活と違って、社会に出ればね、靴など履き物を履いてる時間が圧倒的に多くて、(中略)足にちょっとしたキズができて、悪い方へ悪い方

へとねえ。そんなん、もう熱は出るし、耐えきれんようになって。」⁽⁸²⁾

後遺症を持ち、それを隠しながら「社会」で生活することは、心身共に大きな負担であった。それに輪をかけて、再発への不安があった。

現在では、化学療法終了後の再発は多剤併用療法の普及に伴って著しく減少している⁽⁸³⁾。しかし1960年代まで、つまりリファンピシンが使われ始めるまでに社会復帰を経験した人びとからは、いずれは再燃するから、ずっと社会にいられるとは思っていなかったという話をよく聞いた。制度的な支援も整わず、学歴も持たず、来歴も明かせない状況では、重労働と低賃金ゆえに十分な栄養や休養をとることは難しかった。それに、過去を隠すというストレスが輪をかける。すなわち社会復帰者は過剰な心身の疲労の中におかれていた。

当時の医療レベルでは、静菌作用のあるDDSなどの薬を飲み続け、なおかつ体力を下げないようにしなければ再発、あるいは再燃の可能性もあった。薬は療養所でしか入手できなかったから、定期的に療養所に行って調達しなければならぬ。仕事の都合でそれもままならず、長く「社会」生活を送るうちにはつい服薬が途絶えることもあっただろう。それが再発を招き、隠すことも難しくなれば、仕事を続けるのもままならず、療養所に「戻って」来ることになる…。

社会復帰者たちはそれを先達の姿から経験的に知っており、「いずれは自分もそうなる」と感じていたのだろう。なかには「体力がある若いうちに社会に出ておきたいと思った」と語った方もいるが、こうした状況を考えれば、それもやむを得ない選択だったのかもしれない。

3) 結婚と社会復帰

社会復帰と結婚をめぐっては大きく2つの問題が指摘できる。ひとつは療養所の中での結婚が社会復帰を阻むということ、もうひとつは社会復帰した独身の青年が「社会」で結婚に踏み切れないことである。

(80) 2011年12月、長島愛生園にて聞き取り。

(81) 2011年12月、沖縄愛楽園にて聞き取り。

(82) 2011年12月、長島愛生園にて聞き取り。

(83) 大谷藤郎監修、斉藤肇・長尾榮治・牧野正直・村上國男編『ハンセン病医学 基礎と臨床』(東海大学出版会、1997年) 87ページ。

前者については、療養所内で既に結婚していれば、夫婦のどちらかが回復し外見上も社会復帰可能な状態で、その希望があっても、いやそれであればなおさら、夫もしくは妻が共に退所できるか否かは大きな葛藤を生んだに違いない。相手を療養所に残しても出てゆくか、もしくは夫婦として療養所に生きることを選択するかが社会復帰への壁となり、またその後の夫婦の関係にも大きな影響を及ぼしたことは想像に難くない。

森田竹次は1956年に長島愛生園で行われた前述のアンケートの結果をもとに、「社会復帰」を希望する者は独身者が圧倒的に多く、園内結婚している者の数は著しく少ないこと、そして「私は最近、結婚しようとする軽症者に向けて、『社会復帰を計算して、覚悟の上でやれ』と警告している」⁽⁸⁴⁾と書く。療養所での結婚が、施設側にとっては入所者を療養所に居着かせるための、入所者にとっては孤独を支え合う、そして不自由が増したときの看取りの手立てともいうべき選択だった当時は、(特に結婚を控えた年齢の青年にとって)社会復帰をとるか療養所での結婚(永住)をとるかという桎梏になっていた。さらにその選択は、当時「社会」での独立した生活が難しかった女性にとっての意味と、一家を成すのが当然とされた男性にとっての意味とが全く異なっていた。夫が社会復帰への望みを絶ちきれずに妻を療養所に残して出て行くケースもあった。

一方、社会復帰者の「社会」での結婚が難しいことは、多くが20代、30代の青年であった社会復帰者にとって、“家庭を持って一人前”という当時の常識かつ自分の内的認識をも否定することであり、また「社会」での生活即ち「自立」との考えを挫くものだった。

ある社会復帰経験者に「結婚話なんかもありましたか」と尋ねた。彼は一気に答えた。「あ、それはありますよ。だから一番困るのそこなんですわ。ええ。その社長がね、“お前まあ、23、4にもなって、嫁さん貰わなあかん”と。ハクがないっちゅうわけ。それで、“わしが世話するから、ま

かしとけ”とか、言われたら、“ちょっと待てー”って、そうになったらもう、(付き合っている人が)なくても“おる”言わなきゃしょうがない。“結婚してないけど、おるんですわ”ぐらい言うとかんと。もう、向こうは、親切に言うてくれとるから。」⁽⁸⁵⁾。「社会」では独身の若者の縁談は懇意の年長者が世話するのが当然という時代であり、この「嘘」はおそらく多くの社会復帰者が経験していることだろう。彼は「それでも“いやお願いしますよ”言うわけにいかんもんね。そこらへんが淋しいとこや、はっきり言って。一般社会、一般人と違うとこだよね。」と続けた。女性と恋仲になったこともあるのだろう、「それで泣かれたようなこともあるけどね。だからまあ…自分でも、こらあやっぱ、病気になったせいかなあ、情けないなあと思うんやけど、その頭があるから、ぬぐい去れんからね、自分が病気っていう。」…最後は、沈黙に消えるような口調であった。

結婚は自分だけの問題ではない。相手とその親族との了解、付き合いが前提となる——「らいの家系」という感覚が染みついている世代が親であり自身でもある社会復帰者にとって、再発の可能性、生まれてくるかも知れない子どものことも考えれば、結婚後に万が一過去を知られば大きな波紋を呼び、かつて経験した拒絶と排斥の憂き目にあうことも容易に想像された。

子どもをつくれないという考えが社会復帰者にとって根強くあったことも、結婚が避けられた理由のひとつである。1948年5月、優生保護法において、第2章第3条「任意の優性手術」第3項「本人又は配偶者が、癩疾患に罹り、且つ子孫にこれが伝染する虞れのあるもの」という条文により、「らい患者」の優生手術が公認された。1916年に始まった患者への断種が、ハンセン病は伝染病であると医学界が認めていたにもかかわらず法で認められたのである。

ただ、法律の影響を無視するものではないが、むしろ当事者の気持ちの中では、生まれてくる子どもに自分と同じ思いをさせたくない気持

(84) 前掲森田「私たちは『情民』ではない」58ページ。

(85) 2011年12月、長島愛生園にて聞き取り。

ち、あるいは子どもをつくってはならないことが信条ようになってしまっていた部分もあるのではなからうか。ある社会復帰経験者は、筆者が「いずれは（療養所に）戻らなければならないと思っていましたか」と尋ねたとき、次のように語った。「あ、それはいつでもありましたよ。悪くなったらいつでも戻らざるを得ないという。（中略）もうほかの病院で治療できないんで、今は違いますけどね。当時としては、もう当然そう思ったよね。…まあ僕らの場合（社会復帰の前に）結婚していましたからね、あの子どもがいないっていうことがね、戻るっていう（ときの）第一の条件ですよ。」⁽⁸⁶⁾

当時の社会復帰者にとって、病気が再発あるいは再燃した時は療養所に「戻る」しか選択肢はなく、そうなった時、子どもがいてはならなかった。秘密を守るために「社会」での人間関係が希薄な生活では、知人に預けることもできない。必然的に、子どもは産めないという思いが決定的なものになっていた。

また家族内感染の悲哀を知り抜いている人の場合は、子どもをつくるという選択肢自体を心情として持てなかった。「この病気の（患者の）、子どもは必ず病気になるんだなんていう理解を持っていた、心のどっかでね。だから子ども作らなかった。」⁽⁸⁷⁾という言葉は、兄弟が次々と発症する姿を見てきた人の辛い経験則だったのではないかな。

さらに深刻だったのは、子どもを持てないことが療養所にいずれ戻らざるを得ない、即ち「社会復帰」が永続しない原因にもなっていたことである。「だから、必ず（療養所に）戻らなだと思ふのよ。（中略）俺らの時代に、仮にね、子どもがいたとすれば、（老後は）当然同居したろうね、よほどの貧乏しない限りはね。（中略）子どもに恵まれないっていうことは、もう、致命傷だから

ね、そういう時代に。」⁽⁸⁸⁾ 年長いたら子どもと同居して面倒を見てもらうのが、この世代にとっては当たり前だった。それができない自分たちはいずれ療養所に戻るしかないのだ、という諦念を前提に、彼ら／彼女らは「社会復帰」したのであった。

子どもを持っても苦しみは大きかった。「子どもに迷惑をかけないあれだったら、もっと楽だったんじゃないかなって思うときもありますよ。」⁽⁸⁹⁾ と語った女性は、自身の発症を機に人が変わってしまった夫との生活に自分だけでなく子どもたちも苦労を重ねたこと、親戚の葬儀で玄関に入れて貰えない子どもたちを思い、今も辛い思いをしているという。

それでも子どもを生み育てることを選択した人もいた。ある夫婦は「社会」で子どもが溢れる環境でのくらしを続けるうちに、子どもがほしいね、ということになり、子どもをつくった。そして戦略的に「一応なんかあったときに、こっちも世話になんきゃいけないと思ったから（中略）7ヵ月経ってるのに墮ろせて言わないだろうと思って」療養所を訪れたと語る⁽⁹⁰⁾。中絶すべきという医師もいれば、産んでも大丈夫、という医師もいたが、町の産院で出産した。「法律に触れてることなんだよな、ほんと。ただやろうと思えばできるわけだよね」⁽⁹¹⁾。子どもは地域の野球チームに入り、野球好きだった自分もそこのチームの監督として招かれ、活躍した。

別の夫婦は、子どもがいない家庭など虚しいという信条から3人の子どもを生み育てたが、それも厳しい現実と直面しながらだった。「（商売が）うまくいけばいくほど、もし知られてしまったらという恐怖が強くなるの。もしばれたら、この子どもたちはどうなるんだろう、っていうね。」⁽⁹²⁾

念のために付け加えれば、子どもがいないことが夫婦での社会復帰を否定するものではなかつ

(86) 2012年1月、多磨全生園にて聞き取り。

(87) 2012年1月、多磨全生園にて聞き取り。

(88) 2012年1月、多磨全生園にて聞き取り。

(89) 2011年12月、沖縄愛楽園にて聞き取り。

(90) 2012年1月、多磨全生園にて聞き取り。

(91) 2012年1月、多磨全生園にて聞き取り。

(92) 2011年10月、徳山良久さんより聞き取り。

た。「だからまあ、2人でいたから、2人で一緒だったからね、それで、まあつとまったっていう、こともいえるよね。1人じゃ俺の場合はだめだったと思うよね。うん…」⁽⁹³⁾。

4) 隠す苦しみ

この時代に社会復帰した人にとって、周囲の人びとに病歴を隠すことはまさに鉄則だった。

「仕事の帰りに、工場から、あのバス停まで歩かなきゃいけないんだね。そして夕方…ですよ。え。夕焼けのところをまあ、くたびれて戻ってきたんだけど、途中でやっぱり考えるわけね。もしあの、病気がばれたらどうしようって考えるの。そうするとねえ、それ考えただけで冷や汗が出ちゃうのね。どーっとね。そんな思いしましたよ。それは自分が悪いんだけどね。何も向こうにとやかく言われたからじゃなくて、自分がもしばれたらというね、そういう余計なこと考えんだよね、人間って。…今でも思い出すときありますよ、だからちゃんと記憶してんだよね。だから相当、22、3の若造にとってはね、精神的な負担だったんだよね。まあ普通、健康な人は、悪いことでもしないかぎりそんなことはないんじゃないかな。」⁽⁹⁴⁾—1965年当時、社会復帰していた人の言葉である。数十年前を想起している場でも、「冷や汗が出ちゃう」ような恐怖感を「ちゃんと記憶して」いる。「秘密を持つと、それほど切ないことはないんだよね。」と。

別の女性は、「隠すっていうことは、やっぱり嘘のひとつやふたつも、つくような状態になりますよね。だから、それが一番やっぱり、辛かったですよね。」⁽⁹⁵⁾と話した。職場の同僚と親しくなればなるほどそれが辛かったと。

また1960年代、大阪でスーパーに勤めていた中修一さんは「ハンセン病であった過去がばれた」後、表面的には変化のない職場で言い様のない苦痛を味わう。「真綿で首をしめられるってこのこ

とだろうか。僕の部下やら同僚やらが何人かグループになって、多分ほかのことを話してるんだろうと思うけども、僕にすれば自分のことをね、こそこそ噂話されてるんじゃないかという、そういう気持ちで、本当もう、つらかったですね。」⁽⁹⁶⁾結局中さんは自らそのスーパーを辞め、いくつかの職を経て無理を重ね、再発を招いてしまった。

自治会機関誌等、多くの「そのとき」の資料では社会復帰のための模索が多く綴られる。しかし社会復帰者の不安や恐怖は、「そのとき」の資料にはむしろ少ない。聞き取りの場で語られる内容が「現在からみた過去である」と考えた場合、この差異はむしろ、当時「社会復帰」しようとする人が恐怖や不安を療養所内では押し隠し、周りの懸念や反対の声を振り払わねばならなかった、あるいは既に社会復帰した人が療養所の青年たちに社会復帰を呼びかける際には、「奮起」を促す発話のスタイルをとったことと大きく関係しているように思われる。

いずれにしても、聞き取りに応じて下さった社会復帰経験者のお話は、多く「隠す」ことをめぐっての語りに力点が置かれた。それが「至上命題」であったからである。別の人は、(会社の同僚に)「もしも知られていたら、どうなっていたでしょうね…。何も言わなければ、神経炎だ、ぐらいで通るのですから。…」⁽⁹⁷⁾とつぶやいた。

また子どもをおいて入退所した女性は、偏見と差別が子どもたちにまで及ぶことに悔し涙を流しながら、それでもどうしても自分から過去をいえない、いえば変わるかもしれないのに、と繰り返した。

だからこそ、「療養所の中で暮らした方がなんぼ楽か知れない、だってみんな麻痺とか同じだから、隠さなくていいし、なんでこんなことが出来ないのかって情けない思いもしなくていいし」⁽⁹⁸⁾という言葉になって、現在の療養所でのくらしが

(93) 2012年1月、多磨全生園にて聞き取り。

(94) 2012年1月、多磨全生園にて聞き取り。

(95) 2011年12月、長島愛生園にて聞き取り。

(96) 2006年7月、中修一さんより聞き取り。

(97) 2012年2月、多磨全生園にて聞き取り。

(98) 2011年12月、沖縄愛楽園にて聞き取り。

「肯定」されるのである。

前出の徳山さんは、妻の敬子さんが星塚敬愛園で逝去したとき、告別式のために療養所に集まってきた子どもたちに、医師を介して初めて来歴を伝えた。「この事を子供達にうち明けたことで、現在の私がどんなに救われているか計り知れないものがある。(中略)これは敬子が私にくれた一番大きな最後のプレゼントだったんだなあ、心から感謝した。」⁽⁹⁹⁾

5. おわりに

—「人間自由に、自分の力で生きていくことの ありがたさ、尊さ」—

それでも療養所を出て数十年生きた人は言う。「そもそも、当時退園しようとする人たちは、何かに頼って退園しようという気持ちじゃなかったです。少なくとも私はそうだった。療養所では生活が保障されています。ですから、そこを出て行くかどうかということは、(障害の軽重というよりは)思想的な問題ではないでしょうか。本人がどう生きていきたいか、にかかっていたのだと思います。自分の力で働いて、自分の生活を支えるというのはすばらしいことですから。」⁽¹⁰⁰⁾

一億総中流化といわれ、農家の「次・三男問題」や集団就職で人口が都市に集中し始める中、その本当に隅の隅で社会復帰者たちは「どうやら食うには困らな」い生活を続けていった。それはひとつには隅の隅だからこそ過去を隠しても生きてゆけたこと、もうひとつには、それでも夫婦が夫婦だけの生活を送れる、あるいは療養所の狭い世界を抜け出し、たとえ過去を隠していても自分自身の手で生きているという実感によって支えられていたのだろう。徳山さんは言う。「あの、一生懸命、それでも幸せだったなあ、もう。あの、敬子がね、

あの頃はロングスカートいうて、長いねー、スカートはいてね、買い物籠を腕に下げて、もう、いそいそとして、その、市場に行く姿がね、なんか私は、神々しく見えたぐらい。やっと、自分たちで、食べるようになれたねーっていうような、感じ。そして、始めたわけ。」⁽¹⁰¹⁾ また別の人は言う。「逆にいうと、なぜそんな厳しい、不安の中でね、働くのかっていうことはね、それにはやっぱり、人間自由にね、自分の力で生きてくっていうことの、ありがたさ、尊さっていうのかな、そういうものは、あるんだよね。」⁽¹⁰²⁾ と。

そして聞き取りを重ねる中で、必ずといってよいほど聞かれたのは「若さ」だった。「当時は、若さの…一直線みたいな(笑)部分があったように思いますね。」⁽¹⁰³⁾ 「うん、こういう囲われたところからねえ、表に出るっていうのはやっぱり勇気が必要ですから。(中略)人間何かをやるっていうことは若さだからね。若さがなければ冒険心なんか生まれないものね。」⁽¹⁰⁴⁾

「若さ」ゆえの勇気、跳躍をもって療養所を出た人びとが、再発して療養所へ戻らねばならなかったときの無念は計り知れない。しかしこの再発について、中修一さんは、「再発したっていうことはずっと言いにくいことだったけれども、再発してもいいんですよ。また治療すればいいんだから。」⁽¹⁰⁵⁾ と話した。前述の森幹郎も「再発したら再入所すればいいのではないかと思うのである。病気というものはだいたいそういうものではないであらうか？」⁽¹⁰⁶⁾ と述べている。森がこう記した時代は外来治療が難しく、再発が即ち再入所であると恐れる人びとにとって厳しい発言であったろうが、2人の基本的な考え方にはほとんど違いがない。

中さんは、過労で再発し、再び入所しなければ

(99) 徳山良久「古い日記から」(『始良野』296号、2005年4月)。

(100) 2012年2月、多磨全生園にて聞き取り。

(101) 2011年10月、徳山良久さんより聞き取り。

(102) 2012年1月、多磨全生園にて聞き取り。

(103) 2011年12月、長島愛生園にて聞き取り。

(104) 2012年1月、多磨全生園にて聞き取り。

(105) 2012年6月、中修一さんより聞き取り。

(106) 前掲森『差別としてのライ』57ページ。

ならなかったことを、二度目の社会復帰（2002年）後の啓発活動でもずっと言いづらかったという。本稿冒頭に、現状の「啓発」では「再発」に触れることはタブーに近いと記したが、可治であることと再発を相反するようにとらえたがる、言い換えれば再発を永遠に続く病の証のようにとらえた当時の「らい対策」と、私たちの非科学的な認識が、ずっと中さんを、また多くの社会復帰者を苦しめてきたのだ。森はそのことを、「濫救」という言葉で、最も重要な時代に告発したのだった。

* * *

かつて療養所に生きた青年たちは、その若さ、治癒の可能性、漏れ聞こえてくる「社会」の動きに比して自らが置かれた状況を顧み、自分の存在をいかに受け容れたらよいのかに惑っただろう。今も病や偏見に苦しむ人びとを前に、私たちがいかなる支えとなれるのかを問うとき、聞き取りに応じて下さった人びとが口を揃えて、たとえ短期間でも社会復帰して本当によかった、と話す姿から、その人自身をその希望のままに一人の人として受け止めること、と教えられたように思う。

本論では労務外出や「邑久高校新良田教室」の学生、卒業生が抱えた葛藤⁽¹⁰⁷⁾や、就職のため経歴を「つくる」練習まで行った教諭の思い⁽¹⁰⁸⁾など「療養所の中の高校と社会復帰」、あるいは全患協運動における社会復帰の位置づけの変遷⁽¹⁰⁹⁾、そして療養所に暮らし続けた人びとの思い⁽¹¹⁰⁾等、重要でありながらふれなかった部分があるが、本論とは別に考察できればと考える。

最後に、語られなかったことを「語らせている」ことにこれほど強い懸念を感じた企画はこれまでなかった。この場を借りて、お話してくださった皆様にお詫びと御礼を申し上げたい。

(107) ある新良田高校出身の社会復帰経験者は、高校時代の友人が同じ大学に進学したが、当初は支えだったその人との関係が過去を隠すためもあって疎遠になり、就職を機に他の大学時代の友人とも疎遠になるという形で、病歴を明かせないことが人間関係を「その場」「その時」に限定してしまったという。2011年11月、大島青松園にて聞き取り。

(108) 2011年10月、横田廣太郎さんより聞き取り。宇内一文『『ウソ』をつく練習までやらざるを得なかった進路保障の実践—ハンセン病患者のための高等学校の派遣教師からの聞き取り—』（『教育学雑誌』第44号、2009年3月）も参照。

(109) 『全患協ニュース』を読む限り、全患協は1950年代後半から1960年代初頭にかけて退所者支援を盛んに訴えるが、1963年の「らい予防法改正要求」を境に社会復帰は重点項目でなくなっていくように思われる。退所した方の中に「全患協はやはり入所者重視だった」という思いがあることも含め（2012年1月、多磨全生園にて聞き取り）、より深い検討が必要であると考えている。

(110) 企画展示ではコーナー4「社会復帰の渦の中で」として「精神的な社会復帰を」と願う、あるいは重度の後遺症を持ちつつ少しでも自立した生活を送る人びとについて展示した。