

四天王寺大学審査学位論文

身体障害者福祉法における対象規定の
源流に関する研究

藤井 渉

目 次

序	5
(1) 身体障害者福祉法の対象規定の源流とは	6
(2) 障害概念の実証的研究	6
(3) 障害認識の二重性	8
第1章 軍事政策における障害認識の展開	12
はじめに	12
第1節 徴兵令の成立	13
表1 徴兵令における兵役免除者数（1876～1879年）	15
表2 徴兵令における兵役免除者数（1880～1884年）	15
第2節 新徴兵令の制定と「廃疾又ハ不具等」規定の登場	17
(1) 「廃疾又ハ不具等」の中身	17
(2) 体格等位の選別基準	20
表3 陸軍身体検査における体格等位基準※ ¹	21
(3) 1920年における徴兵検査規則	35
第3節 兵役法下の徴兵検査基準	37
(1) 兵役法における「兵役ニ適セザル者」	38
(2) 合格基準の緩和	39
第4節 除役問題	41
表4 除役者数の推移（1888～1892年）	42
表5 除役者数の推移（1909～1937年）	42
表6 除役病類の推移（1878～1931年）	43
おわりに	46
第2章 壮丁体位低下問題と障害への対策	48
はじめに	48
第1節 丙種・丁種の実態	48
(1) 丙種・丁種の割合とその推移	49

図 1	徴兵検査人員の体格等位実績（1919～1936 年）	49
図 2	徴兵検査人員の体格等位実績の割合（1916～1936 年）	50
(2)	丙種・丁種の実態	51
表 7	丙種の主要「疾病変常者」の要因別割合（%）	52
表 8	丁種の主要「疾病変常者」の要因別割合（%）	52
(3)	丙種・丁種の実態の考察	53
表 9	徴兵検査時検出のトラホーム及び花柳病患者の推移	54
図 3	精神病によって丁種とされた者の割合（百分比）	55
第 2 節	「兵力及び労働力の貯水池」としての農村	56
図 4	関東圏の地域別徴兵検査成績マップ	57
図 5	東京府における職業別丙種・丁種該当者の割合（百分比）	58
図 6	1931 年における都市農村別壮丁体格（百分比）	59
表 10	丙丁種該当者百分比（1936 年調べ）	60
第 3 節	徴兵検査における結核問題	61
表 11	1937 年における徴兵検査の丙種・丁種とされた主要病類	62
図 7	「気管支、肺、胸膜ノ慢性病」によって丙種とされた者の割合（百分比）	63
図 8	結核死亡者の推移	64
表 12	結核死亡率及び乳児死亡率の国際比較	65
第 4 節	人口政策と保健国策	65
図 9	医療保険被保険者数の推移	70
第 5 節	国民体力法の制定	70
第 6 節	国民優生法の制定	75
おわりに		78
第 3 章	社会保障制度における「不具・廃疾」概念	80
はじめに		80
第 1 節	医療保険と年金保険における廃疾問題	80
第 2 節	年金保険制度樹立の動き	81
第 3 節	船員保険法と労働者年金保険法の制定	82
第 4 節	廃疾年金の対象	84

表 13 廃疾年金の対象（1941 年 12 月勅令第 1250 号）	86
第 5 節 廃疾年金のねらい	87
（1）年金保険制度の目的と廃疾年金	87
（2）可能性として結核への対応	88
（3）労務災害への対応という側面	91
表 14 障害年金の対象（1944 年 10 月 1 日勅令第 365 号）	92
第 6 節 恩給法における「不具廃疾」	95
（1）軍人恩給の登場	96
表 15 「陸軍軍人傷痍疾病恩給等差例」に規定された傷痍疾病の程度	97
（2）恩給法の制定	98
表 16 恩給表における「不具廃疾」	99
おわりに	101
第 4 章 戦後福祉改革における身体障害者福祉法の制定	103
はじめに	103
第 1 節 傷痍者保護対策	103
第 2 節 傷痍者保護対策の統計からみる対象者像	106
表 17 傷痍原因の内訳	108
表 18 傷痍の状況と保護	109
第 3 節 身体障害者福祉法の成立	109
第 4 節 身体障害者福祉法案における統計	114
表 19 身体障害者福祉法案参考資料（1949 年 11 月）における身体障害者 統計	115
図 10 身体障害者福祉法案参考資料における身体障害者統計（実数）	117
図 11 身体障害者福祉法案参考資料における身体障害者統計（障害別割合）	118
図 12 身体障害者福祉法案参考資料における身体障害者統計（全体の割合）	118
第 5 節 身体障害者福祉法別表の登場	121
おわりに	126
第 5 章 身体障害者等級表はどこから来たか	129

はじめに	129
第1節 等級表の規定内容	130
表20 身体障害者福祉法施行規則別表5号の2 身体障害者障害程度等級表	130
第2節 等級表の登場	133
表21 A等級表（1949年1-11月「身体障害者範囲案」）	134
表22 B等級表（1949年11月「身体障害者福祉法案参考資料」）	136
第3節 等級表はどこから来たか	137
第4節 等級表の比較検証	139
表23 身体障害者福祉法等級表案と厚生年金保険法・労働者災害補償保険法・恩給法における等級表との比較	139
表24 C等級表（1950年3月社会局更生課「身体障害者福祉法施行に関する打合会議資料」）	146
第5節 等級表の特徴	149
表25 関係法による対象規定の比較分析	150
第6節 等級表のその後	155
表26 等級表の変遷	156
おわりに	158
終章	161
第1節 本研究の成果	161
（1）身体障害者福祉法の対象規定の源流	161
（2）結核と障害との関係	162
（3）「不具廃疾」と障害概念	164
図13 身体障害者福祉法に至る障害概念の変遷	166
（4）障害認識の二重性	166
第2節 本研究の限界	169
注	172
参考文献	201

序

本稿は、身体障害者福祉法の対象規定がどのような歴史的過程のなかでつくられてきたかを明らかにすることで、障害者福祉の対象規定にどういった歴史的社会的要因が働いてきたのか、障害者福祉が対象とする障害概念とは何かについて実証的に明らかにすることを目的にしている。

福祉政策における対象認識は極めて重要な論点である。福祉政策で誰を対象に福祉サービスを提供するかは、福祉施策を求める者の生活の維持・継続に直結することになるからである。福祉施策は障害者の生活を成り立たせ、社会と接点を結ぶ役割をもっている。障害者にとっては、必要な福祉施策が届けられていないと生活が破綻し、虐待や孤立に結びつき、場合によっては自殺や一家心中など命を失う事態につながりかねない。しかし、福祉政策では必ずしも福祉を必要とする人々の実態に即して対象の設定を行う訳ではなく、その時々の方針目標が深くかかわって規定されることになる。

昨今、障害者福祉はめまぐるしく変化を見せ、障害者自立支援法が度重なる反対運動や政治的変動によって障害者総合支援法へと変化している。その過程では対象規定にも変化が見られ、障害者総合支援法では発達障害や難病を新たに障害福祉サービスの対象に加えた。ところが、いわゆる「谷間の障害」など、依然障害者福祉の対象になっていないとされる人たちの問題は数多く見受けられる¹⁾。

それらは、国際的に見ても日本の障害者数が非常に少数でしか認識把握されていないことを端的に現している²⁾。諸外国と比べても、実態として障害を抱えている人の割合はさほど変わらないはずである。したがって、日本では、実態として障害を抱えていたとしても福祉施策の対象者として認識されることが極めて限定的になっている状況が容易に推測される。

このような福祉政策における対象の限定は、今日的な特徴ではなく、そもそも障害者福祉がスタートした身体障害者福祉法成立期から指摘されてきたことである。つまり、生活に必要な福祉施策が障害者に行き届いていない状況は障害者福祉の歴史において従来から課題とされてきた。では、なぜ福祉

政策は生活問題を抱える障害者をより正確に捕捉し、対応していかないのか
が問われてくる。本稿のねらいは、その疑問について検証し、障害者の福祉
政策における対象の限定にどのような論理や要因が働いているか、反対に対
象を拡大する要因とは何かを導き出すことである。

（１）身体障害者福祉法の対象規定の源流とは

そこで、本稿では第一の課題として、障害者福祉がスタートした身体障害
者福祉法の成立を取り上げ、その対象規定がどういった経緯でつくられてい
ったものなのかを明らかにする。

具体的には、身体障害者福祉法では、別表によって対象となる身体障害の
大枠を規定し、さらにそれを細かく規定したものが身体障害者福祉法施行規
則に定められている身体障害者障害程度等級表である。別表は 1949 年に成
立した身体障害者福祉法制定当初から登場し、身体障害者障害程度等級表は
1954 年から登場してきた。これらは障害者福祉の対象規定の基礎とされてき
たものといえる。なぜなら、その後、身体障害者福祉法で対象とならなかった
障害種別に対応する形で、知的障害者や精神障害者がそれぞれ別立ての法
制度で、障害者福祉の対象に順次加えられていったという経緯があるからで
ある。

特に、身体障害者障害程度等級表は障害者総合支援法や税制控除など、さ
まざまな障害者福祉施策の基礎となっており、その動向は今日の身体障害者
の生活にとって大きな影響を与えるものである。すなわち、身体障害者障害
程度等級表でどのような種類や程度の障害が規定されるかが、身体障害者に
とって実質的に生活を大きく左右する影響力をもっている。ところが、この
等級表は何を参考に作成されたものか、どういった論理や根拠に基づいてつ
くられたものかは依然明らかになっていない。そこで本稿では身体障害者福
祉法の制定過程を踏まえながら、この等級表がどこから来たものなのか、そ
こにある論理とはいったい何なのかについて検証を行うものである。

（２）障害概念の実証的研究

本稿では、第二の課題として、対象規定の源流を探ることで、障害者福祉

が規定する障害概念について検証を行う。

当然ながら、医学的に障害の名の付くものを有する者すべてが制度的に障害者として認められる訳ではない。また、障害という名ではなく、難病のように特定の疾病や症状でも制度的には障害として位置づけられることもよくある。医学的な診断が、そのまま制度に反映される訳ではなく、そこから部分的に制度上で障害として取り上げられ、一般的にも認知されることになる。その間にはどういった論理が介在しているのか、特に障害者福祉が具体的に障害として捉えてきたものとはいったい何なのかを、本稿では歴史的に検証を行う。

今日の障害概念に深くかかわった近代的概念が「不具廃疾」³⁾である。「不具廃疾」は今日では差別用語として国際障害者年以降に使用されなくなったものであるが、社会保障制度では障害の元になった用語であり、「廃疾」が障害へと表記を変える動きを見せたのは主に戦時から戦後にかけてである。この「不具廃疾」は何を意味していたのかは不明な点が多いが、「不具廃疾」そのものが具体的かつ明確に制度的に取り上げられ、体系化されていった分野を紐解いていくと、軍事政策にぶつかる。

人々の健康を社会的な側面から考える衛生分野は、もともとは軍陣衛生に端を発し、対象とする集団が都市へとシフトし、公衆衛生へと変容していった歴史がある。とりわけ、軍陣衛生で障害の内容が具体的に示されたのが壮丁にとって軍隊組織への入口となる徴兵制である。日本の場合、徴兵制において健康状態を測定する手段として軍陣衛生が問われ、その実践としてさまざまな「不具廃疾」を判定する仕組みが登場していった。そこで顕在化されていた「不具廃疾」が、戦時になると大きな衛生問題とされ、保健国策の推進や優生政策へとつながっていった経緯が認められる。そこで本稿では、戦争を維持・遂行する上で最も重大な役割を担う徴兵制に着目し、徴兵制において「不具廃疾」の把握がどのようにして形成されていったかを探る。

具体的には、1928年からの徴兵検査成績の「悪化」は戦時に入ると国家的課題となっていき、その対策として打ち出されたのが保健国策であり、そのなかで「不具廃疾」はどのように認識されていたのかを取り上げる。特に、徴兵検査成績の「悪化」は、社会保障制度の「拡充」に影響を及ぼすことに

なる。とりわけ健康が問われた戦時では、医療保障や年金保険などを活用し、人的資源の保全・培養が国家的課題とされた。主にはその一環として登場してきたのが年金保険制度で、そこで障害年金が誕生する。本稿ではその過程を取り上げ、障害年金の対象の具体的中身を明らかにし、こういった種類の障害を想定していたのかについて分析を加える。

また、このような障害認識は戦後に影響を与えることになる。戦後の福祉改革では非軍事化・民主化政策が進められ、元傷痍軍人優遇に対する厳しい監視の下で傷痍者保護対策が実施され、1949年に身体障害者福祉法の制定に至る。そこで具体的にこういった障害を対象とし、吟味されてきたのかを検討することで、戦前から展開されてきた「不具廃疾」概念が戦後の障害概念とどういった関係が認められるかを検証する。

（３）障害認識の二重性

本稿では、第三の課題として、福祉の制度・政策における「障害認識の二重性」について明らかにする。

障害の概念に関する研究は、上田敏『リハビリテーションを考える 障害者の全人間的復権』（青木書店、1983年）をはじめ、佐藤久夫『障害構造論 入門 ハンディキャップ克服のために』（青木書店、1992年）など、主に国際的な障害モデルを用いながら理論モデルを構築する研究が行われてきたといえよう。そのなかで示されてきたのが障害と社会との因果関係である。

社会との関係で障害を捉える方法は障害者福祉論にも影響を与え、障害を社会モデルとの関係で捉えることや、社会問題として認識する考えが広がってきた。障害は医学的にも常に変化し、産業・就業構造の変化やバリアフリーの状況など、障害の状況や程度は社会の有り様によっても大きく変わる。つまり、障害は身体状況や社会状況の変化によって常に変化するものとして捉えることが重要となる。また、障害は社会によって抱えさせられているものであり、障害者とは社会問題の担い手として認識される。このような認識を踏まえると、障害は常に変化するものとして個別的に捉えることが求められ、障害原因を問うことなく生活問題を抱える障害者には必要な福祉施策を社会的責務において供給することが求められる。

しかし、前述の通り、実態としては必ずしも障害者の元に必要な福祉施策が届けられていない。つまり、理論的に障害として捉えられるものと、実際に制度・政策が捉える障害には隔たりがあることが問われる。

ところが、福祉の制度・政策では障害をどのように認識し、実際に障害者福祉制度では障害をどのように把握してきたのかについての分析は非常に遅れている。つまり、実証的な方法で制度・政策上の障害概念を取り上げた研究の積み重ねは極めて脆弱で、積み重ねられてきた障害の理論研究が、実際の障害者福祉制度にどう適用できるかといった応用研究も進んでいない。

そこで、これまでの制度・政策では障害をどう認識してきたか、本稿では次の二点を踏まえて検証する。

制度的に障害がどのように認識されてきたかを考えた場合、これまでの歴史を鑑みると、次の二つに大別できるものと思われる。第一は、障害を固定的なものとして捉え、国家や軍隊など、組織集団にとって望ましくないものとして排除対象と認識するものである。第二は、障害を動的なものとして捉え、生存権にとっての課題として認識するものである。

第一の捉え方では、集団のなかで人間をどうふるい分けるかといった視点が強調され、そのため症状が固定されたものを障害として一面的に規定し、障害と非障害との線引きに関心が向けられる。それに対し、第二の捉え方は、どこに誰が、どんな助けを必要としているか、その人たちをどう社会と接点を結んでいくかが問われ、障害の認定は個別的判断に委ねられる。つまり、障害の捉え方によって結びつくところが集団からの排除なのか、包摂なのか、大きく変わることになる。

当然ながら、生存権やソーシャル・インクルージョンが理念として掲げられる現代社会においては、第二の捉え方が好ましいことはいうまでもない。ところが、実際には第一の捉え方が多く見られてきたものと考えられる。典型的には、公教育制度では「就学義務の猶予・免除規定」によって 1979 年まで視覚障害児と聴覚障害児を除く多くの障害児は義務教育の対象から除外されてきたことが挙げられる。それが結果的に障害児の生命をも奪い、一家心中など悲劇的事件に結びついてきた経緯も見受けられる。その要因としては障害のある児童・生徒を教育できない、教育しても意味が無い存在として

捉えられたり、健常児の教育効果に悪影響を与えることへの懸念があったりしたことが指摘されてきた⁴⁾。

これは福祉政策でも見られる。前述の通り、実際に障害によって生活に支障があり、援助を必要としていても、なかなか福祉サービスを受けられない実態がある。そこでは、福祉サービスを利用できることを知らされていなかったり、障害福祉サービスを利用するために申請しても、リストに挙げられた障害に該当するかどうか問われたり、さまざまな審査の段階ではねられ、結果的に利用ができなかったりすることも多く見られる。

特に、障害者総合支援法の支給決定手続きの仕組みは、厚生労働省による画一的な認定調査基準によって調査し、実態として時間的に非常に限られたなかで実施される市町村審査会で修正を加え、判定する方法を採用している。このような支給決定手続きを通して障害福祉サービスから除外された障害者にしてみれば、ほとんど生活実態を見ることなく認定調査による画一的かつ一面的な手続きで決定される障害認定は、厚生労働省が考える障害に当てはまるかどうかで対象をふるい分ける手段にしか見えない可能性がある。

このような選別的な発想に基づく障害の捉え方が、歴史的に継承され、今日に至っているとすれば、障害者の生存権にとって重大な課題である。本稿では、このような問題意識から、制度・政策における障害の捉え方に関する問題の検証を行う。

以上の研究課題を検討するため、本稿は次のような構成になっている。

第1章では、軍事政策において障害がどのように認識されてきたかを明らかにしている。

第2章では、徴兵検査成績の実態に焦点を当て、その成績は兵役法成立後低下していたこと、戦時に入ると成績低下と関連しながら社会保障制度の展開につながっていったことを明らかにしている。

第3章では、年金保険制度の成立期に焦点を当て、廃疾年金を取り上げてその中身やねらいについて明らかにしている。また、恩給制度についても取り上げ、恩給制度では障害をどのように捉えていたかを検証している。

第4章では、身体障害者福祉法の成立期に焦点を当て、福祉政策では対象

をどのように認識し、身体障害者福祉法の別表がどのような論理で登場してきたかを明らかにしている。

第5章では、これまで明らかにした内容を踏まえながら、身体障害者障害程度等級表がどのような経緯で登場してきたかを明らかにしている。

第1章 軍事政策における障害認識の展開

はじめに

本章では、軍事政策において障害がどのように認識されてきたかを明らかにする。近代において障害が大きく制度・政策のなかで取り上げられるようになった分野は種々考えられるが、とりわけ具体的に障害が制度に取り上げられ、認識が進められていった分野は軍事政策であろう。具体的には壮丁にとって軍隊組織への入口の部分にあたり、健康状態を測定し障害を判定する仕組みが登場した徴兵制が挙げられる。

徴兵制では、障害の近代的用語となる「不具廃疾」の中身を詳細に規定し、その判定基準が時代によって見直されてきた。この判定基準はとりわけアジア・太平洋戦争期では、徴兵検査で不合格となると「臣民としての義務を果たせない存在」として侮蔑・蔑視の対象とされていくなど、社会的に大きな影響力をもった。加えて、日中戦争以降になるとこの判定基準によって「不具廃疾」による不合格者が「増加」しているとして、広く国民の健康問題が問われ、さまざまな社会保障制度の「拡充」へと結びついていくなど国家政策に大きな意味合いをもつものとなった。

そこで、本章では徴兵令、新徴兵令、兵役法の各法の体制下において、「不具廃疾」として兵役免除対象となる徴兵検査基準を取り上げ、その変遷を明らかにする。徴兵制では新徴兵令以降に甲種、乙種、丙種、丁種が登場し、壮丁は各分類に振り分けられることになる。そこで兵役免除対象となる丁種を中心に上げ、徴兵制では「不具廃疾」をどう認識してきたかを検討する。また、徴兵制と密接にかかわるものとして除役がある。除役とは軍隊組織から除外を意味し、軍隊組織からの出口に相当する。除役において「不具廃疾」がどのように扱われていたのかについても触れる。

先行研究としてこの種のものは非常に限られるが、清水寛による軍隊と障害者問題に関する研究が挙げられる。特に清水寛「明治期における軍隊と障害者問題 ―徴兵制および陸軍懲治隊を中心に―」では、徴兵免除は単なる軍務からの解放ではなく、「臣民の義務を果たし得ない“非国民”として、侮

蔑・抑圧の対象」になりかねない問題を抱えていたことに留意しながら、明治期の選兵問題を取り上げて障害者が軍隊においてどのような立場に置かれていったかについて歴史研究を行っている⁵⁾。

本章ではこの研究を踏まえながら、徴兵制における兵役免除対象における「不具廃疾」について、徴兵検査基準を中心に取り上げていく。

第 1 節 徴兵令の成立

徴兵検査とは、日本国籍を有する 20 歳男性を対象に毎年行われる身体検査である。被検査者は壮丁と呼ばれ、壮丁は徴兵検査成績によって細かくふるい分けられた。そのふるい分けは徴兵令交付当初（1873 年）から存在し、しかもその基準そのものは 1872 年から存在していた⁶⁾。

選兵の目的について、特徴を端的に示したものとして、海軍軍医学校編の『海軍選兵医学（部外秘）』での次のような説明がある。「選兵ノ目的ハ海軍々人トシテ優良ナル健康状態ト好適ナル身体的能力ヲ有スル人員ヲ選択スルニアリ。即チ選兵検査ニ依リ不具、疾病、先天的異常等ノ存在ヲ検出除外シ、更ニ特殊兵種ニアリテハ積極的ニ優良ナル適性ノ有無ヲ検シ、以テ優秀ナル兵種ヲ選出スルニアリ」⁷⁾。このようなことからすると、選兵の実践となる徴兵検査とは、優良な健康状態と高い身体的能力を見極め、いわば「不良」な壮丁を除外する「ふるい分け」の過程に他ならない。

日本の徴兵制度は、徴兵令、新徴兵令、兵役法の三つの時期に分類され、徴兵検査基準もそれぞれの時期によって変化している。

その一番目にあたる徴兵令は 1873 年に制定される。しかし、明治維新後、新政府は強引に徴兵令の制定を推し進めたため、広範な免除規定を採用せざるを得ず、事実上皆兵とはならなかった。

なぜなら、欧米列強に追いつくために、遅れを取り戻すべく走り出した維新政府は、藩と軍事的緊張関係に直面し、中央集権化を行うことは決して容易なことではなかったからである。直属の軍隊を持っていなかった新政府に絶対的な権力を集中させるためには、諸藩を超えた強力な軍隊を組織する必

要があった。各藩に徴兵の主導権を握られることは藩の軍事的増長につながりかねない。そこで、徴兵の前提として廃藩置県があり、四鎮台の設置による中央政府の直接的な徴兵体制の確立が必要不可欠であった。ところが、それは藩に忠誠を尽くしてきた士族階級の反発を招くものであり、しかも、四民平等のもと封建的階級を無視した農兵主体の軍隊の形成は、士族階級にとって尚更屈辱的なことであった。また、農民にとっても徴兵は一家の重要な働き手を奪われてしまうことでもあった⁸⁾。

このような背景から、さまざまな矛盾を引き起こす結果となった徴兵制には、免役規定が広範に盛り込まれる結果となり、事実上皆兵とはならなかった。陸軍省「陸軍省第三年報」（1878年）によれば、20歳壮丁総員は32万7289人であるのに対し、29万785人が免役を受け、徴兵名簿に掲載される者は減り、免役名簿に掲載される者が増加していると報告している。その上、「陸軍卿大山巖建議」（1881年）では、1880年では徴兵されるべき人たちが徴兵を免れるために全国で1万360人逃亡したとあり、徴兵忌避への対策の申立が綴られている⁹⁾。

徴兵令は満20歳男子を対象に常備軍に編入させ、3年間の任期の後、後備軍として4年間の服務を課した。その免役規定は「徴兵令第三章常備兵免役概則」で定められており、12条もの規定がなされている。その第2条において、「羸弱ニシテ宿痾及ビ不具等ニテ兵役ニ堪ザル者」と規定され、この免役規定のなかに障害を示す文言が挿入されていた。つまり、徴兵制の成立とともに障害は12条の免役規定の一部として位置づけられていたといえる¹⁰⁾。徴兵令では当時としては農民全体にとって負担を強いるものであり、しかも徴兵令そのものに対する不信があったため、この段階では兵役が免除されることが必ずしも侮蔑・抑圧へと結びつかなかったものと思われる。

このように、1873年に成立した徴兵令は、近代国家へと展開する手段の一つとして登場したが、廃藩置県や農兵主体による軍隊の形成は士族階級からの批判を招き、他方では農民にとってみれば貴重な働き手を奪われてしまうことに対する批判があったため、結果として広範な免役規定を採用せざるを得ず、事実上皆兵とはならなかった。徴兵令第2条には、「羸弱ニシテ宿痾及ビ不具等ニテ兵役ニ堪ザル者」との免役規定があり、障害を示す文言が

含まれていたが、さまざまな兵役免除の規定が盛り込まれたため、兵役免除対象として障害が大きくクローズアップされていた訳ではなかった段階といえる。

では、実際の数としてどれほどの免役がなされていたか。それを示す統計として『陸軍省年報』（第1年報～第10年報）から筆者が作成した表1及び表2を以下に示す。

表1 徴兵令における兵役免除者数（1876～1879年）

	第1年報 1876年	第2年報 1877年	第3年報 1878年	第4年報 1879年
身幹定尺未満者	13,984	11,080	8,241	6,739
羸弱ニシテ宿痼及ヒ不具等ノ者	3,754	3,358	3,643	2,685
官院省使廳府縣ニ奉職ノ者	594	629	561	763
陸海軍其他ノ公塾ニ学フ生徒	126	354	521	529
戸主	66,592	72,024	88,481	88,772
嗣子及ヒ承祖ノ孫	155,659	161,012	188,264	186,879
獨子獨孫	1,068	569	297	183
罪科アル者	91	96	138	192
父兄ニ代リ家ヲ治ムル者	457	215	326	179
常備兵在役或ハ其兄弟	534	436	313	300
北海道へ全戸寄留ノ者				8
計	242,859	249,773	290,785	287,229

※1 「北海道へ全戸寄留ノ者」の項目は「第4年報」より登場した。

※2 陸軍省「陸軍省年報」（第1年報～第4年報）により筆者が作成した。

表2 徴兵令における兵役免除者数（1880～1884年）

	第5年報 1880年	第6年報 1881年	第7年報 1882年	第8年報 1883年	第10年報 1884年
戸主及附籍主	85,946	90,539	76,171	77,332	82,884

獨子(獨孫)	12,286	8,605	6,938	6,870	7,256
五十歳以上嗣子	39,789	46,077	40,442	44,453	49,403
同承祖ノ孫	773	1,020	850	866	785
同養嗣子	18,972	28,240	28,307	33,591	32,000
同承祖ノ養孫	－	26	91	103	52
同相続人	85	60	63	65	82
太政官裁可	－	3	9	16	12
官吏	133	47	43	55	71
戸長	－	－	4	6	6
教導職試補以上	668	697	519	546	404
官公立学校教員	213	231	261	353	706
従来勤続等外吏	－	10	5	1	
廢疾不具者ノ嗣子	215	59	72	79	37
同養嗣子	－	93	54	204	142
同相続人	－	6	12	6	2
免役料上納	382	248	349	411	188
工部技手	－	－	10	1	－
廢疾	1,857	－	－	－	－
不具	822	－	－	－	－
疾病	－	6,093	5,925	5,780	7,407
欠損	－	985	677	1,041	493
犯罪	374	384	328	317	229
検査不合格	2,274	－	－	－	－
計	164,789	183,423	161,130	172,096	182,159

※ 1 陸軍省「陸軍省年報」(第 5 年報～第 10 年報)により筆者が作成した。

1876～1879 年の状況を示した表 1 を見ると、「羸弱ニシテ宿痾及ビ不具等ノ者」の数は 3,754 人、3,358 人、3,643 人、2,685 人となっている。それに対して「嗣子及ヒ承祖ノ孫」によって免役になる者は 1876 年では 155,659

人になっている。1876 年における全体に占める割合を算出すると、「羸弱ニシテ宿痼及ビ不具等ノ者」はわずか 1.6%にすぎないのに対し、「嗣子及ヒ承祖ノ孫」によって免役を受けたものは 64.1%を占めている。

1880 年～1884 年の免役者数を示した表 2 でも、「戸主及附籍主」「獨子」の数が大きいのに対して、障害を示す「廢疾」、「不具」、「欠損」を見ると、全体に占める割合はわずかに過ぎない。「廢疾」は 1.1%にすぎず、「疾病」を含めたとしても割合としては少数である。つまり、徴兵令下においては免役となっていた者のほとんどは家の跡継ぎを理由とし、障害によって免役されていた人は全体からすればわずかであった。

第 2 節 新徴兵令の制定と「廢疾又ハ不具等」規定の登場

1880 年代は、西南戦争を経て新政府による国内における軍事的掌握が一段落し、外征軍隊の建設が開始される。この頃から積極的な海外侵攻の機運が高まっていくことになる。そのなかでつくられたのが 1889 年の新徴兵令である。この新徴兵令によって徴兵制は大きな転機を迎える。それまでの免役条項が大きく削られ、必任義務としての徴兵制を確立した新徴兵令が制定されたのである¹¹⁾。

新徴兵令は 17～40 歳男子を服役対象とし、常備兵役（陸軍 3 年、海軍 4 年）、後備兵役、補充兵役、国民兵役を設定し、満 20 歳となった者に原則としてすべて兵役を課した¹²⁾¹³⁾。

免役対象は、「第十七条 兵役ヲ免ズルハ、廢疾又ハ不具等ニシテ、徴兵検査規則ニ照シ兵役ニ堪ヘザル者ニ限ル」とのみ規定されていた。1873 年の徴兵令から大幅に免役規定が削除され、「廢疾又ハ不具等」として障害はここで兵役免除対象として浮き彫りにされたといえる。

（１）「廢疾又ハ不具等」の中身

では、このときの徴兵検査規則では「廢疾又ハ不具等」の中身をどのように規定していたか。1889 年 3 月 2 日に出了れた徴兵検査規則（陸軍省令第 2

号)では次のように規定していた。

第四条 兵役ニ堪フヘカラサル疾病畸形ハ大約左ノ如シ

- 一 全身發育不全
- 二 骨、筋系瘦弱甚シキモノ
- 三 脂肪過多ニシテ運動ニ妨アルモノ
- 四 慢性腺種、慢性腺潰瘍
- 五 軟部ノ悪性若クハ著大ナル腺種、潰瘍
- 六 骨慢性炎、骨潰瘍、骨壞疽、骨腫瘍、骨軟化、佝僂病
- 七 癭痕広大ナルモノ或ハ骨ト癒著シテ運動ニ妨アルモノ
- 八 象皮腫、癰
- 九 出血病、白血病
- 十 動脈瘤、静脈瘤及著大ナル脈腫
- 十一 慢性関節痺麻質斯、慢性痛風ニシテ著シキ器質ノ変化アルモノ
- 十二 癲癇、舞蹈病
- 十三 脊髄勞、進行性筋瘦小
- 十四 白痴、癲狂
- 十五 頭部畸形ノ著大ナルモノ
- 十六 眼瞼ノ内反、外反及涙癭
- 十七 角膜虹彩膜ノ疾患ニシテ視力ニ妨アルモノ
- 十八 斜視ニシテ一眼直視スルトキ他眼ノ角膜縁内外眦ニ達スルモノ
- 十九 海軍兵ニ在テハ近視ニシテ視力二分ノ一以下ニ至ルモノ
海軍兵ニ在テハ近視
- 二十 陸軍兵ニ在テハ視力乏弱二分ノ一以下ニ至ルモノ及夜盲
海軍兵ニ在テハ視力乏弱及夜盲
- 二十一 失明
- 二十二 耳殼欠乏、慢性重聴、聾
- 二十三 鼻畸形ノ著大ナルモノ
- 二十四 鼻腔、前頭竇、上顎洞ノ慢性潰瘍、腫瘍
- 二十五 口内悪性潰瘍、唇頬癒着、口吻狭窄
- 二十六 唇又ハ齒牙ノ疾病欠損ニシテ咀嚼ニ妨アルモノ
- 二十七 口蓋ノ破裂、欠損、穿孔
- 二十八 舌若クハ唾腺ノ腫瘍、肥大、欠損又ハ扁桃腺ノ腫瘍、肥大ニシテ其著大ナルモノ及唾癭
- 二十九 唾、聾唾

- 三十 喉頭及気管ノ畸形並ニ其慢性病
- 三十一 食道狭窄
- 三十二 斜頸及脊梁ノ畸形ニシテ運動ニ妨アルモノ
- 三十三 胸郭畸形ノ著大ナルモノ
- 三十四 肺、胸膜ノ慢性病
- 三十五 心臓、心嚢ノ慢性病
- 三十六 腋臭及足汗ノ悪臭甚シキモノ
- 三十七 骨盤畸形ノ著大ナルモノ
- 三十八 歇兒尼亞
- 三十九 慢性脱肛、痔瘻又ハ著大ノ痔核ニシテ定期性出血、膿潰等アルモノ
- 四十 尿瘻、尿石及尿道畸形
- 四十一 睪丸、副睪丸ノ慢性炎、肥大及睪丸腹輪中ニ在テ疼痛ヲ發スルコトアルモノ
- 四十二 四肢ノ麻痺、削瘦、短縮、湾曲、仮関節
- 四十三 関節畸形
- 四十四 脱臼若クハ習癖脱臼又ハ関節痠軟
- 四十五 拇指若クハ示指又ハ他ノ三指ノ爪甲全欠
- 四十六 陸軍兵ニ在テハ剩指又ハ指ノ癒著及小指末節ヲ除クノ他指節ノ強剛
海軍兵ニ在テハ剩指又ハ指ノ癒著及指節ノ強剛
- 四十七 陸軍兵ニ在テハ環指若クハ小指ノ末節ヲ除クノ他一節以上又ハ環指小指共ニ一節以上ノ欠損
海軍兵ニ在テハ諸指一節以上ノ欠損
- 四十八 足ノ畸形
- 四十九 陸軍兵ニ在テハ大趾ハ一節以上他趾ハ一節以上他趾ハ二趾以上ニシテ一節以上ノ欠損
海軍兵ニ在テハ諸趾一節以上ノ欠損
- 五十 剩趾又ハ趾ノ著大ナル湾曲
- 第五條 前条各項ノ疾病畸形ト雖モ其輕症ニシテ服役シ得ヘキモノハ合格トシ爾余ノ疾病畸形ニシテ服役シ得ヘカラサルモノト認ムルトキハ不合格トス

このように、「盲」、「聾」はもとより「指節ノ強剛」や「習癖脱臼」、「口内疾病」、「食道狭窄」など、細部に渡る病類が挙げられている。つまり、新徴

兵令で示された「廢疾又ハ不具等」は、細部に渡る病類を含む広範なものであった。

また、この頃に壮丁を体格等位という基準による階層化が行われる。二瓶士子治によれば、新徴兵令における徴兵検査手続においてはじめて、壮丁の体格等位概念として甲種、乙種、丙種、丁種、戊種が登場したとある¹⁴⁾。

前述の 1889 年の「徴兵検査規則」には、このような体格等位を規定した条文は見あたらないが、1909 年に出された「徴兵検査規則」（陸軍省令第 6 号）には次のように体格等位を規定する条文が定められていた。

第三条 体格ノ等位ヲ區別スルコト左ノ如シ

- 一 甲種 身長五尺以上ニシテ身体強健ナル者
- 二 乙種 身長五尺以上ニシテ身体甲種ニ亜ク者其ノ体格比較的良好ナル者ヲ第一乙種トシ之ニ亜ク者ヲ第二乙種トス
- 三 丙種 身長五尺以上ニシテ身体乙種ニ亜ク者及身長五尺未満四尺八寸以上ニシテ丁種戊種ニ当ラサル者
- 四 丁種 第二条ニ当ル者及身長四尺八寸ニ滿タサル者
- 五 戊種 徴兵令第二十条第一項第二項ニ当ル者

第四条 徴兵ハ前条ノ甲種、乙種丙種ヲ合格トシ其ノ甲種及乙種ハ現役ニ徴スヘキ者丙種ハ国民兵役ニ入ルヘキ者トシテ丁種ヲ不合格戊種ヲ徴集延期トス

壮丁は体格等位という新たな基準によって 5 つの階層に分けられ、甲種が最も優れ、その反対を丁種とした。すなわち、「廢疾又ハ不具等」とは低身長で「疾病畸形」をもつ者とし、丁種不合格者として兵役免除対象に位置づけられていったのである¹⁵⁾。この時期は日露戦争を経て「軍令」が定められ、陸海軍が法令を独自に設定する権限を獲得し、軍部が大きな政治勢力として拡大していった時期である¹⁶⁾。軍部の政治勢力の拡大とともに登場してきたのが、壮丁を甲乙丙丁戊という 5 つにランク付けを行う分類であった。

（２）体格等位の選別基準

体格等位はどのような基準で設定され、選別されたのであろうか。まず判断基準となったのが身長である。つまり、1909 年の「徴兵検査規則」にある

ように、身長が 4 尺 8 寸に満たない者は自動的に丁種不合格とされた。身長は体格等位にとって前提条件であったのである。

では、身長に並んで丁種不合格と選別された「疾病畸形」はどのように規定されていたか。1909 年の「徴兵検査規則」からより具体的な方法や基準を示した 1910 年 2 月 19 日の「陸軍身体検査手続」（陸達第 5 号）によれば、検査項目を「身長及体重ノ測定」「視力弁色力及視器ノ検査」「聴能聴器及鼻腔口腔咽腔ノ検査」「言語精神ノ検査」「一般構造ノ検査」¹⁷⁾「関節運動ノ検査」「各部ノ検査」に分けて行うとした¹⁸⁾。そして、検査基準は、「身体疾病変常ノ為第一乙種第二乙種丙種及丁種ト為スヘキ標準ハ概附録第一ニ依ル」とした。

このときの検査基準を表 3（A に該当する部分）に示した。なお、後に述べるが、表 3 は各年代における検査基準の変遷や比較検討を行うため別の検査基準 B と C との二つを加えて筆者が作成したものである。

表 3 陸軍身体検査における体格等位基準※¹

部位	疾病異常 ※ ²	※ ³	第一乙種	第二乙種	第三乙種	丙種	丁種	不合格者に対する割合(合計)※ ⁵
全身及各部	一 全身畸形	A					全身畸形	1.2
		B					全身發育不全(0.7)※ ⁴ 全身畸形(0.5)	
		C					全身畸形	
	二 筋骨薄弱	A	筋骨僅ニ薄弱	筋骨稍薄弱		筋骨薄弱	筋骨甚薄弱	5.1
		B		筋骨稍薄弱ナルモノ		筋骨薄弱ナルモノ	筋骨甚々薄弱ナルモノ(5.1)	
		C	筋骨僅薄弱	筋骨稍薄弱	筋骨薄弱	筋骨甚薄弱		
	三 脂肪過多	A				脂肪過多ニシテ歩行ニ妨アルモノ	脂肪過多ニシテ内臓ノ機能障礙ヲ伴フモノ	0.1
		B	脂肪過多徒歩及乗馬ニ妨ナキモノ			脂肪過多ニシテ歩行ニ妨アルモノ	脂肪過多ニシテ内臓ノ機能障礙ヲ伴フモノ(0.1)	

	C				脂肪過多 ニシテ動 作ニ妨ゲ アルモノ	脂肪過多 ニシテ内臓ノ 機能障碍ヲ 伴フモノ	
四 軟部ノ 炎症潰瘍 等	A				軟部ノ炎 症潰瘍等 ニシテ機 能障碍ヲ 貽スモノ		
	B				急治スヘ カラサル軟 部ノ大ナル 炎症潰瘍 等(0.1)		0.1
	C				重キ軟部 ノ炎症潰 瘍等ニシ テ機能障 碍ヲ貽ス モノ		
五 良性腫 瘍	A					手術スヘカ ラサル大ナ ル良性腫瘍 ニシテ動作 ニ妨アルモ ノ	
	B	動作ニ妨 ナキ良性 腫瘍				手術スヘカ ラサル大ナ ル良性腫瘍 ニシテ動作 ヲ妨クルモノ (0.4)	0.4
	C					手術スベカ ラザル大ナ ル良性腫瘍 ニシテ動作 ニ妨ゲアル モノ	
六 悪性腫 瘍	A					悪性腫瘍	
	B					悪性腫瘍 (0.2)	0.2
	C					悪性腫瘍 (手術ニ依リ 治癒スベキ モノヲ除ク)	
七 骨、骨 膜、関節ノ 慢性病及 其ノ機能 障碍	A					重キ骨、骨 膜、関節ノ 慢性病及 機能障碍	
	B	機能障碍 ナキ軽キ 骨贅生			慢性関節 「レウマチ ス」(0.0) 軽キ関節 慢性病、 強剛及畸 形	不治ノ骨、 骨膜関節 慢性炎及 其ノ継発病 (3.6) 重キ関節慢 性病、強剛 畸形及習 癖脱臼 (8.7)	12.3
	C			軽キ骨、 骨膜、関 節ノ慢性 病及其ノ 継発症	中等度ノ 骨、骨膜、 関節ノ慢 性病及継 発症	骨、骨膜、 関節ノ慢性 病ニシテ其 ノ程度重キ モノ及其ノ	

						繼 発 症	
八 癍痕、 母斑等	A				癍痕母斑 等ニシテ 醜形甚シ キモノ	動作ニ妨 アル大ナル癍 痕	
	B	癍痕母斑 等ノ著キ 醜形ヲ呈 セス且動作 ニ妨ナ キモノ	癍痕母斑 等ノ著キ 機能障 碍ナク醜形 甚シカラサ ルモノ		癍痕母斑 ノ醜形甚 シキモノ	動作ニ妨 アル大ナル癍 痕(1.9)	1.9
	C			癍痕、母 斑等ニシ テ醜形著 シキモノ	大ナル癍 痕ニシテ 動作ニ妨 ゲアルモノ	大ナル癍痕 ニシテ動作 ニ著シキ妨 ゲアルモノ	
九 精神病	A		魯 頓		痴 鈍	白痴 不治ノ精神 病	
	B				遲 鈍	精神病 (4.7)	4.7
	C				治癒ノ見 込アル精 神病	不治ノ精神 病、精神発 育制止症 (白痴、痴 愚、魯鈍)	
一〇 神経 系病	A					不治ノ神経 系病	
	B					不治ノ慢性 神経病 (1.0) 癲癇(0.5) 慢性脳脊 髓病(1.4)	2.9
	C				神経系病 ニシテ症 状重キモノ	不治ノ精神 系病	
一一 栄養 失常	A					不治ノ栄養 失常(糖尿 病、白血 病、尿崩、 。悪性貧血 等)	
	B					不治ノ栄養 失常(糖尿 病白血 病尿崩悪性 貧血等) (0.1)	0.1
	C					内分泌障 碍、新陳代 謝障碍、血 液病ニシテ 症状重キモノ	
一二 癲	A					癲	
	B					癲(1.6)	1.6
	C					癲	
一三 皮膚 病	A	著シキ腋 臭				不治ノ皮膚 病ニシテ兵 業ニ堪ヘサ	

頭部	一四 筋、 腱ノ変常 等						ルモノ	
		B	著シキ腋 臭			不治ノ慢 性皮膚病	狼瘡(0.1) 機能障碍アル 象皮腫 (0.1)	0.2
		C					不治ノ皮膚 病ニシテ兵 業ニ堪ヘザ ルモノ	
		A					不治ノ筋腱 変常ニシテ 動作ニ妨アル モノ	
		B						
		C					筋、腱ノ疾 病異常ニシ テ兵業ニ堪 ヘザルモノ	
	一五 禿 頭、頭蓋、 顔面ノ変 形	A				全禿頭 甚シキ頭 蓋顔面ノ 変形		
		B	著帽ニ妨 ナキ頭蓋 ノ変形	大ナル禿 頭 著帽ニ大 ナル妨ナク 醜形甚シ カラサル頭 蓋変形		甚シキ頭 蓋ノ変形、 全禿(0.0)		0.0
		C			全禿頭、 頭蓋、顔 面ノ変形 著シキモノ			
	一六 眼瞼 内外翻症、 睫毛乱生 症、瞼球癒 著症、兎 眼、涙嚢膿 漏、眼球震 盪症、眼筋 麻痺、夜 盲、視野狭 窄欠損	A		著シキ眼 瞼下垂症 斜視ニシ テ一眼直 視スルトキ 他眼ノ角 膜緑内眥 若ハ外眥 ニ接スルモノ		眼瞼内外 翻症、著シ キ睫毛乱 生症、瞼 球癒著 症、兎眼、 涙嚢膿 漏、重キ眼 球震盪症	不治ノ眼筋 麻痺、不治 ノ夜盲 著シキ視野 ノ狭窄欠損	
		B	軽キ眼瞼 下垂症 視力ニ妨 ナキ交換 性斜視及 潜伏斜視 角膜翳ニ テ左眼ノ 視力「〇・ 四」以上ノ モノ	斜視ニシ テ一眼直 視スルトキ 他眼ノ角 膜緑内眥 ニ接スルモノ 角膜翳ニ テ左眼ノ 視力「〇・ 二」以上ノ モノ		眼瞼内外 反、著キ睫毛 乱生、 瞼球癒 著、兎眼、 涙嚢膿漏 (0.0) 眼球震盪 症 角膜翳ニ テ両眼ノ 視力減ス ルモノ良キ 方ノ視力 「〇・三」以 上ノモノ	両眼ノ用ヲ 妨クル不治 ノ眼筋麻痺 (0.5) 角膜翳ニシ テ両眼ノ視 力減シ良キ 方ノ視力 「〇・三」ニ 満タサルモノ (6.0)	6.5

	C				重キ視器ノ疾病異常ニシテ兵業ニ著シキ妨ゲナキモノ		
一七 トラホーム	A	病変輕キ中等症「トラホーム」	病変重キ中等症「トラホーム」		重症「トラホーム」ニシテ視力良キ方ノ眼ニテ「〇・三」以上ノモノ	重症「トラホーム」ニシテ視力良キ方ノ眼ニテ「〇・三」ニ滿タサルモノ	
	B	組織ノ変化輕キ中等度ノ「トラホーム」	組織ノ変化比較的重キ中等度ノ「トラホーム」		繼発症ヲ有スル重症「トラホーム」	「トラホーム」繼発症ノタメ視力障礙ヲ貽シ良キ方ノ視力「〇・三」ニ滿タサルモノ(.7)	2.7
	C		病変重キ中等症「トラホーム」	重症「トラホーム」			
一八 近視、近視性乱視	A	近視又ハ近視性乱視ニシテ視力右眼「〇・五」左眼「〇・四」以上ノモノ及五「デオプトリー」以下ノ球面鏡ニ依ル各眼ノ矯正視力「〇・八」以上ノモノ	近視又ハ近視性乱視ニシテ視力右眼「〇・四」左眼「〇・三」以上ノモノ及五「デオプトリー」以下ノ球面鏡ニ依ル各眼ノ矯正視力「〇・六」以上ノモノ		近視又ハ近視性乱視ニシテ球面鏡ニ依ル各眼ノ矯正視力良キ方ノ眼ニテ「〇・三」以上ノモノ	近視又ハ近視性乱視ニシテ球面鏡ニ依ル各眼ノ矯正視力良キ方ノ眼ニテ「〇・三」ニ滿タサルモノ	
	B	左眼近視ニシテ視力「〇・四」以上ノモノ	左眼近視ニシテ視力「〇・二」以上ノモノ		両眼近視ニシテ矯正視力ハ良キ方ノ眼ニテ「〇・三」以上ノモノ	両眼近視ニシテ矯正視力ハ良キ方ノ眼ニテ「〇・三」ニ滿タサルモノ(2.7)	2.7

		C	近視又ハ近視性乱視ヲ有シ各眼ノ矯正視力「〇・八」以上ノモノ	近視又ハ近視性乱視ヲ有シ各眼ノ矯正視力「〇・五」以上ノモノ	近視又ハ近視性乱視ヲ有シ各眼ノ矯正視力「〇・三」以上ノモノ	近視又ハ近視性乱視ヲ有シ各眼ノ矯正視力「〇・三」以上ノモノ	近視又ハ近視性乱視ヲ有シ各眼ノ矯正視力「〇・三」以上ノモノ	
一九 遠視、遠視性乱視		A	遠視又ハ遠視性乱視ニシテ視力右眼「〇・五」左眼「〇・四」以上ノモノ及五「デオプトリ」以下ノ球面鏡ニ依ル各眼ノ矯正視力「〇・八」以上ノモノ	遠視又ハ遠視性乱視ニシテ視力右眼「〇・四」左眼「〇・三」以上ノモノ及五「デオプトリ」以下ノ球面鏡ニ依ル各眼ノ矯正視力「〇・六」以上ノモノ		遠視又ハ遠視性乱視ニシテ球面鏡ニ依ル各眼ノ矯正視力良キ方ノ眼ニテ「〇・三」以上ノモノ	遠視又ハ遠視性乱視ニシテ球面鏡ニ依ル各眼ノ矯正視力良キ方ノ眼ニテ「〇・三」ニ満たサルモノ	
		B	左眼乱視又ハ遠視ニシテ視力「〇・四」以上ノモノ	左眼乱視又ハ遠視ニシテ視力「〇・二」以上ノモノ		両眼乱視又ハ遠視ニシテ良キ方ノ視力「〇・三」以上ノモノ	両眼乱視又ハ遠視ニシテ良キ方ノ視力「〇・三」ニ満たサルモノ(3.4)	3.4
		C	遠視又ハ遠視性乱視ヲ有シ各眼ノ矯正視力「〇・八」以上ノモノ	遠視又ハ遠視性乱視ヲ有シ各眼ノ矯正視力「〇・五」以上ノモノ	遠視又ハ遠視性乱視ヲ有シ各眼ノ矯正視力「〇・三」以上ノモノ	遠視又ハ遠視性乱視ヲ有シ各眼ノ矯正視力良キ方ノ眼ニテ「〇・三」以上ノモノ	遠視又ハ遠視性乱視ヲ有シ各眼ノ矯正視力「〇・三」ニ満たサルモノ	
二〇 其ノ他ノ眼病ニ依ル視力障害		A	其ノ他ノ眼病ニシテ視力右眼「〇・五」左眼「〇・四」以上ノモノ	其ノ他ノ眼病ニシテ視力右眼「〇・四」左眼「〇・三」以上ノモノ		其ノ他ノ眼病ニシテ視力良キ方ノ眼ニテ「〇・三」以上ノモノ	其ノ他ノ眼病ニシテ視力良キ方ノ眼ニテ「〇・三」ニ満たサルモノ	
		B	其ノ他ノ眼病ニヨル左眼ノ視力障害アルモ視力「〇・四」以上ノモノ	其ノ他ノ眼病ニヨル左眼ノ視力障害アルモ視力「〇・二」以上ノモノ		其ノ他ノ眼病ニシテ両眼ノ視力障害アルモ良キ方ノ視力「〇・三」以上ノモノ	其ノ他ノ眼病ニヨル両眼ノ視力障害アルモ良キ方ノ視力「〇・三」ニ満たサルモノ及不治ノ夜盲(3.6)	3.6
		C	各眼ノ視力「〇・五」以上ノモノ	各眼ノ視力「〇・三」以上ノモノ	視力良キ方ノ眼ニテ「〇・三」以上ノモノ	各眼ノ視力「〇・三」ニ満たサルモノ	各眼ノ視力「〇・一」ニ満たサルモノ	

二一 盲	A				一眼盲	両眼盲	
	B					一眼盲、両眼盲(18.1)	18.1
	C			一眼盲ニシテ他眼ノ視力「〇・三」以上ノモノ	一眼盲ニシテ他眼ノ視力「〇・三」ニ満チザルモノ	一眼盲ニシテ他眼ノ視力「〇・一」ニ満チザルモノ及両眼盲	
二二 難聴、聾	A		対話ニ妨ナキ両耳ノ難聴		両耳ノ難聴 片耳聾	両耳高度ノ難聴 両耳聾	
	B	偏耳軽度ノ難聴	対話ニ妨ナキ両耳ノ難聴		両耳ノ難聴(片耳聾)	両耳聾(0.5)	0.5
	C		片耳ノ聾		両耳ノ著シキ難聴	両耳ノ聾	
二三 耳殻ノ欠損、畸形	A		耳殻大部ノ欠損及高度ノ畸形				
	B	耳殻一部ノ欠損畸形			耳殻大部ノ欠損(0.0)		0.0
	C				両耳殻ノ全欠損ニシテ醜形著シキモノ		
二四 鼓膜穿孔、中耳ノ慢性病、内耳病	A	片耳ノ鼓膜穿孔ニシテ聴力妨ケキモノ	両耳ノ鼓膜穿孔ニシテ聴力ニ妨ケキモノ		中耳ノ慢性病、両耳ノ鼓膜穿孔ニシテ機能障害アルモノ	内耳病	
	B	外耳慢性病又ハ一耳ノ鼓膜穿孔ニシテ聴力ニ妨ナキモノ	両耳ノ鼓膜穿孔ニシテ聴力ニ妨ナキモノ		中耳ノ慢性病、新生物若ハ鼓膜穿孔ニシテ機能障害アルモノ(0.1)		0.1
	C		両耳ノ鼓膜穿孔ニシテ其ノ聴力対話ニ稍妨ゲアルモノ		慢性中耳炎ニシテ著シキ聴力障害アルモノ		
二五 鼻ノ畸形欠損	A				鼻ノ畸形ニシテ機能障害甚シキモノ	鼻ノ欠損	
	B					(0.1)	0.1
	C				鼻ノ醜形著シキモノ	鼻ノ全欠損	
二六 鼻腔、副鼻腔ノ慢性臭鼻症	A				鼻腔副鼻腔ノ慢性病ニシテ機能障害著シキモノ	真生臭鼻症	

		B	軽キ鼻腔 又副鼻腔 病			(鼻鼻腔 副鼻腔ノ 慢性病)	鼻腔副鼻 腔ノ慢性 病ニシテ 呼吸言 語ヲ妨 クルモノ (0.1)	0.1
		C			稍瘦性鼻 炎ニシテ 臭気著シ キモノ			
	二七 吃、 嘔	A				重キ吃	嘔	
		B	軽キ吃			(吃)(0.0)	嘔、嘔嘔 (3.8)	3.8
		C				重キ吃	嘔	
	二八 唇癒 着、欠損、 兔唇、口蓋 破裂、穿孔	A	手術ニヨリ 治癒シタル 単兔唇 ニシテ機能 障礙ナ キモノ			唇癒著欠 損若ハ単 兔唇	甚シキ唇癒 著欠損若ハ 兔唇又ハ口 蓋ノ破裂穿 孔	
		B				(軽キ唇癒 著欠損若ハ 単兔唇)	重キ唇癒著 欠損若ハ兔 唇又ハ口蓋 ノ破裂穿孔 (0.4)	0.4
		C				著シキ唇 癒着、欠損、 若ハ兔唇	口蓋ノ破 裂、穿孔	
	二九 齒牙 ノ疾病欠損	A				齒牙ノ中 耳疾病欠損 ニシテ咀嚼 言語ニ著シ キ妨アルモノ		
		B		齒牙ノ疾 病欠損ニ シテ咀嚼 ニ著キ妨 アルモノ (0.1)				0.1
		C				齒牙ノ疾 病、欠損ニ シテ咀嚼、 言語ニ著 シキ妨ゲ アルモノ		
	頸部及 脊柱骨盤	三〇 斜頸	A	軽キ斜頸		斜頸ニシ テ運動障 碍ヲ有セ サルモノ	斜頸ニシテ 運動障 碍著シ キモノ	
			B		軽キ斜頸	(斜頸ニシ テ運動障 碍ヲ有セ サルモノ)	著キ斜頸ニ シテ運動障 碍ヲ有ス ルモノ (0.5)	0.5

		C				重キ斜頸 ニシテ運 動障礙ア ルモ兵業 ニ著シキ 妨ゲナキ モノ	斜頸ニシテ 著シキ運動 障礙アルモ ノ	
	三一 喉 頭、咽頭ノ 慢性病	A				咽頭、喉 頭ノ慢性 病ニシテ 著シキ機 能障礙ア ルモノ		
		B				喉頭気管 支慢性病 (0.0)		0.0
		C				喉頭ノ慢 性病ニシ テ機能障 礙アルモ 兵業ニ著 シキ妨ゲナ キモノ	咽頭、喉頭 結核	
	三二 脊柱 彎曲骨盤 変形	A				脊柱側彎 又ハ前後 彎等著シ キモ運動 ニ妨ナキ モノ	脊柱骨盤ノ 変形ニシテ 運動ニ妨ア ルモノ	
		B				脊柱側彎 又ハ前後 彎等著キ モ運動ニ 妨ナキモノ	脊柱骨盤ノ 変形ニシテ 運動ニ妨ア ルモノ(1.4)	1.4
		C				脊柱彎 曲、骨盤 傾斜等ニ シテ兵業 ニ著シキ 妨ゲナキ モノ	脊柱、骨盤 ノ変形ニシ テ兵業ニ堪 ヘザルモノ	
胸部及腹部	三三 胸廓 変形	A		胸郭変形 ニシテ呼 吸ニ妨ナ キモノ		著シキ胸 廓変形ニ シテ呼吸 ニ妨ナキ モノ	胸廓変形ニ シテ呼吸ニ 妨アルモノ	
		B		胸郭変形 ニシテ呼 吸ニ妨ナ キモノ		著シキ胸 廓変形ニ シテ呼吸 ニ妨ナキ モノ	胸廓変形ニ シテ呼吸ニ 妨アルモノ (0.5)	0.5
		C				著シキ胸 廓変形ア ルモ呼吸 ニ妨ゲナ キモノ	著シキ胸廓 変形ニシテ 呼吸ニ妨ゲ アルモノ	
	三四 気管 支、肺、胸 膜ノ慢性 病	A				気管支、 肺、胸膜ノ 慢性病ニ シテ一般 栄養状態	気管支、 肺、胸膜ノ 慢性病ニシ テ一般栄養 状態ニ妨ア	

					ニ妨 ナキモノ	ルモノ	
	B				肺、胸膜ノ慢性病ニシテ一般栄養状態ニ妨 ナキモノ	肺、胸膜ノ慢性病ニシテ一般栄養状態ヲ妨クルモノ(5.7)	5.7
	C				気管支、肺、胸膜ノ慢性病ニシテ兵業ニ著シキ妨ゲナキモノ	気管支、肺、胸膜ノ慢性病ニシテ兵業ニ妨ゲアルモノ	
三五 心、心嚢、大血管ノ疾病	A				心、心嚢ノ疾病ニシテ一般栄養状態ニ妨 ナキモノ	重キ器質的変化アル心、心嚢又ハ大血管ノ疾病	
	B				心、心臓又ハ大血管ニシテ一般栄養状態ニ妨 ナキモノ	器質的変化アル心、心臓又ハ大血管ノ疾病(3.1)動脈瘤(0.1)	3.2
	C				心、心嚢ノ疾病ニシテ兵業ニ著シキ妨ゲナキモノ	重キ器質的変化アル心、心嚢又ハ大血管ノ疾病	
三六 腹内臓ノ慢性病	A				慢性腹内臓器病ニシテ一般栄養状態ニ妨 ナキモノ	慢性腹内臓器病ニシテ一般栄養状態ニ妨アルモノ	
	B				慢性腹内臓器病ニシテ一般栄養状態ニ妨 ナキモノ	慢性腹内臓器病ニシテ一般栄養状態ニ妨クルモノ(0.6)	0.6
	C				慢性腹内臓器病ニシテ兵業ニ著シキ妨ゲナキモノ	慢性腹内臓器病ニシテ兵業ニ妨ゲアルモノ	
三七 ヘルニア	A	軽キ「ヘルニア」			重キ「ヘルニア」		
	B	腹輪ノ拡張			軽キ「ヘルニア」	重キ「ヘルニア」(2.9)	2.9
	C				重キ「ヘルニア」(手術ニ依リ治癒スベキモノヲ除ク)		
三八 脱肛、痔瘻、痔核、肛門	A		軽キ脱肛、痔瘻又ハ中等度ノ			重キ脱肛、痔瘻又ハ肛門ノ畸形	

畸形			痔核				
	B				脱肛、痔瘻又ハ重イ痔瘻	重キ脱肛、痔瘻又ハ肛門ノ畸形(1.0)	1.0
	C			中等度ノ脱肛、痔瘻	重キ脱肛、肛門畸形等ニシテ治癒困難ナルモノ		
三九 泌尿生殖器ノ慢性病、欠損、畸形	A				泌尿生殖器ノ慢性病、欠損畸形ニシテ機能障碍アルモノ	泌尿生殖器ノ慢性病、欠損畸形ニシテ著シキ機能障碍アルモノ	
	B	軽キ精系精脈怒張又ハ陰嚢水腫			著キ精系精脈怒張又ハ陰嚢水腫(0.0) 辜丸、副辜丸慢性病又ハ辜丸腹輪内に在リテ疼痛ヲ発スルモノ	重キ尿道ノ畸形、半陰陽、尿瘻(0.2) 両辜丸ノ欠損(0.1)	0.3
	C				泌尿生殖器ノ慢性病、欠損、畸形ニシテ著シキ機能障碍ナキモノ	泌尿生殖器ノ慢性病、欠損、畸形ニシテ著シキ機能障碍アルモノ	
四〇 下腿ノ静脈怒張	A				重キ下腿ノ静脈怒張ニシテ著キ運動障害アルモノ		
	B	軽キ下腿ノ静脈怒張			重キ下腿ノ静脈怒張(0.0)		0.0
	C				重キ下腿ノ静脈怒張ニシテ運動障害アルモノ 兵業ニ著シキ妨ゲナキモノ		

四一 四肢骨ノ欠損、短縮、彎曲、蹉○(蹉跌か一筆者)、仮関節	A				四肢骨ノ短縮、彎曲、蹉○等ニシテ著シキ障碍ナキモノ	四肢骨ノ損欠、短縮、彎曲、蹉○若ハ仮関節ニシテ著シキ障碍アルモノ	
	B				骨幹部ノ彎曲蹉○等ニシテ著シキ障碍ナキモノ	骨幹部ノ短縮、彎曲、蹉○若ハ仮関節ニシテ大ニ其ノ用ヲ妨クルモノ(4.5)	4.5
	C				四肢骨ノ短縮、彎曲、蹉○ニシテ兵業ニ著シキ障碍ナキモノ	四肢骨ノ欠損、短縮、彎曲、蹉○又ハ仮関節ニシテ兵業ニ妨ゲアルモノ	
四二 指節ノ欠損、強剛	A		示指末節、中指若ハ環指二節又ハ小指ノ欠損強剛ニシテ把握ニ妨ナキモノ		母子末節、示指二節又ハ中指若ハ環指ノ欠損強剛ニシテ把握ニ妨アルモノ	母子若ハ示指ノ欠損強剛又ハ其ノ他ノ二指以上ノ欠損ニシテ著シク把握ニ妨アルモノ	
	B	中指若ハ環指末節ノ欠損強剛			(中指、環指若ハ一指ノ欠損強剛又ハ示指、母指末節ノ強剛)	中指、環指、小指ヲ除キ一指以上ノ欠損強剛若ハ二指以上ノ欠損強剛(4.2)	4.2
	C			左母指若ハ示指ノ欠損、強剛ニシテ把握ニ著シキ妨ゲナキモノ	手指ノ欠損、強剛ニシテ把握ニ障碍アルモノ兵業ニ著シキ妨ゲナキモノ	手指ノ欠損、強剛ニシテ兵業ニ妨ゲアルモノ	
四三 指ノ癒着	A				中指ト環指又ハ環指ト小指ノ癒着	示指ト中指若ハ其ノ以上ノ癒着	
	B				(中指ト環指又ハ環指ト小指ノ癒着)	示指ト中指若ハ其ノ以上ノ癒着(0.3)	0.3
	C				指ノ癒着ニシテ把握障碍アルモノ兵業ニ著シキ妨ゲナキモノ	指ノ癒着ニシテ兵業ニ著シキ妨ゲアルモノ	

四 四 剰指 又ハ剰趾	A				剰指又ハ 剰趾ニシ テ把握又 ハ歩行ニ 妨ナキモノ	剰指又ハ剰 趾ニシテ把 握又ハ歩行 ニ妨アルモ ノ	
	B				(剰指) (0.0) 剰趾ニシ テ歩行ニ 妨ナキモノ	剰趾ニシテ 歩行ニ妨ク ルモノ(0.0)	0.0
	C				剰指又ハ 剰趾ニシ テ把握又 ハ歩行障 碍アルモ 兵業ニ著 シキ妨ゲナ キモノ	剰指又ハ剰 指ニシテ兵 業ニ妨ゲアル モノ	
四 五 趾ノ 欠損、強剛	A				第一趾若 ハ他ニ趾ノ 欠損強剛	第一趾ヲ併 セ二趾以上 若ハ第一趾 ヲ除キ三趾 以上ノ欠損 強剛	
	B	第一趾ヲ 除キ三趾 以下ノ癒 著ニシテ 穿靴及歩 行ニ妨ナ キモノ			第一趾ヲ 併セ二趾 以上若ハ 第一趾ヲ 除キ四趾 ノ癒著 (0.0)		0.0
	C			第一趾又 ハ他ノ二 趾ノ欠損、 強剛ニシ テ歩行ニ 妨ゲナキ モノ	趾ノ欠損、 強剛ニシ テ歩行障 碍アルモ 兵業ニ著 シキ妨ゲナ キモノ	趾ノ欠損、 強剛ニシテ 兵業ニ妨ゲ アルモノ	
四 六 扁 足、翻足、 馬足	A				著シキ扁 足	翻足、馬足	
	B				著シキ扁 足	翻足、馬足 (0.7)	0.7
	C				重キ扁平 足ニシテ 歩行障碍 アルモ兵 業ニ著シ キ妨ゲナキ モノ	翻足、馬足	

※ 1 本表は、1910年2月19日に示された陸軍身体検査手続(陸達第5号)、1920年に示された陸軍身体検査手続(陸達第9号)、1928年3月26日に示された陸軍身体検査規則(陸軍省令第9号)から筆者が作成したものである。なお、数値については陸軍省『大日本帝國陸軍省統計年報』(1920年)を参照した。

※ 2 「部位」、「疾病異常」は1928年の陸軍身体検査規則で示された検査区分である。1928年の規則で示された検査区分は、1910年、1920年の規則で示された検査区分と順番等が異なるため、すべて1928年の区分に統一して整理を行った。但し、1928年の区分に当てはまらない基準(1920年の陸軍身体検査規則の「癲癇」「慢性脳脊髄病」「動脈瘤」)が一部存在したが、疾病の性質や性格を踏まえて該当すると思われる適

当な検査区分へ整理した。

- ※3 Aは1910年の陸軍身体検査手続、Bは1920年の陸軍身体検査手続、Cは1928年の陸軍身体検査規則で示された検査基準を示す。
- ※4 選別基準の右に括弧書きで付記した数値は、該当の選別基準によって不合格となった者の割合（％）を示している。
- ※5 「不合格者に対する割合（合計）」は、該当の「疾病異常」によって不合格となった者の割合（％）を示している。
- ※6 空白部分及び斜線部分については、1928年の陸軍身体検査規則第7条で、「規定ナキトキ又ハ其ノ程度ニ差異アルトキハ斜線ナキモノニ限り其ノ輕重、状況並ニ兵業堪否及適否ヲ考察シ体格等位ヲ判定スベシ」とあることから、担当する軍医が壮丁の状況によってある程度裁量の余地が認められ、斜線部分は裁量が認められないものと思われる。なお、斜線が入れているのは1928年身体検査規則のみである。
- ※7 1910年の陸軍身体検査手続、1920年の陸軍身体検査手続には第三乙種は存在しない。そのため、その部分に網掛けを施している。

この検査基準によると、まず、情報を掌る頭部（視機能、眼病、耳）が検査項目として綿密さが際立っていることが理解できる。そのことから、選別において最も注意して判断された基準は頭部機能、特に視力や眼病などの視機能に関する項目であったことが判る。『軍医団雑誌』では「日本壮丁ノ盲目ニ関スル統計的觀察」と題する、徴兵における眼病の問題を扱った論文が出されるなど¹⁹⁾、当時としては徴兵検査不合格者の問題において眼病は高い関心を集めていた。また、高木『海軍選兵医学（視器）』（著者の名、発行年不明）では、視力、識色力、光覚力などの検査方法について綿密な研究成果が記載されている。なかには、視力作為看破法という章があり、徴兵忌避を意図して視力の不調を訴える者に対して、それを見破る方法について6頁を割いて科学的に論じている。視力は軍隊において生命線であったと同時に、徴兵忌避に作病としても使われていた形跡がうかがえる。

さらに、視機能と同様に、指に関する検査項目の綿密さが際立っていることが特徴として挙げられる。その基準は厳しく設定されており、「指節ノ欠損、強剛」での把握に対する厳しい基準に加え、「指ノ癒着」で「示指ト中指若ハ其ノ以上ノ癒着」だけで丁種不合格に位置づけられている。これは近代兵士にとって必須となる、銃器の扱いが意識されていたことが考えられる。

続いて同検査基準では「筋骨薄弱」²⁰⁾、「関節ノ慢性病」、「胸廓変形」、「翻足・馬足」など、身体運動や機能面に着目した基準が具体的に設定されてい

る。これは行軍を意識したものと思われる。軍隊活動には長い時間の行軍を伴う。『軍陣衛生学教程』では、「疾病ハ行軍力ヲ減殺ス加之僅微ナル軟部損傷及腹部異和モ亦勢力費消ヲ増大シ作業力ヲ減ス此等ノ予防ニ関スル顧慮ノ周密ナルハ行軍力増進上最モ重要ナリ」²¹⁾と説いているように、行軍力において疾病は重要課題であった²²⁾。さらに、「不治ノ栄養失調」、「不治ノ皮膚病」、「口蓋ノ破裂」、「脱肛、痔瘻」などの項目が詳細に挙げられているのは、過酷な軍隊生活への適応を踏まえたものであったと考えられる。

このように、「廢疾又ハ不具等」とは、低身長で「疾病畸形」をもつ者で、46項目もの病類を程度別に甲乙丙丁に並べられ、詳細に規定されていた。特徴としては、視機能をことさら重要視して検査基準が設定されており、これに加えて運動機能などが重視され、指の欠損の有無など、銃器の扱いも意識された検査内容となっていた。これは、徴兵検査基準はあくまでも兵器の扱いを前提とした兵隊としての能力が問われていたことを意味する。すなわち、近代戦争における戦闘にまず求められるのが視機能と近代兵器を操作できる「手」や「足」であり、日々の過酷な行軍や軍隊生活に堪え得るような「肉体」であった。

一方で、これほど疾病が広範に渡って、しかもその基準が細部に渡って厳密に規定されていることは、裏を返すと、甲種合格者は必然的に少数に絞られてくることでもある。新徴兵令下の徴兵検査基準では新たに乙種を第一乙種、第二乙種に分割し、甲種に次ぐ良好な体格の者を第一乙種、それに次ぐ者を第二乙種とした。第二乙種の新設は乙種に幅を持たすことで現役兵として合格者を増やす意図があった。

（３）1920年における徴兵検査規則

1920年の「徴兵検査規則」（陸軍省令第5号）では、丁種とする疾病異常²³⁾に新たに「全身畸形」や「筋骨薄弱」、内部疾患系を明示した²⁴⁾。そして、より具体的な検査方法や基準を示した1920年の「陸軍身体検査手続」（陸達第9号）では、「『トラホーム』及花柳病ノ検査ハ全壯丁ニ就キ之ヲ行フモノトス」との規定が盛り込まれ、感染症への検査が強化された。

この検査手続では具体的な選別基準を規定しているが、その内容について

前出の表 3 に整理（B に該当する部分）した。1910 年の「徴兵検査手続」に比べると、丙種・丁種についてはほぼ変わっていないのに対して、乙種の規定が大幅に増えている。ふるい分けがここで一段と厳密になったことを意味している。「近視」、「乱視」、「禿頭」、「難聴」など、第二乙種、丙種として規定されていた検査基準が、第一乙種、第二乙種へと繰り上げられているものも見られ、検査基準の厳密化とともに検査基準の緩和があったと考えられる。

なお、精神病については、「特別ノ時間ト方法ヲ用キスシテ他ノ検査ニシ受検者ノ態度応答等ニ依リ判断スヘシ」とし、特別な方法は用いず、いわば徴兵検査場での検査医官による観察のみで判断していた。さらに、1920 年の「陸軍身体検査手続」（陸達第 9 号）では「第二十五条 左ノ各号ノ一ニ該当スル者ハ合格トシ壯丁名簿ニ其ノ意見ヲ記入スルモノトス」とあり、その一つに「精神病、癲癇、夜盲、夜尿其ノ他ノ身体変常ヲ訴フルモ其ノ徴候確實ナラス又ハ其ノ実否ヲ判定スルニ繁雜ニシテ長時間ヲ要スル者」と規定されている。精神病はその判別に時間や手間のかかる場合はとにかく合格にするというスタンスであり、判別が難しい者は軍隊内へと送り込まれたことが考えられる。『軍医団雑誌』でも精神病の検査方法が紹介されるなど²⁵⁾、当時として精神病の検査方法はあったにもかかわらず、精神病は科学的根拠に基づいた判断がなされていなかったと思われる²⁶⁾。

以上のように、徴兵令ではさまざまな免除規定が存在していたが、新徴兵令では大幅に兵役免除対象を限定し、兵役免除対象＝丁種不合格者として「廃疾又ハ不具等」を位置づけ、その具体的中身を詳細に規定し、それに基づく壮丁のランク付けを行う仕組みがつくられた。そして、1873 年の徴兵令の「羸弱ニシテ宿痼及ビ不具等ニテ兵役ニ堪ザル者」に替わり、新たに兵役免除対象として規定された「疾病又ハ廃疾等」とは、身長 4 尺 8 寸未満で「疾病畸形」を有する者であり、その中身は「盲」、「聾」はもとより「指節ノ強剛」の障害のほか、「習癖脱臼」、「口内疾病」、「食道狭窄」などの細部にわたる障害や疾病が挙げられていた。それはあくまで兵隊としての能力を基礎にした基準であったといえる。

幕藩体制から天皇を中心とした中央集権体制、近代国家へと転換させていく手段として徴兵制は当時として欠かせないものであったが、強引に徴兵制

を敷いたことで実際には皆兵とはならず、12条もの免役規定が置かれ、障害の存在はそのなかに埋没していたといえる。それが新徴兵令の制定により、中央集権体制が整備され、皆兵をとるべく免役規定が「廃疾又ハ不具等」に限定されていくなかで、障害の存在が兵役免除対象として浮き彫りになっていったという歴史的な経過があったことを指摘できる。

また、壮丁の質を効率的に選別していくことを目指す徴兵制の見地から、兵役免除対象としての「廃疾又ハ不具等」の位置づけをより積極的に捉えようと、「廃疾又ハ不具等」のある者を皆兵の例外としての役割を担わせ、より明確にその存在を浮き彫りにさせていくことで、皆兵を積極的に進めていくための手段として用いられた側面もあると指摘できる。新徴兵令では、免除対象の限定を行ったことにより、多くの兵員を動員することを可能にし、結果的に日清戦争では24万616人、日露戦争では陸軍で108万8996人が兵隊として動員されていったのである²⁷⁾。

第3節 兵役法下の徴兵検査基準

日清・日露戦争、そして第一次世界大戦を経て、徴兵制は大きく見直される。新徴兵令は1927年に兵役法として生まれ変わり、朝鮮人等の植民地支配下にあった民族を除く、日本国籍を有する男子全員へ兵役義務を制度化した兵役法が制定される。1927年は金融恐慌が起こり、15年戦争へと突入する4年前である。兵役法では義務教育をも取り込み、学校教練によって義務教育段階における軍事訓練も活発化させた。さらに在郷軍人会が組織され、地域における公安の維持を目的に地域社会へ軍隊秩序が持ち込まれた。以後、大きな制度改定は行われず、したがって兵役法は15年戦争を支える根幹的な役割を担うことになる。

兵役法では、現役（陸軍2年、海軍3年）、予備役、補充兵役、国民兵役の段階に分けられ、40歳を限度とした兵役が課せられた。そして、兵役法では兵役免除対象を「疾病其ノ他身体又ハ精神ノ異常ニ因リ当該兵役ニ服シ難キ者ニ対シテハ兵役ヲ免除ス」と規定し、「身長一・五〇メートル未満ノ者及左

ニ掲グル疾病其ノ他身体又ハ精神ノ異常アル者」を丁種とした。兵役法では、乙種合格基準が 1.52 メートルから 1.55 メートルへと 3 センチ引き上げられるが、後に乙種はそれまで第一・第二乙種の二つに分類されていたものが、さらに第三乙種を加えたことによって、丙種であった者の一部が乙種へと繰り上げられ、不合格者の基準がより限定的になった。また、日中戦争勃発となる 1937 年には大幅な基準緩和がなされ、合格身長を 5 センチ引き下げた。その背後には、徴兵検査成績の「悪化」のなかで、戦争の泥沼化に伴い大量に兵隊を必要としていた事情があった。以下、その具体的な状況を見ていくことにする。

（１）兵役法における「兵役ニ適セザル者」

兵役法では、徴兵検査で壮丁を次の 4 種に選別することとした。すなわち、現役兵として駆り出される「現役ニ適スル者」、現役兵として徴集を受けない「国民兵役ニ適スルモ現役ニ適セザル者」、兵役を免除する「兵役ニ適セザル者」、徴集を延期し、毎年検査を受ける「兵役ノ適否ヲ判定シ難キ者」である。「兵役ニ適セザル者」は、第 21 条で「疾病其ノ他身体又ハ精神ノ異常ニ因リ兵役ニ堪ヘザル者ニ対シテハ兵役ヲ免除ス」、「国民兵ニシテ疾病其ノ他身体又ハ精神ノ異常ニ因リ当該兵役ニ服シ難キ者ニ対シテハ兵役ヲ免除ス」と規定した²⁸⁾。つまり、新徴兵令で示された「廃疾又ハ不具等」は、「疾病其ノ他身体又ハ精神ノ異常ニ因リ兵役ニ堪ヘザル者」という規定に変わったのである。

では、「疾病其ノ他身体又ハ精神ノ異常ニ因リ兵役ニ堪ヘザル者」とはどういう者か。これまで省令で定められていた体格等位の規定は施行令に格上げされている。具体的には、「現役ニ適スル者」を身長 1.55 メートルで身体強健な者とし、その程度に応じて甲、第一乙種、第二乙種に振り分けるとした。その一方で、「兵役ニ適セザル者」を「身長一・五〇メートル未満ノ者及左ニ掲グル疾病其ノ他身体又ハ精神ノ異常アル者」と規定し、それを丁種として位置づけた。

新徴兵令下の徴兵検査手続では、乙種合格身長が「五尺以上」という規定であったが、この兵役法施行令では「一・五五メートル以上」という規定に

変わっている²⁹⁾。1尺は0.3030メートルなので、1.52メートルから1.55メートルへと基準が約3センチ引き上げられたことになる。後に述べるが、基本的にはこのことが徴兵検査成績の「悪化」に影響している。

兵役法で規定された「疾病其ノ他身体又ハ精神ノ異常ニ因リ兵役ニ堪ヘザル者」は、兵役法施行令では身長1.50メートル未満で「疾病其ノ他身体又ハ精神ノ異常アル者」となっている。「疾病其ノ他身体又ハ精神ノ異常」の内容は、1920年の「徴兵検査規則」（陸軍省令第5号）とほぼ変わっていない³⁰⁾。

「疾病其ノ他身体又ハ精神ノ異常」の選別基準については、施行令では「体格ノ程度及疾病其ノ他身体又ハ精神ノ異常ニ因リ第一乙種、第二乙種、丙種又ハ丁種ト為スベキ細部ノ標準ハ陸軍大臣之ヲ定ム」とあり、その基準を「陸軍身体検査規則」に委ねている³¹⁾。

そこで、「陸軍身体検査規則」（1928年3月26日に出されるが、ここでは資料の制約から1943年5月改定分を使用している）を前出の表3に整理した。

ここでは第三乙種が新たに登場しているが、「筋骨薄弱」や「関節慢性病」、「癍痕拇指」、「トラホーム」など、それまで丙種として位置づけられていた疾病異常が第三乙種へとシフトしていることがうかがえる。一方で、丁種については、「筋骨甚薄弱」や「視器ノ疾病」、「脱肛、肛門畸形」、「トラホーム」など、一部丙種等への繰り上げが見られる。つまり、第三乙種は丙種から乙種へと繰り上げる目的で位置づけられ、不合格者の基準がより限定的になったことが考えられる。

（2）合格基準の緩和

兵役法施行令は、1937年に見直され、合格身長の緩和が行われ、それぞれ5センチメートルごと基準が引き下げられる。つまり、甲種・乙種合格に必要な身長が1.55メートルから1.50メートルに引き下げられ、丁種とする身長が1.50メートル未満から1.45メートル未満に引き下げられたのである。当時（1937年）の20歳男子（東京市）の平均身長は1.65メートルであったことを鑑みると、5センチメートルの引き下げは大幅な緩和であったものといえる³²⁾。

この背景を説明する資料として、医事課課内案「極秘 軍備改善ニ依ル壮丁増徴ノ対策」（1936年10月22日）がある。これによれば、軍備拡充にとって必要となる現役兵25万人を徴収するには、第一補充兵35万人が必要であるとしている。ところが、推計では1942年以降は第一乙種、第二乙種を併せても23万人で、12万人足りない。その不足を補うため、丙種の一部から繰り上げざるを得ない。丙種のなかには兵業的要素から見て多少の性能低下を忍べばなかには戦闘員として用いられる者がいる。しかし、そのまま丙種を第二乙種に繰り上げることは、壮丁体格の推移を把握するうえで貴重な資料を失わせてしまうことになる。そこで、第三乙種を新設すれば、第三乙種と丙種を併せればこれまで通り丙種数を把握することができる。このような事情から第三乙種が新設され丙種の一部を乙種として繰り上げたとのことである。

つまり、第三乙種とは内実は丙種で、従来通り統計的な観察ができるように第二乙種ではなく第三乙種を新設したのである。ちなみに、この文書の発行は1936年であるが、このときからすでに戦争を見込んだ兵員の確保のため準備が進められていたことを示すものでもある³³⁾。

1937年は日中戦争が勃発し、15年戦争の第二段階に突入する年である。合格身長緩和の背景には、日中戦争によってより多くの兵隊を必要とするにもかかわらず、徴兵検査成績が悪化していたことや、後に述べる高い乳児死亡率、結核死亡率の増加など、壮丁の健康状態が「悪化」していたこと、さらには出生率の減少により、「出生率が低下の傾向にある結果として民族自滅の危険性がある」という指摘がなされるなど³⁴⁾、兵力の供給源となる人口そのものに問題が生じつつあったことがある³⁵⁾。1937年には政府はこのことを政策課題として認識しはじめ、人口政策が人口抑制から人口増殖政策へと大転換を見せた時期でもあった。

このように、徴兵令から新徴兵令、兵役法へと徴兵制が変容していくなかで、兵役免除対象は「羸弱ニシテ宿痼及ビ不具等ニテ兵役ニ堪ザル者」を含めた12条におよぶ規定から、新徴兵令では「廢疾又ハ不具等」に限定し、そして兵役法では「疾病其ノ他身体又ハ精神ノ異常ニ因リ兵役ニ堪ヘザル者」へ変化してきた。兵役法の「疾病其ノ他身体又ハ精神ノ異常ニ因リ兵役ニ堪

へザル者」は、低身長、「疾病其ノ他身体又ハ精神ノ異常アル者」であり、その内実は兵隊にとって求められる能力を基礎とし、新徴兵令に増して基準が具体的に示されていた。兵役法では徴兵検査基準が厳しく設定されたり、大きく緩和されたりと変化が見られた。このような変化の背景には、戦時へと突入していく時代状況があり、日中戦争以降はより多くの兵員を必要とするなか、徴兵検査成績は「悪化」を辿り、第三乙種を新設して丙種の一部を繰り上げるといった軍事政策的な事情が見られたのである。

第4節 除役問題

徴兵検査が軍隊への入口となるのに対し、除役はいわば軍隊からの出口となる。除役は、『陸軍省年報』では「患者ノ其性恣慢ナルモノ或ハ畸形ヲ遺シ寛ニ兵役ニ堪エ難ク除役セシメタル」³⁶⁾との説明があり、疾病が長引いたり奇形が残ったりして、障害等によって兵役に堪えることができないと判断された場合に除役となると解することができる。

除役は軍隊組織からの離脱を意味することであり、同時に、除役問題は軍隊の士気にかかわるものであるから、軍事政策では慎重に対処していたものと思われる。そのためか、除役に関する資料は非常に限られている。除役の対象規定は、傷痍軍人と認定する基準にもつながっていくと考えられる。つまり、除役の基準は傷痍軍人の中身を決定づけるものであり、また、戦後の身体障害者福祉法が傷痍軍人対策の側面が指摘されている点を鑑みると、戦後の身体障害者福祉法における対象規定にもかかわってくる可能性がある。

ところが、除役の基準に関する規定は、管見の限り未だ見あたらない。そこで、『陸軍省年報』でとられていた除役統計に着目し、それを筆者が整理したのが表4～6である。

表 4 除役者数の推移（1888～1892 年）

	兵役免除		常備後備免除		現役免除		計	
	実数	兵員毎千比例	実数	兵員毎千比例	実数	兵員毎千比例	実数	兵員毎千比例
1888 年	570	11.67			190	3.98	760	15.56
1889 年	634	12.38			194	3.79	828	16.17
1890 年	621	12.50			188	3.79	809	16.29
1891 年	697	13.69			177	3.48	874	17.17
1892 年	443	8.38	68	1.00	263	4.97	774	14.64
平均	593	11.72	68	1.00	202	4.00	809	15.97

※ 1 陸軍省『陸軍省年報』（1888～1892 年版）から筆者が作成した。

※ 2 空欄部はデータがない部分を意味する。

表 5 除役者数の推移（1909～1937 年）

	兵役免除	平均 1 日 (千分比)	現役・予備役及び後備役免除	平均 1 日 (千分比)	現役免除	平均 1 日 (千分比)	補充兵役免除	平均 1 日 (千分比)	兵役免除実数計	平均 1 日 (千分比) 計
1909 年	1216		1135		993		3		3347	18.5
1910 年	1181		967		933		3		3084	17.1
1911 年	1136		963		845		2		2946	16.4
1912 年	1169		769		851		4		2793	15.6
1913 年	1115		767		1137		6		3025	16.2
1914 年	979		677		948		3		2607	14.4
1915 年	954		681		944		4		2583	14.2
1916 年	1061		645		1091		2		2799	15.0
1917 年	1047	5.6	602	3.2	1124	6.0	2	0.0	2775	14.7
1918 年	1375	7.3	836	4.5	1760	9.3	9	0.1	3980	21.2
1919 年	1157	6.7	757	4.4	2283	13.3	16	0.1	4213	24.5
1920 年	1040	6.0	648	3.8	2991	17.4	14	0.1	4693	27.2
1921 年	996	5.5	598	3.3	3104	17.0	17	0.1	4715	25.8

1922 年		5.7		5.1		22.7		0.1		33.7
1923 年		4.9		3.8		17.4		0.1		26.2
1924 年		4.6		3.2		14.3		0.1		22.3
1925 年		4.9		4.0		14.8				23.7
1926 年		4.7		3.8		12.4		0.1		21.0
1927 年		4.6		3.6		11.9		0.1		20.3
1928 年		3.9		2.6		10.8		0.1		17.4
1929 年		4.4		3.2		10.5		0.0		18.1
1930 年		4.5		3.1		10.8		0.1		18.4
1931 年		4.4		3.3		10.6		0.0		18.3
1932 年		4.3		3.3		9.1		0.0		16.6
1933 年		3.8		2.5		9.2		0.0		15.6
1934 年		4.6		3.4		8.9		0.0		16.9
1935 年		4.1		3.5		9.4		0.1		17.1
1936 年		5.0		3.2		10.3		0.0		18.5
1937 年		4.6		3.0		9.4				16.9
平均	1110	5.0	773	3.5	1462	12.2	7	0.1	3351	19.4

※ 1 陸軍省『陸軍省統計年報』（1909～1937 年版）から筆者が作成した。

※ 2 空欄部はデータがない部分を意味する。

表 6 除役病類の推移（1878～1931 年）

	伝染病	全身病	伝染病及 全身病	神経系病	呼吸器病	血行器病	循環器病	消食器病	栄養器病	泌尿器病	愛 隣 病	花柳病	運動器病	（外皮 皮膚病）
1878 年	4			31	68	12		15		6			27	1
1879 年	167			44	65	9		23		4			10	1
1880 年	114			43	109	23		23		7			22	0
1881 年	61			44	106	17		16		5			15	1
1882 年	80			40	136	14		27		9			18	1
1883 年	95			37	112	18		19		2			20	1

1884 年	111			47	115	21		28		4			24	1
1891 年	42			66	276	33		26		18	58		33	13
1895 年	1			14	27	4		7			3		3	3
1906 年		514		220	1290		108		187	55		139	117	46
1910 年			975	196	1127		106		92	62		68	69	35
1915 年			833	213	923		64		87	63		35	49	29
1920 年			1614	344	2927		105		87	46		38	60	23
1931 年			1840	336	1826		60		74	62		21	51	18

	外傷	全身失常	栄養動物	体内寄生	炎症並発	炎症並発	異物贅生病	畸形病	耳病	眼病	中毒病	血液病	梅毒	其ノ他	除役計	兵員千分比
1878 年	44				23	0	0	7	49		17	4			308	
1879 年	43				43	1	0	10	35		18	5			478	
1880 年	44				25	0	2	16	45	0	22	6			501	
1881 年	23				24	1	1	11	61	0	28	5			419	
1882 年	24				30	1	2	8	81	0	17	14			502	
1883 年	32				35	1	0	21	50	0	16	11			470	
1884 年	27				19	1	4	11	65	0	20	5			503	
1891 年	109	9	22		28	4	16	36	85						874	17.2
1895 年	36		7		7	1	1	2	11						127	9.0
1906 年	192							173	180						3221	
1910 年	186							58	109					1	3084	
1915 年	150							34	99					4	2583	
1920 年	129							37	79						5489	
1931 年	140							23	60					2	4513	19.2

※ 1 陸軍省『陸軍省年報』（1888～1892 年版）及び陸軍省『陸軍省統計年報』（1909～1937 年版）から筆者が作成した。

※ 2 1931 年のデータは千分比のみしか公表されていない。そのため、1931 年のデータは『昭和国勢総覧』東洋経済新聞社による 1931 年時の陸軍総数 230,000 人を用いて割り出した値である。

表 4～5 は、日清・日露戦争期のデータは欠落しているため、平時のデータとなる。1888～1892 年の除役者数は平均 809 人で、兵員全体の約 1.60% 程度に過ぎなかった。日露戦争後となる 1909 年以降を見ると、除役者数は 1909～1921 年までの平均は 3,351 人である。1922 年以後は、『陸軍省年報』では実数を示す項目が削られているが、除役の割合は平均 1.94% であった。したがって、除役者数は平時においては全兵員の約 2% の比率であったものと思われる。

表 6 は、病類ごとの除役数と推移を示したものである。この表を見る限り、除役される病類のほとんどは内科的病類であり、とりわけ呼吸器病と伝染病が大部分を占めてきていることが判る。また、神経系病がそれに次いで大きな割合を占めていたのも特徴的である。つまり、平時の除役対象の中心は呼吸器病、伝染病、加えて神経系病であった。精神疾患を示す「神経系病」を見ると、その内訳については表 6 に示さなかったが、その多くを占めるのは「神経衰弱」と「癲癇」、「痴呆」、「躁鬱」、「ヒステリー」である。これは、軍隊生活のなかで精神面に打撃を受け、除役になる兵士が少なからずいたことを意味する。

このように除役の中心は、平時においては呼吸器病や伝染病、加えて神経系病がほとんどであった。このことは、軍隊生活ではより深刻な状況にあり、集団で行動する軍隊生活の性格から、感染を予防する防衛策として除役の手段を執らざるを得なかった事情があったことも考えられる。このときの呼吸器病の多くは結核によるものといえる。除役においても結核の存在があり、軍隊生活のなかで如何に結核の保菌者を排除するか、そして軍隊の入口に当たる徴兵検査の時点でどう食い止めるかが軍部でも問われたはずである。その対策として兵役法改正で結核検査が実施されたことも考えられよう。

なお、外傷の数は少ないが、おそらく戦時においては戦闘行為による損傷が発生し、外傷を中心に外科的病類の数値が大きく伸びていることは容易に予測される。特に、徴兵検査で「指節ノ欠損、強剛」や「趾ノ欠損、強剛」など戦闘行為にかかわる外傷が細かく規定され、不合格と位置づけられていたことを踏まえると、除役においてもこの点を基準にされていた可能性がある。

おわりに

以上、徴兵制における徴兵検査基準や除役について見てきた。その結果、「不具廃疾」を程度に基づき細かく分類し、判定する仕組みが徴兵検査において大きく展開されてきた状況を明らかにすることができた。

軍隊の入口にあたる徴兵制では、徴兵令によって幕藩体制から天皇を中心とした中央集権体制、延いては近代国家へと移行させていく手段として欠かせないものであり、その強引さから皆兵とはならず、12条もの免役規定のなかに障害の存在は埋没していた。それが、中央集権体制が一段落すると、国民皆兵を行うべく免役規定を「廃疾又ハ不具等」に限定し、兵役免除対象として障害の存在が顕在化されていったといえる。その場合、兵隊としての能力を基準にして甲、乙、丙、丁に人間をランク付けし、「廃疾又ハ不具等」を丁種不合格者として位置づけ、厳密な基準で選別が行われていたのである。その基準はあくまで近代兵器を扱う兵士としての能力を前提に組み立てられていたのである。

これは兵役法においても踏襲され、より一層具体的な基準が示されることになる。兵役法では徴兵検査基準の厳格化が行われ、日中戦争を控えた1936年には兵員拡大のため大幅な徴兵検査基準の緩和が実施されていた。その背景には、戦時へと突入する時代状況のもと、軍事政策的な都合によって絶えず合格基準が操作されていったのである。

つまり、徴兵制では軍事政策的な観点から求める「正常」な人間像が甲種にあり、それに対応するように「不具廃疾」は、「異常」や「不健康」な存在として顕在化していった。その過程で、「不具廃疾」をかなり詳しく分類し、判定する仕組みが登場し、展開されてきたといえる。同時に、「不具又ハ廃疾等」の基準を厳密化するねらいには、「不具廃疾」のある者を例外として際立たせることで、徴兵制の理念である国民皆兵を積極的に進めていくための手段として用いられた側面もあることを指摘できる。その意味で、戦時となり、大量の兵員を必要とする段階に入ると、ますます「不具廃疾」の存在は浮き彫りとなり、「不具廃疾」は「臣民の義務としての兵役」を全うできない存在として軽蔑・侮蔑の対象とされていった経緯が考えられる。

また、軍隊の出口となる除役では、戦時と平時とで注意深く精査していく必要があるが、平時では呼吸器病や伝染病、加えて神経系病を中心に対象化していった形跡がうかがえる。そのなかには、精神障害によって除役となっている者も多数看取することができる。

なお、徴兵検査成績では、眼病などは一定低下傾向にあるものの、丙種において「筋骨薄弱」が顕著に高い割合を示し、丁種において「精神病」が増加していた。これは軍部にとって「由々しき課題」として映ったはずである。なぜならば、軍部が実質的支配を広める日中戦争に入ると、健兵・健民政策のもとに国民体力法によって政府による国民の体力管理体制の確立や、国民の体力づくりを目指した厚生運動（健民運動）の実施、「筋骨薄弱」を対象にした健民修練、精神病に対して断種をはかるという国民優生法の制定など、徴兵検査結果を見据えた対策が次々と実施されていったからである。

一連の徴兵検査成績は、戦争を続けていくための人的資源の量・質の問題に発展し、「人的資源の涵養」の名の下に、徴兵検査の裾野が未成年期、さらには出産以前にまで広められていったといえる。このことについては、次章で取り上げることにする。

第2章 壮丁体位低下問題と障害への対策

はじめに

15年戦争期に入ると、徴兵検査成績の「悪化」が大きな政策課題とされていった。そのことが、社会保障制度の要請へとつながっていくことになる。ただし、このときの「悪化」は必ずしも実態を正確に捉えたものではなかったことが最近の研究で報告されており、政策的に作為的なものであった疑いもある。軍部は徴兵検査成績の「悪化」を喫緊の課題として、いかに成績を引き上げ、良質な兵士を確保していくかに関心を向けていった。そのなかで論理的に注目を集めることになるのが丙種や丁種となる原因である障害への対策である。本章では、15年戦争期に徴兵検査成績の「悪化」に対し、どのような対応が行われ、そのなかで障害に対してどう対応していったのかについて明らかにする。

そこで、まず徴兵検査で判別されていた障害がどのような実態にあったのかについて、陸軍省の資料から明らかにし、具体的な種類にどのような障害が課題となっていたかを検討する。そして、その状況に対して社会保障制度ではどのように対応が行われていったのか、また、健兵・健民政策の具体化となる国民体力法や国民優生法を取り上げ、そこで障害がどう認識され、対応が行われようとしていたかを述べる。なお、戦時から「不具廃疾」用語は障害用語へと変わっていく傾向が見られるため、本章では「不具廃疾」用語ではなく障害用語に統一して用いた。

第1節 丙種・丁種の実態

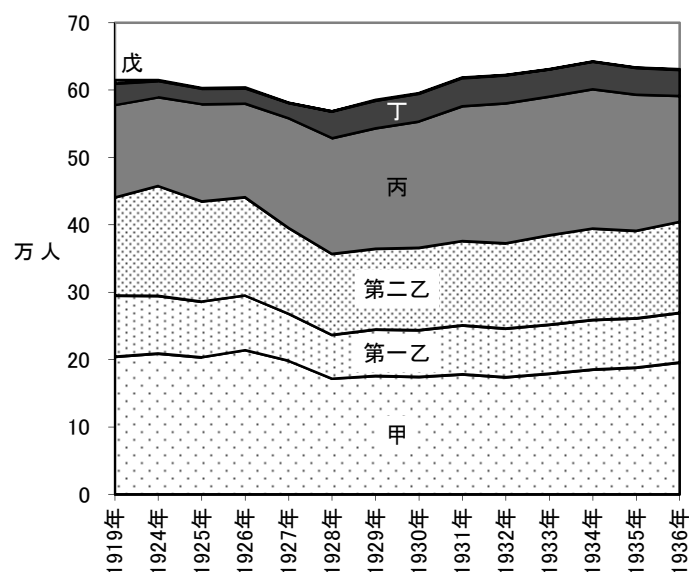
前章で述べたように、徴兵制では、1889年の新徴兵令以降に甲種・乙種・丙種・丁種・戊種（戊種は再検査）というランク付けが登場し、壮丁を分類・管理していった。甲種、乙種は兵隊として合格、丙種は荷物運びなど前線から外される存在として、丁種は不合格とされ、成績の良いとされた者から戦

地へと送られる仕組みがつくられていった。この丁種は「不具又ハ廢疾等」とされ、その中身を詳細に見ていくと多種多様な幅広い障害種が規定されていた。ここでは、丙種や丁種と判別された実態はどうであったかを見ていくことにする。

(1) 丙種・丁種の割合とその推移

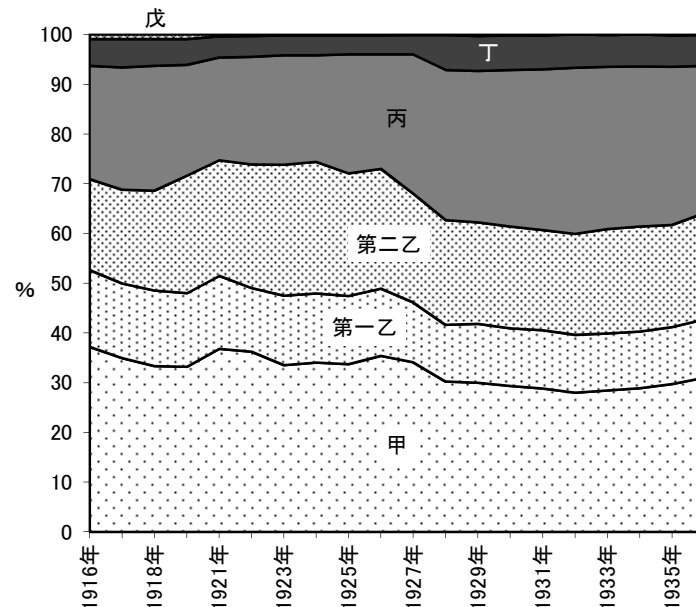
図1及び図2は、『日本社会衛生年鑑』（大正十年～昭和十四年版）所収の陸軍省「徴兵事務摘要」から、甲種、第一乙種、第二乙種、丙種、丁種、戊種の徴兵検査実績をグラフ化したものである。図1は徴兵検査で甲・乙・丙・丁と振り分けられた者の実数を示し、図2はその割合を示している。

図1 徴兵検査人員の体格等位実績（1919～1936年）



- ※1 大原社会問題研究所『日本社会衛生年鑑（大正十年）』大原社会問題研究所、1921年。倉敷労働科学研究所『日本社会衛生年鑑 大正十五年版』同人社書店、1926年。倉敷労働科学研究所『日本社会衛生年鑑 昭和四年版～十五年版』岩波書店、1929～1939年から筆者が作成した。
- ※2 1920～1923年のデータは上記の資料に掲載されておらず欠落。

図 2 徴兵検査人員の体格等位実績の割合（1916～1936 年）



※ 1 出典は図 1 と同じ。

※ 2 1920 年のデータは上記の資料に掲載されておらず欠落。

図 1 を見ると、徴兵検査を受けた人員が 1928 年に大きく落ち込んでいる。甲種・乙種は 1924 年には 45 万人に達していたが、1927 年には 40 万人を割り込み、1928 年には甲種・乙種合格者数が最も減少している。その反面、丁種は 1924 年から 2 万人強の状況であるが、1928 年を境に 4 万人前後に増えている。特に丙種の増加は著しく、1919 年では 13 万人であったものが 1932 年には 20 万人に達している。

図 2 によっても、甲種合格者の全体に占める割合は減少しているのに対し、丁種、特に丙種の割合が 1928 年を境に著しい増加を示している。丁種の割合は全体の 1 割弱であり、丙種・丁種を合わせると全体の 30～40% を占めている。戊種の割合はいずれも 1% 未満であり、1923 年からは 0.2% 未満で、戊種の適用者は他に比べるとわずかであった。

1928 年を機に丙種・丁種の人数・割合ともに増加しているが、前章で述べたように、これは兵役法によって合格となる身長が 3 センチ引き上げられた

ことによることが大きい。特に、高岡裕之の研究成果に示されたように、基本的には制度上の操作によるものと見られる³⁷⁾。ただし、後に述べるように、結核の蔓延や高い乳児死亡率に示されるように、実態として広く国民の健康状態が悪化していたことも考慮に入れる必要があるように思われる。

このように、徴兵検査成績の推移を見ると、1928 年を機に徴兵検査の結果では不合格者が増加し、1928 年以後は、丙種・丁種を合わせると全体の 30～40%を占めていた。これを陸軍は徴兵検査成績の「悪化」と捉え、重大な国家的課題としていく。

（２）丙種・丁種の実態

では、具体的にどのような者が丙種・丁種として選別されていたのか。1917 年に出された陸軍省『大日本帝國陸軍省統計年報』では、1917 年度の丁種不合格者の病類区分の割合を詳細に掲載している。統計として集計されている項目が、1920 年の徴兵検査規則（陸軍省令第 5 号）とほぼ同じであったため、前章で示した表 3 の 1920 年徴兵検査規則（B に該当する部分）で示されていた基準にその数値を付記した。さらに表 3 には、基準で示された「疾病異常」項目ごとの丁種不合格者の割合（%）を「不合格者に対する割合（合計）」欄に示した。

これによると、不合格理由の割合が最も高いのは「盲」（18.1%）で、次いで「骨、骨膜、関節ノ慢性病及其ノ機能障碍」（12.3%）、「眼瞼内外翻症、睫毛乱生症、瞼球癒著症、兎眼、涙囊膿漏、眼球震盪症、眼筋麻痺、夜盲、視野狭窄欠損」（6.5%）、「気管支、肺、胸膜ノ慢性病」（5.7%）、「筋骨薄弱」（5.1%）、「精神病」（4.7%）と続いている。特に視機能に対する割合が高く、集計すると全体の 37%を占める。このことから、1920 年では視機能が不合格の理由として最も多い割合を示していたといえる。

表 7 は『日本社会衛生年鑑』において、陸軍省「徴兵事務摘要」から「主要疾病変常者」という名目で出されていた 1927 年から 1937 年までの丙種、丁種と選別された「疾病変常者」の主要因別の割合（全受検人員に対する千分比）を筆者が整理したものである。

表 7 丙種の主要「疾病変常者」の要因別割合（％）

	1927 年	1928 年	1929 年	1930 年	1931 年	1932 年	1933 年	1934 年	1935 年	1936 年	1937 年
筋骨薄弱	8.38	1.87	7.66	9.39	9.71	11.2	11.1	10.6	10.1	7.43	5.70
痴鈍	0.15	0.16	0.15	0.14	0.15	0.15	0.15	0.15	0.17	0.14	－
重症トラホーム	0.27	0.22	0.23	0.18	0.17	0.20	0.14	0.17	0.17	0.16	0.12
近視又は近視性乱視	1.33	1.06	1.10	1.17	1.25	1.45	1.30	1.57	1.46	1.57	1.38
遠視又は遠視性乱視	0.05	0.06	0.04	0.04	0.04	0.05	0.06	0.04	0.04	0.05	0.03
その他の眼病	1.60	1.43	1.36	1.47	1.38	1.33	1.13	1.20	1.20	1.20	1.25
一眼盲	0.47	0.48	0.45	0.42	0.40	0.40	0.38	0.38	0.38	0.38	0.39
聴器の疾病	2.36	1.99	1.91	1.79	1.59	1.91	1.91	1.90	1.91	1.63	1.31
歯牙の疾病欠損	0.13	0.10	0.10	0.06	0.10	0.07	0.10	0.09	0.07	0.07	0.03
呼吸器疾病	1.81	1.73	1.56	1.88	2.19	1.65	1.60	2.02	1.75	2.32	2.39
循環器の疾病	0.63	0.48	0.54	0.49	0.64	0.44	0.49	0.41	0.42	0.31	0.34
骨関節の外傷及疾病	0.82	0.74	0.73	0.71	0.80	0.60	0.76	0.68	0.62	0.67	0.63
手指の欠損強剛	0.39	0.38	0.39	0.36	0.35	0.34	0.35	0.34	0.33	0.33	0.33
扁足	0.45	0.33	0.22	0.17	0.28	0.14	0.24	0.23	0.14	0.21	0.07

※ 1 出典は図 1 と同じ。

※ 2 1937 年の「痴鈍」のデータは資料に掲載されておらず欠落。

表 8 丁種の主要「疾病変常者」の要因別割合（％）

	1927 年	1928 年	1929 年	1930 年	1931 年	1932 年	1933 年	1934 年	1935 年	1936 年	1937 年
筋骨薄弱	0.35	0.25	0.38	0.34	0.52	0.47	0.45	0.44	0.38	0.30	0.17
不治の精神病	0.24	0.22	0.20	0.22	0.21	0.21	0.21	0.22	0.23	0.33	0.56
癲	0.04	0.02	0.03	0.02	0.02	0.02	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
重症トラホーム	0.08	0.07	0.09	0.07	0.08	0.07	0.06	0.07	0.05	0.05	0.04
近視又は近視性乱視	0.07	0.06	0.07	0.07	0.09	0.09	0.07	0.10	0.08	0.08	0.05
遠視又は遠視性乱視	0.01	0.01	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
その他の眼病	0.33	0.29	0.31	0.34	0.31	0.27	0.27	0.27	0.25	0.25	0.22
両眼盲	0.12	0.09	0.09	0.09	0.08	0.08	0.08	0.08	0.09	0.08	0.08
聴器の疾病	0.06	0.05	0.05	0.04	0.04	0.06	0.05	0.06	0.05	0.05	0.04
呼吸器の疾病	0.31	0.37	0.34	0.41	0.36	0.42	0.36	0.39	0.52	0.43	0.44

循環器疾病	0.05	0.08	0.07	0.06	0.05	0.04	0.03	0.04	0.04	0.04	0.03
骨関節の外傷及疾病	0.75	0.73	0.73	0.74	0.70	0.69	0.72	0.69	0.62	0.65	0.61
手指の欠損強剛	0.14	0.15	0.15	0.13	0.12	0.12	0.13	0.14	0.13	0.13	0.13

※1 出典は図1と同じ。

要因別割合を見ていくと、丙種は、1928年を除いて「筋骨薄弱」が他の疾病変常に比べて顕著に高い割合を示している。このことから、丙種の不合格理由の中心は、「筋骨薄弱」であったことが考えられる。ただし、「筋骨薄弱」は明確な疾病や障害を規定して判断されていたものではなく、非常に曖昧に判断されていたものと見られ、戦時になると「筋骨薄弱」とする者を減らし、兵員を確保するなど、調整弁のような機能もあったものと思われる。丙種では、「筋骨薄弱」に次いで多くを占めていたのが「近視又は近視性乱視」「其の他の眼病」「聴器の疾病」といった視聴覚機能にかかわる部分、及び「呼吸器疾病」である。視聴覚機能にかかわる部分の推移を見ると、横ばいか、低下の傾向が見られるのに対し、「呼吸器疾病」はその割合を増加させているところに特徴がある。

丁種では「筋骨薄弱」「不治の精神病」「其の他の眼病」「呼吸器の疾病」「骨関節の外傷及疾病」が比較的高い割合を示している。ただし、丙種に比べて「筋骨薄弱」の割合は顕著に低い。10年間の推移を見ると、視機能に対する割合は低下を続けている。しかし、「不治の精神病」「呼吸器の疾病」などは反対に増加傾向にある。

(3) 丙種・丁種の実態の考察

丙種・丁種ともに、「呼吸器疾病」が多くの割合を占めていた部分については改めて次節で取り上げる。

視機能が占める割合が高いのは、前章に述べたように、選兵において視機能に対する基準が最も綿密に規定されたことが影響していると考えられるが、同時に、当時眼病が深刻な様相を示していた衛生状況の現れとも受け取れる。明治期日本では眼病があまりに蔓延していたことは、慈善事業として眼の治療に当たっていたヘボンらによる記録にも登場してくる³⁸⁾。表9のように、

当時はトラホームや花柳病といった感染病が流行し、徴兵検査では高い検出率を示している。年次推移を見る限りは徐々に改善はされていくが、依然として高い割合を示していたといえよう。

古見嘉一によれば、1925年のトラホーム予防法によって明らかとなった失明者数の割合は 6,396,963 人中 41,669 人で、失明原因は膿漏眼（23.4%）、トラホーム（15.0%）、外傷（10.1%）と続いていた。失明者総数の割り出しも試みており、両眼の失明者は 9～10 万人程度で、偏眼失明数は 12～13 万人で、合計 21～23 万人となるという。失明眼の大多数は予防可能であり、失明に「ならないでも済んだ盲人が多いといふ結論に達する」と衛生対策の遅れに問題を呈していた³⁹⁾。

1938 年においても、厚生省衛生局によればトラホーム患者数は 488,305 人にのぼり、高い数値にあった⁴⁰⁾。

表 9 徴兵検査時検出のトラホーム及び花柳病患者の推移

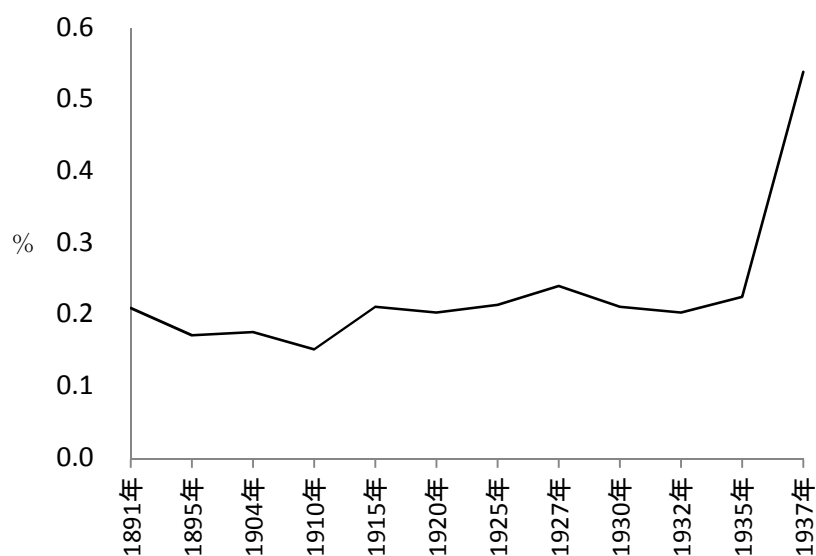
	1912 年	1913 年	1914 年	1915 年	1916 年	1917 年	1918 年	1919 年	1920 年	1921 年	1922 年	1923 年	1924 年
トラホーム	24	20.7	20.5	18.6	16.8	16.6	15.3	14.8	13.4	13.9	15.8	14.7	14.5
花柳病	—	—	—	—	2.3	2.5	2.2	2.2	2.2	1.9	1.7	1.5	1.4
	1925 年	1926 年	1927 年	1928 年	1929 年	1930 年	1931 年	1932 年	1933 年	1934 年	1935 年	1936 年	1937 年
	—	—	12.7	12.1	11.1	11.1	10.9	9.9	9.6	9.4	9.2	8.4	8.5
	—	—	1.2	1.3	1.1	1	1	1	1.2	1.1	1.1	0.9	1

※ 1 出典は図 1 と同じ。

※ 2 数値は、全受検人員に対する百分比で示したものである。

なお、丁種では「不治の精神病」が高い割合を示していた。図 3 は、徴兵検査成績で「精神病」によって丁種とされた者の割合を示している。だいたいは 0.2% 程度を推移しており、項目を「精神病」に変更されてからの推移を見ると、ほぼ横ばい状態にあり、1937 年に不自然な増加が見られる。

図 3 精神病によって丁種とされた者の割合（百分比）



※ 1 各年の『陸軍省統計年報』から筆者が作成した。

※ 2 精神病の数値は、1891 年からは「白痴、癲狂」、1904 年からは「精神病、白痴」、1910 年からは「精神病」として表記されていたものを用いた。

衛生行政の統計に目を向けると、日本の精神病者数は少なくとも日露戦争期から増加を辿っていた。例えば内務省衛生局によると、1929 年の精神病者数は 68,000 人（人口 1 万人比で 10.80 人）で、過去 10 年間増加し続けていた⁴¹⁾。さらに厚生省衛生局の統計では、1934 年では 79,135 人であったものが、1938 年には 90,610 人（人口 1 万人比で 12.55 人）に増加していたのである⁴²⁾。徴兵検査で判断された精神病のある者の割合と、衛生行政が把握できていた精神病者の割合には若干の隔たりが確認できる。

精神病は、呉秀三による精神鑑定の研究成果に代表されるように、当時も技術的にその判断は十分可能であった。軍隊における精神病についてもその存在が日露戦争期より明らかにされ、第一次世界大戦期から早発性痴呆（統合失調症）や躁鬱病などへの対策の重要性が認識されていたようである⁴³⁾。それにもかかわらず、徴兵検査基準では極めて曖昧に判定されていた。

軍事分野における精神病の検査方法の規定は、1910 年に出された「陸軍身体検査手続」（陸達第 5 号）から確認できるが、そこでは「検査ニ際シ受検者ノ態度応答等ニ依リ判断スヘシ」とだけあり、特別な方法や時間は設けず、

受検者の態度応答によって判断すべきとだけ規定されていた。この規定は大きくは修正されず、1927年以降の兵役法下にも引き継がれている⁴⁴⁾。

様子が一変したのは、日中戦争勃発後の1940年の兵役関係法改正後である。「精神に異常」のある者も含め、兵業に支障がないと認められた場合はできるだけ第三乙種以上に合格させることになったといわれている⁴⁵⁾。ところが、日中戦争が始まる1937年は、精神病で不合格にした壮丁数が飛躍的に増えている。仮にこの数値が正しいとすれば、戦時ではより多くの兵士が必要となり、壮丁をできるだけ合格へと繰り上げる方針であるならば、精神病と判断する者の数を減らすことが考えられるが、逆に精神病者の軍隊への入り口を狭めたことになり、不可解といえる。

いずれにせよ、徴兵検査で丙種・丁種となった状況を見ていくと、1928年を機に増加し、丙種・丁種の割合は全体の4割を占める勢いにあったことや、丙種・丁種と判定された内訳を見ると、「筋骨薄弱」や視機能にかかわるもの、及び呼吸器系にかかわるものが比較的高い割合を示していたことが指摘できる。

第2節 「兵力及び労働力の貯水池」としての農村

当時の陸軍や厚生省は農村部を「兵力及び労働力の貯水池」と捉え、その体力低下を重大視していた。その対策として社会保障制度の活用が目指され、国民健康保険をはじめとした医療関係制度が整備されていった側面がある。その背景には、軍部が徴兵検査成績の「悪化」に対し、徴兵検査成績のデータを用いたさまざまな衛生学的分析を行い、社会的な要因にも積極的に把握が進められていたことが指摘できる。

徴兵検査成績は、ある種国民の健康に関する悉皆調査ともいえる。陸軍省医務局長に就任し、後に厚生大臣となる小泉親彦は、こうした徴兵検査成績の地域別のマッピングを通して健康状態を分析することも行っていた。

図 4 関東圏の地域別徴兵検査成績マップ



※ 1 小泉親彦（陸軍省医務局長陸軍軍医総監）「青年団長に望む」大日本聯合青年団、1937 年 1 月から転載した。

図 4 の地図は、各地区で行われた徴兵検査成績を地図に落とし込んだもので、色が最も濃い地域は丙種・丁種となった者の割合が 40%以上、薄い色の地域はその割合が 35～40%、白い色の地域はその割合が 35%未満を示している。

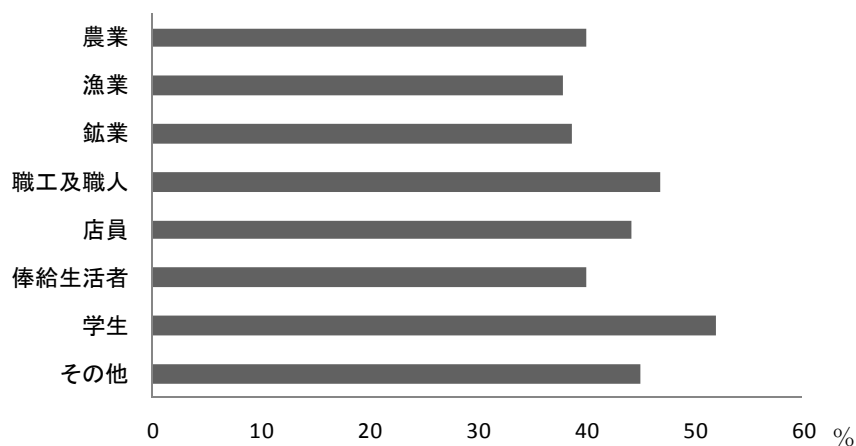
これによれば、丙種・丁種の割合が高い地域、つまり徴兵検査成績の低い地域は東京市内、工業地帯、富士山を中心とする山岳地帯である⁴⁶⁾。反対に、成績の高い地域は、湖や海岸線のある地域（千葉や静岡）、純農村、東京市内付近で都市へのアクセスが便利な郊外となっている。ただし、神奈川の海岸線に位置する工業地帯は成績が低い。このことは三浦半島にも現れており、

東海岸は工廠（軍直轄の軍需工場）があり成績が低い、西海岸は漁村なので成績が高い。成績の低い地域でその原因になっている病類は、都市部や工場地域では「筋骨薄弱」、結核性の疾患、視力の欠乏が主要となっている。農村部では外傷によるものが多く、花柳病が少ないとのことである⁴⁷⁾。

つまり、当時は郊外や海辺、湖岸など人口が密集しておらず、伝染病も蔓延しにくい衛生環境にある地域では徴兵検査の成績が高かった。反対に、都市化した人口の密集地域や工場地域は成績が低くなっていたことがこの地図から見えてくる。地域医療の整備状況など、単に自然環境のみが健康状態に直接反映されているとはいえないが、少なくとも当時深刻な様相を示していた結核は、やはり都市部や工場地帯で深刻化していた様子が見られる。

また、陸軍省では職業別に徴兵検査成績を比較した分析も積極的に行っていた。図5は、東京府で丙種・丁種とされた者の職業別の割合を示したものである。

図5 東京府における職業別丙種・丁種該当者の割合（百分比）



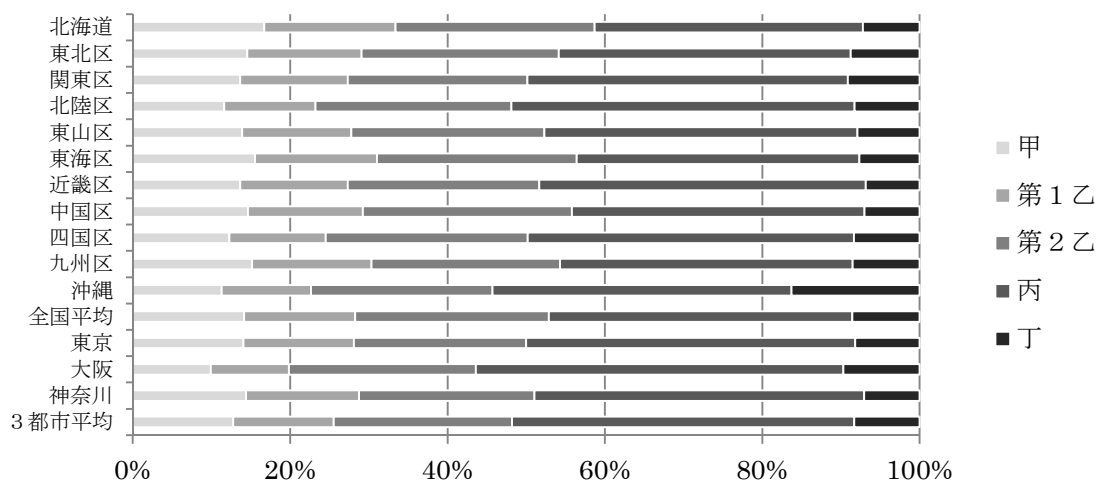
※1 小泉親彦（陸軍省医務局長陸軍軍医総監）「青年団長に望む」大日本聯合青年団、1937年1月から筆者が作成した。

このグラフでは、農業や漁業、鉱業に就いている人の徴兵検査成績が比較的に高く、学生や職工及職人の徴兵検査成績が低いことが判る。当時、学生

の成績が低いことに対して学校教育への反感を示す主張も陸軍で多々見受けられる。このグラフでは示し切れていないが、なかでも土石採取や、工場労働となる紡績や化学製品、被服関連の職業に就いている人は成績が低かった。このように、徴兵検査成績では労働・衛生環境が体力低下に大きく影響していることを示す結果が現れていたのである。

さらに、農村部と都市部との比較に着目すると、次のような結果となっていた。1931年の受検壮丁体格の地域別成績表から、壮丁体格の都市部と農村部を比較できるグラフを図6に示す。

図6 1931年における都市農村別壮丁体格（百分比）



※1 『陸軍省統計年報』（1937年版）から筆者が作成した。

この図を見る限りでは、人口密集度が高い地域の一つである大阪では全国平均と比べると成績が低い、人口密集度が高い東京・大阪・神奈川の3都市平均と、全国平均を比較すると、ほぼ同じ成績になっており、必ずしも都市部の壮丁の成績が低いとはいえない。しかし、徴兵検査成績の都市部と農村部の単純な比較検討には注意が必要である。なぜならば、衛生学の見地から都市と農村の衛生問題を研究した湯浅謹而は、国民の健康状態について徴兵検査成績を用いて次のような研究成果を示しているからである。

まず、湯浅は、徴兵検査成績から「青年層について罹病現象に依る都市と

農村の差を検討する事は可なり危険である。彼等は都市と農村を移動して止まない年齢層であるからである」⁴⁸⁾と述べている。つまり、都市化により農村部から都市部に青年層を中心に人口が移動しているため、都市部で検査を受ける壮丁のなかには相当数の農村部出身者が含まれてしまうため、単純比較はできないとのことである。そこで、湯淺はこの人口移動を踏まえた統計（表 10）を提示している。

表 10 丙丁種該当者百分比（1936 年調べ）

	都会に育ちたる者		田舎にて育ちたる者		田舎より都会に移りたる者	
	東京府	大阪府	東京府	大阪府	東京府	大阪府
丙種丁種 該当者 (%)	51.11	42.30	36.63	36.24	46.46	41.05

※ 1 湯淺謹而『都市の医学』山雅房、1943 年、123 頁から抜粋して作成した。

これによると、明らかに都会で育った者よりも、田舎で育った者の方が丙種・丁種該当者は低いことが判る。つまり、生まれ育った地域によって徴兵検査成績は影響を受けており、やはり幼少期を農村部で生活している方が徴兵検査成績は高いということになる。当時の陸軍や厚生省が農村部を「兵力及び労働力の貯水池」として位置づけていたことも理解できる。

なお、なぜ農村部の出身者の方が徴兵検査成績は高いのかについて、単に労働・生活環境の違いだけに求めることは危険である。1920 年代に広がった優生思想が、農村部にどのような影響を与えたかも考慮しなければならないからである。戦後のデータになるが、厚生省予防局衛生統計部「人口問題資料Ⅱ人工妊娠中絶」(1949 年 3 月)によれば、1948 年 1 月から 12 月の間で、例えば出生 1,000 に対する人工妊娠中絶(市部)では東京が 11.8 なのに対し、岩手では 33.0 であり、死産 100 に対する人工妊娠中絶では東京が 22.0%なのに対し、岩手では 41.9%に及んでいた。戦時中は農村部、特に東北地方の困窮は非常に厳しい状況にあったことを踏まえると、生まれた生命のなかで

も、より健康な肉体を持った者のみを育てるという「ふるい分け」が一層迫られていた可能性があることを指摘しておきたい。

このように、徴兵検査成績から浮かび上がってくるのは、戦時の国民の健康状態が都市環境に密接にかかわった形で影響され、農村が、比較的成績の高い壮丁を排出していたことである。そのような農村の健康状態の低下が、戦時で大きな問題として取り上げられ、後に述べる保健国策へと結実する。

第3節 徴兵検査における結核問題

徴兵検査では呼吸器系にかかわるものが高い割合を示していた。また、前章では除役について取り上げ、除役においても結核が大きな要素であったことを指摘した。結核は軍事政策において、大きな関心事となっていく。ここでは、徴兵検査では結核がどのような状況になっていたかを明らかにする。

表11は、日中戦争が勃発する1937年の徴兵検査成績で、とりわけ大きな割合のものをピックアップしたものである。丙種では「筋骨薄弱」に次いで「気管支、肺、胸膜ノ慢性病」が高い割合にあることが特徴であり、丁種では「精神病」が高く、次いでやはり「気管支、肺、胸膜ノ慢性病」が高い割合にあった。「気管支、肺、胸膜ノ慢性病」の具体的な中身は結核となる。

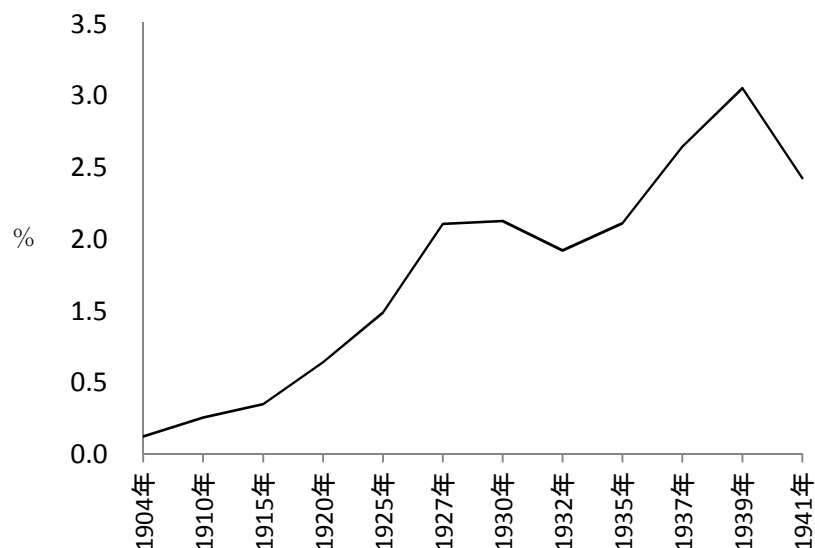
表 11 1937 年における徴兵検査の丙種・丁種とされた主要病類

丙種の主要な病類		丁種の主要な病類	
病類	%	病類	%
筋骨薄弱	5.91	精神病	0.54
気管支、肺、胸膜ノ慢性病	2.49	気管支、肺、胸膜ノ慢性病	0.45
近視、近視性乱視	1.45	四肢骨ノ欠損、短縮、湾曲、蹉跌、股関節	0.39
其ノ他ノ眼病	1.26	骨、骨膜、関節ノ慢性病及其ノ機能障碍	0.22
鼓膜穿孔、中耳ノ慢性病、内耳病	1.25	其ノ他ノ眼病	0.22

※ 1 陸軍省『陸軍省統計年報』（1937 年）から筆者が作成した。

図 7 は、「気管支、肺、胸膜ノ慢性病」の推移を示したものである。この図を見ると、減少するどころかむしろ大きく増加していることが判る。1941 年に割合を減らしているが、これは前章で述べたように 1940 年に第三乙種が新設され、丙種の症状軽度の者は第三乙種へ繰り上げられたことによるものである。そこで、第三乙種と合計すると 5.06% の高率となり、1941 年には 6.45% という未曾有の高率を示していたことが報告されている。また、レントゲン検査の結果は、1941 年 12.7% に所見を認め、うち 5.0% に比較的顕著な病変を認めたとの報告がある。なお、増加を続ける呼吸器系の疾患の状況に対し、軍隊の入口となる徴兵検査でいかに結核の保菌者を食い止めるかが問われてくる。1940 年の兵役関係法改正で、徴兵検査にレントゲン胸部間接撮影法が初めて実施され、一見体格優秀な者であっても結核の発見に注意するなど、入営防止に努めた。実際に 1940 年度は半数の壮丁に、1941 年度はおおむね全員に実施したとのことである⁴⁹⁾。

図 7 「気管支、肺、胸膜ノ慢性病」によって丙種とされた者の割合（百分比）

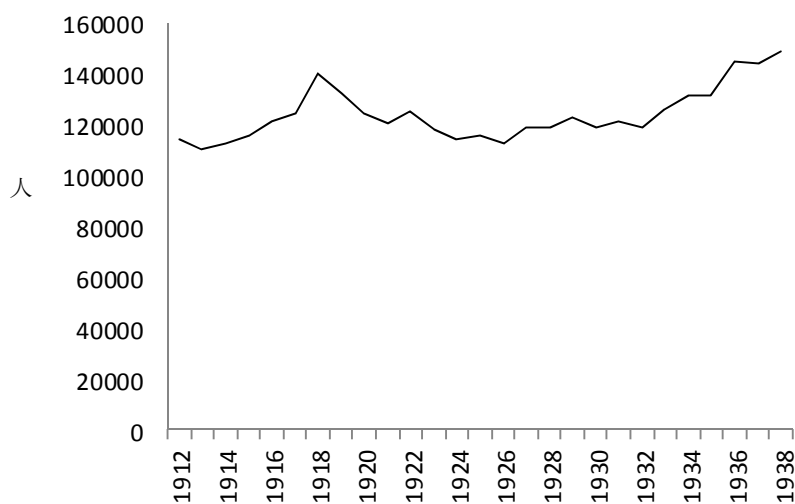


- ※ 1 各年の『陸軍省統計年報』及び陸軍省医務局医事課「徴兵身体検査ノ指導方針竝ニ壮丁体力ノ概要ニ就テ」（1942年）から筆者が作成した。
- ※ 2 「気管支、肺、胸膜ノ慢性病」の数値は、1904年からは「急治スヘカラサル肺、胸膜ノ慢性病」、1910年からは「肺、胸膜ノ慢性病ニシテ一般栄養状態ニ妨ナキモノ」、1920年からは「気管支、肺、胸膜ノ慢性病」として表記されていたものを用いた。1939年以降のデータは陸軍省医務局医事課「徴兵身体検査ノ指導方針竝ニ壮丁体力ノ概要ニ就テ」（1942年）から「肺胸膜ノ疾患」として表記されていたものを用いた。

このような徴兵検査の推移は、衛生行政の統計データと照らし合わせても符合するものである。

厚生省衛生局の『衛生年報』によれば、図 8 に示すように、結核死亡率は米騒動の年となる 1918 年に高率を示し、いったん減少するが、1927 年から増加に転じ、大きく数を増やし、1938 年には 148,827 人に達している。人口比を見ても、1 万人に対する割合が 1926 年で 18.7 人であったが、1936 年には 20.7 人に増加していた。特に都市部の増加が激しく、10 万人以上の都市部の肺結核死亡者数は、1926 年で 16,087 人であったが、1936 年には 35,898 人に倍増している⁵⁰⁾。伝染病となる結核の蔓延は衛生環境が原因となることを鑑みると、当時日本はいかに衛生環境が悪化していたかが推察できる。

図 8 結核死亡者の推移



※ 1 厚生省衛生局編『昭和一三年 衛生年報』から筆者が作成した。

しかも、この傾向は日本の特徴であった。表 12 に示すように、結核死亡者は国際的に比較してもかなり高い割合を示していたのである。1 万人に対する割合は 1936 年時点でドイツは 7.3 人、イギリス 7.0 人、オランダ 5.0 人で、日本の 20.7 人は飛び抜けて高い数値であった。しかも各国とも 1926 年に比べ減少傾向にあったが、日本だけが増加していたのである⁵¹⁾。しかも、男性の年齢層別の結核死亡率では突出して 20～25 歳の青年層が高く、43 人の死亡率であった⁵²⁾。

国際的な軍事力競争の渦中で、兵隊となる若者が蝕まれ、しかもその割合は各国の情勢に反し、日本は減少するどころかむしろ増加していたわけであるから、人的資源の観点から軍部が特に問題視したのは当然のことである。

表 12 結核死亡率及び乳児死亡率の国際比較

	1926 年		1936 年	
結核死亡率 (都市部、1万人につき)	日本	18.7	日本	20.7
	イギリス	9.4	イギリス	7.0
	ドイツ	8.9	ドイツ	7.3
	デンマーク	7.6	デンマーク	4.7
乳児死亡率 (100人につき)	日本	13.7	日本	11.7
	イギリス	6.8	イギリス	5.9
	ドイツ	9.4	ドイツ	6.6
	デンマーク	8.2	デンマーク	6.7

※1 厚生省衛生局編『昭和一三年 衛生年報』厚生省衛生局、1940年、56-58頁から筆者が作成した。

※2 1926年の各国のデータは、1926から1930年の平均値である。

このように、徴兵検査成績で丙種・丁種を排出する重大な要因となっていた結核は、国民一般生活でも大きな衛生問題となっており、欧米列強に比べ日本はその対策が遅れていた。この状況に対し、後に厚生大臣となる陸軍の小泉親彦は、徴兵検査成績のマッピングや職業別分析などを通して、工場など衛生環境の悪さが壮丁の健康を蝕み、体力低下の主因として結核があったことを問題視していた。戦時にもかかわらず人的資源への対策は遅れ、陸軍はその改善を求め、厚生省の設立に向けて動き出すことになる。

第4節 人口政策と保健国策

前節では、工場など衛生環境の悪さが壮丁の健康を蝕んでいたことを、徴兵検査の各種統計が示していたのを明らかにした。結核死亡率の増加や青壮年人口の体力低下に伴い、その対策として陸軍による衛生省設置の提唱を発端に、厚生省の設置が進められ、さまざまな社会保障制度の整備が進められていった。ここでは、その結核が蔓延していた現場である労働環境の実態を取り上げ、戦時政策を象徴する人口政策と保健国策について検討する。

戦争遂行の絶対条件となる兵員の確保にとって、人口問題は大きな国家的

課題とされた。そのなかで、人的資源を直接的に管理・管轄する行政機関として厚生省が設置される。厚生省設置のきっかけには、再び結核死亡率の増加による青壮年人口の体力低下に伴う対策として、寺内寿一（陸相）が衛生省設置を提唱したことに端を発する⁵³⁾。戦争遂行が国家的課題となっていたさなか、農村では貧困と疲弊の状態にあった。重要な人的資源の貯水池であるはずの農村の徴兵検査成績が低下していた。そのなかで、戦争遂行のための健兵・健民政策がとられ、体力行政を柱とした厚生省が内務省から分離独立し、体力行政、保健衛生行政、臨時軍事援護部（傷病兵の更生）が設置された。

厚生省設置に当たっては、内務省側は衛生行政だけでなく社会政策を重視した社会保健省構想を打ち出し、一方で陸軍は衛生行政と体力強化を中心とした保健社会省構想を打ち出し、内務省側と陸軍側との主導権争いが起こっていたが、両者の折衷案として、1938年に厚生省が誕生したとされる⁵⁴⁾。藤野豊は、「厚生省の設置は、国民に健康を義務付け、受精以前から出生以後まで、その健康の質を国家が管理するという体制の確立の始まりであった」⁵⁵⁾と述べている。

1938年は国家総動員法によって国全体が戦争を中心とした体制となり、厚生省はその人的資源分野を所管し、管理を目的とする行政として設置されたといえよう。そのことが社会保障制度にも多大な影響を与えていくことになる。丙種の人たちの成績を「どう引き上げるか」が課題になり、その時に注目されたのが社会保障制度の活用であった。一方で、丁種とされた障害者には「どう減らすか」という発想で考えられていくことになり、その手段として注目されたのが「断種」であった。

人口問題をめぐる論議のなかでは、日中戦争までは人口抑制論が主たる論調で、「いかに減らすか」がさまざまな論文で主張が展開されていた。具体的には、1918年の米騒動など社会不安やその温床となっている貧困の原因は人口増加にあり、貧困の解消策として人口増加の抑制が論調となっていた。それが日中戦争勃発頃から180度転換し、「いかに増やすか」が主張されていた。それを反映するかのように、人口政策ではやはり日中戦争勃発頃から大きく転換し、人口増加を目指すことになる。

このような政策が表立って登場したのが「人口政策確立要綱」といえる。「人口政策確立要綱」は「高度国防」の建設に向け、人口の増加を目標に閣議決定され、以降これを中心に健兵・健民政策が進められていくが、ここで政策課題として示されたのが乳児死亡率の問題、結核死亡率の問題、結婚の問題などであった。

そして、「人口政策確立要綱」には、身体検査で国民を3つに分類し、対策を行う意図があったようである。具体的には「健康者」、「病人、健康者とも病人とも云へない筋骨薄弱の者」、「立派な国家の御役に立ち得るには未だ不十分と云ふ方」に分類し、「健康者」へは心身を練成する方途を講じ、病者へは必要な治療を、中間の者へは日常生活への指導を行って「健康者」にする。また、できるだけ国民を「健康者」の域へと押し進めていくため、治療によって「健康者」にするため国民医療法を制定し、その医療の普及をはかるために日本医療団を設立し、結核対策として療養所の建設を行う。また、体力の向上のため妊婦産婦の指導、乳幼児の指導を中心に行うための機関として保健所を設置したとある⁵⁶⁾。

このような分類に基づく対策を筆者なりに改めて整理すると、次のようになる。すなわち、「健康者」には健康が維持できるよう **sick poor** 対策及び年金保険を強化し、「病人、健康者とも病人とも云へない筋骨薄弱の者」の人たちに対しては **sick poor** 対策と、国民体力法で国家による健康管理を行い、できるだけ徴兵検査成績を向上させる。そして、「立派な国家の御役に立ち得るには未だ不十分」という人には国民優生法によって「断種」の対象へと位置づけられていったといえる。

では、国民をできるだけ「健康者」へと押し進めていくために行われた保健国策ではどのような対応が行われたか。その代表的な法律が国民健康保険法（以下、国保と略す）である。

医療保険自体は、周知の通りドイツのビスマルクが疾病保険法をつくったのが最初だといわれており、社会民主党を鎮圧する政治的なカードとして出てきたものといわれている。日本では後藤新平が提唱し、それが実現したのは1922年の健康保険法であるが、この年は全国水平社や日本農民組合などが結成され、内務省に社会局が創設された年に当たる。つまり、この時期は

1918年の米騒動を経て社会運動が勃興した時になるが、このときの健康保険法もやはり政治的なカードとして出てきたといわれている。

国保を考える場合は、こうした社会運動の動きに加え、Labour Turnover が大きなキーワードになってくると思われる。Labour Turnover とは職工など工場で働く労働者の「出入り」の問題である。日本では第一次世界大戦期ぐらいから Labour Turnover が深刻な社会問題として顕在化した。その背景には厳しい労働条件があり、疲弊し、使い古された労働者が結核などの深刻な病を抱え、辞めていき、また新しい労働者が入ってきては使い古されていくという問題があり、それが先覚的な研究者の社会調査によって明らかにされていったのである。とりわけ渡辺瀨や石原修、加野太郎の業績は画期的なものであった。

『職工事情』などに代表されるように、当時労働三法を欠いていたなか、労働条件が非常に悪かったことは周知のとおりである。とりわけ肺結核など呼吸器系の疾病を患って働くことができなくなり、辞めさせられる。すると工場は新しい人を雇うことを繰り返すことになる。石原修は、そのサイクルのなかで使い捨てられた人たちの後の人生はどうなったかに着目し、調査を行い、その結果多くの割合で亡くなっていたということを明らかにしている⁵⁷⁾。

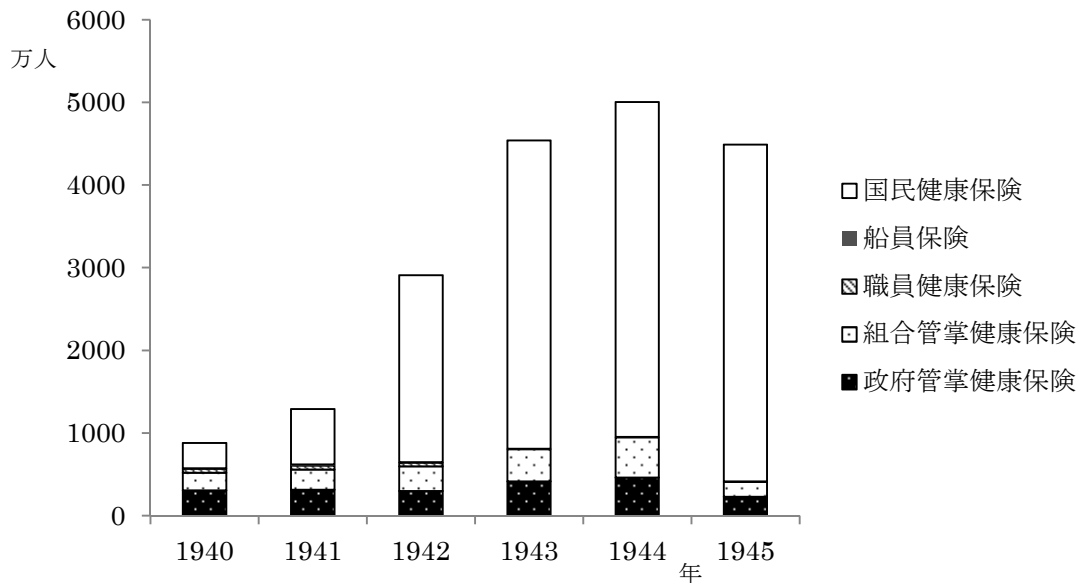
また、大阪市「職工保険に関する調査報告書」（1919年）は、労働者の実態について調べた報告書で、第一次世界大戦が終わった後、貧富の差が非常に広がった時代で、サンプル数も多く信頼性が高いものである。それによると、1年で疾病にかかった割合が女工で41%を超えていた。どのような疾病にかかっていたかを見ると、やはり呼吸器系の疾患が多くを占めていたのである⁵⁸⁾。

昭和恐慌の時代に入ると、農村が厳しい貧困に直面する。昭和恐慌で最も被害を受けたところが東北地方の農村である。そこでは sick poor が大きな影を落としていた。疾病にかかると仕事ができない、仕事ができないとお金を得られない、貧困に陥ると医者にかかれない、医者にかかれないとまた疾病が悪化するという疾病と貧困の悪循環が農村を直撃する。当時は市町村の3分の1が無医村、3分の1が医師1人という状況で、地方にいけばいくほ

ど死亡率も高かったという状況にあった。そのなかで「医療の社会化」を目指す運動が広がり、全国に無料診療所設置運動が広がり、無料から低額で医療を受けられる病院の設置が進められていた。「医療の社会化」運動が国保の成立を下支えし、裾野を広げる原動力になっていったことも考えられる⁵⁹⁾。

このような状況下で内務省は 1933 年頃から国保を構想し始めるが、そこには医師会による根強い反発があった。それを一気に解決に導いていったのが日中戦争であった。前述の通り、日中戦争が勃発することによって徴兵検査成績の「悪化」が大きな軍事政策の課題として注目されていった。このとき人的資源の貯水池でもある農村が危機的な状態であると捉え、とりわけ成績の良い壮丁を排出していた東北地方の農村の健康状態の悪化などに関心があり、その対策として国保が求められた。このような戦争の論理が医師会の抵抗を抑えつけ、国保が成立する。同時に職員健康保険法、船員保険法、医療保護法など保健国策が一気に進められていった。さらに、国民皆保険政策が打ち出され、図 9 に示すように医療保険の被保険者が顕著に増加していった。

図 9 医療保険被保険者数の推移



※ 1 厚生省『厚生省五十年史』から筆者が作成した。

図 9 によると、1944 年はすでに上空から爆弾が降ってくる時期に入るが、そこでも加入者が増えていることがわかる。1944 年の人口は 8,092 万人であったことを踏まえると、約半数が国保に加入していたことになり、かなりの割合を占め、国民皆保険体制に大きく前進していったのである⁶⁰⁾。

第 5 節 国民体力法の制定

日中戦争勃発後、人口増加を目指す政策の下、健兵・健民政策によって政府による国民の体力管理体制の確立や、国民の体力づくりを目指した厚生運動（健民運動）が実施されていった。国民体力法は、1940 年に健康な兵士の確保を目的に定められたもので、徴兵検査成績の悪化を受けて、成績の向上を目指すための具体的な手段としてつくられたものである。ちょうど兵士として「使えるか」「使えないか」といった境界に入る壮丁を、できるだけ健康にすることで兵士として使えるよう成績を引き上げることを目的にしていた。

ここでは、国民体力法を取り上げ、1940 年に国民体力法がつくられた意図

に何があったのかを捉えるため、厚生省の設置段階からの整理を行い、具体的な国民体力法の対象と目的を明らかにすることで、国民体力法において障害をどう扱ったのかを探りたい。

体力行政では、国民体力の調査を実施し、身体部位の計測、運動機能、精神機能、疾病異常の検診がなされ、これをもとに「国民体力管理制度案要綱」が審議会にかけられ、答申の後第 75 回帝国議会で提出された⁶¹⁾。このとき 1938 年 9 月 20 日に出された「(秘) 国民体力管理制度要綱 第七校」によれば、調査内容は、身体計測（身長、体重、視力等）、運動機能測定（筋力、握力等）、精神機能検査（個別的検査、団体的検査）、疾病及異常検診（結核、トラホーム、花柳病、精神病、体質、畸形、不具等）であった。

第 75 回帝国議会での審議過程を分析した清水寛の研究によれば、国民体力法のねらいは、国民の体力を国家の管理下に置き、国家が把握できるようにすることで、壮丁の徴兵検査以前の前期検査として機能させ、指導及び加療を命じることにあった。つまり、体力手帳などによって、国民に体力管理を留意させることにあり、同時に結核、花柳病、脚気の三つの疾病対策を行い、体力検査でふるい落とされた者には、被験者を甲種合格に近づけるため、国民体力向上修練会で虚弱児に対して短期鍛練を行い、疾病が発見されたら国民体力管理医が加療し、貧困者には国が費用を支出することが発案されていた⁶²⁾。このような経緯で、1940 年に国民体力法が成立する。

では、国民体力法ではどのような検査を行ったのか。「国民体力法施行令」（1940 年 9 月 25 日勅令第 620 号）によれば、まず、検査対象としたのは男 20 歳未満である（1942 年の改訂で男 26 歳未満、女 20 歳未満に変更される）。その検査方法は、年 2 回、学校で国民体力管理医を置いて医務に従事させた。そして、検査内容については「国民体力法施行規則」で次のように規定していた。

国民体力法施行規則（1940 年 9 月 26 日厚生省令第 36 号、1942 年 4 月 30 日厚生省令第 28 号改正）

第二章 体力検査

第三十条 疾病異常検診ハ主トシテ結核性疾患、「トラホーム」、花柳病、

寄生虫病、精神病、精神薄弱、心臓病、腎臓病、栄養障碍、脚気、痔瘻、齒疾及形態異常等ニ付之ヲ行フベシ

第三十一条 結核性疾患ノ検診ニ付テハ「ツベルクリン」皮内反応検査ヲ行フベシ但シ反応陽性ナルコト明カナル者又ハ国民体力管理医ニ於テ不適當ト認ムル者ニ付テハ之ヲ省略スルコトヲ得

「ツベルクリン」皮内反応陽性若ハ疑陽性ナル者又ハ国民体力管理医ニ於テ必要ト認ムル者ニ付テハ「エツクス」線間接撮影又ハ「エツクス」線透視ヲ行フベシ但シ体力検査施行者地方長官（第九条ノ体力検査施行者ニ在リテハ厚生大臣）ノ承認ヲ受ケタル場合又ハ已ムコトヲ得ザル事由ニ因リ之ヲ行フコト困難トナリタル場合ハ此ノ限ニ在ラズ

第三十三条 結核性疾患、花柳病其ノ他特ニ指導ヲ必要トスル疾病ニ罹リ又ハ罹レル疑アル者ニ付テハ別ニ「エツクス」線直接撮影、赤血球、沈降速度測定、喀痰検査、血液検査其ノ他ノ方法ニ依リ成ル可ク精密ニ之ヲ検査スベシ

第三章 体力手帳

第四十二条 体力手帳ハ被管理者初メテ体力検査ヲ受ケタルトキ体力検査施行者ニ於テ之ヲ交付ス

第四十二条ノ三 法第八条第三項……ノ疾病ハ左ニ掲グルモノニシテ将来体力ニ著シキ影響アリト認メラルル疾病トス

- 一 結核性疾患
- 二 慢性気管支炎
- 三 花柳病
- 四 精神病、精神薄弱
- 五 心臓病
- 六 腎臓病
- 七 脚気
- 八 痔瘻
- 九 慢性胃腸疾患
- 十 「トラホーム」
- 十一 其ノ他顕著ナル内臓又ハ神経系統ノ機能障碍アル疾病

第四章 指導其ノ他ノ措置

このように、検査内容は体格とともに主に結核をはじめとする伝染病を中心とした病類となっていた。ここには、伝染病を早期に発見することで治療へとつなげ、その発症を予防するねらいとともに、伝染病が子供の間でより拡大することを防止する意味合いもあったものと思われる。

この体力検査によってふるい分けられた者は、健民修練の対象として位置づけられることになる。健民修練について明記された「国民体力検査ニ関スル件」（1943年）では次のような規定がなされている⁶³⁾。

国民体力検査ニ関スル件（1943年6月10日兵備四第四九号）

昭和十八年度国民体力法ニ依ル体力検査ニ関シ本年度ヨリ体力検査ノ結果筋骨薄弱者又ハ結核要注意者ト判定セラレタル者ニ対シテハ健民修練ヲ実施スルコトト相成リ候処之ガ要否ヲ判定スベキ被管理者ノ範囲並ニ判定基準ハ別紙ニ依リ実施ノコトニ取計相成度

昭和十八年度健民修練ノ要否判定ヲ為スベキ被管理者ノ範囲並ニ判定基準

第一 健民修練ノ要否ヲ判定スベキ被管理者ノ範囲

- 一 筋骨薄弱者
- 二 結核要注意者

第二 健民修練ノ要否判定基準

イ 筋骨薄弱ト判定スベキ者

- 1 身長別体重若ハ胸囲ガ別ニ示ス基準以下ノ者
- 2 運動機能（荷重速行）成績四回以下ノ者但シ十七年、十八年及十九年以外ノ被管理者ニ付テハ別ニ定ムルコト
- 3 国民体力管理医ニ於テ望診上筋骨ノ發育不良ト認メラルル者但シ左ノ者ヲ除クコト
 - （1）健民修練ヲ行ハズトモ發育ノ見込アル者
 - （2）身長十七年ニ在リテハ一四六糎未満ノ者、十八年及十九年ニ在リテハ一四九糎未満ノ者

- (3) 結核性疾患、性病、癩、重症「トラコーマ」其ノ他集団生活ニ不適當ナル伝染性疾患アル者
- (4) 精神病及高度ノ精神薄弱ノ者
- (5) 動作ノ障碍著シキ者
- (6) 視力両眼共〇・三ニ滿タザル者、聴力障碍著シキ者、及重キ吃、啞ノ者
- (7) 重症ナル疾患ノ快復期ニアル者其ノ他修鍊生活ニ不適當ナル疾病異常アル者

このように、健民修練の対象は「筋骨薄弱者又ハ結核要注意者ト判定セラレタル者」であった。ここでは、それまであいまいな位置づけにあった「筋骨薄弱」の判定基準について具体的に言及されており、体格とともに「荷重速行」⁶⁴⁾というものによって決められていた。

また、「精神病」や「高度ノ精神薄弱」、「動作ノ障碍著シキ者」、「視力両眼共〇・三ニ滿タザル者」、「聴力障碍著シキ者」など、比較的重度な障害のある者は具体的な項目を挙げながらその対象から除外している。

前述の通り、兵役法の丙種は「筋骨薄弱」が中心であったことや、前章の表3で示した「陸軍身体検査における体格等位基準」の内容と健民修練の対象とを照らし合わせると、明らかに乙種及び丙種となる者が健民修練の対象として位置づけられており、丁種となる者はその対象からは除外されていたことがわかる。すなわち、国民体力法では将来徴兵検査にて乙種及び丙種となりそうな「筋骨薄弱」や結核などの伝染病の疑いのある者を中心に取り出し、健民修練の対象として鍛え直し、甲種または乙種合格へと引き上げていくことがねらいであったことが考えられる。反対に、「高度ノ精神薄弱」や「動作ノ障碍著シキ者」など、比較的重度な障害のある者がここでは国民体力法から除外される対象として明確化されていたといえる。

このように健兵・健民政策の下に、国民体力法によって政府による国民の体力管理体制を確立し、兵隊としてのマンパワーをより多く確保する政策が進められた。そのなかで徴兵検査の合格と不合格の間に目が向けられ、その改善を図ろうとしたが、より重度な障害を「使えない」存在として注意深く

振り分けていたのである。

第6節 国民優生法の制定

健兵・健民政策により国民体力法とともにつくられたのが国民優生法である。これは精神病や知的障害など当時「遺伝的」と見なされていた障害のある者に「断種」を規定したものである。これにより、先天性など「遺伝的」と見なされた障害のある者は排除対象として明確に位置づけられていく⁶⁵⁾。つまり、兵役法下で生じた徴兵検査成績の「悪化」は、戦争を続けていくための人的資源の量・質の問題に発展し、「人的資源の涵養」の名の下に、徴兵検査の裾野が未成年期（国民体力法）に加え、さらには出産以前（国民優生法）の領域にまで広げられていったといえよう。

第4節で述べたように、国保制定の背景を見ていくと、やはり戦争を維持・拡大する軍事政策としての意図が深く絡んでいた状況があり、そこには兵力や労働力といった人的資源の供給や動員の論理が一つの共通項としてあった。国家政策が軍事的勢力による支配下で、あくまで人的資源の論理で進められたことは、一方で社会保障制度の「拡充」をもたらしたといえるが、その論理的帰結として生み出されたといえるのが国民優生法である。

加えて、戦時下の障害者対策の特徴は、障害の原因によって対応を差別化していたことである。戦争の結果、軍人として障害を負った者には軍事援護によって大規模で手厚いケアが約束されていた。また、後述するように、「産業戦士」として産業に貢献した結果、障害者になった人には厚生年金保険法や恩給を通じて保護が行われた。一方で、戦争や産業に貢献できないと見なされた先天性障害者などには国民優生法による「断種」が用意された訳である。このように、障害の原因別ではっきりと人間を分類して対応していったのが戦時政策の特徴なのである。

断種法は1907年にアメリカのインディアナ州による強制断種法がはじまりだといわれている⁶⁶⁾。ヨーロッパではスイスやデンマーク、ドイツに広がっていき、それが『民族衛生』や『公衆衛生』などの医学雑誌を通じて日本

にも輸入されていった。そして、動植物と同じように人間の改良は遺伝の法理でできるといった主張を先頭に、日本民族衛生学会など、優生学関連学会がつくられ、遺伝性で見なされた障害は民族衛生にとって有害であるといった論調が登場する。

例えば、徴兵検査に合格する壮丁は結婚しないまま兵役に服し、反対に不合格となった者が「優秀ならざる種性を自由に薪き散らすべき機会を恵まれる」。しかも健全な者が戦線に立って戦い、体質の劣った者は後送されるため、真に素質のすぐれた者が絶滅してしまう。これは民族衛生の立場から考えて国家の将来にとって恐るべき惨禍であるといった主張がなされていた⁶⁷⁾。また、人口問題に関連した主張として、文化が爛熟すると優秀な遺伝的素質を持つ階級が子どもを欲しくなくなる一方で、劣悪な者への保護がいきすぎると劣悪な者がはびこり、逆淘汰が起こってしまい、民族の衰退を招くといった主張がなされていた⁶⁸⁾。つまり、遺伝的に優れているとする所得階層の高い人たちは、子供をなかなか産まず、低所得階層ほど多産にあり、これは民族問題ではないかといった人口問題に関連した主張が展開されていったのである。反対に、遺伝性と環境性でないものとの区別も極めて困難なものであって、軽々しく決定できないといった主張も展開されるものの、民族衛生の立場の人たちは、遺伝性で見なされる障害のある者は「国家の恥辱であり、民族の不幸損害の藪からざるべき」との主張をしながら「民族衛生保護法」を提案していった。しかし、立法化には根強い反対があり、廃案を繰り返していたが、健兵・健民政策の下、1940年に国民優生法として成立したのである⁶⁹⁾。

国民優生法の条文では、法の目的に「本法は悪質なる遺伝性疾患の素質を有する者の増加を防遏すると共に健全なる素質を有する者の増加を図り以て国民素質の向上を期することを目的とす」とある。また、断種の方法はいわゆる「去勢」ではないとも規定していたり、手術費用は負担能力がある場合は基本的に自己負担であることが規定されたりしていた。

国民優生法の対象は国民優生法施行規則によって規定されていた。その内容は次の通りである。

1 遺伝性精神病

精神分裂病 躁鬱病 真性癲癇

2 遺伝性精神薄弱

精神薄弱（白痴、痴愚、魯鈍）

3 遺伝性病的性格

分裂病質 循環病質 癲癇病質

4 遺伝性身体疾患

遺伝性進行性舞蹈病 遺伝性脊髄性運動失調症 遺伝性小脳性運動失調症 筋萎縮性側索硬化症 脊髄性進行性筋萎縮症 神経性進行性筋萎縮症 進行性筋性筋栄養障碍症 筋緊張病 筋痙攣性癲癇 遺伝性震顫症 家族性小児四肢麻痺 痙攣性脊髄麻痺 硬直性筋萎縮症 先天性筋緊張消失症 先天性軟骨發育障碍 多発性軟骨性外骨腫 白児魚鱗癬 多発性軟性神経纖維腫 結節性硬化症 色素性乾皮症 先天性表皮水疱症 先天性ポルフィリン尿症 先天性手掌足蹼角化症 遺伝性視神経萎縮 網膜色素変性 黄斑部変性 網膜膠腫 先天性白内障 全色盲 牛眼 黒内障性白痴 先天性眼球震盪 青色鞏膜 先天性聾 遺伝性難聴 血友病

5 遺伝性畸形

裂手・裂足 指趾部分的肥大症 顔面披裂 先天性無眼球症 嚢性脊髄披裂 先天性骨欠損症 先天性四肢欠損症 小頭症

国民優生法の対象は、「遺伝性精神病」「遺伝性精神薄弱」「遺伝性病的性格」「遺伝性身体疾患」「遺伝性畸形」に分類され、各種障害が詳細に規定されていた。精神病や知的障害は軽度と見られる程度も含まれ、身体障害では筋萎縮性側索硬化症や家族性小児四肢麻痺、白内障、血友病など、障害が網羅的に規定されていた。

このなかで、「遺伝性畸形」として奇形のカテゴリーをわざわざ設け、詳細に障害を規定していたことが特徴的である。奇形にここまでこだわって規定されたのには、軍事政策的なねらいが大きく影響しているものと思われる。なぜなら、奇形は軍隊活動において重要な要素となるからである。この奇形

のカテゴリーの内容は、表 3 で示した「陸軍身体検査における体格等位基準」で、「趾ノ欠損、強剛ニシテ兵業ニ妨ゲアルモノ」を丁種と規定するなど、やはり行軍などに支障のあるような奇形は丙種・丁種対象として規定され、詳細に分類していたものと共通する。つまり、国民優生法では、兵士として使えるかどうかの基準で対象が決められていった側面を示すものである。

おわりに

本章では、徴兵検査成績の実態に焦点を当て、その成績が低下していた状況があったこと、それに関係しながら国家政策が実施され、障害のある者には障害原因に基づき手厚い保護から「断種」までといった対応が実施されていた過程を述べた。

その成績低下によって深刻な様相を示していたのが結核であった。戦時になると、そのことに危機感を感じた国家政策では矢継ぎ早に人的資源の確保のための対策がとられていった。その一つが社会保障制度の活用であり、国保の成立によって主に農村部の **sick poor** 対策が講じられていったことである。また、徴兵検査成績の悪化を受け、成績を引き上げるための手段として国民体力法が制定された。そこで中心的な対象とされたのが筋骨薄弱者や結核要注意者であった。これは、兵役法では主に乙種及び丙種となる者に該当する者であった。すなわち、乙種及び丙種に選別される壮丁を甲種または乙種合格へと引き上げることが、国民体力法では重要な目的として意図されていた。その対象はいわば虚弱児であり、障害が重度な者はその対象から注意深く除外されていた。そこで対象から除外されるような障害がより重度な者に対しては、国民優生法が準備され、「断種」の対象へと位置づけられていたのである。

このように、戦時では国民に対し、兵士として「使える存在」と「使えない存在」との注意深い選別が国家政策によって大々的に行われていた。戦争によって多くの兵員を必要とすると、「使える存在」の枠組みもより広くし、虚弱児など軽度の者はその中に包摂され、健民修練を通してその実現が試み

られていった一方で、その見込みのないとされた丁種に該当する障害の重度な者には淘汰の対象として捉え、排除を行っていったといえよう。特に、戦時では保健国策が実施され、国保の実施や国民皆保険政策など、さまざまな社会保障制度が整備されていった。そのことが一層、国民の間では「使える存在」とされるか、「使えない存在」とされるかで、扱いの差を際立たせていったといえる。

このように見ていくと、国家政策において細かく人間のふり分けが行われ、その基準は時々の軍事政策の都合によって限定や拡大が行われてきたといえる。その選別基準のなかで、障害は人的資源にとってマイナスな存在として顕在化してきた歴史があったといえる。

第3章 社会保障制度における「不具・廃疾」概念

はじめに

本章は、年金保険制度の成立期に焦点を当て、労働者年金保険法、厚生年金保険法で登場してきた廃疾年金及び障害年金を取り上げ、その中身やねらいについて考察を行うものである⁷⁰⁾。先行研究では、年金保険制度の成立期を取り上げた廃疾年金の対象規定の分析はおろか、廃疾年金そのものに焦点を当てた研究すら管見の限り見当たらない。そこで、まずは年金保険制度の先行研究を用いながら廃疾年金の概要を述べたうえで、廃疾年金における「廃疾」とはいかなるものを対象としていたか、その歴史的社会的状況から考察をしていくことにする。

第1節 医療保険と年金保険における廃疾問題

廃疾年金の成立には健康保険法が影響している。前章で述べたように、近代における日本では **Labour Turnover** が大きな社会問題となり、使い古された労働者が疾病に苦しみ、なかには死亡する者も多数存在していた。このとき深刻な様相を呈していたのが結核であった。

社会運動の拡大とともに、団結権や団体交渉権を主とした労働組合法が要求されたが、政府はあくまで否定的であった。資本側は、組合の横断的繋りを助長しかねない労働組合法の制定を認めるわけにはいかなかったのである。社会不安への対応は行わざるを得ないが、労働問題には直接手を加えずに済み、権利としてではなく「温情」で、なおかつ労働力の安定供給に寄与するものとしてひねり出されたのが共済組合の法制度化、すなわち健康保険法であった。こうして日本で初めての社会保険が、労働力の確保や労働運動からの突き上げに対する産業平和策として登場したのである⁷¹⁾。

このような状況下でつくられた健康保険法では、法案の段階では「廃疾」が念頭に置かれていた。1921年の第44議会に提出の疾病保険法案には「廃

疾」が対象として位置づけられていたのである⁷²⁾。これは審議未了となり実現に至らず、翌年に成立する健康保険法では「本案の定むる保険範囲は廃疾保険を含有せず」⁷³⁾として削除された。「廃疾」を除外した理由は、保険料の算定など保険技術の問題であった。そのため、健康保険法は廃疾保険を実施するための基礎資料とすることが明記され、「希望決議」として「政府は成るべく速に是等保険の制度を立つべきこと」⁷⁴⁾とし、早期の廃疾保険の実施が提言されていた。このように、健康保険法の成立過程では、「廃疾」がその対象となるかどうか争点としてあげられていたのである。

これについて佐口卓は、「保険事故の対象として廃疾をくわえていることは体系的な整備としてすこしく疑問が生ずるのであるが、とくにその廃疾の意味が明確でなく、『従業不能』とは長期疾病を意味し、身体障害という意味はうすいと考えられる」⁷⁵⁾としている。この場合の「廃疾」は肺病が想定されていた。180 日以上の長期療養が必要な肺病を健康保険法で対応するか、年金保険制度で対応するかが争点となっていたのである。この肺病は廃疾年金の対象として位置づけられ、年金保険制度から療養の給付が求められるようになる。また、厚生年金保険法の成立時は健康保険法も改正され、健康保険法による療養の給付の打ち切り日を障害年金や障害手当金の受給時期とするなど、長期療養が必要な者に対する健康保険法と厚生年金保険法とが連動した保障体制が整備された。

第 2 節 年金保険制度樹立の動き

健康保険法の対象外とされた「廃疾」は、年金保険制度の対象となる。

年金保険制度の端緒はドイツ・ビスマルクの老廃保険法(1889 年)に発し、フランスやイギリスで成立し、第一次世界大戦後に各国に広がっていった。ドイツで老廃保険法が制定された背景には、社会民主党鎮圧策（あるいは社会主義緩和策）としての側面が強かった。このとき廃疾年金は被保険者が一時的労務不能か、永久的労務不能に陥った場合に支給され、「不具廃疾」のある者への給付は等級（4 等級）に応じて行われていた。このときの管理運営

は各地域の廃疾保険所によって行われ、徹底した官僚統制が行われたという⁷⁶⁾。

このときの「廃疾者」とは、「傷病若は肉体的乃至精神的能力の虚弱な為に当該本人の力量及技倆に相当し且つは其の教養と従来よりの業務とを仔細に亘つて検討し、至当と認められる動作に依り同一の地方に於て類似の教養ある同業者の肉体的乃精神上健全な者が取得するのを常とする額の $1/3$ に相当する額を最早や稼働し得ない様な状態となつた者」⁷⁷⁾としていた。また、ドイツに限らず各国とも「廃疾」認定の方法は共通しており、おおよそ「全部廃疾」（労働能力の完全な消滅）と「一部廃疾」（正常な所得能力の $2/3$ ないし $1/2$ の消滅）に分類され、労働不能の程度の割合で判断されていた⁷⁸⁾。

ただ、内野仙一郎によれば、このときの廃疾保険には医療的な役割が期待されていたようである⁷⁹⁾。それはできるだけ「廃疾」にならないように予防する効果と、「廃疾」になった場合も稼働能力を復活させるための療養の給付を行うといった「廃疾」の防止・遅延・治療まで幅広い役割が想定されていたとある。廃疾年金を受給する事由に結核が 10% を占めるなど、結核が廃疾の原因として相当高く、ドイツでは結核撲滅対策が行われていたという⁸⁰⁾。

つまり、各国で成立した廃疾年金は労働能力を基準に認定され、ドイツでは結核を念頭にその治療やリハビリテーションの側面をも内包されていたことになる。

第3節 船員保険法と労働者年金保険法の制定

日本における戦時社会政策は、労働力確保に加え労働力配置の問題が大きな課題であった。戦時は徴兵と軍需産業の肥大化で労働力が不足する事態となり、特に日中戦争以後、政府はそのことを重大な政策課題として認識していた。その問題は熟練労働者だけでなく未経験工や不熟練工の労働力不足にも及んでいた⁸¹⁾。そのため、矢継ぎ早に政府は国家総動員法をはじめとした法律を制定して労働力統制を行い、労働者の移動防止や配置政策を進めた。それでも労働力不足は解消できず、国民徴用令により国民の強制的な軍需産

業への配置を義務づけるに至った。このような時代状況のなか成立したのが労働者年金保険法であった。

その成立にはやはり軍事的要求が深くかかわっている。労働者年金保険制度の萌芽は明治末期の民間共済組合のなかに見出すことができるが、より一歩前進した制度として整備され発展していったのが官業共済組合だった。その官業共済組合は、資本を国家権力によって増強させるねらいとともに軍事的要求があったことが指摘されている⁸²⁾。

官業共済組合が拡大するに伴い、日本における年金保険の嚆矢⁸³⁾である船員保険法が紆余曲折を経て成立する。船員保険法の成立の動きは 1920 年から見られるが、担当省庁を変えながら法案が検討されるも、ことごとく成立が見送られていた⁸⁴⁾。船員保険法は、かねてより海上労働の特殊性が大正期から取り上げられ、法案化が検討されてきたが、労資の「情誼」の破綻と産業負担の増大を恐れた産業界からの反対があり成立しなかった。ところが 1937 年に日中戦争が勃発し、戦時体制下で海運業の重要性が増し、国防的要請として船員を確保する必要に迫られ、船員保険法が実現したのである⁸⁵⁾。

その給付内容は医療と年金が合体した構造になっていたが、年金が重点にあった。具体的には、療養の給付（下船後の傷病は対象外）、老齢年金、廃疾年金及び廃疾手当金、脱退手当金、死亡手当金であった。このうち廃疾年金は被保険者期間が 3 年以上で給付され、「廃疾」の状態に応じて年金か一時金（手当金）を支給する仕組みになっていた。

船員保険法のなかに年金制度が実現されると、それを足がかりに労働者年金保険法が制定されるに至る。船員保険法が成立した後、はやくも 1939 年 7 月に草案が出され、1940 年 6 月には労働者年金保険制度案要綱が現れた。その後、労働者の短期移動防止、長期勤続奨励を目的とする法案の修正が行われ、労働者年金保険法案として第 76 議会に提出され、成立した。こうして、一般の労働者を対象にした年金保険制度として日本初となる法律が戦時に誕生したのである⁸⁶⁾。

労働者年金保険法制定の目的には、老後や「廃疾」の不安を一掃することで労働力の保全増強、生産力増強を図ることが強調された。その仕組みは全体的に船員保険法の年金部分と共通していた。

適用範囲は、健康保険法の適用を受ける常時 10 人以上の工場・鉱山に働く男子労働者を強制的に被保険者とし、女子労働者は任意加入とした。保険料は労使折半で、一般労働者は 64/1000、坑内夫は 80/1000 で、国庫負担は事務費の全額と給付費の一部（一般労働者は 10%、坑内夫は 20%）とした。被保険者数は当初 336 万人であった。

給付内容は、養老年金、廃疾年金、廃疾手当金、遺族年金、脱退手当金とした。このうち廃疾年金と廃疾手当金は、「廃疾」の程度（重度は廃疾年金、軽度は廃疾手当金）によって分類された。廃疾年金の給付は、「廃疾」となる前 5 年間で 3 年以上の被保険者期間を条件とし、廃疾年金の給付額は養老年金と同額とし、廃疾手当金は平均標準報酬月額 of 7 ヶ月分が支給された。

第 4 節 廃疾年金の対象

近藤文二は廃疾保険の対象を次のように述べている⁸⁷⁾。それは一般的労働不全、職業的労働不能であり、生理学的な「廃疾」ではなく、従前の給与を参照にした「経済的廃疾」が対象になるという。

前述の、船員保険法の土台となった官業共済組合、例えば国有鉄道共済組合では廃疾年金の対象を次のように規定していた。廃疾年金は、「自己の重大なる過失によるに非ずして傷痕をうけまたは疾病にかかったもので、加入後十年を経過したものに給付す」。対象は、「第一等 両眼を盲しもしくは二肢以上の用を失ひまたはこれに準ずべき傷痕をうけ恒久的廃疾に陥り終身自由を辨ずることが出来ないとき」で、「第二等 一肢の用を失ひ又は之に準ずべき傷痕をうけ恒久的廃疾により自用を辨じ得と雖も終身業務に就くことが出来ないとき」の二種としていた⁸⁸⁾。この規定を見る限りでは、「恒久的廃疾」で生涯にわたって身体的自由を失った場合や、身のまわりのことは自分でできるが生涯にわたって仕事に就くことができないといった状態を「廃疾」と捉えていたことになる。

では、労働者年金保険法では「廃疾」をどのように捉えていたのだろうか。労働者年金保険法で廃疾年金及び廃疾手当金を規定した条文は下の通りであ

る。

第三六条 被保険者ノ資格喪失前ニ発シタル疾病又ハ負傷及之ニ因リ
発シタル疾病ガ勅令ノ定ムル期間内ニ治癒シタル場合又ハ治癒セザ
ルモ其ノ期間ヲ経過シタル場合ニ於テ勅令ノ定ムル程度ノ廃疾ノ状
態ニ在ル者ニハ其ノ程度ニ応ジ其ノ者ノ死亡ニ至ル迄廃疾年金ヲ支
給シ又ハ一時金トシテ廃疾手当金ヲ支給ス

廃疾年金又ハ廃疾手当金ノ支給ヲ受クルニハ廃疾ト為リタル日前
五年間ニ被保険者タリシ期間三年以上ナル者タルコトヲ要ス

廃疾年金の受給要件は、「廃疾」となった日からさかのぼった 5 年間で 3 年以上被保険者である者としていた。その理由について当局は、「大体廃疾年金ノ最少額トシテ保障セラレテ居リマスル年金五年分（十五月分）ニ相当スル金額ノ半分デアル七月分ニ相当スル金額トシタ」⁸⁹⁾と説明していた。これは「保険経済上逆選択ニ依ル保険悪用ヲ防止スルコト、又此ノ制度ニ於ケル廃疾給付ハ相当厚イ保護デアリマスカラ」⁹⁰⁾、厚い給付を受けるにはある程度、保険経済に寄与することを求めたという。

そして、対象規定は勅令で定めた「廃疾」の基準で決定する方式を採用した。その条文は下の通りである。（1941 年 12 月勅令 1250 号）

第二一条 労働者年金保険法第三十六条ノ規定ニ依リ廃疾年金ヲ支給
スベキ程度ノ廃疾ノ状態ハ別表第一ニ該当スルコトヲ要シ廃疾手当
金ヲ支給スベキ程度ノ廃疾ノ状態ハ別表第二ニ該当スルコトヲ要ス

つまり、具体的な対象は別表に定める「廃疾」の状態にあるときとした。なお、ここでは廃疾年金と廃疾手当金が定められているが、このとき「終身労務不能程度の廃疾」であれば廃疾年金の対象に、「従来の労務に服すること能はざる程度の廃疾（職業的不能）」であれば廃疾手当金の対象としていた。では、この勅令では廃疾を具体的にどのように規定していたのか。その内容を表 13 に示す。

表 13 廃疾年金の対象（1941 年 12 月勅令第 1250 号）

1	両眼ノ視力 0.1 以下ニ減ジタルモノ又ハ一眼失明シ他眼ノ視力 0.3 以下ニ減ジタルモノ
2	咀嚼若ハ言語ノ機能ヲ廃シタルモノ又ハ咀嚼若ハ言語ノ機能ニ著シキ障害ヲ残スモノ
3	両耳ノ聴力耳殻ニ接セザレバ大声ヲ解シ得ザルモノ
4	脊柱ニ著シキ畸形又ハ運動障害ヲ残スモノ
5	一上肢ヲ腕関節以上ニテ失ヒタルモノ又ハ十指ヲ失ヒタルモノ
6	一上肢ノ三大関節ノ中ニ関節以上ノ用ヲ廃シタルモノ又ハ十指ノ用ヲ廃シタルモノ
7	一下肢ヲ足関節以上ニテ失ヒタルモノ又ハ十趾ヲ失ヒタルモノ
8	一下肢ノ三大関節ノ中ニ関節以上ノ用ヲ廃シタルモノ
9	胸腹部臓器ノ機能ニ著シキ障害ヲ残シ終身労務ニ服スルコト能ハザルモノ
10	精神又ハ神経系統ノ機能ニ著シキ障害ヲ残シ終身労務ニ服スルコト能ハザルモノ
11	以上各号ニ該当セザルモノト雖モ疾病又ハ負傷ニ因リ終身労務ニ服スルコト能ハザルモノ

※ 1 原資料にもそれぞれの規定に 1～11 までの数値が割り振られているが、これは等級を意味するものではない。

このように、廃疾年金における「廃疾」とは視力障害、咀嚼・言語障害、聴覚障害、肢体不自由、内部障害、精神障害を中心に考えられていたといえる。「廃疾」の規定の仕方を見ると、個別の「廃疾」の種類が挙げられ、例えば「一上肢ヲ腕関節以上ニテ失ヒタルモノ」といったように大半はその程度が具体的に規定されている。このことは、できるだけ「廃疾」の状態を具体的に明記することで現場の医師の裁量を狭くし、官僚が対象の認定をコントロールする仕組みが導入されたことを意味する。ただし、9・10に見られる

ように「終身労務ニ服スルコト能ハザルモノ」として労働能力に基づく規定を明記しているものもある。医学的に明確な基準が定めにくい「廃疾」は合理的な考えに従って個別に判断することにしたと思われる。

廃疾年金の対象をこのような表で「廃疾」の状態を列挙した事情について、当局は次のように説明している。「廃疾」の程度は終身労務不能程度の「廃疾」としているが、実際には従来の労務に服することがどの程度できないかを具体的に認定することは至難なので、身体障害の程度によって「廃疾」の程度を限定した。したがって、現実には「廃疾者」が終身労務に服せないかどうかは問わないとしていたという。また、実際にこの別表で判断することは困難な場合が多いので、その運用にはその方面の知識経験豊富な専門家に審査を求めるなど、できるだけ正確を期することとしていた⁹¹⁾。

近藤文二が述べていた廃疾保険論における対象認識の方法は、「廃疾」による労働能力の損失に着目し、ある種人間全体で判断することが述べられており、今日でいわれている社会モデルに近かったといえよう。しかし、廃疾年金の実際の運用の場面では、考え方としては労働能力損失の論理が基底にあるものの、個別の「廃疾」の種類で判断する仕組みが導入され、「廃疾」の程度が細かく規定された結果、現場の医師の裁量というより官僚がその対象を細かく決めていく体制が採られていったことが指摘できよう。

では、政策的には廃疾年金はどのようなねらいがあり、その対象はどのような「廃疾」を想定していたのだろうか。以下でその考察を行う。

第5節 廃疾年金のねらい

(1) 年金保険制度の目的と廃疾年金

労働者年金保険法の成立をめぐっては、保険料を労使折半とするため経営者団体からの根強い反対があった。それにもかかわらず成立した。成立に至らせた決定的要因がどこにあるのかは、論者によって見解が分かれている。

「通説」となる『厚生省五十年史』では次のように述べている⁹²⁾。戦時下で労働者年金保険法が成立した背景は、生活保障という側面の他にも、「保険

料として通貨を吸い上げることによって軍需インフレを抑制し、また保険料の積立金を大蔵省預金部に入れて財政資金として運用（一部は労働者の福祉施設に還元融資）する」⁹³⁾こと、また、坑内夫は資格期間を15年に設定するなど、労働力の短期移動防止と長期勤続奨励の目的もあったとしている⁹⁴⁾。

近藤文二は、労働力の保全・培養論を踏まえつつ、年金保険制度では零細労働者のなかで流通している資金を吸収し、巨額の保険料収入を戦費に役立たせていくことがねらいであったと主張した⁹⁵⁾。これに対し横山和彦は、積立金は軍事費総額のたった2.7%を占めるだけであって、その目的は戦費調達ではなく労働者の移動防止とインフレの抑制であったと批判した⁹⁶⁾。土穴文人も戦費調達説を批判し、労働者年金保険法は労働力の確保と維持、さらには労働意欲の鼓舞を通して労働者を戦時体制の下に統括することが目的であったとした⁹⁷⁾。また、加えて戦時では国民徴用令など強制的な労働配置を国民に強いたため、国は国民の思想的動揺を恐れ、労働者年金保険法により思想的安定を図るねらいもあったとの指摘もある⁹⁸⁾。さらに、これらはどれも否定し得ないとする見解もある⁹⁹⁾。いずれにせよ、年金保険制度のこれまでの論議では労働者の移動防止、労働力の保全増強、インフレの抑制、思想的安定、戦費調達が主張されてきた¹⁰⁰⁾¹⁰¹⁾。

ところが、廃疾年金は産業戦線からある程度排除された存在への給付となるため、廃疾年金を年金保険制度のなかに設けた必然性はなおもこのような社会政策論では説明がしにくい。以下では廃疾年金がつくられたより直接的な要因として、結核への対応が推察されること、業務災害への対応の側面があったことについて述べたい。

（２）可能性として結核への対応

前述した通り、もともと廃疾年金の成立には健康保険法が影響している。そのなかで問題になっていたのが長期に渡る療養が必要となる結核の扱いであり、年金保険制度はその結核への対応に当たることが求められていた。また、ドイツなどでは年金保険制度は結核対策としての側面があった。日本でもこのような側面があった可能性がある。

近藤文二は、廃疾保険は分配的社会政策の性格が強いとしながらも、例え

ばリスクに備えることで労働者を心理的に安心させたり、「廃疾」状態になったとしてもその家族の生活を守ることによって労働力の再生産に貢献したり、職業リハビリテーションを提供する福祉施設の整備を通して「廃疾者」を再度労働市場へ復帰させる生産性的社会政策の論理が基底的に存在するとしている¹⁰²⁾。

実際に、労働者年金保険法案の審議過程では「廃疾者」への福祉施設の必要性が述べられ、年金保険制度が「廃疾者」へ対応を行う意味を次のように説明している。「廃疾」になった場合は「徒食者」に止まるのではなく、「廃疾デアリマセウトモ再起奉公ノ出来マス者ハ進ンデ再ビ職分奉公ノ誠ヲ至スベキデアリ、廃疾年金ヲ受ケテ居ルカラト云ツテ之ニ依存シテ徒食スルト云フガ如キハ宜シクナイコト」で、手足を切断した者であっても「廃疾職業再教育ヲ行ヒマスナラバ再起奉公ノ可能性ガアルト云フ様ナ者ニ対シマシテハ之ニ適当ナ職業補導ヲ行ヒマシテ、再ビ産業戦線ニ活躍セシムルト云フコトガ望マシイ」。そのような目的のために被保険者の福祉施設として授産施設や保養施設、医療施設を設置していくという¹⁰³⁾。

第2節で述べたように、労働者年金保険法案の審議過程の記録には、法案のねらいに「短期移動防止」「長期勤続奨励」といった用語が使われていた。炭鉱夫など資源を掘り起こす仕事は過酷な労働環境で肺病、とりわけ結核にかかることが多かった¹⁰⁴⁾。戦時では大量のエネルギー資源が必要となり、そこで外国から労働者をつれてきて働かせていた状況もあったが、労働現場に定着できず次々と短期間で辞めていく問題があった。特に太平洋戦争期になるとアメリカからの石油資源の輸入が絶たれ、石炭を採掘する労働力の確保は戦争継続にとって国家的課題となっていた。労働者年金保険法のねらいには、そういった **Labour Turnover** を食い止める手だてとしての期待があったと考えられる。

当時炭鉱で働く人たちがすぐに辞めてしまうため、長く働いてもらうにはどうすれば良いかを考えた場合、年金保険料として月々の給料を天引きし、辞める時、一定期間働いた場合はそのお金を返すという仕組みをつくることで、「短期移動防止」や「長期勤続奨励」に誘導したと思われる。現在は無い脱退手当金が戦時ではつくられていたことが特徴的で、当時の年金保険制度

の性格をよく現したものに思われる。

また、戦時下では結核が増加傾向にあり、戦時政策は結核対策が重大な政策課題であった。前章の図 8 で示した全結核死亡率の推移によると、米騒動以後結核死亡率は下がるが、その後増加に転じ、特に 1931 年以降の戦時体制になると大きく増大させていった。結核はとりわけ 20 歳代の若者が犠牲となる。前章の図 7 で示した徴兵検査（対象は 20 歳男性）で肺病とされて丙種（つまり、戦線からは外される者）とされた者の割合を見ると、戦時になると大きくその割合を増やし、1941 年は減少している。これは徴兵検査の仕組みを改変したことによるもので、実際には増加を続けていた。また、組合管掌健康保険では、1937 年に被保険者の死亡者総数のうち「肺結核」「腸及腸膜ノ結核」で死亡した割合は 22% を占め、「肺結核」「腸及腸膜ノ結核」で療養の給付を受けていた被保険者の約 1/10 が死亡していた。また、結核の場合、療養の給付期間は 66 日にわたり、他の療養の給付に比べておよそ 6 倍の期間を要していた¹⁰⁵⁾。

若者の健康を蝕む結核の増大は、戦争を遂行するための人的資源確保にとって致命傷となる。他の国では結核は減少傾向にあったのに対し、日本は減少どころかむしろ増加傾向にあった。「人口政策確立要綱」（1941 年）に見られるように、戦時は兵力としてはもちろん、軍需生産部門やエネルギー部門などへの人的資源の確保が国家的課題であり¹⁰⁶⁾、その国民を蝕む大きな原因が結核であった。そのため国は日中戦争後、医療保険制度の大規模な拡充を行い、国民体力法を制定し児童への結核予防を行ったり、兵役関係法改正（1940 年）では徴兵検査にレントゲン胸部間接撮影法を導入して保菌者の入営防止に努めたりした。1942 年には「結核予防対策要綱」が閣議決定されるなどその対応に追われた。

このような歴史的社会的状況を踏まえると、ドイツのように労働者年金保険法には結核への対応という側面があった可能性があり、廃疾年金は健康保険法で対応できない長期療養の部分、具体には結核者への対応としてつくられた側面があったことが推察される。

（３）労務災害への対応という側面

廃疾年金は労務災害への対応という側面があったことがいえる。日本の年金保険制度では、諸外国と異なり、業務災害によって「廃疾」となった場合でも年金保険制度から支給されることに特徴があった。

労働者年金保険法の成立過程では、前出の「保険院総務局長川村秀文氏説明」では「労働者ガ工場、事業場又ハ事業ニ使用セラレテキル間ニ疾病ニ罹リ又ハ負傷シ、其ノ結果廃疾トナツテ、其ノ程度ガ終身労務ニ服スル事能ハザル程度トナツタ場合ニハ、年金ヲ与ヘルコトトシタノデアリマス」¹⁰⁷⁾とある。また、保険院保険制度調査会による労働者年金保険制度案要綱修正（1940年12月2日）では、「希望決議」として「特ニ業務災害ニ対スル扶助制度ノ完備ヲモ併セテ考慮スルト共ニ現行ノ退職積立金及退職手当法ニ依ル退職手当制度ヲモ包摂スル保険的失業対策制度ノ確立ヲ図リ以テ労働者ノ業務災害又ハ失業ニ基ク生活不安ノ除去ニ付遺憾ナキヲ期セラレタキコト」¹⁰⁸⁾としている。このように、労働者年金保険法は業務災害への対応が争点として登場していたのである。実際に、業務災害は工場法と鉱業法、労働者災害扶助法によって使用者による扶助を定めていたが、1944年に改正された厚生年金保険法はこの部分を肩代わりすることになる。

労働者年金保険法は1944年に大きく改正される。ミッドウェー海戦（1942年6月）以降、労働統制はなお一層強化され、労働者年金保険法では鉱山労働者確保のため、徴用工や朝鮮からの労働者移入の徴用期間（2年）と、廃疾手当や脱退手当金の受給資格期間（3年）との整合性が問題となるとともに、大量の女子労働者の動員に伴う見直しが求められたのである¹⁰⁹⁾。1943年12月には「労働者年金保険法中改正法案要綱」が閣議決定され、1944年1月に国会に提出され、2月に可決、10月から厚生年金保険法として全面的に施行された。

厚生年金保険法では、労働者という用語が社会主義を連想させるため、名称を労働者年金保険法から厚生年金保険法に変更し、脱退手当金の受給資格要件を緩和し、対象に女子労働者を含め、適用範囲を5人以上の男女を雇用する事業所に拡大した。その結果、被保険者は一気に844万人に増加した。また給付額を増やし、養老年金は平均報酬月額の1/4から1/3に引き上げ

られた。廃疾年金もその名称を障害年金に変更し、給付額も養老年金と連動して引き上げられた。

障害年金は工場法や鉱業法、労働者災害扶助法による事業主扶助を吸収し、業務災害による「廃疾」に対応することになった。このとき、業務災害による障害給付の場合は資格期間に制限無く支給され、年間支給額を平均報酬月額額の5～8ヶ月分に増加する優遇措置を行った。

この優遇措置は障害年金の対象規定に影響を与えた。障害年金のなかで、業務災害による「廃疾」と、業務災害以外による「廃疾」とを別立てで給付する仕組みが必要とされ、「廃疾」原因による区別化が登場してきたのである¹¹⁰⁾。このときの規定を表14に掲げる。

表14 障害年金の対象（1944年10月1日勅令第365号）

障害年金ヲ支給スベキ程度ノ廃疾状態			
業務上ノ事由ニ因ル廃疾		業務上ノ事由以外ノ事由ニ因ル廃疾	
廃 疾 ノ 程 度	廃疾ノ状態	番号	廃疾ノ状態
1 級	精神ニ著シキ障害ヲ残シ常ニ監視又ハ介護ヲ要スルモノ	1	一眼失明シ他眼ノ視力0.3以下ニ減ジタルモノ又ハ両眼ノ視力0.1以下ニ減ジタルモノ
	常ニ就床ヲ要シ且介護ヲ要スルモノ	2	咀嚼若ハ言語ノ機能ヲ廃シタルモノ又ハ咀嚼若ハ言語ノ機能ニ著シキ障害ヲ残スモノ
	咀嚼及言語ノ機能ヲ併セ廃シタルモノ	3	鼓膜の大部分ノ欠損其ノ他ニ因リ両耳ノ聴力耳殻ニ接セザレバ大声ヲ解シ得ザルモノ
	両眼ヲ失明シタモノ	4	脊柱ニ著シキ畸形又ハ運動障害ヲ残スモノ
2 級	一眼失明シ他眼ノ視力0.02以下ニ減ジタルモノ又ハ両眼ノ視力0.01以下ニ減ジタルモノ	5	一上肢ヲ腕関節以上ニテ失ヒタルモノ又ハ十指ヲ失ヒタルモノ
	両上肘肢ヲ関節以上ニテ失ヒタルモノ	6	一上肢ノ三大関節中ノ二関節以上ノ用ヲ廃シタルモノ又ハ十指ノ用ヲ廃シタルモノ
	両上肢ノ用ヲ廃シタルモノ	7	一下肢ヲ足関節以上ニテ失ヒタルモノ又ハ十指ヲ失ヒタルモノ
	両下肢ヲ膝関節以下ニテ失ヒタルモノ	8	一下肢ノ三大関節中ノ二関節以上ノ用ヲ廃シタルモノ
	両下肢ノ用ヲ廃シタルモノ	9	胸腹部臓器ノ機能ニ著シキ障

			害ヲ残シ終身業務ニ服スルコトヲ得ザルモノ
3 級	精神ニ障害ヲ残シ終身業務ニ服スルコトヲ得ザルモノ	1 0	精神又ハ神経系統ノ機能ニ著シキ障害ヲ残シ終身業務ニ服スルコトヲ得ザルモノ
	胸腹部臓器ノ機能ニ著シキ障害ヲ残シ終身業務ニ服スルコトヲ得ザルモノ		
	咀嚼ノ機能ヲ廃シタルモノ		
	両眼ノ視力0.02以下ニ減ジタルモノ		
	両上肢ヲ腕関節以上ニテ失ヒタルモノ		
	両下肢ヲ足関節以上ニテ失ヒタルモノ		
4 級	言語ノ機能ヲ廃シタルモノ		
	咀嚼及言語ノ機能ニ著シキ障害ヲ残スモノ		
	鼓膜ノ全部ノ欠損其ノ他ニ因リ両耳ヲ全ク聾シタルモノ		
	一眼失明シ他眼ノ視力0.06以下ニ減ジタルモノ		
	一上肢ヲ肘関節以上ニテ失ヒタルモノ		
	一下肢ヲ膝関節以上ニテ失ヒタルモノ		
	十指ヲ失ヒタルモノ		
5 級	咀嚼ノ機能ニ著シキ障害ヲ残スモノ		
	一眼失明シ他眼ノ視力0.1以下ニ減ジタルモノ又ハ両眼ノ視力0.06以下ニ減ジタルモノ		
	一上肢ヲ腕関節以上ニテ失ヒタルモノ		
	一上肢ノ用ヲ全廃シタルモノ		
	一下肢ヲ足関節以上ニテ失ヒタルモノ		
	一下肢ノ用ヲ全廃シタルモノ		
	十指ノ用ヲ廃シタルモノ		
6 級	言語ノ機能ニ著シキ障害ヲ残スモノ		
	鼓膜ノ大部分ノ欠損其ノ他ニ因リ両耳ノ聴力耳殻ニ接セザレバ大声ヲ解シ得ザルモノ		
	脊柱ニ著シキ畸形又ハ運動障害ヲ残スモノ		
	一眼失明シ他眼ノ視力0.3以下ニ減ジタルモノ又ハ両		

	眼ノ視力 0.1 以下ニ減ジタルモノ	
	一上肢ノ三大関節中ノ二関節ノ用ヲ廢シタルモノ	
	一下肢ノ三大関節中ノ二関節ノ用ヲ廢シタルモノ	
	一手ノ五指又ハ拇指又ハ示指ヲ併セテ四指ヲ失ヒタルモノ	
	十指ヲ失ヒタルモノ	

業務災害による「廃疾」の給付額は、業務災害以外による「廃疾」の給付額である 4 月分に 1 月分を足した 5 月分を最低とし、最高 8 月分を上限に、「廃疾」の程度によって決定した。このとき、業務災害による「廃疾」を 6 等級に分類することで、6 級であれば 5 月分、1 級であれば 8 月分といったように等級に応じた給付の仕組みを導入したのである。

表 14 からこのときの等級内容を見ると、業務災害以外による「廃疾」の 9（内部障害）と 10（精神障害）に該当する内容は、業務災害による「廃疾」では 3 級以上に位置づけられている。咀嚼機能の障害を除いたそれ以外の業務災害以外による「廃疾」は、業務災害による「廃疾」の 6 級に位置づけられている。このように業務災害による「廃疾」の等級は、精神障害や内部障害を除き業務災害以外による「廃疾」を 6 級に位置づけ、それぞれ程度に応じて 6 段階に分類していった。

なお、厚生年金保険法では廃疾年金と廃疾手当金の名称をそれぞれ障害年金と障害手当金に改めている。ただし、給付名称だけの変更であり、条文中では「廃疾」の用語が引き続き使用されている¹¹¹⁾。労働者災害扶助法では、業務災害で障害が残った場合は「障害扶助料」の支給が規定されるなど、障害用語自体は労災分野では一般的に用いられていたものである。つまり、労災分野ではもともと障害用語が用いられており、厚生年金保険法で障害用語が用いられたのはその影響であることが考えられる。

また、障害年金に名称が改められた理由について、当局は次のように説明していた¹¹²⁾。

障害年金及障害手当金は、従来労働者年金保険に於ては廃疾年金及廃疾手当金と呼ばれていたのであるが、この名称はいかにも不具廃疾らしく陰惨な感じを伴ひ、之を受ける者の気持ちを暗くする処があるので、これらの細い点にも気をくばり、なるべく心地よく給付を受けさせ、廃疾年金を受けているから自分は不具者だといふ気持から、再起奉公の精神を害ふことのない様に、かように名称を変更したものである。

つまり、「廃疾」の用語が差別的な意味合いを含むものであり、その配慮として障害の用語を採用したという。

ただし、戦闘行為が原因で障害を負った者を傷痍軍人として手厚く対応する一方で、「遺伝性」と見なした先天性の障害者には国民優生法で「断種」の対象とするなど、戦時の障害者対策は障害原因によって国家的な態度を明確に区別していたところに特徴がある。労働者年金保険法の成立をめぐって、メディアでは「産業戦士の老後の生活を保障する恩給制度」¹¹³⁾といった説明を行っていた。また、当時は「業務災害に基づく障害給付と、業務災害以外の事故に基づく給付とに産業殉職者に対する優遇措置という観点から差異を設けるべきであるとの要請にどのようにこたえるかという問題」¹¹⁴⁾があり、その結果として業務災害による「廃疾」への障害給付には優遇措置が講じられていった経緯がある。年金保険制度は産業に貢献できている人が被保険者であったことを踏まえると、年金保険制度における廃疾年金から障害年金への名称変更は、ある意味産業戦線で活躍した者と、生まれつき障害のある者との差別化を図るねらいがあった点を指摘しておきたい。

第6節 恩給法における「不具廃疾」

障害者に深くかかわる社会保障制度として恩給制度がある。恩給制度は明治期に軍人を対象として陸軍や海軍毎で整備され、それが西南戦争や大日本帝国憲法の制定や内閣制度の発足、日清・日露戦争などを経て発展し、文官や学校職員にまで対象を広げていった。それらを統一した恩給法が1923年

に登場し、恩給制度は確立に至る。

恩給制度は戦闘などで傷痕を受けたり死亡したりした場合に国家補償を基本として年金給付などを行うものであり、恩給の一つに「不具廢疾」を対象にした増加恩給がある。ここでは、恩給制度では「不具廢疾」をどのように捉え、具体的にどのような状態を対象にしていたかを明らかにする。

(1) 軍人恩給の登場

軍人を対象にした恩給制度は早くから整備され、公務によって傷痕を負った場合に終身給付を行うものとしては、1870 年の「給俸定則 振恤金定則 扶助金定則」及び 1871 年の「陸軍士官兵卒給俸諸定則」にはじまるとされている¹¹⁵⁾。そこでは傷痕の程度によって扶助される恩給（扶助金）が変わる仕組みにあった。その程度は三つに区分され、「終身不具ニシテ自己ノ用ヲ弁スル能ハサル者」（一等傷痕）、「漸ク自己ノ用ヲ弁スルニ足ル者」（二等傷痕）、「兵役ニ堪スト雖モ自己ノ用弁並ニ産業ニ差支無之者」（三等傷痕）としていた¹¹⁶⁾。

その後、1875 年に「陸軍武官傷痕扶助及ビ死亡ノ者祭葬並ニ其家族扶助概則」が制定され、日本最初の恩給制度がスタートする。ここでは戦闘や公務によって傷痕を負って退隠を命じられた場合に、その程度と階級に応じて支払われる傷痕扶助料が規定されていた。その翌年には恩給用語が初めて使われた「陸軍恩給令」が制定された。恩給制度は、その後大日本帝国憲法の成立や、政府発足を契機に急速に整備が進められ、軍人以外の公務員にも対象を広げつつ、1890 年の軍人恩給法では恩給を権利として位置づけていった¹¹⁷⁾。

軍人恩給法では、恩給法における障害等級表の原型と見られる傷痕疾病の等級がすでに存在していた¹¹⁸⁾。軍人恩給法では増加恩給の対象を戦闘及び戦時平時にかかわらず公務のために傷痕を受けた者とし、「陸軍軍人傷痕疾病恩給等差例」（1892 年 12 月 24 日陸達第 96 号）によってその対象を詳細に分類し、規定していた。その内容を整理したものを表 15 に示す。

表 15 「陸軍軍人傷痕疾病恩給等差例」に規定された傷痕疾病の程度

項	傷痕疾病の状況
第 1 項	不具若ハ廢疾トナリ常ニ介護ヲ要スルモノ 咀嚼言語ノ機能ヲ併セ廢シタルモノ 内蔵器ノ機能ヲ大ニ妨クルニ至リタルモノ
第 2 項	不具若ハ廢疾トナリ常ニ介護ヲ要スルモノ 咀嚼言語ノ機能ヲ大ニ妨クルニ至リタルモノ 内蔵器ノ機能ヲ大ニ妨クルニ至リタルモノ
第 3 項	不具若ハ廢疾トナリ常ニ介護ヲ要セサルモノ 生殖器ヲ失シ其ノ機能ヲ廢シタルモノ 両耳ノ機能ヲ廢シタルモノ 咀嚼言語ノ機能ヲ大ニ妨クルニ至リタルモノ 内蔵器ノ機能ヲ妨クルニ至リタルモノ
第 4 項	不具若ハ廢疾トナリ常ニ介護ヲ要セサルモノ 生殖器ヲ失シ其ノ機能ヲ大ニ妨クルニ至リタルモノ 一眼一耳ノ機能ヲ併セ廢シタルモノ 咀嚼言語ノ機能ヲ大ニ妨クルニ至リタルモノ 内蔵器ノ機能ヲ妨クルニ至リタルモノ 拇指ヲ併セ三指以上ヲ失シタルモノ若ハ示指中指環指小指ヲ併セ失シタルモノ 踝關節ノ下概ネ三分ノ一以上ヲ失シタルモノ
第 5 項	不具若ハ廢疾トナリ介護ヲ要セサルモノ 生殖器ヲ失シ其ノ機能ヲ大ニ妨クルニ至リタルモノ 鼻ヲ失シ其ノ機能ヲ大ニ妨クルニ至リタルモノ 咀嚼言語ノ機能ヲ大ニ妨クルニ至リタルモノ 内蔵器ノ機能ヲ妨クルニ至リタルモノ 頸若ハ腰ノ運動ヲ大ニ妨クルニ至リタルモノ 四肢ノ運動ヲ廢シタルモノ若ハ其ノ運動ヲ大ニ妨クルニ至リタルモノ 拇指ヲ併セ三指以上ヲ失シタルモノ若ハ示指中指環指小指ヲ併セ失シタルモノ 拇指示指ヲ併セ失シタルモノ若ハ示指中指環指ヲ併セ失シタルモノ 拇指ヲ併セ三指以上ノ用ヲ廢シタルモノ若ハ示指中指環指小指ノ用ヲ併セ廢シタルモノ 踝關節ノ下概ネ三分ノ一以上ヲ失シタルモノ
第 6 項	不具若ハ廢疾トナリ介護ヲ要セサルモノ 生殖器ヲ失シ其ノ機能ヲ大ニ妨クルニ至リタルモノ 鼻ヲ失シ其ノ機能ヲ大ニ妨クルニ至リタルモノ 咀嚼言語ノ機能ヲ大ニ妨クルニ至リタルモノ 内蔵器ノ機能ヲ妨クルニ至リタルモノ 頸若ハ腰ノ運動ヲ大ニ妨クルニ至リタルモノ 四肢ノ運動ヲ廢シタルモノ若ハ其ノ運動ヲ大ニ妨クルニ至リタルモノ 拇指示指ヲ併セ失シタルモノ若ハ示指中指環指ヲ併セ失シタルモノ 拇指ヲ失シタルモノ若ハ示指中指ヲ併セ失シタルモノ若ハ拇指示指ヲ除キ他ノ三指ヲ失シタルモノ 拇指ヲ併セ三指以上ノ用ヲ廢シタルモノ若ハ示指中指環指小指ノ用ヲ併セ廢シタルモノ 拇指示指ノ用ヲ併セ廢シタルモノ若ハ示指中指環指ノ用ヲ併セ廢シタルモノ 第一趾ヲ併セ三趾以上ヲ失シタルモノ

※ 1 「陸軍軍人傷痕疾病恩給等差例」から筆者が作成した。原資料では条文で述べられているものを、見やすいように表に落として作成した。

ここで規定されている傷痍疾病を大きく分類すると、視機能、肢体の欠損・運動機能、内蔵機能、咀嚼言語機能、生殖機能などが定められているといえる。つまり、単に四肢の状況だけでなく、生殖機能といった、今日でも福祉施策の対象となりにくい部分にまで想定が及んでいたといえる。

また、単に各身体の状態だけでなく、「不具若ハ廢疾トナリ常ニ介護ヲ要スルモノ」との規定があり、傷痍疾病の判断基準に常に介護を必要とするかどうかを据えていた点も見られる。つまり、部分的であるにせよ、介護の必要性を基準にした判定が少なくとも政府が発足して間もない 1892 年に登場していたことになる。

加えて、徴兵検査における体格等位基準と同様、指に関して細かな規定が見られる。親指や人差し指といった指の各機能面を詳細に取り上げ、欠損した本数や部位によって注意深く等級を定めている点が特徴的である。

（２）恩給法の制定

軍人を対象にスタートした恩給制度は、順次他の公務員へと拡大していった。官吏を対象にした恩給制度は 1884 年公布の官吏恩給令から始まる。その背景には、もともと官吏の社会的地位は高く、給与が世間一般と比較して高い水準にあったなかで、新政府が発足して勤務してきた者がそろそろ退隱の時期にさしかかっていたことが指摘されている¹¹⁹⁾。

官吏恩給令では、公務により不治の疾病にかかって退職した場合、恩給に加えて支給される増加恩給が規定されていた。その後 1890 年には官吏恩給法と官吏遺族扶助法が制定され、恩給を権利として位置づけ、遺族にも扶助対象を拡大した¹²⁰⁾。そして、軍人と官吏がバラバラに扱われてきた恩給制度を統一したものとして、1923 年に恩給法が制定されたのである。

このとき、恩給法における「不具廢疾」の概念について、次のような解説がなされていた¹²¹⁾。「不具トハ身体一部ノ有形的永久的欠損ヲ謂ヒ疾病トハ身体機能ノ一部の永久的喪失ヲ謂フ……恩給法上不具廢疾トハ一肢ノ用ヲ失ヒタル程度以上ノ身体ノ有形的欠損又ハ其ノ機能ノ喪失ヲ意味シ其レ以下ニ於テハ永続的ナル不具廢疾ト認メス」。つまり、「不具」とは身体的な側面での永久的な欠損を指し、恩給法での「不具廢疾」とは身体の一肢以上の欠損

や機能の喪失を指すとのことである。

具体的に「不具廃疾」の程度を見ていくと、6段階に分けられ、表16のように規定されている¹²²⁾。

表 16 恩給表における「不具廃疾」

程度	「不具廃疾」の内容
第一項症	両眼ヲ盲シ又ハ二肢以上ヲ亡シタル程度ノモノニシテ (イ) 失神者ハ精神錯乱シテ常ニ看護ヲ要スルトキ (ロ) 一肢ヲ亡シ且他肢ノ用ヲ全廃シタルトキ又ハ (ハ) 不治病ニシテ常ニ看護ヲ要シ重症ナルトキ
第二項症	第一項症ニ次クヘキ程度ノ傷痕又ハ疾病ニシテ (イ) 偏眼両耳ノ官能ヲ併セ廃スルモノニシテ重キトキ (ロ) 一眼ヲ亡シ他ノ一眼昧暗シ僅ニ自己ノ用ヲ弁スルヲ得ルトキ (ハ) 咀嚼言語ノ両機ヲ併セ軽キトキ (ニ) 咀嚼ノ用ヲ廃シ重キトキ (ホ) 胃腸膀胱等ニ瘻管ヲ遺シ重キトキ又ハ (ヘ) 不治病ノ為常ニ看護ヲ要スルモ比較的軽キトキ
第三項症	一肢ヲ亡シ若ハ二肢ノ用ヲ失ヒタル程度ノモノニシテ (イ) 偏眼両耳ノ官能ヲ併セ廃スルモ軽キトキ (ロ) 咀嚼ノ用ヲ廃スルモ軽キトキ (ハ) 痴呆若ハ健忘症ヲ遺スモ常ニハ看護ヲ要セスシテ其ノ症状重キトキ (ニ) 言語ノ機能ヲ廃スルトキ (ホ) 胃腸膀胱等ニ瘻管ヲ遺スモ軽キトキ (ヘ) 陰茎又ハ睾丸ヲ全失スルトキ (ト) 肩関節ヨリ腕関節ニ至ル間ニ於テ一上肢ヲ失フトキ (チ) 股関節ヨリ〇関節（踝関節か一筆者）ニ至ル間ニ於テ一下肢ヲ失フトキ又ハ (リ) 不治病常ニ看護ヲ要スルニ非サルモ歩行スル能ハサルトキ
第四項症	第三項症ニ次クヘキ程度ノ傷痕又ハ疾病ニシテ (イ) 偏眼ヲ盲シ又ハ全鼻ヲ失シ之ニ偏耳ノ官能ヲ併セ廃スルトキ (ロ) 両耳ヲ聾スルトキ (ハ) 痴呆若ハ健忘症ヲ遺スモ常ニハ看護ヲ要セサルモノニシテ中等度ナルトキ (ニ) 一手ニ於テ四指以上ヲ失スルトキ (ホ) 〇骨ヨリ積蹠骨ニ至ル部ヲ失スルトキ又ハ (ヘ) 不治症ナルモ常ニ看護ヲ要セス且歩行シ得サルニアラス唯自己ノ用弁ニ妨碍アルトキ
第五項症	一眼ヲ盲シ又ハ一肢ノ用ヲ失シタル程度ノモノニシテ (イ) 偏眼ヲ盲シ又ハ全鼻ヲ失シタルトキ (ロ) 咀嚼ニ重キ障害アルトキ (ハ) 痴呆又ハ健忘症ヲ遺スモ常ニハ看護ヲ要セサルモノニシテ軽キモノナルトキ (ニ) 神経痛ヲ遺スモ常ニ看護ヲ要セサルトキ (ホ) 言語ノ機能ヲ強く妨ケラルルトキ (ヘ) 重キ腸歇爾尼亜ヲ遺ストキ (ト) 頸項背腰諸筋ノ運用ヲ妨ケラルルトキ (チ) 一手ニ於テ五指癒着シ若ハ強硬等ノ為ニ把握採摘ノ用ヲ廃スル

	トキ (リ) 股関節ヨリ踝関節ニ至ル間ノ作用ヲ強ク妨ケラルルトキ (ヌ) 一足ニ於テ五指ヲ失スルトキ又ハ (ル) 不治症第四項症ヨリ輕キモ營業ヲ為シ難キトキ
第六項症	不具廢疾ノ最低度ニシテ第五項症ニ次クヘキ傷痕疾病ニシテ (イ) 咀嚼ニ輕キ障礙アルトキ (ロ) 輕キ神經痛ニシテ看護ヲ要セサルトキ (ハ) 言語ノ機能ヲ輕ク妨ケラレタルトキ (ニ) 輕キ腸歇爾尼亞ヲ遺ストキ (ホ) 陰莖ヲ半失シ若ハ偏辜丸ヲ失スルトキ (ヘ) 輕ク頸項背腰筋ノ運用ヲ妨クルトキ (ト) 肩関節ヨリ腕関節ニ至ル間ノ関節作用ヲ廢スルモ全肢ノ用ヲ廢スルニ至ラサルトキ (チ) 一手ニ於テ四指以上ノ各一部ヲ失スルモ尚把握ノ用ヲ為シ得ルトキ (リ) 一手ニ於テ拇指示指ヲ併失シ若ハ他ノ三指ヲ失シタルトキ (ヌ) 股関節ヨリ踝関節ニ至ル間ノ作用ヲ輕ク妨ケラレタルトキ (ル) 一足ニ於テ第一指ヲ併セ三指ヲ失スルトキ又ハ (ヲ) 不治症第五項症ヨリ輕クシテ營業ニ妨ケアルトキ

※ 1 第三項症の「(チ) 股関節ヨリ○関節」及び第四項症の「(ホ) ○骨」の○は読み取り不能であった箇所を意味する。

※ 2 「障害」の害の字に「害」であったり「碍」が使われていたりするが、これは原文のママである。

この表で規定された内容を見ると、恩給法で「不具廢疾」と想定していたものとは、傷痕疾病のなかでも治癒可能性の乏しいものを想定していたことが考えられる。また、基本的には前述した「陸軍軍人傷痕疾病恩給等差例」の内容と共通するといえよう。つまり、「陸軍軍人傷痕疾病恩給等差例」で見られた視機能、肢体の欠損・運動機能、内蔵機能、咀嚼言語機能、生殖機能の分類は、今回の「不具廢疾」の内容に基本的に踏襲されている。それに加えるように、「失神者ハ精神錯乱シテ常ニ看護ヲ要スルトキ」や「痴呆若ハ健忘症ヲ遺スモ常ニハ看護ヲ要セサルモノニシテ中等度ナルトキ」など、精神疾患を具体的に規定していたといえる。

なお、この表に規定されていない障害は必ずしも対象外となるものではなく、例示であるとしていた。そのため、判定は実際にはある程度柔軟に対応していた可能性がある。

このように、恩給制度では権利の文言が明確に位置づけられ、一般の国民からすれば、明らかに扱いを異にする特権として見えたように思われる。それは戦争を通じて軍人を中心に拡充し、また組織における地位によっても差

が設けられ、富国強兵政策に基づき国民を新たに差別化する装置としても機能していったといえよう。そのなかで、恩給制度では、「不具廃疾」によって職を辞することになった人たちに対して、権利性の観点からその補償をきめ細かく行い、「不具廃疾」の程度によって細かくふるい分ける手段として障害等級表が登場してきた過程があったと指摘できよう。

おわりに

年金保険制度では、廃疾年金がすでに労働者年金保険法から登場し、その対象は労働能力にもとづいて考えられていた。ただし、その運用の場面では具体的な「廃疾」の種類や程度が勅令によって定められ、官僚がコントロールできる仕組みが導入された。そして、廃疾年金がつくられた要因には、当時の時代状況や健康保険法との関連から結核との関係が推察され、また業務災害への対応という側面があった。厚生年金保険法では障害の用語が用いられ、業務災害による「廃疾」に対応するために等級の仕組みが登場していた。

また、恩給制度では少なくとも 1892 年から傷痕疾病を細かく分類する等級表の原型のようなものが登場し、それを基礎にしながら恩給法では「不具廃疾」を細かく分類して補償を進めていく手段として等級表が登場していた。

本章では廃疾年金と結核や健康保険法との関係について述べたが、このことの実証は、より丹念に膨大にある当時の結核資料を検証する必要があるため、問題提起に止めた。また、障害年金における業務災害による「廃疾」の問題については、分析をより精度の高いものにするためには工場法、鉱業法、労働者災害扶助法をより具体的に明らかにしていく必要がある。

なお、戦後に成立する身体障害者福祉法は、盲人団体等による運動の影響もあり、点字図書館が整備されるなど社会福祉的な側面も見られるが、周知の通り「更生法」として知られ、労働施策としての性格が強い。そして、その対象規定は、本章で明らかにした年金保険制度や恩給制度との共通性が見られる。両者にいかなる関係性が認められるか、これについて次章以降で論じることとする。

第4章 戦後福祉改革における身体障害者福祉法の制定

はじめに

本章では、身体障害者福祉法の成立期に焦点を当て、その対象がどのようにして形作られていったかを明らかにする。身体障害者福祉法の制定には前段階として位置づけられるものに傷痍者保護対策があった。それは身体障害者福祉法の対象規定においてもベースになっている部分でもあるため、本章ではまず傷痍者保護対策を取り上げ、それを踏まえながら身体障害者福祉法の制定過程について明らかにすることにする。

身体障害者福祉法では第4条で身体障害者の定義を行い、別表によってその対象を規定している。また、それをさらに具体的に示したものとして身体障害者福祉法施行規則の身体障害者障害程度等級表がある。身体障害者福祉法の対象に着目した先行研究には佐藤久夫や滝村雅人による成果があるが¹²³⁾、これら別表及び等級表を具体的に分析し、取り扱った研究は管見の限り見当たらない。周知の通り、成立当初より身体障害者福祉法は対象を限定していた。本章ではその点にも着目しながら、身体障害者福祉法の制定過程について明らかにすることにする。

なお、本章からは、主として寺脇隆夫らによって整理された木村忠二郎の「マイクロフィルム版 木村忠二郎文書資料」¹²⁴⁾（以下、「木村文書」と略す）を拠り所にして分析する。本研究が可能になった前提として、木村忠二郎の史資料をとりまとめた寺脇隆夫らの業績があることを付記しておきたい。

第1節 傷痍者保護対策

日本は1945年8月にポツダム宣言を受諾した。その後の占領政策では非軍事化と民主化政策がとられ、1945年9月「降伏後における初期の対日方針」及び同年11月「降伏後における初期の基本的指令」によってその方針が決められた。とりわけ、武装解除、軍隊の解体、経済改革が政策課題とされた。

一方で、当時の日本は石炭などの燃料不足、インフレ状態に加え、1千万人ともいわれる失業者を抱えていた。また、産業報国会を下地に労働組合の組織化が進んでいたこともあり、1946年からはやくも労働組合運動が激化した。

GHQは1946年に農地改革を行い、地主の解体と小作農民の解放を行った。また、経済対策として金融緊急措置により、戦災保険などの戦時補償を打ち切るとともに復興金融金庫の創設（復興債の発行）を行った。

このような時代状況下で、身体障害者福祉法成立の前段階として1947年から傷痍者保護対策が検討されていった。では、傷痍者保護対策では対象をどのように設定していたのか。

戦後の傷痍者保護対策が表面化するののは、1947年7月25日に厚生省社会局長によって出された「失明者保護に関する件」であるといわれている¹²⁵⁾。それは中途失明者の保護を指示したもので、あくまで旧生活保護法の活用及び盲学校の活用などを指示したものであった。旧生活保護法では対応できない大多数の傷痍者の問題が残されていたが、当時のGHQの姿勢は「無差別平等」の原則の立場から、傷痍者のみを取り上げて対策を行うことには強い懸念があり、「日本の再軍備に結びつく傷痍軍人の援護にならないかというのが最大の危惧だったようで、大変厳しいチェック」¹²⁶⁾があった。

このようななか、厚生省はGHQに傷痍者保護対策を提案していく。その提案は1947年8月1日厚生省「傷痍者の保護に関する件（第一次案）」をはじめとして、同年10月18日の第四次案まで続けられていった。主な提案内容は授産施設の設置による傷痍者保護対策と、中途失明者対策として光明寮の官制化であった。

この過程における対象規定を取り上げると、第一次案では、「障害の種類別に(1)失明者、(2)四肢切断者、(3)内部疾患者及び頭部損傷者、(4)両目失明且つ四肢を切断する者等」¹²⁷⁾が示されていた。第二次案では失明者、四肢切断者、結核患者、両眼失明かつ四肢切断者の分類別の対策を明示し、このような対象把握にもとづき、第三次案では具体的な対象者数にもとづく計画の立案へとつながっていった¹²⁸⁾。その後、1947年11月26日に厚生省社会局長「傷痍者収容施設の計画について」が示され、1948年2月18日にはGHQ

からの要望によって速やかな実施が求められ、同年 6 月にスタートする。このように、傷痍者保護対策では、失明者、四肢切断者、結核患者、頭部損傷者といった分類が登場し、この分類にしたがって対策が立てられていったのである。

これら障害種別が出された背景には、戦時からの軍事援護や社会保障制度の影響に加え、この時期の厚生省の関心が影響しているものと思われる。

山田明によれば、当時の障害者は実態としてかならずしも戦争による傷痍者だけではなくたとしている。厚生省が行った調査によれば、身体障害者に傷痍軍人が占める割合は約 7 割に及び、なかでも結核による身体障害者数は 20 万人とあり、切断が 9 万 3 千人と続いていた。しかし、この統計と兵庫県厚生課による調査結果とを比較検討すると、兵庫県厚生課の調べでは傷痍軍人が占める割合は 1 割程度であり、山田は厚生省が一般の障害者数を過小評価していたことを指摘している¹²⁹⁾。

これは、特に見過ごされがちな精神障害の問題を取り上げても同様の指摘が導かれるであろう。戦後の統計は見当たらないが、戦時では衛生行政によって精神疾患の問題が取り上げられており、統計上は 1938 年では約 9 万人存在したとあり、例年その数は増大していた¹³⁰⁾。戦後にこの数が激減したとは到底思えない。

今でこそ生活の場で援助を必要とするさまざまな障害者が社会に認識され、その実態が明らかにされてきているが、当時の厚生省はこのような障害者を認識する手立てそのものが脆弱であった。厚生省が元「産業戦士」や傷痍軍人以外の障害者を救済の観点から国家的に取り上げてきたのはせいぜい救護法しかない。したがって、国立病院に入院している結核患者といった、まずは従来からあった枠組みにより把握のしやすかった者から取り上げていかざるを得なかったと思われる。このように見ると、障害者対策の領域での戦後改革も、その改革はそれまでの枠組みによる対応から出発せざるを得なかったといえる。

戦後改革を捉える場合、その改革の「受け皿」となる歴史的蓄積が重要となる¹³¹⁾。例えば農地改革は戦前までの農民運動による蓄積がその実効性を飛躍的に高めたが、一般の障害者対策ではその経験があまりにも浅かったため、

精神障害等には関心が向けられる余地がなかったといえる。その意味で、その対策の中心は身体障害が前提とされた戦前・戦後の連続性をここに見ることができる。

しかし、そのなかでも民主化による明らかな断絶があった。それは、非軍事化と民主化政策として打ち出された「無差別平等」の原則によって導かれた障害原因を問わない対応である。

戦時体制では、元「産業戦士」や傷痕軍人には軍事援護による手厚い保護が用意されていた。これらは国にとって戦時体制を維持するために欠かせない制度であったのである。一方で、先天性などの障害者には救護法によってわずかな保護を与えるか、障害原因が「遺伝性」と見なされた場合には国民優生法により「断種」の対象としていた。このように、戦時体制下の障害者政策の特徴は、障害原因によって国の姿勢が明確に分かれていたことにみられる。

傷痕者保護対策をめぐる GHQ と厚生省のやりとりは、「無差別平等」の原則をめぐって神経質に繰り広げられた結果、元軍人軍属かどうかは問わないものへと収束した。「無差別平等」原則によるチェックが注意深くされたことによって、障害原因を問わない障害者対策が実現されていったのである。

戦後改革で目指された非軍事化・民主化政策は、戦時体制下に軍事援護で確立した障害原因による国家的対応の差別化を、障害原因を問わない対応へと動かしたことが評価されよう。このことは、長らく丁種不合格者として軍隊組織からふるい落とされ、「臣民としての義務を果たし得ない」とされてきた多くの障害者に、国家的な救済をスタートさせるきっかけともなっていたのではないだろうか。

第 2 節 傷痕者保護対策の統計からみる対象者像

福祉政策ではある福祉問題に対応を行う際、まずはその問題に対する統計的把握を行い、その数値に基づいて制度が組み立てられ、予算要求を行い、実施することになる。しかし、それは必ずしも福祉を必要とする人々の実態

に即して対象設定がなされる訳ではなく、そのときの財政的限界や政策目標が深くかかわって規定されることになる。したがって、身体障害者福祉法の制定過程で用いられた統計項目や数値を明らかにすることで、戦後期という歴史的・社会的状況が大きく変化していくなかで、福祉政策が実際に何を政策課題として捉え、その対象を設定していったかが見えてくる。そこで、ここでは身体障害者対策のなかで登場してきた統計に着目し、検討することにする。

前節で述べたように、戦後の傷痍者保護対策が表面化するのは、1947年7月25日に厚生省社会局長によって出された「失明者保護に関する件」であるとされている。その後、厚生省はGHQに傷痍者保護対策を提案し、その提案は1947年8月1日の厚生省「傷痍者の保護に関する件（第一次案）」をはじめとして同年10月18日の第四次案まで続けられていった。このなかで、例えば第一次案では、「障害の種類別に(1)失明者、(2)四肢切断者、(3)内部疾患及び頭部損傷者、(4)両目失明且つ四肢を切断する者等」が示されるなど、本法の対象規定の原型ともいえる内容が登場していた。

管見の限り、この傷痍者保護対策における統計数値が体系的かつ明確な内訳を伴って登場してくるのは、傷痍者保護対策の具体的な計画が練られる資料とされた福利課「傷痍者保護対策中央委員会資料」における「傷痍者の保護計画」である¹³²⁾。

ここでは対象を「失明者」「四肢切断者その他外傷による労働困難者」「結核治癒者」「傷痍者（主として外傷者）にして病院療養所を出た者」のカテゴリーに分け、それぞれの人数を割り出している。具体的には、「失明者」を約18,250人とし、うち約2,000人は元傷痍軍人とした。「四肢切断者その他外傷による労働困難者」ではさらに三つのカテゴリーに分類し、①「四肢切断者」を約93,300人（「内元傷痍軍人」28,300人、「一般人」65,000人）、②「身体的欠陥の為に通常の職業に就くことが出来ず、又は一般通常の授産施設や補導施設を利用出来ない者」を約16,000人と推計し、③「義肢（補助器具も含む）を必要とする外傷者」を93,300人とした。「結核患者」は約200万人という非常に大きな数値を示したうえで中重患者を20万とし、このうち完治せず退院して一般社会で就労し、再発のおそれがある者は約40,000

人以上に達する見込みであるとした。

これらを根拠にしながら、「附録 傷痍者数と原因との関係」では傷痍者総数を 490,597 人（男 437,224、女 53,373）と見積もっていた。これを表 17 に示す。ここでは傷痍の原因が詳しく調べられていたことが特徴的であるが、その背景には「無差別平等」の原則の下、元傷痍軍人に対する優先的保護を厳しく制限する GHQ からの監視の目があったことが影響したと考えられる。これを見る限りでは、元傷痍軍人の割合は 66.2% であり、傷痍者保護対策の段階で中心的な対象と考えられていたのはやはり元傷痍軍人であったことが確認できる。

表 17 傷痍原因の内訳

傷痍原因	人
元傷痍軍人	324,622
公務傷痍者	9,220
災害傷痍者	66,997
戦災傷痍者	8,144
事故その他	81,614
総数	490,597

※1 「傷痍者の保護計画」における「附録第一 傷痍者数と原因との関係」から転載した。

この統計数値はさらに保護の要否に踏み込んだ分類を行っている。「附録第二 傷痍者数と保護との関係」（表 18）では、「保護を必要とする者」の数を 236,500 人（「元傷痍軍人」121,500 人、「一般傷痍者」115,500 人）、「保護を要せぬ者」を 254,097 人（「元傷痍軍人」203,122 人、「一般傷痍者」50,975 人）としていた。どのような基準で保護の必要性を線引きしたかは不明であるが、「保護を要せぬ者」のうち一般の傷痍者の数が低く見積もられていることが特徴的である。当時、元傷痍軍人に対する保護は GHQ により厳しい制限が加えられていた事情を考慮すると、「保護を必要とする者」の内訳により

一般の傷痍者を多く見せる必要があったためなのかも知れない。いずれにせよ、ここでは傷痍者統計で割り出した 49 万人の約半数を保護が必要と認識し、その対策が練られていく基礎資料とされていた経緯が指摘できよう。

表 18 傷痍の状況と保護

	外傷者	内部疾患者 (重度)	要保護者	保護を 要せぬもの
元傷痍軍人	188,898	135,724	121,500	203,122
一般人	99,975	66,000	115,500	50,975
計	288,873	201,724	236,500	254,097

※1 「傷痍者の保護計画」における「附録第一 傷痍者数と原因との関係」及び「附録第二 傷痍者数と保護との関係」から引用した。

※2 要保護者の計が合致しないのは原資料による。

このように、傷痍者保護対策では傷痍者を 49 万人と見積もり、その内訳ではやはり元傷痍軍人が 7 割弱を占めていた。しかし、保護を必要とする傷痍者の統計では対象をおよそその半数と認識し、その内訳では恣意的ともいえるほど元傷痍軍人の割合をかなり低く割り出し、一般人と半々の割合としていたのである。その要因には、やはり GHQ の姿勢にあった「無差別平等」の原則の立場から、傷痍者のみを取り上げて対策を行うことには強い懸念があったことが影響していたものと考えられる。

第 3 節 身体障害者福祉法の成立

1948 年 10 月に NSC13/2 が出され、ジョセフ・ドッジの派遣など、以後対日占領政策は大きな転換を迎える。統制主義的な政策から超均衡予算、補助金削減、復興金融債停止、為替一元化といった自由経済原則にもとづく政策へと転換していった。この政策のなかで、身体障害者福祉法（以下、本法と略す）は度重なる法案提出の断念と修正の末、成立していったのであった。

その主要な争点のひとつに本法の「対象をいかにとるか。結核、精神障害まで広げるか」¹³³⁾があった。

1949年12月に成立した本法第4条では、「この法律において『身体障害者』とは、別表に掲げる身体上の障害のため職業能力が損傷されている十八歳以上の者であつて、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたものをいう。」と規定された。身体障害者福祉法別表（以下、別表と略す）では障害の種類を「視力障害」「聴力障害」「言語機能障害」「肢切断又は肢体不自由」「中枢神経機能障害」に分類し、それぞれの程度を規定している。

第4条に規定された「職業能力が損傷されている」という文言の意図について、佐藤久夫は「法による措置を通じて将来はそれが可能になるか改善される可能性をもつ者のみを、『身体障害者』として規定しようとしたことが考えられる」¹³⁴⁾としている。

「職業能力が損傷されている」という文言は、法の目的のところで規定された更生概念と関連している。法の目的に更生概念が導入された背景には、矢嶋里絵によれば、更生課長黒木利克が米国の“rehabilitation”を邦訳したものとされているが、米国で用いられている概念と異なり、本法の目的で定められた更生概念は職業的自立に限定されて用いられたものであるということがある¹³⁵⁾。

法の目的として職業的自立が目指され、その理念にしたがって対象規定に現れたのが「職業能力が損傷されている」という文言であったといえる。したがって、更生の可能性がまったくないとされる者ははじめから対象から除外されることになった。あえて年齢制限が定められなかったのも、更生を前提にしている限り、その可能性が見込まれないとされる高齢者は必然的に除外されると考えたからである¹³⁶⁾。また、年金保険制度でも生理学的な「廃疾」ではなく、「廃疾」によって職業的労働が不能となる「経済的廃疾」が対象になるという認識があったが、身体障害者福祉法の対象認識も共通の論理を見ることができる。

別表が登場してきた背景にはどのような経緯があったのだろうか。以下、寺脇隆夫によって明らかにされた成果をもとにその経緯を探ることにする。

本法制定の土台となる更生課の設置（1948年7月）段階では、すでに失明

者、肢体不自由者、内部疾患・特殊疾患者の分類が登場していたと思われる¹³⁷⁾。この分類の枠組みとしては、第1節で取り上げた傷痍者保護対策の分類と類似していること、及び次節で述べるように統計で用いていた分類を見ても傷痍者保護対策を参考にしたものと思われる。

1949年の2月からは身体障害者福祉法制定推進委員会で、各委員からの提案を経て、最初の法案が登場していく。このとき、社会局更生課が試案として最初に作成した案では、タイトルに用いられた用語が「傷痍」から「身体障害」へ変化し、障害者の定義を「身体上又は精神上の障害を有し、そのために経済生活能力の減少しているもの」とし、その対象を「全盲又は強度の視力障害」「全ろう又は強度の聴力障害」「おし又は強度の言語機能障害」「四肢切断又は肢体不自由」「中枢神経機能障害」「結核性疾患、精神疾患等で後保護を要するもののなか、別に政令で定めるもの」とした¹³⁸⁾¹³⁹⁾。

同年3月頃に予算確保の問題からいったん法案の国会提出を断念した後、さらに見直しが進められていく。米国から更生課長黒木利克が帰国した後になる6～7月と思われる大幅修正では、対象を「身体障害者とは、左の各号の一に該当する精神上又は身体上の障害のため職業能力が損傷されている一八歳以上の者であって、その申請に基いて都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたものをいう」とし、その障害種別を「視力障害」「聴力障害」「言語機能障害」「四肢切断又は肢体不自由」「中枢神経機能障害」と規定した¹⁴⁰⁾。「経済生活能力の減少」の文言が「職業能力が損傷」という文言に変わり、第三次案で規定していた「結核性疾患、精神障害等で後保護を要するもののなか、別に政令をもって定めるもの」¹⁴¹⁾が削除されており、寺脇はこの段階で「対象規定の限定の問題が初めて提起された」¹⁴²⁾と指摘している。以後、成立に至るまでこの「結核性疾患」「精神障害」の対象化・非対象化をめぐって変動が見られるが、結局はこの時点で示された分類が成立した法律の内容となる¹⁴³⁾。

これらを見る限りでは、結核や精神病を境界線に議論が重ねられ、それらを削ることで、対象を限定する方向に修正していった過程がうかがえる。

結核については、厚生省が示した結核患者数の統計によって相当数にのぼっていたこと、そして患者同盟による運動があった背景を考慮すると、その

部分を削っていったことは重大な決断であったはずである。なぜこれらが削除されたかについては、「昭和二十四年九月／身体障害者福祉法逐条理由」¹⁴⁴⁾にその理由の説明が示されている。

第一に、法の運用の画一性を確保するための判定機関の能力的な問題で、精神病や結核などを判定する機関が全国にまだ十分に整備されていないことである。第二に、「能力損傷」の基準の設定の困難性であり、身体的な損傷は客観的な判断ができるが、内臓疾患や精神の判定は難しいことである。第三に、施策の経済的制約であり、精神や結核といった障害を含めると対象が膨れ上がり、経費がまかなえないことである。

これらの見解は、本法成立後に厚生省が対象を限定したことを説明している内容と一致している¹⁴⁵⁾。したがって、このときの見解が本法で対象を限定した厚生省の見解の元になったものと思われる。

この見解を、佐藤久夫は次のように分析している¹⁴⁶⁾。第一の画一的な判定の可能性については、知能テスト等によって、少なくとも重度については判定が十分可能であった。判定基準の研究は 1966 年からであり、遅々たるものであったことからしても、「対象を狭く限定するための口実として評価判定基準とその体制の不備が利用されてきたことをうかがわせるものであろう」¹⁴⁷⁾。また、厳密な評価は医師に依存する観点となっており、諸外国に学ぶ姿勢が十分に生かされたかどうかを検討しなくてはならない。第二については、欧米ではすでに制限列举主義から普遍的一般的方式へと展開していったが、日本ではあくまで制限列举方式に止まり、諸外国の状況を学ぶ面が生かされたとはいえない。したがって、第三の「経済的制約が大きな役割をはたしていたと考えられる」¹⁴⁸⁾。

本法の施行初年度の状況を見ると、「本法の完全実施には約三七億円を要し、施設等はこれを将来に譲るとしても、経常費約七億円の見積もりに対し、現実には本法の実施予算は、僅かに一億五千万円、地方財政平衡交付金に繰り入れられた分が約二億二千万円、合計して約三億七千万円に抑えられたのであった。この額は、当初の見積額の約二分の一にすぎない」¹⁴⁹⁾という有様であった。このような状況を鑑みても、佐藤久夫が指摘するように経済的制約によって対象が限定されたことは容易に想像できる。

しかし、これに加え、戦時からの歴史的な影響も無視し得ないと考える。

前章まで述べてきたように、戦前から結核の蔓延は社会的関心を集め、戦時体制下では国策として結核予防対策が行われ、結核療養所等が設置されてきた。戦後間もない頃は、結核は治療ではなく大気安静による療法が行われる程度であった。前述の通りその数は 20 万人に及んでおり、これらを対象に含めることに財政的な制約が働いたことが十分推測できる。だが、医学の発達により結核は治癒不可能な疾病から治癒可能な疾病となり、その後ストレプトマイシンの社会保険の給付対象化や結核予防法による対応が行われ、厚生省の関心は本法による対応から医療の方へ移っていった¹⁵⁰⁾。

では精神病はどうだろうか。確かに、佐藤久夫が指摘する通り、呉秀三に代表されるように医学史的にも精神判定の技術はすでに蓄積され、徴兵制においても前述したように『軍医団雑誌』などを通して積極的に日本に輸入され、判別のための医学的な水準は満たしていたと考えられる¹⁵¹⁾。しかし、日本での技術内容はあくまで私宅監置といった社会防衛的な観点からの臨床経験の積み重ねに傾斜しており¹⁵²⁾、社会復帰へつなげていくという更生や保護といった観点からの判定は当時の厚生省にとっては想像がつかなかったようにも考えられる。このような背景を踏まえるならば、経済的な制約に加えて戦時から連なるこのような行政の立場からの臨床的な水準による影響も無視できないものと思われる¹⁵³⁾。

戦前から知的障害者や精神障害者への取り組みの積み重ねがあれば、財政的な制約のなかでも例えば重度だけを対象とするなど、その後の展開につながる考えも生まれたはずである。周知の通り、その後知的障害と精神障害のある者への福祉施策は大きく遅れ、しかも別立てで法制度がつくられることになり、障害種別で施策の充実度に温度差を生み出し、いわゆる「谷間」の障害を生み出していく要因ともなっていたといえよう。

なお、本法成立の過程で別表の登場が確認されるのは、GHQ と更生課による折衝を経て承認されたと思われる 1949 年 11 月 22 日時点である¹⁵⁴⁾。ここで初めて障害程度概念が導入されている。どのような意図をもって程度が設定されたかが問われるが、それについて第 5 節で述べる。

このように、身体障害者福祉法の審議過程では、主に精神病や結核を対象

として含めるかどうかが争点となり、結果的に除外されていた。その理由には財政的な影響に加え、障害を更正や保護といった観点から捉えることへの戦前からの積み重ねが薄弱であったことが影響している点を指摘した。また、身体障害者福祉法で具体的に対象を規定した別表について検討すると、その論理には「職業能力が損傷されている」という観点があり、それが高齢者概念との違いを示す論拠にもなっていた。後にこの規定は審議過程でも示されていたような「生活能力の減退」といった内容に修正されず、単に削除だけされてしまったことで、後述する佐藤久夫の指摘の通り、その後の対象規定における障害者の生活実態を反映させる論理的根拠を著しく損なわせたのであった。

第4節 身体障害者福祉法案における統計

前述の通り、身体障害者福祉法の審議過程では、精神病や結核を対象とするかどうか争点となっており、結果的に除外されるなど、対象規定の設定には紆余曲折が見られる。では、厚生省が実際に身体障害者福祉法の制定にあたり、何を対象として認識していたか。それをより具体的に検証するため、当時厚生省等が用いていた統計を取り上げて分析する。

第2節で述べた傷痍者統計は、本法の審議がスタートする段階に基礎資料として引き継がれたものと思われる。1949年1月頃の文書と思われる厚生省社会局「傷痍者保護更生対策要綱案」では、第2節の傷痍者統計と同じく傷痍者を約50万人と推定し、「傷痍の原因、傷痍の程度及び性別等に拠って差別することなく夫々の保護の必要度に応じて無差別平等に取扱い、特に旧軍人軍属に対して優先的保護を行はない」としていた¹⁵⁵⁾¹⁵⁶⁾。そのうえで、全国傷痍者の実態調査の実施を明記していた。

本法制定過程で対象認識にかかわる統計がより具体的かつ明確に示されたのが、1949年11月の「身体障害者福祉法案参考資料」である¹⁵⁷⁾。11月ということは、12月に成立した本法の中身が最終的に詰められた段階であり、成立した本法の対象がどのような根拠で設計されたのかを示す有力な資料とい

える。この資料では、次の3つの統計が載せられていた。

第一は、統計を「全盲」「強い弱視」「聾啞」「強い難聴」「盲聾啞」「強い難聴強い弱視」「四肢不自由」「内之軍人軍属」「一般」「結核」「頭部障害」のカテゴリーで集計されていたもので、身体障害者数を計 799,978 人と非常に多くの数値を挙げ、そのうち児童福祉法の対象となる 18 歳未満の数は計 191,126 人としたうえで、本法該当者数を 608,852 人とした。資料には統計データの出所について付記されており、順に「全盲」から「強い難聴強い弱視」までは「(昭和一筆者) 二二年一〇月国勢調査による結果 (四一四〇才) に対し年齢別人口数によって〇算したもの」¹⁵⁸⁾、「四肢不自由」と「内之軍人軍属」は「二二年協会の調査による」とし、一般から頭部障害までは「二四年社会局調査による」とあった。つまり、ここでの身体障害者統計は国勢調査、協会調査、社会局調査から得たデータであることが示されているのである。

第二は、「身体障害者数調表 昭和 24 年 5 月 28 日現在」と題する各都道府県別の統計で、傷痕の原因と種類とのクロス集計が示されている。それによると、「公務」5,057 人、「産業」13,514 人、「自然災害」7,181 人、「戦禍」のうち「旧軍人軍属」37,051 人・「一般人」4,706 人、「交通事故」3,784 人、「疾病」のうち「先天性」62,037 人・「後天性」102,551 人、「その他」13,416 人で、総計 249,297 人であった。それらを整理し、表にまとめたものが表 19 で、図にしたものが図 10～12 である。

表 19 身体障害者福祉法案参考資料 (1949 年 11 月) における身体障害者統計

傷 痕 種 類	傷 痕 原 因	公 務	産 業	自 然 災 害	戦 禍	
					旧 軍 人 軍 属	一 般 人
全 盲		165	688	1,052	929	389

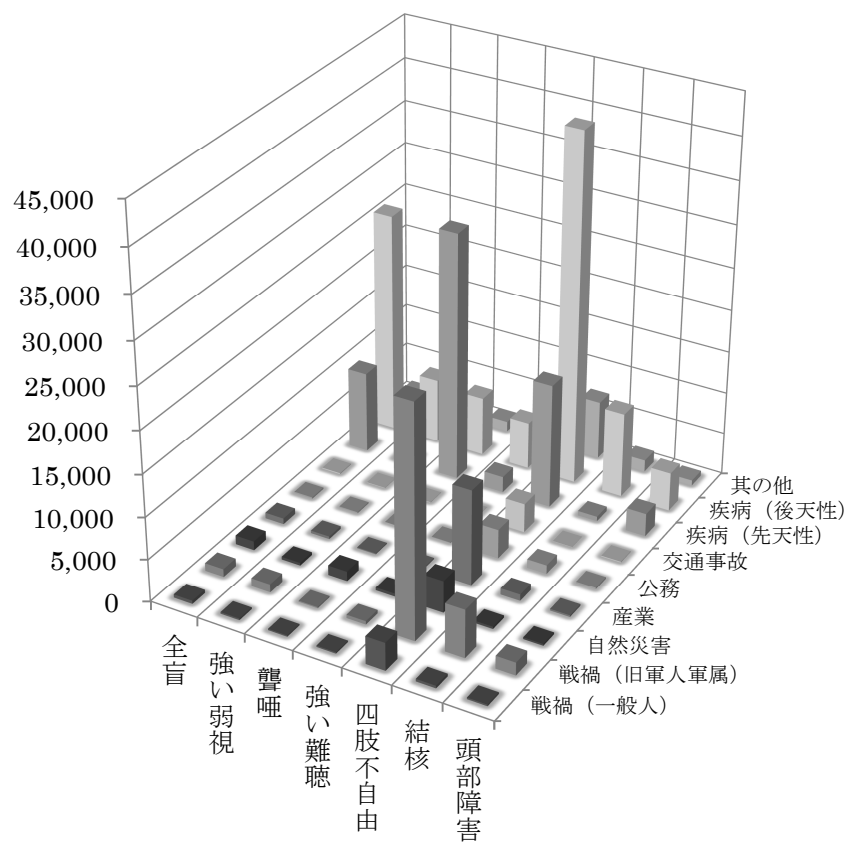
強い弱視	132	311	330	985	196
聾啞	46	112	1,145	139	161
強い難聴	65	141	348	409	165
四肢不自由	3,436	11,295	3,817	27,346	3,293
結核	1,020	769	275	5,721	311
頭部障害	193	198	214	1,522	191
計	5,057	13,514	7,181	37,051	4,706

傷 痕 種 類 傷 痕 原 因	交 通 事 故	疾 病		其 の 他	計
		先 天 性	後 天 性		
全 盲	117	9,660	26,121	1,440	40,561
強い弱視	53	2,972	7,635	802	13,416
聾啞	56	29,524	7,033	1,197	38,713
強い難聴	23	1,869	5,604	988	9,612
四肢不自由	3,410	14,765	41,497	6,986	115,845
結核	30	548	10,108	1,384	20,166
頭部障害	95	2,699	4,553	619	10,279
計	3,784	62,037	102,551	13,416	249,297

※1 「身体障害者福祉法案参考資料」から筆者が作成した。

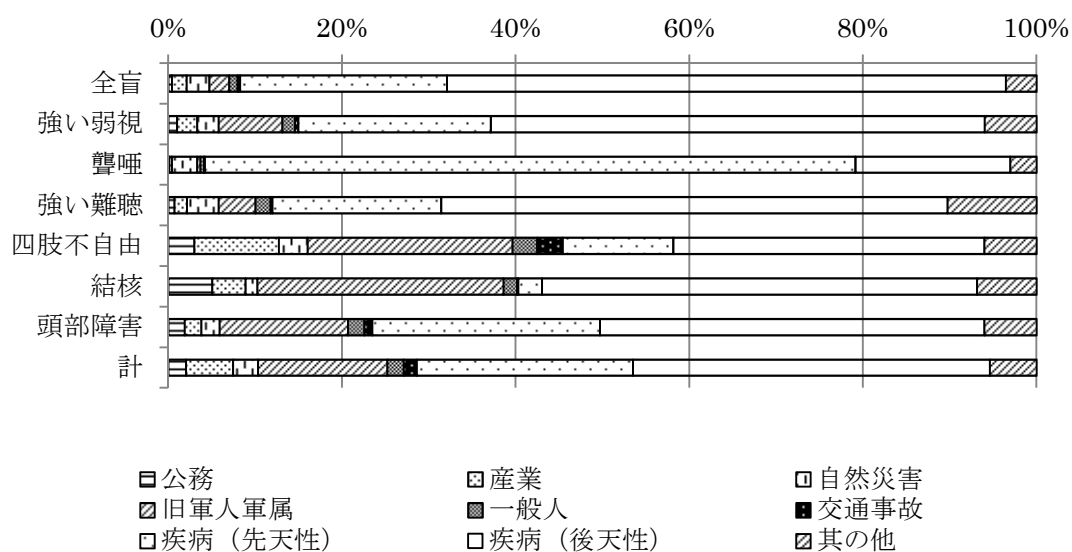
※2 原資料では「旧軍人軍属」の箇所など何点か内訳と合計に差が見られたため、本表では内訳に基づき修正した数値を掲載している。また、かすれなどで数値の読み取りに不明瞭な部分もあり、「木村文書」の別の所にあった同じ資料【011105-0401】とも見比べ、また検算を行いきる限り正確な数値の把握に努めたものの、依然総計に原資料との誤差が705ある。

図 10 身体障害者福祉法案参考資料における身体障害者統計（実数）



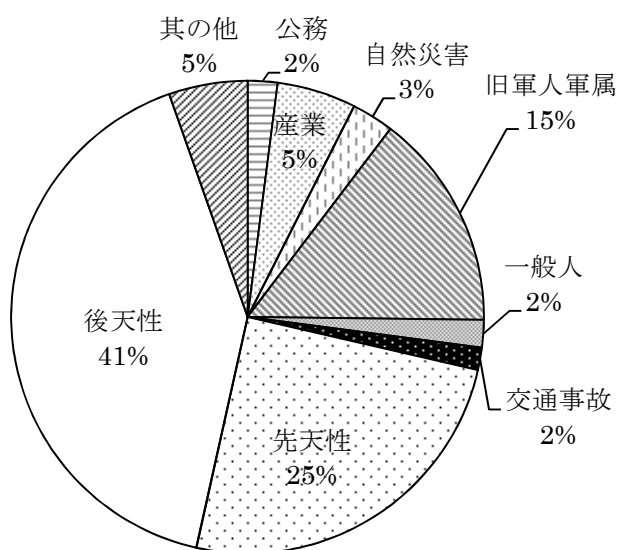
※1 表 19 から筆者が作成した。

図 11 身体障害者福祉法案参考資料における身体障害者統計（障害別割合）



※1 表 19 から筆者が作成した。

図 12 身体障害者福祉法案参考資料における身体障害者統計（全体の割合）



※1 表 19 から筆者が作成した。

図 10 から特徴を整理すると、まず「四肢不自由」の数が圧倒的に多いこと、その「四肢不自由」の原因には「旧軍人軍属」で「戦禍」によるもの、「産業」によるものが多いことが挙げられる。そして、他の障害では「疾病」

によるものに集中している様子が見られる。また、この図によれば、恩給法（いったんこの時代は廃止されているが、後に復活する）や厚生年金保険法の対象者はごく限られた者でしかないことも見てとれる。なお、「頭部障害」では「疾病」に加え、「旧軍人軍属」による数が目立つ。「旧軍人軍属」は「四肢不自由」や「結核」に続き、「頭部障害」を中心に障害を抱えていたといえる。

図 11 及び図 12 を見ると、身体障害者の障害原因は「旧軍人軍属」はわずか 15% であって、「疾病」が 66% と大半を占めていることが指摘できる。つまり、この統計では直接戦争によるものは限られた割合でしかなく、むしろ疾病に基づく障害がほとんどであったことを示している。この統計は身体障害者対策が元傷痍軍人を主な対象としていたとする通説とは異なっている状況を示すものでもある。

なお、この統計では男女別の分類があり、男性は 166,253 人、女性は 83,044 人で、男性は女性に比べ倍となっていた。上記の図表には示していないが、その原因を原資料の統計から探ると、男性は障害原因に「旧軍人軍属」が多くを占めるのは当然であるが、それは一部に過ぎず、「疾病」を除き全体的に圧倒的に男性が多くを占めていたことが影響している。女性も労働力として工場に雇用され、男性同様戦禍を受け、また交通事故にも遭遇しているはずであり、この数値は不自然に見える¹⁵⁹⁾。

第三は、「国立病院及び国立療養所入院入所患者」である。国立病院は 98 あり、床数は 23,000 である。そのうち、入院患者数は 20,668 人（1949 年 8 月平均）で、そのうち「結核」54.5%、「外科」32.2%、「精神」4.2%であった。費用負担に関心があったようで、この資料では入院医療費負担の内訳が明示されており、それによると、入院医療費を生活保護で支払う患者が 57.5% も占めていた。また、国立療養所は 163 あり、療養所の種類は「結核」142、「癩」10、「精神」3、「温泉」7、「頭部」1 であった。床数は 34,835 で、入所者は 37,803 人に上っていた。ここでも医療費は生活保護による支払いが 45.2% も占めていた。本法制定過程では、結核患者を本法で対応するかどうか争点となり、結果除外されたが、本法で対応するとなった場合はやはり大きな財源を伴うものであった事情が見える¹⁶⁰⁾。

このように、戦後の福祉政策では障害原因に関心を持ちながら主に視覚障害や聴覚障害、肢体不自由、結核、頭部障害を枠組みとした実態の把握が進められ、その対策が練られていったことが考えられる。具体的には身体障害者数を 80 万人と見積もり、18 歳未満を除いた約 60 万人が本法に該当してくること、その根拠に国勢調査、協働会調査、社会局調査の統計が用いられていた形跡が見られた。そして、障害原因別に詳しい統計がとられており、傷痍者保護対策の場合に比べ元傷痍軍人の割合が非常に少なく見積もられていた点が特徴的であった。また、国立病院や国立療養所に入院する患者数やその原因も割り出され、そこではおよそ半数が結核患者であり、結核患者の半数近くは生活保護法で医療費を支払っていることが示されていた。

このとき、障害原因に関心が向いた背景には、「無差別平等」の原則の下、元傷痍軍人への優先的保護を厳しくチェックする GHQ からの圧力があったことが考えられる。そのような監視の目があったからこそ先天性を含めさまざまな障害種に目が向けられ、その実態の把握へと方向でづけられていった側面があると指摘できよう。すなわち、「無差別平等」の原則の下に進められた福祉政策では、戦時まで社会防衛的な観点から捉えられがちであった先天性障害者を含む一般障害者の存在が、初めて保護の観点から統計数値となって浮き彫りにされていき、しかもその割合が大きな数値で示されていたといえる。

ただし、第一と第二で挙げた統計数値はずいぶん異なる。その違いは統計項目の違いも多少影響しているが、そもそも、それぞれの障害種別で割り出している数がまったく違っていることに起因している。そして、第二で示された身体障害者数は、前節で述べた傷痍者統計と類似するものである。

おそらくは、第 2 節で述べた傷痍者保護対策の統計と同様、身体障害者数を 80 万とした第一の統計はあくまで全体の目安として出したものであり、実際に本法が対応していく範囲として検討されたのが第二の統計で示された 25 万という統計数値であったと思われる。

第一の統計で示された 80 万に及ぶ身体障害者を、本法がどこまで対応するか、そしてその線引きをどのように設定するかが法案作成において重大なポイントとなる。その線の引き方によって必要となる財源が大きく左右され

るからである。戦後の厳しい財政的制約のなか、本法が対象とできる範囲は決して自由ではない。その制約のなかで登場してきた数値が、第二で示された 25 万人という数値であったと思われる。これが基本的に本法で対応する障害の範囲の大枠とされ、その枠組みのなかで具体的な対象規定が論議されていったものと考えられる。とりわけ、25 万人という数値は第 2 節で取り上げた傷痍者統計で保護を要する者として見積もられていた数値と近いものであることは示唆的である。

このように、第二の統計で示されたものを見る限りでは、戦後の福祉政策では障害原因が戦争にかかわらず、生活問題をかかえるさまざまな障害者を対象とし、普遍的な捉え方がなされていったものと思われる。では、その対象は具体的にどのようにして決められていったのか、次に検討する。

第 5 節 身体障害者福祉法別表の登場

本法別表は、具体的に本法の対象を規定するために登場してきたもので、本法が詳細に対象を規定する身体障害者障害程度等級表は、この別表を基準にされている。では、別表にはどのような考えや論理があったのだろうか。

第 3 節で述べたように、本法は職業的リハビリテーションを通して身体障害者を社会復帰させることが中心的なねらいであった。そのため、「職業能力の損傷」が対象を決めるうえで重要な基準となっていた。また、本法では対象規定に年齢制限は設けていない。それは職業復帰の可否を年齢で一律に線引きすることが困難であることに加え、高齢であれば職業復帰も見込めなくなるため、必然的に対象から除外されていくとの見込みがあったからであった。

1950 年 2 月の社会局「身体障害者福祉法逐条解説」では、「職業能力が損傷されている」の意味について、次のような説明をしていた¹⁶¹⁾。本法の対象は障害によって他の人に比べて職業に就いて働く能力が減殺されている場合、そして放置すると障害の状況が悪化してその能力が減殺される可能性の強いものも含まれる。ところがその判定は職業毎に障害の影響度を法文で規定す

ることは困難なので、「一定の障害のある者は、必ず何等かのいみで職業能力に損傷があるという事実に基づいて特に障害程度を唯一の決定要因とし、現実的な職業上の能力損傷を重くみないことにして法施行の厳密な統一を図ることが考えられる」とのことであった。

つまり、考え方としては職業に従事する能力が障害によってどの程度困難となっているかを基準に判定していくことになるが、それを法律のなかで一律に規定していくことは難しい。したがって、その考えを踏まえながらも結局は障害のみに着目して判定する仕組みを採用するほかないとしたのである。本法別表で示されたのは障害の種別や程度のみではあるが、それらはあくまで職業能力を念頭に規定したことを意味している¹⁶²⁾。

さらに、本法別表で規定された内容について、「身体障害者福祉法の一部を改正する法律案逐条説明」では次のような説明がなされていた¹⁶³⁾。

本法別表は、その制定の際、それに掲げる身体上の障害がある者は、何等かの程度において、職業能力に損傷があるということが明らかなもののみを選定しており、国際労働会議事務局発表の産業災害に於ける労働能力損傷度表中大体 50%以上損傷を来す障害を含むように意図されたものである。

この文書では、本法別表が国際労働会議の産業災害における「労働能力損傷度」を参照したとのことであるが、「労働能力損傷度」がいかなるものなのかは不明である。しかし、本法別表は労災分野を参照にしながら、労働能力を半分以上損傷したかどうかを基準に定めたとの記述は示唆的である。つまり、別表の背後にある論理には労災による「職業能力の損傷」が述べられていたのであり、身体障害者障害程度等級表もこのような事情と深く関係してくるものと思われる。

本法の成立後、1950年4月6日に公布された本法施行規則では障害程度の認定方法を規定し、市町村を窓口に関道府県知事による障害程度の認定と、それに懷疑がある場合の手続きとして地方身体障害者福祉審議会への諮問及び厚生大臣への認定を求めるといった手続きが規定された。これにより障害

認定の最終的な判断には厚生省が対応する仕組みができあがった。

別表が規定した障害の範囲は、以下の通りである¹⁶⁴⁾。

別表（身体障害の範囲）

一 視力障害

- 1 両眼の視力（万国式試視力表により、測定したものをいい、屈折異常のある者については矯正視力についてその測定をしたものをいう。以下同じ。）が0.1以下で、症状の固定したもの
- 2 一眼が失明し、他眼の視力が0.6以下で、症状の固定したもの

二 聴力障害

- 1 両耳の聴力が40センチ・メートル以上の距離において普通の話声が了解できない程度以上の障害で、症状の固定したもの

三 言語機能障害

- 1 言語機能の喪失その他その著しい障害で、症状の固定したもの

四 肢切断又は肢体不自由

- 1 両上肢又は両下肢の機能の喪失
- 2 両上肢を腕関節以上で又は両下肢を足関節以上で失ったもの
- 3 一上肢若しくは一下肢の機能を全く失い又は一上肢若しくは一下肢の三大関節のうち二関節以上の機能を失ったもの
- 4 一上肢を腕関節以上で又は一下肢を足関節以上で失ったもの
- 5 一手のおや指及びひとさし指を失ったもの又はおや指若しくはひとさし指を含めて三指以上を失ったもの（おや指については指関節その他のものについては第一関節以上を失ったものをいう。）
- 6 一手のおや指又はひとさし指を含めて四指以上の機能を失ったもの
- 7 両足又は一足をリスフラン関節以上で失ったもの
- 8 せき柱に障害があるもので厚生大臣の指定するもの
- 9 胸かくに変形があるもので厚生大臣の指定するもの
- 10 骨盤に変形があるもので厚生大臣の指定するもの
- 11 軟部組織のはんこん、欠損等により運動機能に著しく障害のあ

るもので厚生大臣の指定するもの

1 2 前各号に掲げるものの外、その障害の程度が前各号に準ずると認められるもの

五 中枢神経機能障害

1 常に就床を要し複雑な介護を要するもので回復の見込のないもの

2 半身不随で回復の見込のないもの

厚生省がこの別表の具体的な解釈を示したものが、1950年7月26日に通達された「身体障害者福祉法別表『身体障害の範囲』の解釈について」（社乙発116号）である。

ここでは、「機能障害の範囲はあくまで職業能力の損傷の程度を基準にして定められるべきもので、労働者災害補償保険法の如く、賠償的観念を加味した判定によるべきでない」との見解が示されている。そして、身体障害の最低線は、「本法制定の目的により明らかである」とし、「その最低線は相当高度の障害に限定され、また感覚器、肢体不自由の各障害の間の関係は、従来の恩給法や労働者災害補償保険法等と必ずしも一致していない」としている。また、別表にある「視力障害」は、「両眼の視力が」は別々に測ったものであること。「言語機能障害」は、「音声を全く発し得ざるか、或は発生し得ても言語機能の障害のため言語のみを用いて意思を疎通することが困難なるもの」としている。

「肢切断又は肢体不自由」はケースによって多岐にわたるが、例示をしながら次のような解釈を展開している。例えば、下肢の肢体不自由であれば、1 km以上の歩行不能、30分以上同一立位を保てないもの、通常の駅の階段の昇降が手すりにすがらねばできないもの、通常の腰掛けに腰掛けられないもの、通常の座位をとることができないものである。このような解釈を見る限りでは、「肢切断又は肢体不自由」はかなり広範な範囲を示していたかのように見受けられる。

1951年5月31日公布の「身体障害者福祉法の一部を改正する法律」によって、本法第4条の「職業能力が損傷されている」が削除された。このとき、

佐藤久夫も指摘するように¹⁶⁵⁾、対象を制限する要因であった職業能力の規定がなくなったことは、確かに対象を広げていく側面があったが、ここで新たに依拠する根拠、例えば本法の成立過程で見られたような「生活能力の減退」といった規定が盛り込まれなかったことは、その後の対象規定に障害者の生活実態を反映させる論理的根拠を著しく損なわせたといえる¹⁶⁶⁾。

1951年10月6日の「身体障害者福祉法施行規則の一部を改正する省令」では、身体障害者手帳の様式に「級別」の項目が加えられた。これは所得税法による控除等の徴税機関への利便を図るために設けられたものである¹⁶⁷⁾。

その後、1954年に対象規定に大きな動きが見られる。1954年3月31日に公布された「身体障害者福祉法の一部を改正する法律」で、別表が次のように改定されたのである。

別表（身体障害の範囲）

一 次に掲げる視覚障害で、永続するもの

1 両眼の視力（万国式試視力表によつて測つたものをいい、屈折異常がある者については、矯正視力について測つたものをいう。以下同じ。）がそれぞれ0.1以下のもの

2 一眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のもの

3 両眼の視野がそれぞれ10度以内のもの

4 両眼による視野の二分一以上が欠けているもの

二 左に掲げる聴覚又は平衡機能の障害で、永続するもの

1 両耳の聴力損失がそれぞれ60デシベル以上のもの

2 一耳の聴力損失が80デシベル以上、他耳の聴力損失が40デシベル以上のもの

3 両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が50パーセント以下のもの

4 平衡機能の著しい障害

三 次に掲げる音声機能又は言語機能の障害

1 音声機能又は言語機能の喪失

2 音声機能又は言語機能の著しい障害で、永続するもの

四 次に掲げる肢体不自由

- 1 一上肢、一下肢又は体幹の機能の著しい障害で、永続するもの
- 2 一上肢のおや指を指骨間関節以上で欠くもの又はひとさし指を含めて一上肢の二指以上をそれぞれ第一指骨間関節以上で欠くもの
- 3 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの
- 4 両下肢のすべてのゆびを欠くもの
- 5 一上肢のおや指の機能の著しい障害又はひとさし指を含めて一上肢の三指以上の機能の著しい障害で、永続するもの
- 6 前各号に掲げるものの外、その程度が前各号に掲げる障害の程度以上であると認められる障害

別表の変更のポイントについて、厚生省は次のように説明している¹⁶⁸⁾。「症状固定」や「回復の見込がない」を「永続するもの」に統一したこと。「視力障害」を「視覚障害」に改め、視野狭窄や視野欠損を加えたこと。「聴力障害」を「聴覚又は平衡機能の障害」に改め、語音明瞭度の障害や平衡機能の障害を加えたこと。「言語機能障害」を「音声機能又は言語機能の障害」に改めたこと。「中枢神経機能障害」を肢体不自由に含め、最低限度の障害のみを規定することで表現を整理し、一上肢のおや指を欠くもの、両下肢のすべてのゆびを欠くものを加えたことである。また、この通知ではこの「別表の改正に伴って、障害の等級表は全面的に改正する予定である」と等級表の改正を予告している。

おわりに

本章では、身体障害者福祉法の制定過程に焦点を当て、そのなかで対象をどのように認識し、具体的な規定内容となる別表がどのような論理で登場してきたかを検討してきた。

その結果、身体障害者福祉法案が検討される前段階となる傷痍者保護対策では、対象を失明者、四肢切断者、結核患者、頭部損傷者といった分類で把

握し、対策が立てられていった過程が認められた。その統計を見ていくと、傷痍者全体を 49 万人と見積もり、その約半数を保護が必要とする対象として認識していた。元傷痍軍人の割合は傷痍者全体ではやはり多くを占めていたが、保護を必要とする対象としては低く抑えられ、元傷痍軍人と一般人とがほぼ半数ずつとしていた。

その背景には、「失明者保護に関する件」からスタートする一連の傷痍者保護対策には、GHQ による「無差別平等」の原則からの厳しいチェックがあり、その影響であることが考えられた。これが戦中・戦後の変化として明確に確認できるものであり、非軍事化と民主化政策として打ち出された「無差別平等」の原則によって導かれた障害原因を問わない対応を示すものであることを明らかにした。

身体障害者福祉法の審議過程では主に精神病や結核を対象として含めるかどうか争点となり、結果的に除外されていた。その理由には財政的な影響に加え、障害を更正や保護といった観点から捉えることへの戦前からの積み重ねが薄弱であったことが影響している点を明らかにした。

そして、身体障害者福祉法案の策定にあたり、資料とされた統計を見ていくと、次の点が確認された。まず、身体障害者全体としてはおよそ 80 万人という数値が出されており、具体的な対象者数として 25 万人の数値が登場していたことである。そして、障害原因別による統計が詳しく採られており、その内訳を見ていくと、対象として認識していた障害原因の大半はあくまで先天性を含む疾病によるもので、傷痍軍人に当たる旧軍人軍属はわずか 15% に過ぎなかった。したがって、身体障害者福祉法の制定過程では一般の障害者を主たる対象に認識していた形跡があり、身体障害者福祉法が元傷痍軍人を対象としていたとする通説に修正を加えざるを得ず、そのことは前述のデータ分析からも揺るがし得ないものである。その背景には戦後の「無差別平等」の原則が、障害原因を問わない普遍的な対象の設定へと導いていった経緯が考えられた。

また、身体障害者福祉法で対象を規定した別表の論理について検討すると、その論理には「職業能力が損傷されている」という観点があり、それが高齢者概念との違いを示す論拠にもなっていた。この職業能力を基準にした障害

の認識は、「廃疾」によって職業的労働が不能となる「経済的廃疾」を対象とするという年金保険制度の認識と共通する論理である。障害の捉え方は戦時の社会保障制度から引き継がれた部分があり、それが対象認識における方法であったといえよう。

「職業能力が損傷されている」との規定は後の法改定で削除されたが、審議過程で示されていたような「生活能力の減退」といった内容が盛り込まれなかったことで、その後の対象規定に障害者の生活実態を反映させる論理的根拠を著しく損なわせたのであった。

では、身体障害者福祉法が実際に対象を具体的に規定することになる身体障害者障害等級表は、どのようにして登場してきたのか、それを次章で明らかにする。

第5章 身体障害者等級表はどこから来たか

はじめに

本章では、身体障害者障害程度等級表がどのような経緯でつくられてきたものであるかを明らかにする。

この等級表は、今日の身体障害者福祉施策の対象を規定する具体的法規として根幹を成しているものである。この等級表にどのような障害が規定されるかによって、身体障害者福祉法が対象とする範囲が変化する。等級表は、第1章で見たような徴兵制の体格等位基準のように、障害の種類を詳細に羅列し、その程度を等級毎にランク付けした一覧表の形式になっている。その等級によって障害者が受けられる福祉施策の内容が変わることもあり、どんな障害ならどの程度の福祉施策が適用されるかといった行政上の基礎資料とされている。

ところが、その対象を規定する等級表がいかなる根拠に基づいてつくられてきたのかは明らかにされていない。障害者にとって生活を維持・継続させていくうえで根幹となる福祉施策の基礎部分が、どういった論理や経緯で成り立っているのかは不明なのである。これでは、今日の障害概念がどういった論理で範囲が規定されているのかが曖昧となり、今後の対象規定がどうあるべきかを考える場合に重大な歴史事実を欠いているといわざるを得ない。

前章では、身体障害者福祉法の対象規定がどのようにして登場してきたか、具体的には身体障害者福祉法で対象が規定された別表にはどのような論理や経緯があったのか、また、その制定過程で用いられた統計から政策はどういった障害を対象として想定していたのかを明らかにした。

本章では、身体障害者福祉法別表の具体的な内容として登場してきた等級表を取り上げ、等級表が何を参考につくられたかを明らかにし、また、等級表の特徴について他の社会保障関係法との比較を通じて考察を行っていく。

第 1 節 等級表の規定内容

身体障害者福祉法（以下、本法と略す）の具体的な対象を規定している身体障害者障害程度等級表（以下、等級表と略す）が登場する経緯を簡単に示すと、次の通りである。1954 年 6 月 21 日の省令¹⁶⁹⁾により、身体障害者手帳に記載する事項に「障害名及び障害の級別」が加えられる。そして、1954 年 9 月 2 日に出された「身体障害者福祉法施行規則の一部を改正する省令」（厚生省令第 52 号）により、本法施行規則に等級表が規定されたのである。

このときの等級表の内容は、表 20 に示すとおりである。

表 20 身体障害者福祉法施行規則別表 5 号の 2 身体障害者障害程度等級表

級別	視覚障害	聴覚又は平衡機能の障害		音声機能又は言語機能の障害
		聴覚障害	平衡機能障害	
1	両眼の視力(万国式試視力表によって測ったものをいい、屈折異常のある者については、きょう正視力について測ったものをいう。以下同じ。)の和が0.01以下のもの			
2	両眼の視力の和が0.02以上0.04以下のもの	両耳の聴力損失それぞれ90デシベル以上のもの(両耳全ろう)		
3	両眼の視力の和が0.05以上0.08以下のもの	両耳の聴力損失が80デシベル以上のもの(耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの)	平衡機能の極めて著しい障害	音声機能又は言語機能のそう失

4	1 両眼の視力の和が0.09以上0.12以下のもの 2 両眼の視野がそれぞれ5度以内のもの	1 両耳の聴力損失が70デシベル以上のもの(耳介に接しなければ話声を理解し得ないもの) 2 両耳による普通話声の音量の語音明瞭度が50パーセント以下のもの		音声機能又は言語機能の著しい障害
5	1 両眼の視力の和が0.13以上0.2以下のもの 2 両眼の視野がそれぞれ10度以内のもの 3 両眼による視野の2分の1以上が欠けているもの		平衡機能の著しい障害	
6	一眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のもので、両眼の視力の和が0.2を越えるもの	1 両耳の聴力損失が60デシベル以上のもの(40センチメートル以上の距離で発声された会話を理解し得ないもの) 2 一側耳の聴力損失が80デシベル以上、他側耳の聴力損失が40デシベル以上のもの		
7				

級別	肢体不自由		
	上肢	下肢	体幹
1	1 両上肢の機能を全廃したもの 2 両上肢を手関節以上で欠くもの	1 両下肢の機能を全廃したもの 2 両下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの	体幹の機能障害により坐っていることができないもの
2	1 両上肢の機能の著しい障害 2 両上肢のすべての指を欠くもの 3 一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの 4 一上肢の機能を全廃したもの	1 両下肢の機能の著しい障害 2 両下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの	1 体幹の機能障害により坐位又は起立位を保つことが困難なもの 2 体幹の機能障害により立ち上る事が困難なもの

3	1 両上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの 2 両上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの 3 一上肢の機能の著しい障害 4 一上肢のすべての指を欠くもの 5 一上肢のすべての指の機能を全廃したもの	1 両下肢をショパール関節以上で欠くもの 2 一下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの 3 一下肢の機能を全廃したもの	体幹の機能障害により歩行が困難なもの
4	1 両上肢のおや指を欠くもの 2 両上肢のおや指の機能を全廃したもの 3 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能を全廃したもの 4 一上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの 5 一上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの 6 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指を欠くもの 7 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指の機能を全廃したもの 8 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の四指の機能の著しい障害	1 両下肢のすべての指を欠くもの 2 両下肢のすべての指の機能を全廃したもの 3 一下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの 4 一下肢の機能の著しい障害 5 一下肢の股関節又は膝関節の機能を全廃したもの 6 一下肢が健側に比して10センチメートル以上又は健側の長さの10分の1以上短いもの	
5	1 両上肢のおや指の機能の著しい障害 2 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能の著しい障害 3 一上肢のおや指を欠くもの 4 一上肢のおや指の機能を全廃したもの 5 一上肢のおや指及びひとさし指の機能の著しい障害 6 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指の機能の著しい障害	1 一下肢の股関節又は膝関節の機能の著しい障害 2 一下肢の足関節の機能を全廃したもの 3 一下肢が健側に比して5センチメートル以上又は健側の長さの15分の1以上短いもの	体幹の機能の著しい障害
6	1 一上肢のおや指の機能の著しい障害 2 ひとさし指を含めて一上肢の二指を欠くもの 3 ひとさし指を含めて一上肢の二指の機能を全廃したもの	1 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの 2 一下肢の足関節の機能の著しい障害	
7	1 一上肢の機能の軽度の障害 2 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害 3 一上肢の手指の機能の軽度の障害 4 ひとさし指を含めて一上肢の二指の機能の著しい障害 5 一上肢のなか指、くすり指及び小指を欠くもの 6 一上肢のなか指、くすり指及び小指の機能を全廃したもの	1 両下肢の全ての指の機能の著しい障害 2 一下肢の機能の軽度の障害 3 一下肢の股関節、膝関節又は足関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害 4 一下肢のすべての指を欠くもの 5 一下肢のすべての指の機能を全廃したもの 6 一下肢が健側に比して3センチメートル以上又は健側の長さの20分の1以上短いもの	

この表の最下級の規定と、本法別表で規定された内容とを比較すると、やはり基本的には別表で示された程度を最低ラインとして組み立てられていることが確認できる。

この等級表の趣旨について、厚生省は次のような説明を行っている¹⁷⁰⁾。「この等級は、身体障害者の更生援護に当つてその障害の程度を判断し、その措置の公平と適正を期すために重要であるばかりでなく、国鉄運賃の割引、税の減免等の措置に当つても必要とされるものであるので、その法的根拠を明らかにするため、今般、別紙 1 の通り、身体障害者福祉法施行規則の改正（昭和 29 年 9 月 2 日厚生省令第 52 号）によつて、同規則中に規定された」。つまり、等級表は更生援護だけでなく、国鉄運賃や税制の減免といった措置に際してその公平性や適正を期すためのものとしても必要とされたとのことである。

第 2 節 等級表の登場

この等級表は何を参考につくられたものなのだろうか。本法制定過程では、1949 年 1 月の段階で、対象とする障害の具体的な種類や程度が論議されていた。具体的には、1949 年 1 月 10 日付の「傷痍者の保護更生に関する法律案について推進委員会各委員より提案あった事項」では、本法を審議する各委員による対象規定案がまとめられている¹⁷¹⁾。「視力障害」では 0.02 以下を基準とするものや、0.04 以下も含むものなど、委員によって程度の見解が分かれ、対象とする障害種も「結核・永久排菌者」「精神薄弱者」「中枢神経（機能）障害者」「その他命令で定めるもの」で意見の不一致があった¹⁷²⁾。以降、このような論議を出発点に本法の具体的な対象規定が検討されていったことは前章で述べたところである。

その 4 日後となる 1949 年 1 月 14 日付で、労働省は「身体障害者職業補導事業の厚生省移管の反対理由（二四・一・一四）」を出していた¹⁷³⁾。この添付資料として示されていたのが「P.H.W.からの質問事項に対する答」である¹⁷⁴⁾。これは 1949 年 1 月 12 日付で P.H.W.から「質問事項」と題する厚生省、

労働省、文部省に質問された文書¹⁷⁵⁾への回答書で、「身体障害者分類」の質問に次のような回答をしていた。

職業安定法において、身体障害者は広く就業の負因となる身体又は精神に障害のある者をいう。併し実際的には恩給法施行令（24 条 31 条）及び労働基準法施行規則第 40 条別表第 1 身体障害等級表の障害程度を意味している。

身体障害者とは就業にとってマイナスとなるような身体障害や精神障害のある者を指しており、具体的な対象を恩給法や労働基準法の等級表を持ち出して説明していたのである。

さらに、「木村文書」¹⁷⁶⁾では、この資料の次ページに「身体障害者範囲案」¹⁷⁷⁾（以下、A 等級表とする）が収められている。A 等級表の出所や年月日は不明であるが、内容からおそらくは上記文書と同時期か、少なくとも最終的な本法案がまとめられる段階にある 1949 年 11 月までの資料であると思われる。その内容を表 21 の A 等級表（1949 年 1-11 月「身体障害者範囲案」）に示す。

表 21 A 等級表（1949 年 1-11 月「身体障害者範囲案」）

級別	視力障害	聴力障害	言語機能障害	上肢切断又は不自由	下肢切断又は不自由	体不自由	中枢神経機能障害	結核性疾患
1	両眼の視力が明暗を弁別し得ない者			両上肢を肘関節以上にて失った者 両上肢の用を全廃した者	両下肢を膝関節以上にて失った者 両下肢の用を全廃した者		常に就床を要し複雑な介護を要する者	
2	一眼失明他眼 0.02 以下の者 両眼視力 0.02 以下の者			両上肢を腕関節以上にて失った者	両下肢を足関節以上にて失った者		半身不随の者	

3	一眼失明し他眼0.06以下の者		言語の機能を廃した者 (厚)3級 (労)3級	十指を失った者				
4	両眼視力0.06以下の者 (厚)4級 (労)4級	両耳を全く聾した者 (厚)4級 (労)4級	言語の機能に著しく障害のある者 (厚)4級 (労)4級	一上肢を肘関節以上にて失った者 (厚)4級 (労)4級	一下肢を膝関節以上にて失った者			
5	一眼が失明し他眼が0.1以下の者			一上肢を腕関節以上にて失った者 一上肢の用を全廃した者	一下肢を足関節以上で失った者 一下肢の用を全廃した者 両足をリスフラン関節以上にて失った者			
6	両眼視力0.1以下になった者 (厚)6級 (労)6級	両耳の聴力が耳殻に接しなければ大声を解し得ない者 (厚)6級 (労)6級		一上肢の三大関節の中、二関節の用を全廃した者 一手の五指又は拇指示指を併せ四指を失った者	一下肢の三大関節の中二関節の用を廃した者	脊柱に障害のある者 胸廓に変形ある者 骨盤に変形ある者 軟部組織のはんこん、欠損等により機能に著しい障害のある者		
7	一眼が失明し他眼の視力0.6以下になった者 (労)7級 (厚)手当1級	両耳の聴力が40糎以上で尋常の話し声の解しえない者 (労)7級 (厚)手当1級		一手の拇指及示指を失った者 拇指又は示指を併せ三指以上を失った者 一手の五指又は拇指及示指を併せて四指以上の用を全廃した者	一足をリスフラン関節以上で失った者			結核性疾患であつて過去6ヶ月間1日2時間の軽作業に耐え病状悪化せず且つ排菌のない者

つまり、1954年に本法施行規則に登場する「身体障害者障害程度等級表」

の原型ともいえる等級表が、明確な形で 1949 年のどこかの段階で示されていたことになる。さらに、同じような等級表で、より出所と年月が明らかな資料として、1949 年 11 月の「身体障害者福祉法案参考資料」における「身体障害者範囲案」（以下、B 等級表とする）がある¹⁷⁸⁾。このときの内容を表 22 の B 等級表（1949 年 11 月「身体障害者福祉法案参考資料」）に示す。

表 22 B 等級表（1949 年 11 月「身体障害者福祉法案参考資料」）

級別	視力障害	聴力障害	言語機能障害	上肢切断又は不自由	下肢切断又は不自由	体不自由	中枢神経機能障害
1	両眼の視力が明暗を弁別し得ない者			両上肢を肘関節以上にて失った者 両上肢の用を全廃した者	両下肢を膝関節以上にて失った者 両下肢の用を全廃した者		常に就床を要し複雑な介護を要する者
2	一眼失明 他眼 0.02 以下の者 両眼視力 0.02 以下の者			両上肢を腕関節以上にて失った者	両下肢を足関節以上にて失った者		半身不随の者
3	一眼失明し他眼 0.06 以下の者		言語の機能を廃した者 (厚)3級 (労)3級	十指を失った者			
4	両眼視力 0.06 以下の者 (厚)4級 (労)4級	両耳を全く聾した者 (厚)4級 (労)4級	言語の機能に著しく障害のある者 (厚)4級 (労)4級	一上肢を肘関節以上にて失った者 (厚)4級 (労)4級	一下肢を膝関節以上にて失った者		
5	一眼が失明し他眼が 0.1 以下の者			一上肢を腕関節以上で失った者 一上肢の用を全廃した者	一下肢を足関節以上で失った者 一下肢の用を全廃した者 両足をリスフラン関節以上にて失った者		

6	両眼視力 0.1以下 になった者 (厚)6級 (労)6級	両耳の聴 力が耳殻 に接しなけ れば大声を 解し得ない 者 (厚)6級 (労)6級		一上肢の 三大関節 の中、二関 節の用を 全廃した者 一手の五 指又は拇 指示指を 併せ四指 を失った者	一下肢の 三大関節 の中二関 節の用を 廃した者	せき柱に障 害のある者 胸かくに変 形ある者 骨盤に変 形ある者 軟部組織 のはんこ ん、欠損等 により機能 に著しい障 害のある者	
7	一眼が失 明し他眼の 視力0.6 以下になっ た者	両耳の聴 力が40種 以上で尋 常の話し えの解しえ ない者		一手の拇 指及示指 を失った者 拇指又は 示指を併 せ三指以 上を失った 者 一手の五 指又は拇 指及び示 指を併せて 四指以上 の用を全 廃した者	一足をリス フラン関節 以上で失 った者		

A 等級表と B 等級表の違いを見ると、A 等級表には「結核性疾患」のカテゴリーがあり、7 級に「結核性疾患患者であって過去六ヶ月間一日二時間の軽作業に耐え病状悪化せず且つ排菌のない者」と規定していた部分が挙げられるが、それ以外は完全に一致する。そのため、B 等級表は A 等級表を引き継いだものであるといえる。本法制定過程では結核を本法の対象とするかが揺れており、結果的に除外されるが、B 等級表ではその状況が反映されたものといえる。

第 3 節 等級表はどこから来たか

では、この A 及び B 等級表は何を参考にしてつくられたものなのだろうか。それを探る手がかりとして次の 4 点が挙げられる。

第一は、前述したように、「P.H.W.からの質問事項に対する答」で身体障害者概念の説明に恩給法や労働基準法の等級表を持ち出していたことである。この文章が本法と関係するものであるならば、恩給法に加え、職業安定法と

いう労働分野の等級表が挙げられていたことは、やはり労働分野との強い結びつきがあったことが示唆される。

第二は、同じく前述したように、本法別表では国際労働会議の「労働能力損傷度」を参照してつくられたとの記述である。本法別表にこのような論理があったとすれば、等級表の作成においても労災分野との結びつきがあった可能性がある。

第三は、A 及び B 等級表には「(厚)」と「(労)」との記載があり、そこに等級を示すような数値が記入されていることである。おそらくは「(厚)」とは厚生年金保険法であり、「(労)」とは労働者災害補償保険法を意味するものと思われる。そこで、「(労)」の部分を労働者災害補償保険法の等級表と照らし合わせたところ、一致した。ところが、「(厚)」については当時の厚生年金保険法では4級の障害等級は存在しないので、一致しない。

厚生年金保険法は戦後1946年、1947年、1948年、1949年、1950年と小刻みに法改正を繰り返すが、1948年7月10日の「厚生年金保険法等の一部を改正する法律」で障害等級が大幅に修正された。そこで示された等級表は2級までしか存在しないのである。

第3章で明らかにしたように、そもそも厚生年金保険法で障害等級が登場したのは、それまで工場法や鉱業法、労働者災害扶助法によって使用者による扶助を定めていた業務上の災害への対応を、1944年の改正で厚生年金保険法に肩代わりさせたときである。そのとき、厚生年金保険法では障害年金を業務災害によるものとそれ以外によるものと扱いを差別化し、業務災害によるものに限って等級表が導入されたのである。このときの厚生年金保険法には障害等級が6級までであった。したがって、「(厚)」の部分は、1944年の厚生年金保険法で業務上の災害に対して用いられていた障害年金の等級表を参照した可能性がある。

そこで、B 等級表で示された「(厚)」の部分とこのときの業務災害による障害年金の等級表を比較してみたところ、一致した。したがって、B 等級表の「(労)」と「(厚)」は労働者災害補償保険法と厚生年金保険法を意味し、その部分に関してはそこから参照されたものであることがいえる。

さらに、1944年の厚生年金保険法の業務上の災害の障害等級は、戦後再び

厚生年金保険法から分離してつくられた労働者災害補償保険法の等級表とはある種一体のものである。したがって、B 等級表の「(厚)」と「(労)」の部分はあくまで労災による障害等級を参考にしたものであるといえる。

第四に、後に改めて述べるが、1950 年 3 月付の社会局更生課「身体障害者福祉法施行に関する打合せ会議資料」¹⁷⁹⁾にある「障害程度等級区分表案」には、「恩給法、厚生年金保険法、労働者災害補償保険法による障害程度区分」の資料が添付されていた。つまり、等級表を検討する際の資料として厚生年金保険法と労働者災害補償保険法、恩給法が参照されていたことを示唆している。

以上から、労働者災害補償保険法や厚生年金保険法、恩給法といったところを参照して A 及び B 等級表が作成されたことが考えられる。

第 4 節 等級表の比較検証

そこで、このことを検証するため B 等級表と、厚生年金保険法、労働者災害補償保険法、恩給法における等級表との比較を行った。このとき比較のため作成したものを表 23 に示す。

表 23 身体障害者福祉法等級表案と厚生年金保険法・労働者災害補償保険法・恩給法における等級表との比較

級別	視力障害		聴力障害		言語機能障害	
1	両眼の視力が明暗を弁別し得ない者	両眼ヲ失明シタルモノ				咀嚼及言語ノ機能ヲ併セ廃シタルモノ
		両眼が失明したもの				咀嚼及び言語の機能を廃したもの
		両眼の視力が明暗を弁別し得ざるもの				

2	一眼失明 他眼0.02以下のもの 両眼視力0.02以下の者	一眼失明シ他眼ノ視力0.02以下ニ減ジタルモノ又ハ両眼ノ視力0.01以下ニ減ジタルモノ				
		一眼が失明シ他眼の視力が0.02以下になったもの 両眼の視力が0.02以下になったもの				
		両眼の視力が視標0.1を0.5メートル以上にては弁別し得ざるもの				咀嚼及言語の機能を併せ廃したるもの
3	一眼失明 シ他眼0.06以下の者	両眼ノ視力0.02以下ニ減ジタルモノ			言語の機能を廃した者 (厚)3級 (労)3級	咀嚼ノ機能ヲ廃シタルモノ
		一眼が失明シ他眼の視力が0.06以下になったもの				咀嚼又は言語の機能を廃したるもの
		両眼の視力が視標0.1を1メートル以上にては弁別し得ざるもの		両耳全く聾したるもの		咀嚼又は言語の機能を廃したるもの
4	両眼視力0.06以下の者 (厚)4級 (労)4級	一眼失明シ他眼ノ視力0.06以下ニ減ジタルモノ	両耳を全く聾した者 (厚)4級 (労)4級	鼓膜ノ全部ノ欠損其ノ他ニ因リ両耳ヲ全ク聾シタルモノ	言語の機能に著しく障害のある者 (厚)4級 (労)4級	言語ノ機能ヲ廃シタルモノ 咀嚼及言語ノ機能ニ著シキ障害ヲ残スモノ
		両眼の視力が0.06以下になったもの		鼓膜の全部の欠損その他に因リ両耳を全く聾したるもの		咀嚼及び言語の機能に著しい障害を残すもの
5	一眼が失明シ他眼が0.1以下の者	一眼失明シ他眼ノ視力0.1以下ニ減ジタルモノ又ハ両眼ノ視力0.06以下ニ減ジタルモノ				咀嚼ノ機能ニ著シキ障害ヲ残スモノ

		一眼が失明し他眼の視力が0.1以下になったもの				
		両眼の視力が視標0.1を2メートル以上にては弁別し得ざるもの		両耳の聴力が0.05メートル以上にては大声を解し得ざるもの		咀嚼又は言語の機能を著しく妨げるもの
6	両眼視力0.1以下になった者 (厚)6級 (労)6級	一眼失明し他眼ノ視力0.3以下ニ減ジタルモノ又ハ両眼ノ視力0.1以下ニ減ジタルモノ	両耳の聴力が耳殻に接しなれば大声を解し得ない者 (厚)6級 (労)6級	鼓膜ノ大部分ノ欠損其ノ他ニ因リ両耳ノ聴力耳殻ニ接セザレバ大声ヲ解シ得ザルモノ		言語ノ機能ニ著シキ障害ヲ残スモノ
		両眼の視力が0.1以下になったもの		鼓膜の大部分の欠損その他に因り両耳の聴力が耳殻に接しなれば大声を解することができないもの		咀嚼又は言語の機能に著しい障害を残すもの
		一眼の視力が視標0.1を0.5メートル以上にては弁別し得ざるもの				
7	一眼が失明し他眼の視力0.6以下になった者		両耳の聴力が40糎以上で尋常の話し声の解しえない者			
		一眼が失明し他眼の視力が0.6以下になったもの		鼓膜の中等度の欠損その他に因り両耳の聴力が四十センチメートル以上では尋常の話し声を解することができないもの		
		一眼の視力が視標0.1を1メートル以上にては弁別し得ざるもの				

級別	上肢切断又は不自由		下肢切断又は不自由	
1	両上肢を肘関節以上にて失ったもの 両上肢の用を全廃した者		両下肢を膝関節以上にて失ったもの 両下肢の用を全廃した者	
		両上肢を肘関節以上で失ったもの 両上肢の用を全廃したものの		両下肢を膝関節以上で失ったもの 両下肢の用を全廃したものの
2	両上肢を腕関節以上にて失った者	両上肢ヲ肘関節以上ニテ失ヒタルモノ 両上肢ノ用ヲ廃シタルモノ	両下肢を足関節以上にて失った者	両下肢ヲ膝関節以下ニテ失ヒタルモノ 両下肢ノ用ヲ廃シタルモノ
		両上肢を腕関節以上で失ったもの		両下肢を膝関節以上で失ったもの
		肘関節以上にて両上肢を失いたるもの		膝関節以上にて両下肢を失いたるもの
3	十指を失った者	両上肢ヲ腕関節以上ニテ失ヒタルモノ		両下肢ヲ足関節以上ニテ失ヒタルモノ
		十指を失ったもの		
		腕関節以上にて両上肢を失いたるもの		足関節以上にて両下肢を失いたるもの
4	一上肢を肘関節以上にて失った者 (厚)4級 (労)4級	一上肢ヲ肘関節以上ニテ失ヒタルモノ 十指ヲ失ヒタルモノ	一下肢を膝関節以上にて失った者	一下肢ヲ膝関節以上ニテ失ヒタルモノ
		一上肢を肘関節以上で失ったもの 十指の用を廃したもの		一下肢を膝関節以上で失ったもの 両足をリスフラン関節以上で失ったもの
		肘関節以上にて一上肢を失いたるもの		膝関節以上にて一下肢を失いたるもの
5	一上肢を腕関節以上で失った者 一上肢の用を全廃した者	一上肢ヲ腕関節以上ニテ失ヒタルモノ 一上肢ノ用ヲ全廃シタルモノ 十指ノ用ヲ廃シタルモノ	一下肢を足関節以上で失った者 一下肢の用を全廃した者 両足をリスフラン関節以上にて失った者	一下肢ヲ足関節以上ニテ失ヒタルモノ 一下肢ノ用ヲ全廃シタルモノ
		一上肢を腕関節以上で失ったもの 一上肢の用を全廃したもの		一下肢を足関節以上で失ったもの 一下肢の用を全廃したもの 十趾を失ったもの

		腕関節以上にて一上肢を失いたるもの		足関節以上にて一下肢を失いたるもの
6	一上肢の三大関節の中、二関節の用を全廃した者 一手の五指又は拇指示指を併せ四指を失った者	一上肢ノ三大関節中ノ二関節ノ用ヲ廃シタルモノ 一手ノ五指又ハ拇指又ハ示指ヲ併セテ四指ヲ失ヒタルモノ 十指ヲ失ヒタルモノ	一下肢の三大関節の中二関節の用を廃した者	一下肢ノ三大関節中ノ二関節ノ用ヲ廃シタルモノ
		一上肢の三大関節中の二関節の用を廃したもの 一手の五指又は拇指及び示指を併せ四指を失ったもの		一下肢の三大関節中の二関節の用を廃したもの
		一総指を全く失いたるもの		
7	一手の拇指及び示指を失った者 拇指又は示指を併せ三指以上を失った者 一手の五指又は拇指及び示指を併せて四指以上の用を全廃した者		一足をリスフラン関節以上で失った者	
		一手の拇指及び示指を失ったもの又は拇指若くは示指を併せ三指以上を失ったもの 一手の五指又は拇指及び示指を併せ四指の用を廃したもの		一足をリスフラン関節以上で失ったもの 十趾の用を廃したもの
		一側拇指及び示指を失いたるもの		一側総指の機能を廃したるもの

級別	体不自由		中枢神経機能障害	
1			常に就床を要し複雑な介護を要する者	常に就床ヲ要シ且介護ヲ要スルモノ
		半身不随となつたもの		
				常に就床を要し且複雑なる介護を要するもの
2			半身不随の者	
				複雑なる介護を要せざるも常に就床を要するもの
3		胸腹部臓器ノ機能ニ著シキ障害ヲ残シ終身業務ニ服スルコトヲ得ザルモノ		
		胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し終身業務に服することができないもの		
		大動脈瘤、鎖骨動脈瘤、総頸動脈瘤、無名動脈瘤又は腸骨動脈瘤を廃したるもの		
4				
5				
		泌尿器の機能を著しく妨げるもの 両睾丸を全く失いたるものにして脱落症状の著しからざるもの		
6	せき柱に障害のある者 胸かくに変形ある者 骨盤に変形ある者 軟部組織のはんこん、欠損等により機能に著しい障害のある者	脊柱ニ著シキ畸形又ハ運動障害ヲ残スモノ		
		脊柱に著しい奇形又は運動障害を残すもの		
		頭部、顔面等に大なる醜形を残したるもの		

7				
		胸腹部臓器の機能に障害を残し軽易な労務の外服することができないもの 女子の外貌に著しい醜状を残すもの 両側の睾丸を失ったもの		
		頸部又は体幹の運動に著しく妨あるもの 脾臓を失いたるもの		

※1 身体障害者福祉法等級表案、厚生年金保険法、労働者災害補償保険法、恩給法における等級表より筆者が作成した。

表中の各マスでは、左側が B 等級表を示し、右側の上段が厚生年金保険法、中段が労働者災害補償保険法、下段が恩給法を示す。その際、比較がし易いよう、内容から見て左側と右側の上段・中段・下段のいずれかと類似すると判断できる部分には網掛けをしている。濃い網掛けは類似しているもの、薄い網掛けはほとんど類似しているものを示す。その結果、次の 4 点が指摘できる。

第一に、B 等級表の全 28 項目中、厚生年金保険法、労働者災害補償保険法、恩給法のいずれかと類似する項目は 25 項目（89.3%）であり、ほとんど類似する項目を含めると実に 27 項目（96.4%）に及ぶ。したがって、B 等級表は厚生年金保険法、労働者災害補償保険法、恩給法を参考にして作成したことは明らかである。

第二に、厚生年金保険法、労働者災害補償保険法、恩給法のいずれを参考に行っているかに注目すると、とりわけ労働者災害補償保険法との一致率が高く、加えて厚生年金保険法との一致率も高かった。厚生年金保険法も労災による障害等級であったことを踏まえると、B 等級表は主に労災による障害等級を参考につくられたものといえる。

第三に、厚生年金保険法、労働者災害補償保険法、恩給法ではいずれも精神障害と内部障害が対象に入れられ、精神障害の規定が重度に位置づけられているが、B 等級表ではそれらが一切無視されていることである。これは本法では精神障害や内部障害が対象から除外された事情が反映されたものと思

われる。

第四に、障害等級 4 が、B 等級表と厚生年金保険法、労働者災害補償保険法、恩給法の等級表と極めて一致していることである。これはおそらく B 等級表が 4 級を中心に程度が吟味され、それぞれ上級と下級の障害程度を振り分けていったことを示すものと思われる。

このように、B 等級表は精神障害や内部障害の部分を除きながら、厚生年金保険法、労働者災害補償保険法、恩給法を参考にしてつくられたことは明らかであり、とりわけ、労災による障害等級を参考にしてつくられたことが指摘できる。

なお、本法は 1949 年 12 月に成立するが、その施行準備の段階で、等級表が再度現れる。それが 1950 年 3 月の社会局更生課「身体障害者福祉法施行に関する打合会議資料」（以下、C 等級表とする）である。その内容を表 24 の C 等級表（1950 年 3 月社会局更生課「身体障害者福祉法施行に関する打合会議資料」）に示す。

表 24 C 等級表（1950 年 3 月社会局更生課「身体障害者福祉法施行に関する打合会議資料」）

級別	視力障害	聴力障害	言語機能障害	上肢切断又は不自由	下肢切断又は不自由	体不自由	中枢神経機能障害
1	両眼の視力が明暗を弁別し得ないもの			両上肢を肘関節以上で失ったもの 両上肢の用を全廃したもの	両下肢を膝関節以上で失ったもの 両下肢の用を全廃したもの	常に就床を要し複雑な介護を要するもの	常に就床を要し複雑な介護を要するもの
2	一眼が失明し他眼の視力が 0.02 以下のもの 両眼の視力が 0.02 以下のもの			両上肢を腕関節以上で失ったもの 十指を失ったもの	両下肢を足関節以上で失ったもの	半身不随のもの	半身不随のもの

3	一眼が失明し他眼の視力が0.06以下のもの	両耳を全く聾したものの	言語の機能を廃したもの	一上肢を肘関節以上で失ったもの 一上肢の用を全廃したもの	一下肢の用を全廃したもの 両足をリスフラン関節以上で失ったもの	せき柱 胸かく骨盤軟部組織の高度の障害変形等で職業能力の著しく阻害されているもの	
4	両眼の視力が0.06以下のもの		言語の機能に著しく障害のあるもの	一上肢を腕関節以上で失ったもの 一上肢の三大関節の中二関節の用を廃したもの 一手の五指又は拇指示指を併せて四指を失ったもの	一下肢を膝関節以上で失ったもの 一下肢の三大関節の中二関節の用を廃したもの	せき柱に障害のあるもの 胸かくに変形あるもの 骨盤に変形あるもの 軟部組織のはんこん欠損等により機能に著しい障害のあるもの	
5	一眼が失明し他眼の視力が0.1以下のもの	両耳の聴力が耳殻に接しなければ大声を解し得ないもの		一手の拇指及び示指を失ったもの 拇指又は示指を併せ三指以上を失ったもの 一手の五指又は拇指及び示指を併せて四指以上の用を廃したもの			
6	両眼の視力が0.1以下になったもの	両耳の聴力が40種以上で尋常の話し得ないもの			一下肢を足関節以上で失ったもの 一足をリスフラン関節以上で失ったもの		
7							

本法が成立した後、等級表にどのような修正が加えられたかを比較するため表24のC等級表に色分けを行った。濃い網掛けがB等級表と一致したもの、薄い網掛けは部分的に一致したものを示す。「体不自由」以外は基本的にB等級表を引き継いだものであったことが判る¹⁸⁰⁾。

では、このように登場してきた等級表は、実際に本法施行規則で規定され

た等級表とどのような関係になるだろうか。C 等級表と 1954 年から本法施行規則として規定された前述の表 20 の「身体障害者障害程度等級表」と比較した場合、特徴として次の点が挙げられる。

まず、「視力障害」は「視覚障害」に名称を変更し、単に視力だけでなく視野の障害も含んだ内容となり、1 級の規定も数値で表記され、2 級以下についても若干数値が修正された。

「聴力障害」は「聴覚又は平衡機能の障害」とし、「平衡機能」が新たに含まれるようになった。

「言語機能障害」は「音声機能又は言語機能の障害」となり、新たに音声機能が含められた。

「上肢切断又は不自由」「下肢切断又は不自由」「体不自由」の障害分類は、「肢体不自由」として、そのなかをそれぞれ「上肢」「下肢」「体幹」とし、それぞれの規定内容が詳細になった。「上肢」では 6・7 級に新たに詳細な規定が加えられ、1 から 5 級では共通する部分は見られるが、それぞれ等級が一つ程度繰り上げられている。「下肢」では 5・7 級に新たな規定が詳細に加えられ、足の指についての規定も登場しているが、それ以外は基本的に共通している傾向にあるといえる。「体幹」では C 等級表の「体不自由」に対応したものと思われるが、規定内容の表現が大きく変わっている。おそらくは、C 等級表の「中枢神経機能障害」の具体的規定が表 20 の等級表では「肢体不自由」と共通すると判断し、「体幹」のなかに吸収させたと思われる。

このように、基本的には C 等級表を土台としつつ、個別の部分で詳細な規定を盛り込みながら修正を加え、表 20 の等級表が作成されていったことが指摘できる。ただし、C 等級表から表 20 の等級表への変更点は障害分類も含めやや広汎に及ぶため、この過程でこういった論議がなされ、障害分類が再構成されていったのかは、より具体的な検証が必要である。

また、本法別表は産業災害における「労働能力損傷度」の 50% 以上の損傷が考慮されたとあるが、実際にその基準を日本の実態に当てはめて決めようとした場合に、日本で実際に用いてきた労災による障害等級が参考にされたことは十分予想できることである。それが厚生年金保険法や労働者災害補償保険法であった可能性が指摘できる。

第 5 節 等級表の特徴

以上のようにして登場してきた等級表は、どのような特徴を有していたのだろうか。また、他の社会保障制度とはなにかしら関連性は持っているのだろうか。これを検討するため、ここでは社会保障制度の中心となる厚生年金保険法、労働者災害補償保険法、戦傷病者戦没者遺族等援護法（対象は恩給法の規定に求めているため実際には恩給法となる）、そして国民年金法を取り上げ、その比較を通して本法等級表の特徴を検討する。

本法の等級表の内容と、これら関係法の内容を具体的に比較するため、視覚障害、聴覚・言語障害、肢体不自由（より比較のしやすいように指とその他の肢体不自由を便宜的に分けている）に分類し、並べた表を作成した。それを表 25 に示す。

表 25 関係法による対象規定の比較分析

視覚障害

	身体障害者 福祉法 (1954年9月 2日時点)	厚生年金保険 法 (1954年5月19 日時点)	労災保険法 (1947年9月 1日時点)	援護法(恩給 法) (1952年4月 30日時点)	国民年金法 (1959年4月 16日時点)
1級	両眼の視力の和が0.01以下のもの	両眼の視力が0.02以下に減じたもの	両眼が失明したもの	両眼ノ視力カ明暗ヲ識別シ得サルモノ	両眼の視力の和が0.04以下のもの
2級	両眼の視力の和が0.02以上0.04以下のもの	両眼の視力が0.04以下に減じたもの	一眼が失明し他眼の視力が0.02以下になったもの 両眼の視力が0.02以下になったもの	両眼ノ視力カ指標0.1ヲ0.5メートル以上ニテハ識別シ得サルモノ	両眼の視力の和が0.05以上0.08以下のもの
3級	両眼の視力の和が0.05以上0.08以下のもの	両眼の視力が0.1以下に減じたもの	一眼が失明し他眼の視力が0.06以下になったもの	両眼ノ視力カ指標0.1ヲ1メートル以上ニテハ識別シ得サルモノ	
最下級	(6級)一眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のもので、両眼の視力の和が0.2を越えるもの		(第14級)一眼の眼瞼の一部に欠損を残し又は睫毛禿を残すもの	一眼ノ視力カ指標0.1ヲニメートル以上ニテハ識別シ得サルモノ	

聴覚・言語

	身体障害者 福祉法	厚生年金保険 法	労災保険法	援護法(恩給 法)	国民年金法
1級			咀嚼及び言語の機能を廃したもの		両耳の聴力損失が90デシベル以上のもの
2級	両耳の聴力損失がそれぞれ90デシベル以上のもの(両耳全ろう)	両耳の聴力が、耳殻に接して大声による話をしてこれ解することができない程度に減じたもの 咀嚼又は言語の機能を廃したもの		咀嚼及言語ノ機能ヲ併セ廃シタルモノ	両耳の聴力損失が80デシベル以上のもの 平衡機能に著しい障害を有するもの 咀嚼の機能を欠くもの 音声又は言語機能に著しい障害を有するもの

3級	両耳の聴力損失が80デシベル以上のもの(耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの)平衡機能の極めて著しい障害音声機能又は言語機能のそう失	両耳の聴力が、40センチメートル以上では通常の話声を解することができない程度に減じたものの咀嚼又は言語の機能に著しい障害を残すもの	咀嚼又は言語の機能を廃したものの	咀嚼又は言語の機能を廃したモノ 両耳全ク聾シタルモノ	
最下級	(5級)平衡機能の著しい障害		(第12級)一耳の耳殻の大部分を欠損したものの	一耳全ク聾シ他耳尋常ノ話声ヲ1.5メートル以上ニテハ解シ得サルモノ	

肢体不自由(指以外)

	身体障害者福祉法	厚生年金保険法	労災保険法	援護法(恩給法)	国民年金法
1級	両上肢の機能を全廃したもの 両上肢を手関節以上で欠くもの 両下肢の機能を全廃したもの 両下肢を大腿の二分の一以上で欠くもの 体幹の機能障害により坐っていることができないもの	両上肢の用を全く廃したもの 両下肢の用を全く廃したもの 両上肢を腕関節以上で失ったもの 両下肢を足関節以上で失ったもの	半身不随となったもの 両上肢を肘関節以上で失ったもの 両下肢を膝関節以上で失ったもの 両下肢の用を全廃したもの	常ニ就床ヲ要シ且複雑ナル介護ヲ要スルモノ	両上肢の機能に著しい障害を有するもの 両下肢の機能に著しい障害を有するもの 両下肢を足関節以上で欠くもの 体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの

2級	両上肢の機能の著しい障害 一上肢を上腕の二分の一以上で欠くもの 一上肢の機能を全廃したもの 両下肢の機能の著しい障害 両下肢を下腿の二分の一以上で欠くもの 体幹の機能障害により坐位又は起立位を保つことが困難なもの 体幹の機能障害により立ち上がる事が困難なもの	一上肢を腕関節以上で失ったもの 一下肢を足関節以上で失ったもの 一上肢の用を全く廃したもの 一下肢の用を全く廃したもの	両上肢を手関節以上で失ったもの 両下肢を足関節以上で失ったもの	複雑ナル介護ヲ要セサルモ 常ニ就床ヲ要スルモノ 肘関節以上ニテ両上肢ヲ失ヒタルモノ 膝関節以上ニテ両下肢ヲ失ヒタルモノ	一上肢の機能に著しい障害を有するもの 一下肢の機能に著しい障害を有するもの 一下肢を足関節以上で欠くもの 体幹の機能に歩くことができない程度の障害を有するもの
3級	一上肢の機能の著しい障害 両下肢をシヨバ一関節以上で欠くもの 一下肢を大腿の二分の一以上で欠くもの 一下肢の機能を全廃したもの 一上肢の機能を全廃したもの 体幹の機能障害により歩行が困難なもの	一上肢の三大関節のうち、二関節の用を廃したもの 一下肢の三大関節のうち、二関節の用を廃したもの		精神的又ハ身体的作業能力ノ大部ヲ失ヒタルモノ 腕関節以上ニテ両上肢ヲ失ヒタルモノ 足関節以上ニテ両下肢ヲ失ヒタルモノ	
最下級	(7級)一上肢の機能の軽度の障害 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害 一下肢の機能の軽度の障害 一下肢の股関節、膝関節又は足関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害 一下肢が健側に比して3センチメートル以上又は健側の長さの二十分の一以上短いもの		(第14級)上肢の露出面に手掌面大の醜痕を残すもの 下肢の露出面に手掌面大の醜痕を残すもの	一側足関節カ直角位ニ於テ強剛シタモノ	

指の欠損等

	身体障害者 福祉法	厚生年金保険 法	労災保険法	援護法 (恩給法)	国民年金法
1級					両上肢のすべての指を欠くもの 両上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの
2級	両上肢のすべての指を欠くもの				両上肢のおや指及びひとさし指又は中指を欠くもの 両上肢のおや指及びひとさし指又は中指の機能に著しい障害を有するもの
3級	両上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの 両上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの 一上肢のすべての指を欠くもの 一上肢のすべての指の機能を全廃したもの	一上肢のおや指及びひとさし指を失ったもの又は おや指をあわせ一上肢の三指以上を失ったもの おや指及びひとさし指をあわせ一上肢の四指の用を廃したもの 一下肢をリスフラン関節以上で失ったもの 両下肢のすべての足ゆびの用を廃したもの	十指を失ったもの		
最下級	(7級)一上肢の手指の機能の軽度の障害 ひとさし指を含めて一上肢の二指の機能の著しい障害 一上肢のなか指、くすり指及び小指を欠くもの 一上肢のなか指、くすり指及び小指の機能を全廃したもの 一下肢のすべての指を欠くもの 一下肢のすべての指の機能を全廃したもの		(第14級)一手の小指の用を廃したもの 一手の拇指及び示指以外の指骨の一部を失ったもの 一手の拇指及び示指以外の指の末関節を屈伸することができなくなったもの 一足の第三趾以下の一趾又は二趾の用を廃したもの	一側拇指ヲ全ク失ヒタルモノ 一側示指乃至小指ヲ全ク失ヒタルモノ	

※1 各法の等級表より筆者が作成した。

※2 ここでは精神病や内臓の機能障害、重複障害の取り扱い等は省略している。

視覚障害の表の各法の下には年月日を記載しているが、これは、表に用いた法律の改正年を示している（国民年金法については成立年月日）。そして、それぞれ法に規定された3級までと、最下級の部分を掲載している。精神や内臓の機能障害といった内容が他の社会保障制度では規定されているが、その部分は省略した。

この表を概観すると、共通する点に、各法とも身体障害を捉えるポイントが、視力、聴力、上肢、下肢、指にあることである。これは、徴兵制で用いられてきた体格等位基準と共通するものであり、各法とも身体機能の障害に注目し、その各機能の障害程度を基準にして並べていく方法を採用している。例えば、肢体不自由に着目すると、各法とも体の部位の欠損状態、関節の可動状態、指の欠損数といったところで障害程度を考え、配置していることが判る。障害をできるだけ詳細に並べたり、指の本数や関節の状況などから判別したりするなど、徴兵制のなかで体格等位基準として用いられてきた選別の方法や手続きが、今度は社会保障制度のなかに展開されてきた歴史が確認できる。

また、障害程度についても本法等級表と厚生年金保険法、国民年金法において関連性が見いだせる。必ずしもすべてが一致するわけではないが、例えば本法等級表と国民年金法では、本法等級表で1・2級に示された内容は、おおよそ国民年金法では1級に該当しており、本法等級表で3級に示された内容は、国民年金法の2級に該当している。本法等級表と国民年金法全体を比較すると、おおよそ本法等級表の1・2級が国民年金法では1級、3・4級が2級に該当しているといった、規則的とも思える関係性が見えるのである。

異なる点には、各法とも障害程度や範囲に差があることである。例えば、本法の等級表を基準にすると、労働者災害補償保険法では倍の第14級にまたがって程度を規定し、かなり細かく分類している。そしてその対象とする範囲も本法等級表に比べてはるかに広い。反対に、厚生年金保険法では等級が3級までしか設定されておらず、本法等級表に比べ障害の範囲が約半分に

圧縮され、かつ重度から軽度まで含まれている。つまり、同じ障害概念であっても、各法によって範囲はまったく異なり、年金保険制度ではその対象を限定し、労働者災害補償保険法では広汎な障害を対象に設定し、本法等級表ではその中間的な位置づけになってくることになる。

厚生省課長補佐として本法成立の中心人物であった左野利三郎は、本法での対象規定は「恩給法や厚生年金とも考え方が違う。身障法では社会的に更生し、復帰するためにどれくらいの努力が必要かを標準に作ったんです」¹⁸¹⁾と証言していた。また、前出の「身体障害者福祉法別表『身体障害の範囲』の解釈について」（社乙発 116 号）では、「機能障害の範囲はあくまで職業能力の損傷の程度を基準にして定められるべきもので、労働者災害補償保険法の如く、賠償的観念を加味した判定によるべきでない」との見解が示されていた。

確かに各法とも、対象とする障害程度の範囲には大きな違いが見られる。しかし、身体機能の障害そのもののとらえ方には関連性があるといわざるを得ない。このような関連性が見られる背景には、本法等級表が厚生年金保険法や労働者災害補償保険法を参考につくられた経緯があったことが考えられる。国民年金法でも、ある程度厚生年金保険法を参考につくられたことは容易に予測できる。本稿で明らかにしてきたように、別々に定められている社会保障制度でも、何かしら関連性を持って展開されてきた歴史があり、本法等級表もそのなかの一つとして位置づけられるものである。

第 6 節 等級表のその後

本法が施行された後、対象規定をめぐって厚生省は解釈を拡大していく。1956 年には、当初の「職業能力の損傷」が削られたのは、職業更生以外を否定するものではない趣旨からとみるべきで、「生活能力の更生をも含めた意味に解するのが適当である」¹⁸²⁾とした。したがって、高齢者や重度障害者も日常生活における能力の回復の見込みがあれば対象に含めても差し支えないとした。

また、「障害の固定」の解釈をめぐっては、1956 年では「『永続』とは、身体諸組織の単に一時的な障害或は比較的早期に変化の来る障害を含めない趣旨である」¹⁸³⁾と、医学的に急速に変化する見通しのつく場合は「永続」とみるべきでないと解釈していたのに対し、1959 年には「手帳交付の要件である障害の固定とは、一応臨床状が消退しその障害が相当長期間にわたって持続するものであれば足りるとする趣旨であつて、将来にわたって障害程度が不変のもの例えば上下肢切断の如きに限られるものではない」¹⁸⁴⁾との柔軟な解釈に変化している。

さらに 1966 年には、筋ジストロフィーのような「障害の固定」しないものについて、「身体上の機能障害については、症状が固定しない場合であつても、当該障害が永続すると認められるときには、その時点において、身体障害の認定を行なつてさしつかえない」¹⁸⁵⁾との見解を示している。

しかし、このような解釈の拡大はあっても、より根本的な部分、すなわち機能障害を列挙する方式が見直されることはなかった。

等級表の主要な動きを時系列的にまとめたものを表 26 に示す。

表 26 等級表の変遷

年	法令	主な改変
1954 年	厚生省令第 52 号	別表第 5 号の二に身体障害者障害程度等級表を加えた。
1963 年	厚生省令第 43 号	別表第 5 号の二を別表第 5 号へ。
1967 年	厚生省令第 26 号	「心臓又は呼吸器の機能の障害」を加えた。
1972 年	厚生省令第 44 号	「心臓又は呼吸器の機能の障害」に、「じん臓機能障害」を加えた。

1984 年	厚生省令第 53 号	聴覚障害の欄中「聴力喪失」を「聴力レベル」に修正し、各デシベルの数値を改めた。 「又は言語機能」を「言語機能又はそしゃく機能」に改めた。 「肢体不自由」に「乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害」(上肢機能、移動機能)が加えられた。 「心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害」に、「ぼうこう又は直腸の機能障害」が加えられた。 備考中3を改め、「異なる等級について二以上の重複する障害がある場合については、障害の程度を勘案して当該等級より上の級とすることができる」とした。
1986 年	厚生省令第 45 号	「心臓、じん臓若しくは呼吸器又はぼうこう若しくは直腸の機能の障害」に、「小腸機能障害」を加えた。
1995 年	厚生省令第 29 号	視覚障害の2級と3級の内容に、視野の視能率による損失率の条件を加え、4級の5度を10度に、5級の「2両眼の視野がそれぞれ一〇度以内のもの」を削除した。
1998 年	厚生省令第 2 号	「心臓、じん臓若しくは呼吸器又はぼうこう若しくは直腸若しくは小腸の機能の障害」に、「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害」を加えた。
2009 年	厚生労働省令第 157 号	「心臓、じん臓若しくは呼吸器又はぼうこう若しくは直腸若しくは小腸の機能の障害若しくはヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害」に、「肝臓機能障害」を加えた。

※1 各年の施行規則から筆者が作成した。

表 26 に示されるように、等級表は障害のとらえ方そのものには変更を加えず、主には内臓疾患など機能障害を付け加えていくことに終始していったのである。「職業能力の損傷」や「生活能力」といった根拠を失ったなかでは、その後の展開は個別の障害の解釈をより広げていくか、機能障害を個別に付け加えていくことに終始する他なかったのである。生活の実態に即して対象

を設定していくためには、より根本的にはもう一度その根拠からの立て直しが求められたといえよう。

では、この等級表は実際にはどのような影響力を持っていたのだろうか。本法による措置は、補装具の交付・修理、介護者とともに乗車・乗船費の半額免除、売店やたばこ小売りの優先的許可、施設で製作したハウキなどの官公庁による買い取りといった職業更生、身体障害者更生援護施設での処遇があった。

ところが、施行当時これらの措置に等級表の程度に基づく規定は見受けられない。等級表が影響していった措置は、むしろ本法に基づかない部分、例えば国立保養所への入所（1級に該当し、且つ常に複雑な介護を要する者）や地方税法上の特別障害者控除（1～2級の者）、相続税法上の障害者控除の取扱い（一般障害者3～6級、特別障害者1～2級）といった関係法において見られる。

1963年4月1日の厚生省告示（第158号）では、生活保護法による保護の基準を改正し、加算の部分で「身体障害者加算」を新設した。その対象は等級表に基づき次のように規定された。等級表に掲げる1級もしくは2級に該当する身体障害者、等級表の3級に該当する身体障害者であって国民年金法別表に定める1級に該当する者、等級表の3級に該当する身体障害者で介護を要する状態にあるもの、疾病等のため日常の起居動作に著しい障害のある者であって病院又は診療所に入院していないものである。等級表は、このようにして生活問題の最終的な受け皿となる生活保護による最低生活の基準を算定するところまで影響していった。

おわりに

本章では、本法の対象規定に着目し、等級表がどのような経緯で登場してきたかを焦点に明らかにしてきた。

その結果、等級表の起源を探っていくと、少なくとも1949年の法案段階で登場していたことが明らかとなった。このときの等級表が、何を参考につ

くられたものであるかを探る手がかりとして、次の4点が考えられた。第一に「P.H.W.からの質問事項に対する答」の文書で恩給法や労働基準法の等級表を持ち出して説明を行っていたこと、第二に本法別表が国際労働会議の「労働能力損傷度」を参考にしたとの記述があり、労災分野との結びつきが示されていたこと、第三に法案段階で示された等級表に「(厚)」と「(労)」との記載があり、等級を示すような記入があったが、これは労働者災害補償保険法と前章で明らかにした戦時の厚生年金保険法の障害等級と一致したこと、第四に法制定後に等級表を検討する際の資料として厚生年金保険法と労働者災害補償保険法、恩給法が参照されていたことである。

このような手がかりをもとに、実際に法案段階で登場した等級表と、厚生年金保険法、労働者災害補償保険法、恩給法における等級表と比較検証を行った結果、次の4点が明らかになった。第一に法案段階の等級表は厚生年金保険法、労働者災害補償保険法、恩給法を参考にして作成したことは明らかであること、第二に、そのうち労働者災害補償保険法や厚生年金保険法との一致率が高く主に労災分野を参考につくられたものであること、第三に法案段階の等級表は精神障害や内部障害を除外していたこと、第四に、とりわけ4級の一致率が高くそこを中心に障害程度を振り分けて作成していった可能性が指摘されることである。

さらに、実際に規定された身体障害者障害程度等級表の特徴に着目し、当時の厚生年金保険法や労働者災害補償保険法、戦傷病者戦没者遺族等援護法、国民年金法との比較を行うと、次のような点が明らかになった。すなわち、本法等級表と各法の等級表とは障害範囲の程度に差が見られ、労働者災害補償保険法では幅広い範囲で細かく程度を規定する一方で、厚生年金保険法や国民年金法では非常に狭い範囲に限定し、本法等級表はおよそその中間に位置するものとなっていたこと。しかし、各法とも、障害程度や身体機能の障害そのもののとらえ方には関連性が見られたことである。

具体的には、それぞれに共通するものとして、身体障害を把握する場合に視機能や聴覚、上肢、下肢、指といった各身体機能や欠損の状態に着目し、とりわけ視機能や四肢の状態・機能、指の状態を詳細に測定していることが明らかになった。これは、徴兵制の体格等位基準によって確立してきた選別

の方法や手続きが、戦後は社会保障制度のなかに展開されてきた歴史性が看取できるものであった。さらに、障害の程度に対する考え方も、本法等級表と厚生年金保険法、国民年金法では規則的とも見える関連性が見られた。つまり、各法とも障害の捉え方や等級表の設定には一定の共通性を持って行われてきたことを意味するものであった。

このような経緯で登場してきた本法等級表のその後を観察すると、「障害の固定」をめぐって拡大解釈がなされる動きが見られた。1956年では早期に変化が予測されるような障害は含めないとする解釈が示されていたが、1959年からは柔軟な姿勢が示され、1966年には筋ジストロフィーのように症状が固定しない障害に対する障害認定への配慮が示されていたのである。

しかし、戦前の恩給法や戦中の労働者災害扶助法に見られたような、等級表をあくまで例示として位置づけ、他の障害であっても同程度と判断できる場合は対象に含めるという幅を持たせた規定は今日でも登場していない¹⁸⁶⁾。例えば何千種類あるとされる難病を一つずつ等級表に規定することは困難であり、たとえ等級表で障害を定めて認定していく方法であっても、ある程度現場に裁量の余地を残す規定が必要であると思われる。そのような規定は未だ実現されていないところに注意を要する。

終章

第 1 節 本研究の成果

(1) 身体障害者福祉法の対象規定の源流

障害者福祉は対象とする範囲の狭さが大きな問題となっており、いかに対象を広げ、援助を必要とする障害者にサービスを届けていくかが問われている。身体障害者福祉法では別表に対象とする障害が規定され、さらにその具体的な内容を定めているものが身体障害者福祉法施行規則別表の身体障害者障害程度等級表である。その表にどのような障害や程度が規定されるかが、障害者にとってはサービスを利用できるかどうかを決定づける分水嶺となっている。ところが、その身体障害者福祉法の対象がどのような論理や根拠で決められてきたかは、ほとんど明らかにされてこなかった。特に、身体障害者障害程度等級表にはどんな論理や根拠があり、何を参考につくられたものなのかは不明であった。つまり、今日の対象を決定づけている規定そのものの論理や根拠は極めて不明瞭であり、この部分を明らかにしない限り、今後の対象規定のあり方を考えるうえで大きな欠陥を抱えたままであるといわざるを得ない。

本稿は、このような問題意識で身体障害者福祉法の対象規定の歴史的過程を明らかにしてきた。その源流を探っていくと、身体障害者福祉法の対象規定には労働分野とのつらなりを看取することができ、とりわけ身体障害者福祉法の対象を詳細に規定する身体障害者障害程度等級表は労災分野の等級表を参考につくられたものであったことが明らかとなった。

具体的には、身体障害者福祉法別表では「職業能力の損傷」を念頭に基準が定められており、労働政策的な論理に基づいて対象が規定されていた。そして、身体障害者障害程度等級表の起源を辿ると次の点が確認されたのである。

すなわち、身体障害者障害程度等級表は法運用上の参考資料として作成されたといわれてきたが、いつどのようにして登場してきたかは定かではなかったが、遅くとも 1949 年の身体障害者福祉法案段階で登場していたことが

明らかとなった。このことは、身体障害者障害程度等級表が本法成立以後に登場したとされている通説を覆すものである。そして、その等級表は厚生年金保険法、労働者災害補償保険法、恩給法を参考にしてつくられたことが明白であり、とりわけ労災による障害等級表を参考にしてつくられたものであった。

また、障害者福祉の対象を広げる要因に、戦争の論理から切り離された非軍事化・民主化政策を見ることができた。つまり、身体障害者福祉法の制定過程では、非軍事化・民主化政策の下、「無差別平等」の原則によって GHQ から身体障害者福祉法が軍人優遇策とならないよう厳しいチェックが行われていた。その影響から、先天性など、従前ではほとんど保護の対象とされてこなかった障害者に光が当てられるきっかけとなっていた。しかも、身体障害者福祉法の制定過程では、あくまで対象として想定していた者は、先天性を含む疾病に基づき障害を負った者を中心に据えており、元傷痍軍人はわずか 15% でしかなかった。このことは、従来通説とされてきた、身体障害者福祉法が元傷痍軍人対策であったとする見解に修正を加えざるを得ないものである。

このように、戦後の福祉政策では障害原因に戦争への参加を問わず、生活に問題を抱えるさまざまな障害者を対象とする普遍的な対象認識がなされた。障害者が抱える問題のなかで、とりわけ福祉政策が課題としたものは障害者の「職業能力の損傷」であり、その能力をどのようにして補うかが身体障害者福祉法の課題とされ、そのなかで登場してきたのが身体障害者福祉法別表であり、より具体的な対象設定で参考とされたのが労災による障害等級表であったのである。

（２）結核と障害との関係

身体障害者障害程度等級表は労災分野の障害等級表を参考につくられてきたものであったが、本稿では、その労災による障害で最も深刻な衛生問題となり、政策課題とされていたのが結核であることを示した。

身体障害者障害程度等級表は、厚生年金保険法の労災による障害年金の等級表や、労働者災害補償保険法の障害等級表を主に参考にしたものであった。

つまり、身体障害者障害程度等級表の源流はいずれも労災分野に行き着くものであった。

そこで、労災による障害で何が問題になっていたのか、その歴史を探ると、工場や壮丁、軍隊などの間で蔓延し、長期療養を必要としていた結核であった。

著しく労災対策が遅れていた時期に成立した健康保険法（1922年）は、労災による結核対策としても期待されていた。結局は保険技術などの問題から実現せず、年金保険制度にその対策が託されることになった。そして成立したのが、労働者年金保険法のなかに登場した「不具廃疾」を対象とする廃疾年金であった。廃疾年金は政策的には結核対策をねらいとしてつくられた可能性があり、少なくとも労災対策としてつくられた側面があったのである。その廃疾年金が、1944年に労災分野の各法と結合して登場したのが厚生年金保険法における障害年金であり、障害等級表であった。

このとき廃疾年金から障害年金へと、制度上で「廃疾」用語から障害用語への転換が行われたが、労災分野ではもともと障害用語が一般的に用いられていたことが影響しているものと考えられる。加えて、「産業戦士」に対して「廃疾」用語はマイナスのイメージが伴う不適切な表現であるとし、その配慮として障害用語を用いたという事情があった。つまり、労災という事情から一般の障害者とは区別するための配慮として障害用語が制度上に用いられてきた経緯が指摘できるのである。

また、結核は戦時になると徴兵検査成績の結果を通して重大視され、軍事的課題となっていた。軍部は結核の蔓延が減少するどころかむしろ拡大していたことに危機感を抱き、その対策として国民健康保険法や国民体力法、結核予防法、兵役法改正など、社会保障制度から軍事制度に至るまで横断的な対策を進めていった。戦後になると、身体障害者福祉法で結核を対象とするかが争点となり、結果的には財政的理由などから対象から除外された。後に特效薬が開発され、結核は治癒可能な疾病として医療制度の対象へと移されていったのである。

つまり、労災分野で問題となっていた結核は、徴兵検査を介して軍事政策の課題としても認識され、さまざまな社会保障制度がつけられる要因となり、

そのなかの一つに障害年金があった。戦後では結核の取扱いをめぐり身体障害者福祉法の対象とするかどうか争点となっていた。このように、制度・政策では具体的な障害の中身として結核が問題となってきたことが指摘できるのである。

（３）「不具廃疾」と障害概念

さらに、障害概念の形成について、次のような点も指摘できよう。本稿の序では、医学や社会学などさまざまな分野で障害概念の理論的整理が進められてきたが、障害概念が実際に制度・政策でどのように認識・把握されてきたかについての実証研究は立ち後れている点を指摘した。福祉制度では障害をどのように捉え、どんな論理に基づき規定されてきたのかが曖昧であり、時々政策的な都合による概念操作によって、福祉制度が保障すべき対象がいとも簡単に限定されかねない危険性を孕んでいる。本稿では、このような問題意識から、障害概念の形成について次のような点を導き出すことができた。

制度的に障害について程度を含めて評価する場合に、視機能や言語・聴覚機能、四肢の状態・運動機能、精神疾患、内臓疾患、手足の指の状態といった部分に着目し、とりわけ視機能や四肢の状況、指については詳細に分類した表を作成し、それを基に現場の医師が診査するという行政手法は、戦前から戦後にかけてどの制度においても基本的に一貫している。その身体を測定する方法が確立したのは徴兵制であったといえる。

制度的には障害概念の近代的用語に相当するのが「不具廃疾」である。「不具廃疾」が政策で取り上げられ、制度において程度に基づき具体的に中身が規定されていたのが徴兵制や恩給制度であった。特に、徴兵制では「不具廃疾」のある者を丁種不合格者としてふるい分け、少なくとも 1910 年から登場した体格等位基準によって、前述の方法によって程度別に詳細に選別する行政的仕組みが登場した。このような手法は恩給法とも共通し、少なくとも 1923 年の恩給法制定の段階で「不具廃疾」を等級によって分類し、処遇していく仕組みが導入されていたのである。この徴兵検査結果から浮き上がってきたのが結核問題であり、結核問題を中心に国民の健康状態の悪化が政

策課題となり、戦時に社会保障制度の整備が政策的に進められていくきっかけとなっていったのである。

なお、このとき社会保障制度における「廃疾」は、労働の観点から捉えられていたものと思われる。例えば、年金保険制度をめぐる論議では、年金保険制度が認識する「廃疾」とは生理学的な「廃疾」ではなく、「廃疾」による一般的労働不全、職業的労働不能であり、それによる従前の給与との差を考慮した「経済的廃疾」が対象になるといった見解が示されていた。これは戦後の身体障害者福祉法の別表に含まれていた論理と基底的には共通するものである。

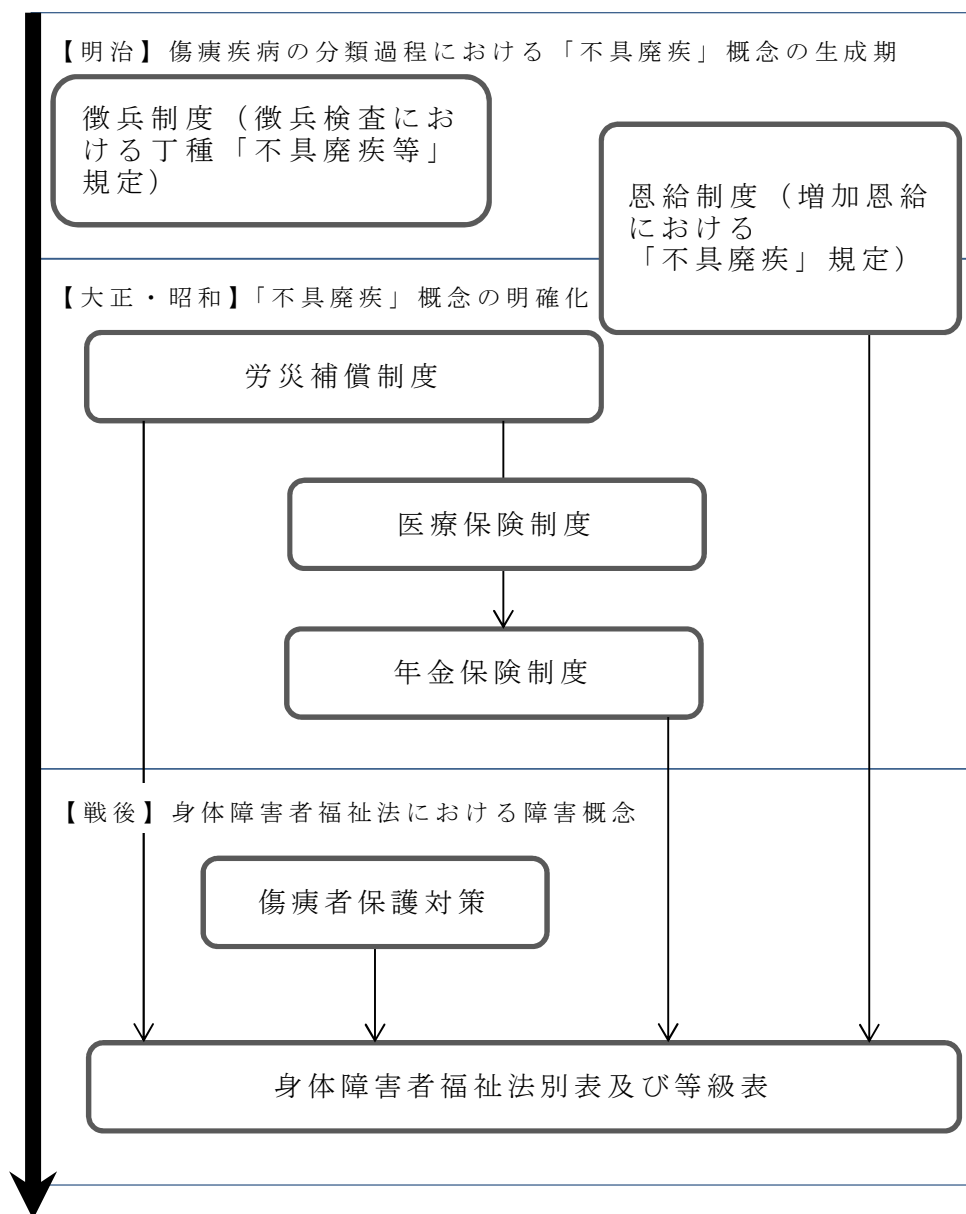
また、「廃疾」用語から障害用語への変遷について次のような歴史が見られた。労災分野ではすでに障害用語が労働者災害扶助責任保険法などで用いられていたが、これが厚生年金保険法へと移行する段階で労災分野から年金保険分野に広がった。そのとき、「廃疾」用語から障害用語へと変更した理由として次のような事情があった。

すなわち、廃疾年金は「産業戦士」として国に貢献した結果障害を負った者に給付するものであるにもかかわらず、「廃疾」用語ではいかにも「不具廃疾」らしく陰惨な感じを与えるため、なるべく心地よく給付が受けられるようにとの配慮から障害用語へと変更したとのことであった。つまり、「廃疾」用語から障害用語へと切り替わっていった歴史には、国に貢献した者に対して先天性など他の障害者との差別化を行う手段として用いられた経緯が見られる。

このように、戦後に身体障害者福祉法を通して一般的に定着してきた障害概念の起源を辿ると、戦時に労災分野で用いられていた障害概念に行き着くこと、また、障害概念の前段階として「不具廃疾」概念があること、その「不具廃疾」概念は明治期から使われ、とりわけ徴兵制のなかで身体機能をいかに評価し、「不具廃疾」を判断するための仕組みが必要とされ、「不具廃疾」に関する詳細な分類が展開されてきた過程が指摘できる。

なお、このような障害概念の変遷について、試験的に図式化を行うと図 13 のようになるとと思われる。本図はあくまで試験的なものであり、より検証と修正を必要とすることはいうまでもない。

図 13 身体障害者福祉法に至る障害概念の変遷



※ 1 筆者が作成した。

（４）障害認識の二重性

本稿の序では、制度・政策における障害の捉え方は次の二つに大別できることを仮説として提示した。第一は、障害を固定的なものとして一面的に決

定し、かつ軍隊や工場、国家といった組織集団の保持・保全の手段として障害を排除対象として捉えるものである。第二は、障害を動的なものとして捉え、生存権にとっての課題として認識するものである。

第一の障害の捉え方については、戦前・戦中の徴兵制や戦時政策に典型的に示されていたことが指摘できる。

軍隊組織では、障害は弊害であるものとして捉え、徴兵検査によって障害を排除対象として注意深く選別を行っていた。すなわち、徴兵制では壮丁を徴兵検査によって甲・乙・丙・丁として分類し、「不具廢疾」は丁種不合格対象として詳細な基準に基づいてふり分けられていた¹⁸⁷⁾。そして、徴兵検査成績の低下に伴い、矢継ぎ早に対応策が実施され、その一環として障害者に対しては障害原因に基づき手厚い保護から「断種」といった方策がとられていた。

具体的には、戦時体制ではより多くの労働力や兵士を必要とし、健兵・健民政策によって虚弱であったり障害を負ったりした場合にはその程度を注意深くふり分け、兵士として期待できる者は国民体力法によって錬成の対象とし、治癒不可能と見なした者には国民優生法による「断種」が準備された。

障害は国民の健康を害するものであり、国民優生法に典型的に見られるように、先天性の障害などを「治らないもの」とし、かつ「遺伝するもの」として世代を超えて固定化したものとして捉えられていた。そのため「断種」による生殖防止の対象として位置づけていったのである。これはハンセン病患者への隔離政策でも同様にいえることである。

また、この時代の障害に対する認識では障害原因が非常に重視されたことが特徴であった。軍隊組織や工場といった、国家や経済社会への貢献が厳しく問われ、同じ障害であっても、その原因によって包摂されるか、または排除対象とされるかがハッキリと区別された。

具体的には、軍人や官吏に対しては恩給制度が早くから整備され、その組織集団に属する者が障害を負った場合は増加恩給の対象として手厚い保護を行っていた。また、工場や鉱業現場などが排出する労災によって障害を負った者には、「産業戦士」への恩給として障害年金が用意された。その一方で、国家や経済社会に貢献できないと見なされた先天性の障害などには、ほとん

ど保護対策は実施されないばかりか、国民優生法によって淘汰の対象として認識されていった。つまり、障害への対応も、あくまで国家や軍隊組織、工場といった組織集団の維持や保全を目的とした範囲内でしか行われず、そのような組織集団に参加できなかったり、貢献できないと見なされたりした場合は、国民の健康を害するものとして排除対象として認識されていったといえよう。

このように、戦時体制では障害の原因によって保護の対象か、排除の対象かが明確に区別されたところに特徴がある。これは軍隊組織や工場、あるいは国家に貢献できるかどうかで決定づけられ、一貫した姿勢を持っていたのである。ところが、このような障害の捉え方に一定の修正を迫られたきっかけが戦後の福祉改革であったといえる。

第二の障害の捉え方は、障害を動的なものとして捉え、生存権の課題として認識把握するものである。戦後、憲法第 25 条に生存権が明確に定められ、非軍事化・民主化政策が GHQ を中心に進められた。福祉制度の存立根拠に生存権が据えられ、福祉政策は絶えずその整合性が問われることになった。これは身体障害者福祉法も例外ではなく、GHQ からの厳しいチェックにより、元傷痍軍人への優遇策とならないよう、障害原因を問わない普遍的な対象規定へと軌道修正が行われた。つまり、「無差別平等」の原則により、身体障害者福祉法では国家などへの貢献度で保護と排除を明確に分けていた論理が軽減され、国家に貢献できないと見なされてきた障害者にも光が当てられていく契機になったといえる。

一方で、身体障害者福祉法では障害の捉え方に「職業能力の損傷」の論理が登場するが、それが対象を限定するものとして批判があり、法改正によって文言の削除が行われた。そのことが、職業能力に囚われない障害認識を可能とした。

しかし、「生活能力の損失」といった、「職業能力の損傷」に替わる論理が規定されず、障害認識の理論的支柱を失ったことで、厚生省が施行規則として定める身体障害者障害程度等級表に病類を並べて障害の中身を管理する方法がより強化されたといえる。つまり、戦前から見られたような、官僚が厳しく対象をコントロールしていく仕組みは戦後も存続したのである。

むしろ、この傾向は戦前よりも戦後の方が強まっていると見られる。戦前や戦中では、労働者災害扶助責任保険法による障害扶助料や、恩給法による増加恩給の対象設定に等級表が用いられており、それが戦後の身体障害者福祉法の等級表へとつながっていった。労働者災害扶助責任保険法や恩給法では、等級表を例示としての意味合いを含めており、等級表に規定されていない障害であっても、それに準じて認定する途が準備されていたのである。ところが、これは身体障害者福祉法では無視され、今日においてもこのような規定は実現していない。

難病は何千もの種類があるといわれ、それを等級表にいちいち規定することは不可能である。また、障害の状況は身体的にも社会的にも絶えず変化するものであり、障害がまた別の障害の発生につながることや、障害が重くなったり軽くなったりすることも稀ではない。等級表に例示としての性格を付与し、現場裁量を増やし、できるだけ柔軟に運用していく途を探ることが求められる。

つまり、障害を常に動態的なものとして捉え、個別的に判定していく仕組みは戦後もほとんど実現されないまま今日に至っているといえよう。特に、戦時政策が生み出した国民優生法は、戦後に優生保護法として存続し、より強固に優生政策が進められた。生存権と対峙する優生政策が戦後に大きく展開してきた歴史は、障害を固定的なものとし、排除対象とする捉え方がより強化された側面があることを示している。今後の福祉政策では、このような障害認識とどう切り結んでいくかが問われる。

第2節 本研究の限界

最後に、本稿の限界及び課題について大きく次の三つを指摘しておきたい。

第一に、労災分野の障害等級表の検討である。本稿では身体障害者福祉法における身体障害者障害程度等級表が、労災分野の障害等級表を参考にされたものであることを明らかにした。戦時の労災補償制度には、労働者災害扶助法や労働者災害扶助責任保険法、鉱業法、工場法などがあった。では、こ

のような労災補償制度のなかで、障害等級表がいつ、どのようなねらいで、どんな論理に基づいてつくられたかについては、本稿では立ち入っていない。障害用語も、本稿ではその源流が労災補償制度に行き着くことを指摘したが、労災補償制度ではなぜ「不具廃疾」から障害を用いていたのかについて取り上げていない。したがって、身体障害者障害程度等級表の源流をさらに掘り下げる余地は残されており、今後労災補償制度を繙くことで新たな歴史事実が明らかになる可能性がある。

第二に、身体障害者福祉法の対象について、現場レベルにおける検証作業である。本稿では制度運営を管轄する行政が、障害をどのように認識してきたか、その実態を示す事例検討を行っていない。身体障害者福祉法を運営する行政官庁が、現場ではどのような行政手続きで行っていたのか、認定された障害等級に対する異議申し立てにどのように対応したかを検証することで、より精度の高い検証が可能となる。

また、本稿では、身体障害者福祉法が法案段階で想定していた対象には、元傷痍軍人がほとんど含まれていなかったことを明らかにした。では、法施行後、法案段階で想定した通りになっていたかを統計資料等を通して確認することが求められるが、その部分にまでは立ち入ることができなかった。その意味で、身体障害者福祉法が元傷痍軍人対策ではないとする論拠は完全には提示できていないといわざるを得ず、今後の検証を必要とする。

第三に、本稿では傷痍軍人対策については取り上げなかったことである。その理由は、傷痍軍人対策と戦後の身体障害者福祉法の身体障害者障害程度等級表との直接的な関連性は見られないと判断したからである。しかし、戦後の身体障害者福祉法の土台となる傷痍者保護対策の対象規定に、戦時の傷痍軍人対策が影響を与えた可能性は否定できない。したがって、身体障害者福祉法の対象規定の歴史をより明確にしていくためには、傷痍軍人対策を具体的に探っていくことが求められる。

なお、本稿ではさまざまな種類の障害や疾病を取り上げてきたが、筆者は生理学など身体構造の医学的知識に乏しい。本稿は社会科学的な分野からのアプローチとなるが、障害や疾病を取り上げる本研究テーマでは、生理学的な分野からの検討も必要に思われる。

このように、本稿で示した成果には今後の検証によって修正が加えられる可能性が残されている。これらについては今後の課題としたい。

- 1) 例えば、障害者総合支援法では難病のある者（一部は対象化されている）や軽度の知的障害や発達障害のある者はサービスの対象外となるケースが多い。それに加え、障害が重複していると障害の程度が実際よりも低く決められ、利用できる制度が限定され、結果的にサービスの対象外とされるケースもある。重複障害のケースについては高林秀明『障害者・家族の生活問題 ―社会福祉の取り組む課題とは―』ミネルヴァ書房、2008年、121-148頁を参照されたい。障害福祉サービスの対象かどうかを判定する具体的装置となる認定調査の問題については、伊藤周平『障害者自立支援法と権利保障 ―高齢者・障害者総合福祉法に向けて』明石書店、2009年、119-141頁を参照されたい。
- 2) 勝又幸子によれば、障害者の人口比はOECD20ヶ国平均が14%であるのに対し、日本では推計で4.4%に止まるとある。勝又幸子「国際比較からみた日本の障害者政策の位置づけ―国際比較研究と費用統計比較からの考察―」『季刊・社会保障研究』第44巻第2号、国立社会保障・人口問題研究所、2008年9月、138-149頁。ただし、日本の場合は高齢者福祉領域や介護保険法との兼ね合いにより、他国では障害者として捉えられる者が日本では高齢者として捉えられている場合も想定されるため、高齢者概念との比較検討による詳細な検証が待たれる。
- 3) 「不具」「廃疾」用語は現在では一般的に差別的用語として認識されているため、本稿ではカギ括弧付きで表記している。
- 4) この点については大泉溥「過去10年間に於ける障害児とその家族の悲劇的事件について―1970年代の新聞記事調査」『障害者の生活と教育』民衆社、1981年、87-135頁や、藤本文朗「障害児の教育権保障の実態と運動―未就学障害児を中心に」『教育学研究』第36巻第1号、1969年、藤本文朗「不就学障害児の死亡例の実態調査研究」『教育学研究』第41巻第1号、1974年などを参照されたい。
- 5) 清水寛「明治期における軍隊と障害者問題 ―徴兵制および陸軍懲治隊を中心に―」『障害者問題研究』第36号、全国障害者問題研究会、1984

年 1 月。

6) なお、軍医事について規定した「陸軍軍医寮職員令」(1872 年)では、「撰兵概則」の項目が設けられ、下記の通り兵役から除外される疾病が具体的に定められていた。日本科学史学会編『日本科学技術史大系 第 24 巻・医学 1』第一法規出版、1965 年、82-83 頁。

- 第一 視聴変常及ヒ言語不利
- 第二 痴愚
- 第三 麻痺
- 第四 癲狂
- 第五 脱腸
- 第六 陰囊炎
- 第七 同静脈腫
- 第八 辜丸不全或欠失
- 第九 痔病或ハ肛門破裂
- 第十 胸膛非常ニ狭窄スル者及肚腹ノ非常ニ膨張スル者
- 第十一 内臓形器的変化
- 第十二 大瘤
- 第十三 動脈瘤
- 第十四 四肢静脈努脹
- 第十五 頑固ノ潰瘡或ハ大癰痕アル者
- 第十六 悪性夜盲
- 第十七 ヒューニオン 大趾前趾骨頭内側ノ粘膜囊腫
- 第十八 重趾重指
- 第十九 扁足
- 第二十 趾指不具
- 第二十一 火傷等ニテ醜態ヲ遺ス者
- 第二十二 骨傷ノ癒着完全ナラサル者
- 第二十三 脱臼故ニ復セサル者

-
- 第二十四 関節病アル者
第二十五 板齒犬齒ヲ失スル者
第二十六 面貌太タ醜異ナル者
第二十七 脊椎ノ屈曲スル者
第二十八 肩ノ異形
第二十九 身体矮小或ハ肥大ニ過ル者

- 7) 海軍軍医学校『海軍選兵医学（部外秘）』、発行年不明、1頁。発行年不明だが、内容から見ておそらく1942～1945年の間と思われる。
- 8) 藤村道生「徴兵令の成立」歴史学研究会編『歴史学研究1』第428号、青木書店、1976年1月、1-18頁。
- 9) 由井正臣・藤原彰・吉田裕編『日本近代思想体系4 軍隊 兵士』岩波書店、1989年、110-122頁。
- 10) なお、実際に徴兵検査を行う者は、第一章徴兵官員並職掌の「第七條 二等軍医一人」において「徴兵使ニ從ヒ、兵丁ノ身体骨格兵役ニ適スルヤ否ヲ検査スル事ヲ掌ル」とあり、軍医を位置づけた。
- 11) 大江志乃夫『徴兵制』岩波書店、1981年、83頁。
- 12) 17歳から20歳までは志願兵となる。
- 13) なお、このときの徴兵検査の具体的な実施方法については、横山彰太郎（陸軍一等軍医）「徴兵身体検査実施要領」『軍医団雑誌』第100号、陸軍軍医団、1921年（月不明）、300-334頁に詳しい。
- 14) 二瓶士子治「壮丁体位問題の研究」『柳沢統計研究所報』第43号、柳沢統計研究所、1939年（月不明）、4-5頁。
- 15) なお、1907年に「癩予防に関する件」が公布された後の1909年5月3日に、「徴兵医官癩患者診断ニ関スル件」（医事第一二六号）が出され、「徴兵検査中検査軍医ハ未タ医師ノ診療ヲウケタルコトナキ癩患者ヲ検認シ為メニ丁種ト判定セシ場合」には行政官庁へ手続がはかれることになり、ハンセン病患者への徴兵検査とコミットした隔離体制が整備された。
- 16) 吉田裕『日本の軍隊—兵士たちの近代史—』岩波書店、2002年、127-130

頁。

17)「一般構造ノ検査」とは、全身を見て、既往や疾患の有無を検査することである。

18) 検査は、一日検査医官数3人に対して170人から190人の割合で実施された。10年後の1920年の徴兵検査規則では、一日検査医官数3人に対して150人から170人に減らされている。わずかではあるが、検査の厳密化が行われた可能性がある。

19) 馬杉篤彦（陸軍一等軍医正 医学博士）「日本壮丁ノ盲目ニ関スル統計的観察」『軍医団雑誌』第71号、陸軍軍医団、1917年（月不明）。

20)「筋骨薄弱」概念については、1943年6月10日の「国民体力検査ニ関スル件」（兵備四第49号）でその内実が示されている。これは国民体力法下の体力検査によって、「筋骨薄弱」として判定した者に対して健民修鍊を実施することを定めたものである。これによると、「筋骨薄弱」には以下の基準が規定されている。

イ 筋骨薄弱ト判定スベキ者

- 1 身長別体重若ハ胸囲ガ別ニ示ス基準以下ノ者
- 2 運動機能（荷重速行）成績四回以下ノ者但シ十七年、十八年及十九年以外ノ被管理者ニ付テハ別ニ定ムルコト
- 3 国民体力管理医ニ於テ望診上筋骨ノ發育不良ト認メラルル者但シ左ノ者ヲ除クコト
 - （1）健民修鍊ヲ行ハズトモ發育ノ見込アル者
 - （2）身長十七年ニ在リテハ一四六糎未満ノ者、十八年及十九年ニ在リテハ一四九糎未満ノ者
 - （3）結核性疾患、性病、癩、重症「トラコーマ」其ノ他集団生活ニ不適當ナル伝染性疾患アル者
 - （4）精神病及高度ノ精神薄弱ノ者
 - （5）動作ノ障碍著シキ者
 - （6）視力両眼共〇・三ニ満タザル者、聴力障碍著シキ者、及重キ

吃、唾ノ者

(7) 重症ナル疾患ノ快復期ニアル者其ノ他修鍊生活ニ不適當ナル
疾病異常アル者

このように、身長胸囲、運動機能が一定以下の者、そして結核や精神病などの疾病をもたない者とされていた。ただし、当然ながらその概念は時代によって異なるだろうし、明治・大正期はかなり曖昧な規定でしかなかった。その理由には、壮丁を直接診た医師による現場裁量の余地を残すためのものであったか、あるいは時々の方針的事項により必要な兵員が変わるため、合格者数の調整をするためのものとして基準をあえて曖昧にしていたことなどが考えられる。

21) 陸軍軍医団『軍陣衛生学教程』陸軍軍医団、1918年、187頁。

22) なお、『軍陣衛生学教程』からは、徴兵検査基準が軍陣衛生学的観点も十分考慮して作成されていた経緯を看取することができる。

23) 1910年ならびに1920年の徴兵検査手続では「疾病変常」という用語が用いられているが、1928年ではこれが「疾病異常」の用語に変更されている。本稿では「疾病変常」と「疾病異常」を同義語として捉え、できるだけ「疾病異常」の用語に統一して用いた。

24) 徴兵検査規則（陸軍省令第5号）の規定は以下の通り。

第三条 左ノ疾病変常ハ丁種トス

- 一 全身畸形
- 二 筋骨甚薄弱ナルモノ
- 三 悪性腫瘍
- 四 白痴、不治ノ精神病、神経系病
- 五 不治ノ栄養失常
- 六 癩
- 七 盲
- 八 聾

九 唾

十 著シキ兔唇、口蓋破裂

十一 斜頸、脊柱骨盤ノ畸形ニシテ運動ヲ妨クルモノ

十二 胸腹部臓器ノ慢性疾患ニシテ一般栄養状態ヲ妨クルモノ

十三 重キ脱肛、痔瘻、肛門畸形

十四 泌尿生殖器ノ慢性病又ハ欠損畸形等ニシテ機能障礙アルモノ

十五 重キ骨、骨膜又ハ関節ノ慢性病及其ノ継発症

十六 著シキ四肢ノ短縮湾曲

十七 指趾ノ欠損強剛等ニシテ著シク機能障礙アルモノ

十八 翻足、馬足

25) 川島慶治「新兵ノ精神状態検査ノ要義」『軍医団雑誌』第 29 号、陸軍軍医団、1912 年（月不明）、1033-1052 頁。

26) ここから、「精神異常兵士」問題を発生させる一つの余地を生み出していったと考えられる。「精神異常兵士」問題については、清水寛編著『日本帝国陸軍と精神障害兵士』不二出版、2006 年、特に 101-204 頁を参照されたい。

27) 大江志乃夫『徴兵制』岩波書店、1981 年、90-93 頁。

28) なお、「徴兵検査ヲ受ケタル者現役兵トシテ徴集セラルルニ因リ家族（戸主ヲ含ミ本人ト世帯ヲ同ジクスル者ニ限ル）ガ生活ヲ為スコト能ハザルニ至ルベキ確証アル場合ニ於テハ二年間徴集ヲ延期ス」とあるように、徴集により家族の生計ができなくなる場合に限って 2 年間の猶予が認められた。

29) ちなみに、この間、1921 年の度量衡法改定、メートル条約への調印によって尺貫法がメートル法へと統一されたため、兵役法でもメートル表記が用いられた。

30) 兵役法施行令（1927 年 11 月 30 日、勅令第 330 号）で丁種とする「疾病異常」は以下の通り。

-
- (イ) 全身畸形
 - (ロ) 筋骨稍薄弱ナルモノ
 - (ハ) 悪性腫瘍
 - (ニ) 不治ノ精神病又ハ不治ノ神経系病
 - (ホ) 不治ノ栄養失常
 - (ヘ) 癩
 - (ト) 盲
 - (チ) 聾
 - (リ) 啞
 - (ヌ) 口蓋破裂又ハ著シキ兔唇
 - (ル) 斜頸又ハ脊柱、骨盤ノ畸形ニシテ運動ニ妨ゲアルモノ
 - (ヲ) 胸腹部臓器ノ慢性疾患ニシテ一般栄養状態ニ妨ゲアルモノ
 - (ワ) 脱肛、痔瘻又ハ肛門畸形ニシテ其ノ程度重キモノ
 - (カ) 泌尿生殖器ノ慢性病又ハ欠損畸形ニシテ機能障碍アルモノ
 - (ヨ) 骨、骨膜又ハ関節ノ慢性病ニシテ其ノ程度重キモノ及其ノ継発性
 - (タ) 四肢ノ欠損又ハ著シキ四肢ノ短縮湾曲
 - (レ) 指趾ノ欠損、強剛、癒著又ハ畸形ニシテ著シク機能障碍アルモノ
 - (ソ) 翻足、馬足
 - (ツ) 前各号ニ準ズル疾病其ノ他身体又ハ精神ノ異常ニシテ陸軍大臣ノ定ムルモノ

31) なお、兵役法第 37 条では「兵役ニ適セズト認ムル疾病其ノ他身体又ハ精神ノ異常ノ者ナルトキハ其ノ事実ヲ証明スベキ書類ニ基キ身体検査ヲ行フコトナク兵役ヲ免除スルコトヲ得」とあり、具体的な基準としては、兵役法施行令第 69 条で「全身畸形」、「不治ノ精神病ニシテ監視又ハ保護ヲ要スルモノ」、「癩」、「両眼盲（眼前三分ノ一メートルニ於テ視標○・一ヲ視別シ得ザルモノ）」、「両耳全ク聾シタルモノ」、「啞」、「腕関節又ハ足関節以上ニテ一肢ヲ欠キタルモノ」と規定した。このような人々は検査を受けることなく兵

役を免除されるとしていたが、清水寛によれば、脊椎カリエスにより歩行困難な者を検査場に無理矢理来させるなど、実際にはこの規定は無視されていたとの証言が報告されている。清水寛「天皇の軍隊と障害者—国家総力戦体制下の徴兵検査と陸軍教化隊—」『障害者問題研究』第63号、全国障害者問題研究会、1990年11月、29-33頁。

32) 秋谷光男『体力検査指針』雄文社書店、1938年、135頁。

33) これを示す他の資料として、他にも「軍備改善ニ依ル壮丁増徴ノ対策」（極秘・1936年10月22日医事課課内案）が挙げられる。そこでは「今回ノ軍備拡充ニ依リ徴募壮丁数ノ激増ヲ来シ為ニ従来ノ徴兵検査方法ヲ以テシテハ著シク兵員体格ノ低下ヲ来ス可キハ曩ニ徴募課ヨリ提唱セラレタルトコロナリ（昭和一一、九、八軍備充実ニ伴フ徴集人員増大ノ為兵員ノ資質低下ニ処スル計画、徴募課）当課ニ在リテモ之カ対策ニ就キテ予テ研究中ナリシカ其ノ一案ヲ得タルヲ以テ之ヲ左ニ述フルモノナリ」と述べ、兵員の確保のため次の通り改正することを求めている。

二、身体検査規則ノ改正

身体検査規則ヲ改正シ合格規格ヲ兵業ニ耐ヘ得ル最下限ニ低下ス

三、新体格等位ノ設定

現在ノ丙種中若干ノ性能低下ヲ忍ヘハ補充兵トシテ用ヒ得ヘキモノヲ第三乙種ナル新名称ノ下ニ包含セシム

34) 美濃口時次郎「日本現下の人口問題」上田貞次郎編『日本人口問題研究第三輯』協調会、1937年、47頁。

35) これについては第2章にて取り扱うが、これには政府も危機感を感じ、社会保障制度の「拡充」や、とりわけ乳児死亡の問題を大きく取り上げ、子どもを産み育てる経済的条件や保育条件を課題視する一方で、女性の晩婚化を問題視して結婚奨励などが講じられていった。「拡充」にカギ括弧を付与しているのは、戦時の社会保障制度の整備が、必ずしも国民生活にとって実態を伴って支えとなったものではなかったのではないか、という筆者の問題意

識からである。

36) 陸軍省『陸軍省年報 第六年報』、1881 年、34 頁。

37) 高岡裕之『総力戦国家と「福祉国家」 ―戦時期日本の「社会改革」構想 戦争の経験を問う』岩波書店、2011 年、30-44 頁。なお、徴兵検査成績の「悪化」にカギ括弧を付けているのは、このような制度的な操作によることが指摘されているためである。

38) 中野善達・加藤康昭編『わが国特殊教育の成立』東峰書房、1967 年、205-208 頁。

39) 古見嘉一「失明防止に就て」『公衆衛生』第 45 巻第 10 号、1927 年（月不明）。

40) 厚生省衛生局編『昭和一三年 衛生年報』厚生省衛生局、1940 年、106-107 頁。

41) 内務省衛生局編「最近の精神病に関する調査」『民族衛生』第 1 巻第 1 号、1931 年 3 月、84-85 頁。

42) 厚生省衛生局編『昭和一三年 衛生年報』厚生省衛生局、1940 年、118 頁。

43) 西川薫『日本精神障礙者政策史 ―戦前期を中心として―』考古堂書店、2010 年、229-236 頁。

44) 「陸軍身体検査規則」（1928 年 3 月 26 日陸軍省令第九号）。

45) 陸上自衛隊衛生学校編『大東亜戦争陸軍衛生史／1／陸軍衛生概史』陸上自衛隊衛生学校、1971 年、46-47 頁。

46) 山岳地帯が成績の低いのは身長でひっかかっている。山岳地帯でも湖水のある地域は成績が高い。

47) 小泉親彦（陸軍省医務局長陸軍軍医総監）「青年団長に望む」大日本聯合青年団、1937 年 1 月。

48) 湯浅謹而『都市の医学』山雅房、1943 年、40 頁。

49) 陸上自衛隊衛生学校編『大東亜戦争陸軍衛生史／1／陸軍衛生概史』陸上自衛隊衛生学校、1971 年、46-50 頁。

50) 厚生省衛生局編『昭和一三年 衛生年報』厚生省衛生局、1940 年、111-117

頁。

51) 厚生省衛生局編『昭和一三年 衛生年報』厚生省衛生局、1940 年、56-58 頁、及び 111-117 頁。

52) 陸軍省医務局長三木良英「昭和十四年六月 徴兵検査に現はれたる壮丁の体格に就て」。

53) 藤野豊『厚生省の誕生—医療はファシズムをいかに推進したか』かもがわ出版、2003 年、49-57 頁。

54) 藤野豊『厚生省の誕生—医療はファシズムをいかに推進したか』かもがわ出版、2003 年、55 頁。

55) 藤野豊『厚生省の誕生—医療はファシズムをいかに推進したか』かもがわ出版、2003 年、89 頁。

56) 著者不明「人口問題座談会—熊本県の人口問題を中心として—」人口問題研究会『人口問題』第 5 巻第 2 号、1942 年 12 月、241-272 頁。

57) 貧困の担い手が死亡してしまうと、その問題が「問題」として誰からも相手にされないままひっそりと消滅してしまう（これは「消される貧困」と呼ばれている）。石原修はそれを可視化したという意味でも画期的であった。石原修「衛生学上ヨリ見タル女工ノ現況」竈山京編『生活古典叢書第 5 巻 女工と結核』光生館、1981 年、77-198 頁。

58) 呼吸器系の疾患の他には脚気もあったが、脚気はかなり治療に時間がかかるにもかかわらず、女工についての記載箇所を見るとわずか 3 日間で復帰している。これについて調査報告書では、仕事を休む口実として脚気が用いられていたと考察しており、うまく時代を生きようとする女工の「人間臭さ」も垣間見られる調査でもある。

59) 医療の社会化運動に関しては、全日本民医連『無差別・平等の医療をめざして 上巻』全日本民医連、2012 年に詳しい。

60) 確かに、数値の上では保険加入が戦時にかなり進んで国民皆保険の礎がつくられたように見えるが、果たしてこれがどの程度、国民生活に寄与したのかは不明で、その辺りをより具体的に分析していく必要があることを指摘しておきたい。

61) 清水寛・篠崎恵昭「アジア・太平洋戦争下の優生政策と障害者問題〔Ⅰ〕—第75回帝国議会衆議院優生法案委員会の『国民体力管理法案』審議の検討—」『埼玉大学教育学部紀要 教育科学』第46巻第2号、1997年9月、35頁。

62) 清水寛・篠崎恵昭「アジア・太平洋戦争下の優生政策と障害者問題〔Ⅰ〕—第75回帝国議会衆議院優生法案委員会の『国民体力管理法案』審議の検討—」『埼玉大学教育学部紀要 教育科学』第46巻第2号、1997年9月、48頁。

63) なお、内部資料「昭和十五年度 国民体力鍛練會案」（発行年不明、鉛筆書きで「鍛」を「修」との修正がなされている）によると、「(一) 各種ノ形態的、機能的測定及医学的調査ニ依リ体力ノ現状ヲ調査シ其ノ向上ノ障碍タルベキ欠陥アラバ其ノ発見ニ努メ由来ヲ明カニシ以テ本人ノ自覺ト○奮ヲ促スコト」（○は読み取り不可能）とあり、結核や精神病など、特殊な疾病異常を除く「陸軍諸学校採用身長別最下限体重胸囲表ニ合格セザルモノ」で、丙丁種となる以外の者を対象とし、医師を中心にした生活指導を行う健民修練の前身とも考えられる鍛練會が発案されていた。

64) 「荷重速行」とは、被験者に25kgの俵を担がせ、一定の距離を運ばせることで運動機能を検査したものである。

65) 当時の人口学では人口問題として障害が取り上げられ、「断種」が主張されていた。一例を挙げると、例えば「人口問題と産児制限及優生論」では、人口増加に対して土地・面積は限りあるため食糧問題は避けられず、そこから深刻な社会問題が発生するとした。そのためには産児制限が必要であり、優生思想にもとづき「白痴」や「癲癇」、「遺伝性精神病」等のある者に対する断種で人口調節を行うといった、人の出生への直接的な国家関与を求めた。氏原佐蔵「人口問題と産児制限及優生論」『公衆衛生』第45巻11号、1927年11月。

66) 氏原佐蔵「人口問題と産児制限及優生論」『公衆衛生』第45巻11号、1927年11月。

67) 永井潜「民族衛生の使命（二）」『民族衛生』第1巻第3号、1931年8

月、67 頁。

68) 永井潜「断種法に対する反対の反対」『民族衛生』第 3 巻第 2 号、日本民族衛生学会、1933 年 12 月、40-41 頁。

69) 詳しい国民優生法案の審議過程については、篠崎恵昭・清水寛「アジア・太平洋戦争下の優生政策と障害者問題〔Ⅱ〕—第 75 回帝国議会衆議院優生法案委員会における『国民優生法案』審議の検討—」『埼玉大学紀要教育学部教育科学』第 47 巻第 1 号、1998 年 3 月を参照されたい。

70) 年金保険制度ではその対象の狭さが問題視されてきており、例えば「障害評価の方法は相変わらず医学的評価が中心であり、「多くの障害者を障害年金から締め出してきた」との指摘がなされてきている。高橋芳樹・高橋弘生「年金制度における『障害』概念について —脳性マヒの障害等級改定運動にとりくんで—」『障害者問題研究』第 62 号、全国障害者問題研究会、1990 年、62 頁。なお、障害年金における障害認定を扱った研究に百瀬優『障害年金の制度設計』光生館、2010 年がある。同書は障害年金についてアメリカなどの経験を踏まえて日本の現状分析を行ったものであるが、本テーマを考えるにあたって示唆を受けた。

71) しかし、健康保険法を施行する段階になって、労働者たちは相次いで健康保険ストを決行した。健康保険法は保険料を労使折半とし、労働者にも拠出を求めているにもかかわらず、保険給付の対象には業務上の災害による傷病も含んでいた。本来労災は雇用者が全面的に責任を負うべきものを、労働者に転嫁していることを見抜いていたのである。

72) 佐口卓『日本社会保険制度史』勁草書房、1977 年、165 頁、及び社会局保険部『健康保険事業沿革史』、1937 年、48 頁。

73) 社会局保険部『健康保険事業沿革史』、1937 年、48 頁。

74) 社会局保険部『健康保険事業沿革史』、1937 年、48 頁。

75) 佐口卓『日本社会保険制度史』勁草書房、1977 年、102 頁。

76) 近藤文二『社会保険』岩波書店、1963 年、125-127 頁。

77) 内野仙一郎『各国の社会保険展望』健康保険医報、1942 年、309 頁。

78) 近藤文二・後藤清『労働者年金保険法論』東洋書館、1942 年、84-87 頁。

79) 内野仙一郎『各国の社会保険展望』健康保険医報、1942 年、321-328 頁。

80) 近藤文二・後藤清『労働者年金保険法論』東洋書館、1942 年、17 頁。
清水玄（社会保険局長）も廃疾保険には療養を施すものがあり、結核が廃疾保険にとって重大な要素で、ドイツでは広大な結核療養所を設けていることを紹介している。清水玄『社会保険論』有光社、1940 年、81 頁。また、『健康保険時報』ではドイツの年金保険制度による結核撲滅対策を次のように紹介していた。ドイツの年金保険制度では被保険者が労働能力に支障を来すおそれがある、早期に治療すれば廃疾を防止できると認められた場合や、年金を受給している者でも労働能力が回復の見込みがある場合は療養の給付を受けることができた。このとき結核に罹った被保険者は、伝染力旺盛な開放性症結核だけでなく非開放性症結核も含め年金保険機関から「特別療養」として医療を受けることができた。しかも疾病保険と異なりその給付は任意的であった。ただし、特別療養は 50 歳を超えて極めて悪化した場合は支給しないとされたという。「独逸社会保険に於ける結核撲滅対策」保険院社会保険局『健康保険時報』第 14 巻第 4 号、1940 年 4 月。

81) 荒又重雄・小越洋之助・中原弘二・美馬孝人『社会政策（1）理論と歴史』有斐閣、1979 年、154-165 頁。

82) 佐口卓『日本社会保険制度史』勁草書房、1977 年、70 頁。

83) 近藤文二『社会保険』岩波書店、1963 年、389 頁。

84) 厚生省保険局・社会保険庁医療保険部編『船員保険三十年史』船員保険会、1972 年。

85) 横山和彦・多田英範編『日本社会保障の歴史』学文社、1991 年、57 頁。

86) 当時の新聞を見ていくと、「実現される産業戦士の年金制度」「労働の老後を養う恩給」という言葉で年金保険制度の成立が報道されていた。「産業戦士」という用語が戦時になるとよく使われるようになり、「産業戦士」をどう支えるかという発想で年金保険が出てきたことを感じさせるものである。なお、障害年金もこの時の年金保険制度から登場してくる。今日の障害者の生活を支える大きな柱である障害年金もまた、「産業戦士」を支える手段として

出てきた側面がある。

87) 近藤文二・後藤清『労働者年金保険法論』東洋書館、1942年、31頁。

88) 近藤文二・後藤清『労働者年金保険法論』東洋書館、1942年、170-171頁。

89) 「保険院総務局長川村秀文氏説明」社会保障研究所編『日本社会保障前史資料 第3巻』至誠堂、1981年、273頁。

90) 「保険院総務局長川村秀文氏説明」社会保障研究所編『日本社会保障前史資料 第3巻』至誠堂、1981年、273頁。

91) 花澤武夫『労働者年金保険法解説(全)』健康保険医報社、1941年、196-197頁。

92) 厚生省五十年史編集委員会『厚生省五十年史』厚生問題研究会、1988年、367頁。

93) 厚生省五十年史編集委員会『厚生省五十年史』厚生問題研究会、1988年、367頁。

94) 今日の老齢年金の受給要件に25年ルールが定められている理由となにかしら関係があるのかも知れない。

95) 近藤文二『社会保険』岩波書店、1963年、389-391頁。あるいは服部英太郎『戦時社会政策論』未来社、1969年を参照されたい。

96) 横山和彦「公的年金制度の歴史と現状」国民生活センター編『年金制度と高齢労働問題』御茶の水書房、1977年、38-52頁。横山和彦・多田英範編『日本社会保障の歴史』学文社、1991年、57-63頁。

97) 土穴文人『社会政策制度史論—立法史的展開と政策体系の分析—』啓文社、1990年、555-572頁。

98) 相澤與一『日本史リブレット 62 日本社会保険の成立』山川出版社、2003年、90-106頁など。

99) 鐘家新『日本型福祉国家の形成と「十五年戦争」』ミネルヴァ書房、1998年、132-147頁。

100) ちなみに、年金保険制度に労働力配置のねらいがあったとすれば、炭鉱労働者には朝鮮や中国などから強制連行されてきた人たちが、劣悪な労働

条件で従事させられていたことが報告されている。それが戦後の年金保険制度における外国人排除の問題にどのようなつながっていったのか関心が向くところである。

101) 年金保険制度の思想的安定策としてのねらいに関しては、次の点について検討が必要に思われる。「満州事変以降の急速な景気の上昇は、軍需インフレを将来し、物価の上昇とこれにともなう生計費の昂騰をもたらした。しかも賃金はこれに見あって上昇しなかった」（隅谷三喜男『日本労働運動史』有信堂、1966年、174頁）という状況にあった。2・26事件や日中戦争の勃発、大政翼賛体制における労働組合の官制化となる産業報国運動の広がりとともに労働運動は消滅に向かった。しかし、日中戦争以降は戦時体制という強圧な制約にもかかわらず、にわかに賃上げの争議件数は増加傾向にあった。とりわけ注目されるのが、解雇手当の支払いへの紛争が生じていたことである（同上、175頁）。いくら年金保険制度といってもインフレのさなか労働者の賃金を減額させるとあれば、労働者の心理的安定に貢献するどころか、むしろ労働者の不満を高めることに作用するのではないだろうか。また、年金保険制度の脱退手当金のねらいは、労働力の配置という側面に加え、この部分への社会政策的対応としても機能していたのかもしれない。

102) 近藤文二・後藤清『労働者年金保険法論』東洋書館、1942年。

103) 「保険院総務局長川村秀文氏説明」社会保障研究所編『日本社会保障前史資料 第3巻』至誠堂、1981年、271頁。

104) 炭鉱労働など当時の労働と肺病や結核との関係については東田敏夫や三浦豊彦の業績を参照されたい。例えば東田敏夫『社会医学の現代的課題 半世紀の軌跡と展望 東田敏夫著作集 上』勁草書房、1987年や、東田敏夫『社会医学の現代的課題 半世紀の軌跡と展望 東田敏夫著作集 下』勁草書房、1987年。三浦豊彦『労働と健康の歴史 第三巻』労働科学研究所、1980年、三浦豊彦『労働と健康の歴史 第四巻』労働科学研究所、1981年などがある。

105) 著者不明「組合管掌健康保険に於ける結核対策（上）」保険院社会保険局『健康保険時報』第14巻第1号、1940年1月、13頁。

106) とりわけアメリカからの石油資源を絶たれた日本では、エネルギー資

源の問題は深刻であった。そこで必要になるのが炭鉱労働者であるが、労働が過酷なため海外からの労働力に頼る状況にあり、その労働力を確保するための方策が労働者年金保険法のねらいの一つでもあった。その労働者は肺病に悩まされ、廃疾年金はその救済という側面があったのかもしれない。

107) 「組保管掌健康保険に於ける結核対策（上）」保険院社会保険局『健康保険時報』第14巻第1号、1940年1月、272頁。

108) 「組保管掌健康保険に於ける結核対策（上）」保険院社会保険局『健康保険時報』第14巻第1号、1940年1月、277-278頁。

109) 労働者年金保険法を改正する理由には、「鉱山労働ノ重要性ニ鑑ミマシテ、坑内夫タル被保険者ニ対シマシテハ、戦時特例ヲ設ケマシテ之ガ優遇ヲ図リ、鉱山労働力ノ増強確保ニ資シマスル」他に、「昨今女子労務者ノ重要生産部門ヘノ進出ノ状況ニ鑑ミマシテ、之ガ保護ヲ一段ト厚ク」する目的があった。小泉親彦「労働者年金保険法中改正法律案提案理由」（1944年1月22日）保険院社会保険局『健康保険時報』第14巻第1号、1940年1月、293頁。

110) 業務災害への対応は戦後に労働者災害補償保険法（1947年4月5日公布、法律第50号）へ分離する。

111) ちなみに、「廃疾」用語自体は戦後もさまざまな分野で用いられ、1981年の国際障害者年で総理府が「不具」「廃疾」用語を不快用語として追放した。『朝日新聞』「不具・廃疾→障害 白痴→精神薄弱 不快用語追放第2弾」、1981年12月31日及び『朝日新聞』「不快用語『不具・廃疾・白痴』も追放」、1982年3月8日。

112) 花澤武夫（厚生省保険局年金課長）『厚生年金保険法大要』教学館、1944年、193頁。

113) 『読売新聞』「産業戦士の年金 来月一日から実施 老齢給付は年収の四分の一」、1942年5月28日付。

114) 厚生省五十年史編集委員会『厚生省五十年史』厚生問題研究会、1988年、561頁。

115) 高塩純子「我が国の軍人恩給制度発足の背景」『季刊行政管理研究』第

-
- 131号、行政管理研究センター、2010年9月、61-70頁。
- 116) 土居秀夫「明治前期における軍人恩給」『史叢』第23号、日本大学史学会、1979年5月、24頁。
- 117) 高塩純子「我が国の軍人恩給制度発足の背景」『季刊行政管理研究』第131号、行政管理研究センター、2010年9月。なお、同論文の「表2 軍人を対象とした恩給制度の変遷」の「傷病恩給」の項目にはそれぞれの制度下で障害にかかわる恩給の取扱いが整理されているので参照されたい。
- 118) 若山操（法学士）『改正 軍人恩給法要義 附官吏恩給法並ニ諸手続』東洋社、1906年、120-123頁。
- 119) 高塩純子「我が国の官吏制度の確立（二・完） ―恩給制度を中心に」『自治研究』第87巻第5号、第一法規、2011年5月、47頁。
- 120) 高塩純子「我が国の官吏制度の確立（二・完） ―恩給制度を中心に」『自治研究』第87巻第5号、第一法規、2011年5月、49頁。
- 121) 樋貝詮三（法学士）『恩給法原論』巖松堂、1922年、99-100頁。
- 122) 樋貝詮三（法学士）『恩給法原論』巖松堂、1922年、100-103頁。なお、段階として示したものを「項症」と呼んでいるが、これは慣例的なものであるという。
- 123) 佐藤久夫「身障福祉法における対象規定の成立と展開に関する覚書（1）」『日本社会事業大学社会事業研究所年報』第18号、1983年、17-40頁。滝村雅人『対象論的視点による障害者福祉制度』さんえい出版、2003年、19-26頁。障害者政策の対象に関連する研究としては、他にも佐藤進「障害者の生活保障と『障害等級』政策をめぐる問題点」『月刊いのちと健康』1994年1月号、労働教育センター、1993年12月、4-13頁や、佐藤久夫「障害者対策の対象規定をめぐる諸問題」『障害者問題研究』第49号、全国障害者問題研究会、1987年6月、7-18頁などがある。
- 124) 寺脇隆夫編『戦後創設期／社会福祉制度・援護制度史資料集成 第Ⅰ期 別冊』柏書房、2010年及び寺脇隆夫編『戦後創設期／社会福祉制度・援護制度史資料集成 第Ⅱ期 別冊』柏書房、2011年。なお、本稿で「マイクロフィルム版 木村忠二郎文書資料」を引用する場合は、発行者（不明の場

合は省略)「文書名」【資料番号】の順で表記する。

125) 熊沢由美「被占領期日本における傷痍者保護対策－身体障害者福祉法の制定をめぐって(1)－」『東北学院大学論集 経済学』第156号、2004年9月、及び村上貴美子「第4章 身体障害者福祉法の成立過程」『占領期の福祉政策』勁草書房、1987年、167頁を参照されたい。

126) 左野利三郎・實本博次・仲村優一「[特集鼎談] 身体障害者福祉法制定時の思い出」『月刊福祉』第72巻第11号、全国社会福祉協議会、1989年10月、20頁。

127) 熊沢由美「被占領期日本における傷痍者保護対策－身体障害者福祉法の制定をめぐって(1)－」『東北学院大学論集 経済学』第156号、2004年9月、13頁。

128) 具体的な内容については、村上貴美子「第4章 身体障害者福祉法の成立過程」『占領期の福祉政策』勁草書房、1987年、176-180頁を参照されたい。

129) 山田明「3. 身体障害者福祉対策の変遷－統計にみる障害者の実態と対策－」『更生の指標』第37巻第6号、厚生統計協会、1990年6月、40-41頁。

130) 厚生省衛生局編『昭和一三年 衛生年報』厚生省衛生局、1940年。また、軍事援護の枠組みから外れる障害者の状況については、徴兵検査成績が参考になる。陸軍省「陸軍省統計年報」によれば、1937年で丁種不合格者に多かった障害には、「精神病」(19%)や「気管支、肺、胸膜ノ慢性病」(16%)、「四肢骨欠損、短縮、湾曲、蹉跌、假関節」(14%)が並ぶ。

131) この点については、中村政則『現代史を学ぶ－戦後改革と現代日本－』吉川弘文館、1997年、及び中村政則『経済発展と民主主義』岩波書店、1993年を参照されたい。

132) 福利課主管「傷痍者保護対策中央委員会資料」【011101-0001】。

133) 厚生省社会局更生課長松本征二編『身体障害者福祉法解説』中央社会福祉協議会、1951年、21頁。

134) 佐藤久夫「身障福祉法における対象規定の成立と展開に関する覚書(1)」

『日本社会事業大学社会事業研究所年報』第 18 号、1983 年、21 頁。

135) 矢嶋里絵「身体障害者福祉法の制定過程 その 2」首都大学東京『人文学報』第 300 号、1999 年 3 月、42 頁。

136) 高齢者福祉分野と障害者福祉分野との分離のはじまりは、「更生」が分水嶺となっていた可能性がある。本法は後に「職業能力の損傷」規定が削除されることになり、その時点で高齢者と障害者を区別する論理を失ってしまったといえる。そこから現在まで続く障害者と高齢者との不明瞭な制度的分断の問題が引き起こされてきたともいえる。

137) 寺脇隆夫「身体障害者福祉法（1949.12）の立案過程の検討（上）－木村文書中の法律案過程の史資料を通して－」『浦和論叢』第 39 号、浦和大学・浦和大学短期大学部、2008 年 7 月、21 頁。

138) 寺脇隆夫「身体障害者福祉法（1949.12）立案過程の史資料（中）－木村文書中の身体障害者福祉法制定関係基本資料－」『浦和論叢』第 40 号、浦和大学・浦和大学短期大学部、2009 年 2 月、126-127 頁。

139) 各委員からの提案では、対象の設定にバラツキがあり、「盲者」「聾啞者」「四肢切断者」「肢体機能障害者」には一致が見られたが、「結核・永久排菌者」及び「精神薄弱者」「中枢神経（機能）障害者」は委員によって解釈がわかれていたようである。この解釈がわかれた部分が、その後の本法制定過程でも揺れ動きが見られる。寺脇隆夫「身体障害者福祉法（1949.12）の立案過程の検討（上）－木村文書中の法律案過程の史資料を通して－」『浦和論叢』第 39 号、浦和大学・浦和大学短期大学部、2008 年 7 月、38 頁、及び寺脇隆夫「身体障害者福祉法（1949.12）立案過程の史資料（上）－木村文書中の身体障害者福祉法制定関係基本資料－」『浦和論叢』第 39 号、浦和大学・浦和大学短期大学部、2008 年 7 月、158-161 頁。

140) 寺脇隆夫「身体障害者福祉法（1949.12）の立案過程の検討（中）－木村文書中の法律案過程の史資料を通して－」『浦和論叢』第 40 号、浦和大学・浦和大学短期大学部、2009 年 2 月、53 頁。

141) 寺脇隆夫「身体障害者福祉法（1949.12）立案過程の史資料（中）－木村文書中の身体障害者福祉法制定関係基本資料－」『浦和論叢』第 40 号、浦

和大学・浦和大学短期大学部、2009年2月、133頁。なお、史資料からは精神病をめぐる概念として「精神薄弱」や「精神疾患」、「精神障害」といった文言が見られるが、より正確にその変遷を原典から詳しく検討する必要があるが、これは今後の課題としたい。

142) 寺脇隆夫「身体障害者福祉法（1949.12）立案過程の史資料（中）－木村文書中の身体障害者福祉法制定関係基本資料－」『浦和論叢』第40号、浦和大学・浦和大学短期大学部、2009年2月、53頁。

143) その変遷を簡略に列举すると、1949年7月頃の修正で「(結核性疾患・精神障害)」が追加されるものの、8月1日の修正で定義のところで「精神上又は」が削除される。秋の臨時国会での法案提出の動きは均衡財政による予算引き締めの前に立法自体が危ぶまれる事態になる。しかも9月頃の修正では本法の目的を規定した箇所から「国及び地方公共団体が、」の文言が削除されるとともに、対象規定では「(結核性疾患・精神障害)」が削除される。10月初旬頃にはドッジラインによる影響を受け、全体的には財政面の配慮による修正がなされるものの、対象規定では「結核性疾患で別に政令により定めるもの」が復活した。寺脇はこの背景には患者運動の存在を指摘している。10月下旬の修正でやはり対象から結核性疾患は削除され、これで確定する。寺脇隆夫「身体障害者福祉法（1949.12）の立案過程の検討（下）－木村文書中の法律案過程の史資料を通して－」『浦和論叢』第41号、浦和大学・浦和大学短期大学部、2009年8月、22-38頁。

144) 寺脇隆夫「身体障害者福祉法（1949.12）立案過程の史資料（下）－木村文書中の身体障害者福祉法制定関係基本資料－」『浦和論叢』第42号、浦和大学・浦和大学短期大学部、2010年1月、56-79頁。

145) 健康保険組合連合会編『社会保障年鑑 1951』東洋経済新報社、1950年、200-203頁。厚生省社会局事務官今村譲「身体障害者福祉法について」『雇用研究』第4巻第4号、雇用問題研究会、1950年4月、21-25頁。厚生省社会局「身体障害者福祉法について」刑務協会『月刊刑政』10月号、1950年10月、54-56頁。厚生省監修、身体障害者保護協会編『身体障害者福祉法の話』身体障害者保護協会、1951年。厚生省社会局更生課編『身体障害者福

祉法厚生指導の手引（改訂版）』、1956年、19-30頁。

146) 佐藤久夫「身障福祉法における対象規定の成立と展開に関する覚書(1)」
『日本社会事業大学社会事業研究所年報』第18号、1983年、29-32頁。

147) 佐藤久夫「身障福祉法における対象規定の成立と展開に関する覚書(1)」
『日本社会事業大学社会事業研究所年報』第18号、1983年、31頁。

148) 佐藤久夫「身障福祉法における対象規定の成立と展開に関する覚書(1)」
『日本社会事業大学社会事業研究所年報』第18号、1983年、32頁。

149) 健康保険組合連合会編『社会保障年鑑 1952』東洋経済新報社、1951年、122頁。

150) 1950年にストレプトマイシンの国内製造が認められるとともに社会保険の給付対象となり、1951年には結核予防法が施行され、その後結核患者の死亡率が激減していった。川上武他編『戦後日本病人史』農山漁村文化協会、2002年、63-64頁。

151) 医学史については川喜多愛郎『近代医学の史的基盤 上』岩波書店、1977年を参照されたい。『軍医団雑誌』では、例えば川島慶治「新兵ノ精神状態検査ノ要義」『軍医団雑誌』第29号、1912年2月による研究報告がある。

152) このとき軍事保護院による療養所でさえ、精神障害にかかわる施設は3施設（全施設数の5.7%）に過ぎなかった。西川薫『日本精神障礙者政策史—戦前期を中心として—』考古堂書店、2010年、274頁。

153) ただし、恩給や年金保険制度などによる精神疾患への対応は等級表で登場していた。どのように判別していたのかは定かでなく、その経験が厚生省にどう蓄積されていたかは検討する必要がある。

154) 寺脇隆夫「身体障害者福祉法（1949.12）の立案過程の検討（下）—木村文書中の法律案過程の史資料を通して—」『浦和論叢』第40号、浦和大学・浦和大学短期大学部、2009年8月、39-40頁。

155) 厚生省社会局「傷痍者保護更生対策要綱案」【011104-0101】。

156) しかも保護は政府の責任で行い、半官半民や民間に責任を転嫁しないという内容が特徴的である。なぜなら、この時期にGHQは公私分離を明確

にし、「公的扶助の実施に当たってはこれを民間団体等の私的機関に委ねてはならず、政府自らがこれを実施すべき」（これを江口隆裕は「公的实施責任」と呼んでいる）という態度にあり、それが公的扶助領域のみならず身体障害者福祉領域にまで及んでいる形跡が認められるからである。江口隆裕『社会保障の基本原理を考える』有斐閣、1996年。

157)「身体障害者福祉法案参考資料」【011307-0901】。

158)「○算」の○は読み取りが不能な箇所を意味する。

159) 恣意的とも見えるこの統計数値は、本法では職業復帰がねらいであったことを踏まえると、女性を職業復帰の対象として見なしていなかったからなのかも知れない。

160) 結核の特効薬となったストレプトマイシンの普及は、日本患者同盟による運動の影響が強い。その意味で、日本患者同盟が身体障害者福祉法で結核の対象化・非対象化をめぐる動向にどのような影響を与えたかは検証される必要があるだろう。

161) 社会局「身体障害者福祉法逐条解説」【011106-0201】。

162) なお、本法は身体障害者に職業復帰のための技術提供を行うことが主旨であるから、その給付に経済条件は問われないとされていた。ところが、実際には経済条件が問われようとした可能性を示す文書がある。厚生省事務次官「(案)各都道府県知事殿 身体障害者福祉法の施行に関する件(厚生省発社第 号 昭和二十五年四月一日)」(「第 号」の空白は原資料のママ)は、都道府県知事への通知文書(案)の資料であり、本法の運用をどのように検討したかを示す文書である。このなかで実際の「収容者台帳」では過去の職業はもちろん、世帯の家計(収入、支出)、資産(土地、貸付地、牛馬など)、住居の形態(普通家屋、バラック、寮、アパート、所有関係、家賃、部屋数、畳数など)に至るまで詳しく調査を行う様式となっており、サービスの給付に伴い経済状況が詳細に収集される仕組みとなっていた。

163)「身体障害者福祉法の一部を改正する法律案逐条説明」【011312-1801】。

164) 傍点は原文のままである。なお、この別表中にある「厚生大臣の指定するもの」は、1950年5月6日「身体障害者福祉法別表中厚生大臣の指定

する障害」(厚生省告示第 134 号)によって内容が次の通り示されている。

この規定は 1954 年 5 月 17 日厚生省告示第 125 号によって廃止された。

一 身体障害者福祉法(以下「法」という。)別表第四号第八に規定する障害

せきつい結核、せきつい骨折その他によるせき柱の障害で、原病の症状が固定し、且つ、その障害のために職業能力が著しく損傷されているもの

二 法別表第四号第九に規定する障害

胸かく形成術その他による胸かくの変形で、原病の症状が固定し、且つ、その変形のために職業能力が著しく損傷されているもの

三 法別表第四号第十に規定する障害

股関節結核その他による骨盤の変形で、原病の症状が固定し、且つ、その変形のために、職業能力が著しく損傷されているもの

四 法別表第四号第十一に規定する障害

熱傷、外傷等の原因による軟部組織のはんこん欠損等で、肢体の運動機能に著しい障害があり、且つ、その障害のために職業能力が著しく損傷されているもの

165) 佐藤久夫は、対象となる範囲の拡大の途が開かれた一方、障害を評価する科学的な根拠がなくなり、医学的・生物学的な機能障害中心主義へと定着させ、職業能力の損傷を基準にするという理念を放棄したことが、その後の障害者規定に根本問題を背負わせたとしている。佐藤久夫「身障福祉法における対象規定の成立と展開に関する覚書(1)」『日本社会事業大学社会事業研究所年報』第 18 号、1983 年、22 頁。

166) しかも、この年に示された厚生事務次官依命通知では、「職業能力の損傷」を削ったことは、「本法の対象について、何等実質的な変更をもたらすものではない」との解釈を示していた。1951 年 10 月 8 日「身体障害者福祉法の一部を改正する法律の施行に関する件」(厚生事務次官依命通知、厚生省発

社第 89 号)。

167) 1951 年 10 月 8 日「身体障害者福祉法の一部を改正する法律の施行に関する件」(厚生事務次官依命通知、厚生省発社第 89 号)には次のように示されている。すなわち、「新たに身体障害者等級表による級別を記入することにされたのであるが、これは所得税法施行規則第 6 条〔所得税法施行令第 10 条〕に規定する『不具者』『障害者』と改正〕に該当するか否かの認定について徴税機関の利便を図るためのものであるから、特に留意されたいこと」であり、所得税による税制措置に関連しての配慮であった。

168) 1954 年 5 月 14 日「身体障害者福祉法の一部を改正する法律の施行について」(厚生省社会局長通知、発社第 73 号)。

169) 1954 年 6 月 21 日「身体障害者福祉法施行規則の一部を改正する省令」(厚生省令第 24 号)。

170) 1954 年 9 月 2 日「身体障害者障害程度等級表について」(厚生省社会局長通知、社発第 685 号)。

171) 具体的には次の通りである。「傷痍者の保護更生に関する法律案について推進委員会各委員より提案あった事項」【011104-0201】。

盲

視力矯正器を用いても眼前一米の距離にあつて指数を弁し得ないもの(視力〇・〇二以下)とする。

視力障害により視力を要する一般生業に従事することの出来ない者(視力〇・〇四以下)を準盲人とする。(盲人部委員)

両眼の視力が視標〇・一を二米以上では弁別しえない者、但し屈折異常の者については矯正視力により、視標は万国共通視力標による。(青木委員)

聾啞者

両耳の聴力が〇・〇五米以上では大声を解することが出来ず且つ言語の機能に大いに妨げのある者

肢体不自由

原因の如何を問わず、骨関節・筋・腱・神経・脳・脊髄の疾患又は四肢における欠損（四肢若しくはその一部の欠損）によって肢体に不自由なところあるため生業能力逡減者となり或はそれとなる虞れある者。
（高木委員）

四肢切断者

腕関節以上にて一上肢を失った者又は足関節以上にて一下肢を失った者並びにこの二者の中何れかを伴った傷痕を受けた者。（青木委員）

機能障害者

頭部・脊髄等に傷痕をうけ精神的又は身体的作業能力を著るしく妨げる者。（青木委員）

なお、前章と同様、本稿で「マイクロフィルム版 木村忠二郎文書資料」を引用する場合は発行者（不明の場合は省略）「文書名」【資料番号】の順番で表記している。

172) また、「傷痍者の保護更生に関する法律内容としての要望事項（国立療養所提案）」【011104-0406】では、対象に結核性疾患のなかで永久排菌者を対象とすることが明記されている。

173) 労働省「身体障害者職業補導事業の厚生省移管の反対理由（二四・一・一四）」【011103-1801】。

174) 「P.H.W.からの質問事項に対する答」【011103-1802】。

175) P.H.W.「質問事項」【011103-1901】。

176) 「マイクロフィルム版 木村忠二郎文書資料」のことである。

177) 「身体障害者範囲案」【011103-2001】。

178) 「身体障害者福祉法案参考資料」【011307-0901】。

179) 社会局更生課「身体障害者福祉法施行に関する打合せ会議資料」【011107-0101】。

180) 具体的には、「上肢切断又は肢体不自由」では、B等級表では3級に「十指を失った者」を位置づけていたものをC等級表では一つ級を繰り上げたり、B等級表で4級以下に位置づけていたものをC等級表では部分的に一つ級を

繰り上げたりなど、全体を 5 級以上に圧縮した。また、「下肢切断又は不自由」では、B 等級表で 5 級に位置づけていた「一下肢の用を全廃した者」と「両足をリスフラン関節以上にて失った者」を、C 等級表では 3 級に繰り上げるなど、B 等級表で 4～7 級に位置づけていた部分をそれぞれ一つ程度繰り上げた。「体不自由」では著しい修正が行われ、B 等級表で 6 級に位置づけていた者を C 等級表では 4 級に位置づけ、C 等級表では「常に就床を要し複雑な介護を要する者」など新たな内容を 1～3 級にそれぞれ設けた。「聴力障害」では、B 等級表の内容を C 等級表ではそれぞれ一つずつ級を繰り上げた。「体不自由」の修正は目立つものではあるが、それでも全体的には微調整というレベルでの修正といえよう。

181) 左野利三郎・實本博次・仲村優一「〔特集鼎談〕身体障害者福祉法制定時の思い出」『月刊福祉』第 72 巻第 11 号、全国社会福祉協議会、1989 年 10 月、25 頁。

182) 厚生省社会局更生課編『身体障害者福祉法厚生指導の手引（改訂版）』、1956 年、133 頁。

183) 厚生省社会局更生課編『身体障害者福祉法厚生指導の手引（改訂版）』、1956 年、132 頁。

184) 1959 年 7 月 16 日「身体障害者手帳交付に関する疑義について」（厚生省社会局更生課長回答、更発第 90 号）。

185) 1966 年 8 月 19 日「進行性筋萎縮症患者に対する身体障害者手帳の交付等について」（厚生省社会局長更生課長通知）。

186) 例えば、労働者災害扶助法における障害扶助料の対象を別表の身体障害等級表によって定めた労働者災害扶助法施行令では、第 6 条の条文中に「別表ニ掲グルモノ以外ノ身体障害ヲ存スル者ニ付テハ障害ノ程度ニ応ジ別表ニ掲グル身体障害ニ準ジ障害扶助料ヲ支給スベシ」との規定がなされている。

187) なお、このような排除対象として顕在化する過程は、徴兵制のみならず公教育制度においても明確に見られる。障害児は国家目的を担えない者として、公教育の対象から除外される存在として顕在化されていった過程があった。公教育制度では「不具廃疾」の中身が具体的に規定されておらず、本

稿では取り上げなかったが、公教育制度でも、障害児を義務教育の対象とせず、就学義務の猶予・免除を通して排除対象として位置づけられていた歴史があった。

その歴史を見ると、徴兵制と酷似する点が特徴的である。すなわち、学制では就学義務の猶予・免除については明確な規定はなかった。それが、就学義務を課すことが教育政策の課題になると、障害児の存在が浮き彫りにされていったのである。具体的には、就学義務の猶予規定が明確に現れてくるのが1886年の小学校令で、1890年の第二次小学校令では新たに免除規定が盛り込まれ、1900年の第三次小学校令では免除対象を「瘋癲白痴」、「不具廢疾」と規定し、猶予対象を「病弱」、「發育不完全」、「貧窮」と規定した。稲垣正利「就学義務の免除猶予規定に関する一考察（一）—明治期における成立過程を中心に」『精神薄弱問題史研究紀要』第6号、精神薄弱問題史研究会、1968年。

就学義務の猶予・免除規定は、就学義務を強化するための側面を併せもって登場してきたことが指摘されている。また、石島晴子は富国強兵・殖産興業を国家目的としていたなかで、貧窮に対しては就学の機会を広めていくという方向にあり、就学義務の猶予対象に置かれていったのに対し、国家目的を担えない障害児ははじめから義務教育から除外される存在であり、就学義務の免除対象とされていったと述べている。さらに、「教育の分野における白痴条項が実際に果たした役割を考えてみれば、白痴者が天皇の臣民たりえず社会的無能者とされていることから、不就学はこのような人とみなされることであり、そのため一般民衆に対して、威嚇的な作用をなしたといえるのではないだろうか」とも示唆している。石島晴子「わが国における『就学猶予・免除規定』の成立に関する一考察」『精神薄弱問題史研究紀要』第24号、1979年。

なお、安藤房治によれば、小学校令では就学義務の猶予・免除対象を具体的に規定していなかったのに対し、各府県では就学義務の猶予・免除対象をより厳密に規定していたことを明らかにしている。第二次小学校令では就学猶予と免除のそれぞれの対象事由は区別されていなかった。そのなかで、「多

くの府県は、第二次小学校令および文部省の指導にしたがって『学齢児童及家庭教育に関する規則』を制定し、就学義務猶予・免除事由を規定」していた。ここでは、より障害が重い者を免除対象として区別するなど、対象をより明確に規定している府県も見られた。第三次小学校令では府県では貧窮が免除対象に含まれていることがあり、府県によってはかならずしも徹底されていなかった。加えて、安藤は実質的に就学義務の免除対象が障害児に限定されていたのは、昭和期に入ってからではないかと示唆している。安藤房治「義務教育制度の確立と障害児の就学義務猶予・免除」『障害者問題史研究紀要』第32号、精神薄弱問題史研究会、1989年。

このとき、就学義務の猶予・免除が具体的にどのように行われていたかを示す事例として、埼玉県において実際の手続きに用いられた行政文書（1926年）がある。村長から知事へあてた「就学免除認可申請書」では、事由や学年、生年月日、保護者住所、職業、氏名が記載され、「右学令児童頭書ノ事由ヲ以テ就学免除有之度旨申出候ニ付実地調査ヲ遂ケタルニ事実相違無之ニ付御認可相成度別紙医師診断書写相添へ此段及申請候也」としている。これへの添付資料として、校長による「就学児童免除ニ関スル内申書」と、校医による「診断書」が付けられている。「就学児童免除ニ関スル内申書」では、「右児童ハ精神機能薄弱ナル上稍々精神状態モ最近異状ヲ呈シ就学不可能ノ者ト認メ校医並ニ保護者トモ相談ノ上就学免除手続ヲ為スコトニ致シ候ニ付御詮議下サル様御願申候也」とし、これへの添付資料として、「診断書」では「右者一昨年来再度生来虚弱殊ニ精神機能ノ発達不良ニシテ就学ニ堪ヘサルモノト認メ診断書差出シ置キタルニ本年ハ保護者ノ請求切ナルニヨリ試ミニ就学ノ手続ヲ履行セシメタルモ其後ノ状況ヲ審査スルニ到底就学ニ堪ヘサルモノト認ム」（傍点は原文のママ）が付記されている。河添邦俊・清水寛・藤本文朗『この子らの生命輝く日』新日本出版社、1974年、146-148頁。

国民皆兵を理念としていた徴兵制では、皆兵を進める手段として「不具廃疾」の存在を明確化し、その存在が浮き彫りにされていた側面が指摘できるが、教育政策でも同様に、就学義務を進める手段として、例外として「不具廃疾」が浮き彫りにされ、公教育から排除されていたという共通した歴

史性を有する。

参考文献

- 相澤與一『日本史リブレット 62 日本社会保険の成立』山川出版社、2003年。
- 荒川憲一『戦時経済体制の構想と展開 ―日本陸海軍の経済史的分析』岩波書店、2011年。
- 荒又重雄・小越洋之助・中原弘二・美馬孝人『社会政策（1）理論と歴史』有斐閣、1979年。
- 飯塚浩二『日本の軍隊』岩波書店、2003年。
- 一ノ瀬俊也『銃後の社会史 戦死者と遺族』吉川弘文館、2005年。
- 井上清『日本帝国主義の形成』岩波書店、1968年。
- 上田貞次郎編『日本人口問題研究 第三輯』協調会、1937年。
- 内野仙一郎『各国の社会保険展望』健康保険医報、1942年。
- 江口英一編『改訂新版 生活分析から福祉へ ―社会福祉の生活理論―』光生館、1998年。
- 江口圭一『十五年戦争小史 新版』青木書店、1991年。
- 江口隆裕『社会保障の基本原理を考える』有斐閣、1996年。
- 遠藤興一『15年戦争と社会福祉 ―その両義性の世界をたどる』学文社、2012年。
- 大江志乃夫『徴兵制』岩波書店、1981年。
- 大河内一男『社会政策（総論）増訂版』有斐閣、1980年。
- 大塚信一『岩波講座 近代日本の文化史 7 総力戦下の知と制度』岩波書店、2002年。
- 岡田靖雄『日本精神科医療史』医学書院、2002年。
- 樋貝詮三『恩給法原論』巖松堂、1922年。
- 小俣和一郎『近代精神医学の成立 ―「鎖解放」からナチズムへ』人文書院、2002年。
- 竈山京・江口英一『社会福祉論』光生館、1974年。
- 風早八十二『日本社会政策史』日本評論社、1937年。

川上武『現代日本医療史 一開業医制の変遷一』勁草書房、1965年。

川上武他編『戦後日本病人史』農山漁村文化協会、2002年。

川喜多愛郎『近代医学の史的基盤 上』岩波書店、1977年。

川喜多愛郎『近代医学の史的基盤 下』岩波書店、1977年。

川喜多愛郎『医学概論』筑摩書房、2012年。

河添邦俊・清水寛・藤本文朗『この子らの生命輝く日』新日本出版社、1974年。

北場勉『戦後社会保障の形成—社会福祉基礎構造の成立をめぐって』中央法規出版、2000年。

郡司淳『軍事援護の世界 一軍隊と地域社会一』同成社、2004年。

健康保険組合連合会編『社会保障年鑑 1951』東洋経済新報社、1950年。

健康保険組合連合会編『社会保障年鑑 1952』東洋経済新報社、1951年。

厚生省衛生局編『昭和一三年 衛生年報』厚生省衛生局、1940年。

厚生省監修、身体障害者保護協会編『身体障害者福祉法の話』身体障害者保護協会、1951年。

厚生省社会局更生課長松本征二編『身体障害者福祉法解説』中央社会福祉協議会、1951年。

厚生省社会局更生課編『身体障害者福祉法厚生指導の手引（改訂版）』、1956年。

厚生省保険局・社会保険庁医療保険部編『船員保険三十年史』船員保険会、1972年。

厚生省保険局『健康保険二十五年史』全国社会保険協会連合会、1953年。

厚生省二十年史編集委員会編『厚生省二十年史』厚生問題研究会、1960年。

厚生省五十年史編集委員会編『厚生省五十年史』厚生問題研究会、1988年。

国民生活センター編『年金制度と高齢労働問題』御茶の水書房、1977年。

児島美都子・真田是・秦安雄編『現代の生活と社会保障 障害者と社会保障』法律文化社、1979年。

近藤文二『社会保険』岩波書店、1963年。

近藤文二・後藤清『労働者年金保険法論』東洋書館、1942年。

-
- 佐口卓『日本社会保険制度史』勁草書房、1977年。
- 佐藤徳太郎『軍隊・兵役制度』原書房、1975年。
- 清水保『ボクの戦争』教育史料出版会、1993年。
- 清水寛編著『日本帝国陸軍と精神障害兵士』不二出版、2006年。
- 社会福祉研究所編『占領期における社会福祉資料に関する研究報告書』社会福祉研究所、1978年。
- 社会保障研究所編『日本社会保障前史資料 第3巻』至誠堂、1981年。
- 城陽ボランティア連絡協議会「障害者の戦争を語る会」編『障害者が語る戦争』文理閣、1995年。
- 慎英弘『近代朝鮮社会事業史研究—京城における方面委員制度の歴史的展開—』緑蔭書房、1984年。
- 慎英弘『定住外国人障害者がみた日本社会』明石書店、1993年。
- 杉田菜穂『人口・家族・生命と社会政策 —日本の経験—』法律文化社、2010年。
- 隅谷三喜男『日本労働運動史』有信堂、1966年。
- 全日本民医連『無差別・平等の医療をめざして 上巻』全日本民医連、2012年。
- 高岡裕之『総力戦国家と「福祉国家」 —戦時期日本の「社会改革」構想 戦争の経験を問う』岩波書店、2011年。
- 高島進『社会福祉の歴史 —慈善事業・救貧法から現代まで—』ミネルヴァ書房、1995年。
- 高野岩三郎・大内兵衛訳『ロバート・マルサス 初版 人口の原理』岩波書店、1935年。
- 滝村雅人『対象論的視点による障害者福祉制度』さんえい出版、2003年。
- 竹前栄治編訳『DDT革命』岩波書店、1986年。
- 鐘家新『日本型福祉国家の形成と「十五年戦争」』ミネルヴァ書房、1998年。
- 土穴文人『社会政策制度史論—立法史的展開と政策体系の分析—』啓文社、1990年。
- 寺脇隆夫編『戦後創設期／社会福祉制度・援護制度史資料集成 第I期 別

-
- 冊』柏書房、2010年。
- 寺脇隆夫編『戦後創設期／社会福祉制度・援護制度史資料集成 第Ⅱ期 別冊』柏書房、2011年。
- 遠山茂樹・今井清一・藤原彰『昭和史〔新盤〕』岩波書店、1959年。
- Toshio Tatara 著、菅沼隆・古川孝順訳『占領期の福祉改革 福祉行政の再編成と福祉専門職の誕生』筒井書房、1997年。
- 内務省社会局保険部『健康保険事業沿革史』、1937年。
- 中垣昌美編『社会福祉対象論』さんえい出版、1995年。
- 中村隆英『昭和恐慌と経済政策』講談社、1994年。
- 中村隆英『昭和経済史』岩波書店、2007年。
- 中村政則『昭和の歴史 第2巻 昭和の恐慌』小学館、1988年。
- 中村政則『経済発展と民主主義』岩波書店、1993年。
- 中村政則『現代史を学ぶ－戦後改革と現代日本－』吉川弘文館、1997年。
- 仁木悦子編『もうひとつの太平洋戦争』立風書房、1981年。
- 西川薫『日本精神障害者政策史 一戦前期を中心として一』考古堂書店、2010年。
- 中野善達・加藤康昭編『わが国特殊教育の成立』東峰書房、1967年。
- 中村満紀男編『優生学と障害者』明石書店、2004年。
- 日本科学史学会編『日本科学技術史大系 第24巻・医学1』第一法規出版、1965年。
- 野村拓『医療政策論攷Ⅰ』医療図書出版社、1976年。
- 野村拓『医療政策論攷Ⅱ』医療図書出版社、1976年。
- 野村拓『国民の医療史 医学と人権新版』三省堂、1977年。
- 野村拓『医療と国民生活 昭和医療史』青木書店、1981年。
- 野村拓『20世紀の医療史』本の泉社、2002年。
- 野村拓『新版 講座 医療政策史』桐書房、2009年。
- 服部英太郎『戦時社会政策論』未来社、1969年。
- 花澤武夫『労働者年金保険法解説（全）』健康保険医報社、1941年。
- 花澤武夫『厚生年金保険法大要』教学館、1944年。

東田敏夫『社会医学の現代的課題 半世紀の軌跡と展望 東田敏夫著作集 上』
勁草書房、1987年。

東田敏夫『社会医学の現代的課題 半世紀の軌跡と展望 東田敏夫著作集 下』
勁草書房、1987年。

日野秀逸・野村拓『医療経済思想の展開』医療図書出版社、1974年。

藤野豊『日本ファシズムと優生思想』かもがわ出版、1998年。

藤野豊『強制された健康 日本ファシズム下の生命と身体』吉川弘文館、2000年。

藤野豊『厚生省の誕生—医療はファシズムをいかに推進したか』かもがわ出版、2003年。

星野芳郎『日本軍国主義の源流を問う』日本評論社、2004年。

細井和喜蔵『女工哀史』岩波書店、1980年。

本多淳亮・片岡昇他著『窪田隼人教授還暦記念論文集 労働災害補償法論』
法律文化社、1985年。

松下芳男『徴兵令制定史 増補版』五月書房、1981年。

松谷みよ子『現代民話考Ⅱ 軍隊 徴兵検査・新兵のころ・歩哨と幽霊・戦争の残酷』立風書房、1985年。

三浦豊彦『労働と健康の歴史 第三巻』労働科学研究所、1980年。

三浦豊彦『労働と健康の歴史 第四巻』労働科学研究所、1981年。

村上貴美子『占領期の福祉政策』勁草書房、1987年。

室山義正『近代日本の軍事と財政』東京大学出版会、1984年。

百瀬優『障害年金の制度設計』光生館、2010年。

柳澤治『戦前・戦時日本の経済思想とナチズム』岩波書店、2008年。

湯浅謹而『都市の医学』山雅房、1943年。

由井正臣・藤原彰・吉田裕編『日本近代思想体系4 軍隊 兵士』岩波書店、
1989年。

由井正臣『軍部と民衆統合 一日清戦争から満州事変期まで』岩波書店、2009年。

横山源之助『日本の下層社会』岩波書店、1985年。

-
- 横山和彦・多田英範編『日本社会保障の歴史』学文社、1991年。
- 吉田裕『日本の軍隊—兵士たちの近代史—』岩波書店、2002年。
- 陸軍軍医団編纂『陸軍衛生制規 上』川流堂、1914年。
- 陸軍軍医団『軍陣衛生学教程』陸軍軍医団、1918年。
- 陸軍軍医団『陸軍衛生制度史』第二卷、陸軍省医務局、1928年。
- 陸上自衛隊衛生学校編『大東亜戦争陸軍衛生史／1／陸軍衛生概史』陸上自衛隊衛生学校、1971年。
- 若山操(法学士)『改正 軍人恩給法要義 附官吏恩給法並ニ諸手續』東洋社、1906年。
- Beth Linker. *War's Waste : Rehabilitation in World War I America*. The University of Chicago Press, 2011.
- Edward J. Larson. *Sex, Race, and Science : Eugenics in the Deep South*. The Johns Hopkins University Press, 1995.
- Peter Duus, Ramon H. Myers, and Mark R. Peattie. eds. *The Japanese wartime empire, 1931-1945*. Princeton University Press, 1996.
- 安藤房治「義務教育制度の確立と障害児の就学義務猶予・免除」『障害者問題史研究紀要』第32号、全国障害者問題研究会、1989年。
- 石島晴子「わが国における『就学猶予・免除規定』の成立に関する一考察」『精神薄弱問題史研究紀要』第24号、精神薄弱問題史研究会、1979年。
- 稲垣正利「就学義務の免除猶予規定に関する一考察（一）—明治期における成立過程を中心に」『精神薄弱問題史研究紀要』第6号、精神薄弱問題史研究会、1968年。
- 勝又幸子「国際比較からみた日本の障害者政策の位置づけ—国際比較研究と費用統計比較からの考察—」『季刊・社会保障研究』第44巻第2号、国立社会保障・人口問題研究所、2008年9月。
- 加野太郎「小山工場より観たる紡績工場の衛生状態」『産業福利』第5巻第11号、協調會、1930年。
- 熊沢由美「被占領期日本における傷痍者保護対策—身体障害者福祉法の制定をめぐって（1）—」『東北学院大学論集 経済学』第156号、2004年9

月。

孝橋正一「産業構造と労働人口（二・完）」人口問題研究会編『人口問題』第5巻第2号、人口問題研究会、1942年12月。

佐藤進「障害者の生活保障と『障害等級』政策をめぐる問題点」『月刊いのちと健康』1994年1号、労働教育センター、1993年12月。

佐藤久夫「身障福祉法における対象規定の成立と展開に関する覚書（1）」『日本社会事業大学社会事業研究所年報』18、1983年。

佐藤久夫「障害者対策の対象規定をめぐる諸問題」『障害者問題研究』第49号、全国障害者問題研究会、1987年6月。

篠崎恵昭・清水寛「アジア・太平洋戦争下の優生政策と障害者問題〔Ⅱ〕—第75回帝国議会衆議院優生法案委員会における『国民優生法案』審議の検討—」『埼玉大学紀要教育学部 教育科学』第47巻第1号、1998年3月。

清水寛「明治期における軍隊と障害者問題 —徴兵制および陸軍懲治隊を中心に—」『障害者問題研究』第36号、全国障害者問題研究会、1984年1月。

清水寛「天皇の軍隊と障害者—国家総力戦体制下の徴兵検査と陸軍教化隊—」『障害者問題研究』第63号、全国障害者問題研究会、1990年11月。

清水寛・篠崎恵昭「アジア・太平洋戦争下の優生政策と障害者問題〔Ⅰ〕—第75回帝国議会衆議院優生法案委員会の『国民体力管理法案』審議の検討—」『埼玉大学教育学部紀要 教育科学』第46巻第2号、1997年9月。

高塩純子「我が国の軍人恩給制度発足の背景」『季刊行政管理研究』第131号、行政管理研究センター、2010年9月。

高塩純子「我が国の官吏制度の確立（二・完） —恩給制度を中心に—」『自治研究』第87巻第5号、第一法規、2011年5月。

高橋芳樹・高橋弘生「年金制度における『障害』概念について —脳性マヒの障害等級改定運動にとりくんで—」『障害者問題研究』第62号、全国障害者問題研究会、1990年。

瀧澤仁唱「障害概念と福祉サービス対象認定」『障害者問題研究』第26巻第1号、全国障害者問題研究会、1998年。

寺脇隆夫「身体障害者福祉法（1949.12）の立案過程の検討（上）－木村文書中の法律案過程の史資料を通して－」『浦和論叢』第 39 号、浦和大学・浦和大学短期大学部、2008 年 7 月。

寺脇隆夫「身体障害者福祉法（1949.12）立案過程の史資料（上）－木村文書中の身体障害者福祉法制定関係基本資料－」『浦和論叢』第 39 号、浦和大学・浦和大学短期大学部、2008 年 7 月。

寺脇隆夫「身体障害者福祉法（1949.12）の立案過程の検討（中）－木村文書中の法律案過程の史資料を通して－」『浦和論叢』第 40 号、浦和大学・浦和大学短期大学部、2009 年 2 月。

寺脇隆夫「身体障害者福祉法（1949.12）立案過程の史資料（中）－木村文書中の身体障害者福祉法制定関係基本資料－」『浦和論叢』第 40 号、浦和大学・浦和大学短期大学部、2009 年 2 月。

寺脇隆夫「身体障害者福祉法（1949.12）の立案過程の検討（下）－木村文書中の法律案過程の史資料を通して－」『浦和論叢』第 41 号、浦和大学・浦和大学短期大学部、2009 年 8 月。

寺脇隆夫「身体障害者福祉法（1949.12）立案過程の史資料（下）－木村文書中の身体障害者福祉法制定関係基本資料－」『浦和論叢』第 42 号、浦和大学・浦和大学短期大学部、2010 年 1 月。

土居秀夫「明治前期における軍人恩給」『史叢』第 23 号、日本大学史学会、1979 年 5 月。

二瓶士子治「壮丁体位問題の研究」『柳沢統計研究所報』第 43 号、柳沢統計研究所、1939 年（月不明）。

二瓶士子治「壮丁体位問題の研究（二）」『柳沢統計研究所報』第 44 号、柳沢統計研究所、1939 年（月不明）。

森川貞夫「『体力』を歴史的に問うことの意味」『成田十次郎先生退官記念論文集 体育・スポーツ史研究の展望－国際的成果と課題－』不昧堂出版、1996 年 5 月。

森川貞夫「15 年戦争と国民の『体力』『国民体力管理制度』審議過程に表れた国民の『体位・体力』問題の本質」『15 年戦争と日本の医学医療研究会

会誌』第4巻第2号、2004年6月。

矢嶋里絵「身体障害者福祉法の制定過程 その2」首都大学東京『人文学報』
第300号、1999年3月。

山田明「3. 身体障害者福祉対策の変遷－統計にみる障害者の実態と対策－」
『更生の指標』第37巻第6号、厚生統計協会、1990年6月。

横山彰太郎（陸軍一等軍医）「徴兵身体検査実施要領」『軍医団雑誌』第100
号、1921年（月不明）。