

六 「社会復帰」と福祉界

1. 力不足

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

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

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

2. 社会復帰をめぐる在園者のディレンマ

1) 軽快退所者数

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

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

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

1966（昭41）年～1975（昭50）年までの10年間に、898人

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

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

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

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

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

多磨全生園：年間2、30人の退所者がある。

星塚敬愛園：1960年以降十数名。

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

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

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

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

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

である。

2) 退所基準の問題

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

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

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

3) 社会復帰選択の難しさ

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

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

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

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

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

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

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

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

4) 園内状況

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

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

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

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

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

3. ハンセン病リハビリテーション

1) 外科的リハビリテーションの導入

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

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

2) 退所者の援護 職業補導と退所時支度金

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

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

多磨全生園：銅版研究、自動車運転、タイプ講習

ごく少数が参加するのみ。大した成果は上がっていない。

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

星塚敬愛園：社会復帰は長い間の念願であった。世紀の夜明け

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

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

更生指導としては自動車運転、珠算、毛糸編、生花、タイプ

退所者は 20 余名。

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

長島愛生園：通信技術、パーマ、和洋裁、自動車講習など

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

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

3) 退所基準による判定

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

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

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

4) 退所相談・退所準備

沖縄の厚生相談所

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

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

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

事例 1：

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

事例 2：

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

事例 3：

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

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

相談所がなかった本土

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

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

5) 退所者援護の要求

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

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

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

寝具一式（布団、敷布、毛布、綿入れ等）新調のものを支給

1 か月分の生活費 16,100 円

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

入浴料 300 電灯料 300 水道料 300 計 16,100

衣料クーポン券、消耗品費（個人）をその年度内1年分を全額使用認可

旅費実費（弁当代、荷物運賃を含む）の支給

慰安金一期分（3ヶ月）の前渡し

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

4. 退所者のフォローアップはどう取り扱われたか

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. ケースワーカーへの期待と現実

1) ケースワーカーの導入

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

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

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

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）

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

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

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

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

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

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

2) 療養所再編問題のなかで

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

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

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

3) 後発の専門職として

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

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

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

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

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

6. 小括

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

七 福祉界の責任と課題

1. 責めを免れがたい福祉界

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

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

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

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

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

2. 予防法の枠内での福祉

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

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

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

3. 今後の課題

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

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

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

第十二 ハンセン病強制隔離政策に果たした各界の役割と責任（1）