

ハンセン病療養所・さまざまな「将来構想」

はじめに

* 図書館資料の活用を目的としているため、表記などは原文に従った。

* 「構想」というものは、それを立てる前提条件に依存するので、下記に整理したいわゆる「将来構想」も、それが書かれた時代的社会的背景をぬきに見たら、判断を誤る。

光田健輔氏の療養所構想（1902年～1941年）

文献

『光田健輔と日本のらい予防事業 らい予防法五十周年記念』（藤楓協会、1958年）
所収の諸論文

「癩病隔離所設立の必要について」（東京養育院月報、1902年2月）

・癩病一名天刑病なる名称は如何に患者自身に絶望を与え……然るに学問の進歩に伴い其病源たる公微体を発見し尚歴史的事実に鑑み或は地理的分布に拠り其極めて慢性の伝染病なるを証明するに至りしを以て従来世人が天刑病とし遺伝病と為たりし旧時の観念をすて伝染病として本病を処置せざるべからざるに至りしなり。

・流浪せる癩患者が社会に病毒を蔓延せしむること多大なるは論を俟たざるも、尚恐るべきは彼等にして乞食をなすを肯せず職人となり舟子となり飲食物、製造者となり甚しきは其両親癩にして、其子をして理髮人たらしめ或は其夫癩にして其妻に飲食物を鬻がしむるの類に至りては実に危険極まれりと謂はざるべからず、……

「癩病患者に対する処置に就て」（養育院月報、1906年）

・此等の諸癩病院の監督は将来発布せらるべき癩病取締規則に従わしむべきは勿論なり
……

・此危険多き慢性伝染病を帝都の下に散在せしめて此れが治療を研究するが如きは甚だ不徳義の事と云わざるべからず、……彼の外来患者として本病を取扱うが如きは、黒死病患者外来患者として取扱うと其理に於て大差なき也。

・若し夫れ今日三万の癩病患者の取締法として刻下の急務は左の如し。

- A 浮浪癩病患者の強制的収容
- B 貧民癩病患者の収容
- C 富者の自宅療養

・此の如きは一国の体面乃至一家の耻辱の如き無形的損害のみに止まらず実に公衆衛生上の有害物にして隔離所を起し此等の患者を強制的に収容するにあらずんば国家は罪悪を行いつつあるものと云うべし。

・人情左も有る可き事なれども隔離の真意義よりすれば却て交通不便なる島嶼も可なるべし

「癩予防に関する意見」（内務省提出、1915年2月13日）

・絶対的隔離ハ識者ノ一般ニ認識スル所ナレドモ一般社会ヨリハ尚早ノ観無クンバアラズ茲於テハ姑息ナガラ予防撲滅ノ目的ニ向テ部分的隔離ヲ行イ予防法発布当時ノ精神ヲ以

テ漸進ノ方針ニヨリ可成經費ヲ節減シ富者ハ自費ニヨリ隔離シ。貧者ニシテ危険ノ虞アルモノニ対シ現療養所ヲシテ一層多数ノ患者ヲ收容セシムベシ。

・無籍乞丐癩ニ於テハ逃走シタカト思エバ入院シ来リ四、五回反復シタル者アリ。〔中略〕斯ノ如キ者ハ須ラク絶海ノ孤島ニ送リテ逃走ノ念ヲ絶ツニ如クハナシ。〔中略〕小笠原諸島ハ絶好ノ療養地ナリ。〔中略〕彼ノ無籍癩患者ノ始末ニモ亦暖療養地希望者ニモ宜ロシカルベシ。将来大都会ノ附近ハ次第ニ繁華ヲ加工車馬ノ声一層彼等ヲ刺激シテ逃走之レ事トスルニ至ルヤ必セリ、蓋シ之レ制度ノ罪ナリ。故ニ絶海ノ孤島ハ此ノ刺戟ヨリ隔絶シテ彼等ヲシテ無為ノ逸民タラシムルニハ至極適当ト考エラル。

・癩患者百人中三十人ハ神經癩ナレバ百人中二十人ハ癩菌殆ンド無シト云ウテ可ナリ。之ヲ以テ推スニ一万三千ノ中四千五百人ハ寛恕シテモヨキ割合ナリ。

「癩予防法改正に就ての私案」(内務省、1919年)

・癩の予防的作業は現今の如き部分的隔離より絶対的隔離に向つて進むにあらざれば其の効果を収め難し予は曩に八重山列島西表島を以て此絶対的隔離を行うに好適の場所なることを調査復命せり(大正6年1月20日)

・浮浪癩は宜ろしく国立療養所を嶋嶼に設け茲に送り彼等をして全く帰還することの不可能なるを悟らしめ此処に安住するの念を發せしむべきなり。

・政府は宜ろしく国立療養所を絶海の孤島に設け先ず浮浪癩を收容し漸次に其の設備を完全にして無資力癩患者及有資力癩患者を追次收容するの端緒を開かんことを希望す。

・各癩療養所は今迄の如く無資力者を收容するのみならず自ら收容を希望する有資力者及伝染の危険ありと認むる場合に於ては強制的に各階級より收容するときは常習浮浪の徒を国立療養所に送るも尚ほ狭隘を感ずべし然るときは各療養所を拡張して千人の收容人員に達せすむべし。

「堀をうづむるまで」(山桜、1929年3月)

・明治42年2月27日の騒動は〔中略〕家が建ったら焼きはらうと云う過激なる説が伝わりましたので、5人の請願巡查を置いて3月5日三万坪の地内に於て、病者区域となるべき二万坪の周囲に深さ一間半巾二間の空堀をほり始めました。此れは第一に患者の逃亡を防ぐ為め第二に伝せん非伝せんの区域を嚴重に分ける目的でありましたが、第三に外部の襲げきに備える為めでありました。

・堀は明治年代より年に一度霜柱で浅くなるのを掘ったが、掘ったところで院内の空気がなほらぬ限り如何ともいたしかたがないと諦め、数年間捨ておいたが、松や、えごや、栗が得顔にほりの中から延びてのこのこと大きくなった。〔中略〕さて其周囲はざんごうか、鉄柵か、若しくはなまこ塀か、〔中略〕監獄の塀の如く、物すごき感を起さすむるものを避け、あま寺やうき世のかきを花もくげと云う様なやさしき感じのものをえらびたい。武蔵の名産柘木青や檜葉、からたち、茶の生垣、それは全生者には「ユートピア」を守る垣とも見え、或者にはまてばしばしの思案のかきともなり、また或者には多少の障害物となるであろう。

「癩問題の危機」(東京医事新誌、1929年5月25日)

・今日西洋及東洋到る処に於て癩は全治せらるべきものにして中世に於ける如く絶対隔離の必要なく、他の疾病の如く病院或は家庭に於て治療し得べしとの議論の漸く盛ならんとするの傾向あり。折角癩の伝染を力説し此れが予防的対策を講ぜんとするに当り、大なる障碍とならんとすることは癩問題の一大危機に瀕しつつあるものと云わざるべからず。

・思うに此説の発生は癩症状に対する学者の無知と癩政策を加味したる治療至上主義に胚胎せるものにして吾人今日に於て警告を加うるにあらざれば百年の悔を残すべし。

・吾人は癩患者は隔離所に於て治療するを以て最も安全なりとし、此れが軽快したるが如きものも院外に於て不規則なる生活は直ちに再発して治癒すべからざるに至るが故に可成院内に止めて此れに適當なる作業を課し以て重症者を看護し或は院内の副利を増進すべき相互扶助の事業に従事せしむることを奨励するものである。

「家族的療養所の建設」(山桜、1930年7月)

・患者が軽快した場合外部に直に出さないで治療しつつ、院内必要の共存共栄の事業に關与せしめる。病の苦しみは同病者が最もよく理解する。その同病相憐むの精神を病者の慰安事業に注がして兎角個人本位に流れ易い病院に一大家族的の親しみを發揮せしめることが必要である。これがやがて患者の予後に好影響を与え又多少院の經濟を助ける結果をもたらすものであると信ずる。

「働ける者は働けぬ者への奉仕」(山桜、1930年8月)

・相互扶助の觀念が先ず療養所に実行せられつつあると云う事は一つの驚きであらねばならぬ。療養所に於ては衣食住の不自由はないにしても全国から縁もゆかりもない人が集まり、何れも身にあまる病氣を持ち心身共に疲バイして人の世話などが出来る筈がないのであるが、併し其内にも眼のまだ見える人、手足は麻痺して居ても自分の用に足りる人々は院内五分の二に亘る重病者を扶助せねばならぬ。先ず第一に其衝に当るものを付添と名付た。

「患者入院方法の改善(一)~(三)」(山桜、1930年10月~12月)

・42年に全生病院が出来ても先ず最初に来たものは浮浪徘徊の徒で、養育院の顔なじみの人達であった。追々地方から来る御上りさんを感化して、浮浪者に持前の悪習慣を教え込んだ。彼等は東京見物のために逃走した。

・浮浪癩は収容力が癩の実数より遙かに少ない処から発生するのであって、未だ浮浪せざる以前に於て家庭から直接収容する事が出来たなら確かに浮浪を経験せしめずして、うぶの患者を収容し得て、収容上の一進歩である。

・以前は本人の希望よりも寧ろ強制によって乞食を収容するを以て衛生警察の役目とした。

・現今は入院資格が寛大となり、療養所の内容は次第に完備せられて、患者の幸福は院外の何処に居るよりも最大であるから自ら進んで収容を願い出るもの引きもきらぬ有様となった。

・重症の病者で療養所に遠方の者は特別の列車を買い切り療養所に送り込まれねばならぬ。

「鈴蘭園趣意書並に療養ノススメ草稿」(1930年)

・私ノ目的ハ我ガ国ニ於テ最も憐ムベキ癩患者ヲシテ一箇理想的ナル田園都市ヲ作ラシメ、茲ニ同病者ノ相互扶助ニヨリ一面ニハ低廉ナル生活費及治療費ヲ以テ最も完全療養所ハ全国ニ五ヶ所収容人員二千余人デアリマス。

・私供ハ健康部落ト離シ、耕作地モアリ、運動場モアリ、道路モ整然トシテ癩者専用消毒可能ノ郵便局アリ、公設市場アリ、温泉浴場アリ、病院アリ、公会場アリ、各宗各派ノ寺院アリ、図書館アリ、患者部落ニ自給自活スル丈ノ養豚養鶏農作物アリト云ウ所ガ欲イデス。

・家賃ハ少々取ルカモ知レマセン。併シソレハ維持費修繕費ニ充ツル程度ニシタイ。斯クシテ住ムモノハ開墾シ、生産シ、生活ノ補イトナリ、強キハ弱キヲ助け、治療等ハ最新最善ノ方法ニ則リ、天与ノ治術ニヨリ自然ノ良能ヲ助け以テ生命ヲ徒爾ナラシメナイヨウ

ニ致シタイ。

「無癩日本は如何にして実現せらるるや」(愛生、1941年6月)

・癩浄化運動は県当局が弱い者いじめに、面白半分は無辜の人民を拘束して居るのではない。其村を浄化せんがために涙を飲んでやって居る聖戦に等しきものである。

・今回は時代が変り、患者も職員と一様に救癩戦線の闘士として、社会に於ける不幸なる同病者を呼び入れる事を職域奉公と心得る様になった。

・「而して今尚社会に在りて不知不識の間に、自らも家族も周囲をも禍しつつある同病者に一食半座を頒ちてこの楽園へ一人も多く招き寄せて相励まし相助けつつ、祖国を浄むる一大使命に協力挺身し、以て御皇恩の万一に応え奉る誓願に燃やされている次第でございます。」(愛生園の患者)

小川正子『小島の春』1938年11月、長崎書店

・あの山この谷の人達が集つた愛生園、納屋の隅に何年も放つて置かれた病者、放浪の苦患に悩み続けた病者が救はれ辿り着いて住んで居る愛生園、此の世の中で一番暗い不幸な処と誰もが想つて居る療養所が、又其所に住む人達が健康社会人から嘘では無いか夢ではないかと疑はれるまでに健康人と同じ様に、否、それ以上に生活し働き又楽しんで居ると言ふ事は。勝利だ、勝利だ、療養所の、そして又病者の勝利だ、喜びだ。そしてこの療養所こそ、この山この谷の病友の最上の隠れ家でなくて、安らぎ所で無くて、何であらう。

森幹郎氏の私案(1956年~57年)

森 幹郎「新しき時代の新しきライ療養所」(『楓』1956.9)、「新しいライ療養所の在り方」(『社会事業』1957.6)

(1) 療養所システム

・「らいを伝染させるおそれのある患者」の純粹なる病院と、重症者、不自由者、軽症者の共存する患者だけの療養所とに分ける。

- ・作業療法の一環として、軽症者の作業制度を残す。
- ・生活は全面的に保障され、また、完全な医療保護が行われる。

(2) コロニー・システム

・「らいを伝染させるおそれのない」者、病歴の古いプロミン系統の治療も受けていない者を対象とする。社会復帰をほとんど期待していない、コロニーを第二の故郷、墳墓の地とする者も含める。

- ・身体障害者施設、養老院的傾向をもつ生活保護施設とし、医師と看護婦を常置する。
- ・社会生活を営むのに必要にして十分な社会的、心理的、身体的、職業的訓練を行う中間段階を想定。

・生産的なコロニー。患者は単なる一消費存在に止まらず、病人という枠内にはあるけれども、完全ではないけれども、生産存在にまで高められねばならない。

・隔離ではなく、地域社会に対し常時開放されている施設とする。外出、外泊は制限される。完全な自治も、病人集団の故を以て不可能である。しかし、食事なども現在の共同炊事を廃して、現物を購入するなり、配食するなりして、各自が自由に炊事をする。

- ・各人がそれぞれ個性的要素を取り戻せる。人間性を回復できる。
- ・現在のライ療養所のうち、地域社会との人間関係がスムーズなものの中の幾つかをコロニーに転換する。新設するのではなく、地域ごとに再編成させる。

**森幹郎『証言・ハンセン病 療養所元職員が見た民族浄化』(現代書館、2001年)第3章
第6節『濫救情眠』論**

1. 濫救情眠論の概要

(1) らい予防法には退所の規定がないが、らいを感染させるおそれのなくなった入所者をそのまま入所させておくのは行政の濫救である。

(2) 行政の濫救は入所者を情眠にする。

(3) 行政の濫救と入所者の情眠を解決するには、現在の療養所を再編成して、らいを感染させるおそれのある菌陽性の患者のためのハンセン病病院(一部の療養所を転換する)

菌が陰性で、後遺症もなく、社会復帰できる状態にある回復者のためのコロニー(社会復帰の準備のための中間施設で、一部の療養所を転換する)

菌は陰性であるが、後遺症が著しい等のため、社会復帰の困難な身体障害者や老人のための身体障害者福祉施設や養老院(残った療養所を転換し、所管を厚生省の医務局から社会局に移す)

2. 再編成私案について

- ・入所者の年齢を考えると、今日ではもはや私案実現の時期は過ぎた。
- ・当時、入所者の平均年齢は五十代初めで、身体的にも心理的にも移動に十分耐えられる年齢でした。しかし、今では七十代の中ごろと言います。もはや、再編成に伴う身体的にも心理的にも耐えられない年齢です。

しかし、ハンセン病療養所がこのままハンセン病療養所であり続けていいはずは絶対にありません。

- ・将来図。療養所が立地する地域社会の実状に応じて、
老人住宅・老人福祉施設・老人保健施設等に転換すること、
一般病院・老人病院に転換すること、
いずれも地域社会に開放していくことが前提。

事務部長研究会「今後のらい対策」(1965年)

国立療養所課長加倉井駿一氏の再編構想

- (1) 伝染のおそれがあり治療を必要とする者は、病院化を進めて十分な医療を行う。
- (2) 回復者(菌陰性者)で病による身体障害や老齢のため社会復帰できない者は、養護施設に入れる。
- (3) 回復者で社会復帰が可能な者は、コロニーに入れて所外労務や授産施設で働かせる。

全患協療養生活研究委員会「将来の療養所像について」(1966年)

「事務部長研究会の菌陽性、陰性を区分し、施設を療養所、養護施設、コロニーに分割する再編構想の重大な欠陥を指摘して、『入所者の85%が多く合併症に苦しみ、菌陰性者の大半が後遺症をもち、更に入所者の10%を越す盲人は四肢との重複障害に苦しむ等の現状は、より充実した医療施設を必要とする。また更に、過去50年にわたるハンセン病政策は、病の軽重を問わず強制隔離し、所内婚姻をすすめる代償として断種を強制し、非人道的な懲戒検束が幾人もの命を奪う等の多くの過ちを犯し、患者と家族に犠牲を強いてきたが、このような歴史的な経過に対して何ほどの批判も反省もないまま、現状だけを

考えた安易な転換論には絶対に賛成できない』と、きびしくこれを拒否した。」(『全患協運動史』76頁)

松本馨氏の私案(1967年～1979年)

松本 馨「世界医療センター 療養所の終末」(『多磨』1967.12)、「多磨創立60年に寄せて」(『多磨』1969.9)、「五月の支部長会議に向けて(下)」(『多磨』1979.3)、「第26定期支部長会議の二つの課題」(『多磨』1979.8,10)

- ・療養所の危機的状況＝医師の定員不足ならびに医師不在。
- ・療養所の統廃合には反対。長期療養者は、妻や夫、親子兄弟、骨肉以上の友人が眠っている中に骨を埋めたいと願う。

(1) 医療センター

- ・3ヶ月から半年くらいの期間で、医師不在の療養所に医師を派遣し、治療に当たらせる。手術を必要とする患者と高度な治療を必要とする患者を入院させて治療する。
- ・医療センターは、地方医療では受け入れられない高度な治療と、医師確保を目的にしたものである。
- ・全生園の敷地11万坪の内の約半分をそれにあてる。ただし、医療センターと全生園とは別である。医療センターは病院であり、第一に治療、第二にも治療、第三にも治療で、患者の生活を持ち込んではいならない。
- ・総合医療センター。幾つかの専門病院を包含したもの。
- ・アジア・アフリカの救療センターとしての機能を持たせる。
- ・医療センターとして、一万療友の最後の一人に至るまで医療と看護の責任を持つ。
- ・ベッド数は400か500。このうち300ベッドが転療者と新入園者を含む病人のベッド数である。100ないし200のベッド数は重心身障害者と高齢者のためのものである。半病室、半居室。
- ・5階以上の高層ビル。1階は治療に関する総てが包含される総合医療センターであるが、内科外科は細分化し、専門化する必要がある。癌科と放射能治療を含む医療器械の設備。脳外科、心臓外科など高度医療が受けられる設備。
- ・医療センターの一部を大学に開放して、研究してもらう。
- ・療養所の居住区は医療センター、不自由者、健康者、このほかに自由地区を設ける必要がある。厚生作業者と労外者は自由地区に移す。

(2) ハンセン氏病センター

- 1、多磨全生園と多磨研究所からなる。現状のままで機構を一本化すること。
臨床部門を受け持つ全生園はセンターとして整備拡張を図り、多磨研究所は基礎部門を受け持つセンターとして整備拡張を図る。
- 2、13施設共有のものとし、センターは地方施設で治療不可能な患者の治療に当たるとともに、医師の出張、派遣など、地方施設に対する全面的な協力をしなければならない。
- 3、大学の協力を得て、若い専門医を養成していかなければならない。
センターは世界のハンセン氏病界に国際社会の一員としての責任を果たす必要がある。国際社会で働く場を若い医師に与えることによって、センター要員を確保すること。
- 4、ブロックのセンターは、ハンセン氏病センターの姉妹センターとして地方の特色を生かすようにする。

5、医師、看護婦の研修の場として技術革新と治療の充実を図らなければならない。これがために、研修センターと情報センターはハンセン病センター設立に当たって欠かすことのできない施設である。

(3) 療養所の再編成

・併設は地理的条件に左右される。たとえば奄美和光園では、奄美大島には国立療養所は和光園だけであるから、島の国立医療機関として残しておきたいという島民の強い願望がある。

・療養所の敷地の一部を提供し、一般病院を誘致するが、管理部門は別で独立した形をとる。たとえば松丘保養園では、慰安会の土地を青森市に提供し、市の総合病院を誘致する運動を進めている。

國本衛氏の私案（1991年～1992年）

國本衛〔杜美太郎〕「国際ハンセンセンター構想」（『多磨』1991.10-1992.6）

(1) 東部医療センター

・1979年多磨全生園は東部の医療センターとして発足した。

医療センター病棟は50床、一億二千万円の予算で完成。しかし、全生園が要求した人員36名（看護婦25、看護助手6、医師2、X線技師1、検査技師1、栄養士1）に対して厚生省要求は23（看護婦20、看護助手1、医師1、検査技師1）、大蔵省査定は10賃8（看護婦8賃8、看護助手1、検査技師1）。かくして50床開棟は不可能なので、25床で開棟。

(2) 大西・成田提案（1978年提示）

・ブロックセンターとは別に、全国で一箇所ハンセンセンターを設立する。全国13施設の母体となる療養所であり、その基盤の上に立って総合病院としての機能を併せもつものである。総長体制のもとに、臨床センター、研究センター、研修センターの3部門で構成し、総長は大学から教授を迎える。

臨床センター：外来診療部の強化、長期療養者の治療強化（内部疾患などに対する高度な診療）、地方施設へ医師を派遣し医療循環を図る。

研究センター：多摩研究所を統合して、臨床研究、病理基礎研究を行う。また13施設が共通して利用できる共同研究と検査なども行う。

研修センター：大学でハンセン病を教えていないので、それに代わるものとし、大学の若い医師、学生及び13施設の医師を対象とする。

(3) 国際ハンセンセンター

- ・国際機能と国内機能の相乗効果の高まりを期待
- ・国内機能は大西、成田構想を基礎にする
- ・国際センターには多摩研究所の統合が前提となる。

1、研究部門

従来の多摩研究所で行ってきた基礎研究を受け継ぎながら、地域の医療機関から高度な専門検査を受託し、さらに難病のうちどれか一つを（出来れば世界に共通する疾病であることが望ましい）研究対象とし、国際センターの中核となり、牽引的役割を負うべきである。スタッフには海外からも招いて、共同研究の場を与えなければならない。

2、研修部門

日本の、かつての侵略戦争によって被害を受けた国々に対し、贖罪の意味を込めて研修部門を設ける。海外及び国内の医師や学生を対象に、ハンセン病の基礎と臨床の研修、ハンセン病治療上関わりの深い形成、整形外科、眼科等の研修を行う。海外からの受入については、現在多摩研究所で行われている研修制度を継続させる。講師は世界各国から招聘する。また医師確保を目的として、国内から受け入れた医師については、海外での研修を積極的に進める必要がある。

3、臨床部門

全国 13 施設の基幹部門の位置づけを明確にし、総合病院と療養所形態を兼ねた臨床部門だが、とりわけ老人医療に力を注ぐ。……リハビリテーションの強化に努める。大学病院や国立リハビリセンター、その他の国立医療機関との提携とともに、研修部門に海外から招聘した講師にも協力を得ながら、継続的なチーム医療システムと、CT、アイソトープ、ICU等の導入を図り、高度な診療体制をつくる。

4、海外協力部門

かつての侵略戦争によって被害を受けた国々をはじめ、発展途上国に対し、ハンセン病患者の為の医薬品、医療機器、機具等の援助や、医師派遣などを行う。形成、整形外科、再燃患者の治療、眼科医、義肢工の技術等。海外からの患者受け入れ。

成田稔氏の私案（1961年～2007年）

『多磨』掲載の成田稔氏の著作（抄）

- 「療養所の今後」通巻 478 号、第 42 巻第 5 号、1961 年 5 月
- 「療養所の今後」通巻 486 号、第 43 巻第 1 号、1962 年 1 月
- 「ある一つの提案」通巻 565 号、第 50 巻第 1 号、1969 年 1 月
- 「らい療養所の将来に関する構想の括め」通巻 582 号、第 51 巻第 6 号、1970 年 6 月
- 「らいセンターの構想と多磨全生園の将来」通巻 592 号、第 52 巻第 4 号、1971 年 4 月
- 「再びらいセンター構想について」通巻 610 号、第 53 巻第 10 号、1972 年 10 月
- 「らい療養所について考える」通巻 622 号、第 54 巻第 11 号、1973 年 11 月
- 「国立らいセンターの構想について思いつくままに」通巻 670 号、第 58 巻第 11 号、1977 年 11 月
- 「療養所の将来」通巻 685 号、第 60 巻第 2 号、1979 年 2 月
- 「これからを考えるために」通巻 794 号、第 69 巻第 3 号、1988 年 3 月
- 「いま、90 周年に向けて考える」通巻 813 号、第 70 巻第 10 号、1989 年 10 月
- 「日本ハンセン病学会と療養所のこれから（上）（下）」通巻 959、960 号、第 82 巻第 12 号、第 83 巻第 1 号、2001 年 12 月、2002 年 1 月

（1）国立らいセンター

治療センターはあくまでも全国的な施設でなくてはならず、多磨全生園と別施設である。

・多摩研究所を施設ごと合併して、国立がんセンターの機構をまねた、「国立らいセンター」に発展させる。

・運営部、病院及び研究所の 3 部門の他に、管理部を設ける。

病院にはリハビリテーション科、老人病科、放射線治療室などを加え、また研究所では、外来診療（いわゆるスキンクリニック）、統計調査、医療援助計画（特に僻地の療養所を対象にする）、あるいは沖縄らい対策などについて、中枢的な役割を果たす。

・病院部門における病床のうち、各科合計 70 ないし 80 床は、多磨全生園入園者（すでに舎籍を持つもの）の、らい及びその他の一般的な合併症の治療にあてるが、現在の精神病院はそのまま病院に移管し、化学療法科（基本治療科）病棟の入室者も、多磨全生園入園者を除き病院入院患者に切替える。

・原則としてらいに関する研究は、それぞれのテーマの下にプロジェクトチームを編成して行われる。

・特殊な治療を要する難治な症例は全国の療養所から集めるが、らい自体については、症形診断その他のサービスが中心になる。

・僻地ないし医師不足に悩む療養所に対しては、各科専門医の定期派遣や救急医師の輪番制配置を行うが、それらは管理部門において合理的に計画されよう。

・今後の進展が期待される外来診療の体制に即応して、特に在宅患者の動態に関する中央把握は、らいセンターの主要な業務となろう。

・このらいセンターが国際的な評価を受けるようになれば、海外技術援助、留学生受入れ、WHOなどとの提携も問題となるにちがいない。

（２）多磨全生園の将来

・らいセンター病院には、多磨全生園の入園者に必要な定床が確保されている。

・らいセンターの発足と同時に、多磨全生園の治療部門は、外来治療棟、臨床検査科、義肢装具科、薬局などの範囲に縮小され、老人病棟を除いて全病棟が閉鎖される。

・さしあたり軽不自由者棟増築、重不自由者棟個室化、集会室及び各ブロックステーションの整備などが問題になる。

・老人病棟は、舎の生活困難な患者を集めて、その原因を探り対策を求めるセンターとし、その結果によっては再び舎に戻すか、あるいは病棟に恒久的にとどめ、老人がより積極的に生きるための援助を目的に、不自由者棟の付属施設として存続させたい。

・これに静養棟を併設して、同じ看護単位の中で管理できれば、特に入院加療の必要は認められないが、ある期間の経過観察もしくは安静が望ましい患者を、より恵まれた環境下で保護することができよう。

（３）らい療養所について考える際の前提

・「らい療養所はらいを病む人々のためにある」から、「すでにらいが治癒したものは去って当然」というのは、理論的に極めて明解であり間違ってもいない。

・しかしここから去るのが当然な人々の多くは、国家的権力によって終生隔離を強制された過去をもつ。

・本来らい療養所は、絶対隔離を基本とするらい対策とともに発展した。

・このらい対策の基本、すなわち隔離の本質は今も改められていない。

・その限りにおいて、治癒した人々に退去を求める権利は何びとも保有しない。

・さらに現行のらい予防法が、改正されるかあるいは廃棄されたにしても、退所拒否（犠牲者を自認するものの、このような心情的抵抗のはげしさはいうまでもない）を慰撫するに足る対策があるうか。

・それはともかく、化学療法の発達とリハビリテーション医学の台頭は、らいの社会復帰を現実のものとする一方、療養所の在り方が問われる契機となった。

・これまでのらい療養所は、特殊な隔離施設として、一般には恐怖と嫌悪と好奇の存在でしかなく、らいの偏見を助長する大きな要素となっていた。

・その意味において、「特定な場所で特定な人が特定なことをすべきではない」というらいの治療の原則論は正しい。

・ゆえにこの原則に基づくらい予防法の改正と、外来診療施設の設置や国公立大病院におけるらい診療部門の併設は、緊急に検討されねばならない。

・ただらいが一般的な疾患として扱われるまでの過渡期に、らい治療センターのような、

療養所とは異なる形態の専門施設が必要かもしれないが、そこでは治療技術の普遍化を目標に、伝染性をもつ患者を主に集めるとよい。

・以上を通して考えると、らい療養所は強制的に終生隔離された人々のためにあるとしかいえない。

・結論として、らい療養所のあり方や患者の扱いは、らい対策の歴史的推移に並行して考えないと、常に論議は空転するであろう。

(4) 2007年時点の構想(「第2回ハンセン病資料セミナー2007」2007年8月26日の講演から)
全生園を病院と養護施設の2つの部門に分けて、独立の施設とする。

A. 病院

- ・地域の国立病院機構のなかの、さもないければ、昭和病院の分院にさせていただく。
- ・対象は老人。病床数は最低100。一般病床。
- ・入院対象は、分けた養護施設のほうの患者で、数が減ってくれば、一般患者を入れる。
- ・外来に必ずハンセン病専門医を1人配属する。

B. 養護施設

- ・現在の一般者と軽症者が対象。
- ・名称は国立多磨全生園。ハンセン病という名前は除く。
- ・一般の養護施設と同じ。有料老人ホームと同じ。
- ・一般の人は入れない。
- ・欠員が出ても原則として補充しない。不足した場合は、病院からの兼務とする。
- ・施設長は医者でなくても良い。
- ・必要な介護体制だけはきちんとする。

長尾レポート(2005年～2006年)

主任研究者長尾榮治「国立ハンセン病療養所における現状及び将来に関する対策の研究
平成16年度 総括・分担研究報告書」2005年3月

研究目的：

全国の国立ハンセン病療養所における現状を分析すると共に将来推移とイメージ像を予測し、その実現に必要な対策内容と計画を提示して国の政策に反映させる。

研究方法：

各施設の入所者数の将来推計や状態(疾病・活動性・住居等)変化の予測、園に大変化・変動が起こす要素の抽出、構想実現の必要条件・問題点・課題等を調べた。

結果と考察：

施設機能

ハンセン病元患者に対する施設機能の優先

現在のコロニー的な運営から将来はホームや病棟的な運営に切り替え

他機能の導入は入所者の医療・福祉を維持する補完的な内容である。

医療体制

園内の医療体制と外部医療機関との二本柱ですすめる。

園内はホームドクター、専門医療は外部から行う体制が望ましい。

外部医療機関へ治療・看護内容の具体的なハンセン病教育が必要である。

外部医療機関での送迎・手続き・付き添いの確保が必要である。

建物

施設整備計画を5年単位の計画で進め、集約化をすすめる。

入所者にとって各種活動が利用可能な位置に移動させる。基盤部門の縮小が可能になる整備をする。

職員配置

不自由者センターの準病棟化を考慮することも必要である。

効率化を目的に、再配置が必要である。

ホームドクターの確保

配置職員数の適正化

業務効率化の施設や機器の整備

入所者意向調査を実施

園内生活のQOL向上を図ること等が必要である。

結論：

将来構想を実現するには、多くの不確定な要素が存在し、それらを左右する決定的な要素は、「入所者の意向」であることが明確になり、入所者自治会の「将来構想検討委員会」による「入所者の意向」を待つことが必要となった。

将来構想を実現させる条件

制度（法）的に実現が可能であること

適材適所に人の確保ができること

ハンセン病を理解している外部環境を確保すること

入所者に必要な医療と福祉の内容を把握すること

入所者個々の希望が叶えられるよう努力すること、

第1位優先課題は「入所者の最後の1人まで対応すること」であり、「入所者が居なくなった後の施設をどうするか」ではない。

同上「国立ハンセン病療養所の将来状況と対策の研究 平成17年度総括・分担研究報告書 修正版」2006年4月

研究主旨：

入所者と療養所運営の現状を分析し、今後の推移予測をした。

ハンセン病療養所の入所者が「一般社会に居る遜色のない状況」で生涯を送れるようにするためには、高齢化と減少化の中で施設内の集約、人材の確保、外部医療機関との連携強化が最も対策として必要である。

入所者数が200名から100名に減少する過程で人材（特に医師）の確保が困難になると思われる。特に地理的に離島・山上・僻地に在る療養所は運営が難しくなる。今後の運営には、業務単位の再編成と職員配置基準の策定が必要である。現実的には5カ年計画を立てて将来計画を進めることが重要と考える。一方、外部病院でハンセン病患者・元患者が安心して受療できるような教育システム構築の一手段として『ハンセン病診断・鑑別診断ナビゲーター』を作成した。

研究結果と考察：

・入所者のほぼ全員が複数の慢性疾患を持っており、生活習慣病・高齢者疾患の対策のみならず、今後も後遺症に関連する疾患対策が必要である。

・大半の施設に於いて「入居者数の減少速度は不自由者棟の方が早く一般舎の方が遅い」ために、「高齢者のQOLが実現できる住居」を作る必要がある。

・介護時間は、同程度の一般老人要介護者の介護時間に比べてより長い時間を必要としている。

・介助がなければ日常生活に故障がでてくる者が多く、常に観察と見守りが必要である。

・病棟・不自由者棟・一般舎の入居率は低く、職員配置は非効率である。この状態を改

善するため、不自由者棟の集約化と建物の更新などが必要である。その際には各施設における適切な看護・介護単位と職員配置人数の基準を定める必要がある。

・「高齢になっても現在の場所に居りたい」との希望が多い入所者のほぼ全員が 80 歳以上になる頃に、療養所は一般介護老人保健施設のようにになると推測される。

・医療体制の現状に関して、僻地や離島や山上に在る施設では医師確保に困難をしている。

・医療レベルに関して「入所者が内外医療機関で受けているレベルは高い」と考えている施設が多かった。

・外部医療機関との連携は、多くの施設で良好に進められている。

・職員のモチベーションを保たせる工夫が必要であると考ええる。

・将来構想のモデル像として 他の機能の併設 転居 縮小が考えられた。しかし、入所者が居なくなった後のことを考えると、併設型は考えにくい。

・「入所者が一般社会に居る遜色のない状況であること」の実現のためには、100 名以下になる時点において、離島、山上、僻地に施設が在る場合は地理的条件が悪く、転居も選択肢である。

・100 名以下になると人材の確保が極めて困難になる。特に地理的な条件の悪い施設の場合は転居も選択肢である。

・病棟と不自由者棟と外来治療棟とがそれぞれ独立した単位にはなれなくなってくる。新しいシステム構築が必要となる。

・毎年毎に 5 年計画を提示して運営を進めることが重要である。

・外部委託のための外部環境の整備（定期的な協議会の開催や委託先のスタッフ教育など）が重要である。

・一般社会との共存のために、敷地の売却・譲渡あるいは貸与（医療機関や福祉施設等に対して）の計画も一つの選択肢である。

いずれにせよ、将来構想実現の条件は、集約化 内外連携 職員の適材適所配置である。入所者のニーズに応じた体制作りが必要である。