

空間論からみた日本のハンセン病史

川崎 愛

I. はじめに

ハンセン病の歴史について、これまで歴史学、医学、法律学、社会学、宗教学等様々な視点から論じられてきた。治療方法が確立して半世紀以上が経過し、日本ではハンセン病政策による影響を受けた当事者は高齢化がすすみ、ハンセン病療養所入所者の平均年齢は約85歳である。一つの歴史が終わりに近づく現在、日本のハンセン病研究は個人や家族の経験に焦点をあてた著書が目立つ。

本稿では時系列的に論じられてきたハンセン病について、空間の秩序にしたがって政策や事実の整理を行う。

以下、二章でルフェーブルとソジャによる空間論を概観し、三章ではハンセン病政策、当事者の生活や当局への働きかけ等を時系列的に整理する。四章では、前章で把握したハンセン病史を空間論の観点から考察し、終章では時系列との違いやそこから見えてくる日本のハンセン病政策の特質などを提示する。

II. 空間論

ルフェーブルは『空間の生産』で「社会空間の三つの契機」として空間的实践（知覚される空間）、空間の表象（思考される空間）、表象の空間（生きられる空間）の三つが相互に関係しているとしている。以下で三つを説明する¹⁾。

1. 空間的实践

空間的实践は「生産と再生産を、そしてそれぞれの社会構成体を特徴づける特定の場所と空間の集合を含んでいる」空間性を生産するものとして定義される。社会空間性の物質的形態を生産する過程としての空間的实践は、それゆえ人間の活動・行動・経験の

媒介・帰結として提示される。ルフェーブルは日常生活の反復的なルーチンを、都市的なるものの経路、ネットワーク、労働の場、私生活、余暇の楽しみに結びつける。この物質化された、社会的に生産された経験的な空間は、直接感覚され、ある程度まで正確に測定し、記述できる、知覚される空間として説明される。ソジャが「第一空間」とする物質的な基盤である。

2. 空間の表象

空間の表象は「科学者の空間、社会・経済計画の立案者の空間、都市計画家の空間、区画割りを好む技術官僚の空間、ある種の科学的性癖をもった芸術家の空間、これらの空間はすべて、生きられる経験や知覚されるものを思考されるものと同一視する」ものとして定義される。ルフェーブルによると、思考される空間は「言葉による記号の体系へと、それゆえ知的に練り上げられた記号の体系へと向かう傾向」にあり、言語、言説、テキスト、ログスつまり書かれた言葉と発話された言葉に依拠している。規制的・「規則的」な言説の「支配的な」空間において、これらの心的空間は、権力とイデオロギー、管理と監視の表象となる。

ソジャはこれらを「第二空間」と称し、ユートピアの思想や空想、記号論者や解読者、芸術家や詩人の純粋に創造的な想像力の重要な空間である、としている。

3. 表象の空間

ルフェーブルは、予備的な三項化における社会空間の戦略的な使用にもとづき、表象の空間を他の二つの空間とは異なり、それらを包括するものと見なす。表象の空間は「複合的な象徴体系（それは規範形成をともしなうことも、ともしなわないこともある）」を具体化する。それは「社会生活の闇の、地下の側面」、芸術とも結びついている。現実的なものと想像上のもの、事物と思考を等しい条件で結合することで、生きられる表象の空間は「対抗空間」、すなわち従属的な、周辺的ないし周縁化された位置どりから生じる支配的な秩序に対する抵抗の空間が発生するための領域となる。支配・従属・抵抗の関係の前景化、神秘性と知解可能性、ラディカルな開放性と豊富な想像をもって、ルフェーブルとソジャの「第三空間」として定義しているものは接近する。

Ⅲ. ハンセン病史

1. 「癩予防二関スル件」

(1) 世界の趨勢

ハンセン病に関する初めての国際会議は、1862年にロンドンで開かれた「らい原因究明会議」である。世界各国の医師は、ハンセン病は遺伝病であるとの意見が主流を占め

た。日本には、ハンセン病政策はなく、海外からの宣教師や篤志家による救済事業が行われていた。

1873年にノルウェーの医師、アルマウエル・ハンセンは、ハンセン病がらい菌によって引き起こされることを発見し、これまでの遺伝説を覆す医学的な大発見となった。

1897年、ドイツのベルリンで第一回国際らい会議が開催された。ハンセンによるらい菌の発見を受け、世界のハンセン病の現状を把握し、その対策を確立することが、会議の目的であった。ノルウェー方式として、次のような政策を実施し、国内の患者が減少したことが報告された。まず、一般法の枠組みで予防活動を行い、病状の悪化している者は居住地の病院に隔離すること。放浪する患者に対しては強制隔離を、他の者に対しては任意隔離の二本立てを採用し、病院等での看護は家族が行い、患者の病状が改善したら家に帰す。これを踏まえ、決議では次の点が確認された。ハンセン病はらい菌による伝染病であること。伝染性の程度は顕著ではなく、各型によって異なっていること。隔離はハンセン病が地方疾患的、あるいは流行病的に存在する地方では望ましいこと。隔離は、絶対隔離方式のハワイ方式ではなく、相対的隔離方式のノルウェー方式が有効であること。ノルウェーと類似する状況においては、法律上の措置が必要であること。会議には、東京大学皮膚科・土肥慶蔵が参加し、日本ではハンセン病が遺伝性か感染性の病気か未確定であったので、第一回国際らい学会の内容は、医学専門家に大きな影響を与えた（内田：176-178）。

(2) 「癩予防ニ関スル件」制定

内務省は、1900年に第一回らい全国一斉調査を実施し、日本国内には3万人の患者がおり、「らい血統家族」は99万人である旨を発表した。医学者を中心にハンセン病予防対策の必要性が議論されるようになったが、国際らい学会で決議された相対的隔離ではなく、感染性で恐ろしいとの根拠のない見解で絶対隔離にすり替えられた。この見解が、以後約90年にわたって日本のハンセン病政策を導くことになった。内務省内に設置された中央衛生会でハンセン病予防法案が検討され、1907年3月に帝国議会において審議の後、法律第十一号「癩予防ニ関スル件」が可決、成立した。衆議院での審議では、ハンセン病患者を取り締まり、隔離するのは医療・治療的観点からではなく、患者が神社等で浮浪したり、路上で物乞いをするのは国の恥である、これらの取り締まりが必要である、と説明された。

「癩予防ニ関スル件」は1909年2月に施行され、連合府県立の全生病院（東京）、北部保養院（青森）、外島保養院（大阪）、大島療養所（香川）、九州療養所（熊本）が開設された。孤島や僻地での大療養所主義という点も、国際らい会議の考え方である居住地の病院等への隔離から大きく乖離しており、日本独自のものであった（内田：178-180）。

(3) 患者の生活

公立療養所が設置される前、私設療養所はわずかであったので、ハンセン病になると家族に影響を与えたくなければ、四国西国を巡礼するか、南無大師遍照金剛を唱えながら東海道を浮浪する生き方しかなかった（「癩者の告白」癩予防協会編，昭和9年刊）。

1909年に法が施行されると全国五カ所に公立療養所が設けられた。患者の取り締まりと貧困患者の救護を目的とした療養所では、医療に見るべきものではなく、高圧的な管理は集団的な抵抗を呼んだ。職員の多くが警察署長、警察官の経験者で占められ患者の生活の隅々まで目を光らせている日常は、新たな絶望が彼らを自暴自棄へ、無軌道へと追いやった（全国ハンセン氏病患者協議会編：14-16）。

2. 「癩予防法」

(1) 世界の趨勢

1909年12月、ノルウェーのベルゲンにおいて第二回国際らい会議が開かれた。

第一回の決議を確認したうえで、らい菌は感染力が弱いこと、隔離は患者が同意するような生活状態が望ましいこと、隔離には家庭内隔離もあること、放浪患者の施設隔離については法による強制力の行使がやむをえない場合があること、患者が親の場合には子どもは感染しやすいので親から分離すべきこと、が決議された。

1923年7月、第三回国際らい会議がフランスのストラスブールで開かれ、次のことが決議された。①ハンセン病の蔓延していない国においては、病院又は住居における隔離はなるべく承諾のうえでの実施を原則とすること。②流行が著しい場所では強制隔離が必要だが、この場合の隔離は人道的に行い、十分な治療を受けるのに支障がない限りは、患者はできる限り家族に近い場所に置くこと。③貧困者、住所不定者、浮浪者等については、病院、療養所等に強制隔離して十分な治療を施すこと。④患者から生まれた子どもは、両親から分離し、継続的に観察すること。⑤公衆に対してハンセン病は感染性疾患であることを知らしめる必要があること。⑥これらを公衆衛生問題の一環として、ハンセン病予防と治療を行っていくこと。

伝染病であるハンセン病は、社会の衛生条件を改良することによって、感染の予防と病気の再発を防止しうる、と考えられるようになり、ヨーロッパ諸国では、絶海の孤島や僻地に患者を收容する政策は廃止の方向に向かっていった。

1931年国際連盟に設置されたらい委員会は、バンコクで第一回委員会を開催した。第三回国際らい会議の決議を踏まえ、予防対策としての治療の重要性を強調し、公衆衛生問題の一環としてハンセン病予防と治療を加盟各国が行っていくこと、隔離は伝染のおそれがあると認められた患者にのみ適用すべき、と明言された。（内田：180-184）。

(2) 「癩予防法」の成立

1915年全生病院院長の光田健輔は、ハンセン病患者の子どもの出生防止をするための断種手術を療養所で初めて実施した。1916年には「癩予防ニ関スル件」が一部改正され、所長による入所者に対する懲戒・検束の規定が定められた。これにより療養所長の取り締まりの権限が強化され、療養所の救護施設としての性格は後退し、強制収容施設としての性格が強くなった。

内務省衛生局は、1930年に絶対隔離主義を採用し「癩の根絶策」を策定、根絶のための「二十年計画」等を起案した。同年、絶対隔離の受け皿である国立療養所の第一号、長島愛生園が岡山県に開設され初代園長には光田健輔が就いた。治療こそ最大の予防であると明言した国際連盟の基本方針との乖離は決定的となり、日本はこれ以降、国際的動向とはまったく異なる隔離政策の道を進み続け、1933年の国際連盟脱退がこれを後押しした。

「癩の根絶策」に基づき、1931年に「癩予防ニ関スル件」が改正され「癩予防法」が公布された。主な改正点は、在宅患者を含めた全患者を隔離の対象にすること、患者の入所費等は公費負担とすること、ハンセン病患者の職業従事禁止規定を設けること、医師等の守秘義務を課すことで絶対隔離政策の基盤が整えられることになった。この法律に先だち1929年から、市町村長、警察、方面委員、宗教者、愛国婦人会らによって、地域から患者を排除することを目的とした無らい県運動（第一次）が開始された（内田：180-186）。

療養所長の懲戒検束権が「国立らい療養所患者懲戒検束規定」として明文化され、これが管理の基準となり、強制条項と罰則が強化されて患者の生活を苦しめることになった。

(3) 患者の生活

官民を挙げて患者を療養所へ強制的に送り込んだが、各療養所は医療施設とはいえない貧しさで、職員不足等を補うため、入所者は様々な作業に従事させられた。この作業賃は入所者の治療費や食糧費等から、捻出していたので、入所者が働けば働くほど、入所者の治療費や食費が少なくなるという矛盾に陥った。入所者の間で不満が高まり、1936年に長島愛生園入所者は、定員の1.5倍もの過剰収容による生活環境の劣悪化に抗議し、作業放棄・ハンスト・園長らの辞任要求などを行った（長島事件）。岡山県及び内務省の調停により待遇改善、作業慰労金値上げ、一定の自治が認められたが、事件首謀者は苛酷な処分を受けた。療養所当局は、事件の原因を把握することなく、一部の煽動分子による園内破壊行動と断定した。所長会議の決議により、1938年に群馬県の栗生楽泉園に特別病室（重監房）²⁾が設置された。（内田：185-186）。

長島事件の際に入所者が命がけで獲得した自治であったが、戦時体制が強まるなかで、

園が施設運営に利用するための常会、あるいは隣組的な隣保体制に改組された。全国の療養所では等しく入所者は戦争と飢餓と撲滅のつぼへと追い込まれていった。長島愛生園入園者自治組織、自助会は1941年3月31日に解散させられた³⁾(全国ハンセン氏病患者協議会：22-23)。

3. 「らい予防法」から廃止まで

(1) 世界の趨勢

特別病室が栗生楽泉園に設置された1938年に第四回国際らい会議がカイロで開催された。会議では、これまでと同様、公衆衛生の一環として予防、治療が行われなければならないこと、その上で疫学的調査を踏まえて、患者への人道的な配慮をどのようにして確立すべきかが模索された。感染のおそれについても「らい者と共に働く者でも、感染に対し合理的注意を払えば、ほとんど感染しないという事実を歴史は示している」とした。しかし、同会議への日本からの参加者はなく、この報告を受け入れるために日本が何らかの行動をとることもなかった。1950年代に入ると、国際らい学会及びWHOらい専門委員会は、たびたび会議を開催し、各国に対して強制隔離政策とそのための特別な立法の廃止等を求めた。しかし、日本は1953年にマドリードで開催された第六回国際らい会議に参加者を出していたものの、国民の偏見・差別が強い等の国内事情を口実に、国際会議及びWHOの指示に従うことを拒否し続けた。この会議ではスルホン剤の治療効果が高く評価され、在宅治療の可能性が強調された。1941年にアメリカのカービル診療所で始まったプロミン治療は世界各地で徐々に治療方法を発展させて効果をあげていた。同会議では、感染の恐れのない患者を終生隔離することは認められないとして、各国に法改正を求めた点と社会復帰を強調した点が前回までとは異なる特徴である(内田：188-190, 207-208)。

1956年4月、らい患者救済及び社会復帰国際会議がマルタ騎士修道会主催により、51カ国の代表によってローマで開催された。日本からは林芳信多磨全生園長、野島泰治大島青松園長、浜野藤楓協会理事長が出席し、会議で報告した。この会議では差別の撤廃、早期発見、早期治療の必要、隔離主義の是正、社会復帰援助の必要等六項目の決議がなされた。このいわゆる「ローマ宣言」は日本のハンセン病政策を根本から揺るがし、世界中から批判を浴びた(全国ハンセン氏病患者協議会編：204)。

第七回国際らい学会は1958年に東京において開催された。厚生省と療養所関係者を中心に会議準備委員会が組織され、報告ではローマ会議からさらに踏み込み、外来治療の整備が重要であると指摘された。また、法による患者の強制隔離はハンセン病予防において意味がない、無差別の強制隔離は時代錯誤で廃止されなければならない、政府がいまだに強制的な隔離政策を採用しているところは、それを全面的に破棄するよう勧告する、との報告があった。隔離政策を主張していたのは日本のみであったため、この報告

は関係者に衝撃を与えたが、隔離政策は継続された（内田：210-213）。

1966年に発表されたWHOらい専門委員会の報告では、ハンセン病患者の社会復帰は診断と同時に始められなければならないこと、保健教育が不可欠であることが指摘された。1960年代までにフィリピン、シンガポール、香港などで隔離政策が見直され、日本の旧植民地台湾では1962年に「らい予防法」が廃止された。韓国でも1963年に「伝染病予防法」が改正され、外来治療に移行した。これ以降、国際会議の報告において、立法についての記述はほとんど見られなくなった（内田214-215）。

（2）「らい予防法」の成立

1915年以来、非合法で行われてきた入所者への断種・墮胎は1948年に成立した「優生保護法」によって合法化された。国は敗戦直後の食糧難という大混乱を利用し、何らの審議を経ることもなく、ハンセン病患者などへの優生手術は認められた（内田：190-191）。

厚生省は1950年頃、全患者収容の方針を立て、これに基づき療養所の増設を行った。そして戦後の第二次無らい県運動⁴⁾によって、増床し収容定員が13500名となった療養所に患者を次々と強制入所させた。1953年の調査によれば、推定患者数は約13800人とされたので、ほぼ全患者の収容が可能となり、増床が終了した。同年8月には国際的動向も全患協（全国らい療養所患者協議会）の意見も無視して「癩予防法」を踏襲、改悪した「らい予防法」が公布・施行された（内田：196-200）。参議院で九項目の附帯決議がつけられ「近き将来本法の改正を期する」とされたことが、わずかではあるが全患協の運動の成果であった。

法改正にあたって国会で絶対隔離政策の継続と懲戒検束規定の強化を訴えた「三園長発言」者の筆頭である長島愛生園長光田健輔は、入所者の権利主体性は認めず、恩恵、慈悲の対象にとどめようとした。無断外出に対する罰則規定の創設を主張し、自治会運動を抑圧しようとした。無らい県運動によってハンセン病が恐ろしい伝染病であり、ハンセン病患者は地域社会に脅威をもたらす危険な存在であるという認識は療養所の内と外との分断を深め、権利運動に対する市民の支持や、正確な医学的知識の普及を阻んだ（内田：198-202）。

この後、1996年に「らい予防法廃止に関する法律」制定まで入所者の存在は社会から忘れられていった。

（3）入所者自治会の結成と活動

1948年1月に五療養所（星塚敬愛園、菊池恵楓園、駿河療養所、栗生楽泉園、松丘保養院）による患者連盟が発足した。1950年10月に多磨全生園で「全国国立らい療養所患者協議会規約」の草案が出され、自治会で決定した。翌1951年1月に草案を各園自治会

の意見に基づいて、修正、各園一致の賛成を得た。全らい患協の事務局は全生園内におき、事務局部長を任命、業務を開始し同月30日には「全らい患協ニュース」⁵⁾ 第一号を発行した。5月の第一回の書面会議では次の10項目が採択された。①研究所の設立②作業慰労金の増額③付添手当の増額④営繕費の増額⑤文化教養費の計上⑥医師、看護婦、その他の職員の増員および待遇改善⑦らい患者保護法の制定⑧寒冷地への燃料費増額および被服寝具費の特別支給⑨結核予防対策⑩重病棟の設備改善。6月には加盟が持ち越されていた瀬戸内3園（長島愛生園、邑久光明園、大島青松園）が加わった。1952年5月には全生園に7支部が参加して全らい患協第一回支部長会議を開催した。11月には「全らい患協」の名称（略称）を「全患協」と改めた。1953年4月、全患協はストライキの統一行動を望むが支部を拘束しないとの態度を確認し、法改正に向けて動きを活性化させた。以降、各支部（各療養所）では患者作業を放棄し、ハンガーストライキを行い、国会審議中には全生園ほか入所者180人が国会で座り込みをして抗議した。1954年にらい予防法闘争で手を焼いた厚生省は自治会役員の給与を作業賃予算から除外する等、自治会の弱体化を図ろうとしたが、各支部は順次個々に厚生省と交渉し、阻止した。マルタ騎士修道会主催のローマ会議で日本のハンセン病政策が批判を浴びた1956年、スルホン剤系の普及と効果で退所者数は過去最高となった。1959年8月の全患協ニュースで、らいを「ハンセン氏病」と呼ぼうと提唱した。

1963年12月には日本患者同盟の呼びかけに応じ「医療の充実と生活の拡充、予防法改正」を要求する統一陳情に参加、共闘した。日本患者同盟・全患協の最初の統一行動となった。沖縄が日本に返還された1972年には、沖縄愛楽園と宮古南静園の全患協加盟が決まり、5月の支部長会議では沖縄2園の代表者が万雷の拍手で迎えられた（全国ハンセン氏病患者協議会編：195-225）。

1970年代になると支部長会議での主要な議題は、退所や所外へ働きに行く入所者が増えたこともあり、患者作業の返還、将来の療養所を視野に入れた医療、看護、施設整備の充実など、現在と重なる項目があがるようになった。

（4）「らい予防法」の廃止

1996年3月31日をもって「らい予防法」は廃止された。自由民主党・日本社会党・新党さきがけによる連立政権のもと、第一次橋本龍太郎内閣、厚生大臣はさきがけ所属の菅直人であった。厚生省はエイズ薬害訴訟をめぐる世論の批判の渦中にあり、厚生省の責任の徹底解明の姿勢を示す菅と、これに難色を示す厚生官僚との間には大きな溝が生じていた。

衆議院厚生委員会では「らい予防法の廃止に関する法律案」は、「らい予防法」の廃止と、廃止後もハンセン病療養所入所者の療養の保障、そして社会復帰者への援助を明記し、病名は「らい」ではなく「ハンセン病」と改めた。法案の説明で菅は、ハンセン

病が完治する病気になったにもかかわらず法の見直しが遅れたと法廃止の理由を述べて「反省」「陳謝」した。また、1953年時点に遡り、「らい予防法」の誤りと厚生行政の人権意識の欠落を認め、法に反対した全患協運動の正しさを高く評価する発言をした。「らい予防法」廃止について、藤野は、隔離政策を推進した光田健輔の直系の人びとが定年によりハンセン病療養所の第一線から退いたことと、厚生行政への厳しい世論が存在したことが大きく影響した、としている（藤野：661-667）。

4. 「ハンセン病問題基本法」

(1) 国家賠償請求訴訟

法廃止法制定後、国の社会復帰策の予算は一人当たり150万円で、療養所の外での生活には不十分で、国の責任を清算するには程遠かった。

訴訟は九州弁護士連合会に宛てた星塚敬愛園の入所者（当時）島比呂志（原告番号7）による手紙で「人権に最も深い関係を持つはずの法曹会が（らい予防法に）何ら見解も示せず、傍観の姿勢を続けている」とその責任を厳しく問うたことにはじまる。1998年7月31日、らい予防法違憲国家賠償請求訴訟を療養所入所者13人が熊本地裁に提訴した。「らい予防法」による強制・終身隔離政策とそれに伴う人権侵害が違憲・違法であるとし、国に謝罪と一人当たり1億1500万円の賠償を求める訴訟である。弁護団は九州弁護士連合会に所属する弁護士137人によって結成された。最終的には熊本地裁（第1次～19次）1301人、東京地裁（第1次～12次）66人、岡山地裁（第1次～9次）360人の総計2322人が提訴した（2001年8月27日）。2001年5月11日、「らい予防法」違憲国家賠償請求訴訟で熊本地裁は、国のハンセン病対策を違憲とし、原告側勝訴の判決をくださった。5月23日に首相官邸で小泉総理は記者団に「極めて異例の判断ですが、控訴を行わないと決定」「早期解決を図る」と語った。5月25日、控訴期限の二週間がすぎ、熊本地裁判決が確定した。翌26日に国賠訴訟の原告・弁護団が記者会見を行い、国の法的責任はゆるがないものとしたうえで、以下の方向性を示した。①謝罪、②謝罪広告による名誉回復と損害賠償、③在園保障と退所者支援などの恒久対策、④真相解明と再発防止、⑤継続協議の場の設定など、全面解決を目指す（全国ハンセン病療養所入所者協議会編：142, 357-368）。

(2) 「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」

全国13の国立ハンセン病療養所長らは2004年度厚生労働科学研究費特別研究事業で療養所の将来構想として、入所者の減少に合わせて療養所の統廃合もありうるとした。これに対して全療協（全国ハンセン病療養所入所者協議会）は2006年2月の臨時支部長会議で療養所将来構想問題を運動の中心に据え、各支部（各療養所自治会）がそれぞれ将来構想を策定する運動方針をまとめた。同年12月にはハンセン病市民学会などが加わり

「ハンセン病療養所の将来構想をすすめる会」が結成された。同会は、入所者の「終の住処」となった療養所を維持するために、百万人署名運動を推進した。2008年6月、議員立法により「ハンセン病問題基本法」（ハンセン病問題の解決の促進に関する法律）が成立、2009年4月に施行された。基本法は隔離政策による被害の回復がその基本理念であるとし（3条1項）、「入所者が、現に居住する国立ハンセン病療養所等において、その生活環境が地域社会から孤立することなく、安心して豊かな生活を営むことができるように配慮されなければならない」とした（同条2項）。そして12条では入所者の意志に基づいて、ハンセン病療養所への他機能の取り入れが推進されることになった⁶⁾（森川：21-24）。

（3）ハンセン病療養所と地域

基本法施行後、ハンセン病療養所に2つの保育園と特別養護老人ホームが開園した。

2012年2月に菊池恵楓園（熊本県）に「かえでの森こども園」（社会福祉法人佳徳会）が開園し、2017年4月には入所者援護会用地に建物を新築、定員90名で再スタートした。

2012年7月に多磨全生園（東京都）に認可保育所「花さき保育園」（社会福祉法人土の根会）が開園し、入所者・職員、子どもや保護者、保育士、地域住民らの交流の幅を広げている⁷⁾。

邑久光明園（岡山県）は将来構想として特別養護老人ホームの誘致を決定、2016年2月に特別養護老人ホーム「せとの夢」（社会福祉法人愛あい会）がオープンした。

邑久光明園、長島愛生園（岡山県）、大島青松園（香川県）の瀬戸内3園は他の療養所に先行して、ハンセン病療養所の世界遺産登録運動を自治体、市民らと共同で進めている。2017年1月には、ふるさと納税（瀬戸内市）を原資とした世界遺産登録運動を推進するためのNPO法人を設置した。

IV. 空間としてのハンセン病政策とハンセン病療養所

1. 知覚される空間

日本が国としてハンセン病に関与していなかった時期には、個人が救済事業を行い、その他大勢の患者は家族を守るため故郷を離れ、浮浪・巡礼をしていた。1907年の法成立により全国五カ所に公立療養所が開設され、各地を転々としていた患者が収容された。

海外では1873年にハンセンがらい菌を発見し、弱い感染力しかないことが判明した後、流行が激しい場所以外での強制隔離収容は行わなくなった。ハンセン病患者に対して人道的な配慮をしつつ、公衆衛生の一環として予防と治療が行われた。1941年にアメリカで開始された治療法が確立されるにつれて、終生隔離は廃止、社会復帰と在宅治療をすすめるための保健教育が推奨された。1956年のローマ会議では世界の趨勢と真逆の隔離

政策を継続している日本に批判が集中した。日本は隔離政策をとりながら、実態は過去最高数の療養所退所者が出たのも同じ1956年であった。

2. 思考される空間

1907年「癩予防二関スル件」が成立、患者は取り締まりの対象となった。1915年に全生病院長光田健輔により、ハンセン病患者への断種手術が開始された。1931年「癩予防法」はこれまで以上に療養所での管理と監視を強め、絶対隔離政策を強硬にすすめた。その後押しをしたのは第一次無らい県運動である。1938年には栗生楽泉園に重監房が設置され、増え続ける入所者を恐怖で体制に服従させようとした。違法でなされていた療養所での断種・墮胎手術は1948年に「優生保護法」が制定され、合法となった。治療薬が広まるのと逆行して国は全患者収容を目指して療養所を増床、第二次無らい県運動が勃興した。その間の1953年に入所者の権利や主体性を認めない「らい予防法」が成立した。

3. 生きられる空間

公立療養所での高圧的な管理は逃走者や集団的抵抗を引き起こした。一方で入所者らによる自治活動が始まり、療養環境の向上を目指した。職員、医療、食料あらゆるものが不足するなかで、患者は入所後、作業賃を得るため働かざるをえなかったが、過剰収容によってますます環境は劣悪化した。1936年に長島愛生園では入所者らによる大掛かりな抗議行動が起こった（長島事件）。現在の全療協の始動は1948年の五療養所による患者連盟の発足である。1951年には事務局を多磨全生園に置き、ニュースを発行した。内容はハンセン病療養所で医療と療養に専念した生活を送れるよう国に改善を求めるものだった。予防法改正時には全国の療養所で作業ストライキ、ハンガーストライキが起き、デモや国会での座り込みなどで国の案に反対の意向を表明した。療養生活の充実と予防法改正を掲げて日本患者同盟と全患協（現・全療協）が統一行動をしたのは1963年である。

1996年予防法廃止の後、強制隔離政策の誤りと人権侵害を国に訴える裁判が始まった。国賠訴訟で原告側が全面勝訴したのは2001年5月である。高齢化に伴い生活の不自由さが顕著になるなか、所外の家族や親族との繋がりが絶たれ、その多くが僻地に立地する療養所で暮らす入所者が望むのは、住み慣れた場所で最後を迎えることだ。2008年制定の「ハンセン病問題基本法」では、入所者を地域から孤立させないため療養所に他機能の施設の併設が認められた。熊本県と東京都の療養所には保育園が、岡山県の長島には特別養護老人ホームが開設し、本来の機能に加えて新たな出会いと学びの場となっている。

瀬戸内海に浮かぶ長島と大島にある邑久光明園、長島愛生園、大島青松園は自治体と

市民が一体となって世界遺産登録に向けて動き出した。

V. おわりに

知覚される空間（第一空間）である衛生状態の改良や治療方法の確立といった条件が同じであっても、日本と欧米ではハンセン病患者への対応は大きく異なった。特に治療薬が普及した後は隔たりが深まった。日本のハンセン病政策は思考される空間（第二空間）が圧倒的な位置を占める。国策によって患者を僻地に隔離し、初期には警察関係者を職員として採用、療養所長は懲戒検束権が与えられ、入所者は管理・監視の対象となった。戦前戦後の二度にわたる無らい県運動は療養所外の圧倒的多数の無名の人びとの存在がなければ成り立たず、全患者収容時には第二空間の権力が最大化されたと考えられる。生きられる空間（第三空間）は個人、園内における集団行動がやがて各療養所によって共同で組織化され、国と対峙するようになった。戦後は数人の協力的な国会議員の存在、国賠訴訟以降は弁護団、現在は市民も加わり第三空間は拡大している。

時間は空間を方向づける。時間と空間を結ぶきずなは時代に定着した知を越えたところにあり、時代の認識の理論を越えたところにある。つまり時間と空間のきずなは、実践のうちに、「無意識の」実践のうちにある。「無意識の」実践は、時間と空間が一致するように規制し、諸種の表象の間の対立を押さえ、現実におけるゆがみに抗する（ルフェーブル：389-390）。日本のハンセン病政策のゆがみに抗するには、時間と当事者の抵抗運動だけでは足りなかった。世論の支持が必要で、正確な知識を持つ成熟した市民が空間の移動の鍵を持つ。

フックスによると、周縁性を選び取るという喚起的な過程は、周辺と中心をともに脱構築・攪乱することによって、主体化＝従属化の問題構成を再概念化する。再編・再中心化された周縁のなかで、機会と行為の新しい空間が創出される。それは、差異がつくる新しい空間にほかならない。周縁性とは、抵抗の空間であり、抵抗の多核的な共同体のなかで多様化・接続・結合しうる空間性である（ソジャ：123-126）。ハンセン病療養所のなかでも特に周縁の特徴を持つ瀬戸内3園は世界遺産登録に向けて、建築家など新たな人びとを巻き込んで「開放性と可能性のロケーション」としての再生を目指している。

空間論は、支配－従属、排除－被排除という二分法的な捉え方を相対化し、時系列とは異なる視座を与える。権力のもとで第二空間は「創造的な想像力の重要な空間」として別の側面を持つ。ハンセン病療養所入所者による思想、文学、詩等については別稿で検討したい。

注

1. エドワード・W. ソジャ, 加藤政洋訳 (2017)『第三空間 新装版』青土社, 85-93頁。
アンリ・ルフェーブル, 斎藤日出治訳 (2008)『空間の生産』青木書店, 82-88頁。
2. 栗生楽泉園の「特別病室」は全国の療養所のなかで、特に園の秩序を乱すとされた患者を収容するために、「三井報恩会」の寄附の一部を割いて造られた。特別病室は大きな錠前のかかった扉の嚴重なくぐり戸で四重に守られ、室内は高湿のため黒かびが生じていた。外部はコンクリート、内部は総板張り、寒冷地であるにもかかわらず温設備はなく、雪が積もる時期には昼夜の判断はつかなかった。1939年9月30日から1947年7月9日までの在室者総数は92名で、書類上合法的に処断されたのは一件のみである。92件中30日以上「不法拘留」が85%を占め、残酷な処遇のため命を落とした者が22名いた。うち冬期に亡くなったのは18名である（全国ハンセン病氏患者協議会編：27-31）。
3. 他の療養所の戦前・戦中の自治の状況については、川崎愛 (2000)「第二次世界大戦下のハンセン病療養所における患者作業と団体活動」『社会福祉』第40号を参照のこと。
4. 第一次無らい県運動、第二次無らい県運動については、川崎愛 (2016)「戦前・戦後の無らい県運動とハンセン病療養所」『社会学部論叢』第26号第2号。
5. 全国ハンセン病療養所入所者協議会のニュース「全療協ニュース」は毎月1回発行、2017年7月1日で第1031号となっている。川崎愛 (2012)「ハンセン病療養所におけるニュース発行—アメリカ・カービル『スター』と『全療協ニュース』」『社会学部論叢』第22巻第2号で、ハンセン病療養所の自治会が発行したニュースについて日本とアメリカを比較している。
6. 予防法廃止、国賠訴訟、基本法成立、療養所の将来構想に関する全療協の果たした役割については以下の二稿に詳しい。川崎愛 (2011)「『らい予防法』に当事者団体はどう向き合ったか—制定、廃止、国賠訴訟における闘い」『社会学部論叢』第22巻第1号、川崎愛 (2014)「全療協会長の『刀折れ矢尽きるまで』の闘い」『社会学部論叢』第25号第1号
7. 花さき保育園開園の経緯と療養所との交流については、川崎愛 (2016)「保育園がハンセン病療養所にあること—花さき保育園の取り組み—」『社会学部論叢』第27号第1号、川崎愛 (2017)「ハンセン病療養所の地域開放と共生—多磨全生園入所者自治会と保育園—」『社会学部論叢』第27号第2号を参照のこと。

文献

- エドワード・W. ソジャ, 加藤政洋訳 (2017)『第三空間 新装版』青土社
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」かがわ出版
- アンリ・ルフェーブル, 斎藤日出治訳 (2008)『空間の生産』青木書店
森川恭剛 (2012)『ハンセン病と平等の法論』法律文化社
内田博文 (2006)『ハンセン病憲章会議の記録』明石書店
全国ハンセン病療養所入所者協議会 (2001)『復権への日月』光陽出版
全国ハンセン病氏患者協議会 (1977)『全患協運動史』一光社