

Title	ハンセン病療養所の施設構成と居住環境の変遷に関する研究( Dissertation_全文 )
Author(s)	境野, 健太郎
Citation	Kyoto University (京都大学)
Issue Date	2007-09-25
URL	<a href="http://dx.doi.org/10.14989/doctor.k13381">http://dx.doi.org/10.14989/doctor.k13381</a>
Right	
Type	Thesis or Dissertation
Textversion	author

# ハンセン病療養所の施設構成と居住環境の変遷に関する研究

境野 健太郎



## 目次

・・・ 序論 ・・・	
第1章 研究の背景と目的	1
1-1 ハンセン病療養所という研究主題	3
1-1-1 ハンセン病とは	3
1-1-2 ハンセン病患者の療養環境	4
1-1-3 ハンセン病をめぐる処遇の変遷	8
1-2 研究の位置づけ	16
1-2-1 さまざまな研究分野の視点と成果	16
1-2-2 建築学における先行研究の取り組み	24
1-2-3 研究の位置づけ	28
1-3 研究の目的	30
1-4 研究の課題と方法	31
1-5 用語の定義	32
1-6 論文の枠組みと構成	34
・・・ 本論 ・・・	
第2章 ハンセン病療養所の施設構成の変遷	43
2-1 はじめに	45
2-1-1 本章の位置づけ	45
2-1-2 本章の目的	46
2-1-3 調査概要	46
2-2 療養所発展段階の時期区分	48
2-3 ハンセン病療養所の施設構成	50
2-4 本章で得られた知見	62
第3章 ハンセン療養所の居住空間改善過程	67
3-1 はじめに	69
3-1-1 本章の位置づけ	69
3-1-2 本章の目的	70
3-1-3 調査概要	70
3-2 寮舎プランからみた居住空間の変遷	74
3-2-1 寮舎プランの分類	74
3-2-2 各変革期における寮舎プランの変遷	75
3-2-3 寮舎プランの変遷に関する考察	80

3-3 寮舎プランと生活展開の変遷	82
3-3-1 各時代における寮舎の生活環境への要望とその改善方法	82
3-3-2 寮舎移行過程の異なる対象者の生活環境変遷	85
3-4 本章で得られた知見	87
第4章 患者住宅の平面構成と自主的改修特性	89
4-1 はじめに	91
4-1-1 本章の位置づけ	91
4-1-2 本章の目的	91
4-1-3 調査概要	92
4-2 建設当初における患者住宅の平面構成	94
4-2-1 住宅平面の類型化	94
4-2-2 住宅型と空間面積配分	96
4-3 改修による平面構成の変化	97
4-3-1 長屋型住宅の平面構成の特徴と改修特性	97
4-3-2 戸建住宅の平面構成の特徴と改修特性	100
4-3-3 戸建住宅の建設経緯と改修特性	102
4-4 本章で得られた知見	105
・・・ 結論	・・・
第5章 結論	109
5-1 各章で得られた知見のまとめ	109
5-2 結論	111

## 第1章 研究の背景と目的



## 1-1 ハンセン病療養所という研究主題

### 1-1-1 ハンセン病とは

ハンセン病 (Hansen's disease, Leprosy) は、らい菌の感染によって起こる慢性の細菌感染症であり、人目につきやすい顔面や四肢に変形や皮膚潰瘍などの症状があらわれるため、不当に恐れられた疾病である。らい菌に感染しても発症することは稀であるにも関わらず<sup>1)</sup>、潜伏期間が3年から20年にも及ぶといわれ、また家族内に病人がいると菌との接触が濃厚になり感染しやすくなるため、かつては遺伝病と誤解されたこともあった。現在は、有効な治療法(多剤併用療法: Muitidrug Therapy, MDT)が開発され、一般の感染症として外来治療が主体となっている<sup>2)</sup>。

らい菌は、結核菌と同じ抗酸菌<sup>3)</sup>の仲間の桿菌<sup>4)</sup>であり、培養しても増殖しない。皮膚、粘膜、末梢神経、目を好んで侵し、菌に侵される組織により、大きくらい腫型と類結核型の二病型に分けられる。ここでは、一般的な病型分類である「リドレーとジョプリングの分類」<sup>5)</sup>(1966年提唱)を用い説明する。顔面や四肢に褐色の結節(癩腫)を生じ、眉毛が抜けて頭髪も少なくなり、結節が崩れて特異な顔貌を呈し、皮膚のほか粘膜神経をも侵すLL型(らい腫型: 結節型/結節癩ともいう)と、皮膚に赤色斑を生じ知覚麻痺を伴うTT型(類結核型: 斑紋型/癩・神経型/癩ともいう)に分けられる。LL型は、らい菌に対する抵抗力が弱く、病巣組織内でらい菌が多数増殖しているものであり、黄褐色から赤褐色の多少湿った発疹や隆起した結節が全身に左右対称性に現れる。TT型は、病巣内での菌の増殖が末梢神経組織内だけに限られるもので、赤褐色の乾いた紅斑が生じ、斑紋型・神経型(斑紋型の斑紋が消失したもの)とも呼ばれる。他に、LL型とTT型の間免疫応答を示すB群(境界群)と、頻度は低いがI群(未分類群)がある。B群は更に、その特徴によりBL型、BT型、BB型に分けられる。I群は、らい菌の感染が成立した「免疫不全個体」が発病したときの初期症状と考えられており、病態が更に成熟すると、LL型、TT型、B群の病型を示すようになる。日本では伝統的に、結節型・斑紋型・神経型の三分類が用いられてきた。

かつては「癩(らい)病」と呼ばれたが、差別的意味合いを含む呼称であるため、「らい予防法」の廃止(1996年)を期に、らい菌を発見したノルウェーの医師ハンセン G.H.A.Hansen (1841-1921) の名にちなみ、ハンセン病と呼び名が改められた<sup>6)</sup>。

1) らい菌の感染力に関しては、微力であるという考えが広く支持されているが、異論を唱える学者もあり結論はまだ出ていないのが現状である。しかし、発症力という点では、この菌は極度に弱く、仮に感染が成立しても発病にまでつながらず症例は、感染例の0.2%以下と考えられている。牧野正直・畑野研太郎. 1994. 『ハンセン病について - 医療従事者のために - 』. 邑久光明園: p.9.

2) 治療は、薬物治療が中心で、ジアフェニルスルホン(レクチゾール: DDS)、リファンピシン、クロファジミン(B663)の併用療法が行われる。これら三剤は、オフロキサシンとともに保健適用薬剤であり、卓越した治療効果だけでなく、再発率の低さ、らい反応(経過中の急性反応)の少なさ、治療期間の短縮の点で優れており、わずか数日間の服薬で菌の感染力を抑えることができるといわれている。日本での新患者の発生はほとんどなく、また多剤併用療法により世界中で患者数は減少しつつある。しかし、在日外国人の新患者数が毎年10名前後発生しており、注目されている。

3) 抗酸菌とは、「菌体の表面に多量の脂質・蠟質を持ち染色されにくい、いったん染色されると、酸・アルコール・煮沸などの強い脱色作用にも耐える細菌。結核菌などミコバクテリウム属の細菌。」(新村出編. 『広辞苑』第五版. 岩波書店)である。

4) 桿菌は、個々の細胞の形状が細長い棒状または円筒状を示す細菌(真正細菌および古細菌)のこと。球菌、らせん菌と併せて、細菌を形態によって分類するときに用いられる慣用的な分類群である。

5) Ridley D.S. & Jopling W.H. .1966. "Classification of leprosy according to immunity - A five group system". Int. J. Leprosy 54:255-273.

6) ハンゼン氏病、ハンセン氏病など時代により異なる呼ばれ方がされているが、現在はハンセン病で統一されている。しかし、一部の法律に「らい」という表現が残っており、また医学用語では、Hansen's diseaseではなく Leprosy が継続して使われており、らい菌、らい反応などに「らい」という呼称が残っている。本論文では、法律名、医学用語など一部の名称及び引用文中を除き、すべてハンセン病で統一する。

1-1-2 ハンセン病患者の療養環境

本研究において、なぜハンセン病療養所を主題として扱うのかについて触れる前に、ハンセン病という病のおかれてきた状況について触れておきたい。それは、ハンセン病という病が広く一般に周知されているとはいえず、ハンセン病療養所の設立の経緯をみても、その後の療養所を巡るできごとをみても、長い歴史の文脈の中に位置づける必要があると判断するからである。

「らい予防法」に明確な退所規定が示されなかったハンセン病患者の療養環境は、1996年の同法の廃止までハンセン病療養所に限られていた。ハンセン病患者をめぐる諸制度の変遷については次節に譲るとし、ここでは、ハンセン病患者の療養環境として整備されたハンセン病療養所の現在と、ハンセン病施策成立以前のハンセン病患者の療養環境について概観する。

日本において、2006年5月1日現在、約3000人の人が全国国立13、私立2のハンセン病療養所に入所している。日本のハンセン病療養所入所者のほとんどは、世界保健機関（以下、WHO）及び日本の治癒基準において完全に治癒しており、1996年4月の「らい予防法」の廃止によって、当然の権利として療養所を離れることができるようになった。しかし、その差別的偏見や誤解と長期の療養によって親兄弟との縁が断ち切れてしまっていることや、断種手術により引き取り手となるべき子供が存在しないこと、そしてハンセン病後遺症による種々の障害を併せ持つ高齢者であることが多いことから、実際に退所が可能となった例はほとんどみられない。治療法も確立された今日、全国ハンセン病療養所は高齢者と障害者の長期療養施設に変わりつつあるといえる。

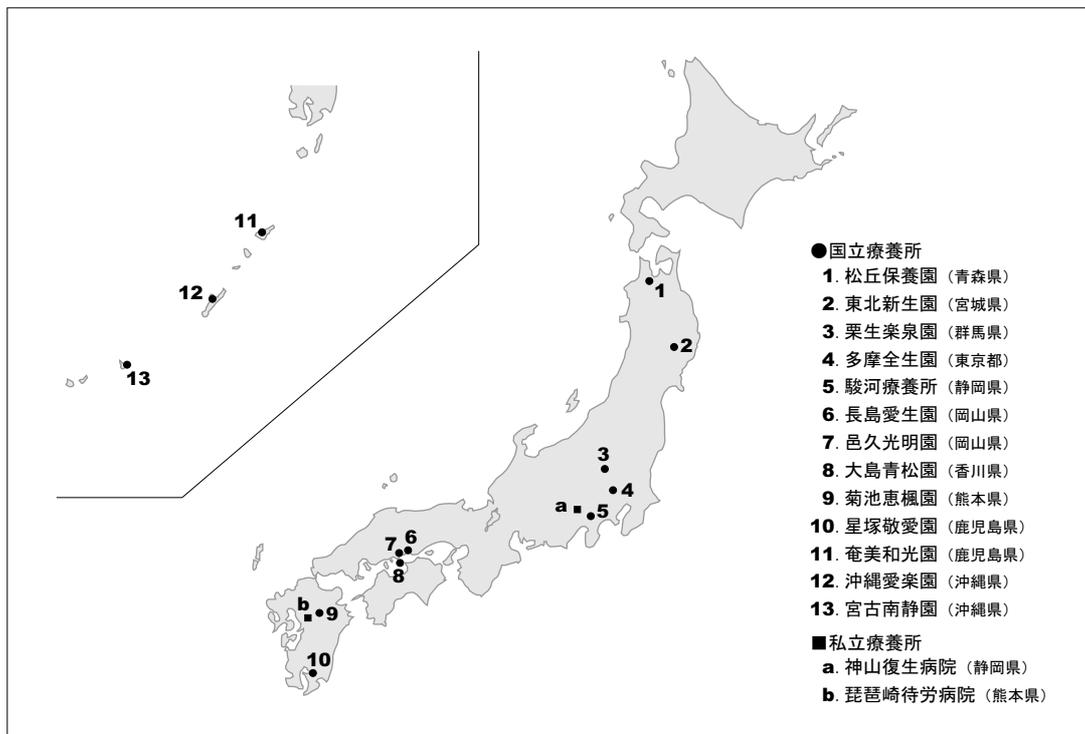


図1-1-1 日本のハンセン病療養所

## ハンセン病施策成立以前の罹患者の療養環境

日本においてハンセン病に対する政府としての施策の取り組みは、1907年の法律「癩予防ニ関スル件」の制定に始まる。この法律の制定を受け設立した公立療養所及びその後開設された国公立ハンセン病療養所を本論文では研究対象としているが、ここではそれ以前のハンセン病 / ハンセン病罹患者のおかれた状況について簡単に触れておきたい。なぜなら、ハンセン病療養所の存在を、ハンセン病という病に侵された者がおかれた歴史の地平に位置づけ論ずる必要があると考えるからである。

ハンセン病は、古くから世界の各地に存在した病気であり、多くの史資料に今日のハンセン病を思わせる記述が残っている<sup>7)</sup>。日本におけるハンセン病の記録として最も古いものは720年に完成した『日本書紀』に登場する「白癩」の記載とされ<sup>8)</sup>、ハンセン病罹患者に対しては、当初、篤志家、特に宗教家やその集団によって、罹患者個人を対象とした患者救済措置が行われていた。

わが国では、奈良、平安時代から宗教家によるハンセン病罹患者の救済が行われたと言われている。594年、聖徳太子により病者、貧者のための「四箇院」(悲田院、療養院、施薬院、敬田院)が設けられ、ハンセン病罹患者も救済の対象であったと考えられるこれらの施設は、その後全国各地に作られている。奈良朝時代には僧・行基が貧民に食を与え、病人に治療を施すといった救済活動を行っており、平安朝時代になると清和天皇の皇后正子が嵯峨に大覚寺を建て、その境内に「不壊化身院」(876年)というハンセン病罹患者のための収容所を設立したといわれる。その後、朝廷や寺院の勢力の衰退に伴い、貧者や病者に対する救済事業はほぼ見られなくなる。

鎌倉時代になると、律宗の僧・忍性によって奈良市郊外に「北山十八間戸」(1240年)が設けられ、ハンセン病罹患者の救済が行われている。施設は、修復・再建を繰り返し、明治維新ごろまで使われていたといわれる。1557年、渡来したポルトガルの宣教師、ルイ・デ・アルメイダが豊後府内で診療を開始しており、これが西欧人による最初の医療救済と考えられている。その後も、キリシタン信仰をもつ大名などによりハンセン病罹患者の救済活動が行われたが、江戸時代になると幕府のキリシタン禁制によりそれらの活動も少なくなり、封建制度の下、ハンセン病罹患者は特定の居住区に閉じこもらざるを得なくなったと考えられている。

江戸幕府の統制力が弱体化すると、国内の移動が可能になり、ハンセン病罹患者も地域から出るようになった。しかし、社会の差別は強く、まともな職につくことができず、昔から皮膚病に効くとされてきた草津温泉や、熊本の本妙寺、甲斐の身延、四国の金比羅などにハンセン病罹患者の部落が形成された。1872年に、ロシア皇太子アレクセイの来日にあわせ、政府は町に溢れる浮浪者300人を本郷加賀邸空長屋に収容した。これが後の「東京養育院」である。1886年にできた草津湯の沢部落は、翌年「癩患者湯治場」として草津本町から分離される。

7) しかし、それらが今日言うところのハンセン病であるのかの確認は、取られていない。

8) 山本俊一・1993.『増補 日本らい史』: p.1.

## 医師による患者救済

明治期になると、ハンセン病の専門病院も幾つか作られている。

東京の医科大学病院のハンセン病治療医だった後藤昌文は、1872年、東京柏木鳴子町の旧加賀邸の空長屋跡に「私設癩病舎」を設け、ハンセン病罹患者の診察を行った。その後、神田猿楽町にハンセン病の専門病院としての「起癩病院」を開設（1875年）、浜松に分院も開業した。起癩病院は、1877年に、東京府よりハンセン病罹患者の治療を委託されている。遠藤道栄は、1874年、岐阜県土岐町に「回天病院」と称する個人病院を開設し、ハンセン病罹患者の救済と大風子油による治療を行っている。1882年には、医師・荒井作が、東京本所にハンセン病罹患者の治療のための専門病院「衆済病院」を設けている。1885年に場所を本郷駒込千駄木町に移したが、大風子油注射による治療が続けられた。1902年に医師木下藤一によりこの病院が買い取られるが、「駒込皮膚科専門病院」、「木下専門病院」と改称しながらも、1923年頃までハンセン病治療病院として医療活動が続けられた。その他、個人経営のハンセン病病院として、万勝寺（広島・明治2年頃）、比浄土寺（京都・明治11年頃）、原田医院（広島・明治20年頃）、楽生病院（神戸・大正10年頃）、竹田病院（博多）、小笠原病院（大阪）、重富病院（鹿児島）などがあったとされるが、詳細は明らかではない<sup>9)</sup>。

私設病院によるハンセン病罹患者救済があるなかで、東京市が経営していた貧困者救済医療施設「東京養育院」においても、行路病者救済の一環として、ハンセン病罹患者に対する治療にあっていた。渋沢栄一が院長を務めた同院では、医員の光田健輔を主任とし、院内に「回春病室」（1901）を設け、ハンセン病罹患者の治療と救済を行っている。

表1-1-1 医師による患者救済

名称	設立経緯
「起癩病院」 (1875年)	岐阜県美濃出身の漢方医・後藤昌文は、明治3(1870)年、東京の医科大学病院（後の東京帝国大学付属病院）にハンセン病治療医として招聘され、治療を行っていた。明治5(1872)年東京柏木鳴子町の旧加賀邸の空長屋跡に「私設癩病舎」を設け、巷に浮浪するハンセン病罹患者約300名を収容し、救護した。その後、東京本町、神田猿楽町と移転しながら、明治8(1875)年、ハンセン病の専門病院としての「起癩病院」を開設し、「大風子油丸」「大風子注射」による治療を行った。
「回天病院」 (1874年)	医師・遠藤道栄は、明治7(1874)年、岐阜県土岐町にハンセン病罹患者の治療を目的とする個人病院「回天病院」を開設し、大風子油による治療と患者救済にあたった。一時、経営が困難になるも、県当局や社会の有識者からの支援や寄附により、大正年代まで医療活動が続けられた。
「衆済病院」 (1882年)	医師・荒井作は、明治15(1882)年、東京本所にハンセン病罹患者の治療のための専門病院「衆済病院」を設け、大風子油注射による治療を開始した。その後、明治18(1885)年に、場所を本郷駒込千駄木町に移し治療が続けられたが、明治35(1902)年、医師・木下藤一がこの病院を買い取り、「駒込皮膚科専門病院」、「木下専門病院」と改称しながら、大正12(1923)年の関東大震災頃までハンセン病治療病院として医療活動が続けられた。
「回春病室」 (1901年)	東京市が経営していた貧困者救済医療施設「東京養育院」においても、行路病者救済の一環として、ハンセン病罹患者の治療と救護にあたった。当院の医員であった光田健輔は、院内に12坪の独立した「回春病室」（1901）を設け、常時20人前後のハンセン病罹患者の治療と救済にあたった。その後、病室が手狭になったため、ハンセン病罹患者は明治37(1904)年に慰癩園に委託された。

9) 犀川一夫 . 1999 . 『ハンセン病政策の変遷 - 附沖縄のハンセン病政策 - 』 . 沖縄県ハンセン病予防協会 : p.34 .

## 宗教家による患者救済

開国後の日本において、ハンセン病罹患者の救済に目を向けたのは、布教に訪れた外国人神父や宣教師であった<sup>10)</sup>。ハンセン病罹患者を癒したとされるイエス・キリストの故事にならい、欧米では、ハンセン病罹患者への救済を行うのが信仰の証となっていた。1889年、フランス人神父テスト・ウィードが日本初のハンセン病療養所「神山復生病院」を御殿場に設立したのに続き、1894年に英国「東洋・インド救らい協会」の支援を受けた「好善社」が目黒に「慰癆園」を設立した。1895年にイギリス人宣教師ハンナ・リデルが熊本に「回春病院」を設立、1918年にはハンセン病研究所を設立した。ハンナ・リデルは、沖縄に牧師を派遣しハンセン病罹患者の救済を行っただけでなく、草津湯之沢にキリスト教団体「光塩会」をつくり、「聖バルナバ医院」設立に貢献した。1898年にはフランス人神父ジョン・メリー・コールが同じく熊本にメール・マリー・コロンバを院長として「琵琶崎待労院」を設立した。日本人による救済は、1906年、哲学館の聴講生、綱脇龍妙によって山梨県身延山に「身延深敬園」が設立されている。1917年にはイギリス人宣教師メアリ・ヘレナ・コンウォール・リーが草津の湯之沢地区において救済を開始し、「聖バルナバ医院」を設立、婦人ホーム、少女ホーム、男子寮など20のホームを持ち、国内最大級の救済活動が行われた。

表1-1-2 宗教家による患者救済

名称	設立経緯
「神山復生病院」 (1889年)	明治20(1887)年、フランス人宣教師テスト・ウィード神父が、ハンセン病罹患者を救済するために民家を借り、収容、保護したのを契機として、御殿場付近の罹患者を救済したのが「神山復生病院」(1889)である。同病院は、120年に亘り、現在もハンセン病罹患者の救護を続けている。
「目黒慰癆園」 (1894年)	明治10(1877)年、米国長老教会の宣教師ゲーテ・ヤングマンにより設立された団体「好善社」は、英国の「救らい協会(MTL)」から資金の援助を受け、明治27(1894)年、東京目黒にハンセン病罹患者収容施設(ホーム)「慰癆園」を設立した。明治32(1899)年に、伝染病研究所の北里柴三郎の働きかけで病院組織「私立病院慰癆園」に改めた。昭和17(1942)年に施設は閉鎖された。
「熊本回春病院」 (1895年)	英国聖公会の宣教師ハンナ・リデルは、本妙寺に屯するハンセン病患者をみて、明治23(1890)年、熊本市内に「患者救護所」を設け、患者の救済を始めた。明治28(1895)年に、黒髪村にハンセン病病院「回春病院」を設立し、大正7(1918)年、構内にハンセン病研究所を併設している。昭和7年のリデルの死後、姪のライトが後を継いだ。昭和16(1941)年、病院は解散した。
「琵琶崎待労院」 (1898年)	フランス人宣教師ジョン・メリー・コール神父は、明治31(1898)年、熊本市花園町に患者30名を収容する救護所を設けた後、明治33(1900)年、島崎町に病院「琵琶崎待労院」を新設した。現在も、ハンセン病患者の治療と救護にあたっている。
「身延深敬病院」 (1906年)	明治39(1906)年、綱脇龍妙師は、本妙寺山門前のハンセン病患者を見て身延山の裾に仮病舎を設け、患者を救済した。その後、現地の開業医師の協力を得、医療施設として整備し、「身延深敬病院」としたが、現在は、ハンセン病患者の施設として運営されていない。
「聖バルナバ医院」 (1917年)	英国人キリスト教宣教師メアリ・ヘレナ・コンウォール・リーは、草津湯之沢部落のハンセン病患者救済のために、20のホームを設け、200人以上を収容した。町に1人の医師もいなかったことから、女医服部けさ子の協力により、大正6(1917)年、実費診療を開始し、翌大正7(1918)年「聖バルナバ医院」を設立した。日本のハンセン病救療事業史上最大規模の救療事業であった。

10) 宗教家などの篤志家によりハンセン病患者が救済の対象とされながらも、1907年の「癩予防二閑スル件」の制定まで、政府によるハンセン病患者の救済がみられなかったのは、執政の対象となり得るような大きな流行を示さなかったからだといわれている。牧野正直「解説」. 写真太田順一・全国ハンセン病療養所入所者協議会編『ハンセン病療養所隔離の90年』. 解放出版社：p. 174.

### 1-1-3 ハンセン病をめぐる処遇の変遷

ハンセン病療養所における入所者の生活環境について論じる前に、ハンセン病療養所が設立し、存続するに至ったハンセン病施策の流れと、ハンセン病医療の変化、また療養所入所者によるさまざまな抵抗運動を踏まえて、ハンセン病を巡る処遇の変遷について確認しておく。

#### らい菌の発見

1873年にノルウェーのH.G. アルマウエル・ハンセンによって発見されたらい菌は、翌1874年に細菌学者ナイセルによりその存在が確認され、認知されるに至った。そして、このことによりそれまで遺伝病と信じられていたハンセン病が伝染病であることが確立した。しかし、当時の日本には、前述したように政府としてのハンセン病に対する取り組みは見られず、1879年に発せられた「町村衛生事務条項」においても、ハンセン病は地方病という枠にくくられているだけで、伝染病という認識をまだ持ち得ていなかったといわれる<sup>11)</sup>。

1880年代に入ると、日本でもハンセン病の伝染性についての言説が見られるようになる。1882年に刊行された『難病自療』の中で後藤昌直<sup>12)</sup>はハンセン病の感染の可能性に言及しており、発病には遺伝・自発・感染の三つの場合があるが、潜伏期間が長い場合感染であったとしても、それを特定することはできないと述べている。また、『治癩新論』(1884年)を著した医師小林廣や、『治癩訓蒙』(1886年)の医師松田源徳にも、ハンセンによるらい菌の発見を受け、ハンセン病を伝染病だと理解する記述が見られる。しかし、荒井作<sup>13)</sup>が『治癩経験説』(1890年)の中で「遺伝病ニ限ラサル事ヲ確診」としながらも、ハンセン病罹患者の治療にあたる自身に感染がないことを挙げ、伝染性はないとしたように<sup>14)</sup>、遺伝説に基づく主張も見られ、医療従事者においても遺伝か伝染かまだ確定していなかった。

1897年に開かれた第1回国際らい会議において、ハンセン病はらい菌による伝染病であること、その伝染力は極めて微弱であることが確認された。1909年の第2回国際らい会議でも、第1回会議で決議されたらい菌の感染力は微弱であることと相対的隔離方式<sup>15)</sup>を用いることが確認されている。

ハンセン病に関する公式の全国患者調査は、1900年から1940年までの間に7回行われ、第2次大戦後は、全国療養所の医師からの届出により毎年その数が発表されている。1897年の第1回国際らい学会に出席した土肥慶蔵は、一部の府県が脱落している不完全な調査ながらも日本のハンセン病患者数を19898人と報告している。『全患協運動史』によると、1897年の患者数は23660人で1万人あたりの有病率は5.50とされ、1900年に行われた内務省による第1回らい全国一斉調査では、患者数は30359人、1万人あたりの有病率は6.43人であった。しかし、この当時は、衛生課が警察本部に設置されたように、主に警察官によって調査が行われたため、把握洩れや誤診も相当あるとされている。

11) 「町村衛生事務条項」(内務省達乙第56号)には、「癩病脚気瘧疾等地方病ノ有無其類別及ヒ多少ニ注意シ之ヲ郡区長ニ申出ル事」とある。

12) 起癩病院院長後藤昌文の子。昌文関となっていることから、共同の著作であると考えられている。藤野豊・2001:p.34.

13) 私立衆済病院院長である。

14) 荒井はハンセン病の伝染性を否定し、発病の原因を、「些少ノ麻痺ヨリ起ルモノニシテ其麻痺ノ起因ハ大約打身創傷及ビ切傷腫物等ヨリ兆ス」としている。『癩病蔓延ノ予防及ビ癩病家ノ注意書』(1900年)

15) 相対的隔離方式とは、「ノルウェー方式」とも言われるもので、ハンセン病予防に関して、一般法の枠組みで予防活動を行い、病状の悪化している患者を病院に隔離し治療にあたらせるものである。ハンセン病患者の隔離は家庭内隔離(ベッドを共にしないなど)を原則とし、家庭内隔離が不完全な場合は国立病院において救護隔離もするが、その際も任意の隔離であった。病院等での看護は家族が行い、患者の病状が改善すれば家に帰ることができた。浮浪患者などごく例外的な場合にのみ、強制隔離が認められた。この政策の実施により、実際にノルウェー国内の患者に減少がみられた。

## 「癩予防二関スル件」の制定 - 公立療養所の設立

1907年制定の「癩予防二関スル件」では、浮浪患者や資力のない患者を取り締まることが明記される一方、住所のある患者に対しては消毒及び予防を行うという措置にとどまってお<sup>16)</sup>、牧野が指摘するように、この法律は、放浪する患者を救済するという救貧立法的性格を有しながら、その方策は、感染源である患者を強制的に隔離するという全く矛盾した法律になっていたといえる<sup>17)</sup>。また、この年、「道府県癩療養所設置区域」が公布され、浮浪するハンセン病患者を収容するために、全国を5つのブロックに分け、東京、青森、大阪、香川、熊本に5つの連合府県立ハンセン病療養所が設立されることが決まる。「癩予防二関スル件」が施行され、全国に5つの療養所が開設された1909年には、「在宅患者消毒規定」が公布され、ハンセン病はコレラなどと同じく厳しい防疫・消毒対象の病気に指定されている。

1916年、「癩予防二関スル件」の一部改正により、療養所長に謹慎、減食、監禁などの懲戒検束権が与えられ<sup>18)</sup>、各療養所に「監禁室」「謹慎室」と呼ばれる監房が作られると同時に、入所者の規律・規範を示した「患者心得」が療養所ごとに制定された。翌1917年には「懲戒又八検束二関スル施行細則」が制定され、療養所長の権限でさらに厳しく懲罰を与えられるようになる<sup>19)</sup>。九州療養所で「園内通用券」が使われるようになり、1919年には全生病院でも「院内通用券」の使用が開始された。

## 民族浄化と絶対隔離 - 国際情勢からの乖離

藤野によれば、1919年に始まった第一次世界大戦の戦勝国に名を連ねた日本は、国際連盟の常任理事国にも選出され、日本の国際的地位の向上とともに、日本国民は「大国」意識を持った。それまで私立のハンセン病療養所のうち慰養園を除く、神山複生病院、琵琶崎待労院、回春病院、聖バルナバ医院は、すべて外国の神父・宣教師により設立運営されており、日本のキリスト教徒の間にも、これらのミッションに頼らずに独力で積極的にハンセン病に取り組むべきだという気運が高まり、1925年「日本MTL」<sup>20)</sup>を組織し活動を開始した。

1919年、当時の療養所の収容能力は2000人ほどであったが、内務省の一斉調査で、全国のハンセン病患者総数は16261人と報告された。1923年の第3回国際らい会議（フランス・ストラスブール）において、「絶対隔離」に対する疑問が出始めるとともに、施設を用いた強制隔離は全く推薦されなかったにも関わらず、1926年、内務省衛生局予防課長高野六郎は「国民浄化のために」という論稿を発表し、その中で民族浄化の観点から絶対隔離を説き、未収容患者15000人を全て療養所へ収容するのが最善であると述べた。

16) その第三条に、「癩患者ニシテ療養ノ途ヲ有セス且救護者ナキ者ハ行政官庁ニ於テ命令ノ定ムル所ニ從ヒ療養所ニ入ラシメテ之ヲ救護スヘシ但シ適当ト認ムルトキハ扶養義務者ヲシテ患者ヲ引取ラシムヘシ」とあるが、第二条では、「癩患者アル家又ハ癩病毒ニ汚染シタル家ニ於テハ医師又ハ当該吏員ノ指示ニ從ヒ消毒其ノ他予防ヲ行フヘシ」と書かれている。

17) 『ハンセン病療養所 隔離の90年』: p. 175.

18) 第一条で、「国立癩療養所ノ入所患者ニ対スル懲戒又検束ハ左ノ各号ニ依ル」とし、「二 謹慎 三十日以内指定ノ室ニ静居セシメ一般患者トノ交流ヲ禁ズ 三 減食 七日以内主食及副食物ニ付常食料二分ノ一マデヲ減給ス 四 監禁 三十日以内監禁室ニ拘置ス 監禁は前項第四号ノ規定ニ拘ラズ特ニ必要トミトムルトキハ其ノ期間ヲニヶ月迄延長スルコトヲ得…」と綴られている。

19) その中で、「第八條 左ノ各號ノ一ニ該當スル者ハ譴責又ハ三十日以内ノ謹慎ニ處ス 一、構内ノ樹木ヲ毀損シタル者 …(中略)… 第九條 左ノ各號ノ一ニ該當スル者ハ三十日以内ノ謹慎又ハ七日以内ノ減食ニ處シ若ハ之ヲ併科ス 一、猥ニ構外ニ出テ又ハ所定ノ無毒地ニ立入りタル者 …(中略)… 第十條 左ノ各號ノ一ニ該當スル者ハ七日以内ノ減食又ハ三十日以内ノ監禁ニ處シ若ハ之ヲ併科ス 一、逃走シ又ハ逃走セントシタル者」と細かく罰則が定められた。

20) MTLとは「Mission to Lepers」の略で「救癩協会」というような意味を持つが、非キリスト教徒である光田健輔もその発起人に名を連ねていた。日本MTLは、その後、隔離政策を支える世論形成に大きな役割を果たす。藤野 『「いのち」の近代史』: p. 88.

1920年代、ハンセン病医学は皮膚科の一部としては扱われておらず、そのため、村田正太や光田健輔らが中心となり日本癩学会設立を主張し尽力した。その結果、1928年、光田健輔を世話人として第1回日本癩学会が東京大学で開催される。1932年の第5回日本癩学会において、九州療養所の医師河村正之はその講演の中で、「伝染の危険性の無い患者を療養所に留め置くのは無意味である」と発言している。また京大の医師小笠原登は、論文「癩の極悪性の本質について」(1934年)の中でハンセン病の感染力は甚だ微弱であるとし、翌年の第8回日本癩学会で、感染力は微弱であり栄養不良の影響が大きいことを述べ、光田健輔の取り組む隔離政策を批判した。1938年の第4回国際らい会議(カイロ)においても、感染力が極めて微弱であることが確認され、強制隔離に疑問が呈される。

### 「癩予防法」への改正

浮浪患者の救護が目的であった「癩予防二関スル件」は、1929年に扶養家族の範囲の縮小を行う改正が行われたのに続いて、1931年、社会を感染源である患者から防衛することを目的とする「癩予防法」<sup>21)</sup>へ改正された。「癩予防法」はすべてのハンセン病患者を隔離収容の対象とし、療養所長に引き続き懲戒検束権が与えられると同時に、懲戒検束権を「国立療養所患者懲戒検束規定」として明文化する。1930年には、日本最初の国立療養所、長島愛生園が光田健輔を園長として発足する。

1930年に内務省衛生局から「癩の根絶策」<sup>22)</sup>として、20年計画、30年計画、50年計画の3案が出され、20年計画が採用される。これは、策定後10年で新たに1万床を増床し、当時1万5000人とも目されていたすべてのハンセン病患者を隔離収容する施設をして、その後の10年間で療養所内でハンセン病患者を根絶させるというものであり、ハンセン病の根絶なくして文明国にはあらずと国民に認識させた。1929年に愛知県の民間団体により始まった「無癩県運動」は、岡山県、山口県にも広まっていく。この「無癩県運動」などにより、1930年からの5年間で療養所に入所するハンセン病患者数は5倍になった。1931年、感染への恐怖心を煽ることで隔離政策の強化を正当化し、無癩県運動の推進を図る目的で、皇太后陛下の誕生日を「救らいの日」とし、この日を中心に「らい予防週間」が定められた。

1936年に内務省によって開かれた全国衛生部長と療養所長の合同会議で、「無癩県運動」は官民一体となって組織化され、虱潰しの「患者狩り(狩り込み)」を強力に推進する「根絶20年計画」が公表された。1940年には、厚生省が各都道府県に「無癩県運動」の徹底を指示し、さらに徹底的な「患者狩り」が行われ、熊本県本妙寺のハンセン病部落では、県警署員ら207名による強制執行が行われ、本妙寺は解散、157名が各療養所へ分散収容された。翌1941年には、回春病院(2月)、聖バルナバ医院(4月)の解散に続き、湯ノ沢部落も解散され(5月)、患者574名が栗生楽泉園に収容された。また、この年、全国5箇所の公立療養所が国立へ移管され、1944年には、沖縄でも日本軍による強制収容が開始された。

21) その第三條で、「行政官廳ハ癩豫防上必要ト認ムルトキハ命令ノ定ル所ニ從ヒ癩患者ニシテ病毒傳播ノ虞アルモノヲ国立療養所又ハ第四條ノ規定ニ依リ設置スル療養所ニ入所セシムヘシ」と、すべてのハンセン病患者を隔離収容の対象とすることが述べられ、その第四條ノ二で、「国立療養所及前條ノ療養所ノ長ハ命令ノ定ル所ニ依リ入所患者ニ對シ必要ナル懲戒又ハ檢束ヲ加フルコトヲ得」と、入所者に対する懲戒検束が認められている。

22) 「癩を根絶し得ないやうでは、未だ真の文明国の域に達したとは云へない。此の意味に於て、日本人の文明はまだ半途である。癩を以て仮に文明の尺度とする時、吾等は日本の現状を顧みて、忸怩たらざるを得ない。」: p.3、「国家及び公共団体に於ては、癩のために経費の負担を吝むべきではないのは勿論だが、一方国民中有識有為の士も亦此の問題に向つて、最大の貢獻協力を辞すべからざるものである。これは一個の国難とも謂ふべきである。」: p.6.

## プロミン獲得闘争

かつてハンセン病医療と言え、大風子油を唯一の治療剤としていた。大風子油は、1888年に岡村平兵衛によって精製されたと言われ、プロミン<sup>23)</sup>以前のハンセン病医療には貢献したが、再発率が高く根治薬ではなかった。また、補助治療法としてカルシウム注射や、自家血清療法が行われた時代もある。1942年に「新治らい薬」として「虹波」及び「セファラチン」が登場したが、効かないだけでなくかえって症状を悪化させた例が多かったため、ハンセン病患者の中に新薬に対する恐怖心が増したといわれる。

1941年アメリカでプロミンが、当初は結核の治療薬として開発された。プロミンは結核に対しては効果が得られなかったが、ハンセン病に大きな効果を示し、「最も推奨すべき実験療法であることが認められた」<sup>24)</sup>と報告された。当時戦争中だった日本へは1947年に初めて輸入されるが、日本でも東大の石館守三がプロミンの合成に成功し(1946年)、翌1947年に厚生省が長島愛生園で患者10名にプロミン試用を開始した。その結果、プロミンの特効性が評価され、同年の第20回日本癩学会では3件のプロミンの治療効果が報告されたが、この段階ではまだその効果には懐疑的であった。その後もプロミンに関する研究報告が行われ、徐々にその効果が認められるようになる。

プロミンによる治療効果の報告を受け、厚生省医務局長東龍太郎は、1947年に「らい治療に大きな光明が見いだされつつあり治療を目的とする収容を国策としたい」と報告、翌1948年の衆議院厚生委員会でも東は、「もし十分な予算があれば全ての患者に対してこの進んだ治療を・・・」と答弁している。1949年に厚生省は大蔵省にプロミン予算として6000万円を要求したが、大蔵省により予算が1000万円に減額され、その知らせを受けた各療養所入所者がハンスト・座り込み等の「プロミン獲得運動」を展開し要求を続けた結果、要求がほぼ全面的に受け入れられた。この「プロミン獲得運動」は、療養所入所者にとって、じぶんたちの要求が世の中を動かす力となり得ることを知るひとつの転機となったできごとである。この後、「らい予防法闘争」(1953年)へと展開される入所者運動について、『全患協運動史』(p.50)では以下のように記述されている。

じっと見ていると世の中は少しずつだが動いていた。世の中を動かす、そんな巨大な力をどこの誰が持っているのか。まだ、誰も使った覚えがなく、知らなかったが、それは、僅かずつではあっても、一人一人の人間が持っているのだ、ということが次第にはっきりしてきていた。もうこの辺で気づき、宿命だと何もかもあきらめてしまうことはやめなければならない。ただ、そのためには、すべての患者が、持っている力をふりしぼり、惜しまず出し合う必要があった。

23) ファージェ(米)が1943.9に創製に成功。

24) ファージェ .オリクソン『癩の化学療法』(1943年)(Faget G.H., Pogge R.C., Johansen F.A., Dinan J.F., Prejean B.M., Eccles C.G..1943. "The promin treatment of leprosy". Public Health Reports 58:1729-1741.)

## 戦後のハンセン病を巡る処遇

1945年に敗戦を迎えた日本は、GHQにより、生活困窮者に対する1. 国家責任による保障、2. 無差別平等、3. 公私社会事業の分離、4. 救済費の無制限支出を基本4原則に掲げる「公的扶助に関する覚書」(1946年)が提出され社会福祉政策への方針が打ち出されると、この原則をもとに1946年「生活保護法」が制定され、ハンセン病患者にも生活扶助が支給されるようになった。1947年に「日本国憲法」が施行され民主主義国家となり、ハンセン病患者にも選挙権が与えられた<sup>25)</sup>。この年に第1回患者大会が開催され、1938年に栗生楽泉園内に設置された「特別病室(重監房)」<sup>26)</sup>・強制労働・劣悪待遇・不正職員に関して追求があり、「特別病室」が新憲法のもとに取り壊された。

1947年の第21回日本癩学会では6件のプロミン研究が報告され、プロミンの効果に慎重だった長島愛生園の横田篤三と犀川一夫も「今後継続することにより良結果をもたらすことを期待出来ると思ふ」と述べるに至った。第22回日本癩学会(1949年)ではプロミンの報告も21件に増え、慎重論を敷いていた松丘保養院の桜井方策も「効果は大体判明され大風子油より早く効くことは確実である」と認めるに至った。1951年の第24回日本らい学会では、プロミン、プロミゾール、ダイアゾンの治療効果が正式に認められ、翌年のWHO第1回らい専門委員会で、スルフォン剤(特にダブソン(DDS))の優秀性が確認されるなど、ハンセン病は不治の病から治療可能な病気へと変わっていった<sup>27)</sup>。また同委員会において、「強制隔離は再考を要す」との決議がされている。

しかし、ハンセン病対策に関して政府は強制収容の基本姿勢を崩さず、1940年に成立した「国民優生法」では断種の対象を遺伝病に限定したためハンセン病は除外されていたが、1948年に成立した「優生保護法」<sup>28)</sup>により、感染症で唯一、ハンセン病患者に対して優生手術を行うことが法的にも示された。1949年、厚生省による第2次「無癩県運動」が行われ、未収容患者の根絶策が実行された。これにあわせて、1949年に2000床、翌年に2600床の増床が決定され、厚生省は住民からの聞き込みや投書などで潜在患者を発見することにより、30年計画でハンセン病を撲滅するとした。1950年には、ハンセン病患者の全国調査登録患者数11094人に対し、療養所入所者数8325人、在宅療養者数2769人、収容率は75.04%になった。有病率は1万人当たり1.33人(50年前の5分の1)であるにもかかわらず、厚生省は各都道府県に患者の一扫を指示、報告を義務付けた。その後、1953年度までに5500床の増床が行われ、ほぼ全患者の収容が可能となった。

25)「日本国憲法」制定以前は、ハンセン病患者は、「救護法」により国または地方公共団体の救護を受けているということで、選挙権及び被選挙権を与えられていなかった。

26)癩予防法により療養所長に与えられた「懲戒検束規定」に基づき、1938年、栗生楽泉園内に「特別病室」が設置され、規律に反した入所者を監禁し、懲罰を与える目的で運用された。「特別病室」は、建物全体が4mほどのコンクリート壁で囲われ、内部に8室の監禁室があった。各監禁室の周囲は露天に曝され、豪雪地域である当地では冬場は過酷な環境となるにも関わらず、暖房設備はなく平均収監期間は131日に及んだ。運用された9年間で93人が収監され、獄死者14名、出所後死亡者は8名に達した。「病室」の名がついているが、医師による医療行為は行われず、監禁・懲罰機能に特化しており、隔離撲滅政策の象徴とされた。

27)第2回汎アメリカらい会議(リオデジャネイロ:1946年)でプロミン、プロミゾール、ダイアゾンの有効性が高く評価され、第5回国際らい会議(キューバ:1948年)では、経口薬ダブソン(DDS)やプロミンなどスルフォン剤の有効性が実際の試用により確認されるとともに、ハンセン病が治療可能であることの啓蒙の必要性が強調された。1954年発行の『日本皮膚科全書』にも、「癩の伝染力は他の伝染病より遙かに弱く、重症者と長らく同居しながら感染しなかった例は多く、「プロミンは大風子油が遠く及ばないほどの卓効を示す」ことが記述され、1956年発行の『内科書・中巻』には、「本病の伝染は余り恐るるに足らない。患者と永く共棲することが必要条件であり貧窮、不潔、その他の非衛生生活がその誘因」であり、「プロミンは格段の優秀性を見え(…)明らかに著明な軽快を示す」と記されている。スルフォン剤治療により、1948年には約26%であった国立療養所のらい菌陰性者が、スルフォン剤投与の効果によって1955年には約76%にまで増加している。

28)第三条で「医師は、左の各号の一に該当する者に対して、本人の同意並びに配偶者(届出をしないが事実上婚姻関係と同様な事情にある者を含む。以下同じ。)があるときはその同意を得て、優生手術を行うことができる」とし、その三で「本人又は配偶者が、癩疾患に罹り、且つ子孫にこれが伝染する虞れのあるもの」とハンセン病患者も含まれることとなった。

## らい予防法闘争

1948年に、国立療養所の入所者3276名が衆議院に対し「癩予防法」の改廃を求める請願を行う。1951年には、全生園に本部を置く全国ハンセン氏病患者協議会（以下、全患協）が発足し、癩予防法改正に向けての気運が高まり、その延長線上に、「らい予防法闘争」と呼ばれる、一連の請願・陳情・声明の発表・作業スト・ハンスト・座り込みなどが存在する。

1950年、衆議院厚生委員会で光田健輔らが、ハンセン病患者の取り締まりの強化や、現行懲戒検束規定が新憲法下でも違反でないことなどを訴えた結果、厚生省と法務省の間で、廃止された「特別病室」に代わるものとして代用刑務所に関する協定が成立し（1951年）、菊池恵楓園に隣接してハンセン病患者専用の「菊池医療刑務支所」が実現する（1953年）。この時代の動きに大きな影響を与えたのが、1951年に参議院厚生委員会で行われた光田健輔（愛生園）、林芳信（全生園）、宮崎松記（恵楓園）による三園長証言<sup>29)</sup>である。この三園長の証言は、1952年にWHOのらい専門委員会がハンセン病は完治する病気であり、隔離政策をとるべきではないという結論を出す直前のことであった。1953年の第6回国際らい会議で、スルフォン剤の効果は確定的と報告され、翌1954年にはWHOが、隔離政策の正当性と有効性を大いに疑問視する「近代癩法規の展望」を発表したが、国立療養所でしかスルフォン剤投与を認めない日本においては、実際上は隔離収容を強制することになっていた。

1952年、衆議院議員長谷川保が、現行法は人権を無視した極めて非民主的なものであり且つ憲法違反であるとし、15項目の質問を付した「癩予防と治療に関する質問主意書」を提出するが、政府の回答は「懲戒検束規定は憲法に抵触せず、目下、予防法を改正する意志はない」というものであった。1953年になると、議員立法による予防法改正の動きが起こり予防法案が国会に提出されたが、議会の解散により流案となる。その後、参議院厚生委員会で審議があり、プロミン等の治療薬の卓効は認められた上で、山縣勝見厚相は「勸奨に応じない場合は強制収容が必要」と発言、その後の参議院厚生委員会で山口正義公衆衛生局長は「伝染させるおそれがはっきり診断出来る者はこれを隔離する方針」であることを述べた。

結局、ハンセン病患者の「らい予防法闘争」も実らず、1953年、「癩予防法」は「らい予防法」に改正された。しかし、ハンセン病患者は、「らい予防法闘争」運動が不利であることが分かったと、方針を転換し、憲法の完全な改正ではなく可能な範囲での改善を目指し要求を続ける。その結果、新法は強制隔離を初めとし明確な退所規定のない旧法を踏襲したものとなったが<sup>30)</sup>、「近く本法の改正を期する」という内容を含む9項目の付帯決議が付けられるに至った。

1953年、厚生省より各療養所長、知事宛に「らい予防法」の施行について、外出制限を許可制にする、「患者療養心得」による私生活の規制、勸奨に応じない患者の強制入所措置と罰則等の次官通達が出される。1956年に、厚生省は「暫定退所決定準則」を定めるが、その規定は長期間の経過を観察し、頻回の菌検査を行う等、極めて厳格であった上、当初入所者に極秘とされた。

29)その中で光田は「手錠でもはめてから捕まえて、強制的に入れればいいのですけれども、…(中略)…それがちょっと知識階級になりますと、なんとかかんとか逃れるのです。そのようなものは収容しなければならんという強制の、もう少し強い法律にして頂かんと駄目だと思います。」と証言し、また宮崎は「今の現在の法律では私共は徹底した収容はできないと思っております。それは今やっております今の法によりますと、勿論罰則はついておりませんし、いわゆる物理的力を加えてこれを無理に引張って来るということは許されません …(中略)…この際本人の意志に反して収容できる法の改正ですか、そういうことをして頂きたいと思っております。」(いずれも速記録より)と述べている。

30)1951年には、第三裳掛分校の女子中学生がプロミンにより全治した初めての社会復帰者として新聞にも報道され、同年には全国で35人の退所者を出していたにもかかわらず、依然明確な退所規定は存在せず、旧法同様、外出は禁止されたままであった。

## 世界のハンセン病対策と療養環境改善運動

1956年にマルタ騎士修道会が51カ国から250名を集めて主催した「らい患者救済及び社会復帰国際会議」(通称ローマ会議)で、「らいの伝染性が低いこと及び治療しうる病気であること」が確認され、全ての特別法の撤廃を決議した「ローマ宣言」を発表した。1958年、第7回国際らい会議が東京で開かれ、早期発見、早期治療そして外来治療が周知とされ、強制隔離を定めている法律の廃止が決議される。翌1959年のWHO第2回らい専門委員会(ジュネーブ)では、治療は一般病院の外来治療で行うこと、特別法は廃止するべきであることが強調された。1963年の第8回国際らい会議(ブラジル)でも、「ハンセン病の特別法は不要」であり「無差別の強制隔離は時代錯誤」と決議されている。

予防法闘争で経済的諸要求を差し控えた全患協は、療養環境改善運動の一環として、療養慰安金<sup>31)</sup>の増額等の予算要求を行う。1958年に、厚生省は軽快退所者に生業資金3万円、退所支度金1万5000円等として、世帯更生資金の貸付を始めたが、額が僅少な上、1年の据置期間後5年ないし3年以内の全額返済が求められた。「就労助成金制度」(1964年)でも、額の面ではあまり改正はみられなかった。1959年に発足した「国民年金制度」により、1960年から国民年金の支給が始まった。1級障害者には障害福祉年金1500円が支給されたが、療養所入所者の障害福祉年金受給者は入所者の34%、老齢福祉年金受給者は1.4%だった。1969年に「国民年金法」が改正され、ハンセン病患者にも拠出制障害年金が支給される可能性がでてきた。同年発足したらい調査会の答申に沿って基本処遇の確立を目指し、慰安金、生活物品費を一本化することで、国民年金拠出制1級相当額に改善された「自費支給制度」(1971年)を獲得、1973年に患者給付金は障害基礎年金1級と同額にまで引き上げられた。

1963年、全患協が行った陳情に対し、厚生省若松栄一公衆衛生局長は「学問の進歩に伴って予防法を改正するのは当然であるが…」と発言。同じ年、厚生大臣に19項目からなる「らい予防法改正要請書」を提出し、強制隔離政策の撤廃、退所者保護、在宅治療の充実等を要求する。

1970年、長島愛生園長高島重孝監修の『らい医学の手引き』において、「患者との接触による発病も極めて稀であり、絶対隔離政策はナンセンス」と表記される。また、厚生省国立療養所課により発行された「国立療養所史(らい編)」(1975年)の中に、石原重徳駿河療養所長の言葉として「治療を受けるためには療養所へ入る他無い。これは強制隔離に他ならない」と記された。しかし、厚生省三浦大助公衆衛生局長は衆議院社会労働委員会(1982年)で答弁し、対策の手を緩められないこと、患者に対するある程度の人権制限はやむを得ない、との発言をする。

1975年頃からリファンピシンの強力な効き目もあり、「伝染させるおそれ」による退所の妨げが減少する。また、この頃から無断外出の積極的取締りは無くなり、外出許可も緩やかで入所者の拘束感は次第に減少する。1970年代後半になり、軽快退所が自由に行えるようになったが、入所による生活基盤の喪失や、入所者の高齢化と後遺症、社会に残る偏見、そして政府の社会復帰支援事業の不備などの理由で逆に軽快退所者の数は減少していった。1981年、リファンピシン、ダブソン(DDS)、クロファジミン(B663)の同時併用が卓越した治療効果があり、再発率が低く、らい反応<sup>32)</sup>も少なく、治療期間を短縮できる等の点で画期的であるとして、WHOが多剤併用療法(MDT)を推奨する。

31)「生活保護法」に基づき生活保護患者(結核療養所入所者など)に支払われる日用品費と同じ性格のもの。

32)ハンセン病の経過中に、らい菌菌体成分とこれに対する抗体との免疫複合体が血管壁に沈着して起こる症候群で、B群の病像の経過中に急に発赤が増強し腫張をきたす1型らい反応(境界反応、リバーサル反応)と、LL型およびBL型に見られる反応で、病変部や正常に見える皮膚に発赤と疼痛を伴う浸潤性紅斑が出現する2型らい反応(らい性結節性紅斑、ENL: Erythema Nodosum Leprosum)の2種類がある。

「らい予防法」の廃止に向けて

1987年、全国国立ハンセン病療養所所長連盟が強制措置の撤廃等を求める「新法の改正に関する請願書」を厚生大臣に提出し、1991年には全患協より下条進一郎厚生大臣に「らい予防法改正要請書」が手渡される。1994年、全患協が「らい予防法改正運動のすすめ方」をテーマに支部長会議開催し、厚生省より委託された大谷藤郎ハンセン病予防事業対策調査検討委員会座長が「現行予防法は廃止、新法制定で人間回復」の私的見解、いわゆる大谷見解を公表した。1995年、第68回日本らい学会総会で「らい予防法についての見解」が発表され、隔離強制へ向けて恐怖心を煽ったのは重大な誤りであり、「現行法」はその立法根拠をまったく失っており、医学的には当然廃止されなくてはならない旨が確認される。1995年、全患協が改正と9項目の基本要求を盛り込んだ「らい予防法改正を求める基本要請」を支部長会議で採択する。1995年、ハンセン病予防事業対策調査検討委員会が医学的・国際的に多くの問題を抱えている「予防法の抜本見直し」を求める中間報告書を厚生省に提出した。これに対し厚生省はらい予防法廃止の方向で検討すると答える。1995年、「らい予防法見直し検討会」が「らい予防法を一刻も早く廃止し、優生保護法のらい条項を削除し、患者隔離主体のらい予防行政に終止符を打つべし」との最終報告を発表する。

1996年、「らい予防法の廃止に関する法律」が公布施行され、その第二条で「この法律の施行の際現に国立ハンセン病療養所に入所している者であって、引き続き入所するもの（第四条において「入所者」という。）に対して、必要な療養を行う」ことが明記された。あわせて「医療法」も一部改正され、病床の種別として特に区別されていた「らい病床」を削除し、一般病床に編入された。このことで、それまでは特別に取り扱われる疾患としてハンセン病は扱われてきたが、これからは原則として一般病床での外来診療によって対応し、治療が終了したら速やかに退所させることが決められた。「優生保護法」を改めた「母体保護法」が成立し、優生手術及び人工妊娠中絶の対象から、「らい疾患にかかっているもの又はその配偶者」という項が削除された。また「国民健康保険法」も一部改正が行われ、国民健康保険の被保険者とししない者の例示から「国立のらい療養所の入所患者」等を削除し、施行規則に改めて「国立及び国立以外のハンセン病療養所に入所している者及びらい予防法の廃止に関する法律第6条の規定による援助を受けている者」等を規定した。

1996年、菅直人厚生大臣は「らい予防法」の見直しが遅れたこと、予防法が今日まで残ったこと、優生手術などで多大な身体的・精神的苦痛を与えたことなどを全患協に謝罪し、1998年、政府は「社会復帰支援事業実施要項」を発表した。

「らい予防法」の廃止にあたり、療養所における今後の生活は保障されたものの、長期にわたる人権侵害への加害補償がなされなかったため、1998年に熊本地裁、1999年に東京地裁と岡山地裁に「『らい予防法』違憲国家賠償請求訴訟」が提訴され、2001年、熊本地裁で原告勝訴の判決が下った。この結果を受け、入所者及び入所経験者への補償が行われると同時に、メディアの報道を含めたさまざまな活動により、ハンセン病への「正しい」理解が促されてきた。しかし、その一方で、「ハンセン病元患者宿泊拒否事件」<sup>33)</sup>に象徴されるように、ハンセン病に対する差別・偏見が依然根深く、また新たな差別の喚起に繋がるという、ハンセン病問題の複雑さ、難しさを露見するできごとも起こっている。

33) 2003年11月、熊本県の健康づくり推進課が「ふるさと訪問事業」で予約した菊池恵楓園の入所者の宿泊を巡り、黒川温泉のホテルが「ハンセン病元患者」の宿泊を拒否した事件。ハンセン病問題に関する検証会議 . 2005 . 『ハンセン病問題に関する検証会議 最終報告書』: pp. 735-761 . に詳しい。

## 1-2 研究の位置づけ

「らい予防法」廃止に大きく動きが見え始めてからのこの15年ほどの間に、多くのメディアやジャーナリストによって「ハンセン病」という「隔離された病」は、予防法による人権侵害と被害補償という違いはあれど、常に問題として提起され続けてきた。

しかし、1996年に「らい予防法」が廃止されるまで、ハンセン病療養所の内部の様子は、療養所の外部であるところの社会においてほとんど周知されてこなかった。結果、「らい予防法」の廃止以前にハンセン病 / ハンセン病患者を扱った研究の多くは、医療・看護に関するものであり、その他の分野における研究はほとんど見られない。このことは、療養施設 / 病院計画をその範疇とする建築学においても例外ではなく、ハンセン病患者の療養環境に関する研究はほとんどされてこなかったといえる。

ここでは、数少ない先行研究について、建築学に限らず、さまざまな分野におけるハンセン病研究を巡る視点と成果を整理し、本研究の位置づけを確認しておきたい。

### 1-2-1 さまざまな研究分野の視点と成果

廣川が指摘するように<sup>34)</sup>、行政が抱えている多くの関連資料がさまざまな理由から利用困難である現状において<sup>35)</sup>、また、ハンセン病当事者の高齢化により語り手に残された時間が少なくなっていく中で、ハンセン病を巡る諸々の社会的現実の解明に、当事者の「語り」が果たしてきた役割は大きく、また今後、その比重は増していくものと思われる。語る側の主体的な「語りたい」という情動あるいはその動機が、聞き手の関心と重なるとき、初めて「語り」が有効な手段となり得ることを考えれば、殊、ハンセン病に関して言えば、ハンセン病当事者の「語り」が注目されたのが国賠訴訟であったこともあり、語られる内容も差別被害や人権侵害という法的問題にのみ収束されてしまう危険も指摘できるだろう。しかし、そうではあるものの、多くの史資料が散逸、もしくは開示されない状況の中、ハンセン病当事者による「語り」は、一定の成果を挙げてきたことは紛れもない事実である。

### 歴史学における視点と成果

山本によって、『日本らい史』<sup>36)</sup>がまとめられたのが1993年のことである。史資料及び帝国議会議事録などを用い、過去1500年にわたる日本のハンセン病の歴史について著されたものであるが、管見の限り、おそらくこれが、日本のハンセン病 / ハンセン病患者をめぐる事象について最初に纏められた成果であろう。膨大な史資料の中からハンセン病に関するものを抽出し、過去の事象を丁寧に纏めた大著であり、学術研究とは異なるが、その功績は特筆に値するといえる。

34) 廣川和花 . 2006 . 「ハンセン病問題に関する歴史研究の現状と課題 - 『歴史評論』二〇〇四年十二月号特集「ハンセン病と隔離の歴史を問う」に寄せて - 」 . 大阪歴史科学協議会 . 『歴史科学』No. 183 : p. 16 .

35) 「ハンセン病問題に関する検証会議が厚生労働省、および各自治体に資料開示請求をおこない、開示された公文書、およびそれにもとづく事実については、すでに同会議の『最終報告書』に記載されたもののみを本書でも引用し、叙述した。しかし、『最終報告書』に記載されなかった公文書については、たとえ、それが極めて重要な資料もしくは事実であっても引用、叙述は差し控えた。これは、同会議の調査において、厚生労働省との間に交した取り決めにもとづく判断である」とあるように、未だ多くの関連資料が利用困難な状況が続いている。藤野豊 . 2006 . 『ハンセン病と戦後民主主義 なぜ隔離は強化されたのか』 . 岩波書店 : p. 22 .

36) 山本俊一 . 1993 . 『日本らい史』 . 東京大学出版会 .

藤野は、『日本ファシズムと医療 - ハンセン病をめぐる実証的研究』<sup>37)</sup>の中で、ハンセン病政策が近代ファシズムや天皇制と密接な関係にあることを述べている。隔離政策が推し進められる中で、貞明皇太后<sup>38)</sup>の「皇恩」が強調されることで、絶対隔離の非人道性を隠蔽し、隔離に拍車をかける役割を果たしただけでなく、皇太后がハンセン病患者に対し「慈愛」の言辞を発することで、国民の皇室に対する尊崇の念を高める作用をしたと述べている。また、「慈愛」の皇太后と「厳父」の天皇の姿はお互いを相互補完しつつ、国民に「皇民」としてファシズム国家への帰属意識を強化し、ハンセン病患者をして自発的に隔離政策に従属させる機構を生み出した。隔離が進められ、1915年以降ハンセン病療養所の中では既成事実化していた「断種手術」が法的根拠を与えられる過程で、優生主義が「超医療管理」政策へと普遍化されていく過程 - すなわち、医療政策からみた日本ファシズムの確立過程 - とその矛盾を明らかにしている。

藤野の『「いのち」の近代史 「民族浄化」の名のもとに迫害されたハンセン病患者』<sup>39)</sup>は、多摩全生園互惠会発行の『多摩』誌に9年に亘り連載された記事を纏めたものである。「らい予防法」の廃止や国賠訴訟への動きの中で、その折々のハンセン病 / ハンセン病患者を取り巻く状況にも触れながら、絶対隔離政策が推進されていく過程と「らい予防法」が戦後においても継続されたことについての説明が行われている。また、『ハンセン病と戦後民主主義 なぜ隔離は強化されたのか』<sup>40)</sup>では、強制隔離・強制墮胎は隔離された中での人権侵害であるとの旧来の認識から、ハンセン病患者に断種・墮胎を強制させるためにこそ隔離政策が必要だったと視点を転換させることで、絶対隔離政策が継続する過程について政策史的視点から実証している。基本的人権を謳った日本国憲法が施行された戦後において、隔離政策が維持・強化されたのは、「公共の福祉」の価値観によることを戦後政治史の中に位置づけ、絶対隔離政策の究極の目的を、患者本人のみならず、その子孫を絶滅させることに他ならなかったとする弱者切り捨ての思想について言及し、この思想が存続し、隔離が正当化されていく過程を明らかにしている。

荒井は、『ハンセン病とキリスト教』<sup>41)</sup>の中で、キリスト教が「らい病」あるいは「らい病人」を「罪人」のメタファーとして存在させた聖書の解釈を通して「救癩」事業を展開していく理念を、近代の日本の救済・慈善事業が、天皇による恩賜や慈恵を理念として展開していく過程と重ね、そこに信仰の活路を見出していったキリスト教の「信仰と人権の二元論」<sup>42)</sup>の根本が、聖書解釈そのものの中にこそ存在していることを指摘している。

37) 藤野豊 . 1993 . 『日本ファシズムと医療 - ハンセン病をめぐる実証的研究』 . 岩波書店 .

38) 貞明(ていめい)皇后(1884-1951) . 旧名を九条節子(くじょうさだこ) . 大正天皇皇后 . ハンセン病問題への皇室の役割については、ハンセン病問題に関する検証会議 . 2005 . 『ハンセン病問題に関する検証会議 最終報告書』 : pp.144-152 . 参照 .

39) 藤野豊 . 2001 . 『「いのち」の近代史 「民族浄化」の名のもとに迫害されたハンセン病患者』 . かもがわ出版 .

40) 藤野豊 . 2006 . 『ハンセン病と戦後民主主義 なぜ隔離は強化されたのか』 . 岩波書店 .

41) 荒井英子 . 1996 . 『ハンセン病とキリスト教』 . 岩波書店 .

42) 荒井は、「近代日本のキリスト教「救癩」史を見る限り、信仰と人権は完全に乖離し、ヒューマニズムの美名のもとハンセン病患者の人権は全く顧みられることはなかった。魂の救い(=心の救済:引用者注)と人間の解放(=人権の回復:引用者注)の両面をもつキリスト教が、なぜ人権に無感覚に、このような事業を信仰的動機をもって行い得たのか」を、「信仰と人権の二元論」として、キリスト教「救癩」史の根本問題であると位置づけている。荒井 . 1996 : p.3 .

長島愛生園、沖縄愛楽園で医師、園長として勤務した犀川は、『ハンセン病政策の変遷』<sup>43)</sup>の中で、日本が行ってきたハンセン病に対する行政的な措置（政策）について、ハンセン病の治癒可能性により「救済政策」、「隔離政策」、「治療政策」と時代を区分した上で、「国際らい学会」の決議やWHOのらい専門委員会の勧告など、国際的な政策の情勢を踏まえまとめている。また、戦後、日本から行政分離され、本土とは異なった政策が取られた沖縄の状況についても、政策史的視点により分析・記述を行っている。

森は『草津湯の沢ハンセン病自由療養地の研究 ～ 』<sup>44)</sup>の中で、戦前、群馬県吾妻郡草津町の温泉街に隣接し存在した日本で唯一のハンセン病患者の自由療養地「湯の沢部落」の処遇について、史資料をもとに絶対隔離政策から絶対隔離政策へ傾倒する過程を明らかにすることで、日本のハンセン病政策を政策史的視点により再考している。湯の沢部落に対し国策としての自由療養地認定を求める請願がなされるが、検証の結果、高冷地・谷間の偏狭地という地理的な不利、温泉街との近接故の感染防止の不利、部落の実態、草津温泉の発展への障害などが要因となり、自由療養地議論は療養地設置を中心とした隔離の提唱へ傾き、絶対隔離政策推進の一要因となったことを明らかにしている。また、『湯の沢部落と日本のハンセン病政策』<sup>45)</sup>において、湯の沢部落の実態、大正時代から昭和初期の帝国議会における湯の沢部落を中心としてなされた自由療養地議論の展開と消滅、自由療養地を望む患者達の姿とその顛末などから日本の隔離政策の過程をみるとともに、湯の沢部落の存在が隔離政策に与えた影響について考察を行っている。

同じく歴史学の分野において、廣川は、『ハンセン病者の療養形態に関する考察 - 群馬県吾妻郡草津町湯乃沢部落の事例から - 』<sup>46)</sup>の中で、英国人キリスト教宣教師メアリ・ヘレナ・コンウォール・リー（1857-1941）が「聖バルナバミッション」の名のもとに日本のハンセン病救療事業史上最大規模といえる救療事業を展開した湯之沢部落が持ち得た、強制隔離とは異なる方向性の療養形態、すなわち自由療養地の可能性を、聖バルナバミッションと湯乃沢部落の関係を中心に、湯乃沢部落の政治・経済・社会的側面から検討している。湯之沢部落を解散の対象として危険視し続けた国家の信頼をも勝ち取り、湯之沢部落における最低の生活保障機構として機能し続けてきた聖バルナバミッションの意義と、コンウォール・リーの療養形態構想に言及しながら、聖バルナバミッションの撤退が湯之沢部落の解散と、日本における自由療養地構想の敗北を意味していく過程を明らかにした。

43) 犀川一夫 . 1999 . 『ハンセン病政策の変遷 - 附沖縄のハンセン病政策 - 』 . 沖縄県ハンセン病予防協会 .

44) 森修一 . 2003 . 『草津湯の沢ハンセン病自由療養地の研究 』 . 日本ハンセン病学会 . 『日本ハンセン病学会雑誌』第72巻 : pp. 11-25 ; 森修一 . 2003 . 『草津湯の沢ハンセン病自由療養地の研究 』 . 日本ハンセン病学会 . 『日本ハンセン病学会雑誌』第72巻 : pp. 27-44 ; 森修一 . 2003 . 『草津湯の沢ハンセン病自由療養地の研究 』 . 日本ハンセン病学会 . 『日本ハンセン病学会雑誌』第72巻 : pp. 217-237 ; 森修一 . 2004 . 『草津湯の沢ハンセン病自由療養地の研究 』 . 日本ハンセン病学会 . 『日本ハンセン病学会雑誌』第73巻 : pp. 47-63 .

45) 森修一 . 2003 . 『湯の沢部落と日本のハンセン病政策』 . 『現代思想』第31巻第13号 . 青土社 : pp. 149-165 .

46) 廣川和花 . 2005 . 『ハンセン病者の療養形態に関する考察 - 群馬県吾妻郡草津町湯乃沢部落の事例から - 』 . 『部落問題研究』第173号 : pp. 22-43 .

また、『近代日本のハンセン病者と地域 - ハンセン病自由療養地をめぐる議論を素材に - 』<sup>47)</sup>において、近代日本におけるハンセン病者の処遇に関する構想の一つである、療養所に病者を「収容」するのではなく、一定区域に病者を集めてその区域内において比較的自由に一般社会と近い形態の生活を送らしめようとする「自由療養地」構想が、1887年から1941年まで群馬県吾妻郡草津町に存在したハンセン病者集住地「湯之沢部落」の処遇に関連付けられて議論され、それらは人道的観点のみから出てきたものではなく、また隔離政策の明確な対抗軸として構想されたものではなかったことを示した。結果として、国立療養所栗生楽泉園内に「自由療養地区」なる区域が設定され、自由療養地は「地域」として実現することなく、療養所入所の際の選択肢の一つに矮小化されて政治的決着を見るが、その過程における議論から、湯之沢部落とそれを含む草津町という地域に表れた当該期のハンセン病問題の特質について検討している。

しかし廣川は、歴史学の現状をこうも述べている。『ハンセン病問題に関する歴史研究の現状と課題 - 『歴史評論』二〇〇四年十二月号特集「ハンセン病と隔離の歴史を問う」に寄せて - 』<sup>48)</sup>において、現在のハンセン病研究の主たる関心は、隔離政策による人権蹂躪に対し、被抑圧者としての病者側に立つとする「糾弾の歴史」に大きく傾いているように見え、従来「救らい」の担い手としてアイコン化されていた多くの人物が「隔離政策に荷担した」かどで批判対象とされ、さらには「救らい」という行動様式・思想そのものまでが批判されている現状を疑問視している。実際の彼らの活動の内実やその対象となった病者の声を置き去りにしたまま、あたかもはじめに結論ありきのように批判する傾向に警鐘を鳴らしている。また、裁判（01年・熊本地裁判決）以降のハンセン病問題の取り扱われ方は、国の責任を認めその「立法不作為」を断じた判決によって決定的に規定され、その中で病者を迫害し続け同時に無関心・無理解を改めることの無かった社会全体の啓蒙・啓発という、非常に広汎な対象への働きかけが重要視され、はたらきかける対象が漠然としたものへと際限なく拡散せざるをえなくなっている中で、いったい誰に「隔離の歴史」を「問う」のかという問題、そしてその問うた先に見えるものは何なのかを、多少なりとも展望として提示していくことの必要性を述べている。

47) 廣川和花 . 2006 . 「近代日本のハンセン病者と地域 - ハンセン病自由療養地をめぐる議論を素材に - 」. 『部落問題研究』第176号 : pp. 82-112 .

48) 廣川和花 . 2006 . 「ハンセン病問題に関する歴史研究の現状と課題 - 『歴史評論』二〇〇四年十二月号特集「ハンセン病と隔離の歴史を問う」に寄せて - 」. 大阪歴史科学協議会 . 『歴史科学』No. 183 : pp. 11-18 .

## 法学における視点と成果

法学の分野では、森川は『法律による差別という被害 - 「らい予防法」違憲国家賠償請求事件をてがかりにして - 』<sup>49)</sup>の中で、日本のハンセン病隔離政策は医学的知見に基づく組織的な差別政策であり、隔離政策がその時々最新の医学的知見に基づくことを以て必ずしも正当化されるものではないことを述べている。

また、『無癩県沖縄への救癩運動 - ハンセン病絶対隔離政策の真相究明のために - 』<sup>50)</sup>の中で、沖縄のハンセン病隔離政策が1910年に始まり、1935年以降を絶対隔離政策期と理解した上で、1935年から1944年の強制収容の手前までを「無癩県沖縄への救癩運動の時代」と特徴づけ、戦前の沖縄におけるハンセン病絶対隔離政策が「救癩運動」を通して展開したことを述べた。1935年以前の沖縄は、隔離政策期としては消極的であったにもかかわらず、「救癩運動」が絶対隔離政策を担うためには、「救護」と「隔離」を一組にしなければならない上に、大規模な隔離収容施設が不可欠であった。そのようなものとしての愛楽園設立(1938年)への過程の起点をどこに求めるかが問われており、1935年5月以前にその基準点を設定しうる可能性も残した。それは、戦前の沖縄県の衛生行政に関する資料の不十分さゆえでもあり、戦後も沖縄において絶対隔離政策が継続したとすれば、もはや「祖国浄化」ではないと考えられるその指導理念は何であったのか等、検討すべき課題が多く残されていることを示した。

『ハンセン病差別被害の法的研究』<sup>51)</sup>では、沖縄において本土復帰前の被害が保証対象とされなかった熊本地裁判決を受け、日本のハンセン病隔離政策とらい予防法を対象に、沖縄と本土の「共通の被害」の法的解明と、隔離政策の違法性について考察している。戦前の旧沖縄県における隔離政策の展開過程から「共通の被害」を否定/曖昧にするために用いられた「救癩」の観点について検討を行った上で、本土復帰前の沖縄におけるハンセン病隔離政策を振り返り、戦前の絶対隔離政策の戦後沖縄における継承と発展を沖縄における「共通の被害」の歴史的集積として明らかにしている。

平井の『藤本事件』<sup>52)</sup>について - 「真相究明」と再審 - 』<sup>53)</sup>では、ハンセン病隔離政策が司法プロセスに与えた影響の検証ないし見直しの視点から、藤本事件の一件記録その他資料をもとに、訴訟プロセスの再構成を行い、ハンセン病隔離政策が、訴訟法上の真実性に欠ける証拠に基づく事実認定にいかの影響を及ぼしたかを明らかにしている。らい予防法のハンセン病隔離政策において、ハンセン病であるがゆえの差別・偏見により、公正な裁判を行える状況にない条件の下で、裁判所を含めた司法でさえも、ハンセン病患者に対する差別・偏見の中に構造的に組み込まれていたことを明らかにし、藤本事件が、手続き的に見ても、憲法上の規定が十分に果たされなかったにもかかわらず、ハンセン病隔離政策に基づいて正当化されたことを示した。

49) 森川恭剛 . 2001 . 「法律による差別という被害 - 「らい予防法」違憲国家賠償請求事件をてがかりにして - 」 . 琉球大学文理学部法政学科 . 『琉大法学』第66号 : pp.15- .

50) 森川恭剛 . 2003 . 「無癩県沖縄への救癩運動 - ハンセン病絶対隔離政策の真相究明のために - 」 . 琉球大学文理学部法政学科 . 『琉大法学』第69号 : pp.153-232 .

51) 森川恭剛 . 2005 . 『ハンセン病差別被害の法的研究』 . 法律文化社 .

52) 1951年、熊本県菊池郡水源村で起きた2つの事件の総称であり、その被疑者として藤本松夫が逮捕された。被害者が、県衛生課の要請に対し、彼を「ハンセン病患者」として報告したことを恨んでの犯行とされ、ハンセン病に対する差別・偏見のもと、公正な裁判を行える状況ではない中、熊本地裁で死刑判決が下された。再三にわたる再審請求は棄却され、1962年、刑が執行された。検証会議による報告書において、「藤本松夫はハンセン病患者であるが故に、隔離収容政策のもと、国民として裁判を受ける権利さえ十分には保証されず、殺人罪により処刑された。十分な審理もなされず、無実の訴えは無視された」と指摘されている。

53) 平井佐和子 . 2002 . 「藤本事件について - 「真相究明」と再審」 . 『九大法学』第84号 : pp.161-235 .

## 社会学における視点と成果

社会学の分野における研究では、天田が『沖縄におけるハンセン病回復者の<古い>と<記憶> - 辺境におけるアイデンティティの政治学 - 』<sup>54)</sup>の中で、現在においてハンセン病回復者は、その老いの只中で過去の出来事をいかにして想起しているのか、「沖縄 / オキナワ」という歴史 - 地政的な位置性はハンセン病回復者の<記憶>にいかなる翳を、痕跡を残しているのか、そしてそこでのハンセン病回復者の語りとはいかなる<現実>を作り出しているのかについて検討している。結果、沖縄のハンセン病回復者によるキリスト教を中心とする宗教の信仰あるいはその体現者への帰依は、「ハンセン病」という否定性に抗って当時の入所者たちが自らのアイデンティティを保持するための命懸けの実践であったこと、愛楽園では資源の空白を埋めるが如く、キリスト教救済事業が徹底して展開されたため、高齢入所者たちは信仰と帰依を通じて差別の内面化、葛藤と抵抗の隠蔽化、自己規律化していった結果、後継世代との「世代間の分裂」を強化していること、一方、キリスト教救済事業も国民国家による癩政策も不徹底であった南静園では、施設職員と入所者の現実の力関係は拮抗し、両者の対立の構図が継続した結果、それが逆説的に高齢世代と後継世代の「世代間の継承」を産出する結果となったこと、この相反する世代間のコミュニケーションの形式は、「沖縄」という辺境の位置性にあるがゆえに創り出された構図であり、その磁場において作動している権力の歴史 - 地政学は「沖縄」「オキナワ」ゆえであること等を導き出している。

また桑畑は、『ハンセン病者の<生活をつくる実践> - 戦後復興期の沖縄愛楽園を事例として - 』<sup>55)</sup>において、療養所において説かれた“庇護”は「従属」とほぼ同義であり、“庇護”の名の下に「従属」させ、病者自身の生活をつくる主体性を篡奪する機構が存在したことを述べた上で、そうした機制を胚胎していた療養所が、戦争によって瓦解し、生き抜くために病者は否応なく<生活実践>をおこない、抑圧的な状況が残存する只中で、自己の生活をつくり始めたことを挙げている。この抑圧的状況下での<生活実践>とは、排除され続けた自らの身体を賭して、あるいは、“庇護”の名の下に隠蔽されていた自らの主体性を再構築しながら、断絶させられようとして続けていた園外社会や園外の非病者と関わることであり、すなわち、ハンセン病者の<生活実践>とは、“庇護”の名の下に隠蔽 / 不可視化されていた自らの主体性を行為遂行的に再構成する「戦略」だと指摘している。

また、『ハンセン病者の文学に関する一考察 - <生活をつくる実践>としての沖縄愛楽園のハンセン病者文学 - 』<sup>56)</sup>では、ハンセン病者文学を、病者の現在の生を肯定的にとらえる<戦略>として捉え、ハンセン病者が、ハンセン病を抑圧する状況の只中にどうしてもなく置かれつつも、同時に、その只中でできる範囲で / 使えるものを利用して、自分の過去 / 自分の現在を振り返りながらその意味を定式化しようとした<生活実践>のひとつがハンセン病者文学であったと述べている。また、ここで取られた<生活実践>とは、あるいはそこに見られる<戦略>とは、そのときそのときの当座をしのぐために選ばれた行為であり、長期的な展望にたった大局的なものではなく、その帰結として、抑圧性を転倒させる可能性と、抑圧性を維持させる可能性の双方を孕んでいたことを指摘している。

54) 天田城介 .2003 .「沖縄におけるハンセン病回復者の<古い>と<記憶> - 辺境におけるアイデンティティの政治学 - 」、『熊本学園大学付属社会福祉研究所報』第31号 : pp.163-194 .

55) 桑畑洋一郎 .2006 .「ハンセン病者の<生活をつくる実践> - 戦後復興期の沖縄愛楽園を事例として - 」、『保健医療社会学論集』第16巻2号 : pp.66-78 .

56) 桑畑洋一郎 .2006 .「ハンセン病者の文学に関する一考察 - <生活をつくる実践>としての沖縄愛楽園のハンセン病者文学 - 」、『九州大学大学院比較社会文化学府 .『比較社会文化研究』第19号 : pp.75-88 .

また、『ハンセン病と<家族主義> - <家族主義>が導く帰結と、病者による受容の理由 - 』<sup>57)</sup>では、これまで考察の対象とされることのなかったハンセン病療養所における<家族主義>の論理 - 病者と職員を同じ「家族」の一員とし、相互に配慮しあいながら行動すること、療養所が「家族」の<愛>によって運営されることを説く - が、隔離や療養所運営といったハンセン病政策が、病者に対する「家族」としての<愛>からなされること、ゆえに病者 / 非病者はハンセン病政策に協力するべきであることが説かれ、またこの論理と共通する論理がいくつかの療養所で生み出され、さらにこの論理は病者にすら受容されていたことを明らかにした。また、この論理が受容された理由として、当時存在していた、国家全体を「家族」とみなす巨大な<家族主義>との親和性、家族を希求するハンセン病者への訴求力、この論理を説いた主要な人物である光田健輔の一貫性を挙げている。

蘭は、『ハンセン病療養所に関する実証的研究』<sup>58)</sup>の中で、ハンセン病療養所をひとつのコミュニティとしてとらえ、その中における入所者間、入所者 - 職員間、また療養所の外に暮らす入所者の家族との関わりを、制度的規定や物的環境に言及しつつ、入所者による語りを中心として明らかにしている。また、療養所内における夫婦関係についても入所者への緻密なインタビューにより考察を行ったうえで、アサイラムとしての療養所内において夫婦関係がどのように成り立ち、暮らしの場としての世帯の形成がどのようなプロセスを経て可能となったのかを、療養所当局（統制側）の意図と関連させながら明らかにしている。

また、『「病の経験」を聞き取る - ハンセン病者のライフヒストリー』<sup>59)</sup>の中で、病者を巡る状況が変化しつつあった訴訟期に、社会状況と連動する「語り」に着目しながら、これまでほとんど語られることのなかった入所者の経験について明らかにしている。単なる「過去の苦難」だけでなく、語ることの困難さを克服しつつある「現在」の営みをも、同時に記述している。ハンセン病患者の生活世界探求の出発点を「わずらうこと」の経験に置き、またこの観点から生活史を解読していこうとするものであり、この視点から語りをみることで、従来の社会学で看過されがちであった病者の側の意味世界を考察の対象としている。

有蘭は、『「社会に出ること」の意味 - 国立ハンセン氏病療養所・退所者の生活史から - 』<sup>60)</sup>において、現在まで当事者への接触が困難であるとしてあまり焦点化されることのなかった「療養所退所者」に着目し、退所者へのインタビューから、厚い壁に囲われた療養所の外側にあった退所者においても、退所者が対峙してきた相手が「病気」そのものではなく、彼を「ハンセン病」と名付け、その名づけを根拠として彼の生を規定しようとする、圧倒的かつ巧妙な権力布置のなかで、闘っていたことを明らかにした。また、入所者 / 退所者や当人 / 周囲の家族を超えて、個々人の被害の語りは常に、隔離政策下での自分の位置と、そこで築いてきた生活史から切り離すことはできず、常に個別の立場を明瞭に示す語りは、戦略である以前にまず、そのように語られる生の必然性に基づいていることを指摘している。

57) 桑畑洋一郎 . 2006 . 「ハンセン病と<家族主義> - <家族主義>が導く帰結と、病者による受容の理由 - 」 . 西日本社会学会 . 『西日本社会学会年報』第5号 : pp. 81-94 .

58) 蘭由岐子 . 1999 . 『ハンセン病療養所に関する実証的研究』 . 科学研究費補助金（基盤研究C(2)） .

59) 蘭由岐子 . 2004 . 『「病の経験」を聞き取る - ハンセン病者のライフヒストリー』 . 皓星社 .

60) 有蘭真代 . 2004 . 「「社会に出ること」の意味 - 国立ハンセン氏病療養所・退所者の生活史から - 」 . 京都大学文学部社会学研究室 . 『京都社会学年報』第12号 : pp. 109-127 .

青山は、『子どもをもつこと - ハンセン病療養所におけるタブー』<sup>61)</sup>の中で、ハンセン病政策のひとつである優生政策に着目し、優生政策をめぐる語りからその語りをもつ意味や背景に焦点化し、言説のレベルとの連動ではなく入所者の個人的経験から捉えることで、そこから照射されるハンセン病政策について言及している。結果、療養所文化の相互扶助は、内部コミュニティにおいて優生手術を支えるように機能し、現在も入所者はそのモデル・ストーリーに基づいて語ることを示した。一緒に住めないという現実、養育費の問題と入所者が子どもを育てることは親子とも不幸であるという語りは、療養所内で子どもを持つことをタブー視するモデル・ストーリーとしてよく出てきており、実際、妊娠を知った語り手は迷わずおろすという選択をとった。入所者の語りに見られる断種・墮胎は、子どもができることによるさまざまな問題を回避する手段として位置づけられ、語られる。ハンセン病療養所で見られる権力は、終生隔離という絶対的で物理的な強制として以上に、療養所内における入所者自身の身体化により、入所者同士が共有するもの、共有すべきものとしてあらわれていると指摘する。

#### 文学における視点と成果

文学における研究では、荒井は『御歌と<救癩> - 貞明皇后神格化と御歌の社会機能を巡って』<sup>62)</sup>の中で、貞明皇后節子が詠んだ「癩患者を慰めて」(1932年)と題された一首の和歌を考察対象として取り上げ、皇族による文芸が、象徴的意味性だけでなく、いかに解釈 - 受容され、具体的な政策や社会運動を喚起するものとして機能したかについて、論じている。具体的には、隔離政策を大幅に進展させたこの歌の影響力を、デモクラシー期からファシズム期にかけて引き起こされた皇室の質的変容を見据えながら、隔離政策に与えた政治的影響力、また隔離政策施政者及びハンセン病患者たちと与えた心理的影響力の両面から分析を行っている。「つれづれの友となりても慰めよ行くことかたきわれにかはりて」と詠まれたこの歌は、貞明皇后が直接患者を憐れんだ歌ではなく、隔離政策施政者を「行くことかたき」貞明皇后の、慈悲の媒介者として承認した歌として、少なくとも隔離政策施政者に解釈 - 受容され、患者は、貞明皇后及び媒介者によって一方的に慰められる、いわば皇恩という光を反射し可視化するための鏡としてのみ存在したことを意味している。また、このことは、必然的に<救癩>の媒介者自身の価値を高める働きをするだけでなく、隔離政策施政者に対しても、また患者に対しても、国策へと参加する<準主体><sup>63)</sup>意識を喚起するものとして機能したと結論づけている。

61) 青山陽子 . 2005 . 「子どもをもつこと - ハンセン病療養所におけるタブー - 」 . 現代社会理論研究会 . 『現代社会理論研究』第15号 . 人間の科学社 : pp. 325-335 .

62) 荒井裕樹 . 2006 . 「御歌と<救癩> - 貞明皇后神格化と御歌の社会機能を巡って」 . 『文学』第7巻第6号 . 岩波書店 : pp. 190-203 .

63) 天皇制の心理構造として丸山真男が仮設した、究極的価値の源泉たる「皇祖皇宗」の伝統という垂直の縦軸を有する天皇を中点とする「同心円」の制限下において、中央への忠誠のもとに国策を自発的に遂行するものの存在を、ここでは<準主体>と呼んでいる。荒井 : p. 196 .

### 1-2-2 建築学における先行研究の取り組み

前述したように、他の学問領域と同様、建築の分野におけるハンセン病療養所を扱った先行研究は数が非常に少ない。史資料の散逸、開示される情報の制限等によりまだ十分な検証には至らなくとも、学術論文だけでなく建築学会大会や支部報告会で発表された論文についても、その取り組みと成果を確認しておく必要があるだろう。よって、ここでは、ハンセン病療養所に関連する研究として、明治以降の長期療養施設に関する研究、病院等の医療施設計画に関する研究の流れを確認しつつ、ハンセン病療養所に関する研究への取り組みと成果について述べる。

青木は、『長崎養成所の敷地選定と配置計画について 日本最初の近代様式病院、長崎養成所に関する計画史的研究』<sup>64)</sup>において、長崎小島郷佐古の地に建てられた、わが国最初の近代様式病院である長崎養成所について、史資料にもとづき敷地選定の条件と配置計画を明らかにした上で、配置計画と実際に建てられた病院建築の計画のされ方の比較検討を行っている。その続報、『長崎養成所の平面構成および構造と運営について 日本最初の近代様式病院、長崎養成所に関する計画史的研究』<sup>65)</sup>では、病棟・病室の計画、診療・管理棟の計画、その他の施設の計画、建物の構造について計画段階と実現したものを比較しながら、長崎養成所の使われ方の特徴、問題点について論じている。

また、青木は、『幕末から明治初期における学校附属病院の成立過程と配置および平面構成について - 幕末から昭和戦前期に至る学校附属病院建築の発展過程に関する研究Ⅰ -』<sup>66)</sup>の中で、戦後の病院建築のありように大きな影響を与えた医学校附属病院（大学病院）を対象にし、幕末から明治初期の医学校兼病院の配置、平面構成の特徴から、医学校附属病院が如何に成立したかを明らかにすることを目指し、学校附属病院建築の発展過程を考察している。3連の研究の第1稿である本研究では、明治以降の急速な医学校及び病院の設立を可能にした背景を整理するとともに、明治初期の医学校兼病院では、病院機能と空間がまだ明確に対応しておらず、外来主体の病院であったため、看護機能、患者の生活機能、サービス機能が貧弱であったことを述べている。

青木の研究の続報として発表された新谷の『明治中期から大正前期における学校附属病院の変遷過程と配置および平面構成について - 幕末から昭和戦前期に至る学校附属病院建築の発展過程に関する研究 -』<sup>67)</sup>では、学校附属病院の建設とそれらの整理が行われた明治中期と、学校附属病院において講座制による各科独立主義が進行した明治後期から大正前期における学校附属病院の変遷過程と配置、平面構成の発展について考察を行っている。これによれば、明治26年に帝国大学医科大学に講座制が敷かれたことにより、専門的な教育、研究体制として診療科の分科制が確立し、それに応じるかたちで附属病院における諸機能空間の分科、独立が講座単位で進み、基礎（教育機能）と臨床（研究

64) 青木正夫・新谷肇一・篠原宏年. 1986. 「長崎養成所の敷地選定と配置計画について 日本最初の近代様式病院、長崎養成所に関する計画史的研究」. 『日本建築学会計画系論文報告集』No. 362: pp. 63-73.

65) 青木正夫・新谷肇一・篠原宏年. 1986. 「長崎養成所の平面構成および構造と運営について 日本最初の近代様式病院、長崎養成所に関する計画史的研究」. 『日本建築学会計画系論文報告集』No. 367: pp. 23-34.

66) 青木正夫・新谷肇一・高須芳史・景山正浩・篠原宏年. 1987. 「幕末から明治初期における学校附属病院の成立過程と配置および平面構成について - 幕末から昭和戦前期に至る学校附属病院建築の発展過程に関する研究Ⅰ -」. 『日本建築学会計画系論文報告集』No. 376: pp. 36-50.

67) 新谷肇一・青木正夫・高須芳史・景山正浩・篠原宏年. 1988. 「明治中期から大正前期における学校附属病院の変遷過程と配置および平面構成について - 幕末から昭和戦前期に至る学校附属病院建築の発展過程に関する研究 -」. 『日本建築学会計画系論文報告集』No. 383: pp. 35-50.

機能)の空間分化が明確化していく過程を明らかにした。その後、明治後期から大正前期には、さらに診療科の分科、独立が進行すると同時に、各診療科における外来、診療、医局、臨床教育等の諸機能空間の系列化が見られ始めたことを明らかにしている。また、新谷は、『大正後期から昭和戦前における学校附属病院の変遷過程と配置および平面構成について - 幕末から昭和戦前期に至る学校附属病院建築の発展過程に関する研究 - 』<sup>68)</sup>で、各大学の附属病院において、講座制にもとづく臨床教室機能の拡充と、それに伴う更なる系列化の過程を明らかにするとともに、帝国大学医学部附属病院における各科独立主義の完成とそれに伴う綻びとして総合外来型の誕生(集約化)に注目しながら、学校附属病院の変遷過程と配置および平面構成の発展を考察している。また、この時期には、先進的な事例で入院患者の生活機能に前進が見られたことを、休養室、患者炊事室、喫茶室、患者食堂、理髪室、売店等の設置から述べており、病室に中廊下型(小病室型)と総室型(大病室型)の2つの傾向が現れたことを明らかにした。また、新谷は、『昭和初期から昭和戦前期に至る公立病院の配置および平面構成の発展に関する研究』<sup>69)</sup>において、諸々の外的要因とその時々病院機能と診療、運営方式の矛盾関係という内的要因に規定され変化、発展した公立病院の配置、平面構成を、発展過程から3段階に分け考察している。特に変化、発展が大きかった外来、診療部門を中心に、学校附属病院で見られた傾向と照らしながら検証を行っている。学校附属病院と異なり、ナイチンゲールのHerbert Hospitalの配置に近いものが公立病院にはよく現れることを示し、なぜにこのタイプが多いのかは今後の検討課題としている。

これら青木、新谷による一連の研究では、膨大な史資料から病院建築の史的発展過程を克明に分析し多大な成果を得ているが、病院機能と空間の対応関係の発展を中心に考察を行うものであり、そこでの医療行為内容や利用者の行動 - 特に入院患者の生活環境 - は、考察の対象とされていない。

ハンセン病療養所と同様、隔離を前提とし治療/療養機能を有する施設には、1930年以降、政策的に整備された結核療養所(サナトリウム)や避病院(伝染病院)などがある。明治20(1887)年に作られた「海浜院」(鎌倉由比ヶ浜)が日本で最初のサナトリウムとされ、また1899年に開院し、東洋一のサナトリウムと称された「南湖院」(茅ヶ崎市)では、最盛期の昭和10年代には敷地面積5万坪、建坪4500坪、病室が158室あったとされる。かつて結核療養所を意味したサナトリウムも、現在はさまざまな疾病に対する長期療養施設となっているが、結核療養所に関する資料はその殆どが散逸しており、まったく記録に残されていない。また、「伝染病予防法」(1897年制定)に基づき、病者を隔離し病気の伝播を防ぐことを目的とし整備された避病院についても、その資料の多くが散逸してしまっている。磯貝による『明治の避病院 駒込病院医局日誌抄』<sup>70)</sup>では、当時の代表的な避病院である駒込病院の勤務医が書き記した医局日誌が抄録されており、当時の伝染病(ペストや腸チフス、赤痢)を取り巻く状況が克明に記録されている。当時の避病院の形態を窺い知れる資料として、数点の写真と大正7年の平面図が1点、紹介されている。

68) 新谷肇一・青木正夫・高須芳史・景山正浩・篠原宏年 .1988.「大正後期から昭和戦前における学校附属病院の変遷過程と配置および平面構成について - 幕末から昭和戦前期に至る学校附属病院建築の発展過程に関する研究 - 』『日本建築学会計画系論文報告集』No.390: pp.60-76.

69) 新谷肇一・青木正夫・篠原宏年.1987.「明治初期から昭和戦前期に至る公立病院の配置および平面構成の発展に関する研究」.『日本建築学会計画系論文報告集』No.379: pp.50-62.

70) 磯貝元.1999.『明治の避病院 駒込病院医局日誌抄』.思文閣出版.

建築学の分野で、ハンセン病療養所を対象とした研究が最初に現れたのは、浅香の『ハンセン病療養所付設火葬場の歴史の変遷に関する研究』<sup>71)</sup>である。この中で浅香は、1993年当時のハンセン病療養所付設火葬場が、一つの画期、つまり変革期を迎えていることを示した上で、文献・資料を用い、また踏査により、すべての国立療養所と私立療養所の付設火葬場の歴史の変容と、現在の火葬の実態を究明している。従来火葬場は療養所敷地の片隅に設けられた例が多く、これは山村や離村にみられる形態と軌を一にしており、野辺送りをするに相応しい距離を選んだと考えられることから、「嫌忌」の志向が療養所側に強く働いて隅のほうに追いやったものと考察している。また、この中で浅香は、「今日、記録にとどめておかなければ、後発研究はおろか、この主題は永遠に喪失してしまうのではないかという責務にかられる」と記述し、稿の最後を、「今日の差別や偏見の問題に、建築学をめぐる研究も、誠実にかかわる必要があるのではないかと省みる」と結んでいる。

古山の『ハンセン病療養所の立地に関する研究』<sup>72)</sup>では、さまざまなハンセン病への社会政策が実施され、重要な施策のひとつとして治療収容施設として整備されたハンセン病療養所の役割とその立地傾向を、わが国の近代化、都市化の進展の過程の中に位置づけることも視野に入れながら、ハンセン病療養所が、都市や社会から空間的に隔離された施設と位置づけられた側面を、ハンセン病の治療や予防に関する論考や法案制定時の議論等の関連資料による文献調査と国土地理院発行の地形図を用いた療養所立地の空間的特徴の分析を行い、療養所の立地論と実際の立地状況から明らかにしている。結果、前期（公立療養所：1909）の療養所論では、環境良好であり、市街地から遠く隔たっていない、隔離性の低い場所への立地が想定され、後期（1930年代以降）の療養所論では、患者の逃走防止のため、絶海孤島への立地が提案されたが、患者への配慮や運営上の理由から、温暖な島嶼が想定されたりもし、必ずしも療養所論での立地論が実現化されたわけではなかったことを示している。

建築学会大会では、2000年（1）、2002年（3）、2003年（2）、2004年（1）、2006年（1）にそれぞれハンセン病療養所を扱った報告が行われている（カッコ内は発表編数）。

2001年8月、拙稿『ハンセン病療養所における居住空間の変遷に関する研究』<sup>73)</sup>発表後、他の療養所を対象として、施設史を記録し、居住空間/居住環境の変遷について考察する研究が行われている。

2002年に発表された藤本・楠木らによる『ハンセン病療養施設の建築計画に関する研究 - 国立療養所星塚敬愛園の歴史の変遷』（2編）<sup>74)</sup>では、鹿児島県鹿屋市に存在する国立療養所星塚敬愛園を対象に、ハンセン病隔離政策のもと、施設がどのように変遷し、療養所における入所者の生活環境がどのようなものであったかを、主に治療・療養施設以外の施設及び入所者の生活環境の変遷に照準し、各時代における施設の配置図、平面図及び文献や資料の収集によって明らかにしている。この報告は、西室田周作の『ハンセン病療養施設の建築計画に関する研究 - 国立療養所星塚敬愛園の歴史の変遷』（鹿

71) 浅香勝輔 . 1993 . 「ハンセン病療養所付設火葬場の歴史の変遷に関する研究」 . 『日本建築学会計画系論文集』 No. 450 : pp. 47-56 .

72) 古山周太郎 . 2004 . 「ハンセン病療養所の立地に関する研究」 . 『都市計画論文集』 第39-3号 : pp. 913-918 .

73) 境野健太郎他 . 2001 . 「ハンセン病療養所における居住空間の変遷に関する研究」 . 『日本建築学会計画系論文集』 No. 546 : pp. 113-119 .

74) 藤本啓輔・友清貴和・楠木雄一郎 . 2002 . 「ハンセン病療養施設の建築計画に関する研究 その1 - 国立療養所星塚敬愛園の歴史の変遷」 . 『日本建築学会大会学術講演梗概集(北陸)』 E-1 : pp. 359-36 ; 楠木雄一郎・友清貴和・藤本啓輔 . 2002 . 「ハンセン病療養施設の建築計画に関する研究 その2 - 国立療養所星塚敬愛園の歴史の変遷」 . 『日本建築学会大会学術講演梗概集(北陸)』 E-1 : pp. 361-362 .

児島大学修士論文：2001年度）にもとづくものであるが、療養所に存在した多くの平面図や配置図を記録しており、資料的価値の高いものである。

2003年の脇田・原らによる『ハンセン病療養施設の歴史の変遷に関する研究 - 国立療養所沖縄愛楽園の事例 - 』（2編）<sup>75)</sup>では、敗戦から1972年の本土復帰まで、米軍統治下であり本土と行政分離をされた沖縄において、ハンセン病療養施設がどのように変遷していったのかを、ハンセン病に関する資料・文献及び配置図・平面図を収集し、明らかにしている。居住空間に関しては、開園当初木造瓦葺住宅平屋建てであったものが（内部空間不詳）戦時中は防空壕での生活になり、戦後は瓦礫を集め掘って建て小屋を建設するなど、本土とは違う形での居住空間の確保が行われ、その後米軍からの支援を受け、戦後の混乱期を一時回避するための仮設建築、コンセット住宅や茅葺住宅が作られている。琉球政府時代（1951）に入ると、1室14畳という大部屋ではあったが恒久建築への建て替えが行われ、その後、本土の療養所と同じように、大部屋から個室へと居住空間の変化が見られる過程を明らかにしている。

2006年の三好による『ハンセン病療養所における入所者居住空間の変遷に関する基礎的研究』<sup>76)</sup>では、東京都東村山市にある国立療養所多摩全生園を対象とし、聞き取り調査に基づき、開園から現在に至るまでの寮舎平面プランの変遷過程を把握し、入所者居住空間の変化を明らかにしている。1909年の開設当初、「曲がり家」と呼ばれる、他の療養所では見られない形態の寮舎が存在したが、当時の入所者はすでに現存しないため、図面の収集等が不可能ではあったことは非常に残念であるが、1920年以降の寮舎平面プランを、現地調査及び聞き取り調査によって収集し、プライバシーのない雑居状態から、時代の変化と共に居住空間を獲得していく過程を明らかにしている。

また、支部会にて報告されたものに、松本の『ハンセン病療養所・長島愛生園における居住環境の実態に関する研究』<sup>77)</sup>がある。ここでは、わが国最初の国立療養所長島愛生園を対象とし、居住環境の実態調査及び入所者へのヒアリング調査、住まい方調査を行っている。ハンセン病療養所における居住環境を記録し、その意味を考察するだけでなく、現在の入所者用住宅が抱える問題をも指摘し、療養所の病室とみなし医療法による基準を満たすとする国の基準と、療養所を実際の住まいとせざるをえない入所者の状況との乖離についても言及している。また、住宅不足を解消するために長島愛生園に数多く建設された十坪住宅についても触れ、平面図を紹介している。

75) 脇田正恵・友清貴和・原しのぶ . 2003 . 「ハンセン病療養施設の歴史の変遷に関する研究 その1 - 国立療養所沖縄愛楽園の事例 - 」 . 『日本建築学会大会学術講演梗概集（東海）』 E-1 : pp.205-206 . ; 原しのぶ・友清貴和・脇田正恵 . 2003 . 「ハンセン病療養施設の歴史の変遷に関する研究 その2 - 国立療養所沖縄愛楽園の事例 - 」 . 『日本建築学会大会学術講演梗概集（東海）』 E-1 : pp.207-208 . これら2編の報告は、楠木雄一郎の『ハンセン病療養施設の施設配置と居住空間に関する研究 - 国立療養所沖縄愛楽園の事例と星塚敬愛園による分析』（鹿児島大学修士論文：2002年度）に基づく。

76) 三好宏史・内田文雄 . 2006 . 「ハンセン病療養所における入所者居住空間の変遷に関する基礎的研究」 . 『日本建築学会大会学術講演梗概集（関東）』 E-1 分冊 : pp.99-100 .

77) 松本滋・向泰宏 . 2004 . 「ハンセン病療養所・長島愛生園における居住環境の実態に関する研究」 . 『日本建築学会近畿支部研究報告集』 . pp.225-228 .

### 1-2-3 研究の位置づけ

1996年に「らい予防法」が廃止されるまで、ハンセン病を対象にした研究は、医療・看護の分野以外ではほとんど行われてこなかった。中村が指摘するように<sup>78)</sup>、このさまざまな分野におけるハンセン病をめぐる現実に対する等閑視は、ハンセン病への偏見や差別への加担を意味し、90年におよぶ隔離政策を維持させる要因となったともいえる。今日では、「らい予防法」の廃止やその後の国賠請求訴訟の勝訴を受け、ハンセン病当事者を取り巻く状況は大きな変化をみせた。入所者の「社会復帰」や「里帰り」事業、夏祭りや文化祭への地元住民の参加などにより、少しずつではあるが療養所と「社会」の間にあった「厚い壁」は取り払われつつあるといえよう。こうした状況の中、さまざまな学問領域で、90年にわたり隔離政策が推進・継続された過程の解明や、不本意な状況の只中で当事者が生き抜いてきた社会的現実が明らかにされようとしている。

しかし、議会議事録などの史資料による法制度の成立及び継続過程の解明や当事者の語りをもとに個人の内実世界の考究などが進められる一方、法的根拠に基づき整備され、入所者の生活の舞台である／あったはずのハンセン病療養所という「隔離施設」については、多くの議論がされてきているにも関わらず記録として残されておらず、史資料の散逸などにもよって、その実態はほとんど明らかにされていない。ハンセン病療養所が、世界的にも未曾有の90年に及ぶ隔離を維持させた施設であり、また生活環境の改善を求めて入所者がさまざまな抵抗運動を展開した施設であることを考えれば、ハンセン病を巡る問題を考究するときに、ハンセン病療養所の存在を抜きにすることはできないと考える。

ハンセン病療養所は、ハンセン病患者の隔離を目的とした施設である。かつて、隔離を前提とした治療及び療養機能を有する施設に結核療養所（サナトリウム）や伝染病院（避病院）などが存在したが、それらの施設計画についてはほとんど資料が残されていない現状がある。ハンセン病療養所が、病気の拡大の予防を最大の目的として計画され、「癩の根絶策」（1930年）が示すように、病気の治療や療養よりも患者を施設内に終生隔離することで病気の根絶を目指されたことは明らかである。医学的見地からも人道的見地からも誤ったハンセン病を巡る問題を、歴史に埋没させまいとさまざまな分野で記録に残す取り組みが行われているが、病院建築などの施設計画を範疇とする建築学においてハンセン病療養所に関する記録は残されていない。

行政が抱える情報に利用の制限がある中、療養所入所者の語りの重要度は増しているが、語り手たり得る療養所入所者の高齢化が進む現在こそ、ハンセン病療養所の存在を記録として残す最後の機会であり、このことは同時代に生きるものの責務でもある。

以上のことから、本論文は以下のように位置づけられる。

---

78) 中村文哉 . 2005 . 「ハンセン病問題の社会的問題系とその方法論について」 . 第31回日本保健医療社会学会大会 .

### (1) ハンセン病療養所という施設実態の解明

ハンセン病療養所そのものの状況について記された資料には、各療養所が編纂した年報・園史などがあるが、明治末期以降のできごとであるにも関わらず、古い史資料の多くは散逸している現状がある。また、比較的新しい戦後の年報・園史においても、事務・診療・看護といった各部門における歩みを中心に述べられており、入所者の生活を窺い知ることができる記述は、団体活動・文芸活動・宗教活動など、施設に認可されて行われる活動に限られている。このことは、今日、さまざまな分野でハンセン病に関連する研究が進められているにも関わらず、ハンセン病療養所が建築学の研究として扱われることのなかった一因であると考えられる。よって、本論文では、ハンセン病療養所が「隔離施設」としての性格を特徴付けられ、隔離を主目的として構成された施設計画について、施設平面図と文献資料をもとに、その整備・発展<sup>79)</sup>過程の解明を試みる。

### (2) 療養所入所者の居住空間の解明

ハンセン病療養所における生活の様子は、施設運営者や入所者によりさまざまな記述が残されている。しかし、入所者がかつて生活していた寮舎や施設内に存在した設備などは、その多くが建て替えや取り壊しによって消失し、また記録が残されていないため、現在は、数点の写真や一部図面でのみ、その様子を窺い知れるだけになっている。ハンセン病療養所は世界でも類をみない長期に亘る隔離収容施設であるが、その特徴のひとつに、入所者が自身の手で療養環境改善に取り組んできた過程がある。したがって、本論文では、ハンセン病療養所内に存在した居住のための設備（寮舎及び患者住宅）について、そのすべてのプランを把握した上で、寮舎プランの変遷過程についての解明を目指す。

### (3) 消失した居住環境の再現への試み

ハンセン病療養所が最初に設立されてから100年近い年月が経ち、その間に存在した多くの建物が消失している。残された写真や史資料に限りがある中で、国策により計画された隔離施設の実態を正確に記録にとどめておく必要がある。隔離施設における入所者の生活環境を把握するために、入所者の自治組織の協力のもと、複数の入所者へのインタビュー調査により、入所者の記憶に残された寮舎のプランをひとつずつ図面に起こし検証を重ねることで、かつての居住環境である寮舎プランの再現を試みる。

### (4) 入所者により展開された生活の解明

今日では様々な分野においてハンセン病問題が内包した差別構造の解明やハンセン病当事者の生きられた世界に対する考究が進められているが、その多くは、「国賠訴訟」でも示されたように人権侵害の問題をハンセン病問題として捉える視点に立脚している。また、その帰結として、ハンセン病当事者から語られることばは、差別被害や人権侵害の問題にのみ収束されてしまう危険を孕んでいる。ハンセン病当事者に人権侵害があったことは紛れもない事実であるが、ハンセン病当事者に被害として認識され、語りとして表出する事象だけが、患者の根絶を目指した「隔離施設」のすべてではない。療養所における入所者の居住環境改善過程を、単に物理的実態の関心にとどめず、入所者の人権が激しく毀損され、生きる意味や自己のアイデンティティを根本から問い直される終生隔離という不本意な事態への抗いと捉え、居住環境の解明とともに、療養所入所者の多様な生活展開の抽出を試みる。

79)本論文では、療養所のある段階から次の段階への転換過程を、建築計画という施設整備の観点から「発展」と記述することがある。隔離を強化する方向への施設整備や、そもそものハンセン病療養所の設立・存続を発展と意義付けているわけではないことを注記しておく。

### 1-3 研究の目的

世界的にも、また国内においてもさまざまな意見がある中で、日本のハンセン病政策が、ハンセン病患者に対する終生隔離という方策をもって強力に推し進められたことは前述の通りである。すべてのハンセン病患者を収容することにより病気の根絶を目指したハンセン病隔離政策のもと、「隔離施設」として存在したハンセン病療養所は負の遺産でしかないが、その不本意で過酷な状況の只中で、療養所入所者は抗い、たたかいながら、さまざまな要求や改善運動を展開し、医療や福祉、居住の保障を勝ち取ってきたことは紛れもない事実である。90年に及ぶ隔離政策が廃止され10年が経過する今、ハンセン病をめぐる諸研究の動向は、隔離政策の推進と「らい予防法」の戦後における継続の解明に照準化したものと、当事者の語りをもとに個人の - ハンセン病当事者として生きられた - 内実世界や意味世界からその社会的現実を逆照射し考究するものを中心に、漸く芽吹いてきた状況にあるといえる。しかし、法的根拠を与えられ設立・存続し、また入所者の生活の場であったハンセン病療養所については、研究対象とされることがなかったばかりか、基本的な史資料さえその多くが散逸してしまっている。建築学では、病院建築などの施設計画をその範疇としているものの、ハンセン病療養所が治療や療養よりも患者の隔離、死滅を主目的に作られた<sup>80)</sup>「本来、存在すべきではない/してはならない施設」であるために、建築計画学的視点からの言及はなされていない。しかし、ハンセン病療養所という非人道的施設の実現に、広義の「建築」が加担した事実は否定できず、日本の建築学にはその責がある。90年の長期に亘り隔離施設として機能せしめ、また療養所入所者の社会的現実であったハンセン病療養所が、時代の中でどのように意味づけられ形作られていたのか、その正確な記録の学術的意義は大きい。

よって、本研究は、ハンセン病療養所が、ハンセン病患者を隔離収容し、療養所内で根絶するための施設として計画された点を踏まえ、隔離施設としてのハンセン病療養所の施設計画理念及びその実態を明らかにした上で、療養所に作られた寮舎の居住環境を把握し、入所者による居住環境改善過程を明らかにすることで、隔離政策下における療養所入所者の居住の実態を解明することを目的とする。

---

80)療養所では、ハンセン病に対する医療において、(医療)関係者の認識の遅れから有効な化学療法の導入が遅れただけでなく、薬剤の種類や投与量が担当医の判断に任せられていたため、標準的な治療法が確立しなかったと言われる。また、ハンセン病以外の疾病に対しては、反医療ないし非医療とも言うべき水準であったと報告されている。ハンセン病問題に関する検証会議 .2005 . 『ハンセン病問題に関する検証会議 最終報告書』:pp.226-228 .

#### 1-4 研究の課題と方法

1-3の目的を達成するために、本研究では以下の2つの課題を設定している。

##### 課題1：ハンセン病療養所の施設構成の変遷の解明

施設年報、園史等に収録される施設配置図を中心に、明治末期～昭和中期のハンセン病療養所の施設構成が記録された史資料を渉猟し、ハンセン病療養所の施設構成の実態を把握する。その上で、ハンセン病患者を隔離収容することで病気の根絶を目指したハンセン病療養所が、国策として整備されていく過程における施設計画の変遷を、療養所の設立及び運営に関する議会議事録および施設年報、園史等の史資料等の記述と、実際に実現された施設構成の変化を総合的に分析することによりその変遷過程を解明する。

##### 課題2：ハンセン病療養所の居住空間改善過程の把握

ハンセン病療養所に画一的に整備された居住を目的とする寮舎を対象とし、施設年報、園史、自治会史等の史資料分析から得られた寮舎の名称と位置、その建て替えが行われた年代を基礎資料に、各寮舎に実際に居住した入所者への聞き取りから寮舎プランの再現を行い、療養所に存在したすべての寮舎プランを明らかにする。その上で、建て替えによる各寮舎プランの変更過程を解明し、ハンセン病療養所の居住空間変遷過程として整理し、各寮舎における生活上の問題点及びその改善過程について、各寮舎に居住した入所者にインタビュー調査を行い、実際の寮舎プランと比較検討することで、寮舎の建て替えによるハンセン病療養所の居住環境改善過程を把握を行う。

また、全国で唯一、資力のある入所者に住宅の所有と家族等との同居が認められた栗生楽泉園自由療養地区の患者住宅を対象とし、画一的に整備されたハンセン病療養所内の寮舎と異なり、居住者に建設・維持・改修等の管理が任された患者住宅において、施設に保管された史資料分析により、各住宅の基本属性の把握と建設当初の住宅プランを採集する。その上で、得られた患者住宅プランについて、得られた基本属性(建設時期、建設経緯、居住形態等)を基礎資料とし、建設当初の平面構成を6つの住宅類型に分類した上で、住宅類型及び建設経緯などによる改修特性について明らかにする。

## 1-5 用語の定義

ここでは、本論文で用いる用語について、定義を行う。

### (1)ハンセン病療養所

施設ということばを辞書で引くと、「ある目的のために、建物などの設備をすること。また、その設備。」<sup>81)</sup>とあるように、施設は、建物などの設備のうち“達成されるべき目的を有するもの”という意味を含みもつことばである。よって、本論文では、療養所内に存在する建物(「設備」)やその「設備」配置により表現されるハンセン病療養所、つまり、入所者を管理・統制する主体としての“施設性をもったハンセン病療養所”を「施設」と定義し、単にその場所/空間を指し示すニュートラルな意味でのハンセン病療養所(療養所と略して記すこともある)と使い分ける。

ハンセン病療養所が日本に初めて設立されてからおよそ100年が経とうとしている。ハンセン病療養所が設立され整備されていく過程で、ハンセン病療養所内にも多くの建物が作られている。ある機能にはそれに対応した空間が求められるが、本論文では、ハンセン病療養所内に存在した“何らかの目的を付与して建造された建物”をすべて分析の対象と扱っており、これらの建物を総じて「設備」と定義する。また、これらの「設備」配置よりなるハンセン病療養所の平面構成を、本論文では「施設構成」と定義する。

### (2)ハンセン病療養所入所者

本論文は、ハンセン病療養所内で生活を行う方々からの多大なる協力に、その調査の大部分を依拠している。現在、日本のハンセン病療養所利用者のほとんどは、WHO(世界保健機構)及び日本の治癒基準において完全に治癒しており、既にハンセン病患者ではない。したがって、本論文では、現在のハンセン病療養所入所者を「入所者」、かつて入所していたが現在は退所している人を「入所経験者」、現在及び過去の入所/退所に関わらず、またらい菌の陽/陰性に関わらず、“ハンセン病患者”として生きねばならなかった人(ハンセン病患者の家族をも含みうる)を総称して「ハンセン病当事者」と表記する。また、序章において記述される「(ハンセン病)患者」は、“取り締まり対象としてのハンセン病患者”の意をもって用いており、単に“ハンセン病という病に侵された人”の意で用いるハンセン病患者と区別し表記する。但し、引用文中の表記や法令及び固有名詞等はこの限りではない。

### (3)寮舎/住宅<sup>82)</sup>

療養所内に存在した設備のうち、居住機能をもつものを「寮舎」と定義する。寮舎の語義には、“共同宿舍”の意があるが、本論文では、ハンセン病療養所が運営される過程で、入所者の居住のために作られた建物を、例えその建物が共同居住を求めていなくても、総じて「寮舎」と呼ぶ。「寮舎」は、療養所に与えられた年度予算の中で建て替えや維持・管理が行われるため、施設によって提供された入所者用の宿舍と換言することができる。

一方、本論文第4章では、「患者住宅」ということばを用いている。「患者住宅」は、その建設・維持・管理が居住者自身の負担によって行われている療養所入所者用の居住設備であり、全国のハンセン病療養所で唯一、栗生楽泉園(群馬県草津町)の一地区にのみ建設が認められているものである。療

81) 新村出編、『広辞苑 第五版』。岩波書店。

82) また、紛らわしいことばに「病棟/病室」がある。「病棟」は、ハンセン病療養所において、医療処置を必要とする入所者が一時的に滞在する建物であり、一般的な入院に当たる。「病室」は、これら「病棟」の各部屋を表し、一時的に「病室」に入ることを「入室」と呼ぶ。ハンセン病医療の進歩や入所者の高齢化等により、「入室」する要因はさまざまである。

養所内における宿舎であるため、厳密な意味での“住宅”ではないが、施設予算に基づき提供される「寮舎」に対し、自費による建設・維持・管理が任されている点で、「寮舎」とは異なるものである。よって、本論文では、「患者住宅」(第4章中では略し「住宅」とする)とし、「寮舎」と区別し呼称する。

#### (4) 居住空間 / 居住環境

本論文では、寮舎の形態などによって規定される人が住むための建物の内部を「居住空間」と定義する。それに対し「居住環境」とは、生活するのに伴う社会的なルールや役割をも含めたより広義なものであり、「居住空間」は「居住環境」の一要素と位置づけられる。

#### (5) 更新 / 改造 / 改修

ハンセン病療養所が設立し、整備・拡張される中で、「寮舎」の建て替えが行われている。本論文では療養所における「寮舎」の建て替えを、「改造」と「更新」とに区別して表記する。「改造」とは、柱や梁などの構造躯体はそのままに、部屋の構成やレイアウトを変更するために一部改築及び増築を行うことを表し、「更新」は、「寮舎」を一度すべて取り壊し、完全に建て替えを行うことを表す。

「患者住宅」では、既存の「住宅」に増築やレイアウトの変更を行うことで、住環境の改善を図っており、これらを「改修」と表現する。

## 1-6 論文の枠組みと構成

本論文は、序論（第1章）、本論（第2章～第4章）、結論（第5章）から構成されている。各章の構成は以下の通りである。

第1章は序論であり、ハンセン病が置かれてきた状況について概観するとともに、さまざまな研究分野における取り組みとその成果について述べる。次に、本研究の位置づけを明確にした上で、研究の目的、課題及び方法について説明を行う。

第2章は、「課題1：ハンセン病療養所の施設構成の変遷の解明」に対応するものであり、ハンセン病療養所が、ハンセン病患者に対し強制収容・終生隔離を行う施設として、どのように計画され、存続したのかを、施設計画と施設構成の変遷過程から明らかにする。ここでは、全国に整備された国公立の全13療養所を対象とし、設立時の状況、入所定員数の増加に伴う施設整備の状況について、施設規模、入所者属性、病気の位置づけを軸に、時系列に横断的な分析を行う。

第3章は、「課題2：ハンセン病療養所の居住空間改善過程の把握」の前半に対応するものである。岡山県の療養所を対象とし、強制収容・終生隔離を行うハンセン病療養所における入所者の居住環境改善過程を把握するために、複数の入所者からの聞き書きにより療養所内に作られた寮舎プランの再現を行い、療養所開設以降に存在したすべての寮舎プランとその変遷過程の解明を行う。また、各寮舎の居住経験者へインタビュー調査を行うことで、各寮舎における居住環境の問題点及び改善過程を抽出し、入所者による居住環境改善過程を解明する。

第4章は、「課題2：ハンセン病療養所の居住空間改善過程の把握」の後半に対応するものであり、全国のハンセン病療養所で唯一、資力ある患者の居住を対象とした自由療養地区の患者住宅を取り上げる。建設・維持・管理等が居住者に任せられ、家族などと同居することを認められた患者住宅において、史資料の分析から患者住宅の基本属性と取得時の住宅プランを把握し、住宅の平面構成の特徴を明らかにする。また、現存する患者住宅については、実測調査及び居住者にインタビュー調査を行い、患者住宅の改修特性について考察する。

第5章は結論であり、前章で得られた知見をまとめるとともに、施設構成の変遷とそれぞれの居住環境改善過程の考察を行い、本論文の結論とする。

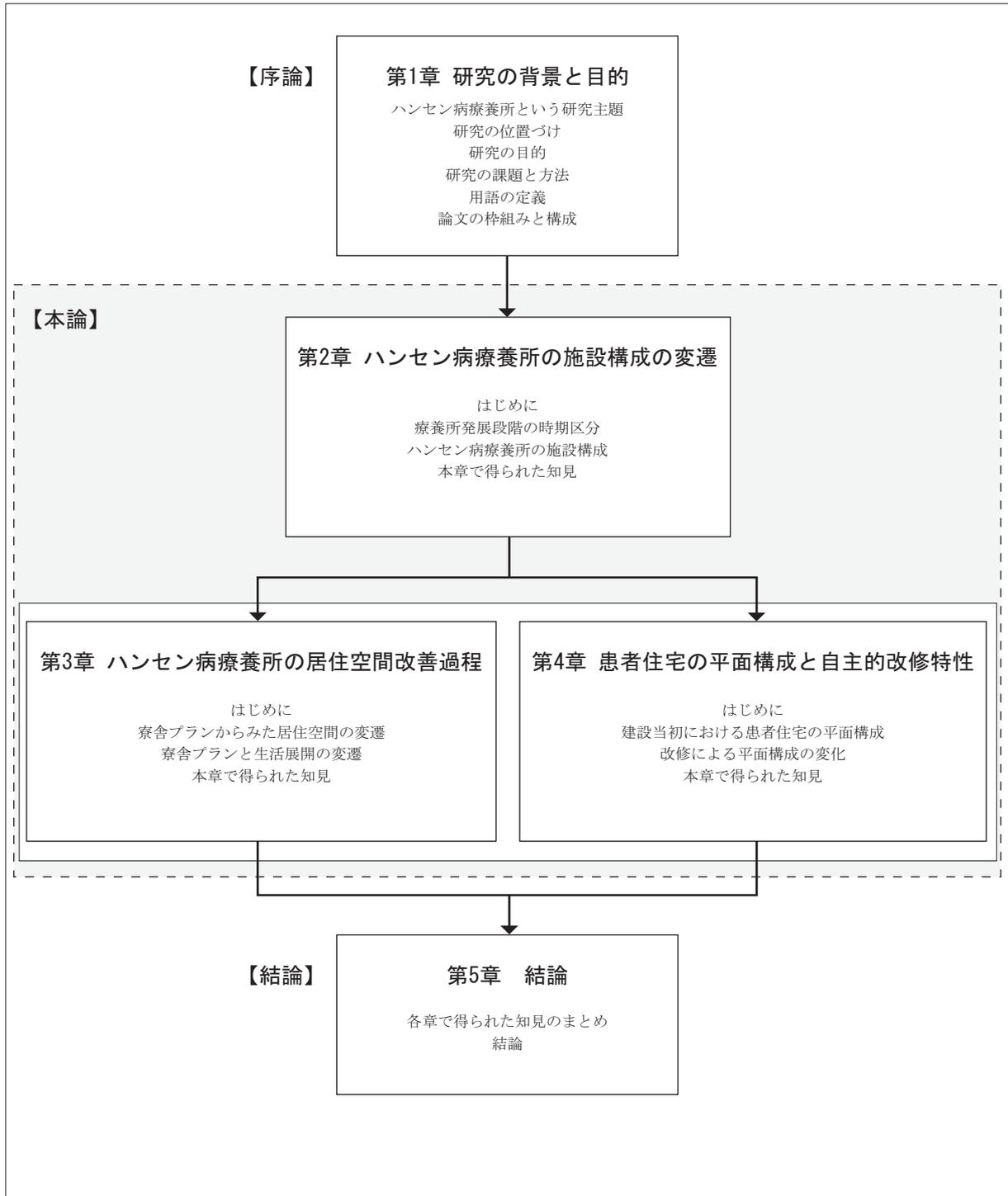


図1-6-1 論文の構成

参考文献

- A -

- 1) 天田城介．2003．「沖縄におけるハンセン病回復者の〈古い〉と〈記憶〉 - 辺境におけるアイデンティティの政治学 - 」．『熊本学園大学附属社会福祉研究所報』第31号：pp.163-194
- 2) 天田城介・羽江忠彦．2005．「国立療養所菊池恵楓園入所者自治会機関誌『菊池野』目次」．『社会福祉研究所報』第35号．熊本学園大学社会福祉研究所
- 3) 青木恵哉．1972．『選ばれた島』．新教出版社
- 4) 青山陽子．2005．「子どもをもつこと - ハンセン病療養所におけるタブー - 」．現代社会理論研究会．『現代社会理論研究』第15号．人間の科学社：pp.325-335
- 5) 荒井英子．1996．『ハンセン病とキリスト教』．岩波書店
- 6) 荒井裕樹．2006．「御歌と〈救癩〉 - 貞明皇后神格化と御歌の社会機能を巡って」．『文学』第7巻第6号．岩波書店：pp.190-203
- 7) 蘭由岐子．1999．『ハンセン病療養所に関する実証的研究』．科学研究費補助金（基盤研究C(2)）
- 8) 蘭由岐子．2000．「ハンセン病療養所入所者のライフヒストリー実践」．好井裕明・桜井厚編『フィールドワークの経験』．せりか書房：pp.82-100
- 9) 蘭由岐子．2004．『「病いの経験」を聞き取る ハンセン病者のライフヒストリー』．皓星社
- 10) 蘭由岐子．2004．「生活史を語ることの困難」．『歴史評論』No.656．校倉書房：pp.33-43
- 11) 有菌真代．2004．「「社会に出ること」の意味 - 国立ハンセン氏病療養所・退所者の生活史から - 」．京都大学文学部社会学研究室．『京都社会学年報』第12号：pp.109-127
- 12) 朝日新聞大阪厚生文化事業団．1984．『五十五年のあゆみ 先駆』
- 13) 浅香勝輔．1993．「ハンセン病療養所付設火葬場の歴史の変遷に関する研究」．『日本建築学会計画系論文集』No.450：pp.47-56

- B -

- 14) 馬場純二．2004．「医官、内田守と文芸活動」．『歴史評論』No.656．校倉書房：pp.20-32

- C -

- 15) 崔南龍．2006．『島の65年 ハンセン病療養所邑久光明園から』．解放出版社
- 16) 崔南龍編．1985．『孤島 韓国人ハンセン氏病療養者生活記録(第一集・第二集)』
- 17) 崔龍一．2002．『猫を喰った話 ハンセン病を生きて』．解放出版社
- 18) 趙根在．2002．『趙根在写真集 ハンセン病を撮り続けて』．草風館

- E -

- 19) E.A. コーエン．清水幾太郎・高根正昭・田中靖政・本間康平訳．1957．『強制収容所における人間行動』．岩波書店(= E.A.Cohen. 1953. *HUMAN BEHAVIOR IN THE CONCENTRATION CAMP*. W.W.Norton & Co.)
- 20) E. ゴッフマン著・石黒毅訳．1984．『ゴッフマンの社会学3 アサイラム 施設被収容者の日常世界』．誠信書房(= Erving Goffman. 1961. *ASYLUMS: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Doubleday & Company, Inc.)

- F -

- 21) 藤本啓輔・友清貴和・楠木雄一郎．2002．「ハンセン病療養施設の建築計画に関する研究 その1 - 国立療養所星塚敬愛園の歴史の変遷」．『日本建築学会大会学術講演梗概集(北陸)』E-1：pp.359-36
- 22) 藤本浩一．1968．『鈴蘭村』．博進道
- 23) 藤野豊．1993．『日本ファシズムと医療 - ハンセン病をめぐる実証的研究 - 』．岩波書店
- 24) 藤野豊．2001．『「いのち」の近代史 「民族浄化」の名のもとに迫害されたハンセン病患者』．かもがわ出版
- 25) 藤野豊．2006．『ハンセン病と戦後民主主義 なぜ隔離は強化されたのか』．岩波書店

- H -

- 26) 萩原とほる・林みち子．2001．『歌集 小島に生かされて』

- 27)羽江忠彦・天田城介・桑畑洋一郎．2006．「ハンセン病者のたたかい・年表稿」．『社会福祉研究所報』第34号．熊本学園大学社会福祉研究所
- 28)ハンセン病違憲国賠償訴訟弁護団．2003．『開かれた扉 ハンセン病裁判を闘った人たち』．講談社
- 29)ハンセン病国賠訴訟を支援する会・熊本・武村淳編．2001．『楽々理解ハンセン病 人間回復 - 奪われた90年「隔離」の責任を問う』．花伝社
- 30)ハンセン病問題講演会実行委員会．2005．『ハンセン病問題講演会報告書「ハンセン病問題はまだ終わっていない...」 - 真実を知ることから - 』
- 31)原しのぶ・友清貴和・脇田正恵．2003．「ハンセン病療養施設の歴史の変遷に関する研究 その2 - 国立療養所
- 32)沖縄愛楽園の事例 - 』．『日本建築学会大会学術講演梗概集(東海)』E-1 : pp.207-208
- 33)平井佐和子．2002．「藤本事件について - 「真相究明」と再審」．『九大法学』第84号 : pp.161-235
- 34)平井雄一郎．2004．「私立療養所「慰楽園」考」．『歴史評論』No.656．校倉書房 : pp.44-56
- 35)平野暉人．2002．『家族の肖像』．皓星社
- 36)廣川和花．2005．「ハンセン病者の療養形態に関する考察 - 群馬県吾妻郡草津町湯乃沢部落の事例から - 』．『部落問題研究』第173号 : pp.22-43
- 37)廣川和花．2006．「近代日本のハンセン病者と地域 - ハンセン病自由療養地をめぐる議論を素材に - 』．『部落問題研究』第176号 : pp.82-112
- 38)廣川和花．2006．「ハンセン病問題に関する歴史研究の現状と課題 - 『歴史評論』二〇〇四年十二月号特集「ハンセン病と隔離の歴史を問う」に寄せて - 』．大阪歴史科学協議会．『歴史科学』No.183 : pp.11-18
- I -
- 39)伊奈教勝編．1994．『ハンセン病・隔絶四十年 人間解放へのメッセージ』．明石書店
- 40)伊波敏男．1998．『夏椿、そして』．NHK出版
- 41)井藤信祐編．1983．『韓国救癩十年の歩み - 小さな歩みをこつこつと - 』．社団法人日本キリスト教救癩協会
- K -
- 42)樺島咲．2003．『ハンセン病療養所 1995年～1997年』
- 43)神谷美恵子．1974．『新版 人間をみつめて』．朝日選書
- 44)神谷美恵子．1974．『こころの旅』．日本評論社
- 45)加藤尚子．2005．『もう一つのハンセン病史 山の中の小さな園にて』．医療文化社
- 46)加藤三郎．1984．『藤本松夫事件に関する記録書』
- 47)加藤三郎・山本よ志朗．『「御座の湯」口碑』
- 48)金正美．2002．『しがまっこ溶けた 詩人桜井哲夫との歳月』．NHK出版
- 49)小林文雄．2004．『九十三歳の回顧録 邑久光明園の日々』．皓星社
- 50)笈雄二．1997．『わすれられた命の詩 ハンセン病を生きて』．ポプラ社
- 51)笈雄二．2001．『知らなかったあなたへ ハンセン病訴訟までの長い旅』．ポプラ社
- 52)笈雄二・趙根在．2001．『詩と写真 ライは長い旅だから』．皓星社
- 53)厚生省医務局療養所課内国立療養所史研究会編．1975．『国立療養所史 総括編』．厚生省医務局
- 54)厚生省医務局療養所課内国立療養所史研究会編．1975．『国立療養所史 らい編』．厚生省医務局
- 55)古山周太郎．2004．「ハンセン病療養所の立地に関する研究」．『都市計画論文集』第39-3号 : pp.913-918
- 56)好善社．1978．『ある群像 好善社100年の歩み』．日本基督教団出版局
- 57)久保井規夫．2006．『図説 病の分化史 虚妄の怖れを糾す』．つげ書房新社
- 58)熊本日日新聞社編．2004．『検証・ハンセン病史』．河出書房新社
- 59)国本衛．2000．『生きて、ふたたび 隔離55年 ハンセン病患者半生の軌跡』．毎日新聞社
- 60)楠木雄一郎・友清貴和・西室田周作．2002．「(元)ハンセン病療養施設の歴史の変遷に関する研究 その1:日本のハンセン病政策についての文献調査」．『日本建築学会近畿支部研究報告集』
- 61)楠木雄一郎・友清貴和・藤本啓輔．2002．「ハンセン病療養施設の建築計画に関する研究 その2 - 国立療養所星塚敬愛園の歴史の変遷」．『日本建築学会大会学術講演梗概集(北陸)』E-1 : pp.361-362

- 62) 桑畑洋一郎．2006．「ハンセン病者の〈生活をつくる実践〉 - 戦後復興期の沖縄愛楽園を事例として - 」『保健医療社会学論集』第16巻2号：pp.66-78
- 63) 桑畑洋一郎．2006．ハンセン病者の文学に関する一考察 - 〈生活をつくる実践〉としての沖縄愛楽園のハンセン病者文学 - ．九州大学大学院比較社会文化学府．『比較社会文化研究』第19号：pp.75-88
- 64) 桑畑洋一郎．2006．「ハンセン病と〈家族主義〉 - 〈家族主義〉が導く帰結と、病者による受容の理由 - 」．西日本社会学会．『西日本社会学会年報』第5号：pp.81-94
- 65) 桑畑洋一郎．2007．「ハンセン病療養所の機関誌はいかなる性質を持つのか - 非定型データ分析支援システムKT2を用いたハンセン病療養所機関誌目次の分析より - 」．『日本社会分析学会』
- L -
- 66) 頼其萬・潘靖瑛編．2003．『照亮黑暗角落』
- M -
- 67) 牧野正直・畑野研太郎．1994．『ハンセン病について - 医療従事者のために - 』．邑久光明園
- 68) 松居りゆうじ．1995．『青春の遺書』．新読書社
- 69) 松本滋・向泰宏．2004．「ハンセン病療養所・長島愛生園における居住環境の実態に関する研究」．『日本建築学会近畿支部研究報告集』．pp.225-228
- 70) 松岡弘之．2004．「太田正雄(木下空太郎)のハンセン病研究について」．『歴史評論』No.656．校倉書房：pp.68-85
- 71) 松岡和夫．2003．『あかばな 佛桑華』
- 72) ミシェル・フーコー．1977．『監獄の誕生 監視と処罰』田村俣訳．新潮社
- 73) 宮川弘道．1985．『無垢清浄光 宮川弘道遺稿集』
- 74) 三好宏史・内田文雄．2006．「ハンセン病療養所における入所者居住空間の変遷に関する基礎的研究」．『日本建築学会大会学術講演梗概集(関東)』E-1分冊：pp.99-100
- 75) 森川恭剛．2001．「法律による差別という被害 - 「らい予防法」違憲国家賠償請求事件をてがかりにして - 」．琉球大学文学部法政学科．『琉大法学』第66号：pp.15- ．
- 76) 森川恭剛．2003．「無癩県沖縄への救癩運動 - ハンセン病絶対隔離政策の真相究明のために - 」．琉球大学文学部法政学科．『琉大法学』第69号：pp.153-232
- 77) 森川恭剛．2005．『ハンセン病差別被害の法的研究』．法律文化社
- 78) 森幹郎．1993．『差別としてのライ』．京都・法政出版
- 79) 森修一．2003．「湯の沢部落と日本のハンセン病政策」．『現代思想』第31巻第13号．青土社：pp.149-165
- 80) 森修一．2003．「草津湯の沢ハンセン病自由療養地の研究」．日本ハンセン病学会．『日本ハンセン病学会雑誌』第72巻：pp.11-25
- 81) 森修一．2003．「草津湯の沢ハンセン病自由療養地の研究」．日本ハンセン病学会．『日本ハンセン病学会雑誌』第72巻：pp.27-44
- 82) 森修一．2003．「草津湯の沢ハンセン病自由療養地の研究」．日本ハンセン病学会．『日本ハンセン病学会雑誌』第72巻：pp.217-237
- 83) 森修一．2004．「草津湯の沢ハンセン病自由療養地の研究」．日本ハンセン病学会．『日本ハンセン病学会雑誌』第73巻：pp.47-63
- 84) 森山栄三．2001．『歌文集 楠若葉の島』．新星書房
- 85) 村上絢子．2004．『証言・ハンセン病 もう、うつむかない』．筑摩書房
- N -
- 86) 永井静夫．2000．『冬風の島』
- 87) 中村文哉．2005．「ハンセン病問題の社会的問題系とその方法論について」．第31回日本保健医療社会学会大会
- 88) 中村薫．1998．『いのちを差別するもの 中村薫講和集1』．法蔵館
- 89) 中山秋夫．1998．『句集 一代樹の四季』
- 90) 中山秋夫．1999．『鎮魂の花火』

- 91) 中山秋夫．1989．『句集 父子獨楽』
- 92) 中山秋夫．2002．『詩集 囲みの中の歲月』
- 93) 成田稔．2004．「わが国の癩(らい)対策における隔離の時代的変遷」．『歴史評論』No.656．校倉書房：pp.2-19
- 94) 日本ハンセン病者福音宣教師協会編．1985．『わたしの聖句』．聖山社
- 95) 日本ハンセン病者福音宣教師協会編．1999．『全国ハンセン病療養所内・キリスト教会沿革史』
- 96) 日本基督教団沼津協会百年史編集委員会．1977．『沼津協会百年史』
- 97) 日本基督教団光明園家族協会編．1998．『神の家族 光明園家族協会八十五年記念誌』
- 98) 西室田周作・友清貴和・楠木雄一郎．2002．「(元)ハンセン病療養施設の歴史的変遷に関する研究 その2:国立療養所星塚敬愛園の事例」．『日本建築学会近畿支部研究報告集』
- 99) ノルベルト・エリアス．1990．『死にゆく者の孤独』中居実訳．法政大学出版局
- 貫民之介 1954．『コンウォール・リー女史の生涯と偉業』．コンウォール・リー傳記刊行會
- 0 -
- 100) 小川正子．1981．『小島の春 ある女医の手記』．長崎出版
- 101) 岡山県ハンセン病問題関連史料調査委員会・ハンセン病問題関連史料調査専門員．2007．『長島は語る 岡山県ハンセン病関係資料集・前編』
- 102) 沖浦和光・徳永進編．2001．『ハンセン病 排除・差別・隔離の歴史』．岩波書店
- 103) 大阪ハンセン病協会の会．2002．『訪れ、交流の幾年月 大阪ハンセン病協会の小史』
- 104) 大阪ハンセン病協会の会．2002．『支えられて今 ハンセン病療養所の看護婦の手記』
- 105) 大阪ハンセン病協会の会．2002．『遙けくも遠く ハンセン病療養所在園者の聞き書き集』
- 106) 大阪府．2004．『大阪府ハンセン病実態調査報告書』
- 107) 太田順一：写真・全国ハンセン病療養所入所者協議会編．1999．『ハンセン病療養所 隔離の90年』．解放出版社
- 108) 太田順一．2002．『ハンセン病療養所 百年の居場所』．解放出版社
- 109) 大竹章．1996．『無菌地帯 らい予防法の真実とは』．草土文化
- 110) 大谷藤郎．1993．『現代のスティグマ ハンセン病・精神病・難病の艱難』．勁草書房
- 111) 大谷藤郎．2005．『医の倫理と人権 共に生きる社会へ』．医療文化社
- 112) 大谷美和子．2001．『生きる 元ハンセン病患者谷川秋夫の七十七年』．フォレストブックス
- R -
- 113) 「らい予防法」違憲国家賠償請求訴訟を支援する市民の会．2004．『<対話の場>の創造へ ハンセン病・朝鮮そしてわたしたち』．
- 114) 「らい予防法」違憲国家賠償請求訴訟を支援する市民の会．2005．『壁をたたき音がきこえる ハンセン病患者冤罪処刑藤本事件に再審・無罪を』
- 115) ROGER R.MCFADDEN, JOHN GROST, DENNIS F.MARR 『THE NUMISMATIC ASPECTS OF LEPROSY Money, Medals, and Miscellanea』
- S -
- 116) 犀川一夫．1999．『ハンセン病政策の変遷 - 附沖繩のハンセン病政策 - 』．沖縄県ハンセン病予防協会
- 117) 境野健太郎他．2000．「強制隔離療養所の居住空間の変遷に関する基礎的研究」．『日本建築学会近畿支部研究報告集』：pp.125-128
- 118) 境野健太郎他．2000．「強制隔離療養所の居住空間の変遷に関する基礎的研究」．『日本建築学会大会学術講演梗概集(東北)』E-1分冊：pp85-86
- 119) 境野健太郎他．2001．「ハンセン病療養所における居住空間の変遷に関する研究」．『日本建築学会計画系論文集』No.546：pp.113-119
- 120) 境野健太郎他．2002．「ハンセン病療養所入所者の半生にみる施設空間構成と生活展開の変化に関する研究」．『日本建築学会近畿支部研究報告集』

- 121) 境野健太郎・三浦研・外山義．2002．「ハンセン病療養所入所者の半生にみる施設空間構成と生活展開の変化に関する研究」．『日本建築学会大会学術講演梗概集（北陸）』E-1分冊：pp.363-364
- 122) 境野健太郎．2004．『ハンセン病患者集落に関する研究 - 草津湯之沢地区の形成過程とその空間的特質』．笹川科学研究助成報告書
- 123) 境野健太郎．2004．「栗生楽泉園の将来構想に関する入園者調査報告」．国民医療研究所．『月刊国民医療』2004年4月5月合併号．No.201：pp.35-63
- 124) 境野健太郎他．2004．「ハンセン病療養所自由療養地区の患者住宅における住み手の自主的増改築への考察」．『日本建築学会大会学術講演梗概集（北海道）』E-1分冊：pp.407-408
- 125) 境野健太郎．2004．「栗生楽泉園の将来構想への提言 入園者調査を通して見えてきたもの」．『賃金と社会保障』2004年10月上旬号．第1379号．旬報社：pp.42-58
- 126) 境野健太郎他．2007．「ハンセン病療養所自由療養地区における患者住宅の平面構成と住み手による自主的改修に関する研究」．『日本建築学会計画系論文集』No.611：pp.15-22
- 127) 沢田五郎．2002．『とがなくてしす 草津重監房の記録』．皓星社
- 128) 島田等遺稿集刊行委員会．1996．『島田等遺稿集 花』．手帖舎
- 129) 島比呂志・矢辺拓郎．2001．『ハンセン病療養所から 50年目の社会へ』．解放出版社
- 130) 霜崎清・井上謙．1941．『湯之澤部落60年史稿』
- 131) 志村康．1999．『わたしの弔い合戦 いま、なぜ、国家賠償請求訴訟か』
- 132) 新日本出版社編集部編．2001．『光を求めて扉を開かん ハンセン病元患者たちのたたかい』．新日本出版社
- 133) 昭和女子大学光葉博物館．2003．『「モノ」が語りかけるハンセン病問題 人権教育のための国連10年によせて』．昭和女子大学光葉博物館
- 134) 社会福祉法人ふれあい福祉協会編．2005．『ふれあい文芸』
- T -
- 135) 高橋三郎．2000．『強制収容所における「生」』．世界思想社
- 136) 高波淳．2003．『生き抜いた！ ハンセン病元患者の肖像と軌跡』．草風館
- 137) 高島重孝．1976．『愛生春風花開日』．北斗志塾出版部
- 138) 武田徹．2005．『「隔離」という病い 近代日本の医療空間』．中公文庫
- 139) 滝尾英二．2000．『「らい予防法」国賠請求事件資料の考察』．広島青丘文庫
- 140) 滝尾英二．2000．『「らい予防法」国賠請求事件資料の考察（第二集）「大谷証言」、「和泉証言」をめぐって』．広島青丘文庫
- 141) 滝尾英二．2000．『「らい予防法」国賠請求事件資料の考察（第三集）「らい予防法（新法）」の成立前後』．広島青丘文庫
- 142) 滝尾英二．2000．『「らい予防法」国賠請求事件資料の考察（第四集）厚生省現職官僚「岩尾証言」の批判 - 熊本地裁の裁判傍聴記 - 』．広島青丘文庫
- 143) 滝尾英二．2001．『朝鮮ハンセン病史 日本植民地下の小鹿島』．未來社  
滝沢悟編．『架橋4』
- 144) 高松宮記念ハンセン病資料館．2004．『高松宮記念ハンセン病資料館10周年記念誌』．社会福祉法人ふれあい福祉協会
- 145) 谷川秋夫．2001．『歌集 祈る』．角川書店
- 146) 徳永進．1991．『隔離 故郷を追われたハンセン病患者たち』．岩波書店
- U -
- 147) 宇治敏子．1985．『喜寿記念 みちしばの霜』
- W -
- 148) 脇田正恵・友清貴和・原しのぶ．2003．「ハンセン病療養施設の歴史的変遷に関する研究 その1 - 国立療養所沖繩愛楽園の事例 - 』．『日本建築学会大会学術講演梗概集（東海）』E-1：pp.205-206

- Y -

- 149) 山本俊一．1993．『増補 日本らい史』．東京大学出版会  
 150) 矢野功．2002．『少年期の誓いを貫いた薬学のパイオニア 石館守三』．財団法人 笹川記念保健協力財団  
 151) 吉江真理子．2005．『島唄の奇跡 白百合が奏でる恋物語、そしてハンセン病』．講談社  
 152) 湯之澤聖バルナバ協會編．1982．『湯之澤聖バルナバ協會史』．日本聖公會・聖慰主教會

- Z -

- 153) 財団法人日弁連法務研究財団 ハンセン病問題に関する検証会議．2004．『2003年度ハンセン病問題検証会議報告書』  
 154) 財団法人日弁連法務研究財団 ハンセン病問題に関する検証会議．2005．『ハンセン病問題に関する検証会議最終報告書』  
 155) 財団法人日弁連法務研究財団 ハンセン病問題に関する検証会議．2005 『ハンセン病問題に関する被害実態調査報告書』  
 156) 財団法人友邦協会．1967．『朝鮮の救癩事業と小鹿島更生園』  
 157) 財団法人沖縄らい予防協会．1973．『創立15周年記念誌』  
 158) 財団法人 笹川記念保健協力財団．2003．『こころの声』  
 159) 全国ハンセン氏病患者協議会編．1977．『全患協運動史』．一光社  
 160) 全国ハンセン病療養所入所者協議会編．2001．『復権への日月 ハンセン病患者の闘いの記録』．光陽出版社  
 161) 全国ハンセン病患者協議会．1987．『炎路 全患協ニュース縮刷版(1号～300号)』  
 162) 全国ハンセン病患者協議会．『全患協ニュース縮刷版第2集(301号～500号)』  
 163) 全国ハンセン病患者協議会．『全患協ニュース縮刷版第3集(501号～700号)』



## 第2章 ハンセン病療養所の施設構成の変遷



## 2-1 はじめに

### 2-1-1 本章の位置づけ

本章では、ハンセン病療養所の発展過程を、「隔離施設」としての性格が特徴付けられたと考えられる明治末期から戦後期までに照準化した上で、ハンセン病療養所の施設構成分析を行う。

ハンセン病療養所には、治療し療養するための設備<sup>1)</sup>だけでなく、集会所、老人福祉会館、郵便局、監禁室、宗教設備、火葬場、納骨堂といった、およそ一般の療養施設にはみることのできない設備が数多く設置されてきた<sup>2)</sup>。ハンセン病療養所は、強制収容・終生隔離政策のもとに計画された施設であるため、その隔離性を維持するための仕組みが施設計画に内包されていたと考えるのが妥当である。日本におけるハンセン病 / 病者<sup>3)</sup>を取り巻く問題を考究するとき、「隔離」はひとつのキーワードである。実際、「国賠訴訟」<sup>4)</sup>でも示されたように、日本におけるハンセン病問題とは人権侵害の問題でもあり、そこには当然隔離も含まれている。1996年の「らい予防法」廃止以後、さまざまな分野でハンセン病に関する研究が進められ、ハンセン病当事者により記述 / 口述された個人史などからハンセン病当事者の置かれた状況や内実世界に対する考究が重ねられている<sup>5)</sup>。しかし、その生活の舞台であったはずのハンセン病療養所そのものについては、多くの史資料が散逸している現状もあり、十分に検証がなされているとは言い難い<sup>6)</sup>。療養所入所者 / 入所経験者によって語られることばを考究するとき、同時にハンセン病療養所が時代の中でどのように意味づけられ形作られていたのか、その正確な記録の学術的意義は大きい。

1)用語の定義：p.32参照。

2)中山秋夫.1999.「白い遺言」.『鎮火の花火』:pp.140-147.「療養所というからには病を養い、癒すところであるはずだが、その療養所に初めから火葬場があり、さらに監禁室があり、死亡してからも持ち帰ることができない骨のための納骨堂があった。このような付属設備があって成立する、そんな療養所がこらい療養所であった」と中山が言うように、ハンセン病療養所がハンセン病療養所たる所以がその付属設備に内包されていたと考えられる。

3)用語の定義：p.32参照。

4)正確には、『「らい予防法」違憲国家賠償請求訴訟』(熊本地裁、2001)

5)ハンセン病者の記述 / 口述による個人史をもとに分析された研究として、蘭由岐子.1999.「ハンセン病療養所に関する実証的研究」.科学研究費補助金(基盤研究C(2))。天田城介.2003.「沖縄におけるハンセン病回復者の 老い と 記憶 (1) - 辺境におけるアイデンティティの政治学」.熊本学園大学社会福祉研究所発行『社会福祉研究所報』第31号:pp.163-194。桑畑洋一郎.2006.「ハンセン病者の<生活をつくる実践>-戦後復興期の沖縄愛楽園を事例として-」.『保健医療社会学論集』第16巻2号:pp.66-78.などがある。

6)今日では様々な分野においてハンセン病問題が内包した差別構造の解明やハンセン病当事者の生きられた世界に対する考究が進められている。その多くは、「国賠訴訟」でも示されたようにハンセン病問題を人権侵害の問題として捉える地平に立脚しており、その帰結として、ハンセン病当事者から語られることばは、差別被害や人権侵害の問題にのみ収束されてしまう危険を孕んでいる。しかし、筆者はハンセン病当事者に人権被害があったことは紛れもない事実であるが、ハンセン病療養所を「人権抑圧機関」として一元的に捉えることは必ずしも正確ではないと考えている。また同様に、療養所が抑圧機関として作用したからといって、そこでの入居者の生活が必ずしも抑圧的であり受動的であったわけではない。この辺りの問題意識は、中村文哉.2005.「ハンセン病問題の社会的問題系とその方法論について」.第31回日本保健医療福祉学会大会.にも通ずる。

## 2-1-2 本章の目的

本章では、90年の隔離を維持するに至ったハンセン病療養所が、国策として全国に13箇所設置され拡張していく過程において、どのように計画され、また変化してきたのか、施設構成の実態を明らかにし、施設構成の変遷を施設計画理念に関する史資料の記述から解明することを目的とする。

特に、ハンセン病療養所の閉じられた療養環境の中で入所者の生活は長期に及び、また臥床の生活ではないため、医療・治療設備や居住棟である寮舎だけでなく施設全体の空間構成がどのように整えられてきたかを把握することが重要である<sup>7)</sup>。施設<sup>8)</sup>が設立された当初、限られた設備で運営していくためには、ひとつの設備に複数の機能が存在したと考えられる。施設規模の拡大過程は、単に入所者数の増加だけでなく、追従的に様々な機能が必要となると同時に、それらに応じた設備が追加されてきた過程ともいえる。一般に、ある段階から次の段階への転換が起こる過程では、先駆的に萌芽的な形態がある特定の場所で適用され、やがてそれが全体に波及する過程がみられる。全国に13箇所存在する国立ハンセン病療養所の場合、施設構成であれ居住空間であれ、施設が変化する過程には、それぞれの療養所で継承され変化されていくものと、ある療養所におけるひとつの取り組みが全国的な動きへと波及し拡がっていくものの2種類あると著者は考えており、この視点に基づき横断的かつ詳細な分析と検証を行う。

## 2-1-3 調査概要

ここでは、強制隔離政策のもと運営された全国13箇所のハンセン病療養所を対象としている。

明治40(1907)年に法律「癩予防ニ関スル件」が制定され、日本のハンセン病政策は始まった。この法律の制定を受け、明治42年に公立療養所として設立した日本のハンセン病療養所は、その後、国立療養所の新設や公立療養所の国立移管などを経て、昭和19年までに全国に13ヶ所の国立療養所が整備された(表2-1-1)<sup>9)</sup>。昭和22年には、わが国でもプロミンによる治験が開始され、ハンセン病は「治る」時代に突入した<sup>11)</sup>。また、昭和26年には、療養所入所者の全国組織が作られ、療養環境の改善要求等が行なわれるようになり、入所者を取り巻く状況は劇的に変化した。昭和30年代に入ると、

7) 明治期から昭和初期にかけての医療施設関連の建築論文には、青木正夫・1987.「幕末から明治初期における学校附属病院の成立過程と配置および平面構成について - 幕末から昭和戦前期に至る学校附属病院建築の発展過程に関する研究I -」、『日本建築学会計画系論文報告集』第376号: pp.36-50. や、新谷肇一・1987.「明治初期から昭和戦前期に至る公立病院の配置および平面構成の発展に関する研究」、『日本建築学会計画系論文報告集』第379号: pp.50-62. などがあり、ハンセン病療養所の立地に関する研究に、古山周太郎・2004.「ハンセン病療養所の立地に関する研究」、『都市計画論文集』第39-3号: pp.913-918. がある。

8) 本論文では、ハンセン病療養所という場所を表す場合は「(ハンセン病)療養所」と表記し、設備や建物配置を含む療養環境としてのハンセン病療養所を指す場合を特に「施設」と表記している。用語の定義: p.32参照。

9) 戦後、北緯30度線をもって行政分離がなされ、一時、沖縄、鹿児島島の3療養所は米軍政府の管轄となったが、現在はすべて国立療養所となっている(表2-1-1)。よって、これら3療養所については昭和20年までを本章の分析対象とした。

10) 本章で扱う療養所の名称は、史資料に基づき、原則、各年代の療養所名称に準ずるかたちで記述している。しかし、表2-1-1にも示されるように、各療養所に複数の名称が存在し複雑になりがちなので、全体を統一する囲み数字による通し番号を付した。ちなみに、表2-1-1は現在使われている名称(「国立療養所」は省略、消失した外島保養院はその当時の名称を用いた)、表2-3-2は開設時の名称、図2-3-1以降は引用史資料における名称をそのまま用いた。

11) 国立療養所菊池恵楓園・1960.『菊池恵楓園50年史』: p.153. に「らいの治療史でよく「プロミン以前」とか「プロミン以後」と言う言葉を用いるが、全くそう云った言葉がビタリその状態を表現している程に、プロミン出現以来らい療養所は変わった」との記述がある。

12) 国立療養所菊池恵楓園・1958.『昭和32年度年報』: p.30. に「旧来の癩療養所の体系から近代的療養所の在り方に移行することが望まれているとき、旧態のままの治療棟及び病棟が改革の時期に迫られていることは言うまでもない。このような点からして、去る昭和30年頃より治療棟改築計画案がもち上がり、翌31年度には病棟をも含めた正式の施設整備計画について予算申請を行った」とある。

13) 入所者数のピークは翌昭和33(1958)年の11919名である。

医学的観点からも施設計画が大きく変化したと考えられる<sup>12)</sup>。昭和32年に入所定員数のピーク(14746名)を迎えた後は漸減し、現在に至っている(図2-2-1)<sup>13)</sup>。

よって、ここでは強制隔離施設としてその性格を位置づけられたと考えられる明治42(1909)年の公立療養所の設立から昭和30(1955)年までに照準化した上で、各療養所の配置図から施設構成を解明し、史資料の記述から施設計画理念の抽出を行う。参照した資料は、療養所の設立及び運営に関する議会議事録等の記述や、全国すべての療養所を訪問し、施設や自治会による施設年報、療養所史、自治会史などを収集すると同時に、散逸した資料については入所者が自主管理してきた資料を渉猟した。

表2-1-1 施設運営主体の変遷<sup>10)</sup>

施設名称 開設年月・敷地面積 所在地(開設時名称)	明治43年 1910	昭和5年 1930	昭和15年 1940	昭和25年 1950	昭和35年 1960	昭和45年 1970	平成12年 2000
①多摩全生園 1909年9月・30708坪 東京都北多摩郡東村山村	1909.9 全生病院 第一區府縣立		41.7 国立に移管		多摩全生園		
②松丘保養園 1909年4月・47117坪 青森縣東津輕郡新城村	1909.4 北部保養院 第二區道縣立		41.7 国立に移管		松丘保養園		
③外島保養院 1909年4月・20000坪 大阪府西成郡川北村	1909.4 外島保養院 第三區府縣立	34.9		34.9の室戸台風により壊滅的打撃を受けた保養院は 38.4に邑久郡裳掛村長島に光明園として復興される			
④邑久光明園 1938年4月・141578坪 岡山縣邑久郡裳掛村長島			38.4 第三區府縣立	41.7 国立に移管	邑久光明園		
④大島青松園 1909年4月・172609坪 香川縣木田郡庵治町大島	1909.4 大島療養所 第四區縣立		41.7 国立に移管		大島青松園		
⑤菊池恵楓園 1909年4月・64111坪 熊本縣菊池郡合志村	1909.4 九州療養所 第五區縣立		41.7 国立に移管		菊池恵楓園		
⑥長島愛生園 1930年11月・350294坪 岡山縣邑久郡裳掛村長島		1930.11 国立			長島愛生園		
⑦栗生楽泉園 1932年12月・180215坪 群馬縣吾妻郡草津町		1932.12 国立			栗生楽泉園		
⑧星塚敬愛園 1935年10月・52210坪 鹿児島縣肝屬郡大始良村		1935.10 国立			星塚敬愛園		
⑨東北新生園 1939年10月・56858坪 宮城縣登米郡新田村			1939.10 国立		東北新生園		
⑩駿河療養所 1944年12月・110316坪 静岡縣富士岡村神山		1944.12 傷痍軍人駿河療養所 45.2 陸軍病院駿河分院	45.9 民政移管(国立)		駿河療養所		
⑪奄美和光園 1943年4月・22728坪 鹿児島縣大島郡三方村			1943.4 国立	46.2 米国軍政府	53.12 国立	奄美和光園	
⑫宮古南静園 1931年3月・30054坪 沖縄縣宮古郡平良町	1931.3 県立宮古保養院 33.8 臨時国立宮古療養所		41.7 厚生省移管	46.2 米国軍政府	50.9 52.4 琉球政府立 沖縄群島政府所管	1972.5 日本復帰 (国立)	
⑬沖縄愛楽園 1938年11月・32764坪 沖縄縣國頭郡羽地村		1938.11 県立國頭愛楽園	41.7 厚生省移管	46.2 米国軍政府	50.9 52.4 琉球政府立 沖縄群島政府所管	1972.5 日本復帰 (国立)	

## 2-2 療養所発展段階の時期区分

ハンセン病療養所は、ハンセン病患者の数や患者の隔離に対する社会的需要、それに応える経済的要因や法的措置の変化、また医学の進歩等による療養所機能の拡大などにより整備され、発展してきたといえる<sup>14)</sup>。隔離に主眼をおく療養所において、入所者の管理統制の機構は、入所者数の増加と併せて考えられてきたと捉えるべきであろう。以上の観点から、療養所の発展段階を示すひとつの指標として、療養所入所者数と入所定員数の変化を基準とすることで、対象とする時期を以下のように大きく3期に分けることができると筆者は考える。

全国に初めてハンセン病療養所が設立された当初、療養所は浮浪患者や資力のない患者を取り締まる目的で設置されていた<sup>15)</sup>。設立時(1909)には、公立5箇所をあわせて1040名であった総定員も大正9(1920)年には1530名に、大正13年、昭和3年にそれぞれ300名、400名の増加があり、昭和5(1930)年には2610名の規模を持つまでに増加した(図2-2-2)<sup>16)</sup>。明治40年の法律「癩予防ニ関スル件」により5箇所の公立療養所が設立され、公立療養所として入所定員数を増加させてきたこの時期を第一期とする。

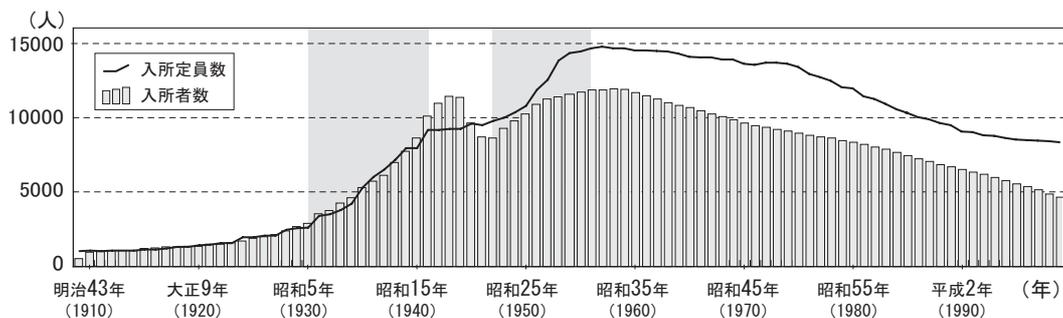


図2-2-1 全国療養所入所者数/定員数変遷

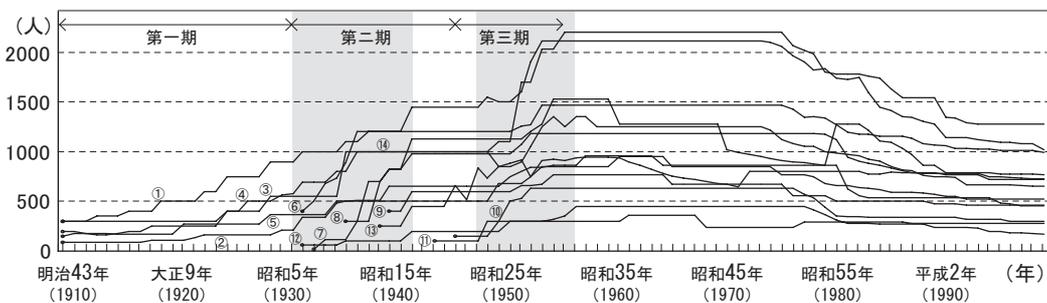


図2-2-2 各療養所入所者定員数変遷

14)本論文では、療養所のある段階から次の段階への転換過程を、施設整備という建築計画の観点から「発展」と記述する。隔離を強化する方向への施設整備や、そもそもハンセン病療養所の設立を発展と意義付けているわけではないことを注記しておく。

15)明治40年制定の法律第11号「癩予防ニ関スル件」第三条で、「癩患者ニシテ療養ノ途ヲ有セス且救護者ナキモノハ行政官庁ニ於テ命令ノ定ムル所ニ從ヒ療養所ニ入ラシメ之ヲ救護スヘシ但シ適当ト認ムルトキハ扶養義務者ヲシテ患者ヲ引取ラシムヘシ」と、浮浪患者や資力のない患者を取り締まることが明記されたが、一方、第二条において、「癩患者アル家又ハ癩病毒ニ汚染シタル家ニ於テハ医師又ハ当該吏員ノ指示ニ從ヒ消毒其ノ他予防ヲ行フヘシ」と、住所のある患者に対しては消毒及び予防を行うという措置にとどまっていた。

16)大正8年3月に行われた内務省の「全国らい一斉調査」で、わが国の患者数が16261名と出たが、当時の公立療養所をあわせてもその収容能力が2000名にも満たなかったため、大正10(1921)年、内務省は大正19(1930)年までの10年間に、国立療養所を新設するとともに既存の公立療養所(5箇所)を拡張し、病床数を5000床とする「第一次増床計画」を策定した。

昭和5(1930)年から昭和15(1940)年にかけて、療養所の入所定員数と入所者数がともに大きく増加している時期がある。これは、既設の公立療養所の入所定員数の増加に加え、昭和5(1930)年設立の長島愛生園を初めとして昭和19(1944)年までに新たに8箇所の国立療養所が作られたことに起因している。すべての患者を収容対象とした「癩予防法」(昭和6年制定)<sup>17)</sup>では、ハンセン病患者の就労が禁止された結果、生活の術を奪われたハンセン病患者が療養所に入所せざるを得なくなったことも、入所者数が増加した一因である。昭和16(1941)年以降、戦争状態に突入することにより施設整備が滞り各療養所の入所定員数が一定で推移する一方、徴兵検査による新規患者の発見や、社会的な食糧不足による療養所へのハンセン病患者の流入などにより引き続き入所者数が増加し、入所定員数と入所者数に逆転が起こっている<sup>18)</sup>。国立の療養所が初めて作られた昭和5年を始まりとし、療養所の拡張とともにすべての国立療養所が整備された昭和20(1945)年までを第二期とする。

昭和20年前後に、療養所入所者数に減少が見られる。これは、戦中戦後の食料、衛生、医療事情が悪化した時期に患者の増加以上に入所者の死亡が相次いだことに起因していると考えられる。その後、再び入所者数が増加に転じており、これは戦後療養所に米国などから支援が届けられたことや、特効薬プロミンが創製されたにもかかわらずハンセン病の治療を国立療養所に限ったことにより入所者が増加したためと考えられる。昭和20年代後半には、すべての患者の収容を目指した政府方針に基づき各療養所が増床を行い(第二次増床計画)、入所定員数が大幅に増加している<sup>19)</sup>。この第二次増床計画を含む昭和20年から30年までの10年を第三期とする。

昭和30年以降は、療養所の入所定員数や入所者数に目立った増加は見られず、昭和50年頃までほぼ一定の値を示した後、単調に減少し現在に至っている。この期間は、設立当初に建てられた設備の解体や建て替え、また入所者の自治活動の結果、新たに様々な設備が整えられた時期である。

17)昭和6(1931)年、「癩予防二関スル件」は「癩予防法」に改正され、旧法が「療養ノ途ヲ有セス且救護者ナキモノ」を救護する救恤法であったのに対し、新法では「癩患者ニシテ病毒伝播ノ虞アルモノ」(第三条)が隔離の対象とされた。

18)内務省衛生局は、「癩予防法」成立前の昭和5(1930)年、「癩の根絶策」(甲一八九)を発表。「現今も患者の隔離が唯一の手段であり、最も有効なる方法なのである。若し十分なる収容施設があつて、世上の癩患者を全部其の中に収容し、後から発生する患者をも、発生するに従つて収容隔離することが出来るならば、十年にして癩患者は大部分なくなり、二十年を出でずして癩の絶滅を見るであらう」。昭和10(1935)年に20年根絶計画の実施が決定され、昭和11(1936)年からの10年間に療養所の病床数を一万床とし、さらにその後の10年間でハンセン病を根絶するとした。昭和15(1940)年には、厚生省から都道府県に、「らいの予防は、少なくとも隔離によりて達成し得るものなる以上、患者の収容こそ最大の急務にして、これがためには上述の如く収容、病床の拡充を図るとともに、患者の収容を励行せざるべからず。しかして患者収容の完全を期せんがためには、いわゆる無らい県運動の徹底を必要なりと認む。(…)これが実施に当たりては、ただに政府より各都道府県に対し一層の督励を加うるを必要とするのみならず、あまねく国民に対し、あらゆる機会に種々の手段を通じてらい予防思想の普及を行ない、本事業の意義を理解協力せしむるとともに、患者に対しても一層その趣旨の徹底を期せざるべからず」との指示が出された。

19)昭和25(1950)年に厚生省が実施した全国らい調査によると、登録患者12626人のうち入所患者が10100人、未収容患者が2526人であり、未登録患者を合わせた患者数は15000人と推定された。この結果を受けて政府は、すべてのハンセン病患者を療養所に入所させる方針を打ち立て、これに基づき各療養所において全患者の収容を前提とした増床を行い、患者を次々と入所させていった。昭和24年度から昭和28年度までに5500床の増床が実現し、療養所の収容定員が13500人となった。そして、昭和28年の調査で未登録患者を含む推定患者数が約13800人とされたので、この時点でほぼ全患者の収容が可能と判断され、増床が終了した。

2-3 ハンセン病療養所の施設構成

ハンセン病療養所の施設構成の発展について考察するために、施設内に作られた機能を整理すると表2-3-1のようになる。以下、前節で用いた時期区分ごとにハンセン病療養所がどのように発展したのか、史資料の記述を通して各療養所の施設構成について詳細な分析を行う。

(1) 第一期（明治42年～昭和5年）

第一期は、前述したように全国5箇所に公立療養所が開設され拡張された時期である。開設当時、公立療養所であったために、運営が任された道府県の状況により施設規模に多少の違いがあるが、施設内に設置された機能はほぼ共通している（表2-3-2）。施設構成の発展過程を捉え易いように、特徴的な平面構成を持つ療養所から時系列に見ていく。

表2-3-1 施設設備分類

大分類	小分類	内容
事務管理設備	管理機能	院長室、医長室、事務室、門衛詰所など
	医務機能	医務室、調剤室など
医務治療設備	研究機能	試験室、解剖室など
	診療機能	治療室、消毒室など
サービス設備	供給機能	炊事場、洗濯場、汽缶室、患者浴場など
居住設備	居住機能	患者住宅など
その他設備	教育機能	患者学校など
		集会所、面会所、宗教施設、火葬場、納骨堂など
官舎設備	官舎機能	職員舎宅、職員浴場など

表2-3-2 公立療養所開設時施設内建物 明治42年(1909年)

(職員地区：患者地区)<sup>20)</sup>

施設名称 開設年月・定員 建築延床/敷地面積	①全生病院 1909年9月開設・300名 1696.57坪(15)/30758坪	②北部保養院 1909年4月開設・100名 994.25坪/47117坪	③外島保養院 1909年4月開設・300名 1326.4坪/20000坪	④大島療養所 1909年4月開設・200名 955.7坪/174514坪	⑤九州療養所 1909年4月開設・150名 1452.75坪/64111坪
事務管理設備	一号館(事務所) 門衛所	院長室 医長室 事務室 応接室 当直室 看護人室 看護婦室 小使室 門衛詰所	事務室 看護婦室 小使室	本館一号附属舎共 本館二号附属舎共	本館(事務室) 本館(小使室) 看護婦室 巡視所
医務治療設備	二号館(治療所) 試験室 三号館(治療所附属) 屍室(解剖室兼用)	治療室 医務室 薬品貯蔵室 調剤室 試験室 消毒室	醫局 [解剖室] [ ]:施設配置図(M42)より	屍室 消毒室及び洗濯場	本館(医務室) 診療室及び病室 消毒及び洗濯場
サービス設備	浴場(包帯交換所兼用) 蒸気機関室(附洗濯場) 炊事場 汚物焼却場*	男女浴室 炊事場	入浴室 炊事場 汽罐室消毒室洗濯場		浴場(患者用) 焼却室 賄場 機関室(発電室)
居住設備	患者住宅 普通病室 隔離病室	家族舎 病舎 隔離舎	患者室 病室 隔離室	患者家族舎 便所	家族舎 隔離室 便所
その他設備	禮拜堂 物置	祠佛堂 集会所 作業場 物置場 渡廊下 其他雑用建物	禮拜堂 作業場 [火葬場] 其他雑用建物 倉庫	会場 作業室	説教場 物置 渡廊下 倉庫 物品交付所前面会場
官舎設備	職員舎宅 職員浴場* *大正4,5年年报より	職員舎宅	職員宅舎 [醫長宅舎] [所長宅舎]	職員舎附属舎共	官舎 合宿所 看護婦舎 浴場(職員用)

自明治四十二年 九月 統計年報  
至明治四十三年十二月

大正三年統計年報

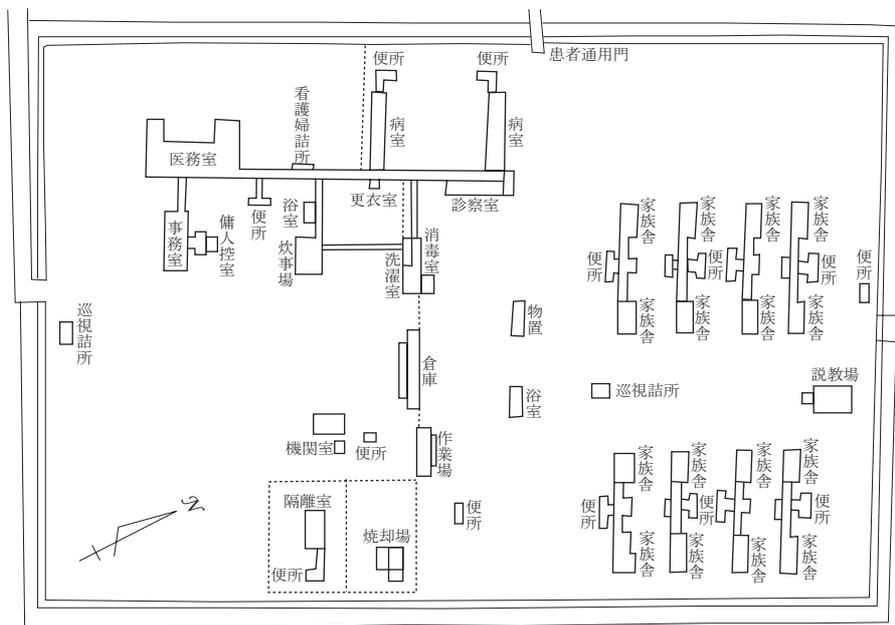
明治四十二年統計年表

大島療養所二十五年史

菊池恵楓園50年史

20)療養所では、入所者の居住機能と生活を支える供給機能やその他施設のうち入所者が利用する場所を有毒地、管理機能を備えた建物と診療機能、官舎機能の殆どを無毒地として区分し、入所者の立ち入りを制限していた。本稿では、有毒地/無毒地を、患者地区/職員地区と表記する。

図2-3-1は明治42年に開設した九州療養所の開設5年後の配置図である。〈九州〉<sup>22)</sup>では、寮舎が列状に配置されており、この時期に計画された療養所は寮舎が〈九州〉のように列状に配置されるものと、〈外島〉のように口の字型に並べられるものに分けられる。列状に配置された〈北部〉、〈大島〉、〈九州〉の3療養所では寮舎のことを「家族舎」と呼び、団欒の間に寝食を共にし、家族的な親睦を図ることで放浪徘徊してきた患者の心の慰安を目指していた<sup>23)</sup>。また、男女の寮舎を厳重に区分することで却って悪しき事態を招く虞があるとして居住地域を区分せず<sup>24)</sup>、「最初収容当時ヨリ女室八前面ニアル巡視ノ注目最モ繁キ位置ト定メ置」<sup>25)</sup>くことで男女の交流を制限しようとした。



(大正二年統計年報第五號)

図2-3-1 ⑤第五區縣立九州療養所(大正2年)<sup>21)</sup>

21)本章で用いる配置図は、必要に応じ敷地の一部を抽出してある。また、原図で用いられた設備名称をそのまま用い、方位や縮尺は原図に記載されたもののみ記した。

22)本章では2種類の括弧を併用する。山括弧( = <全生>など)は療養所を表記する際に用い、鍵括弧「」は引用に用いる。なお、引用文については原文のままの表記を用い、引用文中の(…)は著者による省略である。

23)第三区府県立外島保養院. 1911. 『明治四十三年統計年表』:p.27 .には「朝夕ノ炊事ハ各室ニ於テ自炊ヲナサシムルハ畢竟彼レ等ノ口ニ適スヘク自ラ調理ヲ塩梅セシムルト同時ニ彼レ等ヲシテ無事ニ苦ム事ナカラシメ又團欒ノ間ニ一食ヲ共ニセルハ自ラ融和親睦家族的ノ趣味ヲ味ヒ多少心ヲ慰ムル處アリ」とあり、九州療養所. 1914. 『大正二年統計年報』:p.13 .には「家族舎ト稱スルハ本來ノ家族ノミ収容スル屋舎ニアラズシテ一般ニ共同自炊生活ヲ營ムニヨリ斯ク稱スルニ過キズ」、国立療養所菊池恵楓園. 1960. 『菊池恵楓園50年史』:p.136 .には「家族舎で炊事をさせたのは、故郷を異にし放浪の生活をしてきた人々が寝食を共にすることによって親しみを深め、家族的な慰めをさせるためであった」とある。

24)大島療養所. 1935. 『大島療養所二十五年史』:p.73 .「餘り嚴重に區別するは患者の氣持を荒涼に導き風紀上弊害ありて反つて思はざる悪結果の招來するを考へ縣當局とも充分協議の上さまで嚴重なる別居主義を採用せず男女を同地域内に収容する事となせり」。

25)国立療養所菊池恵楓園. 1960. 『菊池恵楓園50年史』:p.133 .

図2-3-2は明治42年に開設した外島保養院の開設2年後の配置図である。<外島>は神崎川河口のデルタ地帯に立地したこともあり、周囲を堤防で囲み、院内にも池があった。施設の北側に官舎地区を設け、患者地区は禮拜堂を取り囲むように男女別に分けられた寮舎が並べられている。<外島>の年報によれば、設立初年こそ、「患者八入院以來其懇切ナル待遇ニ浴シ只管感謝ノ誠意ヲ表シ」、「佛ヲ信ジ醫療ヲ受ケ其餘命ヲ送ルノ餘議ナキコトヲ觀念シ自ら其精神ヲ慰メツ」、<sup>26)</sup>「極メテ平穩無事ノ裡ニ或ハ其業ヲ樂ミ或ハ精神上ノ慰安ヲ求メ一般ニ満足ノ状態ニア」<sup>26)</sup>だったが、翌年には、「収容スル患者八下層ノ人物多ク(…)日時ヲ累ヌルニ隨ヒ自然入院時ノ難有味ヲ忘却シ中ニ八不謹慎ノ行動ヲ敢テスルモノナシトセズ」<sup>27)</sup>とあり、入所者の保護指導に非常に苦心していた様子が伺える。結果、「是等ニ對シテハ訓戒ヲ加ヘ陰ニ陽ニ良風ニ感化ヲ與ヘツ、アリ」<sup>27)</sup>とあるように、開設2年後の配置図では、診療所、機関室、試験動物飼育場(図2-3-2-14,8,29)などとともに、監置室、見張所<sup>28)</sup>(図2-3-2-17,30)

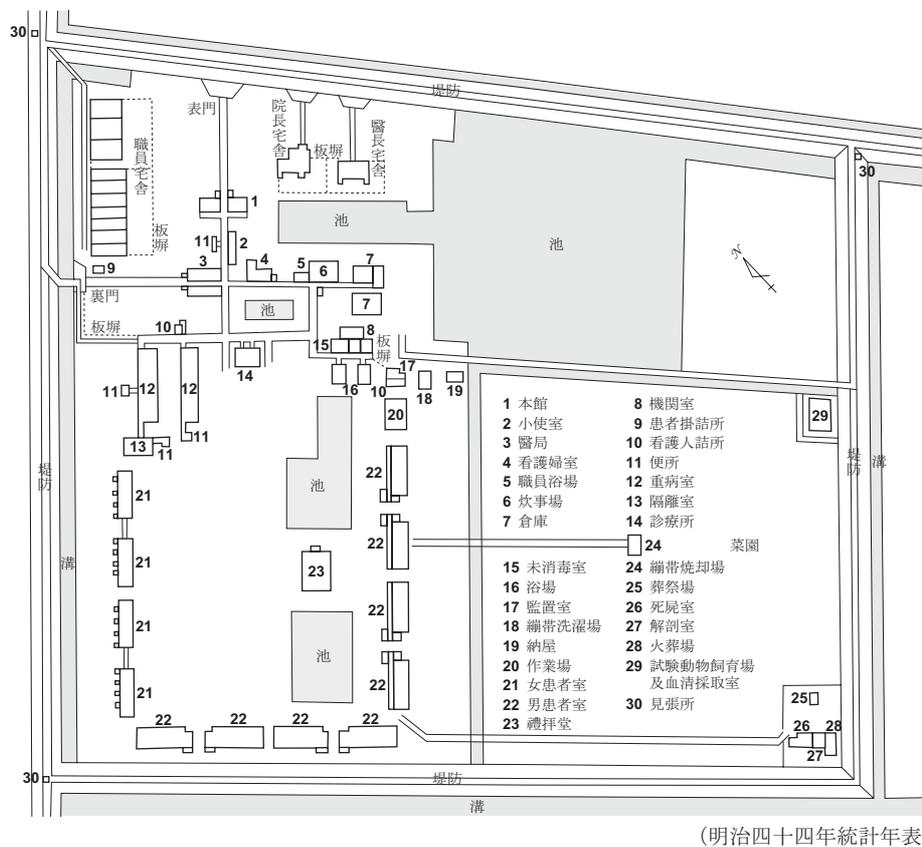


図2-3-2 ③第三區府縣立外島保養院(明治44年)

26)第三區府縣立外島保養院.1910.『明治四十二年統計年表』:p.32.

27)第三區府縣立外島保養院.1911.『明治四十三年統計年表』:p.27.

28)ハンセン病療養所に設けられた特徴的な設備のひとつに、監房を挙げることができる。監房は療養所によって呼び名が異なり、また紛らわしい名称の異なる設備もあることから、ここで整理しておく。いわゆる監房(懲罰房)として機能したものに、「監禁室」「監置室」「謹慎室」「特別室」と呼ばれるものがある。また、似た名称の設備に「隔離舎」があるが、これは伝染病疾患や丹毒、疥癬等を有する患者を病気の蔓延に対する予防的見地から隔離するための設備で、「隔離舎」「隔離病舎」とも呼ばれる。(第三區府縣立外島保養院.1912.『明治四十四年統計年表』:p.49、長島愛生園.1942.『昭和十六年年報』:p.49.)「収容所」は、入所してきた患者を留めおき余病の有無を検査するための設備で、「収容場」「予診室」「観察病棟」とも呼ばれる。(長島愛生園.1932.『昭和六年年報』:p.12.)「監視所」は療養所内を巡視、または監視する職員のための設備であり、「見張所」「巡視詰所」「患者係詰所」「門衛」「門衛所」「門衛詰所」も同様の機能をもつ。(東北新生園入園者自治会編.1987.『忘れられた地の群像』:p.13.)

が新たに設置されている<sup>29)</sup>。また、この明治44年配置図以降、患者地区と職員地区の境界に板塀が描かれている。実際、この第一期の施設では、逃走や脱柵の予防として、点呼や昼夜の監視と併せて、コンクリート塀や堀や土堤や棘のある生け垣で囲った上、患者地区と職員地区の境を明確に区分する必要性が報告されている<sup>30)</sup>。

北部保養院では、設立当初、家族舎の奥に治療室や消毒室が配置されていた(図2-3-3-33,30)<sup>31)</sup>。大正三年に患者地区と職員地区の境に防装室が作られるものの<sup>32)</sup>、このような配置では患者地区と職員地区を明確に区分することができず、昭和二年に物品倉庫(図2-3-3-13)の東に新たに試験所と治療所が作られ、昭和十年の年報ではかつての治療室は取り壊されている。療養所の多くは、設立初期

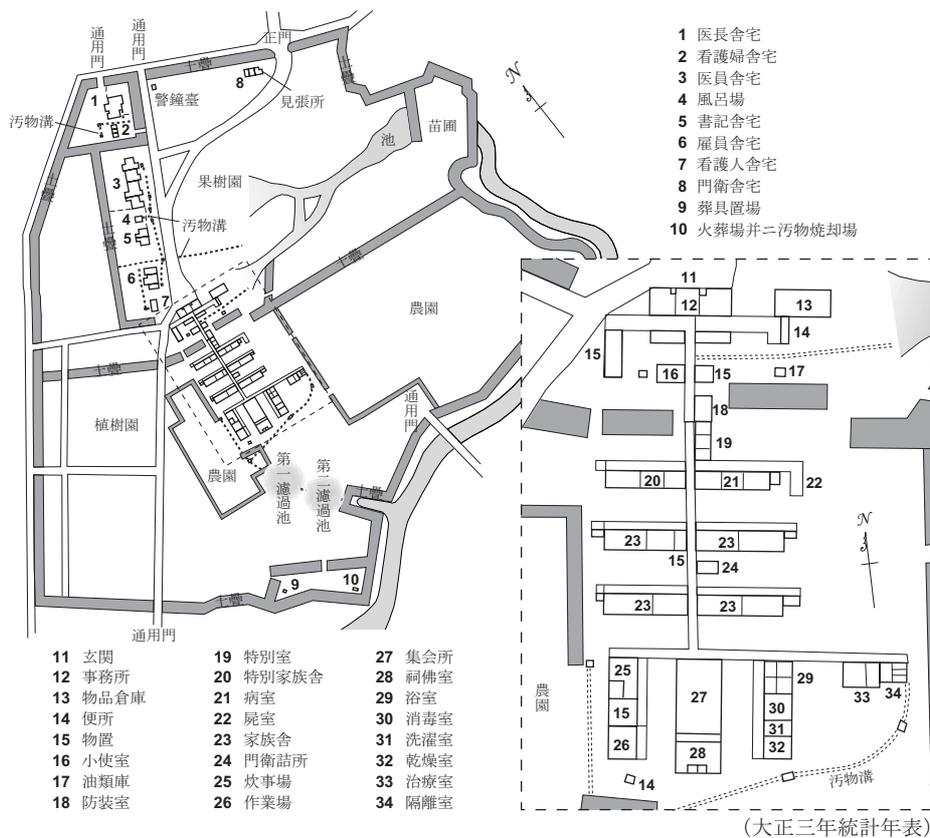


図2-3-3 ②第二區療養所北部保養院(大正三年)

29)第三區府縣立外島保養院. 1911. 『明治四十三年統計年表』:p.28. 「元來収容スル患者八德義ノ何タルコトヲ辨セサル下層ノ人物ナレハ逃走スルモ何等ノ制裁ナキヲ倅トシ或ハ妻子親族ニ面會ノ為メ或ハ金錢請求ノ為メ逃走ナスモノナリ爲ニ要所ニテ所ニ見張所ヲ設ケ患者係ヲシテ晝夜監視セシメ其逃走ヲ防止シツヽアリ」。

30)全国ハンセン氏病患者協議会. 1977. 『全患協運動史』:p.24. 「コンクリート塀や堀や土堤や棘のある生け垣で囲った上、点呼と監視も怠らなかつた」、国立療養所菊池恵楓園. 1960. 『菊池恵楓園50年史』:p.132. 「甚シキハ5尺ノ溝ヲ容易ニ飛渡ル者等アリテ、今日ニ至リテハ全然其効果ナキニ至レリ。故ニ之ガ目的ヲ達セントナレバ、今尚2尺余ノ広サヲ増スト同時ニ、病・無病毒地ノ境ヲシテ如上ノ溝ヲ掘ルカ、又ハ板壁等ノ類ヲ以テ防止スルニアラザレバ到底満足ノ目的ヲ達スル能ハザルハ既ニ実績ノ示ス処ナルニ依リ、之レガ設備ノ必要ヲ認ム(九州療養所より管理県知事に提出された報告書. 明治43年)」など。

31)第二區療養所北部保養院. 1915. 『大正三年統計年報』. では、消毒室、洗濯室、乾燥室と祠佛室が無毒の建物として分類されている。

32)第二區療養所北部保養院. 1915. 『大正三年 統計年報』:p.4. 「從來防装室ノ設ケナキヲ以テ職員ノ消毒上不完全ニシテ危険ノ虞レナシトセス故ニ之レガ完全ヲ期センガ爲メ更ニ一間ニ一間半ノ一室ヲ増設セリ」前掲『大島療養所二十五年史』:p.117. 「有毒地域と無毒地域は確然たる區別あり、若し職員其の他の者にして止むなく有毒地に入る者は、其出入口に消毒槽を置いて消毒をなさむ」。

から亡くなった入所者のための火葬場を施設の隅に併設するとともに、汚物焼却場が設けられ（図2-3-3-10）、施設から出た粉塵や不潔物のすべてをそこで焼却し処分した。さらに、湿潤地には消石灰を撒布し、汚水は二重の濾過を行い、風位により塵埃が飛散し侵入する虞がある場合には板塀を設置するなどし、完全なる予防を行った<sup>33)</sup>。設立翌明治43年には、院規を犯した不良患者のうち必要と認める者のために、一定時間謹慎させる特別室が〈北部〉と〈全生〉に設置された（図2-3-3-19）<sup>34)</sup>。大正5年には、「癩予防二関スル件」一部改正により療養所長に懲戒検束権が与えられ、各施設に監禁室や謹慎室と呼ばれる監房が設置された。ハンセン病療養所は、台風による〈外島〉の壊滅的打撃以外にも、〈北部〉の昭和3,11年の火災や大正12年の関東大震災など、多くの災難に見舞われているが、監禁室及び謹慎室、監視所、隔離室<sup>28)</sup>などは、多くの場合がその年のうちに再建されている。

設立当初には、初期計画のうち一部の設備が出来ていないことがあった<sup>35)</sup>。前述したように、開設時の〈外島〉には診療所や機関室がなく、〈北部〉はまず仮収容地にて4月に開設し、11月に「家族舎二棟落成シタルヲ以テ一棟ヲ患者収容所ニ一棟ヲ事務所ニ充テ」<sup>36)</sup>る状況で現在地に移転していることが物語るように、財政的な問題等もあり公立での施設運営は順調に進んだわけではなかった。開設時に定員300名と最大の規模を誇っていた全生病院も、寮舎の建築がままならない中で増員を行わざるを得ず、「救護患者八常ニ定員ニ満チ其ノ缺員八僅カニ死亡セシ者逃走シタル者若クハ扶養義務者ヲ発見シテ引渡シタル者等」であり、「聯合府縣の照會ニ係ル収容ヲ要スル患者八常ニ五十人以上ニ達スル」状態では、その全部を収容することができず「頗ル遺憾」<sup>37)</sup>という状況であった。開設8年後の大正5年末の入所定員数は100名増の400名であったが（図2-3-4）、その後敷地を大きく拡張し、昭和6年末には定員が1000人となっている（図2-3-5）<sup>16)</sup>。その結果、口の字型の寮舎の東側、敷地の拡張部分に新築の寮舎が列状に並び、第一期の施設で唯一繋がっていなかった治療室と病室が昭和6年の配置図では繋がるようになる。また、入所者の増加に併せて、大正12年には入所してきた患者を消毒し感染症の併発などを検査し留めおくための収容室<sup>28)</sup>が、「癩予防法」に改正された昭和6年には少年舎と教育舎が設けられている（図2-3-5-29,38）。

33)第三區府縣外島保養院.1912.『明治四十四年統計年表』:p.50.「疊建具臥具及諸器具ハ悉ク之ヲ室外ニ運出シテ藥品若クハ日光消毒ヲ行ヒ床下ノ塵芥其他ノ不潔物ハ之ヲ取除キテ焼却シ濕潤ナル處ニ生石灰ヲ撒布シ」,第二區療養所北部保養院.1915.『大正三年 統計年報』:p.7.「有毒地内ヨリ出ツル汚物、塵芥ハ總テ汚物焼却場ニ投棄セシメ時々之レガ焼却ヲナサシメツツアリ」,第二區療養所北部保養院.1928.『自昭和二年一月至昭和二年十二月統計年報』:p.6.「患者重症室ト調劑室トノ間塀障ノ設ケナキタメ風位ニヨリ有毒室内ノ塵埃飛散浸入ノ虞レアリ右防止ノタメ高サ九尺長サ二間ノ板塀ヲ新設セリ」。

34)本文中に述べたように、〈外島〉では明治44年、〈大島〉では大正2年に、それぞれ監置室が設置されている。

35)本章において、主に開設2-6年後の配置図を用いているのはそのためである。

36)第二區療養所北部保養院.1915.『大正三年統計年報』:p.1.参照。国立療養所松丘保養園.1959.『松丘保養園要覽 創立50周年記念』:p.1.の記述と移転日が異なるが、本章では大正三年の資料を採用した。

37)第一區府縣全生病院.1924.『自大正十一年一月至大正十二年十二月統計年報』:pp.3-8,p.15.



図2-3-4 ①第一區府縣立全生病院(大正五年)

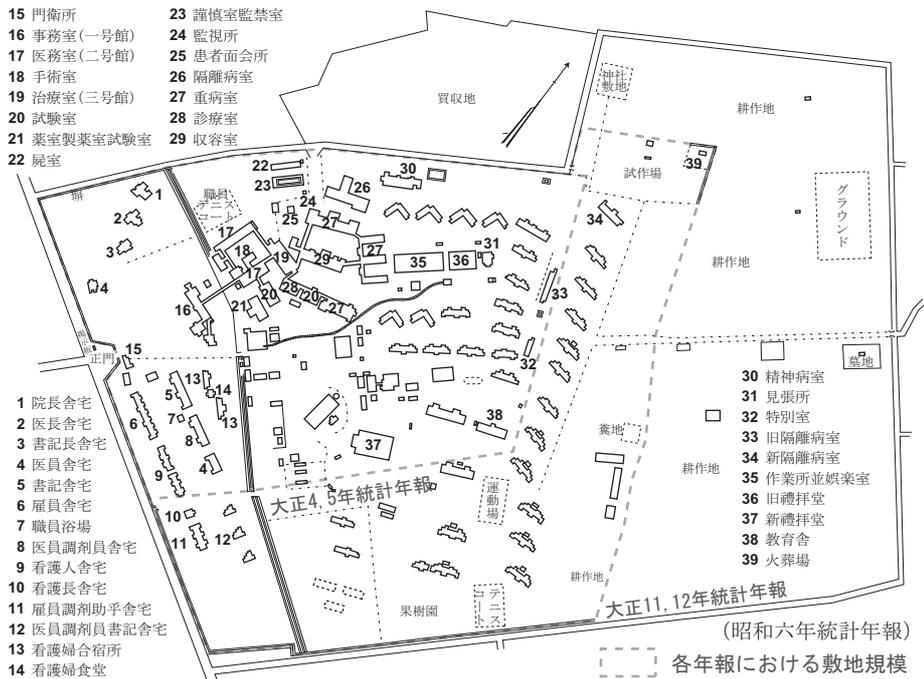


図2-3-5 ①第一區府縣立全生病院(昭和六年)

(2) 第二期(昭和5年~昭和20年)

昭和5年、政府は癩根絶策として20箇年計画を作成し、国立療養所の拡張による1万人収容計画を樹立する<sup>38)</sup>。第二期は、翌昭和6年の「癩予防法」への改正、国立療養所の設置と公立療養所の国立移管など、社会を感染源である患者から護るというハンセン病政策の方向性が明確に示された時期である<sup>39)</sup>。

昭和5年、わが国最初の国立療養所として長島愛生園が作られた。第一期に作られた公立療養所の多くが、壁や土塁、棘のある生垣等で施設を囲ったのに対し<sup>30)</sup>、<長島>は離島に立地しており、周囲に囲いを用いていない。しかし、患者地区と職員地区は明確に区分され、公立療養所では職員地区に隣接することが多かった官舎地区は、職員地区からさらに離れて設置されている(図2-3-6)。患者

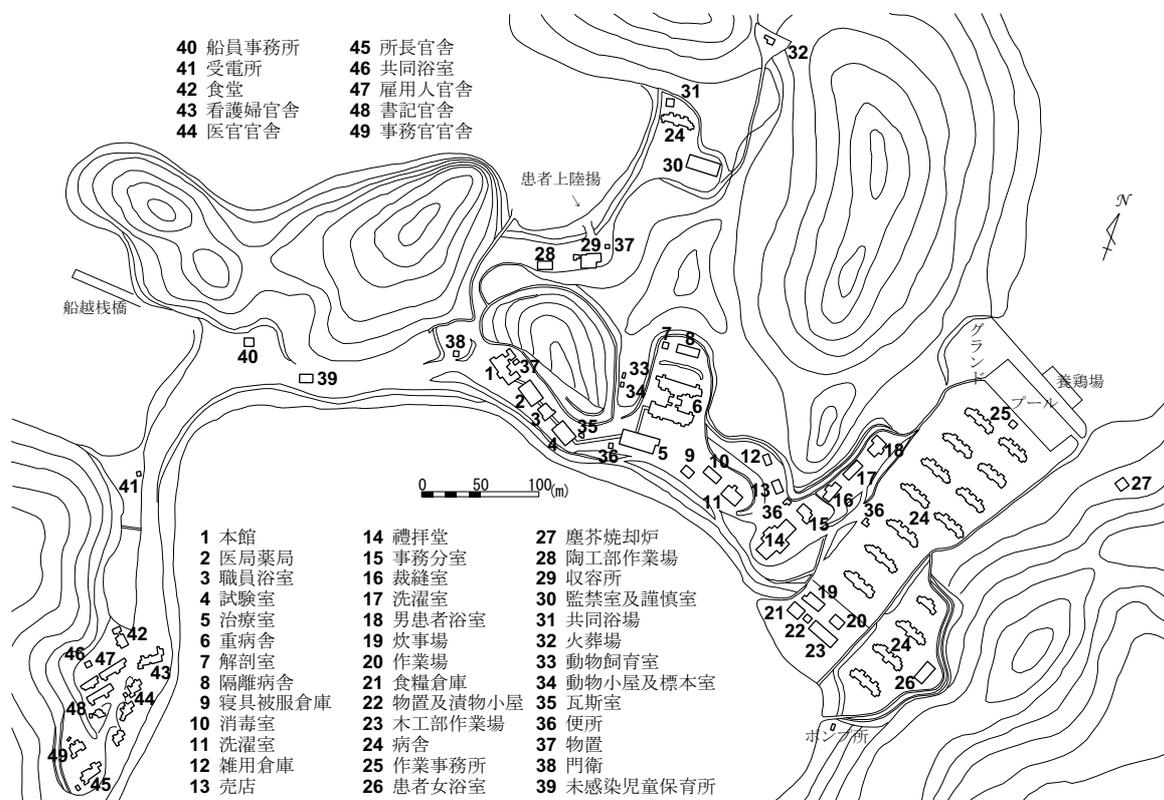


図2-3-6 ⑥国立療養所長島愛生園(昭和六年)

(昭和六年年報)

38) 国立癩療養所星塚敬愛園. 1942. 『昭和16年年報(開園第7年)』: p.1. 「之より曩昭和5年政府は癩根絶策として20箇年計画を作成し、曩に紀元2600年を期し国立癩療養所3000床を擴張、以て1万人収容計画を樹立し」た。

39) 国立療養所松丘保養園. 1959. 『松丘保養園要覧 創立50周年記念』: pp.42-43. 「現行「ライ予防法」により法的根拠を與えられて患者の強制隔離収容所として出発したことが、その後の今日までのライ療養所の性格を形成するのに決定的な因子をなしたからである。即ち治療により疾患から恢復せしめて社会に送り返す本来の語義での療養所でなく、一般公衆の保健保持のため、患者の側の一方的犠牲により、終生隔離療養せしめる一種のコロニーであった。それでは終生の療養を送り得る様な生活福祉の道が講じられてあったかと云うと、予防法が予防的顧慮のみを念頭とした取締法規に終始していた事でも解る様に、その様な措置は殆ど講じられていず、所謂「最も安上がりな」ライ撲滅策が取られて来た。これはこの事実の寧ろ基盤となったライ療養所の性格である」

地区には、設立当初より監禁室及謹慎室<sup>40)</sup>が設けられ、入所者の寮舎の近くに事務分室が設置された(図2-3-6-30,15)。事務本館が施設の表玄関であるのに対し、事務分室は患者地区や職員地区との境界上に位置し、入所者と施設の交渉やその他一切の相談、郵便物の扱いなどを行っていた<sup>41)</sup>。第一期において各施設が入所者の管理に苦慮した結果、これを入所者の自治制度に委し、入所者の情勢に順応するものとして、大正七年、<外島>においてそれまでの室長制とは異なる舎長選挙規定による舎長会を組織した。院長の諮問機関でもあるこの舎長会は、庶務施行の円滑を援助し、貧困者の相互扶助、反社会的行為の自制、所内秩序の確立などを行っており<sup>42)</sup>、公立療養所では<大島>がいち早く昭和3年に事務分室を設置し、以後、各施設に設けられている。また、「癩予防法」の施行により、自宅療養が可能であった患者も収容したため、携伴児童を保護する保育所が設置されている(図2-3-6-39)。

第一期設立の療養所のうち、入所定員数が多かった<全生>と<外島>に口の字型の寮舎配置が取り入れられたのに対し、昭和10年開設の星塚敬愛園(図2-3-7)、13年開設の國頭愛楽園(図2-3-8)、14年開設の東北新生園(図2-3-9)では、入所定員数が250名から400名と開設時の規模としては前2園に遜色がないにも関わらず、列状の寮舎配置が取られている。第二期は自宅療養患者を中心に収容し



図2-3-7 ⑧国立療養所星塚敬愛園(昭和十一年)

40)長島愛生園 . 1931. 『昭和五年十一月』. に拠れば、鉄筋コンクリート平屋建の監禁室及謹慎室は、「監禁及謹慎室 監禁室、(四疊半大)五室、謹慎室三室」(p.6)とある。写真資料はあるものの、その詳細については著者は把握できていない。

41) 邑久光明園入園者自治会 . 1989. 『風と海の中 - 邑久光明園入園者八十年の歩み』: p. 184.

42)第三區府縣立外島保養院 . 1919. 『大正七年統計年表』: p. 34.

ており、入所者の粗暴な振る舞いは減少した<sup>43)</sup>。上記3園には開設当初より面会設備が設けられ(図2-3-7-21, 図2-3-8-10, 図2-3-9-45) これは救護者のある自宅療養患者を収容した第二期の特徴である。また、昭和6年に教育舎が、昭和11年に全生図書館が<全生>に作られたように(図2-3-5-38) <星塚>では入所者を教育し、言語を統一するための教育設備として、昭和12年に敬愛図書館、18年に敬愛学園が設置され<sup>44)</sup>、各施設に教育設備が作られた。しかし、第二期においても、患者地区と職員地区は板塀などで明確に区別され、事務管理・医務治療設備に繋がる形で重病舎が、その近くに隔離病舎、監禁室が配置され、開設時より火葬場が附設されている。

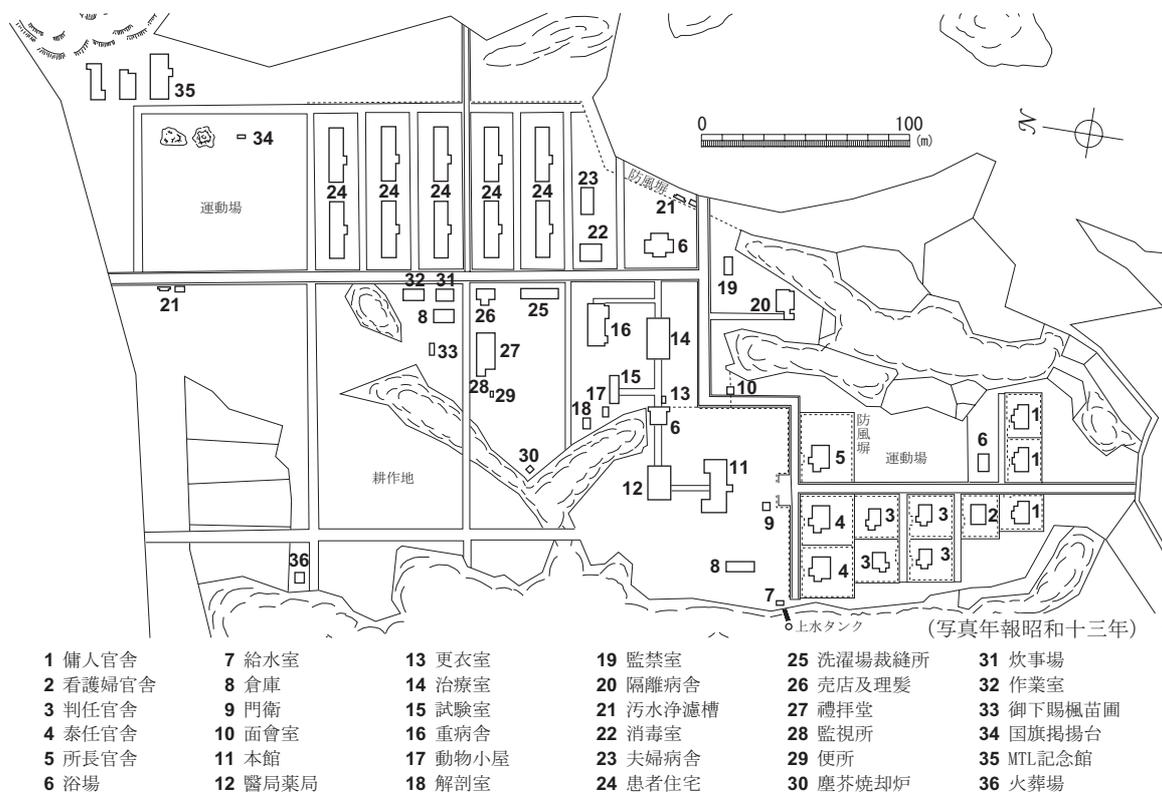


図2-3-8 ⑬国立療養所國頭愛樂園(昭和十三年)

43) 星塚敬愛園. 1936. 『昭和十年年報(開園第一年)』: p. 14. 「本園建設の趣旨に於て曩に設置されたる国立療養所長島愛生園及栗生楽泉園と聊か異なる如く患者収容に於てもその趣を異にし、主として鹿児島沖繩の両縣下より収容をなしたるを以て浮浪徘徊の徒若くは療養所経験者の如き極めて稀にして、多くは淳朴なる自宅患者にして殊に多数の島人を包含するは異とする所なり。(…)浮浪患者と稱するも多くは沖繩の逆境にありしものにして所謂大都市の浮浪群の如く悪弊に染みたるものと異なりて、何れも宏大無邊なる皇恩に感泣し極めて平和なる療養生活を営みつつあり」。

44) 星塚敬愛園. 1936. 『昭和十年年報(開園第一年)』: p. 14. 「未だ當て他の療養所に於て経験せざる所にして最も困難なる問題は言語の問題にして目下の標準語、鹿児島語、大島語、沖繩語の四ヶの言語相錯綜し、稍々もすれば意思の疎通を欠ぎ不便一再ならず。次に特異なるは大部分の者が宗教信仰を有せざる一事にして、神佛てふ言を辨へざる者多数あり。加ふるに文盲なるもの又全體の31%に達するの實情にして、之を教育し、言語を統一してラヂオ其の他の文化の恩恵に浴せしむるには今後相當の日子を要するものと思料せらる」(は判読不能文字)。

第二期の療養所は、入所者が荒涼な生活から自暴自棄にならないように、十分な医療を施すと同時に、無聊を慰め生活の単調化を防ぐため特に慰安娯楽の途を講ずることに細心の注意を要していた<sup>45)</sup>。しかし、<東北>が当時は恰も戦時であり建築資材価格が急騰し、普通病棟以外の諸設備は未完成のままに開園せざるを得なかったように<sup>46)</sup>、施設の拡張もままならず、多くの療養所が常に満床状態で、新規患者の受け入れを断らなければならない状況にあった<sup>37)</sup>。入所者数が定員数を上回る状態でありながら、戦時下の状況とも相俟って<sup>47)</sup>、「一人でも多くの病者を療養所内に迎えることこそ病者最大の慰安」<sup>48)</sup>とし、「慰安娯楽より先づ園の開拓を」<sup>49)</sup>の標語が掲げられた。

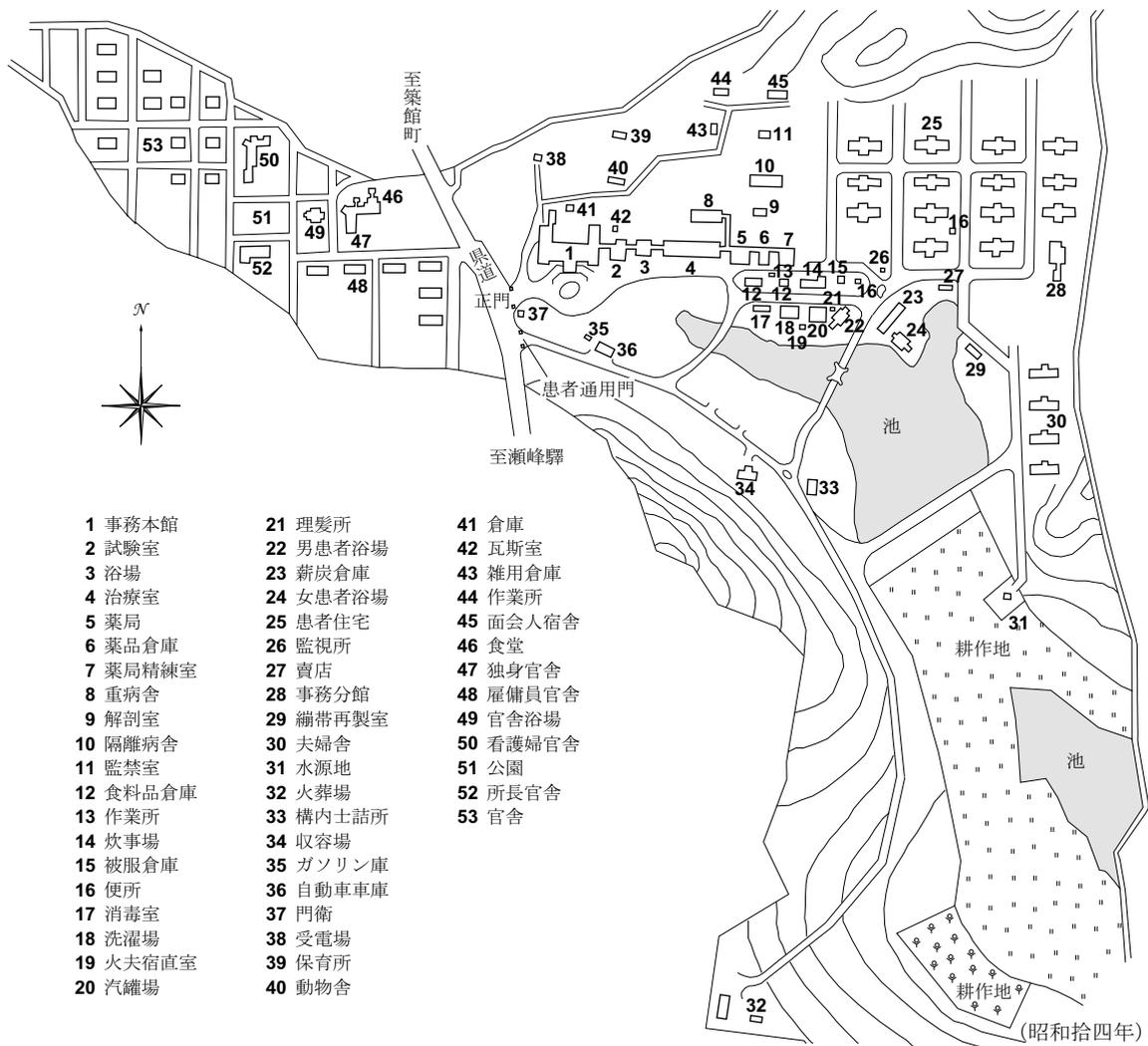


図2-3-9 ⑨国立療養所東北新生園(昭和十四年)

45) 栗生樂泉園 . 1934. 『昭和八年年報』: p. 19. 「之等患者に對しては十分なる治療を施すと共に慰安娯楽の方途を講ずるに細心の注意を拂ひつつあり」。

46) 国立療養所東北新生園 . 1950. 『昭和25年度年報』: p. 1.

47) 長島愛生園慰安会 . 1941. 『愛生』 昭和16年10月号: p. 9. 「祖國淨化の爲に決然自らを犠牲に一切の絆を斷ち、隔離療養にいそむ入園者こそ、身を祖國に獻げ第一線に立つ勇士の心情と些かも異なる處なし」。

48) 国立療養所長島愛生園 . 1942. 『昭和十六年年報』: p. 65.

49) 栗生樂泉園 . 1934. 『昭和八年年報』: p. 19. 「本園は開所後日未だ淺きも患者の樂園たらしむべく園風薫致に力を用ひ患者亦之に共鳴し何れも慰安娯楽は先づ園の開拓からをモットーとし自己娯楽に關しては更に顧みざるの状態なり」。

(3) 第三期（昭和20年～昭和30年）

終戦後のこの時期は療養所の新設こそないものの、戦後民主主義の胎動とともに社会に大きな変化が生じただけでなく、昭和22年のプロミンによる治験の開始、第二次増床計画、「らい予防法」への改正と療養所を取り巻く環境に大きく動きが生じ始めた時期である。

第三期当初、開設後10年以上経過した療養所では、施設の多くの部分が修理を施さねばならない状態にあったが、与えられた予算では緊急の修繕のみに限定せざるを得なかった<sup>50)</sup>。昭和12年から25年まで入所定員数が据え置かれた<全生>では、26年以降、第二次増床計画に基づき施設の拡張がなされ、寮舎と医療設備関連の建設が多く進められた<sup>51)</sup>。結果、当初の口の字型だった寮舎配置は跡形もなく消え、寮舎が列状に整然と並べられている（図2-3-10）。<外島>が復興した<邑久>においても寮舎は列状に配置されており、それまでの男子軽症舎、女子軽症舎、不自由舎、夫婦舎に加え、第三期になると一室4.5畳の新夫婦舎が整備されている（図2-3-11）<sup>52)</sup>。



図2-3-10 ①国立療養所多摩全生園(昭和三十四年)

50) 国立療養所東北新生園 .1953. 『昭和27年度年報』: p.4. 国立療養所星塚敬愛園 .1950. 『昭和二十四年年報』: p.4.

51) 国立療養所多摩全生園 .1960. 『創立50周年記念誌』: p.99.

52) 境野健太郎 .2001. 「ハンセン病療養所における居住空間の変遷に関する研究」. 『日本建築学会計画系論文集』No.546 : pp.113-119.

全施設に設置された設備のひとつに礼拝堂がある。これは、神社仏閣に屯したり霊場巡りを行うハンセン病患者が多くいた点を踏まえ、療養所の計画段階から患者の安心を図り信仰の自由を重んじるとの理由で提案され、各療養所に整備されたものである<sup>53)</sup>。これら礼拝堂は、療養所ごとに集会場や祠佛堂、説教場などと呼ばれ、キリスト教などの説教場や、教育を行う場として利用された。特に、主として療養の資力や救護者をもたない浮浪患者を収容の対象としていた時代には、患者の教育程度も低く、彼らを永年収容する以上は、「精神的修養」<sup>54)</sup>と「品性涵養上教育」<sup>55)</sup>が必要とされ、積極的に利用された。第二期にここから教育機能が切り離され、各療養所に教育設備が作られたが、昭和20年代後半になると、各宗教団体から独自の会館を施設に寄附され、宗教機能も独立する。また、県からの寄贈病棟の他に、各種会館（娯楽・盲人等）など、機能を分化した設備が作られ始めた。



図2-3-11 ⑭国立療養所邑久光明園（昭和三十年）

53)大島療養所.1935.『大島療養所二十五年史』:p.60.「此の癩病者と云ふ者は殊に貧者に於きましては神社仏閣に出掛けるのものは神に信心して少しでも自分の病気を癒さうと云ふ目的である。故に一方に於ては患者の安心を図り、一方に於ては信仰の自由と云ふことを重んずるが為に、成る可く収容所に於きましても、相当の信仰上の設備をするか若くは相当の地所を限って神社仏閣にも参詣することの出来るやうに(後略)。」

54)国立療養所菊池恵楓園.1960.『菊池恵楓園50年史』:p.148.

55)第三區府縣立外島保養院.1912.『明治四十四年統計年表』:p.52.

## 2-4 本章で得られた知見

本章では、隔離施設としての性格が特徴付けられたと考えられる明治末期から昭和30年までの施設計画について、各施設の平面図と史資料をもとに考察し、全国的な発展過程について検証してきた<sup>56)</sup>。

本章で得られた知見は以下の通りである。

- 1) 施設年報及び帝国議会特別委員会速記録から、明治42年に開設された5箇所<sup>57)</sup>の公立療養所は、開設当初、浮浪徘徊するハンセン病患者を収容の対象としていたため、その慰安的要素として家庭的団欒や宗教信仰を中心とした計画意図があったことを明らかにした。特に、大規模の施設では寮舎が口の字型に並び、その中央に信仰のシンボルである礼拝堂が配置されている。これは、宗教による慰安が目指された施設の象徴であり、同時に、管理上見通しがきくように計画された結果であると考えられる。しかし、翌明治43年の年報記録の存在から、設立後まもなく、入所者の不謹慎な行動への対策が必要となったことを史実から確認し、品性涵養のための教育を施す一方、巡視と点呼の徹底と、不良患者に懲戒を加えるための監禁室を設置した。これは、もともとが浮浪患者の収容が主目的であったために、入所者への視座が基本的に取締りであり、更生であった点に起因すると考えられる。
- 2) 入所者の脱走行為と病毒の拡大を防ぐため、施設の周囲を囲い、職員地区と患者地区の境を板塀などで明確に区分した。また、施設に火葬場、汚物焼却場、濾過池などを設け、徹底した消毒を行うことにより、その効果を発揮した。これは物理的障壁による予防効果の他に、感染力が強いという「誤った」ハンセン病観に信憑性を持たせ、発信する装置としての働きと、入所者に自分が「社会」として危険な存在であると摺りこませることで、望郷の念や家族等への面会の思いを断ち切らせる働きがあったと考えられる。
- 3) 第二期では、懲戒機能を残したまま入所者の自治制度を設け、所内秩序の維持や反社会的行為の自制などを入所者に自主的に管理させるとともに、施設との交渉窓口として事務分館を設立したことを確認し、この施設構成と管理システムの変化には入所者の数的増加だけでなく、自宅療養患者の収容という属性的な変化があったことを裏付けた。また、施設規模の増大に併せて、寮舎は列状の配置に移行した。特に、第二期以降に設立された施設はすべて列状の寮舎配置となっており、これは入所者自治への信頼に基づき、収容力を優先させた結果だと考えられる。敷地の周囲が囲われていないことも、敷地拡張の容易さを担保するという同様の理由からだと考えられる。
- 4) 収容患者の増加に併せて、特に自宅療養患者の収容が始まった第二期以降、収容所、面会所、保育所、少年/少女舎、教育舎など、その機能を特化した設備が作られた。第三期には、寮舎の種類が多様化し、寄附による宗教設備や娯楽設備の設置が進んだ。これは、家庭的団欒、宗教信仰に慰安を求めた当初の療養所計画が挫折し、戦時下には慰安より開拓が優先された帰結として、また同時に、ハンセン病が「治る」時代に突入する中で、施設が慰安や娯楽の導入を奨励した結果であると考えられる。

---

56) 本章は、療養所の施設構成と史資料の記述に基づき考察を行っているが、それらは施設側/入所者側の記録に記述されなかった事象の存在や当事者のことを何ら否定するものではない。

## 参考文献

## - A -

- 1) 天田城介 . 2003 . 「沖縄におけるハンセン病回復者の〈老い〉と〈記憶〉 - 辺境におけるアイデンティティの政治学 - 」 . 『熊本学園大学付属社会福祉研究所報』第31号 : pp.163-194
- 2) 青木正夫 . 1987 . 「幕末から明治初期における学校附属病院の成立過程と配置および平面構成について - 幕末から昭和戦前期に至る学校附属病院建築の発展過程に関する研究 I - 」 . 『日本建築学会計画系論文報告集』第376号 : pp.36-50
- 3) 蘭由岐子 . 1999 . 『ハンセン病療養所に関する実証的研究』 . 科学研究費補助金 ( 基盤研究 C(2) )

## - K -

- 4) 古山周太郎 . 2004 . 「ハンセン病療養所の立地に関する研究」 . 『都市計画論文集』第39-3号 : pp.913-918
- 5) 桑畑洋一郎 . 2006 . 「ハンセン病者の〈生活をつくる実践〉 - 戦後復興期の沖縄愛楽園を事例として - 」 『保健医療社会学論集』第16巻2号 : pp.66-78

## - N -

- 6) 中村文哉 . 2005 . 「ハンセン病問題の社会的問題系とその方法論について」 . 第31回日本保健医療社会学会大会
- 7) 中山秋夫 . 1999 . 『鎮魂の花火』

## - S -

- 8) 新谷肇一 . 1987 . 「明治初期から昭和戦前期に至る公立病院の配置および平面構成の発展に関する研究」 . 『日本建築学会計画系論文報告集』第379号 : pp.50-62

- 9) 全国ハンセン氏病患者協議会編 . 1977 . 『全患協運動史』 . 一光社
- 10) 全国ハンセン病療養所入所者協議会編 . 2001 . 『復権への日月 ハンセン病患者の闘いの記録』 . 光陽出版社
- 11) 全国ハンセン病患者協議会 . 1987 . 『炎路 全患協ニュース縮刷版(1号 ~ 300号)』
- 12) 全国ハンセン病患者協議会 . 『全患協ニュース縮刷版第2集(301号 ~ 500号)』
- 13) 全国ハンセン病患者協議会 . 『全患協ニュース縮刷版第3集(501号 ~ 700号)』

- 14) 第二區療養所北部保養院 . 1915 . 『大正三年 統計年報』
- 15) 第二區療養所北部保養院 . 1928 . 『自昭和二年一月至昭和二年十二月 統計年報』
- 16) 北部保養院 . 1934 . 『昭和八年統計年報』
- 17) 北部保養院 . 1936 . 『昭和十年統計年報』
- 18) 北部保養院 . 1937 . 『昭和十一年統計年報』
- 19) 北部保養院 . 1938 . 『昭和十二年統計年報』
- 20) 松丘保養園 . 1946 . 『昭和十九 二十年統計年報』
- 21) 国立療養所松丘保養園 . 1959 . 『国立療養所松丘保養園要覧創立 50 周年記念』
- 22) 国立療養所松丘保養園 . 1969 . 『国立療養所松丘保養園創立 60 周年記念史』
- 23) 国立療養所松丘保養園 . 1991 . 『松丘保養園創立 80 周年記念誌』
- 24) 国立療養所松丘保養園 . 2000 . 『松丘保養園創立 90 周年記念誌』
- 25) 松丘保養園七十周年記念誌刊行委員会編 . 1979 . 『秘境を開く そこに生きて七十年』 . 北の街社 . 青森県救らい協会

- 26) 東北新生園 . 1941 . 『東北新生園年報 昭和十四年 / 昭和十五年』
- 27) 国立療養所東北新生園 . 1950 . 『昭和 24 年度年報』
- 28) 国立療養所東北新生園 . 1951 . 『昭和 25 年度年報』
- 29) 国立療養所東北新生園 . 1952 . 『昭和二十六年度年報』
- 30) 国立療養所東北新生園 . 1953 . 『昭和 27 年度年報』

- 31) 国立療養所東北新生園 . 1959 . 『創立二十年誌』
- 32) 国立療養所東北新生園 . 1968 . 『昭和 36 ~ 41 年度 年報』
- 33) 国立療養所東北新生園 . 1969 . 『三十周年記念誌』
- 34) 国立療養所東北新生園 . 1981 . 『創立 40 周年記念誌』
- 35) 国立療養所東北新生園 . 1989 . 『創立 50 周年記念誌』
- 36) 東北新生園入所者自治会 . 1997 . 『忘れられた地の群像 東北新生園入園者自治会四十年史』
  
- 37) 栗生楽泉園 . 1934 . 『昭和八年年報』
- 38) 栗生楽泉園 . 1939 . 『昭和十三年年報』
- 39) 国立癩療養所栗生楽泉園 . 1947 . 『昭和十八・十九・二十年年報』
- 40) 国立療養所栗生楽泉園 . 1962 . 『創立 30 周年記念誌』
- 41) 国立療養所栗生楽泉園 . 1972 . 『創立 40 周年記念誌』
- 42) 国立療養所栗生楽泉園 . 1992 . 『創立 60 周年記念誌』
- 43) 国立療養所栗生楽泉園 . 2002 . 『創立 70 周年記念誌』
- 44) 栗生楽泉園 . 1935 . 『栗生楽泉園 自由療養所入園者のすすめ』
- 45) 栗生楽泉園患者自治会 . 1982 . 『風雪の紋 栗生楽泉園患者 50 年史』
- 46) 栗生楽泉園入園自治会・国立療養所栗生楽泉園 共編 . 2002 . 『熊笹の屋根 栗生楽泉園創立七十周年記念写真集』 . 皓星社
- 47) 栗生楽泉園盲人会 . 1986 . 『湯けむりの園 栗生盲人会五十年史』
  
- 48) 第一區府縣立全生病院 . 1911 . 『自明治四十二年九月至明治四十三年十二月 統計年報』
- 49) 第一區府縣立全生病院 . 1917 . 『自大正四年一月至大正五年十二月 統計年報』
- 50) 第一區府縣立全生病院 . 1924 . 『自大正十一年一月至大正十二年十二月 統計年報』
- 51) 第一區府縣立全生病院 . 1932 . 『昭和六年統計年報』
- 52) 第一區府縣立全生病院 . 1937 . 『昭和十一年統計年報』
- 53) 国立癩療養所多磨全生園 . 1946 . 『統計年報 昭和二十年』
- 54) 国立療養所多磨全生園 . 1949 . 『昭和二十三年統計年報』
- 55) 国立療養所多磨全生園 . 1959 . 『創立 50 周年記念誌』
- 56) 国立療養所多磨全生園 . 1969 . 『創立 60 周年記念誌』
- 57) 国立療養所多磨全生園 . 1979 . 『創立 70 周年記念誌』
- 58) 国立療養所多磨全生園 . 1989 . 『創立 80 周年記念誌』
- 59) 多磨全生園患者自治会 . 1979 . 『俱会一処 患者が綴る全生園の七十年』 . 一光社
- 60) 多磨盲人会 . 2004 . 『道標 創立 50 周年記念号 通巻 121 号』
  
- 61) 国立駿河療養所 . 1975 . 『開所 30 周年記念誌』
- 62) 国立駿河療養所 . 1995 . 『開所 50 周年記念誌』
- 63) 駿河会 ( 患者自治会 ) 編 . 1975 . 『入所者三十年の歩み』
  
- 64) 第三區府縣立外島保養院 . 1910 . 『明治四十二年統計年表』
- 65) 第三區府縣立外島保養院 . 1911 . 『明治四十三年統計年表』
- 66) 第三區府縣立外島保養院 . 1912 . 『明治四十四年統計年表』
- 67) 第三區府縣立外島保養院 . 1913 . 『大正元年統計年表』
- 68) 第三區府縣立外島保養院 . 1914 . 『大正貳年統計年表』
- 69) 第三區府縣立外島保養院 . 1915 . 『大正參年統計年表』
- 70) 第三區府縣立外島保養院 . 1916 . 『大正四年統計年表』
- 71) 第三區府縣立外島保養院 . 1917 . 『大正五年統計年表』

- 72) 第三區府縣立外島保養院 . 1918 . 『大正六年統計年表』
- 73) 第三區府縣立外島保養院 . 1919 . 『大正七年統計年表』
- 74) 第三區府縣立外島保養院 . 1920 . 『大正八年統計年表』
- 75) 第三區府縣立外島保養院 . 1921 . 『大正九年統計年表』
- 76) 第三區府縣立外島保養院 . 1922 . 『大正十年統計年表』
- 77) 第三區府縣立外島保養院 . 1923 . 『大正十一年統計年表』
- 78) 第三區府縣立外島保養院 . 1924 . 『大正十二年統計年表』
- 79) 第三區府縣立外島保養院 . 1925 . 『大正十三年統計年表』
- 80) 第三區府縣立外島保養院 . 1926 . 『大正十四年年報』
- 
- 81) 邑久光明園 . 1942 . 『昭和十六年 邑久光明園年報』
- 82) 邑久光明園 . 1946 . 『昭和二十年 邑久光明園年報』
- 83) 國立療養所邑久光明園 . 1950 . 『昭和二十四年 邑久光明園年報』
- 84) 國立療養所邑久光明園 . 1956 . 『昭和三十年 邑久光明園年報』
- 85) 國立療養所邑久光明園 . 1969 . 『創立 60 周年記念史』
- 86) 國立療養所邑久光明園 . 1979 . 『創立 70 周年記念誌』
- 87) 國立療養所邑久光明園 . 1989 . 『創立 80 周年記念誌』
- 88) 國立療養所邑久光明園 . 1999 . 『創立 90 周年記念誌』
- 89) 邑久光明園盲人会 . 1995 . 『白い道標 邑久光明園盲人会 40 年史』
- 90) 邑久光明園入園者自治会編 . 1989 . 『風と海のなか 邑久光明園入園者八十年の歩み』 . 日本文教出版
- 
- 91) 長島愛生園 . 1931 . 『昭和五年十一月』
- 92) 長島愛生園 . 1932 . 『昭和六年年報』
- 93) 國立療養所長島愛生園 . 1942 . 『昭和十六年年報』
- 94) 國立療養所長島愛生園 . 1952 . 『昭和二十六年年報』
- 95) 國立療養所長島愛生園 . 1961 . 『長島愛生園 30 年の歩み』
- 96) 國立療養所長島愛生園 . 1991 . 『創立六十周年記念誌』
- 97) 國立療養所長島愛生園 . 2001 . 『創立七十周年記念誌』
- 98) 長島愛生園入園者自治会編 . 1982 . 『隔絶の里程 長島愛生園入園史五十年史』 . 日本文教出版
- 99) 長島愛生園入園者自治会編 . 1998 . 『曙の潮風 長島愛生園入園者自治会史』 . 日本文教出版
- 
- 100) 大島療養所 . 1927 . 『大正十五年昭和元年統計年報』
- 101) 大島療養所 . 1928 . 『昭和二年統計年報』
- 102) 大島療養所 . 1929 . 『昭和三年統計年報』
- 103) 大島療養所 . 1935 . 『大島療養所二十五年史』
- 104) 第四區大島療養所 . 1935 . 『昭和九年統計年報』
- 105) 第四區大島療養所 . 1939 . 『昭和十三年統計年報』
- 106) 國立療養所大島青松園 . 1951 . 『昭和 25 年度年報』
- 107) 國立療養所大島青松園 . 1952 . 『昭和 26 年度年報』
- 108) 國立療養所大島青松園 . 1959 . 『昭和 33 年度年報』
- 109) 國立療養所大島青松園 . 1960 . 『五十年誌』
- 110) 國立療養所大島青松園 . 1969 . 『創立 60 周年記念誌』
- 111) 國立療養所大島青松園 . 1979 . 『創立 70 周年記念誌』
- 112) 國立療養所大島青松園 . 1989 . 『創立 80 周年記念誌』
- 113) 國立療養所大島青松園 . 1999 . 『創立 90 周年記念誌』

- 114)九州療養所 .1914. 『大正二年統計年報 第五號』
- 115)九州療養所 .1915. 『大正三年統計年報 第六號』
- 116)九州療養所 .1916. 『大正四年統計年報 第七號』
- 117)九州療養所 .1928. 『昭和貳年統計年報』
- 118)九州療養所 .1931. 『昭和五年統計年報』
- 119)九州療養所 .1937. 『昭和拾壹年統計年報』
- 120)九州療養所 .1940. 『昭和拾四年統計年報』
- 121)九州療養所 .1941. 『昭和拾五年統計年報』
- 122)国立療養所菊池恵楓園 .1950. 『昭和24年度年報』
- 123)国立療養所菊池恵楓園 .1955. 『昭和29年度年報』
- 124)国立療養所菊池恵楓園 .1958. 『昭和32年度年報』
- 125)国立療養所菊池恵楓園 .1960. 『菊池恵楓園50年史』
- 126)国立療養所菊池恵楓園 .1989. 『創立80周年記念誌(その後の20年のあゆみ)』
- 127)国立療養所菊池恵楓園 .1999. 『創立90周年記念誌(その後の10年)』
- 128)恵楓園患者自治会 .1959. 『自治会の沿革』
- 129)国立療養所菊池恵楓園患者自治会 .1976. 『自治会50年史 1976年刊』
- 130)国立療養所菊池恵楓園入所者自治会 .2006. 『壁をこえて 自治会八十年の軌跡』
- 131)菊池恵楓園入所者自治会 .2004. 『黒川温泉ホテル宿泊拒否事件に関する差別文書綴り』
  
- 132)星塚敬愛園 .1936. 『昭和十年年報(開園第一年)』
- 133)国立癩療養所星塚敬愛園 .1942. 『昭和16年年報(開園第7年)』
- 134)国立療養所 .1950. 『昭和二十四年年報(開園第十五)』
- 135)国立療養所星塚敬愛園 .1955. 『昭和29年度年報』
- 136)国立療養所星塚敬愛園 .1959. 『昭和33年度年報』
- 137)国立療養所星塚敬愛園 .1977. 『創立40周年記念誌』
  
- 138)国立療養所奄美和光園 .1974. 『行幸啓記念誌 創立30周年記念誌』
- 139)国立療養所奄美和光園 .1984. 『創立40周年記念誌』
  
- 140)國頭愛樂園 .1939. 『昭和十三年年報(開園第1年)』
- 141)國頭愛樂園 .1943. 『昭和十七年年報(開園第五年)』
- 142)国立癩療養所國頭愛樂園 .1944. 『昭和十八年年報(開園第六年)』
- 143)沖縄愛樂園癩療養所 .1953. 『一九五二年統計年報』
- 144)沖縄愛樂園 .1968. 『開園30周年記念誌』
- 145)国立療養所沖縄愛樂園 .1973. 『開園35周年記念誌』
- 146)国立療養所沖縄愛樂園 .1988. 『開園50周年記念誌』
- 147)国立療養所沖縄愛樂園入園者自治会 .1989. 『命ひたすら 療養50年史』
  
- 148)宮古療養所 .1938. 『昭和12年年報』
- 149)宮古南静園 .1942. 『昭和15 16年年報』
- 150)国立療養所宮古南静園・宮古南静園入園者自治会 .1982. 『開園50周年記念誌』
- 151)国立療養所宮古南静園・宮古南静園入園者自治会 .2001. 『創立七十周年記念誌』
- 152)宮古南静園自治会編 .1962. 『三十周年記念誌』
- 153)宮古南静園自治会編・あんなの会編 .2000. 『戦争を乗り越えて 宮古南静園からの証言』

### 第3章 ハンセン病療養所の居住空間改善過程

---



### 3-1 はじめに

#### 3-1-1 本章の位置づけ

ハンセン病は人目に付きやすい顔面や四肢に変形や皮膚潰瘍などの症状が現れるため、「業病」、「天刑病」と呼ばれ不当に恐れられ嫌われた疾病である。かつてはハンセン病患者というだけで、それまで暮らしてきた故郷を追われ、家族と引き離され、また自分が何者であるかの根幹に関わるその名前さえも奪われて<sup>1)</sup>、療養所に収容されてきた。1947年以降、プロミン<sup>2)</sup>という特效薬が医療現場に導入され、完全に治癒<sup>3)</sup>するようになっても、「らい予防法」<sup>4)</sup>のもと、一度ハンセン病と診断された者は、地域から引きはがされ強制的に療養所に隔離され続けた。

ハンセン病療養所の長い歴史の中で、入所者は隔離された状況下でも自治組織を結成し<sup>5)</sup>、看護切り替え要求や医療充実要求など、自分たちの生活・医療状況を少しでも改善するために様々な運動を繰り返し、ただ収容される空間から、自分たちが生活を展開する場へと、その生活環境を改善してきた<sup>6)</sup>。しかし、1996年まで存在した「らい予防法」によって施設内へ入ることは簡単なことではなかったため、療養所内での生活の様子が明らかにされることはなかった。入所者の平均年齢が78歳<sup>7)</sup>と高齢化している現在こそ、長く触れられることのなかった療養所の生活環境を解明する最後の機会であり、またこのことは同時代に生きるものの責務でもある。

1)療養所にいることが故郷に知られるのをおそれ、園名と呼ばれる偽名を用いている療養所入所者は今でも多い。

2)ファージェ(米)が1943.9に創製に成功。当時戦争中だった日本への輸入は遅れ、1947年になってからであるが、この遅れが、戦時中の食料、医療事情の悪さと相まって、症状を悪化させ多数の死者を出す結果となった。

3)本論文でいう「治癒」とは、ハンセン病自体の感染性がなくなっていることを指す。ハンセン病自体の感染性がなくなっているも、治療が遅れたことによる後遺症として視覚障害や手足や顔面などの知覚麻痺や運動麻痺を起こしていることがある。

4)1907年制定の「癩予防二関スル件」は、1931年に強制隔離を柱とする「癩予防法」となり、欧米では入院ではなく通院で治療が主に行われていた1953年に絶対終生隔離を基本理念として残したまま「らい予防法」に改定された。

5)「入園者自治会規約」に、「会員相互の信頼と協力による民主的自治機関にして、健全なる療養生活の向上に努める」ことを目的とし、その目的を達成するために「1. 医療の向上に関する事項、2. 生活環境の改善に関する事項、3. 文化教養に関する事項、4. 購買に関する事項、5. その他必要な事項」を行うものとする。邑久光明園入園者自治会編 .1989 .『風と海のなか 邑久光明園入園者八十年の歩み』. 日本文教出版 : pp.17-21, pp.226-228, pp.292-294, pp.504-505など参照。

6)1949年から住居の改善要求・夫婦舎増築要求の運動が瀬戸内三園協議会(邑久光明園、長島愛生園、大島青松園)の討議を経て展開されていった。邑久光明園入園者自治会編 .1989 .『風と海のなか 邑久光明園入園者八十年の歩み』. 日本文教出版 : pp.256-261参照。

7)2007年5月1日現在、国立療養所入所者数は2890名、2006年5月1日現在の国立療養所13園の平均年齢は78.2歳である。

### 3-1-2 本章の目的

本章では、「隔離施設」における入所者の居住環境改善過程を把握するために、岡山県のハンセン病療養所を対象とし、複数の入所者からの聞き書きにより療養所内に作られた寮舎プランの再現を行い、療養所開設以降に存在したすべての寮舎プランとその変遷過程を解明する。また、各寮舎の居住経験者へインタビュー調査を行うことで、各寮舎における居住環境の問題点及び改善過程を抽出し、入所者による居住環境改善過程を明らかにすることを目的とする。

### 3-1-3 調査概要

#### (1) 調査対象施設概要

本研究は、岡山県の南東部、備讃瀬戸の一角、長島に位置するハンセン病療養所邑久光明園（1938年開設）を調査対象施設としている。遙か南に小豆島、東に日生諸島を望む長島は、周囲16kmの小島であり、本州とはわずか25mの海峡によって隔てられているだけである。しかし、1988年5月に邑久長島大橋が開通するまで、入所者にとって本州は近くて遠い存在であった。1943年度末に最大1171名いた入所者も、2007年5月1日現在、入所者数は230名で平均年齢は78歳を越えている。施設は、管理棟、医局棟、治療棟と病棟などの集まる地区と51棟の寮舎、各宗の会館が建ち並ぶ寺町などからなりたっている（図3-1-1）。寮舎は、上部、南部、宮の段、そして現在では使われなくなった藪池の4つの地区に分けられ、看護、介護職員のいる上部地区はさらに3つに細分され、1センター、2センター、3センターの順で傾斜的に看護、介護体制が組まれている。

#### (2) 調査方法

本章の目的を達成するために、ハンセン病患者を収容するために施設によって画一的に整備された寮舎を対象に、施設年報や自治会史を基に寮舎の名称、位置を特定し、それらの建設及び建て替え時期を踏まえた上で、各寮舎の居住経験者から聞き取りを行い、療養所に存在した全寮舎プランを再現した上で、同一名称をもつ寮舎プランの変遷過程から、建て替えによる各寮舎プランの変更過程を解明し、ハンセン病療養所の居住空間変遷過程として整理する。同時に、各寮舎における生活上の問題点及びその改善過程について各寮舎に居住した入所者にインタビュー調査を行い、実際に建て替えられた寮舎プランと比較検討することで、寮舎の建て替えに基づくハンセン病療養所の居住環境改善過程を把握する。

【調査1】平面プラン資料の収集<sup>8)</sup>：調査対象施設に存在した全寮舎の平面プラン資料の収集及びその変遷過程の把握

【調査2】インタビュー調査<sup>9)</sup>：各寮舎形態における生活展開の模様を平面プランを用いて各寮舎で生活した入所者に訊く

[ 調査期間 ] 1999.9-1999.12

8)文献で調べきれなかった寮舎に関しては、入園者自治会の協力を得て入所者から直接確認をとることで補った。

9)重度の障害をもつ入所者の多い寮舎などは、1967年以後のものにおいては補足的に施設職員にもインタビューを行った。

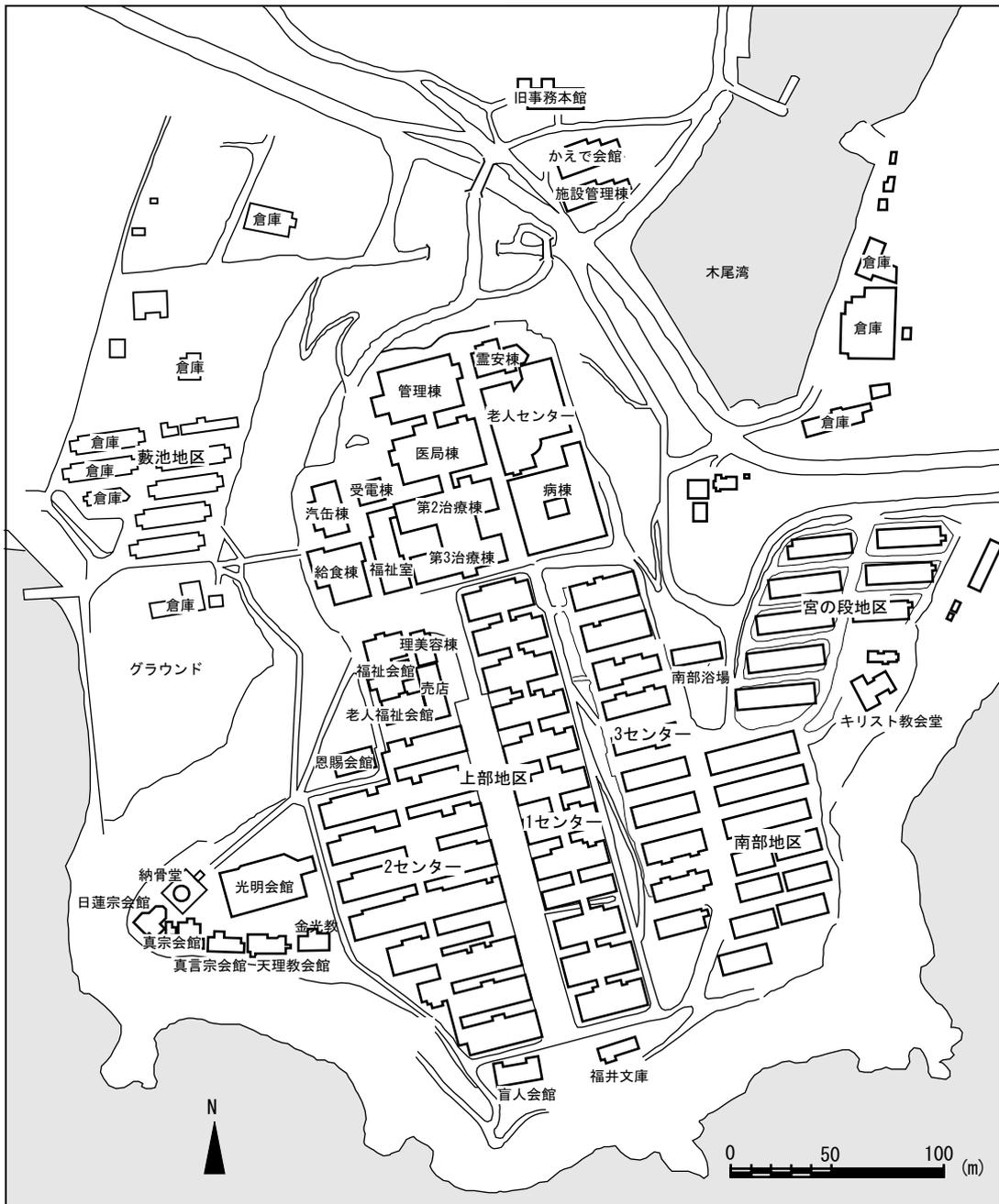


図3-1-1 調査対象施設概況図

## (3) 調査対象寮舎概要

開設時から現在までに< 邑久 >に存在した全寮舎において、その存在・建て替え<sup>10)</sup>時期を文献資料から調べると表3-1-2のようになる。この図より、1950年から55年(これを第1次変革期とする)、64年から75年(第2次変革期)、76年から89年(第3次変革期)、そして97年から(第4次変革期)の4つの時期に集中して、建て替えが順次行われていることが読み取れ、これら4つの変革期によって、K園の歴史を大きく5つの時代に分けることができる。各時代の代表年として、1942年、60年、75年、95年、99年(調査時)を取り上げ、各年代毎に存在していた全寮舎を調査対象寮舎とし、変革期毎に各寮舎がどのように建て替えられたのかを解明する。

## (4) 調査対象者概要

各時代の全寮舎の生活環境について把握するため、寮舎移行過程が異なり調査協力の得られた10名を調査対象者とし、寮舎の平面プランを見ながらヒアリングを行った。話の中で聞かれた各寮舎の生活環境に対する不満や要望を特に重点的にインタビューし、その改善過程を平面プラン上に記入していった。対象者の属性は表3-1-1の通りである。

表3-1-1 調査対象者概要

	名前	年齢	性別	園内結婚歴	現状	入所年	入所年齢	入所期間	現在の在籍寮
No. 1	[T]	84	男性	有	夫婦	1940	24	60年	第3センター2ブロック
No. 2	[K]	77	男性	無	独居	1941	18	59年	第1センター3ブロック
No. 3	[M]	76	男性	有	独居	1941	17	59年	第1センター3ブロック
No. 4	[C]	76	男性	有	独居	1941	17	59年	第3センター2ブロック
No. 5	[H]	-	女性	有	独居	1941	-	59年	第2センター2ブロック
No. 6	[O]	-	女性	有	夫婦	1944	-	56年	第3センター2ブロック
No. 7	[R]	69	男性	無	独居	1945	14	55年	第2センター1ブロック
No. 8	[S]	-	女性	有	独居	1949	-	51年	第3センター1ブロック
No. 9	[F]	72	男性	無	独居	1949	21	51年	第2センター1ブロック
No. 10	[N]	72	男性	無	独居	1956	28	44年	第1センター2ブロック

10)本章で扱う「建て替え」は、療養所の区分で「改造」と「更新」と呼ばれるものをいう。「改造」とは構造躯体に手を加えずに改築及び増改築することを表し、「更新」とは完全に更新築した場合を表す。



### 3-2 寮舎プランからみた居住空間の変遷

#### 3-2-1 寮舎プランの分類

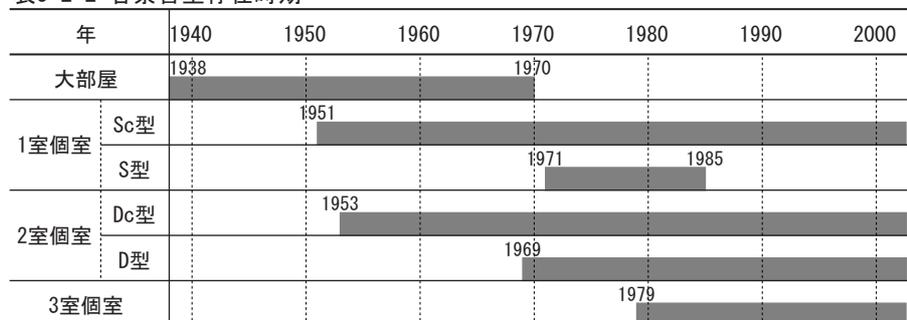
〈邑久〉が開設してから調査時（1999年2月）までに延べ188棟<sup>11)</sup>の寮舎が建設された。その内訳は、更新121、改造67であり、その全寮舎を、共用廊下の有無と各居室の空間構成から6つの寮舎型に分類した。居室は1室が10畳を超える居室を大部屋とし、それ以下のものを個室<sup>12)</sup>とした。さらに、複数の部屋を持つ個室では各室で行われる生活展開が異なるため、室数によって、1室個室、2室個室、3室個室<sup>13)</sup>に分類した。また、建て替えが順次行われる際に、寮舎ごとに多少の差異が現れる場合もあり、居室の広さが異なるもの、板間などを併設するものについては居室の利用形態が異なる判断し別タイプの寮舎であるとしたが、1棟の個室数が異なるもの、二階建てのものなど、個室の空間構成が同じと判断できるものに関しては同タイプの寮舎として数えた。この分類を行った結果、全寮舎は表3-2-1の30タイプに分類された。

表3-2-1 寮舎形態分類

	寮舎型	タイプ	室構成	棟数	存在時期		寮舎型	タイプ	室構成	棟数	存在時期
大部屋	Lc型	L-1	15畳4室	11棟	1938-64	2室個室	Dc型	D-1	2室10戸	6棟	1953-67
		L-2	15畳4室	15棟	1938-64			D-2	2室8戸	6棟	1966-85
		L-3	10畳6室	6棟	1938-53			D-3	2室8戸	1棟	1969-85
		L-4	15畳4室	1棟	1943-70			D-4	2室20戸	3棟	1970-85
1室個室	Sc型	S-1	1室8戸	29棟	1951-75			D-5	2室7戸	3棟	1980-
		S-2	1室14戸	7棟	1964-81			D-6	2室16戸	3棟	1981-
		S-3	1室12戸	9棟	1966-85			D-7	2室8戸	3棟	1983-
		S-4	1室11戸	3棟	1972-87			D-8	2室5戸	1棟	1987-
		S-5	1室10戸	3棟	1980-			D-9	2室8戸	3棟	1997-
		S-6	1室9戸	5棟	1980-			D-10	2室8戸	2棟	1998-
		S-7	1室10戸	1棟	1981-		D型	D-11	2室7戸	4棟	1969-86
		S-8	1室9戸	4棟	1981-			D-12	2室8戸	20棟	1971-89
		S-9	1室10戸	4棟	1985-			D-13	2室9戸	6棟	1984-
	S型	S-10	1室8戸	8棟	1971-85	3室個室	T型	T-1	3室6戸	8棟	1986-
				T-2	3室3戸			5棟	1983-		
				T-3	3室5戸			5棟	1979-		

※大部屋:L 1室個室:S 2室個室:D 3室個室:T  
廊下型:c付き  
完全個室型(廊下なし):cなし

表3-2-2 各寮舎型存在時期



11) 南部地区に存在する2寮舎(白萩寮、向日葵寮)が2棟で1寮舎の形態をとるために寮舎数と棟数に若干の差異が生ずる。  
12) 本章では、1棟の中で連続的に存在する、居室、前室、押入、台所、縁側等から構成される同種の空間を「個室」と定義している。  
13) 個室に関しては3畳以上の広さを持つものを初めて1室と数え、それ以下の空間は図中において「前室」「縁側」などと表記した。











3-2-3 寮舎プランの変遷に関する考察

これら4つの変革期毎にそれぞれの寮舎にどのような建て替えが行われたかを、模式的に表したのが図3-2-6である。第2次変革期では、Lc型の寮舎はすべて1室個室、2室個室の寮舎に改造されており、第3次変革期では、完全個室型の寮舎では室数の増加傾向が顕著に現れ、共用廊下を有する廊下型の寮舎においても、室数こそ変わらないものの建て替えにより板間がつくなどし、室面積が拡充する方向性が示せた。

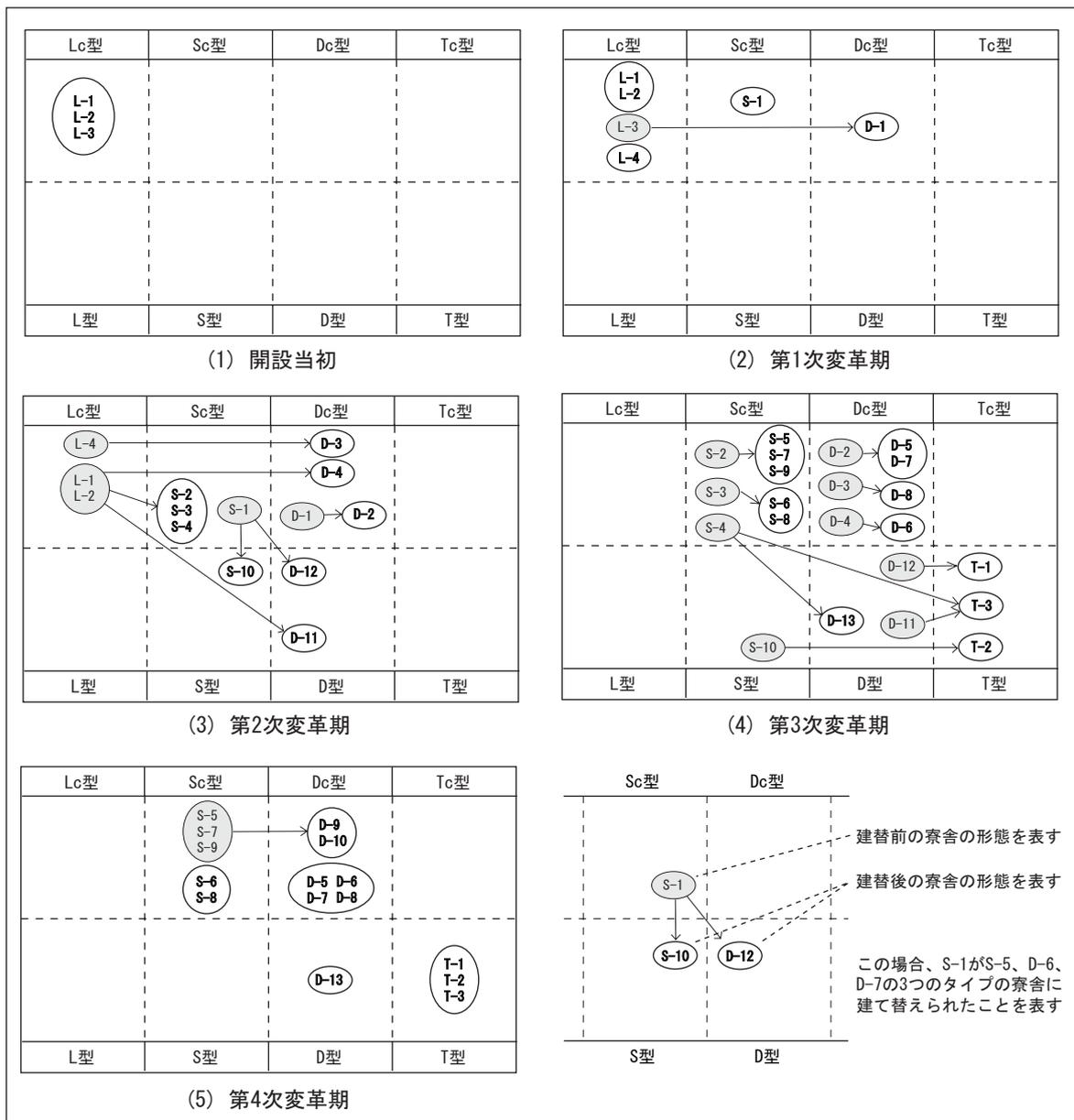


図3-2-6 各変革期における全寮舎平面プラン変遷

また、変革期を経た結果、各時代に存在した寮舎形態は表3-2-3のようになる。図3-2-8及びこの表から、各寮舎型における平面プランの変遷を表すと、図3-2-7のように変遷過程を系統的に表すことができる。

この図から分かるように、ほとんどの寮舎において個室の室数に増加傾向が見られ、また廊下を有する廊下型の寮舎から廊下を有しない完全個室型の寮舎へ移行していく過程が読み取れる。しかし、廊下を廃さない寮舎も一定数存在していることも示された。

表3-2-3 時代別寮舎形態分類

代表年	寮舎型	棟数	タイプ
1942	Lc型	32棟	L-1. L-2. L-3
1960	Lc型	27棟	L-1. L-2. L-4
	Sc型	29棟	S-1
	Dc型	6棟	D-1
1975	Sc型	19棟	S-2. S-3. S-4
	S型	8棟	S-10
	Dc型	10棟	D-2. D-3. D-4
	D型	24棟	D-11. D-12
1995	Sc型	17棟	S5. S6. S7. S8. S9
	Dc型	10棟	D-5. D-6. D-7. D-8
	D型	6棟	D-13
	T型	18棟	T-1. T-2. T-3
現在	Sc型	12棟	S5. S6. S7. S8. S9
	Dc型	15棟	D5. D6. D7. D8. D9. D10
	D型	6棟	D-13
	T型	18棟	T-1. T-2. T-3

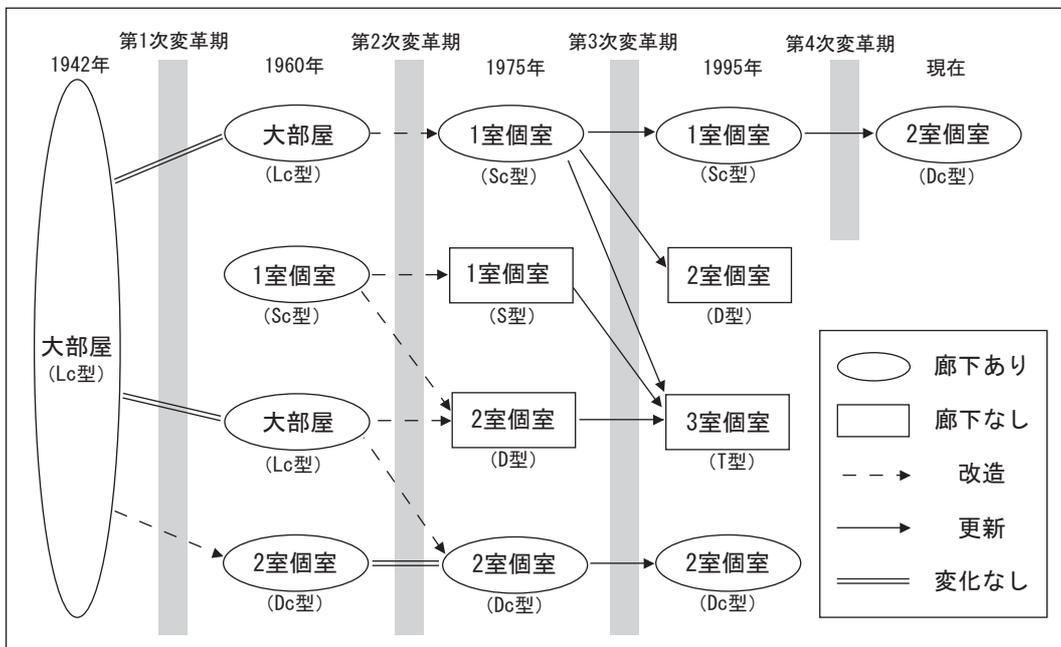


図3-2-7 平面プラン変遷モデル

### 3-3 寮舎プランと生活展開の変遷

#### 3-3-1 各時代における寮舎の生活環境への要望とその改善方法

3-2-2で得られた各寮舎形態の変遷に対し、その変遷要因を明らかにするために、各寮舎での生活展開の様子からその問題点を抽出する。寮舎の建て替えには各時代における入所者全体の要望が反映されるものであるため、全調査対象者へのインタビューから各寮舎での生活環境に対する不満や要望を、対物、対人、対施設に分けて抽出し、その改善方法を寮舎の変遷過程に重ね合わせて見たのが図3-3-1である。

このインタビュー調査から各時代の寮舎の建て替え要因と改善過程を挙げると以下ようになる。  
(表記註： 建て替え要因、 その改善策)

#### (1) 開設当初

大部屋しかなく、10畳に4人、15畳に7人以上での共同生活が行われていたため、人間関係のトラブルが多かった。食事に関しても、分配量でもめたり、給食制そのものに対する不満も多かった。プロミンの導入以後、病の心配から解放された入所者の園内結婚の増加に伴い、風紀上の問題などから個室化の要望が聞かれた。

入所者自身の手で藪池地区に新しくSc型の寮舎を建てた。結婚して藪池地区に移る女性が増えたので、上部地区の女子軽症舎(Lc型)を比較的重度の夫婦舎(Dc型)に改造した。

#### (2) 1960年

個室になったが、廊下続きで隣と襖一枚という状況に不満が多い。また、4.5畳+勝手口の部屋に二人という室構成にも不満を抱き、勝手口を広げて欲しいという要望が多かった。当番が回ってくる配給制の食事形態にも依然不満が多かった。

藪池地区の夫婦舎(Sc型)でプライバシー確保のため廊下を区切り当番制で掃除を行っていた共同使用の便所を廃止し、自室に台所とトイレを設置した。苦情の多かった配給は職員の仕事になった。

藪池地区に軽症な夫婦が移ったこともあり「付き添いさん」<sup>16)</sup>が上部地区に少なくなり、重症者の世話が行き届かなくなった。上部地区に数的余裕が出てきたため単身者にも個室化の要望があった。

負担の大きかった重症者の世話を職員が行うようになった<sup>17)</sup>。重症舎(Lc型)から個室化が行われ、6畳を壁板一枚で仕切った一室3畳の個室(Sc型)に改造された。

16)療養所には「籍元制度」という、重症者の身の回りの面倒を軽症者が看る制度があり、軽症者は「付き添いさん」などと呼ばれた。

17)1957年、支部長会議の議題として多摩支部より「不自由者看護の職員切替え」が提出され、1960年の多摩、栗生の看護切替えから5カ年計画で全施設で切替えを完了する方針が打ち出された。対象施設での導入は1963年より行われた。邑久光明園入園者自治会編・1989『風と海のなか 邑久光明園入園者八十年の歩み』。日本文教出版：pp.329-336, pp.287-289参照。

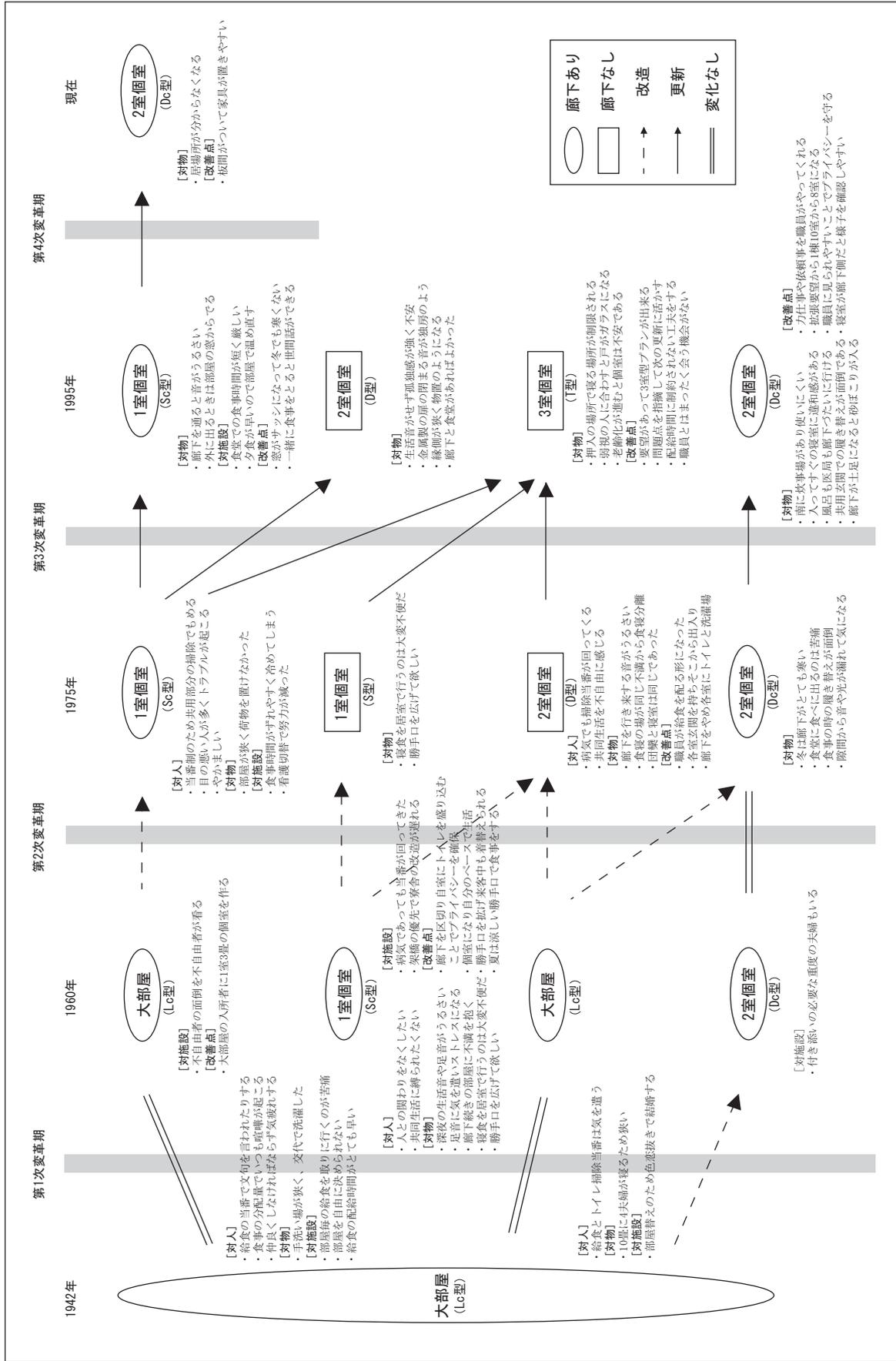


図3-3-1 寮舎プラン変遷要因の抽出

(3) 1975年

3畳ではあまりに狭く、まわりの生活音などへ苦情も多かった。

2センターの建て替えより、1室3畳から4.5畳に拡張された。

個室化が行われた結果、当番制や共同生活への苦情は徐々に聞かれなくなるかわり、寝食が同じ場所であるといった居室への不満が聞かれるようになった。

食寝分離を行うために勝手口を広げD型に拡張する寮舎が現れた。D型の入所者は居間と寝室を分けるべく、居間、寝室、食事室を持つT型まで拡張を行った。早く建てられた寮舎に入った人は不便なところを指摘して、次の寮舎にその要望を活かしていった。

個室化によって回りの生活音が聞こえない孤独感から、不安やおそれを感じる人が現れた。

個室化により不安を感じる入所者は、回りの生活音がすることで、介護者や他の入居者がいつでも自分の様子を確認できることに安心を覚えた。Dc型の寮舎の廊下側に寝室を持つことで、見回りの職員に異変にすぐに気付いてもらえる環境を求めた。一方で、廊下の足音を気にして廊下の突き当たりにある玄関を使わずに、各居室の窓から外に出るといった事例も見られた。

(4) 1995年

加齢により配偶者を亡くしたり身体能力レベルが下がったことにより、個人での生活が困難になる例も見られた。

介護職員のいる上部地区へ移る入所者が見られた。そのような入所者は、廊下からすぐに寝室のある寮舎(Dc型)の平面プランに違和感を覚えながらも、介護職員がいることで力仕事などを頼め、生活が楽になったと感じていることが多い。

(5) 1999年

第4次変革期以降、現在までに行われている建て替えは、施設側の計画による更新築であるため、本稿では研究対象外とした。最重度の入所者の寮舎から更新築が行われているが、視覚障害や知覚障害を併せ持つ人が多いにも関わらず部屋の拡張を行ったため、自分の居場所が分からなくなる入所者が出るなどの問題を抱えている。

3-3-2 寮舎移行過程の異なる対象者の生活環境変遷

3-3-1で各時代における生活環境への要望について触れたが、ここでは対象者それぞれの寮舎移行過程を忠実に追ってインタビューし、各寮舎での生活環境に対する不満や要望を、対物、対人、対施設、及び身体能力によるものに分けて抽出し、その改善方法及び寮舎移行理由を個別に明らかにすることで、各対象者が持つ特性を把握し、各対象者の生活環境変遷要因と生活環境に対する意識を分析した。

入所者の身体レベルによって寮舎が分けられており、インタビューを分析した結果、対象者はその寮舎の移行過程から大きく3つのTypeに分けられ、その移行過程を寮舎変遷図上に表すと図3-3-2のようになる。3つのTypeとはすなわち、施設職員が容易に個室に入ることができ、看護や介護を受けやすい形の寮舎へ移行した人（Type1）と、共同作業等での人との関わり合いの煩わしさを嫌い、自分達の空間を確保する方向へ移行した人（Type2、Type3）である。前者は、単身者に多く、中でも視覚障害や他の病気を併発し、常に生活が不自由であったり、病の心配があった人によく見られた。しかし、これらの人も、自ら自分の生活をまわりにさらしているわけではなく、自分の身体に不調が起こった時に、まわりがそのことに気付いてくれる環境を求めていることが読みとれた。しかしながら、まわりも同じような障害を持つ入所者のみであると、職員と1対1の関係のみが築かれることが多く、職員の介護に依存しがちになる例も見られた。後者は、皆園内結婚<sup>18)</sup>をしており、例え身体の不調があっ

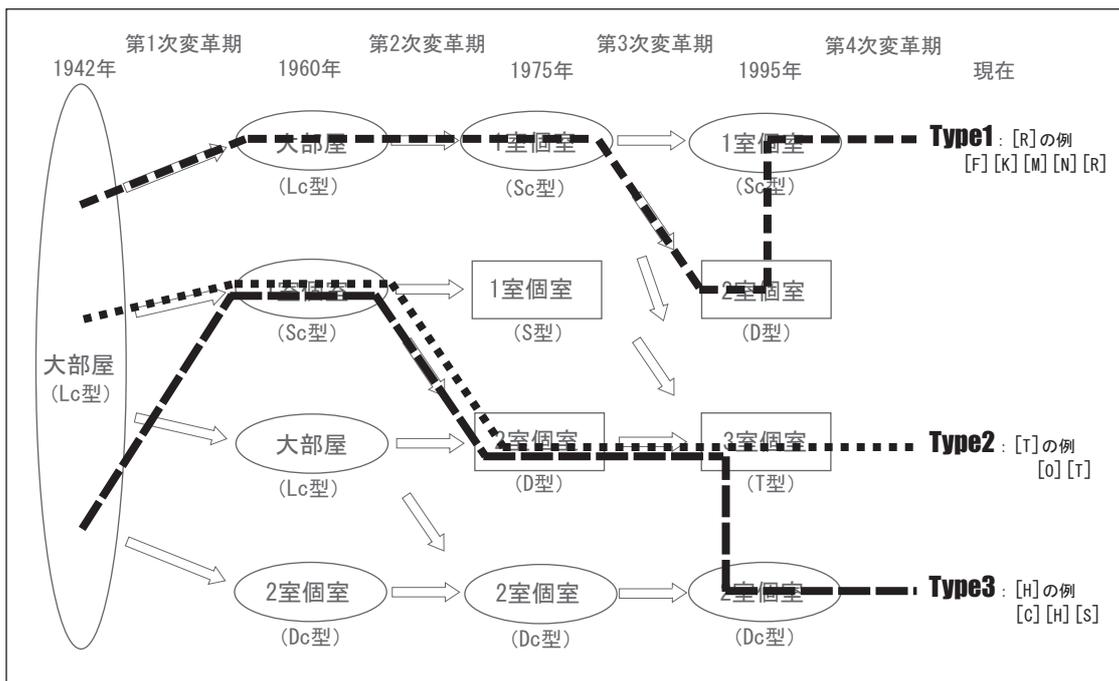
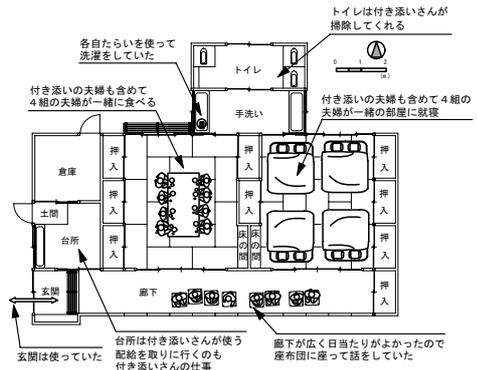


図3-3-2 人物寮舎移行過程図

18) 療養所の秩序維持と逃走を防ぐために、入所者は断種手術(ワゼクトミー)を条件にした園内結婚が認められた。全国ハンセン病療養所入所者協議会 . 1999 . 『ハンセン病療養所 - 隔離の90年』: p.162 .

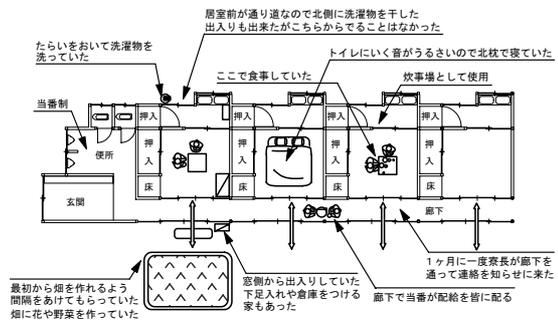
たとしても、配偶者が支えてくれるという安心と、職員と入所者という形以外に支え合う形があることで、生活展開がより豊かに行われていることがわかった。また初めは自分達の空間を拡充していたが、加齢により自身の健康に不安が生じるようになると、介護を受けやすい形の寮舎へ移行する人 (Type3) が出てきていることも確認された。これらの人は、同じ平面プランに対してもType1の人とは異なる見解を持っているが、寮舎の生活環境に不満を持っていても自身の手で改善している例はみられなかった。寮舎の移行が多い対象者 [H] (Type3) の生活展開の変遷を図3-3-3に示す。

1. Lo型【L-1】での生活展開 (1946年)



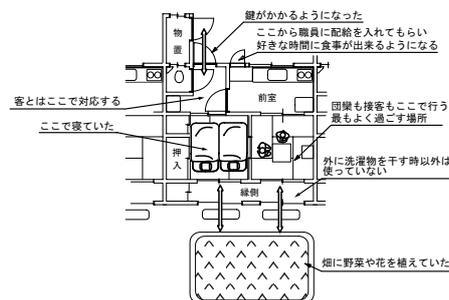
症状が悪化したため夫とともに不自由夫婦舎に移った。1室10畳に4組の夫婦だったものから15畳に4組の夫婦とならずいふんと楽になった。付き添いの夫婦は施設側から勝手に決められるので、合わない場合もあったが、自分はこの付き添い夫婦とは話があった。気の合うものばかりじゃないから気疲れするなど共同生活ならではの不満もあった。共同生活なので自然に仲良く合わせていかねばならなかったので、皆でできるあたりさわりのない話をよくした。

2. So型【S-1】での生活展開 (1952年)



入居者が沼地を埋め立てて作った藪池の夫婦舎に移った。病気になってもトイレ掃除をしなければならず、トイレに行く足音が響いて皆に気を遣わなければならないのが大変ストレスになった。食事は最初は給食の配給制であったが共同作業が嫌で、見られていることが嫌で、何でも一緒にするのが嫌で、とにかく人との関わり合いをなくし、縛られなくなかった。その結果、廊下を区切るとともに共同作業をなくし、プライバシーを確保していった。廊下を区切ること、自分のペースで食事をしたり、トイレ掃除をしたりできるようになった。

3. T型【T-1】での生活展開 (1990年)



部屋決めは結婚順で行われた。部屋が二つ欲しいという要望があったのでこのプランができた。以前は前室で食べていたが部屋が広がったので前室では食べなくなった。早くに建てられた棟に入居した人は、不便なところを指摘して、次の寮舎が建つときに要望を盛り込む形をとっている。例として、押入の寸法が藪池と違って家具の収まりが悪かったので次の人のために指摘をしてあげた。南部夫婦舎は居間が4.5畳と6畳になり炊事場も最も広がった。

図3-3-3 事例[H]における生活展開の変遷過程

### 3-4 本章で得られた知見

本調査研究を通して、以下の3点が明らかになった。

1) 現存する寮舎以外の資料が散逸していたハンセン病療養所において、ハンセン病療養所邑久光明園における開設時から現在における全寮舎プランを明らかにし、寮舎の変遷過程を整理することができた。寮舎の変遷に関して、効率的な収容が求められた開設当初は3種類の大部屋しかなかったものから、入所者が居住空間を獲得した結果、30種類に及ぶ多様なプランが現れる過程を明らかにした。主な流れとして、完全個室型の寮舎においてはその室数が増加し、廊下型の寮舎においてはそのままの室数で推移する事例が多かった。全体として、居住空間を獲得し、室面積が増加して行く過程が示された。

2) 対象者へのインタビュー調査から各時代の寮舎における生活環境に対する不満や要望を抽出した結果、各時代の寮舎の建て替え要因と変革期での寮舎の改善過程を明らかにすることができた。開設当初は大部屋しかなかったために、同室者への気遣いや人間関係に不満をもっている例が多く確認された。プロミン導入以後、病の心配から解放された入所者は積極的に生活環境を改善し、夫婦用寮舎から個室化が行われた。個室化が行われた後も、共同便所の掃除や配給などの当番に拘束される苦痛から、廊下を区切り個室にトイレを備えることで共同作業を廃止し、プライベートな空間を確保する動きが起こった。自分の個室が完全に確保されるようになると、居住空間に対する要望が強まり、食寝分離の理念に基づき、部屋を拡張する動きが起こった。その結果、居間、食事室、寝室の3室を持つものまで現れた。しかし、加齢や他の病気を併発したりなどして身体レベルが低下している場合には、完全個室化に不安を覚え、個室でありながら介護や看護を受けやすく、人の気配を感じられる環境を求めた。

3) 各対象者の生活環境変遷を追うことで、同じプランに対しても対象者によって異なる見解を持っており、それは各対象者の寮舎移行過程の違いによるところが大きいことが分かった。その要因として、身体レベルと、夫婦者であるか単身者であるかということが大きく関わっていることが分かった。夫婦者は生活を共にし、お互いに支え合う配偶者がいることで、職員との関係以外の関係を築き、生活展開や人間関係の構築がより豊かに行われており、居住空間となる居室に対する思い入れから生活環境をより改善しようという意識があることが見てとれた。単身者は介護職員との見る看られるという関係に依存しがちになる例もみられ、夫婦者にも加齢により身体レベルが低下したり、配偶者や友人を亡くしたりして生活に不安を感じるようになると同じような傾向がみられることも確認された。このような状態になると、居住空間を初めとする生活の質を向上させる意欲の減少がみられ、不満を抱きながらも現状をそのままに受け入れている例もみられた。これらから、入所施設における生活環境においても、見る看られるという一元的な関係だけではなく、多くの人と支え合い助け合う中で人間関係を豊かに構築できる環境を提供することが、生活の質を向上させる意欲につながっていく可能性が示唆された。

参考文献

- A -

1) 蘭由岐子．1999．『ハンセン病療養所に関する実証的研究』．科学研究費補助金（基盤研究C(2)）

- C -

2) 崔南龍．1985．『孤島 - 韓国人ハンセン氏病療養者生活記録（第一集・第二集）』

- I -

3) 伊奈教勝．1994．『ハンセン病・隔絶40年 - 人間解放へのメッセージ』

- K -

4) 国立療養所邑久光明園．1969．『創立60周年記念史』

5) 国立療養所邑久光明園．1979．『創立70周年記念誌』

6) 国立療養所邑久光明園．1989．『創立80周年記念誌』

7) 国立療養所邑久光明園．1999．『創立90周年記念誌』

8) 国立療養所邑久光明園．1994．『ハンセン病について - 医療従事者のために - 』

- M -

9) 牧野正直・畑野研太郎．1994．『ハンセン病について - 医療従事者のために - 』．邑久光明園

- O -

10) 小川正子．1981．『小島の春 - ある女医の手記』

11) 邑久光明園盲人会．1995．『白い道標 邑久光明園盲人会40年史』

12) 邑久光明園入園者自治会．1989．『風と海の中 - 邑久光明園入園者八十年の歩み』

- S -

13) 境野健太郎他．2000．「強制隔離療養所の居住空間の変遷に関する基礎的研究」．『日本建築学会近畿支部研究報告集』：pp125-128

14) 境野健太郎他．2000．「強制隔離療養所の居住空間の変遷に関する基礎的研究」．『日本建築学会大会学術講演梗概集』（東北）E-1：pp85-86

15) 境野健太郎他．2001．「ハンセン病療養所における居住空間の変遷に関する研究」．『日本建築学会計画系論文集』No.546：pp.113-119

- T -

16) 武田徹．1997．『「隔離」という病い - 近代日本の医療空間』

17) 徳永進．1991．『隔離 - 故郷を追われたハンセン病患者たち』

- Y -

18) 山本俊一．1993．『増補 日本らい史』．東京大学出版会

- Z -

19) 全国ハンセン病療養所入所者協議会．1999．『ハンセン病療養所 - 隔離の90年』

20) 全国ハンセン氏病患者協議会．1977．『全患協運動史』

## 第4章 患者住宅の平面構成と自主的改修特性

---



## 4-1 はじめに

### 4-1-1 本章の位置づけ

ハンセン病療養所入所者の平均年齢は78歳を超え、平均入所年数は50年に迫ろうとしている<sup>1)</sup>。しかし、日本のハンセン病政策は、社会防衛を前提とする強制収容・終生隔離への収斂が不可疑の前提となるわけではない。山本によれば、隔離には社会から迫害を受ける患者を保護するアジールの機能としての「自由療養地」構想という別の側面もあったとされ<sup>2)</sup>、その自由療養地構想の議論の中心に据えられていたのが湯ノ沢部落である<sup>3)</sup>。群馬県吾妻郡草津町には、明治時代よりハンセン病患者が自主自活の療養生活を行った湯ノ沢部落が存在した。1930年に817名いた湯ノ沢部落のハンセン病患者も<sup>4)</sup>、「癩予防法」(1931)への改正など社会防衛論的見地に立つ隔離政策の強化によって解散され、1941年5月にすべての患者の療養所への移転が完了した。

第3章では、ハンセン病療養所における長屋形式の寮舎を取り上げ、その寮舎プランの変遷から、生活環境の改善過程を明らかにした。これら寮舎の建て替えは、入園者自治会主導のもと年度予算に基づき園内整備計画に沿って行われ、それが全国のハンセン病療養所では一般的手法であったのに対し、本章で取り上げる自由療養地区の患者住宅(以下、住宅)は、必要が生じたときに、住宅居住者の負担で、居住者のプランニングのもとに改修<sup>5)</sup>されている点で、より自主的な改修であり、その住宅は各居住者の生活史が刻み込まれたものであると考える。

### 4-1-2 本章の目的

ハンセン病療養所の居住空間改善過程の考察を深めるため、既往のハンセン病療養所研究が施設により量産された寮舎を対象とされていたのに対し、本章では、「自由療養地区」と呼ばれ、全国で唯一、資力ある入所者に住宅の所有と家族等との同居が認められた栗生楽泉園下地区の患者住宅を取り上げ、その平面構成と改修特性を明らかにする。患者自身の手により建設することが可能であったとされる自由療養地区の患者住宅は、現在その多くが消失している。施設内に存在した患者住宅の数と場所を施設年報等の史資料の総合により明らかにした上で、施設に保管されていた資料を基礎資料とし住宅の基本属性と建設当初の住宅プランを把握することで、患者住宅の平面構成による類型化を行う。さらに、現存する住宅について実測調査と居住者へのインタビュー調査を行い、類型化と住宅の基本属性に基づき患者住宅の改修特性を明らかにする。

1)2007年5月1日現在、全国13の国立ハンセン病療養所には2890名の入所者が生活しており、その平均年齢は78.2歳(2006.5.1)である。2004年1月31日現在の平均入所年数は47.2年となっている。

2)山本俊一.2000.『増補日本らい史』.東京大学出版会:pp.162-163.

3)廣川和花.2005.「ハンセン病患者の療養形態に関する考察 - 群馬県吾妻郡草津町湯ノ沢部落の事例から -」.『部落問題研究』第173号:pp.22-43.; 森修一.2003.「湯の沢部落と日本のハンセン病政策」.『現代思想』第31巻第13号:pp.149-165; 境野健太郎.2004.「ハンセン病患者集落に関する研究 - 草津湯之沢地区の形成過程とその空間的特質」.『笹川科学研究助成報告書』.

4)湯ノ沢癩部落略年譜の、「昭和5年12月31日 湯ノ沢部落人口219戸817人」との記述に拠った。霜崎清・井上謙.1941.「湯ノ沢部落60年史稿」.日本癩學會.『レブラ』第12巻第6号:p.605.

5)本研究で扱う改修とは、より快適に過ごすことを目指して住宅に対して働きかける行為のうち、その変更が図面上にあらわれてくるもの、と定義する。即ち、雨漏りなどの修繕や部屋の模様替えなどは快適さを保つ、もしくは向上させる目的で行われるものであるが、本研究においては対象と扱わない。

4-1-3 調査概要

(1) 調査対象施設概要

本研究は、群馬県吾妻郡草津町にあるハンセン病療養所栗生楽泉園園(1932年開設)を調査対象施設としている。<栗生>は、その広大な敷地のほとんどが急峻な斜面であり、平地が少なく豪雪地域であることは立地上の大きな特徴のひとつである。また明治～昭和初期に形成された草津町湯ノ沢部落のハンセン病患者を収容する目的でつくられた<sup>6)</sup>ことも、その成立過程において独特である。施設は、治療棟、病棟などの集まる地区と、第1センター地区、上地区、中地区、下地区に分けられている(図4-1-1)。下地区は、全国のハンセン病療養所で唯一、自費で住宅を建築し、生活をする事が許された場所であり、自由療養地区と呼ばれた。下地区には、1950年までに142棟の患者住宅が建てられたが、1970年代後半より取り壊しが行われ、調査時(2003)には51棟を残すのみとなり、その4割以上が空家となっている(図4-1-2、表4-1-2)。

(2) 調査手法

本研究を行うにあたり、以下の調査を行った。

[調査1]施設系の管理資料より下地区に存在した居住を目的とする142棟の全建造物の、取得時(施設が園内建造物として登記したとき)の図面収集、ならびに園史、自治会史等の文献資料収集。

[調査2]調査時に現存した住宅を訪問し、取得時のプランと比較、確認しながら、改修の様子をプラン上に記録(プラン採取38棟/51棟)。

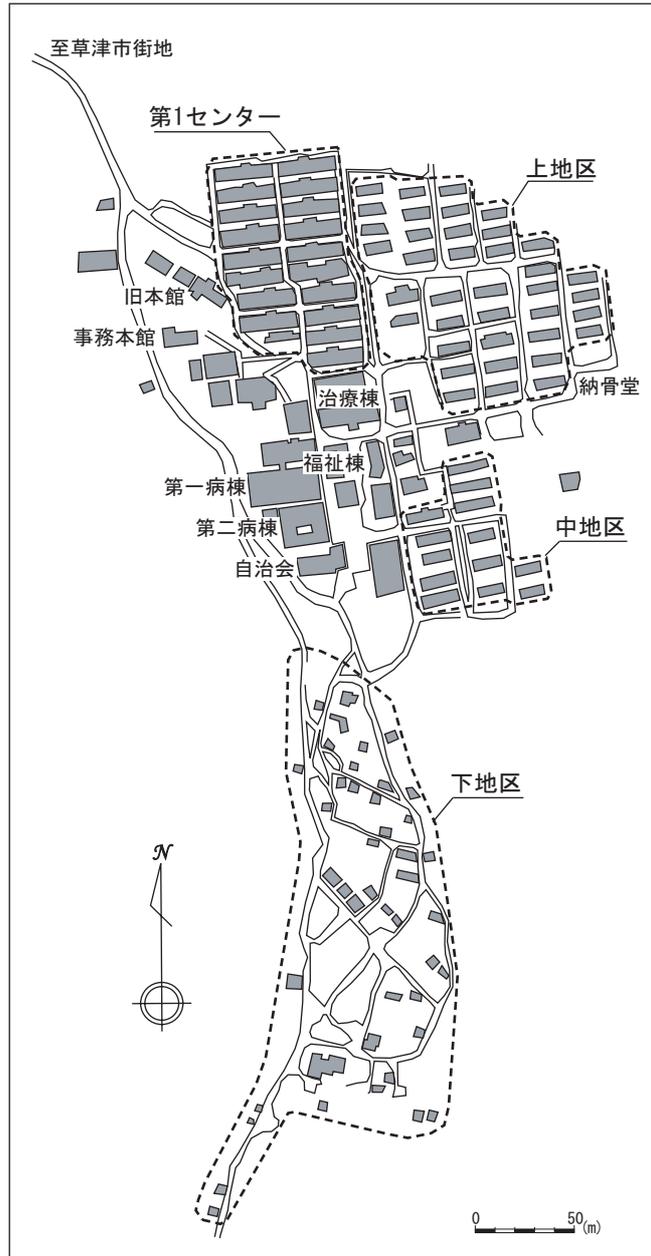


図4-1-1 調査対象施設配置図

表4-1-1 調査対象施設概要 (2005年5月1日現在)

所在地	群馬県吾妻郡草津町		
創立	昭和7年11月16日		
施設規模	敷地面積	733253㎡	
	建物延面積	39687㎡	236棟
	病床数	医療法承認病床数	694床
		入園者数	223名

6) 栗生楽泉園患者自治会 . 1982 . 『風雪の紋 - 栗生楽泉園患者 50 年史 - 』 : p.108 . 参照。

(3) 調査対象住宅概要

本研究の調査対象住宅は、「資力ある患者の為」<sup>7)</sup>に作られた自由地区において建設当初から自費での管理をまかされた患者住宅である。自由地区は、楽泉園にだけしかないもので、「之は病者の中裕福な方々に対する試みであり」、実質、湯ノ沢部落患者の移転をはかる目的で計画された。資力のある患者は「園内の風光明媚な所に土地を選び、気に入った住宅を自費で建築し」、家族など「健康な付添人」と生活することが認められた。同居人を認めたことで生活は自費で行わねばならなかったが、「治療は一切無料」であった。「二人共同で出資して一軒の家屋を建てている人達」や「すぐ這入りたいと云う方々の為」の売住宅も用意され、それらは「五百円内外」で提供された。

本研究では、収集した142棟の建造物のうち136棟の住宅を調査対象とした<sup>8)</sup>。調査対象住宅には、園が建設して販売した売住宅、財団の寄附等により建設された長屋住宅、患者が園内に新しく建てた住宅等の新築住宅と、湯ノ沢部落に存在した住宅を解体し園内に再建した移築住宅が存在した。1941年以降に園内に建てられた住宅は、湯ノ沢部落の解散とも重なり、移築住宅がその9割を占めた(図4-1-2、図4-3-8中表a)。

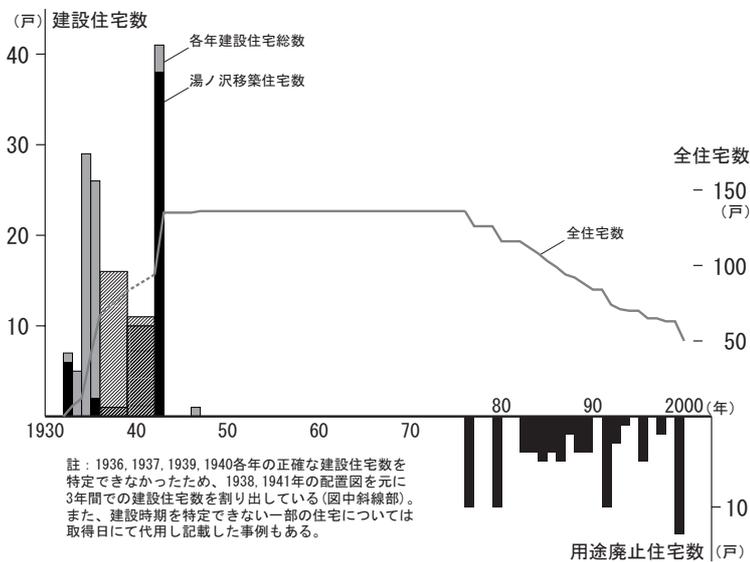


図4-1-2 調査対象住宅の取得及び用途廃止数

表4-1-2 各地区別空室率 (2003年6月24日現在)

地区	全室数	舎構成	使用室	空室	空室率	
第1センター	夫婦舎	27室	1棟(5室)	23室	4室	14.8%
	独身舎	105室	1棟(10室)	79室	26室	24.8%
		132室		102室	30室	22.7%
上地区	夫婦舎	69室	1棟(3室) × 23棟	32室	37室	53.6%
	独身舎	78室	1棟(6室) × 13棟	13室	65室	83.3%
		147室		45室	102室	69.4%
中地区	夫婦舎	15室	1棟(3室) × 5棟	7室	8室	53.3%
下地区		51棟		29棟	22棟	43.1%
計		345室		183室	162室	47.0%

7) 栗生楽泉園 . 1935. 『栗生楽泉園 - 自由療養所入園者のすすめ』: pp.8-11 . 「資力ある患者のための自由地区」参照。引用箇所は括弧書きで表記した。

8) 児童及び青年が共同生活を行ったバルナバ寮、少年舎、白百合少女舎、望学園と、現在は住宅として使われているがかつては収容病棟であったひまわり寮、進駐軍より要人として迎えられた方の住宅(水蓮寮)の6棟は、建物の使用目的上からも同列に扱うことが困難と判断し、分析の対象から外した。また住宅名称の一部に表記上の揺れが確認され、名前は存在するものの他の資料から立地場所等の特定ができなかった住宅についても分析対象から除外した。

## 4-2 建設当初における患者住宅の平面構成

### 4-2-1 住宅平面の類型化

本章で扱う136棟の住宅について図面を収集した結果、建設当初すべてが木造平屋建であり、その93.3%(127棟)が50㎡以下の狭小住宅であった。しかし、その平面構成は斉一ではないため、本章では住宅改修の様子に影響を与えると考えられる各住宅の建設経緯<sup>9)</sup>、住宅規模に着目し、各住宅の空間配置から住宅平面を類型化した結果、図4-2-1に示す6タイプの住宅型に分類された。各住宅型は以下の通りである。

「長屋型」: 財閥などの寄附によって作られた共同住宅やハンセン病当事者の共同出資により建てられた複数の世帯が共同居住することを目的とした住宅。共用の玄関、台所、便所をもち、他世帯室を介さずに各世帯室からこれら共用部への動線が確保できるもの。

以下は一世帯が生活することを前提とした戸建住宅である。

「短冊型」: 室配列が1列のもの。台所+2居室の3室1列型が2例、台所+1居室の2室1列型が1例あり、廊下を有するものは1例である。

以下は3室以上から構成される2列配置の戸建住宅である。

「ホール型」: 玄関と居室が直接接続しない住宅で、玄関は廊下<sup>11)</sup>ホールを介して居室と接続するもの。

「縁側接合型」: 玄関と居室が直接接続する住宅で、玄関と接続していない居室に付す縁側が玄関と接して配置されているもの<sup>12)</sup>。

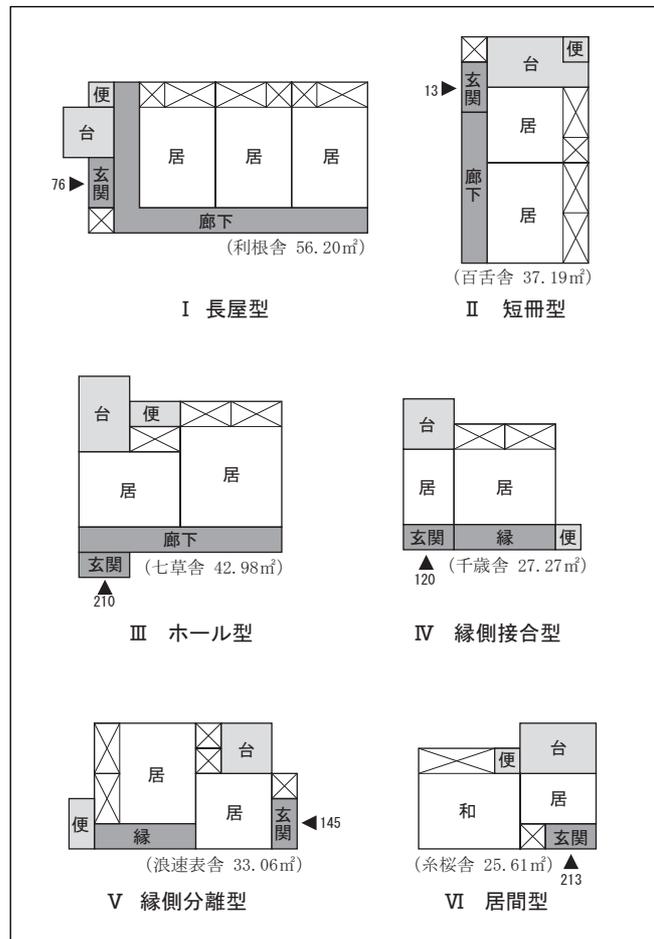


図4-2-1 住宅型モデル図<sup>10)</sup>

9)ここで言う建設経緯とは、寄附による住宅、施設による売住宅、患者自らが建てた住宅(以上、新築住宅)湯ノ沢部落生活者の移築住宅、など住宅を建設した主体とその経緯を指し示している。

10)本章中のすべての図面において、図面の上下は原版に倣った。また、図中、玄関に描かれた に付された数字は建物の施設管理番号である。

11)本章では、居室と居室、玄関と居室など2つ以上の空間を繋ぐ役割をもつ通路空間を廊下、主に居室南側に配される居室に付随する通路空間を縁側とした。ただ、判断材料となる資料の限界から、明らかに2室以上を接続する通路空間でない限りは、縁側として分析を行った。

12)本章で対象とした住宅には、既に消失しているものや、その住宅の居住者も亡くなっている場合があり、簡素な図面のみにより分析せざるを得なかった住宅も多い。そのような状況の中、空間配置に着目し分類を行ったが、「縁側接合型」の住宅において、玄関と縁側が直接接続されていれば「ホール型」に近い配置であり、壁により仕切られていれば「縁側分離型」と分類することができる。しかし、今回分析に用いた資料ではその判断をするに足る信頼性を得られず、他の分類に混入すると分析の精度が保証されない危険があることから、本章ではこれらを1つの住宅型として分析を行った。

「縁側分離型」：玄関が居室に直接接続する住宅で、廊下・縁側を有し、玄関と廊下・縁側が接していないもの。

「居間型」：玄関と居室が直接接続する住宅で、廊下・縁側を持たないもの。

主な住宅平面図は図4-2-2の通りである。

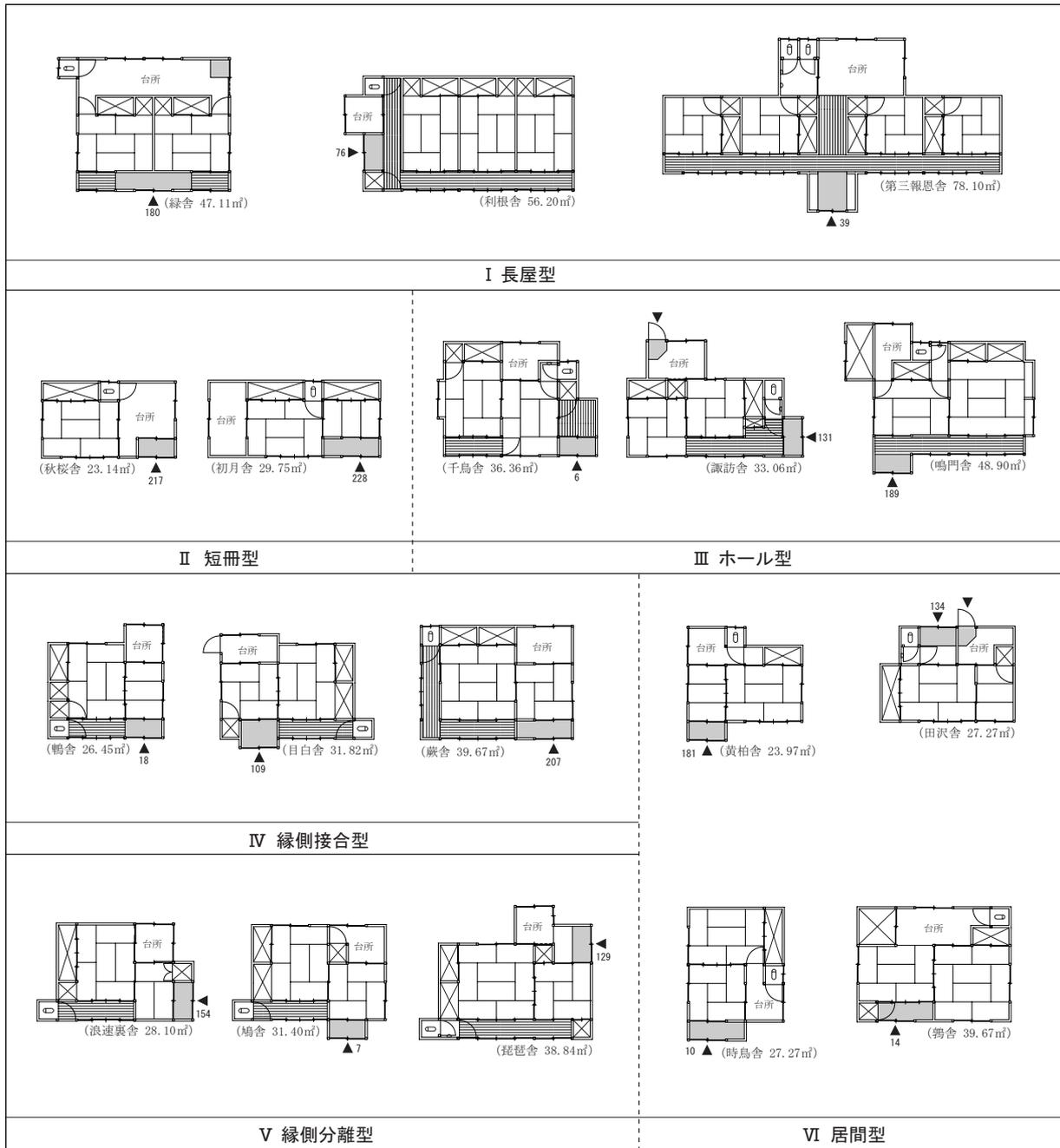


図4-2-2 主要住宅平面図

4-2-2 住宅型と空間面積配分

住宅型と住宅規模分布およびその空間面積配分の関係は表4-2-1の通りである。空間面積配分は、昭和初期における狭小住宅の空間分析を行った穴戸の分類<sup>13)</sup>に倣い、住宅の空間を居室空間、水回り空間、通路空間、収納空間に分類し、各住宅型別に平均面積で表している。

長屋型住宅には住宅規模にばらつきが見られるが、戸建住宅ではホール型住宅には規模の大きなものが多く、居間型住宅には規模が小さいものが見られた。分離型と接合型は同じような住宅規模分布を見せるが、接合型の方がよりばらつきが大きく、分離型とホール型双方の分布傾向が読み取れた。

面積配分では、全住宅型において居室空間が延床面積のほぼ半分を占め、住宅規模が大きくなるに従い通路空間に面積の拡大がみられた。短冊型は居室と同列に台所が接続するため他の住宅型の平均5.0㎡に比べ台所の面積が大きい(6.9㎡)のに対し、縁側分離型は3.7㎡と小さく、類型が似ている縁側接合型(5.8㎡)とも台所の規模に差がつく結果となった。これには2つの理由が考えられる。ひとつは、分離型住宅の32棟のうちの19棟が売住宅であり、その台所規模がすべて2畳(3.3㎡)であった点である(図4-2-1-浪速表舎、図4-2-2-浪速裏舎、図4-3-6)<sup>14)</sup>。もう1点は縁側分離型の住宅には移築住宅が極端に少ないことである。長屋型住宅を除く他の住宅型では移築住宅がほぼ6割の比率で存在するのに対し、分離型住宅では3事例(9.4%)しか存在しない(表4-2-2)。移築住宅に比べ台所規模が小さい新築住宅を多く含むことも、台所規模が小さくなった一因と考えられる(表4-2-3)。



表4-2-2 新築/移築住宅別住宅型棟数 (%)

住宅型	総棟数	I 長屋型	II 短冊型	III ホール型	IV 接合型	V 分離型	VI 居間型
移築住宅	57棟 (41.9)	8棟 (28.6)	2棟 (66.7)	11棟 (57.9)	21棟 (61.8)	3棟 (9.4)	12棟 (60.0)
新築住宅	79棟 (58.1)	20棟 (71.4)	1棟 (33.3)	8棟 (42.1)	13棟 (38.2)	29棟 (90.6)	8棟 (40.0)

表4-2-3 新築/移築住宅別当初室面積

住宅型	延面積	建設当初床面積 ㎡							
		居室	台所	便所	玄関	廊下・縁	押入	床の間	他収納
移築住宅	35.0	18.3	5.7	1.1	2.0	3.3	3.0	0.7	1.0
新築住宅	32.4	17.0	4.2	1.2	2.1	3.3	3.0	1.0	0.6

13)穴戸は、戦時下において居住性を切り詰め、最小の資材労力等をもって最大の需要に応ぜんとする住宅 - 10坪前後の間数も2室か3室の小規模住宅 - を「戦う国民住宅」とし、その大要を概観した。穴戸修. 1943. 『戦ふ国民住宅』. 聖書房.

14)浪速ヶ丘を形成する19棟の住宅は、1934年に建てられた20棟の売住宅うちの19棟である。残りの1棟がどの住宅であるのか、またこの20棟以外にも存在したといわれる売住宅がどれであるのか、それらを特定できうる資料を見つけることはできなかった。しかし、当時、寮舎での調理を想定していないハンセン病療養所において、施設側が計画した住宅の台所面積が極端に小さく設定されていたとしてもなんらおかしいことではない。栗生楽泉園患者自治会. 1982. 『風雪の紋 - 栗生楽泉園患者50年史 - 』:p.121.

4-3 改修による平面構成の変化

4-3-1 長屋型住宅の平面構成の特徴と改修特性

最初に、対象住宅のうち複数の世帯が共同で生活する長屋型住宅の平面構成について考察する。建設当初の長屋型住宅全28棟の内訳は、2世帯型19棟、3世帯型7棟、4世帯型2棟である(表4-3-1)。空間面積は世帯数の増加に伴いほぼすべての空間に増加が見られたが<sup>15)</sup>、空間面積配分では、3世帯以上の住宅で廊下・縁側の面積比率が増加し、延床面積の約半分を占める居室と台所は世帯が増えるごとに住宅に対する面積比率が減少していた。

表4-3-1 長屋型住宅世帯数別空間面積配分

住宅型	棟数	延面積	面積比率 % (面積 m <sup>2</sup> )								
			居室	台所	便所	玄関	廊下・縁	押入	床の間	他収納	
2世帯	19棟	39.87m <sup>2</sup>	52.4 (20.9)	13.6 (5.4)	3.4 (1.3)	5.0 (2.0)	12.4 (5.0)	10.1 (4.0)	1.7 (0.7)	1.3 (0.5)	
3世帯	7棟	54.66m <sup>2</sup>	50.4 (27.5)	10.1 (5.5)	2.6 (1.4)	3.5 (1.9)	20.1(11.0)	11.3 (6.1)	2.1 (1.1)	0.0 (0.0)	
4世帯	2棟	75.41m <sup>2</sup>	46.0 (34.7)	9.6 (7.2)	4.4 (3.3)	3.8 (2.9)	22.5(16.9)	11.5 (8.7)	2.2 (1.7)	0.0 (0.0)	
計	28棟	46.11m <sup>2</sup>	51.1 (23.5)	12.1 (5.6)	3.3 (1.5)	4.4 (2.0)	15.9 (7.3)	10.6 (4.9)	1.9 (0.9)	0.8 (0.4)	

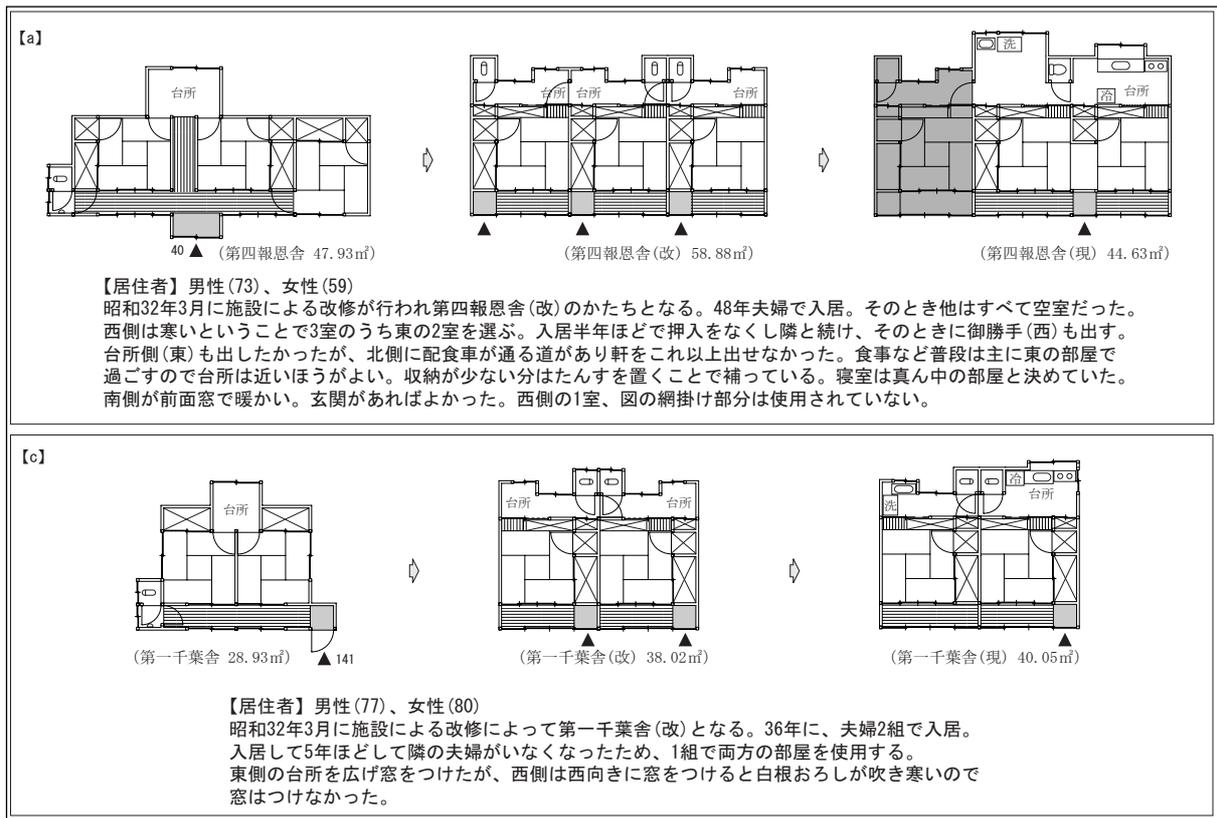


図4-3-1 長屋型住宅の改修形態的特性

15)2世帯型住宅の一部に、各世帯が専用の玄関を持つものと屋外収納空間である倉庫(他収納空間に分類)を併設するものがみられたため、玄関と他収納空間の項目に世帯数が少ない住宅において空間面積が大きくなる現象がみられた。

現存する12棟について、建設当初と現状の平面構成について示したのが表4-3-2である。第三報恩舎から第一千葉舎までの上位5棟は、三井報恩会からの寄附により建てられた長屋型住宅で(以下、この5棟を報恩住宅とする)世帯数に違いはあるが施設側の整備により1956,57年にほぼ同じ完全個室型<sup>16)</sup>の平面構成に改修されている(図4-3-1-a,c改)。この改修により、共同で使っていた玄関、便所、台所、廊下が各世帯専用の空間として設置され、各住宅の延床面積に10㎡程度の増加がみられた。入居者へのヒアリングによれば、その後昭和40年代には各報恩住宅への入居世帯数の減少に伴い、1世帯が2世帯分の空間を使うことで住空間の拡充を行っている(図4-3-1-a,c現)<sup>17)</sup>。それにより、1世帯あたりの床面積が20㎡前後だったものから、現在では報恩住宅5棟平均で43.0㎡にまで増えた。平面構成についてみると、類似した空間が連続的に繰り返される空間配置であるため、連続方向への改修に対して制約が大きいのが特徴である。2世帯分の空間を1世帯で使用したために、台所や縁側などの重複した空間が存在し、それらは片方を大きく改修するなどして差異化を図った上で異なる利用のされ方をする例が多かった。居室空間は改修後も面積に変化が少なく、4.5畳の広さから広げる事例は少なかった(表4-3-2)。

施設による改修が行われなかった下位の7棟について考察すると、完全個室型の住宅に改修されておらず、台所、便所などを共用する状態から改修されたため、他の用途に転用しやすい重複した空間

表4-3-2 長屋型住宅平面構成<sup>18)</sup>

寮舎名称	他：配食室 流し 風呂 洗面・洗濯場 広間 土間 戸棚 納戸 倉庫 単位：畳								延床面積
	居室	台所	便所	玄関	廊下・縁	押入	床の間	他	
第三報恩舎 (改)	4.5×4	(6.75)/4	(3.0)/4	(2.5)/4	(11.0)/4	1.5×4	-		78.12㎡
	4.5×4	2.375×4	0.5×4	0.5×4	1.75×4	1.75×4	0.5×4	配(3.375)/4 流(0.375)/4 土(0.75)/4	85.95㎡
(現)	4.5+6.0	4.5	0.5	0.5	7.0	2.5	1.0	納1.0	92.15㎡
	4.5×3	(3.0)/3	(1.0)/3	(1.0)/3	(6.0)/3	1.5×3	-		47.93㎡
第四報恩舎 (改)	4.5×3	2.375×3	0.5×3	0.5×3	1.75×3	1.75×3	0.5×3		58.88㎡
	5.5+4.5	4.0	0.5	0.5	4.0	2.5	1.0	洗4.5	64.26㎡
第三千葉舎 (改)	4.5×2	(3.0)/2	(1.0)/2	(1.0)/2	(3.0)/2	1.0×2	-		31.04㎡
	4.5×2	2.0×2	0.5×2	0.5×2	1.75×2	1.75×2	0.5×2		38.02㎡
(現)	4.5+4.5	3.5	0.5	-	4.5	4.0	1.25	洗3.5	43.39㎡
	4.5×2	(2.0)/2	(1.0)/2	(0.5)/2	(3.0)/2	1.0×2	-		28.93㎡
第二紅葉舎 (改)	4.5×2	2.0×2	0.5×2	0.5×2	1.75×2	1.75×2	0.5×2		38.02㎡
	4.5+4.5	2.5	1.0	2.0	6.0	3.5	1.0		41.32㎡
第一千葉舎 (改)	4.5×2	(2.0)/2	(1.0)/2	(0.5)/2	(3.0)/2	1.0×2	-		28.93㎡
	4.5×2	2.0×2	0.5×2	0.5×2	1.75×2	1.75×2	0.5×2		38.02㎡
(現)	4.5+4.5	3.5	1.0	0.5	6.0	3.5	1.0		40.05㎡
	6.0×2	(3.5)/2	(0.5)/2	(1.5)/2	-	1.0×2	-	広(2.0)/2 戸(1.0)/2	37.19㎡
鈴蘭舎 (現)	6.0+6.0+3.0	4.0	1.5	1.5	-	3.0	1.5	倉2.0	47.11㎡
	6.0×2	(2.0)/2	(1.5)/2	(1.5)/2	(3.0)/2	1.0×2	-		36.36㎡
桜舎 (現)	6.0+6.0	4.5	1.5	1.0	3.0	4.5	2.0		47.11㎡
	6.0×2	(2.0)/2	(0.5)/2	1.0×2	1.0×2	1.0×2	0.5×2		35.54㎡
矢作舎 (現)	6.0+6.0	4.0	0.5	1.0	3.5	2.5	2.5	倉1.5	45.45㎡
	6.0+6.0+8.0	(2.0)/3	(0.5)/3	(1.0)/3	(8.5)/3	1.0×3	1.0×2		61.15㎡
石狩舎 (現)	8.0+6.0+6.0	5.25	0.75	2.0	5.0	4.0	1.0	風2.5 洗2.0 倉3.5	76.03㎡
	6.0×2	(8.5)/2	(0.5)/2	1.0×2	1.0×2	1.0×2	0.5×2	土(0.5)/2	47.11㎡
緑舎 (現)	6.0+6.0	6.0	0.5	1.0	2.5	2.5	1.5	洗3.5 倉1.5	51.24㎡
	6.0+6.0	(5.0)/2	(0.5)/2	(1.33)/2	(5.5)/2	1.5×2	-	戸(1.0)/2	46.80㎡
白菊舎 (現)	6.0+6.0	5.0	0.5	1.33	6.0	2.0	1.0	戸0.5 倉4.67	54.55㎡
	8.0+6.0	(2.5)/2	(0.5)/2	(1.0)/2	(4.5)/2	1.0+0.5	1.0+0.5		42.15㎡
最上舎 (現)	8.0+4.5	3.75	0.5	2.0	4.0	4.5	1.0		46.71㎡

16) 境野健太郎他.2001.「ハンセン病療養所における居住空間の変遷に関する研究」.『日本建築学会計画系論文集』No.546: pp.113-119.参照。

17) 3世帯以上が利用していた住宅においても、2世帯分のみを使用し、他の空間は使われていなかった。

18) 構成空間の表記で、「4.5×2」は2世帯入居の住宅で同形態の4.5畳の空間を各世帯がそれぞれ1つもつことを表し、「4.5+6.0」は1世帯が4.5畳と6畳の空間をもつことを表している。また「(6.75)/4」は、6.75畳の空間を4世帯で共有していることを示している。建築当初「他」の項目に分類された空間に関しては、表6において、土間は玄関に、広間は廊下・縁側空間に、戸棚は他収納空間として算出した。尚、表中の網掛けは、移築住宅を示している。

19) 図中の居住者の年齢は、インタビューを行った2003年11月のものである。

が少なく、新たに空間を付け加えることで補った結果、平均床面積は52.6㎡に増えた。特に、屋外に倉庫を設置するなど収納空間を新たに増設する事例が多かった(5/7)。下位7棟のうち新築住宅である鈴蘭舎から矢作舎の3棟は、ともに2世帯型の住宅であり、玄関を中心に左右対称な平面構成をしていた(図4-3-2-b)。改修の際に既存の収納空間が移動することは少なく、報恩住宅を含めこれら対称な空間が繰り返される住宅では、規則的に配置された収納空間により、空間の拡張の方向が制限される傾向が読み取れた。移築住宅である石狩舎から最上舎の4棟では、新築住宅ほどの対称性を持たないため拡張に統一性はないが、建設当初において台所が大きく作られる移築住宅の特徴は確認された(図4-3-2-d)。また、下位7棟の住宅では、改修後、収納空間や通路空間で、居室を取り囲む傾向が読み取れた。

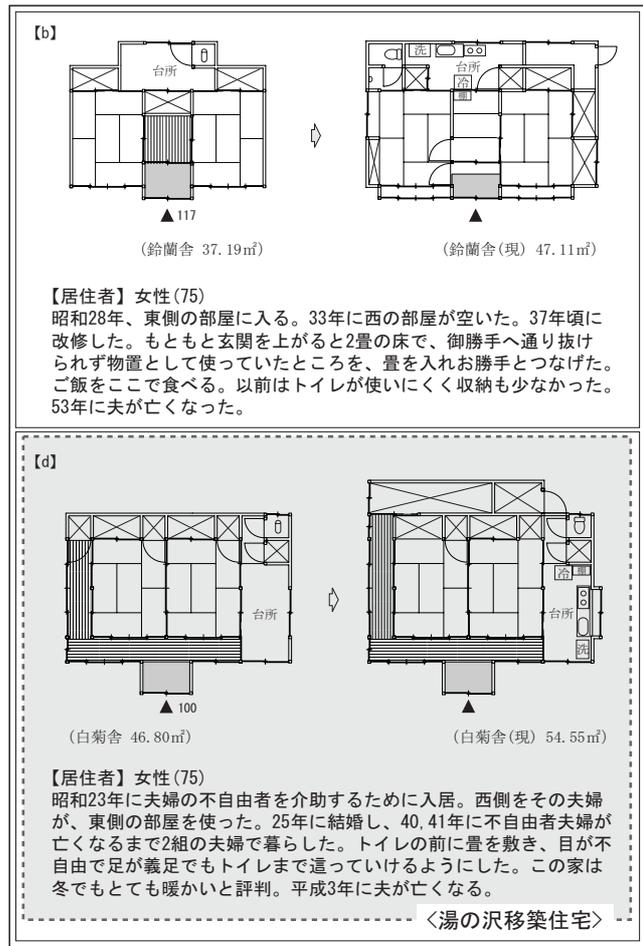


図4-3-2 長屋型住宅の改修形態的特性 19)

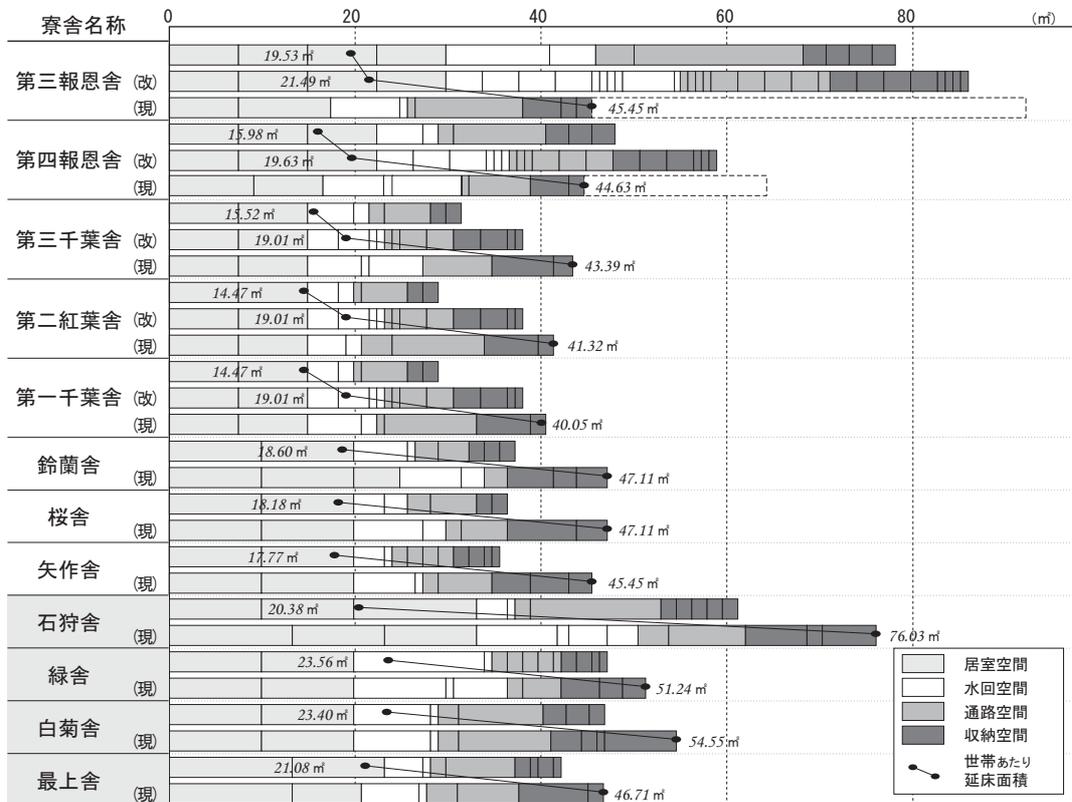


図4-3-3 長屋型住宅平面構成

4-3-2 戸建住宅の平面構成の特徴と改修特性

次に、対象住宅のうち、1世帯が生活することを前提とした戸建住宅108棟について平面構成を分析する。建設当初、短冊型の1事例を除くすべての戸建住宅は、2つの居室と台所を中心に構成されていた。既報に倣い3畳以上の広さをもつ空間を1室と数えると<sup>20)</sup>、建設当初の住宅にも2つの居室以外の第3室を持つ住宅が5事例存在し、それらは主に収納を目的とする空間であった。

現存する戸建住宅25棟の平均延床面積は53.0㎡で、全戸建住宅の建設時の平均延床面積33.6㎡からほぼ1.5倍に拡大し、現存する長屋型住宅の1世帯あたり平均延床面積48.6㎡を上回る大きさになっている。室数の変化を調べると、当初23棟が居室2室の構成であるのに対し、改修後は6割が3室以上に増加し、新たに収納空間(10棟)、居室空間(4棟)、水回り空間(4棟)などが付け加えられた(表4-3-3)。室数に減少が見られた1事例は、収納(4畳)を風呂と洗面(ともに2.5畳)に改修したものであった。続いて、居室の組み合わせについて比較すると、室数に変化はなくても、建設当初に4割みられた「3畳+6畳」の組み合わせは減少し、改修後は9割以上が「4畳半+6畳」以上の組み合わせにまで拡張された(表4-3-4)。

居室空間以外で面積増加が大きかったものに、台所、他水回り、廊下・縁側、床の間、他収納の各空間が挙げられる。これらの空間について住宅型別にまとめたものが図4-3-4である。

表4-3-3 戸建住宅構成室数

建設当初 構成室数	現在構成室数				
	2室	3室	4室	5室	計
2室	9	9	4	1	23
3室	1	1			2
計	10	10	4	1	25

■:変化なし

表4-3-4 戸建住宅居室構成

建設当初 居室構成	現在居室構成						計
	3.0+6.0	4.0+6.0	4.5+6.0	6.0+6.0	6.0+7.5	6.0+8.0	
3.0+6.0	1	1	6	2			10
4.5+6.0			9	1	1	1	12
6.0+8.0						3	3
計	1	1	15	3	1	4	25

■:変化なし

表4-3-5 住宅型別風呂設置事例

	I 長屋型	II 短冊型	III ホール型	IV 接合型	V 分離型	VI 居間型
風呂設置率(事例数)	8.3%(1棟)	0.0%(0棟)	66.7%(2棟)	37.5%(3棟)	18.2%(2棟)	33.3%(1棟)
他水回り空間面積(㎡)	2.2㎡	-	4.4㎡	2.7㎡	1.6㎡	2.2㎡

20)ただし、本章では水回り空間である台所、風呂に関してはその機能の有無を重視し、規模によりカウントするこの基準を使わず、設置の有無により評価した。しかし、他の水回り空間(流し、洗面台、洗濯場など)に関しては、空間規模の増大によりその意味合いに変化がある、つまり使用目的が限定的でなくなると考え、3畳以上の広さを持つ場合はそこを1つの室と判断した。また、住宅外部収納空間である倉庫は、3畳以上の規模であっても室数とは数えないこととした。境野健太郎他.2001.「ハンセン病療養所における居住空間の変遷に関する研究」.『日本建築学会計画系論文集』No.546:pp.113-119.参照。

まず、水回り空間について考察する。台所は長屋型住宅では5.6㎡から7.0㎡に1.4㎡増加したのに対し、戸建住宅ではどの住宅型においてもおよそ3㎡ほど面積増加が見られ、4.9㎡から7.8㎡に2.9㎡拡大している。北方向へのみ台所が拡張した報恩住宅に特徴的に見られるように、長屋型住宅はある1方向への拡張が多かったのに対し、戸建住宅では2方向への拡張が見られる住宅が11事例あり、これらが面積増加に与えた影響が大きかった（図4-3-5-g, j、図4-3-6-k-2）。戸建住宅における他水回り空間の面積は、風呂の設置率に比例する傾向がみられた（表4-3-5）。長屋型住宅では1事例であった風呂の設置事例も、戸建住宅では8事例存在した。洗面・洗濯場を持つものも8事例みられたが風呂に併設されるもの、廊下に面し洗面台のみ置かれるものもあり、風呂設置率に比して他水回り空間面積への影響は小さかった。風呂の設置率に対して長屋型住宅で他水回り空間が例外的に大きくみられるのは、2世帯分の空間を1世帯で使用したために、使用しなくなった台所をそのまま流しや洗濯場として利用する事例が見られたためである（図4-3-1-a, c現）。

廊下・縁側空間は、当初設置されていなかった居間型の住宅においても、他の住宅型と同程度にまで面積が増加した（図4-3-5-i, j）。ホール型の住宅では、扉などで廊下を区切って使用したり、居室空間に盛り込んで改修する事例も見られた。また、廊下の先に便所がない住宅では、廊下幅を拡張し、ソファやステレオを置くなどして個人の趣味活動を展開する場として利用するものも目立った（図4-3-5-g）。

収納空間は、納戸や倉庫などの他収納空間の拡充が際立っていた。押入面積は改修の前後で大きな差は見られなかったが、床の間と他収納空間は住宅規模の増加に比例して増加する傾向がみられた。また、長屋型住宅同様戸建住宅においても、改修により収納空間が移動する事例は少なく、建設当初から押入等の収納空間が付設していた居室が寝室として使われ、面積や形状に変化が見られないことが多かった。他方、居間として使われる居室には、出窓や床の間が作られ、そこにたんすやテレビなどを置いて使用されていた。

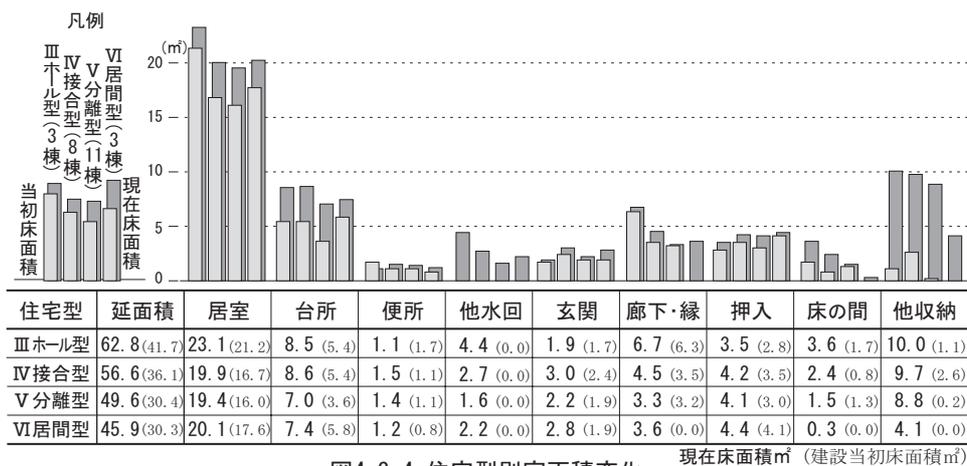


図4-3-4 住宅型別室面積変化

4-3-3 戸建住宅の建設経緯と改修特性

続いて、湯ノ沢地区からの移築住宅について考察する。移築住宅は新築住宅に比べ、台所と他水回り、廊下・縁側、他収納空間における面積増加が大きく、これらは延床面積差にも大きく影響した(図4-3-7)。改修により、居室の南側に縁側を設けたり、居室と他水回り空間の間に中廊下を設ける事例、居室周りを収納空間で囲む事例が見られたが、ヒアリングによりこれらは外気が直接居室の壁に伝わ

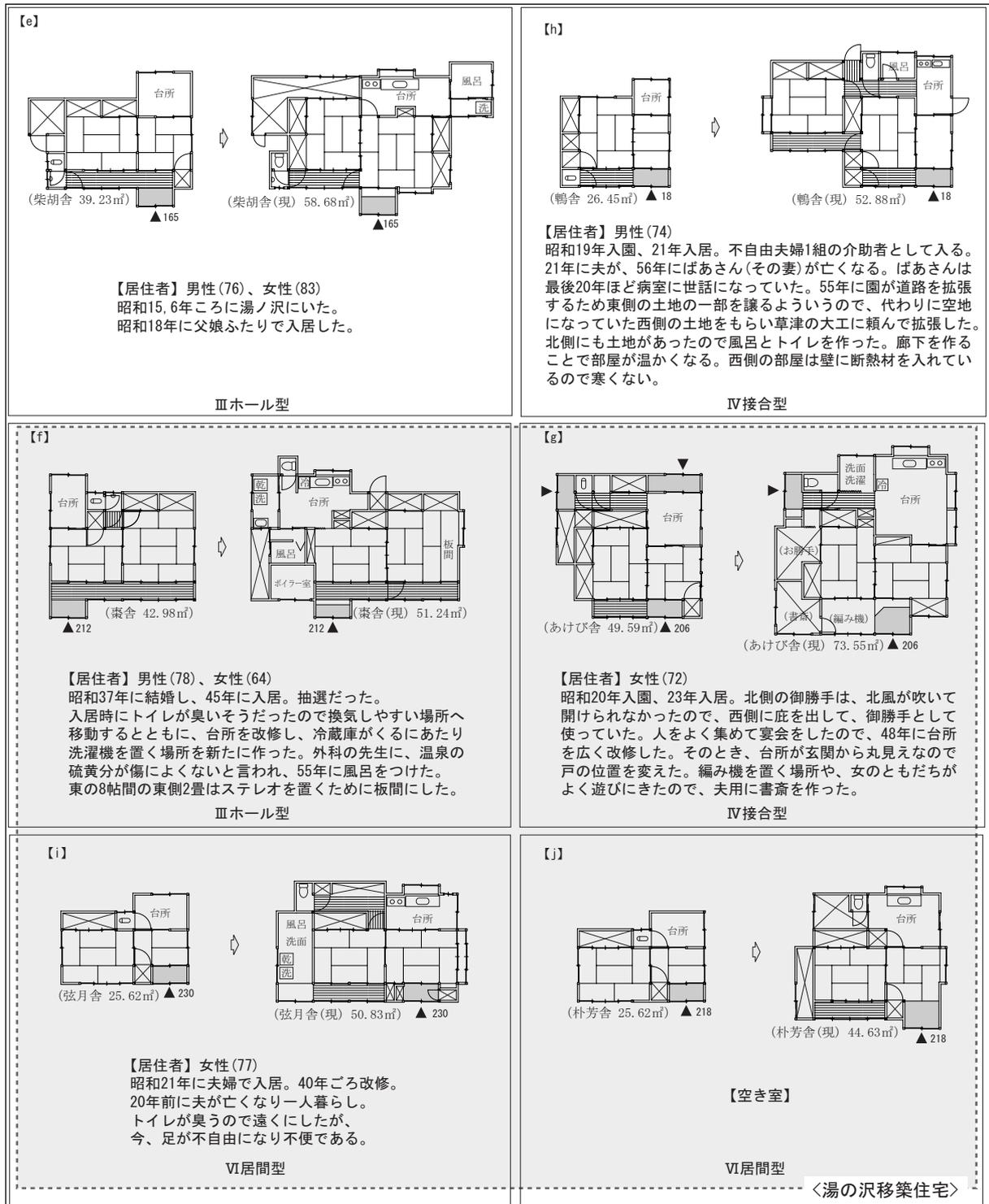


図4-3-5 戸建住宅の改修形態的特性

らないようにする防寒対策をも兼ねた改修であることが明らかになった。このような改修を可能としたのは、移築住宅の8割以上（48/57）が1941年以降に建てられたために、対象施設の敷地端部に立地する事例が多く、住宅拡張の自由度が確保されたことによると考えられる（図4-3-8、図4-3-8中表a）。

新築住宅のうち、施設によって販売された売住宅が列状に密集する浪速ヶ丘では、住宅が密集するために、その拡張性が制限され、またそれらを含む分離型住宅は改修後の空間面積が他の住宅型に比べて小さくなるものが多かった（図4-3-4）。また、住宅が隣接し、玄関が隣家の便所と向き合う形で

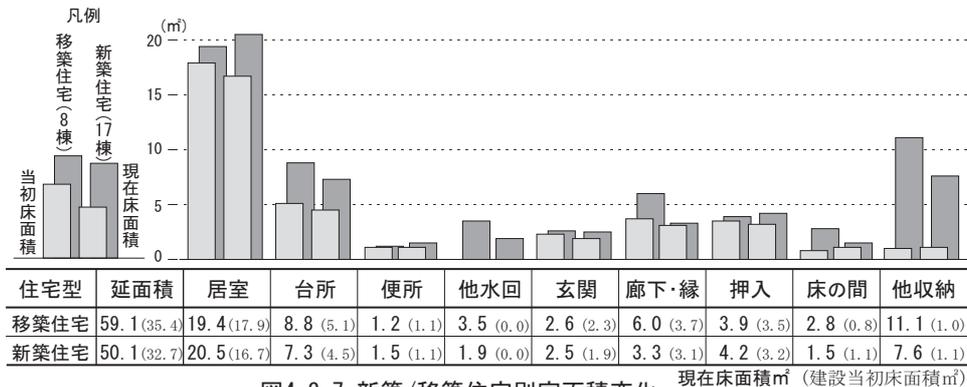


図4-3-7 新築/移築住宅別室面積変化

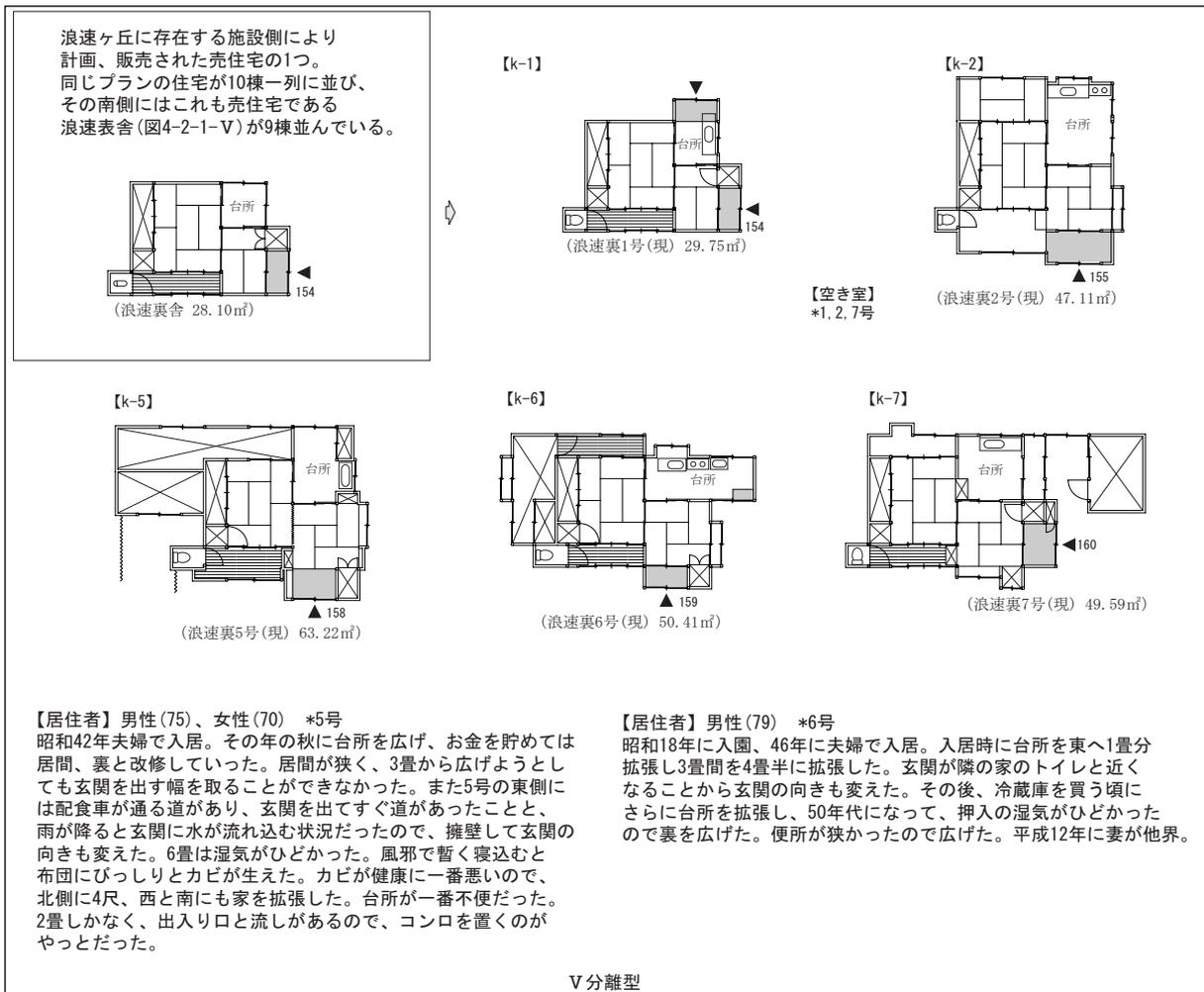


図4-3-6 売住宅の改修形態的特性

あるため、3畳の居室を拡張する際に、東向き玄関を南向きに90度回転させる事例が多く見られた。これは、縁側が玄関と分離しているために、玄関とそれに続く居室の改修が独立して比較的容易になされたと考えられる。玄関の向きを変える他の要因としては、道路のアスファルト舗装により傾斜地に建つ住宅への雨水等の流入などがあり、どちらも外的要因の影響を強く受けた上での改修であった。浪速ヶ丘の住宅以外で玄関の向きを変えた住宅は1事例見られただけであった。このような浪速ヶ丘の住宅でも、台所は他の住宅と遜色ない程度にまで拡張されており、また、居室空間を取り巻くように収納空間を配置することで、防寒対策を行っている事例も多く見られた(図4-3-6-k)。また、浪速ヶ丘の住宅8事例に風呂を設置する住宅は存在せず、このことが分離型住宅において、他水回り空間面積が小さい主要な要因だと考えられる。比較的規模の大きい長屋型住宅でも風呂の設置は1事例しか確認されず、また湿気により生じるカビがこの病気によくないとの認識があることから、風呂の設置には、住宅規模の大小に加え、湿気対策として廊下や台所などを介すことで居室から十分に離して風呂を設置することが可能である場合に限り改修が行われたことがヒアリングより確認された(21)。

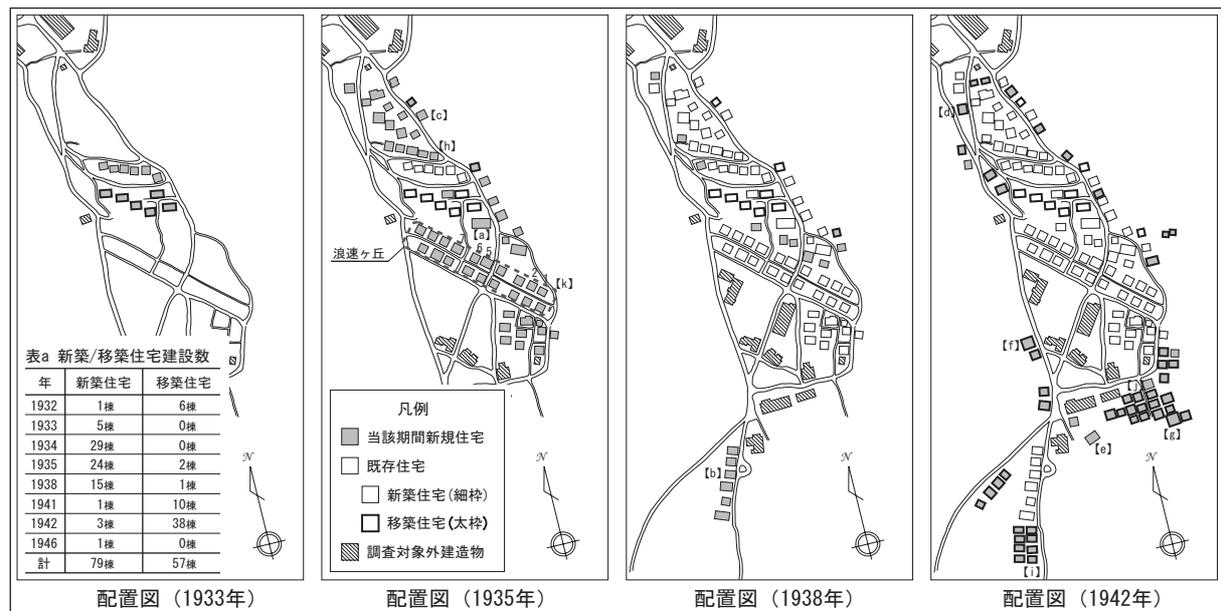


図4-3-8 新築/移築住宅の園内配置図

21)その他の要因として、草津温泉を源泉にもつ施設内の共同浴場の泉質が、ハンセン病特有の外傷に対し体質的によくないと医者が判断した場合や、住宅から共同浴室までの距離が遠く、豪雪地域の斜面に立つ療養所ゆえの不慮の事故や、裏傷と呼ばれる足裏の傷を悪化させる懸念が生じる場合などがある。

## 4-4 本章で得られた知見

本章では、全国のハンセン病療養所で唯一、居住者自身に住宅の建設・改修等の管理が任された栗泉園自由療養地区に存在する患者住宅を取り上げ、建設当初の平面構成を明らかにした上で、現存する住宅について実測調査と居住者へのインタビュー調査を行い、居住空間の改善過程を明らかにした。得られた知見を以下に要約する。

- 1) 自由療養地区に建設された患者住宅には、複数の世帯が生活を行う共同住宅と、1世帯が生活する戸建住宅の2種類あることを確認し、共同住宅では寄附により建設された長屋住宅と共同の出資により建てられた住宅、湯之沢部落居住者が施設内に再建した移築住宅が存在し、戸建住宅では施設が建設して販売した売住宅、入所する患者が新しく建てた新築住宅、有志による寄附住宅、湯之沢部落からの移築住宅といった多岐に亘る住宅供給の方法がとられたことを資料の記録から明らかにした上で、住宅建設の経緯と住宅規模を軸に平面構成を分析することで6つの住宅類型に分類されることを示した。
- 2) また、自由療養地区におけるこれらの住宅供給が1932年から1940年代前半という短期間の間になされており、これら住宅は1970年代後半まで維持されたが、その後、急激に減少していることが把握された。
- 3) 炊事場での調理が前提となっていたハンセン病療養所では、設立当初の寮舎に台所は設けられていなかったが、栗生栗泉園では、療養所内で食事の提供方法が異なっていたことを指摘し、湯之沢からの移築住宅には、他の患者住宅に比べ台所の面積が大きく作られたという際立った特徴があることを実態把握した。
- 4) 現存する住宅について、住宅類型に基づき改修特性を考察することにより、台所規模の拡張が優先的に行われたこと、全方向的な拡張は防寒対策を目的としていること、住宅の拡張方向は収納空間の配置に影響されること、6割の住宅で居室数に増加がみられたこと、趣味活動の場として廊下が拡張され利用されていたことなどを明らかにした。
- 5) また、住宅の改修を時系列的な分布特性と関連させることで、住宅の改修規模に立地条件が大きく影響していることを示した上で、建設経緯と住宅規模から患者住宅の改修特性を明らかにした。

参考文献

- A -

- 1) 天田城介 .2003. 「沖縄におけるハンセン病回復者の 老い と 記憶 (1) 辺境におけるアイデンティティの政治学」. 熊本学園大学社会福祉研究所発行 . 『社会福祉研究所報』 第 31 号 : pp.163-194
- 2) 浅香勝輔 .1993. 「ハンセン病療養所付設火葬場の歴史の変遷に関する研究」. 『日本建築学会計画系論文集』 No.450 : pp.47-56

- F -

- 3) 藤本啓輔・友清貴和・楠木雄一郎 .2003. 「ハンセン病療養施設の建築計画に関する研究 その1,2 - 国立療養所星塚敬愛園の歴史の変遷」. 『日本建築学会大会学術講演梗概集 (北陸)』 E-1 : pp.359-362

- H -

- 4) 廣川和花 .2005. 「ハンセン病者の療養形態に関する考察 - 群馬県吾妻郡草津町湯ノ沢部落の事例から - 」. 『部落問題研究第』 173 号 : pp.22-43

- K -

- 5) 国立療養所栗生楽泉園 .1947. 『昭和 18,19,20 年年報』
- 6) 国立療養所栗生楽泉園 .1962. 『創立 30 周年誌』
- 7) 国立療養所栗生楽泉園 .1972. 『創立 40 周年記念誌』
- 8) 国立療養所栗生楽泉園 .1992. 『創立 60 周年記念誌』
- 9) 国立療養所栗生楽泉園 .2002. 『創立 70 周年記念誌』
- 10) 古山周太郎 .2004. 「ハンセン病療養所の立地に関する研究」. 『都市計画論文集』 第 39-3 号 : pp.913-918
- 11) 栗生楽泉園 .1935. 『栗生楽泉園 - 自由療養所入園者のすすめ』
- 12) 栗生楽泉園患者自治会 .1982. 『風雪の紋 - 栗生楽泉園患者 50 年史 - 』
- 13) 栗生楽泉園患者自治会・国立療養所栗生楽泉園共編 .2002. 『熊笹の尾根 - 創立七十周年記念写真集』
- 14) 栗生楽泉園盲人会 .1986. 『湯けむりの園 - 栗生盲人会五十年史 - 』
- 15) 桑畑洋一郎 .2006. 「ハンセン病者の < 生活をつくる実践 > - 戦後復興期の沖縄愛楽園を事例として - 」. 『保健医療社会学論集』 . 第 16 巻 2 号 : pp.66-78

- M -

- 16) 松本滋・向泰宏 .2004. 「ハンセン病療養所・長島愛生園における居住環境の実態に関する研究」. 『日本建築学会近畿支部研究報告集』 : pp.225-228
- 17) 森修一 .2003. 「湯の沢部落と日本のハンセン病政策」. 『現代思想』 第 31 巻第 13 号 : pp.149-165

- S -

- 18) 境野健太郎他 .2001. 「ハンセン病療養所における居住空間の変遷に関する研究」. 『日本建築学会計画系論文集』 No.546 : pp.113-119
- 19) 境野健太郎 .2004. 『ハンセン病患者集落に関する研究 - 草津湯之沢地区の形成過程とその空間的特質』 . 笹川科学研究助成報告書
- 20) 境野健太郎他 .2004. 「ハンセン病療養所自由療養地区の患者住宅における住み手の自主的増改築への考察」. 『日本建築学会大会学術講演梗概集』 (北海道) E-1 : pp.407-408
- 21) 霜崎清・井上謙 .1941. 「湯ノ澤部落 60 年史稿」. 日本癩學會 . 『レプラ』 第 12 巻第 6 号 : pp.543-606
- 22) 穴戸修 .1943. 『戦ふ國民住宅』 . 聖書房

- W -

- 23) 脇田正恵・友清貴和・原しのぶ .2002. 「ハンセン病療養施設の歴史の変遷に関する研究 その1,2 - 国立療養所沖縄愛楽園の事例 - 」. 日本建築学会大会学術講演梗概集 (東海) E-1 : pp.205-208

- Y -

- 24) 山本俊一 .2000. 『増補日本らい史』 . 東京大学出版会

## 第5章 結論



### 5-1 各章のまとめ

本研究は、ハンセン病療養所が、国策としてハンセン病患者を隔離収容し、療養所内で根絶するための施設として計画された点を踏まえ、隔離施設としてのハンセン病療養所の施設計画理念及びその実態を明らかにした上で、療養所に作られた寮舎及び患者住宅の居住環境を把握し、入所者による居住環境改善過程を明らかにすることで、隔離政策下における療養所入所者の居住の実態を解明したものである。

各章で得られた成果は以下の通りである。

第2章は、90年もの長期に亘りハンセン病患者を隔離収容した施設が、どのように計画され、存続したのかを、施設計画の実態から解明するものである。

ここでは、ハンセン病療養所の発展過程を、隔離施設としての性格が特徴付けられたと考えられる明治末期から戦後期までに照準化した上で、すべての療養所について、施設規模と入所者属性、医療の進歩による病気への位置づけの関係性の中で捉えることにより、その形成過程は3期に分けられ、各期の特性について以下の知見を明らかにした。

明治42年に開設したわが国最初の公立療養所は、放浪徘徊する患者を収容の対象としていたため、当初、その慰安的要素として家庭的団欒や宗教信仰を中心とした計画意図があった。しかし、開設翌年には入所者の不謹慎な行動への対策が必要となったことを史実から確認し、品性涵養のための教育を施す一方、施設構成として入所者の取り締まりのための監禁室を設置した。また、入所者の逃走や病気の拡大を防ぐために、患者地区を板塀や堀などで厳重に囲い、消毒、濾過、焼却、入所者の火葬を徹底することの有効性が報告され、各療養所の施設計画に採用された。

第二期では、懲戒機能を残したまま入所者の自治制度を設け、所内秩序の維持を自主的に管理させ、施設との交渉窓口として事務分館を設立したことを確認し、この施設構成と管理システムの変化には入所者の数的増加だけでなく、自宅療養患者の収容という属性的な変化があったことを裏付けた。

第三期には、家庭的団欒や宗教信仰による慰安に失敗し、また、戦時下には慰安よりも開拓が優先された帰結として、ハンセン病が「治る」時代に突入する中で、更なる自宅療養患者の収容が目指された結果、寮舎形態の多様化と、寄附による娯楽設備、宗教設備の積極的な受け入れが行われたことを明らかにした。

第3章は、現存する寮舎以外、かつて療養所に存在した寮舎等の居住設備の資料が散逸していたハンセン病療養所において、収容を目的とし施設内に量産された寮舎の居住空間の実態を解明するとともに、入所者による居住環境改善過程を明らかにするものである。

ここでは、ハンセン病療養所の居住環境の改善過程を把握するため、ハンセン病療養所に画一的に整備された居住を目的とする寮舎を対象とし、施設年報、園史、自治会史等を基礎資料に、実測調査及び入所者へのインタビュー調査により、療養所に存在したすべての寮舎プランを再現し、その変遷過程を明らかにした。

具体的には、効率的な収容が求められた計画初期段階には、大部屋で構成された3種類の寮舎であったものが、入所者が居住空間を獲得した結果、30種類に及ぶ多様なプランが現れる過程を把握した。また、各寮舎の居住経験者にインタビュー調査を行うことにより、各寮舎における居住環境の問題点や

要望及び建て替え要因を抽出し、入所者による居住環境改善過程について考察を行い、共同作業に拘束される苦痛から、共同作業・共用空間を廃止し、自分達の空間を確保する動きが起こった後、寮舎は食寝分離をするまでに拡張が行われ、居間、食事室、寝室の3室を持つものまで現れるまでの過程を明らかにした。さらに、同じ寮舎プランに対しても入所者によって異なる見解を持っており、それは各入所者の寮舎移行過程の違いによるところが大きいことを明らかにした。

第4章は、全国のハンセン病療養所の中で唯一、資力のある入所者を対象に住宅の所有と管理、家族との同居等が認められた「自由療養地区」の患者住宅を取り上げ、患者自身の手により建設することが可能であったとされる自由療養地区の患者住宅の実態について解明するものである。

ここでは、施設に保管された基礎資料を基に、患者住宅の基本属性、建設当初の住宅プランの把握を行い、建設当初の平面構成と改修特性を明らかにした。

患者住宅には、戸建住宅と共同住宅の2種類あるだけでなく、新築住宅や移築住宅、売住宅、寄附住宅といった多様な住宅供給方法が存在し、これらの住宅供給が1932年1940年代前半という短期間になされたことを明らかにした。また、建設当初の患者住宅について、住宅の建設経緯と住宅規模を軸に住宅の平面構成を分析することで、6つの住宅類型に分類し、それぞれの特徴について論じた。

さらに、療養所内で食事の提供方法が異なっていたことを指摘し、湯之沢部落からの移築住宅は、他の住宅に比べ台所の面積が大きく作られたという際立った特徴があることを実態把握した。

現存する住宅については実測調査及び居住者にインタビュー調査を行い、その改修特性を把握するとともに、住宅の改修を時系列的な分布特性と関連させることで、住宅の改修規模に建設経緯、立地条件が関連していることを示した。

## 5-2 結論

本論文は、90年に亘り国策に基づき運営されたハンセン病療養所において、ハンセン病療養所入所者による取り組みを、人権が激しく毀損され、生きる意味や自己のアイデンティティが根本から問い直される只中での抗いと捉える視点に立ち、今まで明らかにされなかった「隔離施設」としての施設計画の実態と入所者の居住環境改善過程を、各種の史資料の分析と現地調査、入所者等へのインタビュー調査により明らかにしたものであり、主な成果は次の通りである。

1. ハンセン病療養所の発展過程を、「隔離施設」としての性格が特徴付けられたと考えられる明治末期から戦後期までに照準化した上で、ハンセン病療養所の施設構成分析を行った。各施設年報や施設運営に関する議論等の関連資料の分析によりハンセン病療養所の発展過程を3期に分け、各期の特性についての把握を行い、開設当初には家庭的団欒や宗教信仰を中心とする計画意図があったことを明らかにした上で、施設規模、入所者属性、病気の位置付けを軸として、ハンセン病療養所の施設計画と施設構成の変遷過程を明らかにした。
2. 「隔離施設」における入所者の居住環境改善過程を把握するために、岡山県のハンセン病療養所を対象とし、複数の入所者からの聞き書きにより療養所内に作られた寮舎プランの再現を行い、療養所開設以降に存在したすべての寮舎プランとその変遷過程を解明した。また、各寮舎の居住経験者へインタビュー調査を行うことで、各寮舎における居住環境の問題点及び改善過程を抽出し、入所者による居住環境改善過程を明らかにした。
3. 群馬県のハンセン病療養所内に存在する、全国で唯一、資力のある入所者に住宅の建設・管理等が認められた自由療養地区の患者住宅を対象とし、史資料分析から、多岐に亘る住宅供給の方法の存在と、これら住宅供給が療養所開設から短期間の間になされていることを明らかにした。また、史資料をもとに建設当初の全住宅プランを再現し、多様な住宅プランの存在を確認するとともに、平面構成から6つの住宅類型を導き出し、住宅供給に関連してその特徴を論じた。また、現存する住宅について実測調査及び居住者にインタビュー調査を行い、その改修特性を把握するとともに、住宅の改修を時系列的な分布特性と関連させることで、住宅の改修規模に建築経緯と立地条件が大きく影響していることを明らかにした。

以上、本論文は、史資料の散逸が激しく、また語り手である入所者の高齢化が進むハンセン病療養所において、「隔離施設」として発展した施設構成の変遷を明らかにした上で、ハンセン病療養所内に画一的に整備された寮舎と全国で唯一「自由療養地区」と謳われた栗生楽泉園下地区の患者住宅を含めてプラン変遷を解明することで、居住の自由を奪われた「隔離施設」での居住の実態を明らかにした。



## 図表一覧

第1章 研究の背景と目的	
図1-1-1 日本のハンセン病療養所	4
図1-6-1 論文の構成	35
表1-1-1 医師による患者救済	6
表1-1-2 宗教家による患者救済	7
第2章 研究の背景と目的	
図2-2-1 全国療養所入所者数 / 定員数変遷	48
図2-2-2 各療養所入所者定員数変遷	48
図2-3-1 第五區府縣立九州療養所（大正二年）	51
図2-3-2 第三區府縣立外島保養院（明治四十四年）	52
図2-3-3 第二區療養所北部保養院（大正三年）	53
図2-3-4 第一區府縣立全生病院（大正五年）	55
図2-3-5 第一區府縣立全生病院（昭和六年）	55
図2-3-6 国立療養所長島愛生園（昭和六年）	56
図2-3-7 国立療養所星塚敬愛園（昭和十一年）	58
図2-3-8 国立療養所国頭愛楽園（昭和十三年）	57
図2-3-9 国立療養所東北新生園（昭和十四年）	59
図2-3-10 国立療養所多摩全生園（昭和三十四年）	60
図2-3-11 国立療養所邑久光明園（昭和三十年）	61
表2-1-1 施設運営主体の変遷	47
表2-3-1 施設設備分類	50
表2-3-2 公立療養所開設時施設内建物	50
第3章 研究の背景と目的	
図3-1-1 調査対象施設概況図	71
図3-2-1 1945年施設配置図および主要寮舎平面図	75
図3-2-2 1960年施設配置図および主要寮舎平面図	76
図3-2-3 1975年施設配置図および主要寮舎平面図	77
図3-2-4 1995年施設配置図および主要寮舎平面図	78
図3-2-5 1995年主要寮舎平面図	79
図3-2-6 各変革期における全寮舎平面プラン変遷	80
図3-2-7 平面プラン変遷モデル	81
図3-3-1 寮舎プラン変遷要因の抽出	83
図3-3-2 人物寮舎移行過程図	85
図3-3-3 事例[H]における生活展開の変遷過程	86

表 3-1-1	調査対象者概要	72
表 3-1-2	寮舎建替年表	73
表 3-2-1	寮舎形態分類	74
表 3-2-2	各寮舎型存在時期	74
表 3-2-3	時代別寮舎形態分類	81
第 4 章	研究の背景と目的	
図 4-1-1	調査対象施設配置図	92
図 4-1-2	調査対象住宅の取得及び用途廃止数	93
図 4-2-1	住宅型モデル図	94
図 4-2-2	主要住宅平面図	95
図 4-3-1	長屋型住宅の改修形態的特性	97
図 4-3-2	長屋型住宅の改修形態的特性	99
図 4-3-3	長屋型住宅平面構成	99
図 4-3-4	住宅型別室面積変化	101
図 4-3-5	戸建住宅の改修形態的特性	102
図 4-3-6	売住宅の改修形態的特性	103
図 4-3-7	新築移築住宅別室面積変化	103
図 4-3-8	新築移築住宅の園内配置図	104
表 4-1-1	調査対象施設概要	92
表 4-1-2	各地区別空室率	93
表 4-2-1	住宅型概要	96
表 4-2-2	新築 / 移築住宅別住宅型棟数	96
表 4-2-3	新築 / 移築住宅別当初室面積	96
表 4-3-1	長屋型住宅世帯数別空間面積配分	97
表 4-3-2	長屋型住宅平面構成	98
表 4-3-3	戸建住宅構成質数	100
表 4-3-4	戸建住宅居室構成	100
表 4-3-5	住宅型個別風呂設置事例	100

## 研究業績一覧

## 学術論文（査読あり）

1. 境野健太郎・山脇博紀・中島美登子・三浦研・外山義．「ハンセン病療養所における居住空間の変遷に関する研究」．『日本建築学会計画系論文集』NO.546．2001年8月：pp.113-119．
2. 境野健太郎・三浦研・神吉紀世子・高田光雄．「ハンセン病療養所自由療養地区における患者住宅の平面構成と住み手による自主的改修に関する研究」．『日本建築学会計画系論文集』NO.611．2007年1月：pp.15-22．
3. 境野健太郎・友清貴和・高田光雄．「ハンセン病療養所の施設構成の変遷に関する研究」．『日本建築学会計画系論文集』NO.622．2007年12月（掲載決定）：pp.\*\*-\*\*．
4. 郭雅雯・境野健太郎・高田光雄．「日本統治時期における日式住宅の平面構成に関する研究 - 台湾の官舎建築標準からみた住宅の特徴 - 」．『都市住宅学』NO.51．2005年10月：pp.53-58．

## 口頭発表論文

1. 境野健太郎・富田啓介・三浦研・高田光雄．「グループハウス入居高齢者の生活実態への考察 - 高齢者グループリビングにおけるケアシステムに関する研究（その1）」．『日本建築学会大会学術講演梗概集（関西）』E-1 建築計画Ⅰ．2005年9月：pp.147-148．
2. 境野健太郎・三浦研・高田光雄．「ハンセン病療養所自由療養地区の患者住宅における住み手の自主的増改築への考察」．『日本建築学会大会学術講演梗概集（北海道）』E-1 建築計画Ⅰ．2004年8月：pp.407-408．
3. 境野健太郎・三浦研・外山義．「ハンセン病療養所入所者の半生にみる施設空間構成と生活展開の変化に関する研究」．『日本建築学会大会学術講演梗概集（北陸）』E-1 建築計画Ⅰ．2002年8月：pp.363-364．
4. 境野健太郎・三浦研・外山義．「ハンセン病療養所入所者の半生にみる施設空間構成と生活展開の変化に関する研究」．『平成14年度日本建築学会近畿支部研究報告集<計画系>』．2002年6月．
5. 寺川優美・外山義・三浦研・田中紀之・山脇博紀・境野健太郎．「2人部屋養護老人ホーム入所者の同室者との関係からみた空間利用特性」．『日本建築学会大会学術講演梗概集（関東）』E-1 建築計画Ⅰ．2001年9月：pp.213-214．
6. 境野健太郎・鈴木健二・山口健太郎・外山義・三浦研．「痴呆性高齢者グループホームにおける入居者の空間利用の時系列的变化 - 痴呆性高齢者のケア環境のあり方に関する研究（その1）」．『日本建築学会大会学術講演梗概集（関東）』E-2 建築計画Ⅰ．2001年9月：pp.309-310．
7. 山口健太郎・鈴木健二・境野健太郎・外山義・三浦研．「痴呆性高齢者グループホームにおける入居者の生活の再編過程 - 痴呆性高齢者のケア環境のあり方に関する研究（その2）」．『日本建築学会大会学術講演梗概集（関東）』E-2 建築計画Ⅰ．2001年9月：pp.311-312．

8. 鈴木健二・山口健太郎・境野健太郎・外山義・三浦研 . 「痴呆性高齢者グループホームにおける入居者の生活とスタッフのケアの相互浸透 - 痴呆性高齢者のケア環境のあり方に関する研究 ( その 3 ) 」 . 『日本建築学会大会学術講演梗概集 ( 関東 )』 E-2 建築計画 I . 2001 年 9 月 : pp.313-314 .
9. 境野健太郎・中島美登子・山脇博紀・外山義・三浦研 . 「強制隔離療養所における居住空間の変遷に関する基礎的研究」 . 『日本建築学会大会学術講演梗概集( 東北 )』 E-1 建築計画 I . 2000 年 9 月 : pp.85-86 .
10. 三浦研・境野健太郎・斉藤芳徳・藤岡泰寛・山脇博紀・鈴木健二・外山義 . 「グループケアユニット型高齢者施設における複数ユニットの機能分化と生活展開( その 1 ) ユニットの使い分けと入居者の生活展開」 . 『日本建築学会大会学術講演梗概集( 東北 )』 E-1 建築計画 I . 2000 年 9 月 : pp.251-252 .
11. 山脇博紀・境野健太郎・斉藤芳徳・藤岡泰寛・三浦研・鈴木健二・外山義 . 「グループケアユニット型高齢者施設における複数ユニットの機能分化と生活展開( その 2 ) 各ユニットにおけるケアの差異」 . 『日本建築学会大会学術講演梗概集( 東北 )』 E-1 建築計画 I . 2000 年 9 月 : pp.253-254 .
12. 境野健太郎・中島美登子・山脇博紀・外山義・三浦研 . 「強制隔離療養所における居住空間の変遷に関する基礎的研究」 . 『平成 12 年度日本建築学会近畿支部研究報告集 < 計画系 >』 . 2000 年 6 月 : 5032 .

#### 研究助成報告書

1. 境野健太郎 . 『栗生楽泉園の将来構想に関する入園者調査研究報告書』 . 国民医療研究所発行 . 栗生楽泉園将来構想調査団 . 2004 年 3 月 .
2. 境野健太郎 . 「ハンセン病患者集落に関する研究 - 草津湯之沢地区の形成過程とその空間的特質」 . 『笹川科学研究助成報告書』 . 2004 年 2 月 .

#### 著書

1. 境野健太郎 . 「栗生楽泉園の将来構想への提言 入園者調査を通して見えてきたもの」 . 『賃金と社会保障』 2004 年 10 月上旬号 . 第 1379 号 . 旬報社 : pp.42-58 .
2. 境野健太郎 . 「栗生楽泉園の将来構想に関する入園者調査報告」 . 国民医療研究所発行 . 『月刊国民医療』 2004 年 4 月 5 月合併号 . No.201 : pp.35-63 .

#### 学術賞

日本建築学会優秀卒業論文賞 ( 2000 )