

## (元) ハンセン病療養施設の歴史的変遷に関する研究 その1

## —日本のハンセン病政策についての文献調査—

正会員○楠木雄一朗<sup>\*2</sup> 同 友清貴和<sup>\*1</sup> 同 西室田周作<sup>\*2</sup>

## 1. 研究の背景

1907年「癩予防ニ関スル件」の制定により、ハンセン病患者を強制隔離することが定められた。ハンセン病は慢性の疾病であるため、長期療養を必要とし、療養所は治療の場としてというよりは生活の場としての比重が大きかった。1996年「らい予防法」が廃止され、一般医療機関で治療されることとなり、患者は療養所を離れることを許された。

現在の日本において新患の発生数は年間10名を下回り、新たに入所する者もないことから、全国のハンセン病療養施設は年々高齢化し、高齢者と障害者の長期療養施設と変化しつつある。そして、高齢化はますます進み、いずれこの施設は消滅していくことになるだろう。

## 2. 研究の目的

本研究は日本におけるハンセン病の政策のもと、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ということ明らかにする事を目的としている。

## 3. 研究の方法

本稿は、文献調査から日本におけるハンセン病対策の歴史を抜き出し、基礎データとする。

次稿で、実際に鹿児島県鹿屋市の国立療養所星塚敬愛園を対象に、施設の配置図・平面図および文献や資料の収集を行い、ハンセン病療養施設の歴史的変遷、主に治療・療養施設以外の施設、および患者の生活環境の変遷について考察する。

## 4. ハンセン病について

ハンセン病(英 Hansen's disease)は、抗酸菌の一種であるらい菌(1873年、ノルウェーのA・ハンセンによって発見)によって起こる慢性特異性炎症性疾患であり、皮膚と末梢神経とが好んで侵される。主な症状としては、知覚麻痺とさまざまな皮疹がおこる。ハンセン病そのものが致命的になる事は少ない。しか

し、感染前後における個体の免疫機能の差によって、臨床症状は様々に変化する。症状が進むと運動麻痺によって四肢・顔面の変形が生じたり、眼疾患のため視力障害がおこることも多い。これらが後遺症として残り、社会復帰が困難となることも多かった。

ハンセン病は1943年までは不治の病であったが、特効薬であるプロミンが開発され、完全に治る病気となった。

\*透視番号①～④、A～Gは【表1】に示す。

## 5. 日本のハンセン病政策の流れ

## ①「癩予防ニ関スル件」(1907～1931)

1906年、第22回帝国議会衆議院に「癩予防法案」が提出され、1909年、法律「癩予防ニ関スル件」が国策として始まった。内容は、医師のハンセン病と診断した際の行政官庁への届け出の義務付けと、自宅で療養できない患者にかぎり隔離の対象とするものであった。療養所は全国を5区地域に分けその中の5療養所【表2】が連合府県立の施設として開設された。初期の療養所は浮浪患者の収容を目的としていたため、かならずしも都市からは遠くない、収容に不便ではないところに設置された。1916年6月、「癩予防法ニ関スル件施行規則」が一部改正公布され、懲戒検束が規定され12月「患者懲戒・検束に関する規則」が施行された。

## ②「(旧) 癩予防法」(1931～1953)

1931年2月、法律「癩予防ニ関スル件」の大幅な改正案が可決。8月1日から施行された。この時点から法の名称も「癩予防法」とされた。新法の特徴として、患者と認められた場合、医師から都道府県知事に届け出ることが義務づけられ、就労が禁止された事、また「療養所を唯一の治療の場とする」という間接的隔離条項や、生活手段の剥奪という政策により収容患者の範囲はますます拡大された。また療養所も、1932年から新たに国立療養所へと移管され、1944年には現在の13の国立療養所【表3】【表4】の姿へとなっていった。

A Study of Historical Transformation of Sanitarium for Hansen's Disease

A Research for Japanese Policy of Hansen's Disease

KUSUNOKI Yuichiro, TOMOKIYO Takakazu and NISHIMUROTA Shusaku

表1 日本におけるハンセン対策の歴史

年	主な法律・施設・運動・その他ハンセン病政策に関する事柄	番号
1907	法律第11号「癩予防ニ関スル件」公布(1909年4月1日より施行)	
1909	内務省訓令第45条「在宅患者消毒規定」が公布	
	法律第11号「癩予防ニ関スル件」施行	
	療養所を設立	表2
1910	内務省令1号公布。『明治40年内務省令20号第1項中第5区域内ニ「沖縄県」ヲ追加ス』	
1915	光田健輔は内務省に「癩予防法ニ関スル意見書」を提出	
1916	癩予防ニ関スル件一部改正、療養所長に入所患者に対する懲戒権を与える 全生病院でワセクトミー実施(光田健輔) 「患者懲戒・検束に関する規則」施行により監禁室が設置	B
1919	内務省保健衛生調査会第4部は、根本的らい予防対策要項を決議、患者1万人収容を目標とし、公立療養所の増設と拡張、国立療養所の新設、自由療養区の設定を内容とする。	
1920	保健衛生調査会は「根本的癩予防対策要項」を決議	
1926	九州療養所(現菊池恵楓園)で自治会発足	
1927	国立癩療養所官制公布	
1929	全国で最初の国立らい療養所、長島愛生園(岡山県)開園	表3
1931	「国立癩療養所患者懲戒検束規定」認可公布 「癩予防ニ関スル件」から「癩予防法」に改名 らい予防デー(第1回目) 章津に国立療養所栗生楽泉園を設立	表3
1935	外島保養院再建地を岡山県長島西端に決定 鹿屋に国立療養所星塚敬愛園設立 内務省衛生局、癩根絶のために1万床、三ヵ年計画を発表	表3
1938	厚生省発足・外島保養院が昌久光明園として再建された 屋我地に国立療養所国頭愛楽園(現沖縄愛楽園)設立・栗生楽泉園に特別病室(監禁房)竣工	表3
1939	国立療養所東北新生園設立	表3
1940	熊本の本妙寺らい部解散 熊本県警、九州療養所、星塚敬愛園の職員が共同で急襲し、患者137名を収容(保育児童10名を含む)	
1941	公立5療養所が国立に移管される	表3
1942	府院議員選、入国者は全生園に収容・厚生省令第1号をもって「らい予防法施行規則」改正	
1943	奄美和光園設立	表3
1945	国立らい療養所、厚生省予防局から医療局に移管 沖縄にて「地方行政緊急措置要項」を米軍公布、入所者に公民権が付与される 従来選挙権と被選挙権を持たなかった入所者に選挙改正により公民権が認められた	
1946	星塚敬愛園にて、自治会を発足 米政府「軍指令第115号」を沖縄にて布告。戦争により離散した患者を療養所に隔離	
1947	勅令514号をもって、国立癩療養所の名称を国立療養所と改称 長島愛生園にて入所患者10名に対しプロミン試薬の実験投与・プロミン治療開始 生活保護法の適用により、患者に生活扶助が支給されることが決定(06/01より支給)	G E
1948	らい療養所に中学校設置・患者慰安金を予算化・らい療養所内の作業賃を予算化 「五療養所患者連盟」が本部を星塚において発足(星塚・菊池・駿河・東北・松丘) 優生保護法により「らい患者の優生手術」が公認された・優生保護法が公布 多摩全生園内に「プロミン獲得促進委員会」が発足	E F G
1949	プロミン獲得大会開催・改正優生保護法が公布・施行	F・G
1951	全生園で「全国国立療養所患者協議会」(現全患協)発会式	
1952	全患協第1回支部長会議が開催 改正優生保護法が施行・藤楓協会設立(らい予防協会解散) 全生園で全患協による「らい予防改正促進委員会」発会式 結婚にあたっての慣行として行われた優生手術が廃止	E
1953	(新)らい予防法施行 奄美和光園を厚生省に移管・菊池医療刑務支所(熊本)設立	表3
1954	らい予防法一部改正、家族援護が確立	
1955	らい患者のための定時制高校、昌久高等学校新長田分校を愛生園内に設立 国立らい(現多摩)研究所設立	
1957	厚生省において「らい患者の退所基準」を作成(翌年指示) 優生手術を受けずに結婚が可能になる	
1959	国民年金制度施行(11月よりハンセン氏病患者にも適用)	
1960	全生園、不自由者3棟を職員介護に切替 らい療養所不自由者の職員介護切替決定	
1962	厚生省らい療養所軽快退所者等在宅療養者指導要領を各都道府県に通知 全患協「らい予防法改正」要望書を厚生大臣に提出	
1964	軽快退所者に対する就労助成金計上	
1965	敬愛園、不自由者棟を職員介護に切替。らい患者拠出年金支給開始	
1971	らい患者給与金をすて国民年金拠出制一般相当額に改善	
1996	厚生大臣が全患協に謝罪・「らい予防法廃止法案」が閣議決定 「らい予防法の廃止に関する法律」施行	G

民主主義運動的運動が頭角をあらわし、各療養所では「患者による患者の為の自治会」が発足していく。1948年には「五療養所患者連盟」が本部を星塚において発足し(星塚・菊池・駿河・東北・松丘)、同じ意志を持つことがますます重要な役割として自治会の中で芽生えていった。さらに同年、「プロミン獲得運動」や、「予防法改正運動」など人権闘争が起こった。1951年には、「全国国立療養所患者協議会」が始まる。

③「らい予防法」(1953～1996)

1953年「(新)らい予防法」が制定された。基本的には今まで行政官庁が担っていた役割が、都道府県知事に移行され、知事により、本人の同意なしに療養所への強制入所が可能になった。また優性保護法により、ハンセン病患者の断種が法的に認められた。1958年「らい患者の退所基準」が指示された。

④「らい予防法の廃止に関する法律」(1996)

ハンセン病医療政策は、療養内所の環境・医療設備の改善と共に、徐々に開放政策がなされるようになってきた。1995年日本らい学会が「らい予防法」の廃止を求める見解を発表した。そして、1996年4月「らい予防法の廃止に関する法律」が施行された。

こうして、約90年にわたる「ハンセン医療終生隔離政策」は形式上幕を閉じた。

6. 施設について

表2 1909年全国5地域に分けられた5療養所

名称	所在地	定員	収容地域
第1区域 全生病院	東京都	350	関東甲信越
第2区域 北部保養院	青森県	100	北海道・東北
第3区域 外島保養院	大阪府	300	近畿・中部
第4区域 第4区療養所	香川県	170	四国
第5区域 九州癩療養所	熊本県	180	九州

表3 国立療養所

年	所在地	名 前
1930	岡山県	長島愛生園
1931	宮古平良市	宮古保養園(現在の宮古南静園)
1932	群馬県	栗生楽泉園
1935	鹿児島県鹿屋市	星塚敬愛園
1938	沖縄県	国頭愛楽園(現在の沖縄愛楽苑)
1939	宮城県	東北新生園
1941	既存の5施設	公立から国立へ移管
1943	鹿児島県名瀬市	奄美和光園
1945	静岡県御殿場市	駿河療養所

表4 公立から国立へ移管された療養所

公立6療養所が国立に移管される	
北部保養院	→ 松丘保養院
全生病院	→ 多摩全生院
光明園	→ 昌久光明園
大島療養所	→ 大島青松園
九州療養所	→ 菊池恵楓園
宮古療養所	→ 宮古南静園

## 7. 歴史のキーワード (A~G)

### A. 無らい県運動

無らい県運動の役割を表すとすれば、それはナショナリズムと優性主義に基づく「民族浄化」運動である。無らい県運動の推進団体として中心となるのは、1931年「官間一致」として設立された「財団法人らい予防協会」である。活動としては、国民の啓発・調査研究への助成・自宅療養患者への扶助・ハンセン病患者の子どもで未感染のものに対する分離保育などの事業を行っていた。1936年からは方針を変更し自宅療養患者への入所の奨励や、都道府県で巡査と衛生課員とによる自宅療養患者への訪問が行われた。

### B. 懲戒検束

1916年「癩予防ニ関スル件」の一部改正に伴い、秩序維持のため、療養所所長に懲戒検束権が与えられた。同年12月「患者懲戒・検束に関する規則」施行により監禁室が設置された。この理由として、当初主に浮浪らい患者を収容したため療養所内での犯罪が多く発生したからである。ハンセン病療養所では、職員も警察署長、警察官の経験者が多く、1926年に付された「患者心得」も同様に「療養をする場所」というよりも「収容する」という役割の色合いが濃かった。

### C. 患者作業

ハンセン病療養所の患者作業の始まりは、明治後期頃といわれている。戦前のハンセン病療養所は、単なる収容所的性格が強かった。また、職員も不足していたため、職員の手不足を患者が補うという意味で患者作業が用いられた。

大正に入ると作業の形態も次第に整ってきて、土木、石工など技術を要する作業も行われた。一日一銭、二銭の作業賃を得るため、軽症患者はほとんど例外なく作業に就いた。

昭和に入ると作業もすっかり定着化してきた。作業は各施設が個々に運営しており、それぞれの施設が独自で作業資金を払っていた。

作業は次第に規模が大きくなり、義務的性格をおびてきた。本来職員が行うべき、病棟入室者、不自由者の付添看護も当初から一貫して患者の背負うべき仕事となり療養所運営に不可欠なものとなっていく。

### D. 患者介護(患者付添)制度について

患者作業のひとつに、重傷者の看護をはじめ、盲人、

不自由者等の生活介助を、軽症な入所者の義務として強制したのが、患者介護(患者付添)制度である。

患者介護の中には病棟看護と不自由者介護があり、それに従事する者を療養所によって看護人、付添、当番、世話係などと称した。看護は作業の中では土木や木工など重作業とともに重視されて、賃金も他の作業より高く、看護に従事する者に対して優遇措置がとられた。また、看護が他の作業とちがうところは、必要な定数をいつも確保しておかなければならないことで、他の作業のように欠員をそのままにしておけないことであった。施設によって異なるが、臨時に看護する期間は5日から10日と定められていた。その臨時付添を割り当てるために、多摩療養所では、古くから「みどり会」という組織をつくり、入所してくる者は健康度に応じて会員にされ、否応なしに看護の義務が負わされていた。

### E. 作業返還運動

1947年 今まで各施設で慰労金として個々に支給されていた作業賃が「作業償与金」という名目で、初めて厚生省において予算化された。

1952年 第1回支部長会議では、作業賃の増額と作業問題について若干の議論を重ねた。その中で炊事作業は職員に返還すべきだとの意見が出されたが、付添作業の返還はまだ理想論的な段階であった。

1953年 第2回支部長会議では多摩支部より提案された「患者作業について」の議題が議論を呼び、作業移管問題も含めて検討された結果、今後の作業問題のあり方についていくつかの決定をみた。

1957年 全患協が作業不能者特別慰安金の増額、作業賃増額、作業人員配布基準の引き上げとともに、退所者対策としての職業補導についての要求もだされた。

1963年 第8回支部長会議では、不自由者看護の切替えが思うように進まぬ中で、「医療の原則」から本来患者作業は破棄すべきとの立場から、作業管理権移管を決定、全支部同時に施設にこのことが通告された。

1964年 第9回支部長会議で第18回の内容を再確認の上、施設に対する労務協約の要求を全支部統一して出すことになった。

1965年 第10回支部長会議では、期日にかかわらず早期に作業管理移管を実現するため努力することを申し合わせた。作業問題への関心が一段と高まったが、

作業移管は簡単には進まなかった。その後さらに就業者が得られず運営困難な職種、患者作業として明らかに不適当なものは永久返還を決定し、推進していくことを再確認した。

1971年 第18回支部長会議では、運営方針の作業問題の要求項目に①療養所運営に必要な作業の施設への返還と管理権移管促進②管理作業返還に伴う職員の増員③労務協約に問題、などを大きく取り上げ作業返還に対する全患協のとりくみを再確認した。

1972年 第19回支部長会議で決定した作業返還を翌年の3月31日に行うことを通告した。

1973年 第20回支部長会議では「患者作業返還推進」のため、①患者作業に依存する施設運営のあり方を改めさせる。②先に通告した作業職種、人員、ならびに運営困難となっている作業は1974年度当初に返還し、引き続き管理作業の年次返還を進める事を確認した。

1974年 第21回支部長会議で決定された「作業返還と患者作業のあり方について」を検討する患者作業研究委員会を各支部で設置された。

このように、患者たちの運動により徐々に作業返還は成されていった。

## F. 優生手術

1948年「優勢保護法」施行。優勢手術とは生殖腺を除去せず生殖を不能にする手術のことをいう。精管あるいは卵管の結紮(けつさつ)を行うことが多い手術のことで、ワゼクトミー(断種手術)といわれる。ハンセン病療養所における所内結婚では、このワゼクトミーが絶対条件であった。当時、日本では、1948年「らい患者の優勢手術」が公認されるまでは、断種や人工妊娠中絶は法律によって禁じられていた。しかし、内務省は、患者の承諾書を取ることを前提に、ハンセン病療養所におけるワゼクトミーを認めていた。そしてこの制度は、1952年に廃止されるまで、半ば公然と全国のハンセン病療養所で行われてきた。

優勢保護法が制定されるまで1915年より、男性への断種手術が始まり、以降30年間、全国の療養所内では男性2300人以上、女性1252人、合計3500人以上の男女が断種・不妊手術が行われてきた。

\*1 鹿児島大学教授・工博

\*2 鹿児島大学大学院 博士前期課程

## G. プロミン獲得運動

1946年 東京大学薬学部教室においてプロミンの合成に成功した。その後、全生園と東京皮膚科で試用され、さらに1947年、厚生省は各療養所にし薬品を渡し、臨床実験を続け、その特効性を確かめていった。さらに東京大学皮膚科教室の谷奥喜平により、「プロミンはとにかく、らい菌に働く」ということがはっきりした。ここにおいて、ハンセン病は必ず治癒しうる病気として、医学的根拠の上に証明された。

1948年 多摩全生園の患者有志の提唱で「プロミン獲得促進委員会」が発足した。プロミン獲得促進委員会は、全国各友園に連絡、GHQをはじめ大蔵、経済安定対策本部、厚生、国会議員等関係筋に請願書を提出すると共に、パンフレット「プロミン」を発行し、治る病気になることを伝えていった。

1949年3月 全療養所でプロミンを主体とする医療に切りかえられた。

## 8. まとめ

ハンセン病政策は、1907年3月18日法律第11号「癩予防に関する件」から始まった。日本中の国立療養所を中心に約87年間に渡るらい病者の強制隔離が行われた。そして無らい県運動により、地域社会の患者に対する偏見と差別をあおった。施設内では、患者作業が行われ、低賃金でさまざまな作業をさせられた。そのことが原因で、病気も悪化する入所者が多かったという。そうした中、入所者達もさまざまな運動を起こし自分達の生活環境を改善していこうと努力した。本稿では、日本におけるハンセン病政策の流れと、隔離された状況下で生活する入所者の運動の歴史について把握した。

次稿では、実際のハンセン病療養所を例にとり、入所者の生活環境の変遷について詳しく考察していく。

### 参考文献

- ・全患協運動史 ハンセン氏病患者のたたかひの記録
- ・国立療養所史
- ・ハンセン病療養所 隔離の90年
- ・ハンセン病療養所に関する実証的研究

Prof., Dept. of architecture, Kagoshima Univ., Dr. Eng

Graduate school, Dept. of architecture, Kagoshima Univ