

ハンセン病療養所の施設構成と居住空間の変容に関する研究

主査 境野 健太郎^{*1}

委員 鈴木 健二^{*2}

本研究は、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、居住の自由を奪われた「隔離施設」での居住の実態を寮舎及び患者住宅のプラン変遷から解明した。また、入所者による居住環境改善過程について詳細な分析を行い、人権が激しく毀損され、自己のアイデンティティを問い直される環境に長期におかれる中で、自律を獲得し、自分らしい生き方を回復していく過程/手段のひとつとして、居住環境の改善が行われてきた事実を明らかにした。

キーワード : 1) 療養所, 2) ハンセン病, 3) 施設構成, 4) 居住空間, 5) 変容,
6) 平面構成, 7) 改修, 8) 移築, 9) 建て替え

THE FORMATIVE PROCESS OF ARCHITECTURAL PLANNING AND LIVING ENVIRONMENT OF SANATORIUMS FOR HANSEN'S DISEASE

Ch. Kentaro Sakaino

Mem. Kenji Suzuki

This study clarified three major points. One is the formative process of placement and spatial composition of sanatoriums for Hansen's disease. Two is the course of how the residents living in a sanatorium for Hansen's disease individually acquired their own spaces through investigation on the changes seen in the plan, the problems in the environment and the settlements for them. Three is the original plans of all houses and the process of renovation at an independent ward in a sanatorium for Hansen's disease patients, and how differences of house plans affected the process of living environment improvement.

1. 研究の背景と目的

日本において、約2700名(2008年5月)の人々が全国13箇所の国立ハンセン病療養所に入所している。ハンセン病は1907年に「癩予防ニ関スル件」が制定されてから1996年に「らい予防法」が廃止されるまで、90年に亘り隔離の対象となった病である。かつて「らい予防法」が存在した時には、療養所が社会的に隔離されていたため、ハンセン病療養所内部における入所者の生活は「外部の世界である「社会」において、十分に周知されてこなかった」^{x1)}。「らい予防法」廃止以後、原告勝訴の判決が下された『「らい予防法」違憲国家賠償請求訴訟』(熊本地裁, 2001年5月)では、その過程においてハンセン病療養所入所者及び入所経験者^{注1)}の証言として療養所における生活が多く語られた。また日弁連の「ハンセン病問題に関する検証会議」による入所者への聞き取りが行われ、05年3月には被害実態報告書などを含め1500頁に及ぶ最終報告書が提出された。しかしこれらの証言や報告は被害

実態の解明がその主目的であったため、療養所において展開された入所者の生活を描き出すものではなかった。多くの史資料が散逸し、「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、また(療養所入所者の高齢化が進み:筆者補)語り手に残された時間が少なくなっていく中で、(ハンセン病当事者の語りは:筆者補)相対的に重要性を増している」^{x2)}といえる。実際、漸く芽吹いてきたハンセン病を巡る諸研究の動向は、絶対隔離政策の推進と「らい予防法」の戦後における継続の解明に照準化した研究と、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一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研究が主流となっている。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、学術的な言及が一切なされていない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。結果、医療施設計画をその範疇とする建築

*1 鹿児島大学 助教(当時, 京都大学大学院)

*2 鹿児島大学 准教授

学においても、療養所入所者の療養環境について建築計画の視点から言及したものは皆無である。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。

本研究では2つの視点から研究目的を設定している。ひとつは、ハンセン病療養所を管理・運営する側からの視点であり、ハンセン病患者を収容し隔離するための施設計画について、その計画理念と実態に基づき解明することである。もうひとつは、療養所入所者側からの視点であり、施設より与えられた制約や制限の中、入所者による居住空間への働きかけを中心に療養環境の改善過程を明らかにすることにある。この目的を達成するための研究課題として、(1) ハンセン病療養所が設置され拡張する過程におけるハンセン病療養所の施設構成分析を行った上で、(2) 隔離収容を目的としたハンセン病療養所に作られた寮舎プランの解明と入所者による居住環境改善過程を明らかにし、(3) 居住者に建設・改修等の管理が任された自由地区の患者住宅における建設当初の住宅平面構成の類型化と現存する患者住宅の改修特性を明らかにすること、を設定した。

2. ハンセン病療養所の施設構成の変遷

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

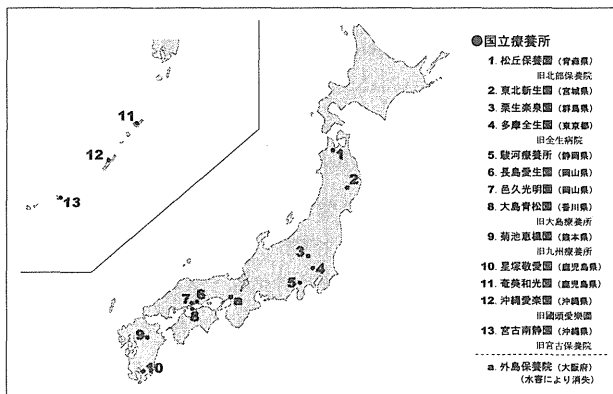


図2-1 日本のハンセン病療養所

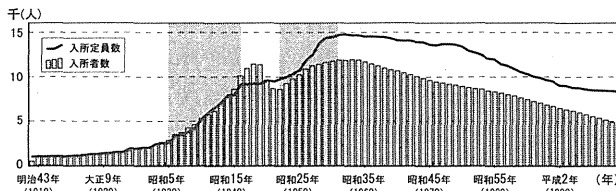


図2-2 全国療養所入所者数/定員数変遷

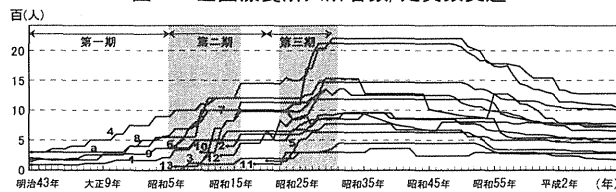


図2-3 各療養所入所者定員数変遷

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。従って、90年の隔離を維持するに至ったハンセン病療養所が全国13箇所に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存続したのかを、施設計画の実態から解明する。

2.1 調査手法

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。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1909年の公立療養所の設立から1955年までに標準化した上で、各療養所の配置図から施設構成²⁾を明らかにし、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。

2.2 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。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考える(図2-2、図2-3)。

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。法律「癩予防ニ関スル件」(1907年)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た1930年まで(第一次増床計画)を第一期とする。

すべての患者を収容対象とする「癩予防法」(1931年)の制定に伴う既設公立療養所の入所定員数の増加に加え、1930年の長島愛生園設立を皮切り1944年までに新たに8箇所の国立療養所が作られ、療養所の入所定員数と入所者数は大きく増加した。国立の療養所が初めて作られた1930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1945年までを第二期とする。

1947年にわが国でも特効薬プロミンによる治験が開始されたが、ハンセン病の治療を国立療養所に限ったことにより、入所者数が増加に転じている。1950年代前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。この第二次増床計画を含む1945年から55年までの10年を第三期とする。

以上の時期区分に基づき、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（1909年～1930年）

1909年に開設した公立療養所は、寮舎が口の字型に並べられるものと列状に配置されるものに分けられるが、列状に配置された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。

翌1910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〉^{注3)}とく全生〉に設置された（図2-4.19）。〈外島〉の年報からも開設翌年には入所者の保護指導に非常に苦心していた様子が伺え、開設2年後の配置図には監置室、見張所が新たに設置されている。1916年には、「癩予防二関スル件」の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。

療養所の多くは設立初期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。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。

(2) 第二期（1930年～1945年）

1930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。第二期は、翌1931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。

わが国最初の国立療養所である〈長島〉は、離島に立地するため周囲を囲っていないが、患者地区と職員地区は区分された。患者地区には設立当初より監禁室及謹慎室が設けられ、入所者の寮舎の近くに事務分室が設置された。施設の表玄関である事務本館に対し、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た。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舎長選挙規定による舎長会が組織された（〈外島〉、1918年）。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、公立療養所では〈大島〉がいち早く1928年に事務分室を設置し、以後各施設に設けられている（図2-7.12）。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、1930年代後半に開設した〈星塚〉、〈国頭〉、〈東北〉には開設当初より面会設備が設けられた。自宅療養患者を中心に収容することで、入所者の粗暴な振る舞いは減少した。

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。しかし当時は恰も戦時であり建築資材価格が急騰したため、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。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、「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」^{注4)}とし、「慰安娯楽より先づ園の開拓を」^{注5)}の標語が掲げられた。

(3) 第三期（1945年～1955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、1947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。

第三期初頭、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。14年間入所定員数が据え置かれたく全生〉では1951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関連の設備が多く建てられた（図2-5～7）。

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

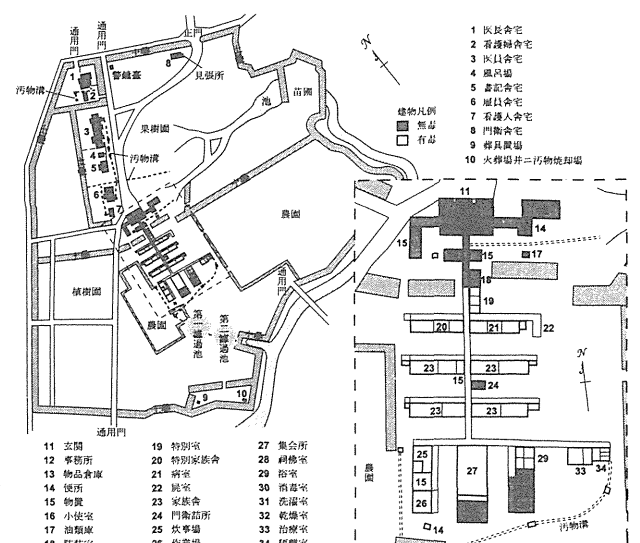


図2-4 第二區療養所北部保養院（大正三年統計年表）

が多くいた点を踏まえ、公立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。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」と「品性涵養上教育」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、1950年代前半になると各宗教団体から独自の会館が

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（娯楽会館・盲人会館等）など機能を分化した設備が作られ始めた。

2.3 小結

隔離施設としての性格が特徴付けられたと考えられる1909年から1955年までの施設計画を3期に分け、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た結果、以下の知見を得た。

1) 1909年に開設したわが国最初の公立療養所は、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、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ことを明らかにした。特に、定員数の多い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1910年の年報記録より、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。これは第一期の施設では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り締りであり、更生であった点に起因すると考えられる。

2) 入所者の逃走と病気の拡大を防ぐため、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、第二期の施設にも継承された。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、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自治への信頼と敷地拡張の容易さの担保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

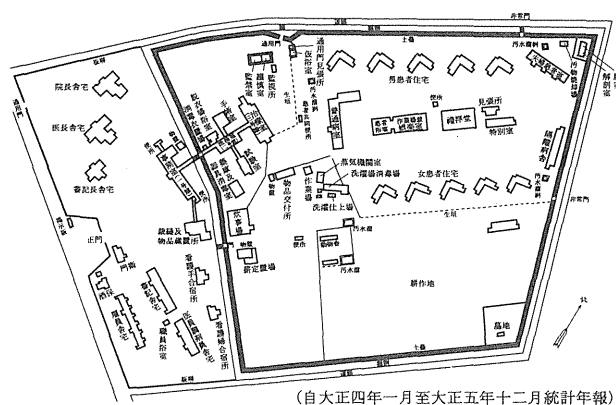


図2-5 第一區府縣立全生病院

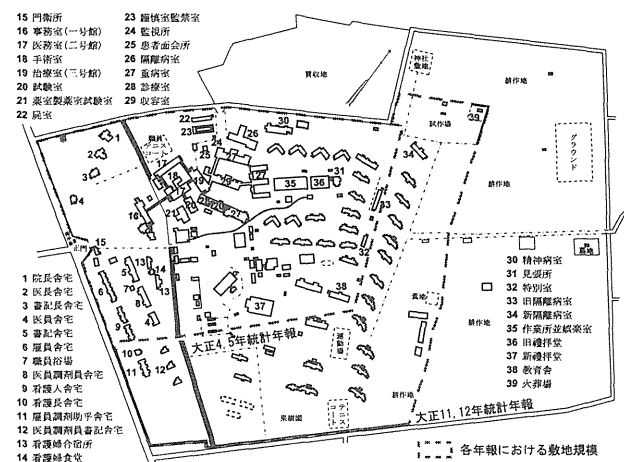


図2-6 第一區府縣立全生病院(昭和六年統計年報)

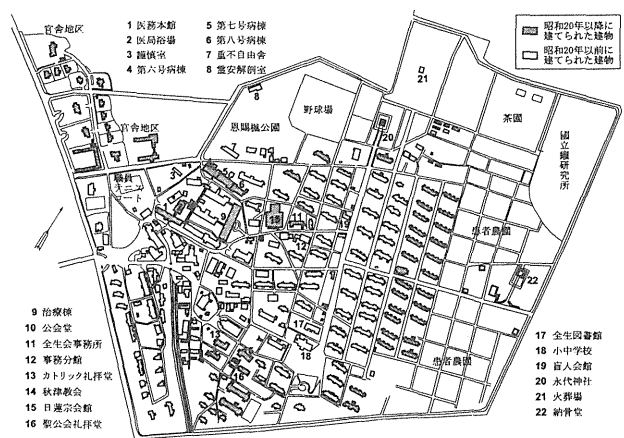


図2-7 国立療養所多摩全生園(昭和三十四年統計年報)

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、家庭的団欒や宗教信仰による慰安に失敗し、戦時下には慰安よりも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。

3. ハンセン病療養所の居住空間の変遷

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つくり、入所者の手によって寮舎を建設し、少しでも住み良くするために様々な運動を繰り広げるなど、ただ収容される空間から自分達が生活を展開する場へとその生活環境を改善してきた。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、療養所に開設以降に存在したすべての寮舎プランを解明し、寮舎プランの変遷に基づき入所者による居住環境改善過程を明らかにする。

3.1 調査手法

ハンセン病療養所邑久光明園（1938年開設、図3-1）を調査対象施設とし、複数の入所者へ聞き取りを行い、施設に存在したすべての寮舎プランを解明し、その変遷過程を把握する。さらに、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を明らかにする。

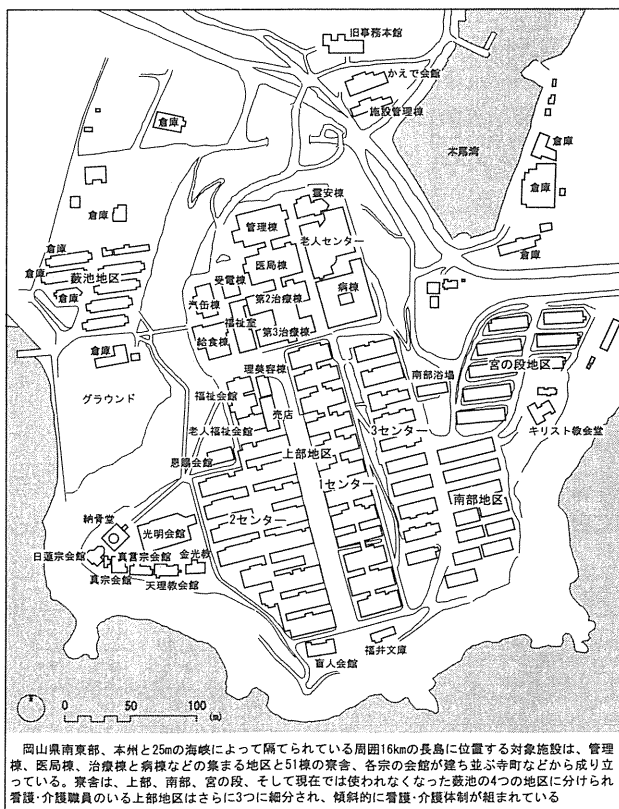


図3-1 調査対象施設概況図

3.2 平面プラン分類による寮舎の変遷過程

開設時から現在までに施設に存在したすべての寮舎について、その建設・建替・消失時期を文献資料から調べ整理すると、4つの時期に集中して建設や建て替えが順次行われており、この4つの時期（変革期とする、図3-2）によって施設の歴史を大きく5つの時代に分けることができると考える。そこで各時代の代表年として1942, 60, 75, 95年を取り上げ、各代表年に存在した全寮舎を調査対象とし、変革期毎に各寮舎がどのように建設・建替・消失したのかを解明する。

施設が開設してから2008年8月までに延べ198棟（更新131・改造67）の寮舎が建設された。全寮舎について1室が10畳を超える居室を大部屋、それ以下の居室を個室とした上で、複数の室を持つ個室では各室で行われる生活展開が異なるため、室数により1室個室～3室個室に分類した。建て替えが行われる際に寮舎ごとに多少の差異が現れる場合もあるが、居室の広さが異なるもの、板

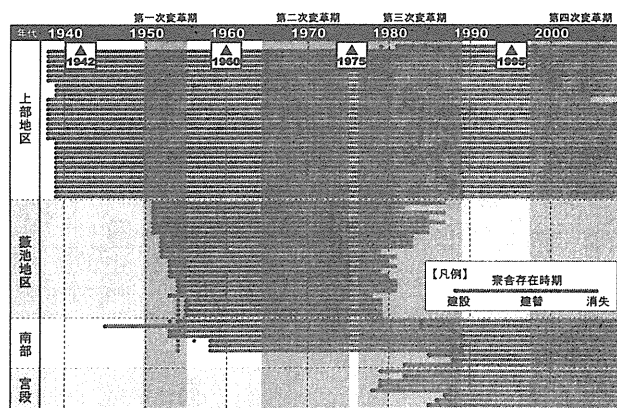


図3-2 全寮舎存在時期

表3-1 寮舎形態分類

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
		L-2	15畳4室 15棟	1938-64
		L-3	10畳6室 6棟	1938-53
		L-4	15畳4室 1棟	1943-70
	S型	S-1	1室8戸 29棟	1951-75
		S-2	1室14戸 7棟	1964-81
		S-3	1室12戸 9棟	1966-85
		S-4	1室11戸 3棟	1972-87
		S-5	1室10戸 3棟	1980-
		S-6	1室9戸 5棟	1980-
1室個室	Sc型	S-7	1室10戸 1棟	1981-
		S-8	1室9戸 4棟	1981-
		S-9	1室10戸 4棟	1985-
		S-10	1室8戸 8棟	1971-85
	Dc型	D-1	2室10戸 6棟	1953-67
		D-2	2室8戸 6棟	1966-85
		D-3	2室8戸 1棟	1969-85
		D-4	2室20戸 3棟	1970-85
		D-5	2室7戸 3棟	1980-05
		D-6	2室16戸 3棟	1981-
2室個室	D型	D-7	2室8戸 3棟	1983-07
		D-8	2室5戸 1棟	1987-
		D-9	2室8戸 3棟	1997-
		D-10	2室8戸 2棟	1998-
		D-11	2室7戸 4棟	1969-86
		D-12	2室8戸 20棟	1971-89
		D-13	2室9戸 6棟	1984-
	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-
3室個室	Tc型	T-4	3室4戸 6棟	2004-

表3-2 各寮舎型存在時期

年	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000
大部屋	1938			1970			
1室個室		1951			1971	1985	
2室個室		1953		1969			
3室個室					1979		2004

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との判断から別タイプの寮舎とし、1棟の戸数が異なるもの、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。結果、31タイプの寮舎が確認され、「居室の空間構成」と「共用廊下の有無」から7つの寮舎型に分類した(表3-1)。

各寮舎は建て替えの際に寮舎名称や立地場所に原則変化がみられないことから、全寮舎について同じ名称を継承した寮舎が変革期毎にどの寮舎タイプに建て替えられたかを把握し、整理した。ここから得られた各変革期の特徴を以下に述べる。

(1) 開設当初 (1942 年)

上部地区に10畳(6室)または15畳(4室)の大部屋からなるLc型寮舎のみ存在していた(図3-3:L-1, L-3)。玄関から共用廊下を介して各大部屋が存在しており、共同使用の便所と洗面所を備えていた。この中には南側に廊下を配する平面プランを持つ寮舎もあった(L-1)。

(2) 第1次変革期 (1950-55 年)

1951年より藪池地区に新しく1室4.5畳(8戸)で南

側に共用廊下を持つSc型寮舎が現れた(S-1)。時期を同じくして上部地区でもLc型寮舎の中からDc型寮舎に改造する寮舎が見られた(D-1)。これは10畳(6室)の大部屋(L-3)を「居室(4.5畳)+台所(3畳)」の2室を持つ8戸からなる個室型寮舎に改造したもので、各個室に流しが付いたが便所は以前と同じように共同使用であった。

(3) 第2次変革期 (1964-75 年)

上部地区の大部屋がすべて1室個室(S-2, S-3)、2室個室の寮舎に改造され、共用廊下を廃止し完全個室化を行うS型(S-10)、D型(D-11)の寮舎も現れた。共用廊下を区切り各戸の縁側とし、専有の玄関とトイレを備えるために増改築を行っており、1戸あたりの室数が増加する傾向が見られた。

(4) 第3次変革期 (1976-89 年)

完全個室型寮舎では、1室個室、2室個室が3室個室(T-2, T-3)に更新され、各戸の室数が増加する傾向が見られたが、廊下型寮舎で室数の増加が見られたのはS-4からの3棟だけであった。しかし、各戸にトイレ、流しが完備され、居室に板間を付したり縁側が広げられたりとそ

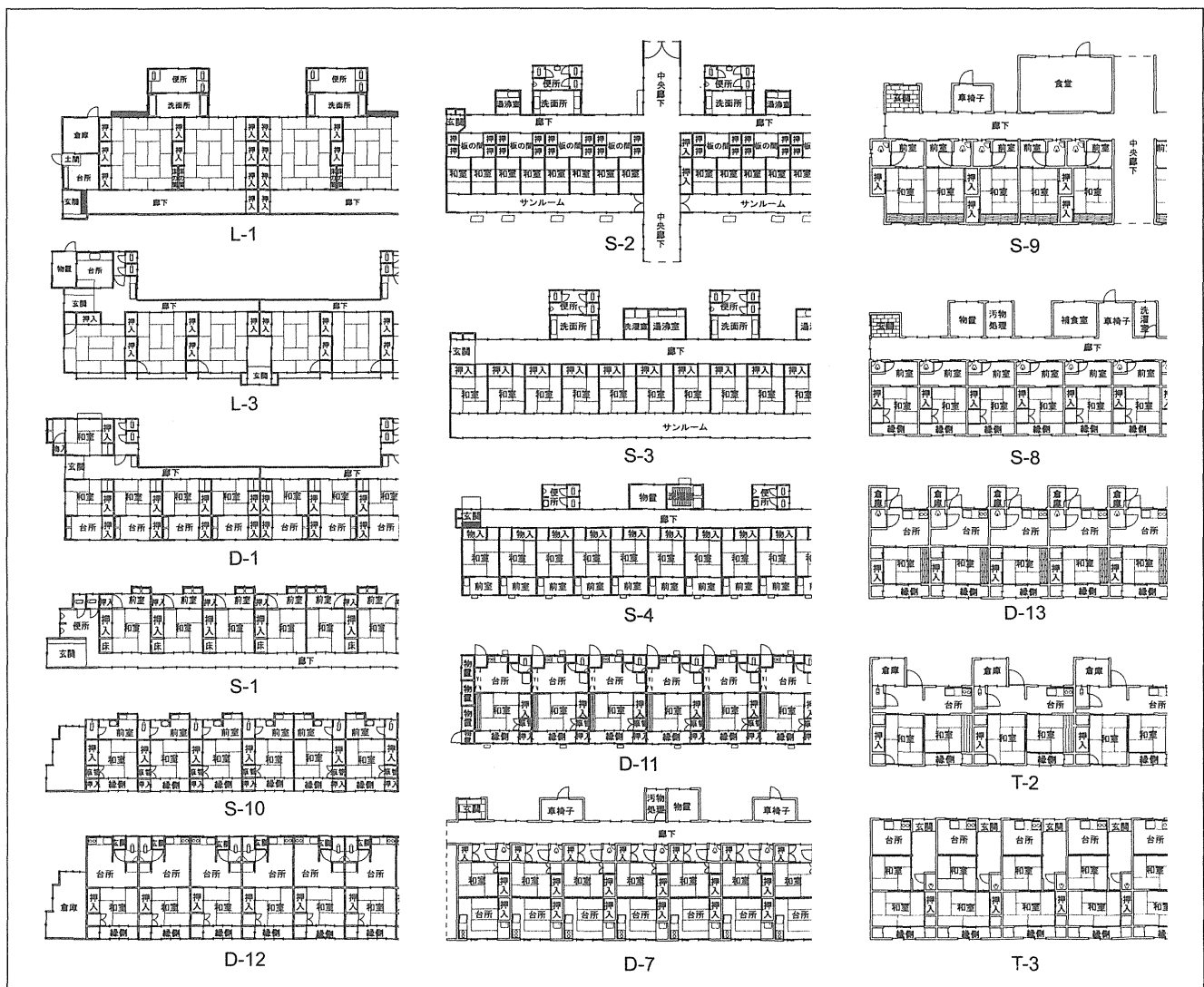


図3-3 全寮舎存在時期

の個室面積が拡充する動きが全体に見られた。

(5) 第4次変革期 (1997-08年)

既に更新された廊下型寮舎のすべてが1室個室は2室個室、2室個室は3室個室に変化しており、トイレの面積が増え、洗濯パンが備えられるなどの変化が見られた。

以上の変革期における変化を7つの寮舎型に基づき整理し変遷過程を系統的に表すと(図3-4)、ほぼすべての寮舎で個室の室数に増加傾向が見られるが、それは廊下を有しない完全個室型の寮舎への変化においてより顕著に見られた。廊下型寮舎においては、室面積は拡充するものの室数はあまり変化が見られないことが多かった。

3.3 寮舎の生活環境への要望とその改善方法

各寮舎形態の変遷要因を明らかにするために、各寮舎での生活展開からその問題点を抽出する。寮舎の建て替えには各時代の入所者全体の要望が反映されると考え、各寮舎タイプの居住経験者にインタビュー調査を行い、各寮舎での生活環境に対する不満や要望を抽出した上で各時代の意見として集約し、寮舎の変遷過程を問題点の改善過程と捉え検討する。

(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く、特に食事は分配量による揉め事や給食制そのものに対す

る不満が多かった。プロミンの導入後、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。そのため、入所者自身の手で藪池地区に新しくSc型寮舎(S-1)を建て、1戸に1夫婦の夫婦舎とした。結婚して藪池地区に移る女性が増え、上部地区の女子軽症舎(L-3)に空きが出たので、比較的重度の夫婦舎(D-1)に改造した。

(2) 1960年

藪池地区の夫婦舎(S-1)では、4.5畳+勝手口の部屋に二人という室構成や、廊下続きで隣と襖一枚という状況に不満が多かったため、プライバシー確保のため廊下を区切り、当番で掃除を行っていた共用の便所を廃止し、勝手口を広げて各戸に台所とトイレを設置した(S-10)。当番制の煩わしさから苦情が多かった食事の配給は職員の仕事になった。また藪池地区に夫婦舎が整備された結果、上部地区の寮舎に余裕が出てきたため独身舎にも個室化の要望があったが、上部地区の独身舎は重症者が多く、軽症者が藪池地区に移ったことで「付き添い」^{注6)}が少なくなり、重症者の世話が行き届かなくなった。結果、負担の大きかった重症者の世話を職員が行うようになり、1センターに中央廊下が整備されるとともに、1センターの重症舎(L-1)から順に個室化が行われ、6畳を壁板1枚で仕切った1室3畳の個室(S-2)に改造された。

(3) 1975年

1室が3畳ではあまりに狭く、戸板1枚の仕切りでは生活音等への苦情も多かったため、2センター大部屋の建て替えに伴い、1室4.5畳に拡張した(S-3)。個室化により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に、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。結果、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(D-12)が現れた。また、D型の寮舎(D-11)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(T-3)にまで拡張を行った。年次計画で建て替えが進められたので、早く建てられた

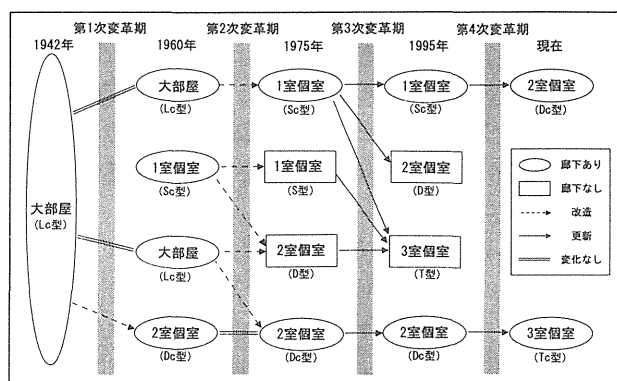


図3-4 平面プラン変遷モデル

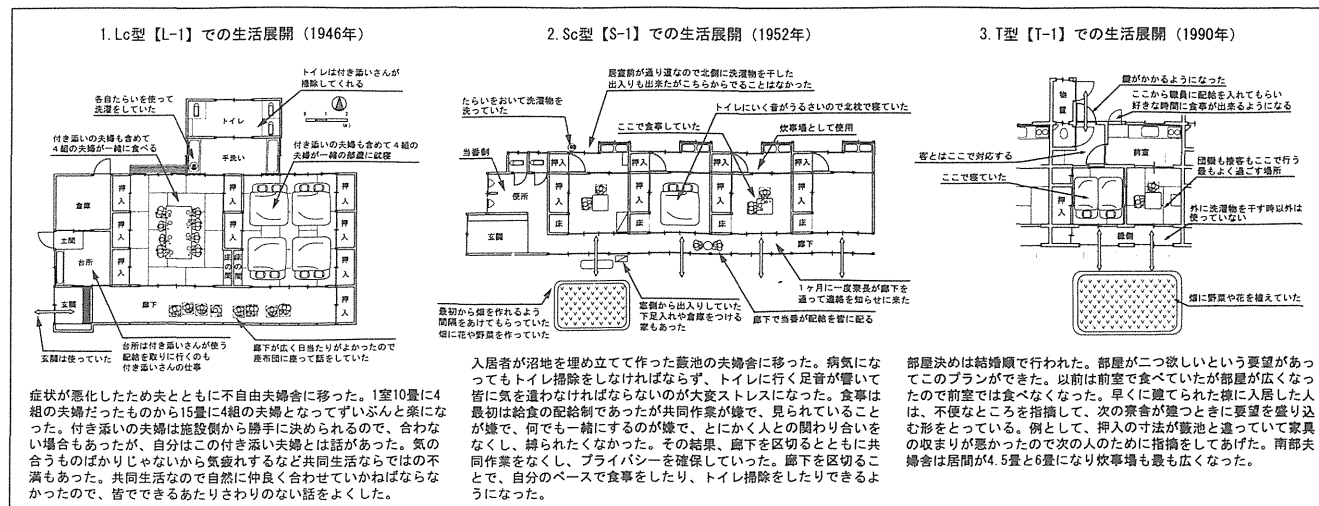


図3-5 ある入所者の生活展開の変遷過程

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。

軽症寮では共用部分を排除した完全個室化が進められたが(D-13)、重症者の中には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、寮舎の廊下側に寝室を持つてくることで、隣の入居者や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(D-7)。

(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ることにより、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も現れ、そのような入所者は廊下からすぐに寝室のある寮舎(D-7)の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ることが多い。その後、第4次変革期に入り現在までに行われている建て替えは、施設の計画による更新築であるため本研究では対象外とした。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が見られた。

3.4 寮舎移行過程の違いによる生活環境評価

生活環境への要望を考察した結果、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に分けられた。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多く見られた。ただ、これらの人も自ら自分の生活をまわりに晒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周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、周りも同じような障害を持つ入所者のみになると、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。後者は皆園内結婚をしており、例えば身体の不調があっ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が出てきていることも確認された。

3.5 小結

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、複数の入所者から聞き書きによる寮舎プランの再現を行い、療養所に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明らかにした。具体的には、効率的な患者収容が求められた施設開設時には大部屋によって構成された3種類の寮舎しかなかったものが、入所者自身による居住環境改善の結果、全31種類に及ぶ多様な寮舎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た結果、入所者による居住環境改善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。

4. 患者住宅の平面構成と自主的改修特性

群馬県のハンセン病療養所に存在する「自由地区」では、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。ここでは、個人の所有・管理によって住環境が整えられた「自由地区」にある全住宅について建設当初のプランを明らかにし、その平面を類型化することで建築的特徴を把握する。また、現存住宅における改修の記録から住環境に求められたものがどのようなものであったのか明らかにする。

4.1 調査手法

ハンセン病療養所栗生楽泉園(1932年開設、図4-1)にある「自由地区」を調査対象とし、「自由地区」に存在した全住宅について施設の取得時(園内建造物として登記されたとき)の図面を収集し、園史・自治会史等の文献資

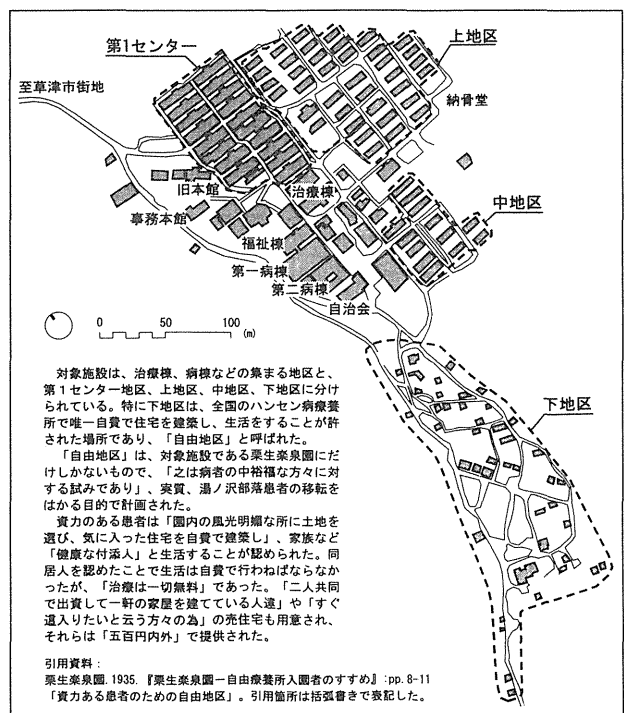


図4-1 調査対象施設配置図

料と併せて成立過程・立地場所を照合した。存在を確認した136棟の住宅について平面の類型化を行い、現存する住宅については直接訪問し、取得時のプランと確認/比較しながら改修の様子をプラン上に記録した（プラン採取38棟/51棟）。

4.2 住宅供給主体

園史・自治会史等の資料の記述と施設が管理する『国有財産台帳』の記載から、対象住宅の建設経緯についての記録を渉猟した。結果、患者が園内に新しく建てた住宅、園が建設し販売した売住宅、財団の寄附等により建設された長屋住宅などの新築住宅と、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の存在が確認できた（表4-1）。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。

4.3 住宅平面の類型化

対象住宅の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。しかしその空間配置は斉一ではないため、ここでは住宅改修に影響を与えと考えられる住宅の建設経緯、住宅規模に着目し、各住宅のプランを平面構成から6つの住宅型に類型化した（図4-2）。各住宅型別に住宅規模分布を比較すると（表4-2）、長屋型は共同住宅のため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は規模の大きなものが多く、居間型は規模が小さいものが多く見られた。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。また、各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、住宅型別に空間面積配分を比較すると、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、

表4-1 住宅供給主体概要

供給の種類		供給方法	棟数
新築住宅	患者建設住宅	患者が自費で建設。ただし正確な数は分らない	- 棟
	寄附住宅	三井報恩会、千葉県県庁下後援会、個人等からの寄附	11棟以上
	売住宅	三井報恩会からの寄附により譲与協定または慰安会名義で販売	19棟以上
	移築住宅	湯之沢からの移築住宅が51棟、鈴蘭園から6棟	57棟以上

表4-2 住宅型概要

表4-2 住宅平均延床面積			住宅規模別戸数 (住宅規模: m ²)												最頻値		
住宅型	棟数	平均 延床面積													居室	水廻	収納
			25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74					
I 長屋型	28棟	46.11m ²	1	4	2	4	2	6	3	3	1	2	23.5	5.6			
II 短冊型	3棟	30.03m ²	1	1	1								14.0	6.9			
III ホール型	19棟	40.22m ²			5	3	8	3					20.4	5.2			
IV 接合型	34棟	35.18m ²		8	11	10	1	4					17.0	5.1			
V 分離型	32棟	32.20m ²		10	17	4	1						17.0	5.7			
VI 居間型	20棟	27.35m ²		1	17	1	1						16.7	4.7			
計	136棟	36.17m ²	3	40	36	23	11	14	0	3	3	1	16.2	5.0			

表4-3 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
新築住宅	57棟 (41.9%)	8棟 (28.6%)	2棟 (6.7%)	11棟 (57.9%)	21棟 (61.8%)	3棟 (9.4%)	12棟 (60.0%)
移築住宅	79棟 (58.1%)	20棟 (71.4%)	1棟 (3.3%)	8棟 (42.1%)	13棟 (38.2%)	29棟 (99.6%)	8棟 (40.0%)

表4-4 新築/移築住宅別当初室面積

住宅型	延床面積	居室	台所	便所	玄関	廊下・緑	押入	床の間	他収納
新築住宅	35.0	18.3	5.7	1.1	2.0	3.3	3.0	0.7	1.0
移築住宅	32.4	17.0	4.2	1.2	2.1	3.3	3.0	1.0	0.6

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。短冊型は他の住宅型に比べ台所の面積が大きいのにに対し縁側分離型は小さく、類型が似ている縁側接合型とも規模に差がつく結果となった。これは分離型住宅の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㎡）であったこと、縁側分離型の住宅には移築住宅が極端に少なく、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などが要因だと考えられる（表4-3、表4-4）。

4.4 改修による平面構成の変化

(1) 長屋型住宅の平面構成の特徴と改修特性

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に関して、現存する12棟の建設当初と現状の平面構成について考察すると、寄附により建設された長屋型住宅は、1956、57年に施設によりほぼ同じ完全個室型の平面構成に改修されている（図4-3a, c）。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取り入れられ、各住宅の延床面積に10㎡程度の増加がみられた。また入居者へのインタビュー調査から、1960年代に長屋型住宅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を拡充したことを把握し、それにより1世帯あたりの床面積が20㎡前後から平均43㎡にまで増えたことを確認した（図4-3）。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した上で異なる利用をする例が多かったのに対し、居室空間は改修後も面積に変化が少なく、4.5畳の広さから拓げる事例は少なかった。平面構成についてみると、類似した空間が連続で繰り返される空間配置で

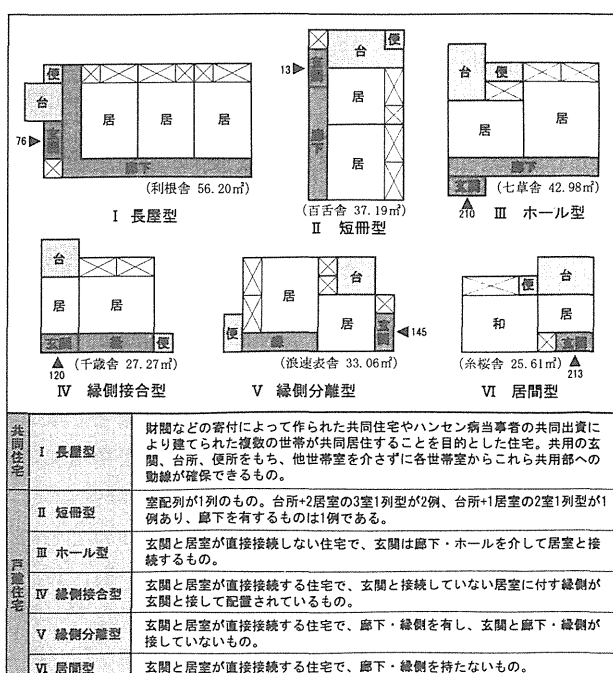


図4-2 住宅型モデル図

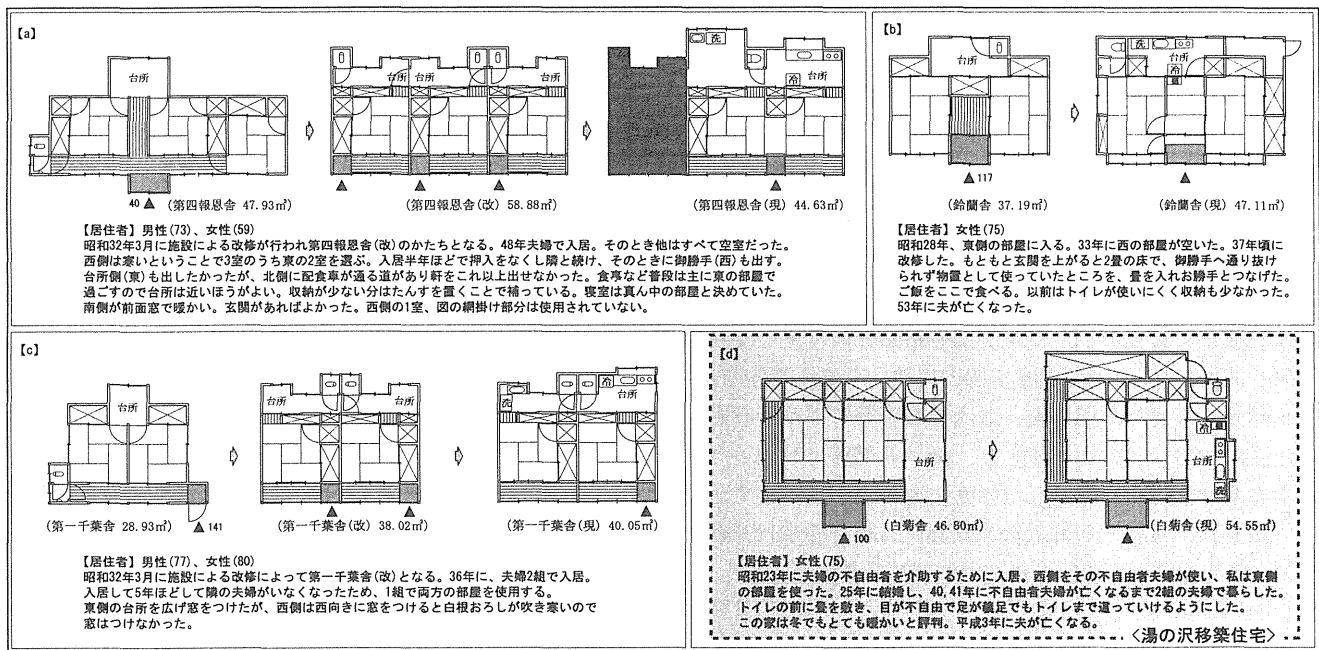


図4-3 長屋型住宅の改修形態的特性

あるため、連続方向への改修に対して制約が大きかった。また、改修の際に既存の収納空間が移動することは少なく、類似の空間が繰り返されやすい長屋型住宅では、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。

(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について平面構成を分析する。現存する戸建住宅25棟の平均延床面積は53㎡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、長屋型住宅の1世帯平均延床面積を上回る大きさになっている(図4-4)。室数は、当初92%(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4-5)。居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「4.5畳+6畳」以上の組み合わせに拡張された(表4-6)。

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(図4-4)。台所は長屋型住宅の1.4㎡増加に対し、戸建住宅では2.9㎡の拡大がみられる。これは長屋型は北方向のみへの拡張が多かったのに対し、戸建住宅では2方向へ拡張した住宅が11事例あり、これらが面積増加に大きな影響を与えた(図4-5g, j, k-2)。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4-5i, j)。また、廊下幅を拡張しソファやステレオを置くなどし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4-5g)。収納空間は納戸や倉庫などの他収納空間の拡充が際

表4-5 戸建住宅室数

建設当初 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

表4-6 戸建住宅居室構成

建設当初 居室構成	3.0+6.0	4.0+6.0	4.5+6.0	6.0+6.0	6.0+7.5	6.0+8.0	計
2室	1	1	6	2			10
3室			0	1	1	1	12
計	1	1	15	3	1	4	25

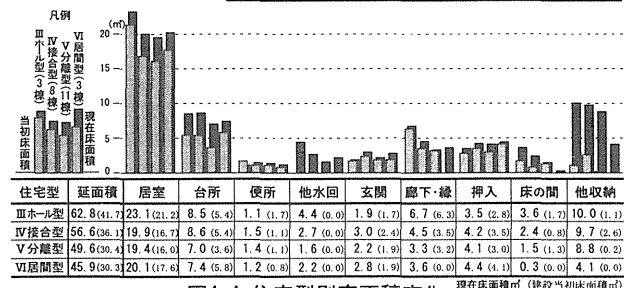


図4-4 住宅型別室面積変化

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、筆筒やテレビなどが置かれ使用されていた。

(3) 戸建住宅の建設経緯と改修特性

続いて、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。改修により居室の南側に縁側を設けるものや、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、インタビュー調査によりこれらは外気が直接居室の壁に伝わらないようにする防寒対策を兼ねた改修であることが明らかになっ

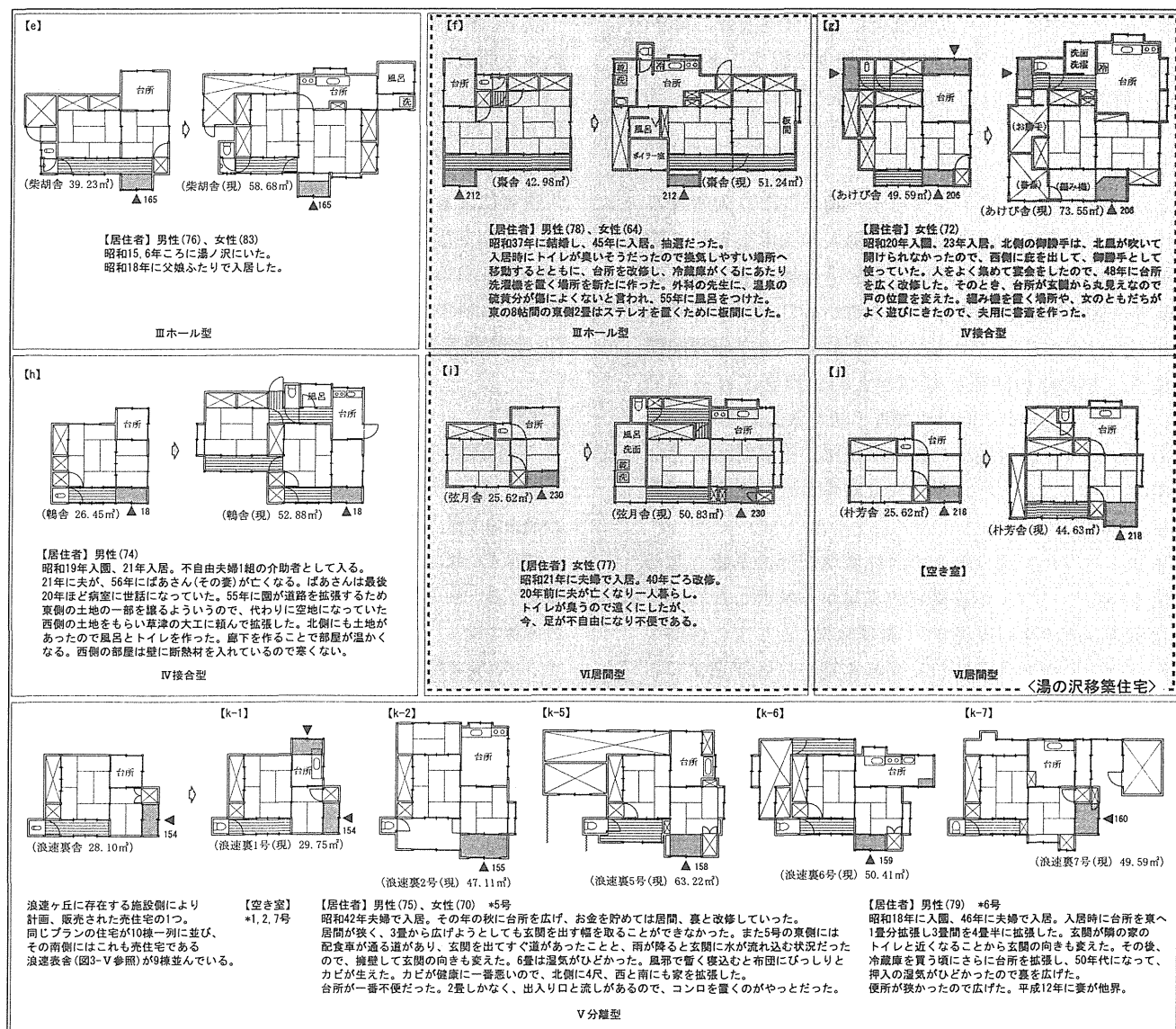


図4-5 戸建住宅の改修形態的特性

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。

新築住宅のうち、施設が販売した売住宅が列状に並び浪速ヶ丘では、住宅が密集するためにその拡張性が制限され、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して小さくなるものが多かった(図4-4)。また、住宅が隣接し玄関が隣家の便所と向き合う形であるため、3畳の居室を拡張する際に玄関を90度回転させる事例が多く見られた(図4-5k-2, 5, 6)。これは玄関が縁側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。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。改修後も規模が小さい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、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

4-5k)。また、浪速ヶ丘の現存住宅に風呂を設置した住宅は存在せず、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が(図4-4)、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、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、居室と風呂を分離するために間に廊下や台所などを介することが可能かどうか風呂の設置の条件となることがインタビュー調査より確認された。

4.5 小結

「自由地区」に建てられた患者住宅には、入所者の建設による新築住宅の他、寄附による長屋型住宅や施設が建設した売住宅、湯ノ沢の患者部落の住宅を再建した移築住宅など多岐に亘る住宅の供給方法が存在したことを明らかにした。その上で、建設当初の住宅プランを再現し、平面構成の類型化をそれぞれの成立過程、住宅規模等に結びつけて住宅の特徴を把握することができた。また、現

存する患者住宅について訪問調査により住宅改修の様子を記録し、居住者へのインタビュー調査を行うことで、類型化と建設経緯によりその改修特性を分析した。

5. まとめ

文献資料のみならずインタビュー調査により入所者の居住環境改善過程を聞くことは、個人の生活史を聞くことそのものである。語りとは、聞き手と語り手の相互の関係性に強く影響されるものであるからこそ、本研究は時間をかけてコミュニケーションを取ることで信頼関係を築き、その信頼関係に基づき人的交流を広げる中でフィールドを拡大するという調査手法を取る必要があり、そのフィールドを重視した調査手法は、本研究の大きな特徴のひとつであった。本研究で明らかにした点を以下にまとめる。

まず、ハンセン病療養所の居住環境把握の基礎となる施設計画について、施設構成の実態から解明した。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標準化した上で、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。

次に、「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。

最後に、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。さらに、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、本研究は、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、居住の自由を奪われた「隔離施設」での居住の実態を寮舎及び患者住宅のプラン変遷から解明した。また、入所者による居住環境改善過程について詳細な分析を行い、人権が激しく毀損され、自己のアイデンティティを問い直される環境に長期におかれる中で、自律を獲得し、自分らしい生き方を回復していく過程/手段のひとつとして、居住環境の改善が行われてきた事実を明らかにした。

〈注釈〉

- 1) 用語の定義として、現在の療養所入所者を「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/退所や菌の陽/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を総称して「ハンセン病当事者」と表記する。法令および引用文中においてはこの限りではない。
- 2) 本稿では、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、“達成されるべき目的を有する”「設備」や建物配置により構成された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」と表記する。また、「設備」とは何らかの目的を付与されて建造された療養所内の建物を意味し、これらの「設備」配置よりなる療養所の平面構成を「施設構成」と定義する。
- 3) 本稿では2種類の括弧を併用する。山括弧(=〈全生〉など)は療養所名称を省略表記する際に用い、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た。
- 4) 長島愛生園：『昭和十六年年報』、p. 65, 1942
- 5) 「本園は開所後日未だ浅きも患者の楽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娛樂は先づ園の開拓からをモットーとし自己娛樂に關しては更に顧みざるの狀態なり」(栗生樂泉園：『昭和八年年報』、p. 19, 1934)
- 6) ハンセン病療養所には「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。

〈参考文献〉

- 1) 中村文哉：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発表原稿、2005.5
- 2) 廣川和花：ハンセン病問題に関する歴史研究の現状と課題ー『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」に寄せてー、歴史科学、No. 183, pp. 11~18, 大阪歴史科学協議会、2006.3

〈調査協力者〉

- 氏田 博子 京都大学大学院博士前期課程(当時)
中田 敦士 鹿児島大学工学部4年生(当時)