

インドハンセン病回復者に対する特別年金制度の現状と課題

南里隆宏

Analysis on Special Allowance Scheme for Persons Affected by Leprosy in India

Takahiro NANRI

要旨：ハンセン病は通常の病気とは異なり、たとえ完治したとしても、外的な障害が残れば、社会的に差別の対象になることもある。事実、世界に数千万存在するといわれるハンセン病回復者のうち、依然低い生活水準での生活を余儀なくされている人々も数多く存在する。ハンセン病の最大蔓延国であるインドでは、近年ハンセン病回復者自らが主導し、複数の州政府と交渉した結果、彼らの生活水準向上のための手段の一つとして、重度の障害を持つ回復者を対象とする「特別年金制度」の創設に成功している。現在は、少なくともデリー首都圏、ハリヤーナー州、ビハール州、ウッタラカンド州、タミル・ナドゥ州、マハーラーシュトラ州、ウッタル・プラデーシュ州、マディヤ・プラデーシュ州、チャティスガル州、オディシヤ州で同制度が実施・検討されている。特別年金制度が創設されることにより、物乞いなどで生計を営むハンセン病回復者の生活状況の改善に寄与することは事実である。また、この制度が当事者自らの働きかけにより、各地で実現していることにも大きな意義がある。一方で、既存の制度に関する運用状況の適切な評価、他州への制度の普及、ハンセン病コロニーではなく一般社会に在住している回復者への制度の適用、回復者の生活環境改善に寄与するためのさらなるアプローチの検討などの課題があることも事実である。

キーワード：ハンセン病、人権、ソーシャル・セーフティネット、インド

1、はじめに

人類最古の病気といわれるハンセン病は、医療面と社会面の双方の側面を有する。すなわち、ハンセン病は通常の病気とは異なり、たとえ完治したとしても、外的な障害が残れば、社会的に差別の対象になることもある。事実、世界に数千万存在するといわれるハンセン病回復者のうち、依然低い生活水準での生活を余儀なくされている人々も数多く存在する。世界保健機関（WHO）は、「ハンセン病患者・回復者に対する差別をなくし社会統合を推進するために、何らかの社会的・財政的支援が行われる必要がある」と指摘している（WHO 2016: 13）。また、国連総会が2010年に採択した「ハンセン病差別撤廃原則およびガイドライン」（P&G）には、ハンセン病患者・回復者・その家族らが適切な水準で生活する権利を保証・促進するために、奨学金その他プログラム、小規模金融のアクセス、政府による年金の支給、その他住居や医療にかかわる財政支援の実施等が必要である旨が記載されている（人権啓発推進センター 2011: 19-20）。より具体的な例としては、日本の「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」（平成20年法律第82号）において、「国立ハンセン病療養所等における療養および生活の保証」（第二章）および「社会復帰の支援並びに日常生活及び社会生活の援助」（第三章）を行うことを定めており、入所者や元入所者に対する支援が義務付けられている。

このような状況の下、ハンセン病の最大蔓延国であるインドでは、近年ハンセン病回復者自らが主導し、複数の州政府と交渉した結果、彼らの生活水準向上のための手段の一つとして、重度の障害を持つハンセン病回復者に対象とする「特別年金制度」の創設に成功している。しかし、これは比較的新しい制度であるため、その実態は十分に検証されているとは言えない。よって本稿では、インドにおけるハンセン病回復者に関するセーフティネットの一環として、この特別年金制度に焦点を当て、現状を整理するとともに、諸課題の分析を試みる。

2、ハンセン病とは

ハンセン病は、らい菌を通じて発症する感染症の一つで、かつてはらい病とよばれていた。1873年にノルウェーの医師であったアルマウエル・ハンセンがらい菌を発見したことにちなみ、ハンセン病と呼ばれている。感染力は弱く、多くの人は免疫力を持っているため、発症することは稀である。現在は、多剤併用法（MDT）という治療法があるため、早期発見・早期治療を行えば完治する病となっている。しかしハンセン病は、治療が遅れると抹消神経や皮膚がおかされ、深刻な外的障害が残ることもある。

ハンセン病は、人類史上最も古い病気の一つで、かつては遺伝性の病あるいは天刑病とみなされ、患者は深刻な差別を受けてきた。事実、ハンセン病が感染症と判明した20世紀初頭以降、世界各国で患者の隔離政策が積極的に推進された。特に近代化の途上にあつた日本では、ハンセン病は発展途上国の病であるとして忌み嫌われ、政府は「無らい県運動」を推奨し、徹底的な強制隔離政策を推進した。隔離された患者は、国内各地に設立された療養所内で外部から隔離された環境下で生活を送ることを強いられたほか、子孫を残すことが禁じられ、女性の墮胎や男性の断種が義務づけられた。また、療養所内では、懲戒検束権が認められ、各所長・園長は入所者の監禁などの懲戒や検束の権限が与えられた。明治時代に策定された隔離政策は戦後も「らい予防法」として存続し、1996年に同法が廃止されるまで継続された。

世界的に見ると、ハンセン病の新規患者は1980年代には500万人余りにのぼつたが、MDTの普及によりその数は激減し、ここ数年の新規患者数は年間20万人程度を推移している。世界保健機関（WHO）は人口100万人以上の国で、登録患者数が人口比1万人に1人未満を達成することを公衆衛生上の問題としての「制圧」と定義している。2017年10月現在、この基準を達成していないのはブラジル1カ国となっている⁽¹⁾。WHOによると、2016年の新規患者数は214,783人、患者数最も多い国はインドで（135,485人）、ブラジル（25,318人）、インドネシア（16,826人）と続き、この3カ国で全体の新規患者数の83%を占める⁽²⁾。

3、ハンセン病と差別・スティグマ

すでに述べたように、ハンセン病と他の病気の大きな違いは、病気が治った後も元患者（回復者）に対する差別が残ることである。これは、依然多くの国でハンセン病が治る病気であることが十分に理解されていないことや、治療が遅れると外的障害が残ることなどが起因していると考えられる。よって、病気が治っても家族の元に帰ることができず、隔離されたままの状態での生活せざるを得ないケースが現在も見られる。また、ハンセン病の回復者やその家族は、就学・就業・結婚などの機会が大きく制限される場合もあり、例えばインドでは多くの回復者は依然一般の居住地から隔離されたコロニーで生活をしており、物乞いなどで生計を立てている。日本においても、らい予防法の廃止後、入所者の高齢化や肉親の受け入れ拒否により、多くの回復者が療養所に留まることを余儀なくされている⁽³⁾。

国連人権理事会諮問委員会が作成した報告書⁽⁴⁾によると、ハンセン病患者・回復者およびその家族は以下に例示する差別に直面していることが明らかになっている。例えばインドでは、ラージャスターン、アーンドラ・プラデーシュ、チャティスガル、マディア・プラデーシュなどの州で、未だハンセン病患者・回復者は選挙に立候補することが許可されていない。ウツタル・プラデーシュ州のあるホテルでは、ハンセン病回復者が会議を開催しようとしたが拒否されたという。また、ハンセン病患者・回復者に選挙権が認められているものの、彼らが土地権や居住権を所有しないままコロニーに住んでいる場合、国が発行する身分証明書を取得できない場合があるため、実質投票権を行使できない状況にある。バングラディッシュ、ミャンマー、ベトナムなどでも同様のケースがあつたと指摘されている。ブラジルでは、ある回復者が障害を有するため指紋を採ることができず、選挙管理事務所が選挙カードの発行を拒否したという例も報告されている。中国では、健康診断書を提示したものの、30人の子どもが小学校への入学を拒否された。同様のケースがインドやブラジルでも報告されている。コンゴ民主共和国では、ハンセン病は移りやすく、不治の病であるという認識が未だ存在するため、結婚する権利が認められていないほか、患者・回復者は他人とは同じ水でシャワーを使うことが禁止されているという。インドネシアやインドでは、ハンセン病患者・回復者が通常の病院で診断してもらえないといった例も報告されている。日本財団会長でWHOハンセン病制圧大使である笹川陽平は、

「私は、ハンセン病との闘いをオートバイの両輪にたとえている。病気からの解放とスティグマや差別からの解放。このふたつはオートバイの前輪と後輪であり、両方が機能しなければ前進はない。」と述べている（笹川 2014: 2-3）。

4、国連人権理事会決議と P&G

国連人権理事会は過去 5 回にわたり、「ハンセン病患者・回復者及びその家族に対する差別撤廃決議」を採択し（2008年、2009年、2010年、2015年、2017年）⁵⁾、特に2010年には、各国政府が取り組むべき方向性を示した「ハンセン病差別撤廃原則およびガイドライン」(P&G) を採択している。P&G は「原則」と「ガイドライン」の 2 つの部分から構成されている。

まず「原則」として、ハンセン病患者・回復者およびその家族は、尊厳のある人間として扱われ、他人と平等に、あらゆる国際規約や条約で示された人権および基本的自由を享受すべき旨が記載されている。また、ハンセン病患者である、またはあったという理由で差別されるべきではなく、他のすべて人と同等に、1) 結婚、家族、親であること、2) 市民権および身分証明書の取得、3) 働く権利、4) 学校または研修プログラムへの参加、5) 尊厳および自尊心の実現、5) 自らの生活に関係する政策やプログラムに関する決定プロセスへの参加の権利を有するとしている。また「ガイドライン」では、各国政府は、「平等および無差別の推進」、「女性、児童その他の脆弱な集団への支援」、「家庭と家族の再統合」、「コミュニティでの適切な生活および住居の保証」、「政治活動への参加の促進」、「就業にかかわる支援」、「教育へのアクセス」、「差別用語の使用禁止」、「公共、文化およびレクリエーション活動への参加」、「医療サービスの提供」、「生活水準の向上」、「啓発活動」、「各国の活動の立案、実施及びフォローアップ」の 13 分野に取り組むべき旨を提案している。

しかし、各国政府には P&G を遵守する強制力は課されていないため、実際にそれがどう実行され、差別の撤廃につなげていくのかが大きな課題といえる。このような状況に鑑み、国連人権理事会は 2017 年 6 月に新たな決議を採択し、「ハンセン病患者・回復者・その家族への差別撤廃に関する特別報告者」の設置が認められた。同年 9 月には、ポルトガル出身の研究者であるアリス・クルズ氏が特別報告者に任命された。国連人権理事会でハンセン病に関する決議が複数回にわたり採択されたことは、人権問題としてのハンセン病が国際社会で正式に認知されたと考えられる。過去 5 回に採択された決議の概要は以下に示すとおり。

表 1 各人権決議の概要

決議	人権決議 8/13	人権決議 12/7	人権決議 15/10	人権決議 29/10	人権決議 35/L. 14
	第 8 回人権理事会 (2008年6/2-18)	第12回人権理事会 (2009年9/14-10/2)	第15回人権理事会 (2010年9/13-10/1)	第29回人権理事会 (2015年6/15-7/3)	第35回人権理事会 (2017年6/6-6/23)
内容	ハンセン病は人権問題として認識されるべきと明記され、以下を勧告。1) 各国政府は差別撤廃に向けた対応策を取る、2) OHCHR はハンセン病を人権問題として人権教育や啓発活動に組み入れるよう推奨する、3) 人権理事会諮問委員会はハンセン病差別撤廃に向けた P&G の原案を 2009 年 9 月までに示す。	OHCHR に対し、人権理事会諮問委員会が提出した P&G の原案を各国政府、国連機関、NGO、当事者団体関係者らと広く共有し、意見を求め、それらの内容を反映させた上で、最終案を第15回人権理事会に提出するよう勧告。	人権理事会が提出した P&G の最終案を承認、各国政府、国連機関、人権機関のほか、世界各国のあらゆるステークホルダー（病院、学校、大学、宗教組織、ビジネスセクター、メディア、NGO）に対し、その遵守を求めるとともに、国連総会でハンセン病差別撤廃決議の採択を提案。	人権理事会諮問委員会に対し、P&G の実施状況や現在直面する課題を調査し、P&G のより広範な周知と効果的な実施に向けた提言を報告書としてまとめ、第35回人権理事会（2017年 6 月）で提出するよう勧告。	ハンセン病患者・回復者・その家族らに対する差別撤廃に関する特別報告者を任命（任期は 3 年）し、年に一度報告書を人権理事会に提出する。また、政府およびその他のステークホルダーは特別報告者の調査に協力するとともに、P&G を周知するために、国連人権高等弁務官と特別報告者が協力し、ハンセン病と差別に関するセミナーを開催する。
その他	原則とガイドラインは、坂元茂樹神戸大学教授（現同志社大学教授）が中心となって作成。		ハンセン病差別撤廃決議と P&G は同年12月に国連総会が全会一致で採択。	過去最高の97か国が共同提案国となる。	特別報告者は第38回人権理事会（2018年 9 月）から報告書の提出が義務付けられる。

（出所：各人権決議を基に筆者作成）

5、インドにおけるハンセン病の状況

インドは、現在世界で最もハンセン病の新規患者数が多い国であり、WHOによると2016年の新規患者数は13万5485人で、これは世界全体の新規患者数の約63%を占める。インドはWHOが定めた制圧基準（人口比1万人に1人未満）を2005年に国レベルで達成している。しかし、同国の保健・家族福祉省によると、2016年3月の時点で、州レベルでは2州（チャティスガル州、ダドラ及びナガル・ハーヴェリ連邦直轄領）が未制圧状態にある⁽⁶⁾。また、州の下にある行政単位である県レベルでは、全体で669県のうち118県が未制圧状態にある（2016年3月末）。インド保健・家族福祉省は、第13次5ヵ年計画（2012年～2017年）の中で、2017年3月までにすべての県レベルでの制圧を掲げていたが、実現には至らなかった。しかし2016年以降、同省は、主に未制圧の県を対象に、全国レベルでハンセン病新規患者発見キャンペーン（LCDC）を展開している。2016年9月～11月にかけて実施したLCDCは20州209県の蔓延地域を対象に行われ、3万2,427名の患者が発見された。LCDCは2017年も行われており、WHO職員によると、インド政府は当面毎年このような全国レベルでの患者発見キャンペーンを実施する予定であるという⁽⁷⁾。また、近年は「インドハンセン病の日」（1/30）にモディ首相自らがメッセージを発表するなど、政府が本腰を入れてハンセン病問題に取り組む姿勢を示している。

6、当事者団体の取り組み

インドには約800のハンセン病回復者が居住するコロニーがあると言われている⁽⁸⁾。そこに居住する住民の生活水準は低く、その多くが定職に就いておらず、物乞いで生計を立てている。このような状況に鑑み、インドのコロニーに居住するハンセン病回復者が中心となって、2005年にNational Forum（2009年にインドハンセン病回復者協会 / Association of People Affected by Leprosy/APAL）と改称、が設立されている。APALは、ハンセン病回復者の尊厳の回復と社会的地位向上を目指し、1）回復者間でのネットワーク構築とエンパワメント、2）コロニーの生活環

表2 インドにおけるハンセン病の蔓延州（新規患者数が1000人以上または登録患者数が人口比1万人に1以上のもの）のデータ（2016年3月現在）

州	人口	新規患者数	登録患者数 人/1万	コロニー 数 ^{注1)}	県 (数)	蔓延県数 (PR) ^{注2)}
全体	1,310,989,164	127,334	0.66		669	118
アーンドラ・プラデーシュ	52,051,927	4,355	0.53	71	13	0
ビハール	116,076,872	16,185	0.79	63	38	10
チャティスガル	28,276,267	10,440	2.38	35	27	18
グジャラート	65,920,133	10,138	0.98	17	33	12
ジャールカンド	36,468,814	4,432	0.69	57	24	4
カルナータカ	65,757,864	3,065	0.40	36	30	0
マディヤ・プラデーシュ	78,182,087	6,597	0.77	32	50	13
マハーラーシュトラ	120,997,982	15,695	0.83	73	35	11
オディシャ	44,789,944	10,174	1.35	94	31	20
ラージャスターン	74,968,194	1,106	0.16	14	33	0
タミル・ナードゥ	77,561,135	4,925	0.41	59	32	0
テランガナ	37,197,029	2,800	0.54	28	10	1
ウッタル・プラデーシュ	218,738,585	22,777	0.65	57	75	12
西ベンガル	97,489,842	8,170	0.74	35	19	6
チャンディーガル	1,141,246	136	1.10	N/E	1	1
ダドラ及びナガル・ハーヴェリ	427,462	425	6.15	N/E	1	1
デリー	18,077,417	2,068	1.26	28	11	4

* 1 コロニー数は APAL のウェブサイ (http://www.apalindia.org.in/colony_list.html) を参照。

* 2 登録患者数が人口比1万人あたり1人以上の県。

(出所：保健・家族福祉省のデータを基に筆者が作成)

境改善、3) 回復者やその子弟に対する教育や就業機会の促進などの活動を行っている。現在、APAL は国内17州にネットワークを有しており、各州の州リーダーを中心に前述の活動を各州・県レベルで実施している。また APAL は、コロニーに居住する回復者が適切に社会サービスを受けられるようにするために、国、州、県レベルで政府・自治体に対し積極的に政策提言活動を行っている。

7、インドにおける社会保障制度

すでに述べたように、インドのハンセン病回復者の生活水準は低く、彼らに対するソーシャル・セーフティーネットへのアクセスが重要な課題の一つとなっている。本項では、オディシャ州を例に社会保障制度の概要について述べる⁽⁹⁾。まず、インドには貧困層を対象に以下の公的扶助制度がある。

・国家社会扶助プログラム (NSAP)

中央政府が提供するプログラムで以下の種類がある。

- ◇ インディラ・ガンジー国家老齢年金スキーム (IGNOAP)：貧困ライン (BPL) 以下で生活する60歳以上の高齢者が対象。60～79歳は月300ルピー、80歳以上は月500ルピーが支給される。
- ◇ インディラ・ガンジー国家寡婦年金スキーム (IGNWP)：貧困ライン以下の40～79歳の寡婦に対し、月300ルピーを支給。
- ◇ インディラ・ガンジー国家障害年金スキーム (IGNDP)：貧困ライン以下で、18～79歳の重度または複数の障害を持つ者に対し、月300ルピーを支給。
- ◇ 国家家族給付スキーム (NFBS)：貧困ライン以下の世帯で、主たる生計を支える者が死亡した際、一時金として20000ルピーが支給される。
- ◇ アナブルナ・スキーム：インディラ・ガンディー国家老齢年金スキームの受給資格があるにもかかわらず年金を受給していない高齢者を対象に、毎月10キロの穀物 (米・小麦) が無料で支給される。

・Madhu Babu Pension Yojina

オディシャ州が提供するプログラムで、以下を満たす者を対象に、60～79歳は月300ルピー、80歳以上は月500ルピーが支給される。

- 1) 60歳以上の高齢者、寡婦 (年齢制限なし)、重度の障害を持つハンセン病回復者 (年齢制限なし)、5歳以上の障害者、HIV 患者およびその寡婦 (年齢制限なし) のいずれかを満たし、
- 2) 世帯の年収が24000ルピー以下、
- 3) オディシャ州の居住者、
- 4) 中央政府による社会扶助を一切受けていない。

このうち、障害率60%以上の障害者 (ハンセン病回復者を含む) については、2015年11月以降、200ルピーが上乘せされることとなった。つまり、79歳以下は毎月500ルピー、80歳以上は毎月700ルピーが支給される。オディシャ州の場合、対象者は中央政府または州が提供する年金制度のいずれかを選ぶことができる (双方を選ぶことは不可)。

8、ハンセン病回復者に対する特別年金制度

インド上院嘆願委員会 (Rajya Sabha Committee on Petitions) は、報告書131号 (2008年6月) および138号 (2010年9月) を通じて、連邦政府および各州政府に対し、ハンセン病患者・回復者が直面する問題の改善策として11項目を挙げている。その一つとして、ハンセン病回復者が尊厳のある生活を送り、経済的自立を果たすために、重度の障害を持つ者に対し、特別年金として、毎月2000ルピーを支給するよう勧告している。現在、ハンセン病回復者のみを対象とする特別年金が、少なくともデリー首都圏、ハリヤーナー州、ビハール州、ウッタラカンド州、タミル・ナードゥ州、マハーラーシュトラ州、ウッタル・プラデーシュ州、マディヤ・プラデーシュ州、チャティスガル州、オディシャ州で支援スキームが実施・検討されている。多くの州では、重度の障害を持つハンセン病回復者が特別年金を受給しているが、各州のウェブサイトや APAL 関係者に対するヒアリング結果によると、これらの制度は、以下に示

すように、細部において各州により異なる。

例えば、デリー首都圏では、1993年以前から対象地に居住するハンセン病回復者で重度の障害を持つ者のみが対象であり、年金は個人ではなく家族ごとに支給される。現在は、496家族が毎月1800ルピーの支給を受けている。ハリヤーナー州では、ハンセン病による40%以上の障害率を持つ約650人が毎月1100ルピーを受取っている。ウツタル・プラデーシュ州は、2016年時点で、ハンセン病回復者で障害を持つ者が対象に、すでに毎月2500ルピーを3692人に支給している。マハーラーシュトラ州では、重度の障害を持つハンセン病回復者は、州政府が提供する障害者年金（毎月700ルピー）に加え、ハンセン病回復者のみを対象に各自治体が支給する特別年金（毎月500-2500ルピー）が支給される。現在は、約3000名の回復者が州からの支援を受けており、そのうち自治体からも支援を受けているのは1669名であるという。マディヤ・プラデーシュ州では、州政府が指定するアシラム（共同体）に居住する回復者のみを対象に毎月5000ルピーを支給しているが、例えばコロニーに在住する回復者は現在対象になっていない。チャティスガル州は、2017年2月に州政府が特別年金制度の創設に合意し、現在政府内で必要な手続きが取られている。

各州は独自の特別年金制度を設けており、支給額や対象となる回復者は州によって異なる。なお、ここで特筆すべきことは、これらの特別年金制度が創設されるにあたり、当事者団体である APAL が国際 NGO などと連携しつつ、州政府に働きかけ、実現にこぎつけたことである⁽⁰⁾。各州での年金支給額が以下に示すとおり。

表3 ハンセン病回復者に対する特別年金を実施している州

州	月額 (ルピー)	州	月額 (ルピー)
デリー	1800	ウツタル・プラデーシュ	2500
ビハール	1800	マディヤ・プラデーシュ	5000
ウツトラカンド	1000	ハリヤーナー	1100
タミル・ナードゥ	1500	チャティスガル	1000 (検討中)
マハーラーシュトラ	1200-3200	オディシヤ	1000 (検討中)

(出所：各州のウェブサイトおよび APAL 関係者からのヒアリング結果を基に筆者作成)

上記のうち、オディシヤ州では、2017年3月にパトナイク州首相が APAL や日本財団関係者との会合の場で、ハンセン病回復者に対する特別年金制度の創設を表明した。現在、州社会保障&障害者支援省のイニシアチブにより、制度構築が進められている。APALのアドバイザーであるタカール氏によると、特別年金制度が構築されるにあたり、今後以下のプロセスを経ることになるという。まず第一に、APALが中心となり、州内の各コロニーに居住する特別年金の受給候補者リストを作成し、州政府に提出する。例えばオディシヤ州の場合、APALは23県のコロニー在住者3414名の候補者リストを作成している。詳細は以下のとおり。

表4 オディシヤ州の各県のコロニーに在住する受給者リスト

県名	コロニー数	受給候補者数	県名	コロニー数	受給候補者数
アグヌル	3	124	ジャガティンガブル	1	9
バラングル	8	266	ジャジャブル	1	45
パーレーシュワル	5	110	ジャルsgダ	5	173
バルガル	9	512	ケンドラバラ	1	16
バドラク	1	15	コルダ	6	194
ブバネシュワル	6	235	コラプト	1	11
パウド	1	8	マユールバンジ	7	198
カッタク	2	219	ナバラングブル	2	31
デバガル	1	22	ブリー	5	223
デンカナル	1	120	サンバルプル	7	353
ガジャパティ	1	15	スندگانガル	6	365
ガンジャム	5	253			

(出所：APAL のリストを基に筆者作成)

次にリストを基に社会保障省が制度設計を行うとともに、その実施に伴う法整備に着手する（新しい条例の制定または既存の条例の改定）。その後、州政府内の立法手続（州議会の承認）を経て、予算措置が行われ、制度が正式に立ち上がる。前出のタカール氏によると、現在オディシャ州では、毎月1000ルピーを支給する方向で制度の構築を進めており、ハンセン病回復者に対して年金が支給されるのは、新しい年度が始まる2019年4月が見込まれるという⁽¹⁾。

9、直面する問題と今後の課題

ハンセン病回復者に対する特別年金制度が創設されることで、特に重度の障害が残り、物乞い以外で生計を営むことが困難にある回復者の生活状況の改善に寄与することは事実である。また、この制度が当事者自らの働きかけにより、各地で実現していることにも大きな意義がある。一方で、いくつかの課題があることも事実である。

第一に、殆どの州政府は特別年金に関する詳細情報を一般公開している訳ではないので、現状を正確に把握するためには、関係者からさらなる聞き取り調査を行う必要がある。例えば年金がきちんと対象者に支払われているかなど、既存のスキームが適切に運用されている評価される必要がある。残念ながら、この部分は APAL も十分にモニタリングをしていないため、実態は把握できる状態にはない。第二に、このスキームはすべての州で実施されている訳ではないため、上院嘆願委員会から勧告が出されているように、今後すべての州において、ハンセン病回復者に対する特別年金が支給されることが望ましい。また、支給額についても州によってばらつきがあるので、この点も改善される必要がある。第三に挙げられるのは、コロニー以外の居住者にも特別年金へのアクセスが保証される必要がある。APAL はコロニーに居住するハンセン病回復者を代表する組織であり、現時点でコロニーに居住していない障害を持ったハンセン病回復者とネットワークを持っている訳ではない。一説には、コロニーと一般社会に居住する回復者の比率は1:9といわれている⁽²⁾。APAL が中心になって特別年金制度が作られる場合、彼らが準備できるリストはコロニー在住の回復者に限られるため、州政府がこのスキームを周知し、いかに受給者を増やしていくかが鍵になる。例えばビハール州では、この部分はある程度機能しているようであり、現在の受給者約8000人のうち、6000人がコロニーに在住しない回復者であるという⁽³⁾。次に挙げられるのは、この制度をもって、回復者の生活状況が改善されるのかという点である。事実、上院嘆願委員会が勧告している2000ルピーは日本円で約3500円程度であり、インドの物価が日本より安いとはいえ、受給者に家族を養う義務がある場合、この金額は十分ではない。よって、この年金制度以外にも、回復者の生活状況を改善するうえで、どのようなスキームが必要であるのか、総合的に検討される必要がある。例えば、インド障害者権利法によると、政府雇用の4%について障害者を採用することを定めている。ハンセン病回復者も障害者の一部であるので、このスキームをどう活用できるか検討の余地はある。最後に、ハンセン病回復者に対する支援のみが特別視されて良いのかという議論もある。例えば、現在制度を構築中にあるオディシャ州やチャティスガル州は視覚障害者団体など、他の団体からも、同様の制度を設けるよう要請が出始めているという。APAL 関係者は、通常の身体的障害（Physical Disability）と比して、自分たちは社会的障害（Social Disability）という特殊な状況に直面していると差別化することで、周囲の理解を得ようとしている。しかし、他の「身体的障害者」への支援は必要ないという訳ではないので、今後各州政府や他のステークホルダーの理解を得つつ、いかにこの制度を拡充していくかも重要な課題であるといえる。

以上の点から、ハンセン病回復者に対する特別年金制度は画期的なスキームである判断できる一方で、この制度の効果的な運用や拡充に向けて、今後さらなる調査・分析が必要であるといえる。

注

- (1) 人口100万人未満の国を含めると、キリバス共和国、ミクロネシア連邦、マーシャル諸島共和国、コモロ連合などは依然登録患者数が人口比1万人に1人以上となっている。
- (2) このほかに、2016年に1000人以上の新規患者が出た国は、ナイジェリア、エチオピア、バングラディッシュ、コンゴ民主共和国、ネパール、ミャンマー、フィリピン、マダガスカル、モザンビークがある。
- (3) 国立ハンセン病資料館によると2017年5月時点での入所者数は1468名、平均年齢は85.3歳。
- (4) *Study on the implementation of the principles and guidelines for the elimination of discrimination against persons affected by leprosy and their family members* (23 June, 2017).

- (5) これらの決議が採択される過程で、日本の非営利組織である日本財団が中心的な役割を果たしている。同財団は、日本政府、当事者団体、研究者などと効果的に連携することで、各決議の採択にこぎつけている。
- (6) 但し、オリッサ州やビハール州などのように、一度制圧を達成し、その後基準を再度超えた州は含まれない。
- (7) 2017年11月1日にWHOのジャーカンド州調整官であるドゥルブ博士にヒアリングを実施。
- (8) インドハンセン病回復者協会（APAL）の調査結果に基づく。
- (9) *Social Security & Empowerment of Persons with Disabilities Department, Government of Odisha* (<http://ssepd.gov.in/>) のウェブサイトを参考に執筆。
- (10) 多くのケースは、APALと前述の日本財団が連携して、各州の特別年金制度の創設に貢献している。
- (11) 2017年11月4日にAPALのアドバイザーであるタカール氏にヒアリングを実施。
- (12) 2017年11月4日にAPALの代表であるナルサツパ氏にヒアリングを実施。
- (13) 2017年11月4日にAPALの副代表であるベスゴパール氏にヒアリングを実施。

〈参考文献〉

- 笹川陽平, 2014, 『残心 世界のハンセン病を征圧する』, 幻冬舎。
- 財団法人 人権啓発推進センター, 2011, 『ハンセン病差別撤廃原則及びガイドライン』(日本語訳), 人権啓発推進センター。
- National Leprosy Eradication Program, *Revised Operational Guidelines for LEPROSY CASE DETECTION CAMPAIGN*, August 2016, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India: New Delhi.
- Ministry of Law and Justice, *The Rights of Persons with Disabilities Act, 2016*, Ministry of Law and Justice: New Delhi.
- United Nations General Assembly, *A/HRC/35/L.14. Elimination of discrimination against persons affected by leprosy and their family members, 19 June 2017.*
- United Nations General Assembly, *A/HRC/35/38. Study on the Implementation of the principles and guidelines for the elimination of discrimination against persons affected by leprosy and their family members, 4 May 2017.*
- United Nations General Assembly, *A/HRC/29/L.10. 29/... Elimination of discrimination against persons affected by leprosy and their family members, 30 June 2015.*
- United Nations General Assembly, *A/RES/65/215. Resolution adopted by General Assembly. 65/215. Elimination of discrimination against persons affected by leprosy and their family members, 6 October 2010.*
- United Nations General Assembly, *A/HRC/RES/15/10. Resolution adopted by Human Rights Council. 15/10. Elimination of discrimination against persons affected by leprosy and their family members, 6 October 2010.*
- United Nations General Assembly, *A/HRC/RES/12/7. Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right of development. Resolution adopted by Human Rights Council. 12/7. Elimination of discrimination against persons affected by leprosy and their family members, 12 October 2009.*
- United Nations Human Rights Council, *Resolution 8/13. Elimination of discrimination against persons affected by leprosy and their family members, 18 June 2008.*
- United Nation Human Rights Council Advisory Committee (Prepared by Imeru Tamarat Yigezu), *A/HRC/AC/16/CRP.2. Progress Report on the Implementation of the principles and guidelines for the elimination of discrimination against persons affected by leprosy and their family members, 3 February 2016.*
- United Nation Human Rights Council Advisory Committee (Prepared by Imeru Tamarat Yigezu), *A/HRC/AC/17/CRP.1. Progress Report on the Implementation of the principles and guidelines for the elimination of discrimination against persons affected by leprosy and their family members, 29 July 2016.*
- World Health Organization, *Weekly Epidemiological Record, 1 September 2017, vol. 92, 35, pp.501-520*, World Health Organization: Geneva.
- World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2016, *Global Leprosy Strategy 2016-2020-Accelerating towards a leprosy-free world*, World Health Organization: New Delhi.
- World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2012, *Enhanced global strategy for further reducing the disease burden to leprosy*, World Health Organization: New Delhi.
- World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2011, *Guidelines for strengthening participation of persons affected by leprosy in leprosy service*, World Health Organization: New Delhi.

〈ウェブサイト〉

- “ハンセン病基本法”. e-Gov 法令検索. http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=420AC100000082&openerCode=1, (2017-11-07).
- “ハンセン病に関するページ”. 厚生労働省. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/hansen/, (2016-08-31).
- “Department of Social Welfare”. Delhi Government. http://delhi.gov.in/wps/wcm/connect/doit_socialwelfare/SocialWelfare+New/Home/, (2017-02-23).

インドハンセン病回復者に対する特別年金制度の現状と課題

“Global Leprosy Programme”. World Health Organization. http://www.searo.who.int/entity/global_leprosy_programme/en/, (2017-10-31).

“National Leprosy Eradication Programme”. Ministry of Health and Family Welfare. <http://nlep.nic.in/>, (2017-11-08).

“Social Security & Empowerment of Persons with Disabilities Department”. Government of Odisha. <http://ssep.gov.in/>, (2017-02-23).

“United Nations Human Rights Council”. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/HRCIndex.aspx>, (2017-10-31).