

【論文】

台湾の戦後混乱期と楽生療養院 —1950～1960年代を中心として—

城 本 る み

1. はじめに
2. 院史からみる楽生療養院
3. 日本人医師の記録
4. 1950～1960年代のハンセン病政策
5. おわりに

1. はじめに

楽生療養院は現在台湾における唯一の公立ハンセン病療養所である。日本植民地時代の1930年に開設され、2000年代にはいつから日本政府を相手とする国賠訴訟やMRT新莊線車両基地建設に伴う立退き問題等で俄かに注目を集めたが、戦後台湾政府の管轄下におかれて以降の70余年は世間から忘れられた存在であったといっても過言ではない。

1945年第二次世界大戦の終了によって、台湾は国民党政権下におかれることとなる。1947年には2.28事件が起こり、国民党が台湾人を力で抑え込む圧政を敷く。1949年に中国大陆で共産党政権が樹立されてからは、国共内戦に敗走した国民党とその家族が大挙して台湾に押し寄せ、台湾には本省人、外省人という特殊な二重構造ができあがった。また台湾は「反共」を旗印として1949年から1987年まで38年間戒厳令下におかれ、1950年の朝鮮戦争勃発以降、アメリカから15年にわたる軍事的・経済的支援を受けることとなった。その意味でも台湾の戦後は1950年を境に新たな段階にはいったといえよう。とくに台湾は1970年代にはいるまでは令状がなくとも国民党政権に抵抗するとみなされれば、逮捕や連行、はては処刑まで可能な白色テロ時代と呼ばれる暗黒の時代であった。

植民地時代に築かれたすべてのものは国民党が接収し、台湾総督府が管轄していた楽生院も1945年12月10日に台湾省衛生局管轄下におかれ〈臺灣省立樂生療養院〉と改名された¹。政情不安定時代の楽生院では患者の逃亡も多く、困窮した状況の中で国民党軍のハンセン病患者を引き受けざるを得ない状況に追い込まれていく。1962年にはそれまで影響を受けていた日本植民地時代の隔離政

¹ 臺灣省樂生療養院編（1955）『臺灣省立樂生療養院二十五周年特刊』p.2

策を撤廃し、外来診療を柱とする新たなハンセン病政策が公布される。民主化が進み、人々の考え方が変遷していく時代ではなく、上述したような独裁的な戦後混乱が続く中で、台湾はどのように隔離政策撤廃への道を歩んだのであろうか。

筆者は前回の論考²において、植民地時代をのぞき終戦後2000年代にはいるまでの楽生院が台湾の研究者に注目されてこなかったこと、またこの間の楽生院に関する（公式記録を含む）資料が極端に少ないことを検証した。楽生院に関する資料は日本植民地時代の1930年から1945年までは楽生院編集の年報が発行されており、こうした資料や医務官が残した論文および総督府資料や当時の新聞記事等によって、その姿を窺い知ることが可能である。しかし前述したように、国民党に接收され2004年にMRT車両基地建設による楽生院移転が社会問題としてクローズアップされるまでの楽生院やハンセン病関連の研究資料はかなり限られたものである。台湾におけるハンセン病問題の研究関心は、戦前の日本植民地時代の楽生院運営、すなわち強制隔離政策に焦点をあてたものと2004年以降の楽生院移転問題に関する入所者の人権に焦点をあてたものとに大別が可能である。

楽生院は政府管轄下におかれた公立療養所であり、楽生院の運営は台湾におけるハンセン病政策と密接に絡み合い、互いに影響を及ぼしあっている。楽生院はハンセン病政策のもとに運営されており、その時代の台湾のハンセン病問題への取り組み方が反映されている。したがって本稿ではまず楽生院移管後、とくに1950～1960年代を中心として戦後から1970年までの楽生院の運営状況を時系列で追い、この時代のハンセン病政策をとりまく時代的背景をみていく。1970年を隔離廃止の一区切りと考えるのは、台湾におけるハンセン病の新患発生数が減り、WHOがハンセン病専門官のプロジェクトを終結させる時期であったことが大きな理由である。国民党政権が日本時代を踏襲したハンセン病の強制隔離政策を公布したのが1949年であり、1969年までの20年間を隔離政策から外来診療へと移行していく変遷期と考えると、1962年の〈台湾省癩病（癩瘋）防治規則〉³公布も理解しやすいからである。次に1960年代の台湾でハンセン病対策に奔走した日本人の犀川一夫医師の記録からこの時代のミッションナリーたちの活動を通して台湾のハンセン病をとりまく状況をまとめていく。そして院史や犀川医師の記録からみられる時代背景に先行研究の論点を加えることによって、なぜこの時代に隔離政策から外来診療へと舵をきることになったのか、またそもそもきちんと舵をきることができていたのかという点について筆者なりに検討していきたい。この時代に関する資料や先行研究は限られており、台湾の文献でも参照できるものは少ない⁴が、日本ではまだ扱わ

² 城本るみ（2013）「資料・研究動向にみられるハンセン病療養所楽生院」（弘前大学人文学部『人文社会論叢』（社会科学篇）第29号）

³ 中国語でハンセン病の新たな音訳表記は「漢生病」というが、「癩瘋病」「癩病」は長く使われてきた中国語である。本稿ではなるべく中国語原文のまま扱っていくこととし、日本人の記述のなかに「らい」という言葉が使われている場合も「 」等を用い、なるべく使用されているままにしておく。また中国語原文と日本語を区別するために、中国語表記の場合は〈 〉で括弧。

⁴ 本稿で対象とする1950～1960年代の台湾のハンセン病問題に焦点をあてた先行研究は、范燕秋（2010）および沈雅雯（2011）の論文しかみあたらなかった。前回の論考でとりあげた楽生院に関する38本の学位論文の内

れていない時代でもあり、整理していく意味があるものと考えている。

2. 院史からみる樂生療養院

先述したように、1950～1960年代の台湾は戦後の混乱期であり、外省人が大量に台湾に渡来し、戒厳令下におかれた政情不安定な時代であるため、この時代の樂生院については資料が限定的である⁵。ここでは樂生療養院編（1955）『臺灣省立樂生療養院二十五周年特刊』および劉集成（2004）『樂生療養院志』を中心として、この時代の樂生院の様子をまとめていく。

本稿では1949～1969年の20年前後が台湾におけるハンセン病政策の変遷期と考え、筆者はこの時代の樂生院運営を「院長」に視点をあて、50年代の陳宗鏐院長の就任を境に時代区分を行う。表1からもわかるように、1930年の樂生院開設から1970年までの40年の間に、8人の院長が就任しているが、植民地時代の日本人院長上川豊をのぞき、台湾接收後の1945年から1954年の陳院長就任まではすべて本省人である台湾出身者、しかも台北医專、總督府医專など戦前の日本医学の教育を受けた人々で占められている⁶。陳宗鏐院長は樂生院初の外省人院長であり、着任前は軍医という身分であった。この陳院長の就任によって樂生院は1つの転機を迎えたと考え、陳院長の就任を時代区分としたい。すなわち陳院長就任前の1945～1953年、陳院長就任後の1954～1965年、陳院長死去後の1966年以降の3区分である。

容を精査したところ、陳威彬（2001）pp.51-67、賴澤君（2007）pp.73-80、陳歆怡（2006）pp.27-32、鍾聖雄（2007）pp.28-33、潘佩君（2006）pp.12-15、駱俊嘉（2006）pp.18-19にはこの時代に関する記述がみられるが、限られた資料や先行研究の引用もしくは入所者の口述聴き取りからの構成が中心で、この時代に関する独自の見解や分析はみあたらなかった。

⁵ 戦後樂生院では公刊された資料が少なく、『臺灣省立樂生療養院25周年特刊』（1955）、『臺灣省立樂生療養院年刊』（1959）、『臺灣省立樂生療養院30周年紀念特刊』（1960）、『癩病防治10年』（1963）のみで、1959年に出された「年刊」はこの年のものしかないが、すべて陳宗鏐院長在任中の出版である。他に公文書として「癩病防治統計報告」（1976-1981）、「樂生院業務簡報」（1991、1992、1996、2000）があるというが、筆者が複写を入手できたのは『25周年特刊』のみである。

⁶ 吳文龍院長の出身および出身校について范燕秋（2010）と樂生院ホームページでは記載内容が異なっているが、本稿では樂生院ホームページに依って整理した。

表1 1970年までの歴代楽生院長と出来事

就任期間	氏名	略 歴	任期中の出来事	備 考
1930/12 ～ 1945/12	上川豊	<ul style="list-style-type: none"> ・日本広島県出身 ・長崎医学専門学校 ・日本細菌学博士 ・著書『臺灣防癩事業計劃回顧』 	<ul style="list-style-type: none"> ・楽生院庶務規定及び細則の制定 ・非日本国籍のハンセン病患者の収容開始 ・「楽生院の使命」を発表し、「癩病の消滅」こそが日本を真の文明国家へと導くものとし、そのために患者を強制隔離し健康者を守る方法をとった ・「台湾癩根絶15年策」により、消極的な方法で療養所からの患者ゼロを目指した 	日本植民地時代の初代院長
1945/12 ～ 1946/03	頼尚和	<ul style="list-style-type: none"> ・台湾嘉義人 ・台北医学専門学校 ・日本京都帝国大学医学部 ・台湾大学公共衛生研究所教授 ・台湾本土ハンセン病研究の権威 ・著書『中國癩病史』 	<ul style="list-style-type: none"> ・楽生院が「台湾省立樂生療養院」と改名され、初代院長となる 	戦後初代の院長であるが代理職
1946/03 ～ 1947/06	呉文龍	<ul style="list-style-type: none"> ・台湾台南人 ・台北帝大医学部専門部 	<ul style="list-style-type: none"> ・台湾大学熱帯医学研究所が癩研究室を設置 ・ハンセン病患者の生活は半開放、婚姻禁止をとき結紮しないことを主張 ・「院内外に鉄条網などを設け、患者の出入り防止」との意見が出される 	辞職
1947/06 ～ 1950/12	楊仁壽	<ul style="list-style-type: none"> ・台湾台南人 ・台湾総督府医学専門学校 ・歯科医師資格保有 	<ul style="list-style-type: none"> ・「ハンセン病予防規則」公布 	妻が戦前台湾共産党員であり、1950年に白色テロ事件で夫妻とも逮捕投獄され、出所後間もなく死亡（政治事件により免職）
1950/12 ～ 1952/03	劉明恕	<ul style="list-style-type: none"> ・台湾台南人 ・青島東亜医科学院 ・皮膚科専攻 	<ul style="list-style-type: none"> ・孫理蓮（Mrs. Lillian R. Dickson）が楽生院に来て患者の療養生活を支援、育児院「安楽之家」やキリスト教会を建立 	汚職事件により免職
1952/03 ～ 1953/12	陳文資	<ul style="list-style-type: none"> ・台湾台中人 ・台湾総督府医学専門学校 	<ul style="list-style-type: none"> ・「聖望礼拝堂」を正式落成運用 ・アメリカ支援によりDDSを採用 	人事異動
1954/01 ～ 1966/05	陳宗鎰	<ul style="list-style-type: none"> ・江西永新県人 ・パリ大学医学専門学校博士 	<ul style="list-style-type: none"> ・宗教と医療をあわせた改革 ・病舎の増築と患者自治の実施 ・患者への給食制度実施 ・患者や職員のための売店を設立、文化娯楽活動の推進 ・患者の職業訓練実施、「職業治療室」設置 ・鉄条網撤去 ・楽生院入所者に身分証を発行、公民投票権の回復 ・49年の「予防規則」を廃止し、新たな「ハンセン病防治規則」に修正 ・患者の退所就業を積極的に勧め、社会復帰を指導 ・教会が13か所のハンセン病診療所を設置、ハンセン病予防医療スタッフの育成 	院長として剛腕を発揮、在任中は楽生院の変遷期にあたり、在職中に病に倒れ死亡
1966/05 ～ 1974/01	游天翔	<ul style="list-style-type: none"> ・浙江平陽人 ・東京帝国大学医学部 ・眼科専攻 	<ul style="list-style-type: none"> ・女性軽快者を医療スタッフとして優先雇用 ・病院組織を改編、3科6室を設置 ・ハンセン病の知識や写真を国民中学健康教育教本に初めて掲載 	解任

(資料出所) 楽生療養院ホームページ、范燕秋 (2010) pp.185-186、沈雅雯 (2011) p.126

2-1. 1945～1953年（戦後初期）

1945年第二次世界大戦が終結し、同年12月10日に樂生院は台湾省衛生局管轄下におかれ、日本時代に樂生院の医官長を務めていた頼尚和⁷が代理院長に就任、〈臺灣省立樂生療養院〉と改名された⁸。1945年8月15日直後は日本時代に残された資産でかろうじて院の運営は維持できていたが、国民党政府接收後、患者たちの生活は一気に困窮状態に陥っていく。

戦争末期時にはすでに樂生院は台湾総督府からも重視されておらず、物資も不足し、逃亡や死亡などで収容患者数も減少していた。しかし国民党政府接收前は院長以下、医師5名、薬剤師1名、看護師12名、看護師長1名がおり、医療活動はまだ行われていたようである。終戦直後は日本人医療者もまだ残っていたが、国民党による接收後は医師1名、助手、看護師をあわせて10数名となり、医療スタッフのみならず経費、医薬品にも事欠く事態に陥っている。スタッフ不足は深刻で、1946年5月時に特任、委託含め少なくとも43人が必要とされていた職員も13人しか満たせず、結果的に看護師不足は医療資格をもたない看護助手にやらせ、その他の仕事も臨時職員や雑役夫で埋め合わせていくしかなかった⁹。その後入所者数の激増に伴い、職員不足は深刻さを増していく¹⁰。

1947年の2.28事件など社会的な混乱も拍車をかけ、患者は困窮状態に陥る。国民党政府移管後は管理状況も悪く建物の補修もできない状況となり、元兵士が1949年に入所した際、敷地内には雑草が生い茂り、病舎は老朽化が進み、比較的病状の軽かった元兵士たちが環境整備をせざるを得なかった。またこの時期は入所者同士¹¹あるいは職員間でも諍いが絶えず、医薬品も底をついている。

戦後初期は「患者の逃亡」と「暴力事件」がもっとも大きな問題であった。困窮により患者管理もうまくいかず、周囲の鉄条網も壊れたままの状況で逃亡者があとを絶たなかった。表2は接收後1959年までの入所者数の変遷をまとめたものである。これをみてもわかるように1948年には患者数がそれ以前の半数に減っている。「事故」に具体的説明はないが、おそらく逃亡や無断外出したまま戻らないという状況を指すものと推測される。1945年、1946年は死亡者数が122人、40人となっており、この2年間の「事故」による退所者はそれぞれ73人と135人である。2.28事件の起こった1947年の入所者数は318人であり、表2の15年間では最も少ない¹²。

⁷ 頼尚和は台湾大学教員も務めており院長職との兼務は難しく、1年余りで大学に戻る。その後陳宗鏐院長が赴任するまで4人の院長がいるが、いずれも短期間で交代している。

⁸ 臺灣省立樂生療養院（1955）p.2

⁹ 劉集成（2004）p.85

¹⁰ 臺灣省立樂生療養院（1955）p.2には、戦後国民党政府が接收してから医療スタッフを含む職員の「定員枠を増員」した点についての記載はあるが、それがどれだけ充足できていたかについての記載はない。

¹¹ 当時一般入所者は省政府からの補助金しか受取れなかったが、国民党軍患者は軍部からの補助もあった。もともと戦後大陸から来た外省人たちと元から入所していた本省人は言語が通じず意思疎通にも大きな問題があったが、言葉の問題だけでなく、こうした入所者間の待遇差などで諍いも頻発していた（陳威彬（2001）pp.59-60）。

¹² 范燕秋（2010）pp.184-185（范は1959年の『臺灣省立樂生療養院年刊』をもとに作成している。％部分は筆者が小数点以下第2桁を四捨五入した。）

表2 1945年-1959年の樂生院入所者数の変遷

年	前年 留院数	新入 所者	総数	退所者内訳								年末留院者数	
				治 癒		死 亡		事 故		合 計			
				人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
1945	576	62	638	1	0.2	122	19.1	73	11.4	196	30.7	442	69.3
1946	442	26	468	1	0.2	40	8.6	135	28.9	176	37.6	292	62.4
1947	292	26	318	4	1.3	11	3.5	48	15.1	60	19.8	255	80.2
1948	255	124	379	15	4.0	21	5.5	3	0.8	39	10.3	340	89.7
1949	340	55	395	5	1.3	22	5.7	3	0.8	30	7.6	356	92.4
1950	365	79	444	7	1.6	12	2.7	1	0.2	20	4.5	424	95.5
1951	424	112	536	11	2.0	27	5.0	3	0.6	41	7.7	495	92.4
1952	495	206	701	8	1.1	34	4.9	13	1.9	55	7.9	646	92.1
1953	646	99	745	8	1.0	22	3.0	63	8.5	93	12.5	652	87.5
1954	652	138	790	31	4.0	18	2.0	26	3.3	73	9.2	717	90.8
1955	717	122	839	11	1.3	9	1.0	4	0.5	24	2.9	815	97.1
1956	815	71	886	6	0.7	14	1.6	5	0.6	25	2.8	861	97.2
1957	861	108	969	26	2.7	14	1.4	4	0.4	44	4.5	925	95.5
1958	915	145	1070	33	3.0	9	0.8	13	1.2	55	5.1	1015	94.9
1959	1015	88	1102	64	5.8	8	0.7	4	0.4	76	6.9	1027	93.1

(資料出所) 范燕秋 (2010)p.184

接収初期の樂生院一帯は新莊、桃園、海山の三行政区に接する僻地であり、植民地時代のように警察も地元の不良分子を抑え込むような力をもたず周辺の治安が悪化、外部からも強盗等が院内に侵入し、倉庫内の物資を強奪するなどした。院内でも比較的若く屈強な者を集め、自警団を組織したがあまり効果はなかった。地域の治安と院内の管理問題はかなり難しい局面を迎え、呉文龍院長時代には院内の人事問題で外部の不良分子が侵入して暴力事件を起こし、呉院長はこの事件によって引責辞任している。院内の医療や生活水準は悪化する一方であったため、呉院長は長官に対し「患者の出入りを禁止するために間垣か鉄条網を整備すべきである」と陳情したが改善されないままであった¹³。

1952年に連合勤務総司令部（以下、連勤総部と略）、省衛生處、樂生院の三者間で「樂生療養院の軍人患者収容拡大」について検討が進められ、軍の連勤総部が衛生處に対し「軍には患者を受け入れる余裕がない」こと、「この病気は悪性の伝染病で、患者が部隊にいと兵士の士気に関わり、地域住民の健康にも害を及ぼす（すでに8人の待機患者がいる）」こと、「樂生院には収容余力がありそうなので、受け入れを拡大してもらいたい」「軍人患者（以下、軍患と略）にかかる医薬費、ベッド、被服等は軍医署から樂生院に通知する」という連絡を送っている。

第一総医院¹⁴が樂生院の最大収容可能数を調べ、樂生院は「本院の最大受入れ数は一般患者500名、軍患100名であり、すでに本院は軍患111名を収容し、定員を超過している。今後の軍患受け入

¹³ 劉集成 (2004) p.86¹⁴ 1958年に現在の「三軍総医院」となった。

れについてはそちらで収容を検討してもらいたい」と返信し、軍に断りをいれている。連勤総部は省衛生處に電文を送り、さらに上級単位から樂生院の受け入れ拡大を要請している。軍からの要請は5本の公文書に残されており、樂生院はこれを明確に断っている。また「受け入れの余裕なし」「増加する軍患受け入れのためには病舎増築が必要で、22万6千円の経費が必要」と述べ、再三受け入れ不可能を訴えている¹⁵。

こうした「財政難で受け入れられない」という回答に対し、アメリカから軍部に対して行われた経済支援が樂生院の軍患のための病舎増築に使われることとなり、結果的に樂生院は断り切れず軍患収容者数を拡大していくこととなる。国民党軍兵士たちは軽症者が多く、院内の力仕事なども請け負ったが、比較的年齢層が若く管理も難しかった。内部で暴力抗争などがおこり、1954年に軍医であった陳宗瑩院長が着任するまでは次々に院長が交代し、管理ができない無政府状態となり、院史において最も悲惨な時代であったと記録されている¹⁶。

ここまでみてきたように国民党政府接收後の樂生院は機能停止状態にあったが、この時代に特筆すべきことは1952年の陳文資院長時代にDDS¹⁷の使用が開始されたことである。これは中國農村復興委員會（以下、農復會と略）¹⁸によってもたらされたもので、当初は「試用」として送られ数が足りず抽選で服用資格を決める状況ではあったが、患者にとってこの特効薬が導入されたことだけはこの時代の唯一の朗報¹⁹であった。

2-2. 1954～1965年（陳宗瑩院長時代）

陳宗瑩院長はキリスト教徒であり、軍医としての地位も高く、当初は就任依頼を断るつもりであったが、欧米ミッショナリーの批判に応える形で院長職就任を承諾し、その後積極的に樂生院の改革に乗り出した。彼は政界、軍界ともに顔が広く、政治力もあった²⁰。

1959年の『臺灣省立樂生療養院年刊』の中で、陳院長は樂生院の中に〈黒社会組織〉²¹があると明言している。軍人の多くは大陸で転戦している際に罹患しており、入所時は比較的症状も軽く、身体障害も軽い者が多かったため、慣れない土地や環境のなかで同郷結社をつくって賭場を開き、他の入所者や職員に対する暴力事件が頻発していた。陳院長は政治力を背景に、1954年着任後すぐ

¹⁵ 范燕秋（2010）pp.192-194

¹⁶ 劉集成（2004）pp.84-88

¹⁷ DDSはスルフォン系薬剤誘導体（Diamino-Diphenyl-Sulfone）の略語であり、現在多剤併用療法の中心的薬剤として使われているリファンピシンが治療に使われるようになる前の代表的治療薬。日本でのDDS導入は1953年頃といわれており、その経口薬をダブソンという。

¹⁸ Joint Commission on Rural Reconstruction（JCRRと略称される）

¹⁹ 范燕秋（2010）pp.211-212によると、当初は英国人医師がアフリカの黒人に合わせて使用料を制定しており、台湾人には強すぎたため、服用過多で死亡した者や早く治りたい一心で多めに服用した患者、あるいは薬を隠し、一気に服用して自殺した患者もあり、新薬治療の開始当初は悲惨な代償を払っているという。

²⁰ 劉集成（2004）pp.89-91

²¹ 闇組織のこと。

に黄総指令と軍患の規律問題について話し合い、1956年には悪質な軍患については、軍が特別設置した「瑞芳禁閉室」送りとして樂生院から切り離し、そこに医師を派遣し治療にあたらせることとした²²。陳院長着任後の管理は厳しくなり、院内整理のためとはいえ、そのやり方でかなり恨みを買うこととなり、入所者たちの抵抗は水面下で行われるようになった。樂生院から新聞社に対して匿名の密告などが送りつけられるようになり、院長批判が繰り返されたようである²³。

陳院長は患者の管理問題については職員不足もあるため、患者たちの自治管理に委ねるのがよいと考え、着任後間もなく1954年末に患者自治組織をたちあげた。ハンセン病は法定伝染病に指定されており、当時樂生院入所者の飲食や日常生活にかかる経費は政府から供出されていた。日本植民地時代は服や食事は無料であったが、戦争末期には配給が減り、接收後は物資不足で一部の患者たちは自炊を始めていた。1951年制定の〈省立樂生療養院住院病人管理辦法〉によれば、政府は食費のみを提供することになっているが、1954年上半期の計画では患者の被服についても供給することとなり、この時から院が患者の被服や布団等の必需品も提供することとなり、入院費用は完全無償化に至った。また1955年3月には再び院によって食材や厨房が管理されるようになり、〈公炊公膳〉に多くの人が参加するようになって食事については改善がみられるようになった。

台湾接收後に大きく変化したのは宗教活動の活発化である。とくに1950年代は各宗教の活動拠点が多く建設された。なかでもキリスト教徒の活動は募金や支援をはじめ、大きな力をもっていた。管理や環境面での改善はみられたが、常に物資や人材が不足している状況のなかで欧米ミッションナリーたちの果たした役割は大きく、人材や物資の提供のみならず、この時期の樂生院には多方面で影響を与えた。彼らは厳しい環境の中で献身的な努力をし、入所者たちからも厚い信頼と尊敬を集めていたことが当時の新聞や樂生院史にも描かれている²⁴。医療スタッフ²⁵のみならず、ディクソン夫人²⁶は医薬品や食料品の支援だけでなく、「慈愛之家」や「安樂之家」²⁷、礼拝堂や〈職業治療室〉²⁸などを次々に設立し、国際婦女會等もさまざまな支援を行った²⁹。礼拝堂をつくったことでキ

²² また1958年6月には衛生、司法、軍、警察関係者が樂生院で会議を開き、入所者の犯罪、あるいは一般犯罪者の有罪確定後の病気の発症に対処するための会議が開かれ、院内に「樂生分監」を設置することが決まった。

²³ 劉集成（2004）pp.89-92

²⁴ 劉集成（2004）pp.95-101

²⁵ この時期の外国人スタッフはノルウェー籍の者が多い（臺灣省立樂生療養院（1955）p.4）が、後述する犀川一夫が50年代後半に樂生院を訪問し矯正手術を行ったことなども記載されている（劉集成（2004）pp.100-101）。

²⁶ Lillian R. Dickson（1901-1983）中国名を孫理蓮という。彼女は夫であるJames Dickson（1900-1967）の医療宣教について台湾を訪れ、1950年から樂生院でキリスト教徒の世話をしながら院内に教会や子どものための施設をつくった。教会の傍らには彼女の像が建立された。

²⁷ 患者の子女や子供患者のための児童舎。

²⁸ 臺灣省立樂生療養院編（1955）p.14には「入所者がすることもなく終日過ごすことは精神衛生上よくないので、患者作業委員会をたちあげて、院の監督協力のもと生産労働に従事させ、生産技術を学ばせる」とあり、樂生院は統計資料の中で患者の入所前の職業や職業技能を調査している。「職業治療はハンセン病治療の中でも重要な位置を占める」（p.33）とあるが、院にとっては当時の経費不足を埋めるものとして利用していた側面が強い。

²⁹ 60年代に行われた入所者福祉支援の多くが台北国際婦女協会によるものである。

リスト教徒の活動も活発化し、1955年時点での信者は300人あまりとなった³⁰。

陳院長自身がキリスト教徒であったため海外からの支援は多かった。しかし50年代半ばになると欧米からのミッシヨナリーたちは徐々に樂生院を離れ、山地や離島などさらに支援を求める人々のところへ出向いている。陳院長在任中に樂生院のハード面はかなり改善されたが、その経済的な援助はほとんどアメリカによるものである³¹。しかし新しく建設された病舎建設の責任は台湾政府が担い、また出来上がった建物は増加した軍患が使用したため、軍の退輔會が関係したものとみられるなど、どのように援助を受けて建てられたものか外からは分かりにくい状況にあった。この時代は外部からの経済的支援によってさまざまな施設がたてられた³²。

樂生院の〈国語〉³³教育も陳院長が始めたものである。接收直後は職員も入所者もほとんどが本省人であったため言語について特段考慮されることはなかったが、1950年前後に外省人が職員や患者として樂生院にはいってくると言語問題が大きくなる。職員間で意思の疎通が困難であると職務に支障をきたすが、患者間でもコミュニケーションが難しいと大小のトラブルが発生する³⁴。そこで陳院長は仏教徒である若い頼医師に国語講師を頼んだが、本省人はそれほど熱心に国語を学ばず、また外省人も閩南語を勉強しようとはしなかったので、言語問題は樂生院に微妙な影をおとした。

陳院長は積極的に樂生院の改革を行ったが、なかでも患者の退院を勧めることはもっとも大きな変革であった。まず患者地区の鉄条網と消毒溝を廃止³⁵し、感染力のない患者の外出を奨励し、特效薬DDSの出現によってそれまでにあった結婚時の結紮条項なども撤廃した。また1954年には患者の投票権を獲得し、1956年に台北県の郷鎮長選挙に参加できるようにした。

1949年に衛生處が行った各地のハンセン病患者調査においては樂生院が「検査と収容」の任務を負ったが、その2年後、政府は正式に台湾全土のハンセン病予防に関する業務を樂生院に任せ、1950年の樂生院組織規定第1条では、樂生院が「衛生處の管轄下におかれ、台湾全土のハンセン病予防治療研究と人員訓練を行う」ことが明記された。しかし実際にこれが実施されるのは陳院長着任後、1954年3月に「予防科」が外来診療部を開設し、院外患者の検診と治療を行うようになって

³⁰ 樂生院には仏教徒もいたが、キリスト教会のように実際の治療や救済支援などは行っていない。50年代に入ってから仏堂がつくられ、活動が活発になると院外の仏教界からも注目されるようになり、外部からの参観者や講釈の機会も増えた（劉集成（2004）pp.128-138）。

³¹ 臺灣省立樂生療養院編（1955）p.7の財務狀況概況には必要な設備施設について「衛生處の許可を得て、美援運用委員会と安全分署に必要な経費を申請」したと記述されており、アメリカの経済支援はこの時期の樂生院にとって大きな位置を占めていたことがわかる。

³² この時期に建設されたものは劉集成（2004）pp.103-105に詳細な記述がみられる。

³³ ここでいう〈国語〉は大陸で使われる北京語を中心とする中国語（北京官話ともいう）のことである。台湾の本省人が使う言語は閩南語を中心とする「台湾語」であり、両者は外国語といえるほど異なる。

³⁴ 陳院長自身も江西人であり、本省人が使う閩南語がわからず、院内に日本語が分かる人はいても外省人が使う「国語」が分かる人はほとんどいなかった。

³⁵ 1949年の〈臺灣省癩瘋病防治規則〉には、患者が使用したものを「消毒」あるいは「焼却」する規定がもりこまれていた。

からである。この外来診療部の開設は楽生院のその後の運営に大きな影響を与えることとなる³⁶。

1960年に楽生院は外来診療を大幅に拡大し、台北、基隆、新竹、苗栗、宜蘭の地区衛生局にハンセン病外来を設けた。またTLRA³⁷も前後して彰化、嘉義、台南、台中、高雄、屏東、澎湖に特別皮膚科外来を設置し、ハンセン病の治療にあたった³⁸。1962年の新しい〈防治規則〉では、ハンセン病患者が楽生院以外でも外来診療を受診できることを明記した。1965年には楽生院で「予防訓練班」がつくられ、各省立医院及び衛生局、衛生處の医師が医療スタッフの訓練を行い、各縣市の開業医や小中学校の保健教師や地域幹部などに啓蒙活動を行うようになった。

こうして楽生院が予防センターとしての機能を果たすようになっていく過程で、陳院長も各方面の専門家を動員し、ハンセン病予防組織をつくるよう働きかけ、1959年に夏衛生處長のもとで〈臺灣省癩病防治委員會〉がつくられた。楽生院は公立病院としての地位は決して高くはなかったが、新しくできたこの委員会は衛生處長直属であり、各地の公立医院と衛生處が協力しながらハンセン病の外来診療を行うことになった。委員会の主任委員は楽生院長が兼務し、実施スタッフも楽生院の職員が兼務したので、楽生院はハンセン病予防政策の執行協力機関となった。またこの委員会の成立が楽生院の地位を高め、各地の公立病院や衛生處との協力や医療スタッフのハンセン病予防訓練の派遣を受け入れることで、楽生院の予防センターとしての方向性が形作られていく³⁹。

陳院長はこうした外来診療への移行とともに、患者の社会復帰を進めようとする。開放政策の環境として患者が外で仕事を求めることも奨励されたが、実際には雇用主の偏見が強く、なかなか進まなかった⁴⁰。雇用主が排除しなくとも、職を求めに行くときに公共交通で乗車拒否に遭うことも多く⁴¹、退所しても家族や近所の住人に拒絶され、再び院に戻る患者も少なくなかった時代である。

軽快者が外で働くことが困難であったため、楽生院は1959年から〈職業治療室〉を増設している。リハビリを兼ね、そこで製作したものを外部で販売し、また院内の工事を請負わせたりした。また陳院長は退所後の患者が社会から排除されることを憂慮し、特別に「退院試行期間」として半年間の猶予制度をつくり、退所後の患者が戻ることを可能にした。また社会の人々の偏見を取り除くた

³⁶ この前後に楽生院は予防センター機能を果たすため、前後のハンセン病外来の巡回を希望したが政府予算がつかず、長老教会との提携に切替え、台北、澎湖、彰化、台湾、高雄、屏東の6か所の教会病院が外来診療を行った。1956年には楽生院から巡回検診隊を罹患率の高い澎湖に派遣している。

³⁷ キリスト教臺灣癩瘋救済協會のこと。台湾のハンセン病救済に尽力したG.Gushue-Taylor（中国名：戴仁壽）が1954年に亡くなり、4名のミSSIONナリーによって創設された。彼の意志を継ぎ、さまざまな国籍のMISSIONナリーがこの協会のもとに医療活動を行った。

³⁸ 同年、農復会とWHO、ユニセフの協力により2組の巡回検診隊を組織し、4年をかけて全省21県市で巡回検診を行っている。

³⁹ 劉集成（2004）pp.146-148

⁴⁰ 1962年に法律が改正されるまで、ハンセン病患者の求職は断ることが可能であった。

⁴¹ 1950年代は交通が不便で他に選択肢もなかったため、入所者は乗車拒否に遭わないために1つ手前もしくは1つ先の停留所で乗降し、楽生院からきたことをわからないようにし、手や顔の後遺症を隠し、周囲に患者であったことがわからないような工夫が必要であった。

めに楽生院の見学も積極的に行った⁴²。しかしこうした人々は、自分たちが入所者の「生活の場」に踏み込んでいることには無自覚であり、結果的に院側の善意は偏見が持ち込まれることによって挫折を余儀なくされる。このような開放政策が効果をあげるには、まだ長い道のりが必要だったのである。

2-3. 1966年～1974年（游天翔院長時代）

陳宗鏐院長は1966年に脳溢血で亡くなり、後任として楽生院に着任したのはやはり軍医であった游天翔院長である。このときすでに楽生院は台湾のハンセン病予防を担う中心的な役割を果たすようになっていたが、この時期は陳院長在任後期の運営困難がまだ続いていた。すなわち1960年代の楽生院は収容患者数が1,000人を超える状態がずっと続いていたのである。外来診療を開始してすでに何年も経過していたが、この当時新患発生はまだ相当数にのぼっていた。楽生院の環境は改善されたこともあり、世間で差別を受ける患者たちは身を隠せる場所を探して楽生院への入所を希望した。そしていったん入所するとなかなか退所には至らず、結果的に入所者の減少にはあまりつなげていなかったのである。

先にみたように1950年代には新たな病舎などが建設され、収容可能数は960人となったが、それはあくまでも理論上はおそらく可能だという「ベッド配置可能数」にすぎなかった。ベッド数といってもシングルサイズの粗末なものであり、70年代までの楽生院は狭い部屋にベッド2～3床、通路のある大型病舎では1部屋に10数床が一般的であった。軍の退輔會が建てた病舎には1人1部屋の病舎もあったが、かろうじて身体を動かせる程度の空間に過ぎなかった。こうした環境や設備は一般病院に劣るうえに入所者の多くが長期入所で退院していかないため、居住環境は狭小劣悪であり、耐えられない人々は自分たちで外に粗末な茅小屋をつくって住んだ。しかし関係部署が新たに楽生院に新病舎を建設する考えはなく、こうした状況は財務、管理、医療の質にも大きな影響を与えた。

1960年代末期になると楽生院が主導してきたハンセン病予防が功を奏し、ようやく新患発生数が減少へと転化する。収容者が多いという困難な状況を政府が軽視している間に、「自然」とこの問題が解決へ向かっていくという皮肉な状況になるのである⁴³。後述する游院長在任中の「人体実験」事件などについて院史には記載がないことは特筆すべき点である。

2-4. 楽生療養院ホームページ

現在、楽生院は対外的に配布しているパンフレットおよびホームページに設立から現在にいたる

⁴² 年表を確認すると陳院長が着任した1954年から外部者の参観が増加している。当初は外国人、ミッシヨナリー、医療関係者などが多いが、1955年には台湾銀行公庫部が一般社会人としては初めて参加するなどそれなりの見学者がいた（楽生療養院（1955）pp.58-68）。

⁴³ 劉集成（2004）pp.151-153

院史年表を掲載している。

2008年に筆者が入手した楽生院の紹介パンフレットに掲載されている沿革と、2013年5月⁴⁴時点で楽生院のホームページ⁴⁵に掲載されていた院の沿革を翻訳し、1990年代までの部分をまとめたものが表3である⁴⁶。パンフレットとホームページの記載の仕方は若干異なるところがあるため、ホームページに掲載され、パンフレットには掲載されていなかった部分を太字にして区別してある。

表3 1990年代までの楽生院沿革

1930 (昭和5) 年	4月	「台湾総督府楽生院」が正式に成立。台湾省初の唯一の公立ハンセン病治療院となる
	10月	台湾総督府がハンセン病専門医上川豊を楽生院の院長に任命
	12月	楽生院が患者の収容を開始
1934 (昭和9) 年	6月	台湾総督府が「台湾ハンセン病予防法」を頒布、10月1日から施行
1945 (民國34) 年	12月	前台湾省衛生局が楽生院を接管、「台湾省立楽生療養院」と改名
		患者数が400人を超え、29棟の病舎を増築
1952 (民國41) 年	10月	キリスト教信者が「聖望礼拝堂」を建立
		楽生院でDDSの使用を開始、ハンセン病根治の可能性が出る
1954 (民國43) 年	1月	患者の分区自治制度を設け、管理制度を制定
	5月	仏教徒が「棲蓮精舎」を建立
	11月	患者5人が治癒退院、これより患者の正式退院開始
1956 (民國45) 年	6月	台北県郷鎮長の改選にあたり、楽生療養院の患者が院内の大礼堂において初の投票権行使
1957 (民國46) 年	6月	国軍退除役官兵輔導委員会（退輔会）主任委員蔣經國が本院視察
		退輔会が病舎増築、榮民（退役軍人）ハンセン病患者の収容を開始、病舎が42棟となる
1959 (民國48) 年	10月	「台湾省ハンセン病防治委員会」成立、台北市が第一回会議開催
		台湾全土のハンセン病予防に関する任務が楽生院に任されることとなる
1960 (民國49) 年		台湾全土でハンセン病の巡回検診が行われ、台湾全土の案件が管理されることとなる
1960年代		収容患者数の最高が1,118人に達する
1962 (民國51) 年	3月	台湾省政府が「台湾省ハンセン病防治規則」を公布
		宋美齡夫人が中華婦女反共抗俄連合会会員を伴い本院を慰問
1969 (民國58) 年	8月	教育部がハンセン病に関する項目を中学教科書に編入、国民に対する知識普及を図る
1975 (民國64) 年		謝主席がハンセン病患者の収容を重視し、病舎を60棟、970床に増築
1976 (民國65) 年	8月	台湾省政府が「台湾省ハンセン病予防強化10年計画」を推進
1986 (民國75) 年	5月	台湾省政府が「台湾省ハンセン病予防強化10年計画の後続計画」を推進
		ハンセン病を「治療」から「予防」重視に転換し、30年後の完全制圧と楽生療養院の運用停止を目標とする

(資料出所) 楽生院配布用パンフレットおよびホームページ

⁴⁴ 筆者がホームページで最初に年表を確認したのは2011年であるが、2013年になると内容にいくつかの変更がみられた。顕著なものはパンフレット等で「癩病」と記載されていた表記が、すべて「ハンセン病」に書き換えられていたことである。

⁴⁵ 楽生療養院ホームページ <http://www.lslp.doh.gov.tw/> (2013年5月31日最終アクセス)

⁴⁶ 明らかに年号の記載ミスと思われる箇所は、筆者が関連文献で確認のうえ訂正を加えている。

この楽生院の沿革はホームページ上で公開され、英訳もついているものである。楽生院は衛生福利部⁴⁷管轄下におかれ、こうした年表の監修や内容に関する責任は衛生福利部が負い、政府により公刊されたものとみなされる。そのため戦後は1954年11月に「患者5人が治癒退院」し、その後「患者の正式退院が開始された」とあり、また1956年には院内で「初の投票権が行使」され、1959年には楽生院が「台湾全土のハンセン病に関する任務を任された」とある。こうした記述をみると戦後の台湾では徐々に患者の人権が回復され、日本統治時代とは異なる運営がされたようにみえるが、しかし実際には1962年の「ハンセン病防治規則」施行後も、軽快退所者の社会復帰には困難が伴っていたことなどは窺い知ることができない。

本稿では省略しているが、2000年代以降は新病棟の建設後、如何に病院機能を充実させてきたかという記事が増える。元患者を原告とする日本政府に対する国賠訴訟に関する記事はなく、2008年に「ハンセン病患者の人権保障および補償条例」が公布施行された点のみの記載にとどまっており、1986年の「治療から予防へ」という記事以降、楽生院は明らかに新病院に重点を移した記載となっており、いかに優れた病院として評価されているかということに集約されている。ハンセン病療養所としての楽生院の歴史はこのホームページで見える限り「過去の遺物」として「決着済み」の扱いであり、台湾政府に不都合なことはあまり触れられていない点に注意して読む必要があるだろう。

3. 日本人医師の記録

1950年代後半から1960年代にかけて楽生院を訪れた2人の日本人医師がいる。1人は野島泰治^{たいじ}であり、1933（昭和8）年から35年にわたって大島療養所の所長をつとめた人物である⁴⁸。彼は1956（昭和31）年と1964（昭和39）年の2回にわたって台湾へ行き、楽生院を訪れた記録⁴⁹を残している。

もう1人は犀川一夫である。彼は1944年から1960年まで長島愛生園に勤務し、1971年から沖縄愛楽園長をつとめた医師である。敬虔なキリスト教徒であり、1960年5月から台湾痲瘋救済協会（TLRA）の要請で台湾に赴任し台南診療所で患者の治療にあたり、1964年11月に世界保健機構（WHO）西太平洋地区事務局のハンセン病専門官となって1970年末まで10年余り台湾のハンセン病対策に尽力した⁵⁰。

野島は訪問者として楽生院を訪れており、彼の記録は外部者からみた感想にとどまっているが、犀川は1958年の初回訪台時にも楽生院の患者手術を行い、1960年からは10年にわたって台湾の外来

⁴⁷ 日本の厚生労働省にあたる行政組織。2013年7月の行政改革により、公共衛生と社会福祉関連部門をあわせた衛生福利部が設置された。前身は行政院衛生署で、楽生院も衛生署管轄から衛生福利部管轄に移行した。

⁴⁸ 野島泰治（1896-1970）は1927年より41年にわたって大島青松療養所に勤務した。

⁴⁹ 野島泰治（1973）『祈る：らい医師の海外紀行』（野島富美発行 非売品：国立ハンセン病資料館蔵書）

⁵⁰ 犀川は長島愛生園時代にハンセン病治療にプロミンを用い、治る病となったハンセン病の外来診療普及に尽力し、台湾でのWHOの仕事に区切りをつけて、1971年～1987年まで沖縄愛楽園長をつとめ、沖縄の在宅医療を進めた。2001年のハンセン病国賠訴訟においては元患者（原告）側証人となった。

診療定着に向けて奔走し、この時期のハンセン病政策変遷の渦中にいた人物である。本節では犀川医師の記録から、1950年代後半から1960年代の台湾におけるハンセン病の周辺環境をみていきたい。

[犀川一夫の記録]

3-1. 台湾赴任前

犀川と楽生院の関わりは1957（昭和32）年に、楽生院の陳宗鏊院長が当時犀川の勤務先であった長島愛生園を訪問見学したところから始まった⁵¹。犀川は陳院長の案内係となり、陳院長から当時台湾では年間400名近い新患が発生していることや日本植民地時代の隔離政策が継承されていることを聴いている。

翌1958年に台湾医学総会が台中市で開かれ、ハンセン病理学をテーマとする特別講座の講師として犀川は台湾を訪れている。当時まだ台湾では「らい学会」が結成されておらず、犀川の講演は学者や医師の関心を集め、台湾大学と台北医学院での公演も行った。学会終了後は政府の要請により台湾各地のハンセン病事情を視察⁵²し、各保健所のハンセン病担当医や省立病院の皮膚科医を対象とする研修会も実施している。犀川の実施する患者の後遺症への矯正外科への関心はとくに高かったようである。

このとき犀川は楽生院を訪問しており、入所者800名ほどのなかで75%は台湾出身の本省人、残りは戦後中国大陆から来た外省人患者であった⁵³。楽生院は隔離方式を脱却する方向で動いていたが、実際にはこの1958年当時にはまだ隔離政策が行われ、日本時代から継続していた「らい予防法」で運営されており、省政府委員で予防法改正の責任者（候全成）は依然として日本のハンセン病政策に倣って実施したい意向をもっていたという⁵⁴。

台湾医学会の講演後、訪問した楽生院で犀川は矯正手術を医師たちに供覧し、ハンセン病後遺症に対するリハビリ医療に関心を示した台湾政府衛生處から1959年、日本の厚生省に対し矯正手術の技術指導のために渡台を要請されている。犀川は楽生院では「手術希望者が多く、選択に困るほど

⁵¹ ここからの記述はすべて犀川一夫（1989）『門は開かれて：らい医の悲願—四十年の道』（みすず書房）第7章～第9章（pp.140-247）によるものである。110頁にわたる台湾関連部分は時系列で書かれていたわけではないので、筆者が再構成した。

⁵² 当時のハンセン病療養所は楽生院と台湾痲瘋協会所属の私立楽山園の2か所で、そのほか協会傘下の外来診療所が全島に5か所あり、こうしたミッションナリーの外来治療の実情がよくわかったと書かれている。

⁵³ 犀川は1958年の楽山園についても記録している。当時の入園者は60人、オーストラリア人女医と2人の看護師で運営されていた。創設者テイラーが自給自足を考えてコロニー設置計画をたてていたことや、広い構内の「いいぎり」の林をみて、創設当時唯一の治療薬だった「大風子油」を絞る医療の自給自足を考えていたのだらうと述べている。犀川自身はTLRAの医務部長として65年から園長として4ヶ月程度家族とともに楽山園で生活している（犀川（1989）pp.183-187）。

⁵⁴ 犀川は法改正の意見を求められたときに、ハンセン病医療の世界的趨勢を述べ、「日本では法改正が難しい事情があるが、台湾はぜひ隔離によらぬ外来治療制度を主軸とした予防法に改正してもらいたい」と進言している（犀川（1989）p.143）。

であり、毎日のように外科医を助手に手術を教え、手術に明け暮れた」⁵⁵と述懐している。同年3月に樂生院での矯正手術がひと段落してから香港に渡り⁵⁶、犀川はこの頃から世界ではハンセン病専用の施設不要論が台頭しはじめていたことを指摘している。この2度目の渡台時に台湾痲瘋救済協会（TLRA）が開設している外来診療所の会長と台湾の外来診療充実のために率直な意見交換を行った。

3-2. TLRA⁵⁷時代

その後犀川はこのTLRAからの招聘で台湾にハンセン病専門医として赴任することになり、長島愛生園を退官し、1960（昭和35）年5月に台湾に向かった。当初犀川の身分は日本基督教団海外宣教委員会の派遣、日本MTL⁵⁸の協力という形であったが、医療従事者であることからキリスト教海外医療協会（JOCS）の派遣の形をとったものとなる。

犀川が赴任したのは台南外来診療所である。台南診療所は台南市郊外の旧日本時代の伝染病隔離病棟を使用していた。当時台南市周辺はハンセン病濃厚地として有名であり、市の登録患者数は300人ほど、市周辺にはなお推定の2倍ほどの患者がいると考えられていた。犀川は痲瘋協会全体の医療と台南診療所の担当医を兼務し、この診療所はミSSIONナリー看護師、検査技師、リハビリ担当者、看護助手を含め10人ほどのスタッフで構成されていた⁵⁹。

痲瘋協会は犀川の着任を機に台南診療所に教会全体のリハビリセンターを付設し、矯正外科、理学療法、職業補導の機能をもった施設建設の計画をたて、理事会はその仕事を犀川に一任した。犀川は建設のための資金集めを行い、日本の教会学校連盟や社会運動をしていた篤志家により病室や手術室、理学療法室を整備した。また台湾政府のハンセン病対策委員会に交渉し、病床50床の整備も行なった⁶⁰。

台南の西海岸地域はハンセン病濃厚地区が多いため、センターの仕事のほかに犀川は台南周辺地

⁵⁵ 犀川（1989）p.142, p.146

⁵⁶ この当時香港では英国MTLが喜望州という島に療養所を設けている一方、香港政府が各保健所内に外来治療所を設け、ハンセン病の治療にあたっていた。また巡回診療も行っており、医師のほか検査技師、ケースワーカーと一緒に乗り込み、医師の診察がすむと患者は技師やケースワーカーと面談し、治療のみならず生活サポートにも携わっていた（犀川（1989）p.150）。

⁵⁷ Taiwan Leprosy Relief Association

⁵⁸ Mission to Lepers（1965年に現在のThe Leprosy Missionと改称された）ハンセン病問題に取り組むキリスト教の国際的支援活動で、本部はロンドンにおかれている。

⁵⁹ 当時犀川はこの仕事にハンセン病回復者を参加させて共に働く方針をとっており、スタッフの半数は回復者であった。また痲瘋協会の診療所はどこも患者とともにキリスト教の礼拝をもって仕事を始めるため、専任の牧師も抱えていた（犀川（1989）p.180）。

⁶⁰ 当時の台湾では理学療法士を得るのは至難だったが、理学療法士の資格をもつ米軍顧問団の高級将校夫人がボランティアとして週2回奉仕に通ってくれた。また薬剤師、革細工の仕事にも米人ボランティアの協力を得られ、彼らの身分等から考えても「米国人のその積極的な奉仕精神は東洋では考えられない」と述懐している（犀川（1989）p.181）。

域に移動診療班を出している。ハンセン病のみならず医療に恵まれない地域住民の医療サービスも行い、住民から歓迎されただけでなく、この家庭訪問により、患者と接している家族や児童を検診する機会が得られたので、検診によって初期の小児患者が発見できたことが収穫だったという⁶¹。

台南診療所では、牧師がケースワーカーも兼ねて患者の家庭訪問も行っていた。患者が診療に長期間来ないことがあれば患家を訪ね、受診の勧奨や薬を届けて不規則治療を予防し、犀川が行う家族検診にも同行した⁶²。

また犀川は台南診療所の外来治療における対照的な2例の親子の姿を記録している⁶³。1例目は医者を目指している息子がいる男性外来患者の事例である。この息子を検診したところ類結核型ハンセン病の初期であり、犀川は3年間励まし続け、この息子は台湾大学医学部に進学した。米国に留学したのち米国で就職し、その妹も治癒して結婚し2人の子供の母となった。犀川はこの親子について「外来治療を受けていた彼ら親子3人が、あの時もし療養所に入っていたら、今頃どうなったであろうか」と語っている。また楽生院を軽快退所した1人の回復者が犀川らスタッフの勧めにより故郷に帰った後、母親が周囲の目を気にして帰郷を歓迎してくれず、その冷たい処遇に耐えられず姿を消したという事例をあげ、この当時の社会的偏見の強さを記録している。

台南診療所での外来治療は、日本から専門医と看護婦が来たという評判が広がって近郷からもハンセン病患者が集まり、診療所の登録患者は一時400人を超した。こうなるとハンセン病以外の合併症をもつ患者の治療も必要になるので、台南市で開業している自身の大学同窓生に合併症の治療を依頼しようと考えたが、「戦前に医学を学んだ医師たちは、ハンセン病は治らない、しかも恐ろしい伝染病と教えられており、巷の評判も気にしてか、患者の治療を初めはなかなか承知してくれなかった」⁶⁴。犀川の説得もあり、最終的には同窓のよしみもあって入院治療を引受けてくれたが、こうしたことはそれまで台南市では前例がなく、犀川はこれを突破口として台南市の省立病院にも働きかけ協力を取り付けた。台南市以外のキリスト教病院ではすでに患者の合併症治療に協力を得られていたので、台湾南部地域では一般医療機関の協力態勢がほぼ整ったが、このような状況にこぎつけるまでには、犀川が台南で仕事を始めてから5年が経過していたという。またその頃台湾では医師間で「手の外科」の関心が高まり始め、犀川は依頼があれば出かけて手術のデモンストレーションも行い、このことも一般病院との連携にプラスに働いたのだらうと書いている⁶⁵。

また台湾におけるハンセン病に関する社会的偏見をとりのぞくために、犀川は台湾に現存するこ

⁶¹ 診療所に患者がやってくるのを待つのではなく、積極的にこちらから出向くことで早期に患者を発見し、在宅で治療を行うことが犀川の理想とするところであり、犀川の仕事に対しては日本人後援会もでき、その支援で彼は巡回診療のためのバイクを購入し毎日飛び回っていたという。

⁶² 外来治療は不規則になりがちなため、そのような配慮がないと成果があがらないといい、記録の中でも牧師の働きを褒めている。

⁶³ 犀川 (1989) pp.200-202

⁶⁴ 犀川 (1989) p.203

⁶⁵ 犀川 (1989) pp.202-203

の病気に関わる迷信や言い伝えに関しても調査している。そのなかである日新聞に看護学生があるハンセン病に罹患した医学生との失恋で自殺した記事が掲載されたが、看護学生は相手が「放癲癲」⁶⁶のために彼女とつきあい、その目的を果たして彼女を捨てたと誤解し自らの命を絶ったという。「この時代になおそのような迷信が浸透し、しかも若く、将来医療に携わる人たちの間に起こった事件」として犀川は大きな衝撃を受けたと記している⁶⁷。またハンセン病を題材とした誤った内容の映画の上映中止を求め、「この時ほどハンセン病の正しい知識を社会のあらゆる人々に伝える必要性を痛感したことはなかった」⁶⁸と述懐している。

犀川が台南に赴任して5年で台南外来診療所にはリハビリセンターも付設され、台湾癲癲協會の組織も整い、協会は全島で約1,500名の患者を外来診療所で治療し、リハビリの仕事も順調に進むようになっていた。犀川は1963年に協会の医務部長となり、国民性のそれぞれ違う外国人医師や看護師、牧師たちを協調させながら癲癲協會の7つの施設の仕事を進めることとなったが、仕事としては外国人と現地、中国・台湾の人たちとの意見調整で果たした役割が大きかったようである。

一方で政府のハンセン病対策は予防法が改正され、防治委員会が発足して組織は整ったものの、対策が思うほど進展せず問題となっていた。ハンセン病防治委員会は、政府および癲癲協會の関係者によって構成され、犀川も委員の1人だったが、政府と癲癲協會、すなわちミッションナリーたちとはハンセン病の仕事に対する考え方にずれがあり、委員会ではしばしば意見が対立したという。例えば防遏を第一に考える政府は、全台湾の患者をリストアップして家族検診を積極的に進めたいとするが、癲癲協會の人たちは患者のプライバシーを守ることを主張し、各診療所のもっている名簿の提出に反対した。家族検診は患者をよく知る現地の癲癲協會診療所が実施するもので、中央の政府機関が行うべきでないと意見が対立したという⁶⁹。

犀川は政府が役所の仕事として現地に直接乗り込むのはいたずらに病者の間に警戒心や抵抗、引いては混乱を起こすとの持論をもっていたが、協会だけでは家族検診を積極的に進めていくマンパワーが不足しているのもまた事実であった。そのため犀川はハンセン病患者のプライバシーを守ることを行政側の人にも強調し、地方検診には両者合同実施を提案して決着をつけた。

3-3. WHO時代

1964年秋にはWHOが台湾にハンセン病専門医を派遣する計画を進め、台湾政府が主体的に対策を進めるために、アメリカMTL会長の勧めもあり、犀川は国連スタッフとして採用される。犀川はWHOへの移籍後も癲癲協會に理事の1人として残り、政府と協会の橋渡し役を政府側に身を置

⁶⁶ ハンセン病を病んだ者が健康な別の異性と性交渉をもつことによって、病気を他人にうつして治るという迷信。もとは女性患者のみに有効とされていたが、のちに男性にも効果があるようにいわれるようになったという。「放癲癲」と「賣癲癲」は同じ意味。

⁶⁷ 犀川 (1989) pp.207-208

⁶⁸ 犀川 (1989) p.206-207

⁶⁹ 犀川 (1989) pp.222-224

いて果たしていくことになった。

その当時台湾で働いていたWHOスタッフは常に7～8名ほどおり、各専門官の仕事は衛生工学から衛生教育に至るまで幅広かった。WHOの仕事は政府の政策について専門的な助言を行う顧問的存在である。各スタッフは政府の任命したそれぞれのカウンターパートと組んで仕事を進めるスタイルをとり、このときの犀川のカウンターパートは樂生院の游天翔院長であった。

専門官としての犀川には樂生院内に事務室と秘書がついた。この時の樂生院は「日本時代のものをそのまま流用し、ハンセン病に対しても保守的な考え方が根強く、癩癩協会のように開放的ではなかった」⁷⁰と犀川は書いている。建物は日本時代に台湾総督府が建てたもので、各所に隔離政策時代の名残があり、患者地域と職員地域の間すら塀で区切られていたので、犀川は訪問者に対する病への啓蒙のためにもこれを取り除くことを院長に進言した。また当面の目標を台湾全島のハンセン病入院患者と外来患者の比率を1：3程度にすることとし、軽快した患者を極力退院させ、院内の予防科に付設した外来診療所に移して経過観察する方式を進め、予防科に入院患者数と外来患者数の比較表作成を指示した⁷¹。

台湾政府は防治委員会の答申で、基隆、新竹、苗栗等の保健所にハンセン病外来診療所を作ったが、専門医がいなかったため、治療は思うように進展していない状況にあった。このため犀川は樂生院予防科から定期的に職員を派遣し、犀川自身も時々巡回することとした。当時台湾では年間350名程度の新患が発生し、ハンセン病は公衆衛生上の重要な問題となっていたため、この病気を公衆衛生行政に組み入れる新たな考え方として、台北市にあった〈公共衛生示範中心〉でハンセン病の外来治療を始めている。このセンターは台湾大学公共衛生研究所と衛生處が作り、公衆衛生に関するプログラムを一括して揃え、関係者への研修の場とする施設であった。台湾大学公共衛生研究所の頼尚和教授の死去後、医学部非常勤講師となった犀川は大学の講義のほかに毎週この〈示範中心〉で医学生たちにハンセン病に関する教育を担当し、彼らが将来台湾のどこでどのような医療に従事しても、一通りのハンセン病の知識をもって仕事にあたることを目指した。

ハンセン病の「発生患者を減少させることは政府の一大関心事」⁷²だったと犀川は述べており、移動検診班活動を積極的に推進し、接触者家族検診を実施する計画をたて、移動班は計画的にハンセン病濃厚地や保健所を回って患者の発見に努めた。慣れない政府側職員が行って現地でトラブルが起こっては困るので、この検診には犀川が同行し、現地の癩癩協会のスタッフと合同で仕事を進めた。樂生院の職員が行くと警戒して逃げ隠れする患者も、癩癩協会時代に家庭訪問を行っていた犀川が行くと、子供たちとともに進んで検診を受けてくれたという⁷³。

⁷⁰ 犀川 (1989) p.232

⁷¹ 犀川 (1989) p.232

⁷² 犀川 (1989) p.233

⁷³ この点について犀川は5年におよぶ癩癩協会での仕事が基盤となってWHOの仕事も円滑に運び、心配された移動班の検診も現地でトラブルなく進められたと書いている (犀川 (1989) p.233-234)。

また1966年⁷⁴の米国海軍第二医学研究所の熱帯研究部の医師と楽生院の医師とによる「人体実験」についても記載されている。その頃はまだ動物実験ができない時代であったため、研究者は直接患者に試みざるを得なかったが、彼らの行った免疫反応実験では約半数の患者に重い副作用が出た。患者らがこの2人の医師に賠償を求める騒動になり、米人医師から電話を受け、楽生院の遊院長からも事態の收拾を求められた犀川が仲裁に入り、患者とは信頼関係が構築されている犀川自身が直接治療にあたるので、手荒なことはしないでほしいと患者を説得した。この事件以来、犀川は第二医学研究所の顧問も引き受けることとなり、後日この研究所とWHO台北事務所、台湾大学医学部の共同調査班をつくり、台湾海軍の協力を得て蘭嶼島の疫学調査も行った⁷⁵。

1970年にWHO本部からハンセン病主任が東南アジアのハンセン病事情を視察に来て台湾に寄った際には、台湾のハンセン病新患発生数はようやく減少をたどり、年間80名を割って10年前の4分の1となった。また政府の対策もようやく軌道にのり、保健所や省立病院のハンセン病外来治療も順調に行われるようになっていた。またハンセン病の一般医療、保健への組み入れ体制が進んでいること、またハンセン病のために働く現地医師の充実が高く評価されたことで、犀川は残り1年で台湾のハンセン病コントロールとリハビリ医療を締めくくって台湾の仕事を終え、ナイジェリアへ転勤することが決まった。犀川の言葉を借りれば「ハンセン病の仕事はだいたい10年もすれば一区切りつくもの」⁷⁶だとのことだが、犀川はこの後、WHOを辞してナイジェリアには行かず、本土への復帰を控えた沖縄のハンセン病対策のため沖縄へ向かった。

3-4. 小括

紙幅の都合により本稿では割愛しているが、野島は1956年の初回訪問時の楽生院の1日あたりの副食費が「一般病院の半額」であると述べている。また1964年の2回目の訪問時にも食費の記載があるが、楽生院は1人あたり日本円で1ヶ月1,800円ほど、私立楽山園は1人月300円程度だと記録している。野島はアメリカからの支援の多さにも驚いているが、1956年当時はアメリカ支援で建てられた病舎が未完成で、昔の解剖室や大会堂に間仕切りをして病室とし、「相当に不自由している」ことが書かれている。山を切り拓いて階段状に家族舎がある点も「はじめからこの形態でやったからなんとかやれたのであり、うちの大島で、これからこんな山を利用して家をつくるといったら、早速反対が出るであろうと思った」と述べている⁷⁷。

また1964年には外来診療を行っている馬偕病院も訪問しており、痲瘋救済協会が負担するため治療費が無料であること、外来診療は週2回、1日平均20名程度が受診しており、「登録」されてい

⁷⁴ 犀川の著書では「1968年」と記載されているが、范燕秋（2010）p.213によると、これは犀川の記憶違いで1966年7月のことだと記載されており、本稿は范の記載を採用する。

⁷⁵ 犀川（1989）pp.234-237

⁷⁶ 犀川（1989）pp.244-245

⁷⁷ 野島（1973）pp.20-23

る患者が230名、うち190名が治療をうけにきていたとある。また野島は「入口は別だが一般病院内であるだけに差別的気分は少ないであろう」と書いているが、馬偕病院でも一般患者とは入口が別だった点に注目しておきたい。他に台湾大学医学部の充実した施設設備や医学生たちの恵まれた環境とともに、1956年訪問時の戒厳令下のものものしさを、いたるところで台湾人に外省人・本省人差別を聞かされたと書いている⁷⁸。

犀川が台湾に着任する前の1958年訪問時の記録の中では、実際にはこの当時まだ戦前の隔離政策が踏襲されていた点と省政府委員の予防法改正の責任者が日本のハンセン病政策に倣って実施したと考えていた点は注目すべきであろう。またこのとき犀川の外科手術を求める希望者が多かったことは、とりもなおさずこの当時の楽生院が矯正手術などを行う環境になかったこと、すなわち患者をとりまく医療環境（物資、人材、技術）すべてにおいて楽生院に余裕がなかったことが先の院史からも想像される。

TLRA時代の記録からは、当時の犀川をはじめとするミSSIONナリーたちが献身的かつ精力的に患者のために活動していた様子が読みとれる。また外来診療を推進すべきと考える犀川はある親を通して「あの時もし療養所に入っていたら、今頃どうなっていたであろうか」と述べ、当時の療養所の環境やそのありかたに対して批判的であった。また医学を志す若者が病気に対する迷信によって自殺するケースや病気差別を助長する映画の上映が行われていることから、この当時はまだ一般に病気に対する理解が進んでいなかったことがわかる。そしてそれは一般人のみならず、患者の一般診療について医師仲間からの協力がなかなか得られない事態からも、1960年代半ばに至ってなお医療者における病気差別が根深かったことがうかがえる。

また防治委員会については、ハンセン病対策やそれに関する仕事に対する考え方が政府と痲瘋協会関係者でしばしば意見対立があったことを内部にいた犀川ならではの視点で書いている。政府が役所の仕事として現地に直接乗り込むことはたとえ調査であっても問題が多く、犀川は患者のプライバシー保護を訴え調整していくが、当時台湾政府にはそのような考え方がなかったことが描かれている。巡回検診についても楽生院の職員が行くと警戒して逃げ隠れする患者の姿が描かれており、記録の端々に強制隔離時代の名残が垣間見られる。

犀川はWHO専門官として楽生院に一室をおくようになってからも「ハンセン病に対して保守的な考え方が根強く、痲瘋協会のように開放的でなかった」とその窮屈さをのべている。彼は国連の仕事目標を「困難なことがあってもある一つの国で、互いに国を異にしている人たちがともに協力し合って働くこと」と述べ、時には自分が直接手を下して処理したほうが能率よくいく場合でも、その国の人たちによって仕事が組織的に運営されることを期待し、「その国で自主的に遂行されること」を目指し、「外国からのおしつけの援助は、国の自立への芽をつむ」⁷⁹と書いている。政府主導で外来診療所をいくらつくっても、結果的にそこで働く現地の専門医が育成されていなければ治

⁷⁸ 野島（1973）pp.222-230

⁷⁹ 犀川（1989）pp.240-241

療はうまく進まないと考え、そのため自ら後進の育成にあたり、若い医学生たちにハンセン病教育を行っている。

1960年代は新患の発生を抑えることが政府の一大関心事であったが、実際にはなかなか進んでおらず、犀川渡台後10年でようやく4分の1となっている。その間におきた楽生院での「人体実験」事件などをあげるまでもなく、この時代はまだ患者にとっては人権が回復していなかった。野島や犀川の記録からは1950～1960年代の楽生院や患者をとりまく環境の厳しさが浮き彫りにされている。

5. 1950～1960年代のハンセン病政策

5-1. 政策内容の変遷

1949年に公布された〈臺灣省癩瘋病防治規則〉⁸⁰は基本的に植民地時代の隔離政策を踏襲したもので、内容の特徴は以下の通りである。

第2条：各縣市でハンセン病患者もしくはその疑いのある者が見つかった場合、その家族もしくは同居者が当該地の衛生管轄機関に申告しなければならない。指定医の検査により病気が確定した場合は指定の隔離療養所に強制隔離し、治療管理を行って病気の蔓延を防がなければならない。その方法は別途定める。

第4条：医師が患者をハンセン病と診断した場合は2日以内に当該地の衛生管轄機関、行政長或いは警察に通報しなければならない。またハンセン病患者あるいは疑いのある患者を発見した場合もこれに同じである。

第8条：省衛生處指定の医療院における収容治療をのぞき、ハンセン病患者は他のいかなる医療機関においても許可なく収容されてはならない。

第12条：本規則の第2条、第4条、第8条の規定に違反した者は、これを行政執行法に基づき処罰する。
(下線は筆者による)

国民党史には1945年に台湾を接管した段階で衛生に関しては、〈臺灣接管計劃綱要〉第76条において、衛生政策のもっとも重要な原則は戦前からの「維持」であることが明記されている⁸¹。その方針を踏襲した形で公布された1949年の〈防治規則〉の骨格はやはり患者の強制隔離にある。この〈防治規則〉公布後は入所者たちがいうところの〈大収容時期〉となり、表2でみたように収容者数が一気に増加していく。

1962年公布の〈臺灣省癩病(癩瘋)防治規則〉⁸²は、一般に強制収容を廃止し、外来治療を推進したものと言われるが、いくつか注意すべき点がある。すなわち第4条、第5条では患者を「開放性」「非開放性」に区分し、「開放性」の場合は隔離が必要とされ、また「非開放性」であっても後遺症の有無によって、就業があらかじめ制限されている点である。

⁸⁰ 劉集成 (2004) pp.243-244 附録2

⁸¹ 沈雅雯 (2011) p.21

⁸² 劉集成 (2004) p.245 附録3

第4条：開放性ハンセン病患者は当該地の衛生管轄機関の指定する療養院において入院治療を行わなければならない。治療後、特別皮膚科外来での治療が認められた場合はすぐに退院し、所在地の皮膚科外来で治療を行わなければならない。前項指定の療養院が満床の場合、開放性患者は暫時隔離し、特別皮膚科外来で治療を行う。ただし当該地の衛生機関は必要に応じて定期的に患者宅に出向き、隔離および消毒技術を指導すること。

第5条：臺灣省立樂生療養院から明確に非開放性と証明された患者は、就学、就業において一般人と同じ待遇を受けることができ、差別されてはならない。

非開放性患者であっても、変形、奇形あるいは傷口が残っている場合、飲食業あるいはその他公衆衛生に直接影響する職業に就くことはできない。（下線は筆者による）

表4は沈雅雯（2011）がまとめたこの時代の法律改正年表を筆者が訳して整理したものである。これをみてもわかるように、台湾の1950年代から1960年代にかけてのハンセン病に関する法令は、基本的に1949年の〈防治規則〉に修正を重ねてきたものである。2008年8月に馬英九政権が公布した〈漢生病病人權保障及補償條例〉では、その第5条において、1945年10月25日から1962年3月31日までに樂生院に入所した人に対しては1年ごとの補償金は12万元（台湾ドル）であるが、1962年4月1日から1982年12月31日に入所した患者は8万元である。これは1962年までに入所した患者に対しては「病気によって自由を拘束された」ことに対する補償、1962年以降1982年までの患者に対しては「特効薬を使用して治療しなかったこと」に対する補償であり、金額も異なっている。

これは新しい政策によって強制隔離を受けなくてすむようになった人々のおかれる「環境」が変わったのであり、「1962年より前は強制隔離制度と社会の偏見によって二重に隔離された状況であったものが、1962年以降は偏見の残る法規がさらに患者の社会と家庭への復帰を難しくした」⁸³と考えられる。

樂生院史や犀川の記録にもみられるように、法律が改正された1960年代は病気に対する社会的な偏見や患者に対する差別がまだ濃厚に残っていた時代であり、法律を改正したからといって人々の意識がすぐ変わるものではない。偏見や差別を解消するにはそうしたものが作られていった過程と同じくらい長い時間が必要である。改正された法律内容も中途半端なものであったが、なぜそのような内容になったのかについては、法律改正の過程が現実の後追い状況であったことをみていなければならない。

⁸³ 沈雅雯（2011）pp.6-7

表4 戦後1960年代までのハンセン病関連法規の変遷

公布年月	関連法規	内 容
1944. 12. 06	国民党政府が〈傳染病防治條例〉35条（ハンセン病は含まれていない）を制定	この条例は急性伝染病に重点を置いたもので、ハンセン病は慢性伝染病のため規定に含まれなかった。1999年に修正された伝染病予防法では伝染病が4分類されており、ハンセン病は第3類とされている。2007年に国際衛生条例に依拠してハンセン病を伝染病から除外した。
1948. 10. 20	〈癩預防法〉〈癩預防法施行細則〉〈癩預防法臺灣施行〉を廃止	1948. 10. 20から1949. 02. 12に〈臺灣省癩瘋病預防規則〉が公布されるまでのこの期間、国民党政府は強制収容政策を進めたが、この期間の強制収容には法的根拠はなかった。
1949. 02. 12	〈臺灣省癩瘋病預防規則〉公布	第2、第4、第8条には「強制収容」がもりこまれ、違反者には法的処罰を加えることが強調されている。第2条には「本省の各縣市において患者あるいは感染疑いのある者を発見した場合、その家族もしくは同居者が現地の衛生機関に申告しなければならない。指定医の検診によりハンセン病感染が確定した場合は指定の隔離施設に強制隔離して管理治療を行い、病気の蔓延を防がなければならない。」と明記され、これが国民党時代の強制収容の法的根拠となった。
1950. 06. 07	〈臺灣省癩瘋病預防規則施行細則〉公布	
1955. 05. 09	〈臺灣省癩瘋病預防規則〉第2条条文の修正	第2条に「強制収容された患者が治療により全快、あるいは病状が軽快し細菌検査の複数回にわたる結果が陰性の場合は退所しなければならない」という条文が加えられた。この修正が行われた理由は当時楽生院が満床であり、すでにすべてのハンセン病患者を収容する余地がなかったことが主因である。
1955. 10. 13	〈臺灣省癩瘋病預防規則〉第2条条文の修正	
1956. 04. 21	〈臺灣省癩瘋病預防規則施行細則〉第6条第6項、第9条第2項の修正	第6条第6項：「病人が泊まった部屋は衛生機関が責任をもって消毒した後で使用可とする」 第9条第2項：「ハンセン病患者は自主的に楽生院で治療を受けることを奨励する」
1962. 03. 17	〈臺灣省癩病（癩瘋）防治規則〉公布	〈臺灣省癩瘋病預防規則〉および〈臺灣省癩瘋病預防規則施行細則〉を合併

(資料出所) 沈雅雯 (2011) p. 124

5-2. 議会における応酬

では、そうした中途半端な内容で決着をみることとなった政府議会における質疑応答はどのようなものであっただろうか。

1950年代に軍患が増加し、楽生院の治安が悪化していることについて、省議会では頻繁に衛生處が楽生院に軍を派遣して管理することが建議されている。また1961年に陳宗鑑院長が省議会秘書長の陳翔冰にあてた公文書において、「もし患者の隠匿をさせないようにするのであれば、軍警察を動員する必要がある」と述べており、沈はこれを「国民党がハンセン病対策に軍の力を使おうとしていた重要な事実である」⁸⁴と分析している。戦後の楽生院は軍からの圧力によって軍患が増加したが、それによって生じた内部の管理問題を軍の力を借りて解決しようとしていた。

1962年に〈臺灣省癩（癩瘋）病防治規則〉が公布される前後の議会で楽生院について語られてい

⁸⁴ 沈雅雯 (2011) p.24 (1950年省議会、1951年、1952年参議会、1961年省議会記録)

る内容はこの病気に対する憂慮と排斥である。例えば省議会の記録から見えてくるのは「樂生院は患者を勝手に外出させるべきではない」、「患者が公共交通機関を使うことの是非」、「樂生院のベッド数不足は増築によって解消すべきか」等の内容が検討されている⁸⁵。1955年になると、政府も過去の伝統的なハンセン病政策のあやまりを変えようという意識はみえるようになってくるが、1962年にいたるまで省議会では「なぜ患者を外出させるのか」という議論が延々と続けられていたのが実情のようである。また患者の外出については一般市民からの苦情がたびたび行政府や議会に寄せられている。これは当時の社会において長期にわたる病気への誤解や偏見が拭い去れていなかったことのあらわれであり、患者を強制的に隔離すべきかどうかという点について、政府と社会における合意形成ができていなかったということでもある⁸⁶。

1955年に発行された『臺灣省立樂生療養院二十五周年特刊』（臺灣省立療養院編）の予防科外来診療の記述では、WHOの1952年の専門家会議をとりあげ、これまでの経験から世界的に隔離から外来診療への道を模索していることが書かれている。ハンセン病の発見が難しいこと、また隔離制度は患者を適切な時期に治療を受けず水面下に潜伏させる危険性が高いこと、そしてまた「すべての患者を療養院に隔離し、それを維持していく経費は容易に解決できない問題」とであると書いている。そして次のように述べて、このときすでに外来診療への移行の必要性を示唆している⁸⁷。

「専門家の推測によれば台湾には5,000～8,000人の患者がおり、そのすべてを隔離するには樂生院規模の療養所を最低10か所は必要とし、その維持経費は現在の樂生院経費から計算して毎年少なくとも2,000万元はかかる。こうした莫大な建設費と維持費は政府の財政負担できるところではなく、ましてや大陸の100万にもものぼるハンセン病患者にどう対応するのだろうか」⁸⁸

樂生院の陳宗鑒院長は1962年の予防法制定を推進していくにあたり、1961年の臨時省議会で「強制収容政策は数十年にわたり効果が薄く、軍警察を動員して強制隔離しても樂生院にはすでにベッド数が不足している。従って強制隔離政策のほうを廃止するのだ」と述べている。また経費不足と患者の逃亡問題もこの政策の背景には存在している。1956年の臨時省議会において省政府衛生處長顏春輝が省議員許世賢の質疑に対し、「6,000～7,000人をすべて療養院で治療するには現在の10倍以上の経費がかかる。人数も多すぎて隔離を徹底できない。強制隔離して療養院にいれても脱走を防がねばならない。感染力の強い患者のみを樂生院で治療するようにするほうがまだよい。」と答えている⁸⁹。また樂生院側も予防法改正を申請する理由書のなかで、軍警察を動員して患者を隔離しても、政府の経費が不足することを挙げている。

⁸⁵ 沈雅雯（2011）p.29（1954年、1956年、1957年、1960年の省議会の質疑応答記録）

⁸⁶ 沈雅雯（2011）p.29

⁸⁷ 樂生療養院編（1955）pp.35-36

⁸⁸ 樂生療養院編（1955）p.36

⁸⁹ 沈雅雯（2011）p.30

「本院規模の療養院を10か所以上開設し、各療養所が1,000人計算で患者を収容すれば隔離は可能だが、政府は60億以上という驚愕的金額を建設費や設備費として負担しなければならないだけでなく、毎年その維持費に少なくとも5,000万元以上はかかることになる。その経費を負担する財力が現在の政府にあるのか。強制収容を徹底して行う方法についても甚だ疑問である。」⁹⁰

上記は5年前の1955年の楽生院特刊と維持経費以外ほとんど内容も書き方も同じであり、楽生院が1950年代半ばの段階から繰り返し強制隔離政策をこのまま続行していくことの「限界」を述べてきたことがわかる。沈は議会での応酬などをみると、この当時国際学会などで新たな研究発見があった、あるいはハンセン病に対する理解や同情などを出発点としたのではなく、1962年の〈防治規則〉の成立は結果的に実質的な管理上の問題だったと結論づけている。すなわち①新たな療養所の建設や増設は地元の反対に遭う、②すべての患者を捜索し隔離することは実質的に困難、③政府の財政難は強制収容の要求に応えられない、という3点の理由から強制隔離政策を廃止して、実利的な方向性に変えるべきとの結論に至ったというのである。この時期の国民党政府にとって強制隔離の廃止は単に国際的な潮流にのるばかりでなく、患者管理においても最適であったと同時に政府の威厳も保持することができる方法であった⁹¹。5-1. でみた法令内容の中途半端な決着は、時代がまだそこまで動いていなかっただけでなく、政界における妥協の産物であったからだともみること可能である。

5-3. 患者をとりまく状況

2-2. でみたように、陳宗鏐院長は楽生院着任後、患者をなるべく退院させる方向に動いている。しかし実際には日本時代から続いた隔離政策の影響により、社会全体で形成されたこの病気に対する忌避や患者への差別・偏見はひどく、軽快退所をしようにも就職もままならず、就職先を探すために院を出ても公共交通機関を利用することすら難しかった状況にある。犀川の記録にもあるように、1960年代になっても世間のハンセン病に対する偏見や迷信は、患者の社会復帰を大変困難な状況においていた。

楽生院史には1954年に患者の投票権が回復され、1956年に選挙に参加したことが書かれているが、この公民権の獲得についても陳宗鏐院長の度重なる要請に対し、地方政府はそのたびに技術的に困難だという理由で引き延ばしをはかっていた。1954年の〈聯合報〉記事には実際に投開票を担うことになる臺北縣政府と鎮公所が「患者が身分証をもっていない、顔面腐乱により写真をとることができず、本人確認ができない。これでは選挙法違反となってしまう」「投開票の管理は鎮公所の職員があたることになるが、職員が感染を恐れて楽生院に行きたがらない。管理担当者の派遣は一大問題だ」と述べている。また1956年の記事では戴德發臺北縣長が楽生院を訪問した際に「患者の恐ろしい状況をみると投票などできるわけがない。省に申請したとしても民政庁が認めるわけが

⁹⁰ 楽生療養院（1960）p.31

⁹¹ 沈雅雯（2011）pp.30-31

ない」と語っており、実際に投票にこぎつけるまで、現場では相当抵抗があったことが窺える⁹²。

またこの投票権について范燕秋は1958年に樂生院が制定した〈住院患者管理辦法〉の条文が入所者にさまざまな行動制限を加えるものであり、「選挙には喜んで参加し、本院の最高投票率記録を維持すること」などと書かれた細かい行動規範などをとりあげ、入所者に投票権はあったものの、院側が投票する人物を指定するなど「人権はあっても主権はない」状態であったと述べている⁹³。

さらに范はこの〈管理辦法〉により、閉ざされた空間の中で院が患者に対して行う各種医療薬物の絶対的正当性や合法性について、たとえそれが患者の身体に重い障害を与えるものであっても患者には抵抗が許されず、1950年以來の米国式医療の名のもとに患者が犠牲になることも少なくなかったと述べている。院側の医療行為は強制的なもので、従わなければ退所あるいは食事を減らすと恫喝する形で患者を服従させ、DDS導入時の服用量調整ミスによる犠牲者をはじめ、60年代半ばの「人体実験」など院の医療スタッフに対する入所者の不信は深刻なものだったという⁹⁴。専門医がいなかったことも大きな原因のひとつであろうが、樂生院で犀川の矯正外科手術を望む患者が殺到したことや、入所者がわざわざ院外のTLRA 関連外来診療所での外科手術を希望して院を出るケースがあとをたたなかったことから当時の医療スタッフの技術やスタッフ自身に対する不信感が根強かったことがわかる。

またこの時期の患者に対する差別や偏見として特筆しておかなければならないのは、医療従事者による患者への差別や偏見である。院史には国民党政府が樂生院を接收して以降、常に医療スタッフが不足していたことが書かれているが、その原因は繰り返し書かれている。また医師ばかりでなく、看護師についても記述されている部分を抜粋する。

- ・ 現地の医療者のこの病気に対する偏見が強く、募集しても人員が集まらなかった。(pp.84-85)
- ・ 仕事も多く無味乾燥で待遇は低い。設備も遅れており医師が樂生院での就職を忌避し、見つかっても長続きしない。(pp.111-112)
- ・ 問題は職員不足を中央政府が重視しておらず、専門医が樂生院で仕事をしなかったことである。外科医が台湾において不足したことはないが、樂生院では常に不足していた。要するに医者自身がハンセン病に対する理解不足で知識をもっていなかったのである。(pp.120-121)
- ・ 日本植民地時代、台湾で専門的な訓練を受けた看護師は少なく、とくにハンセン病院などでは成長期の少女たちがお金のために15歳前後で樂生院に入り、そこで自主的な訓練を受ける。しかし訓練の過程で学ぶのは専門的な医学や看護知識ではなく、隔離政策の影響によるハンセン病への恐怖心である。たとえば消毒溝やマスクなどもその一例である。こうした日本植民地時代の規定は台湾接收後も続き、戦前の樂生院で訓練を受けた看護師たちもそのまま残ったため、古い観念は一朝一夕には変わらず、生活の一部となっていた。(pp.140-141)

⁹² 沈雅雯 (2011) pp.53-54

⁹³ 范燕秋 (2010) p.231

⁹⁴ 范燕秋 (2010) pp.211-215

犀川の記録には1960年代半ばに台南で患者の一般診療を同窓開業医に頼んだところ、「戦前に教育を受けた医師」たちがなかなか承知しなかった経緯と、若い医療者の自殺の話が書かれているが、これらも当時の医療関係者たちの病気に対する無理解と忌避を端的に示すものであろう。患者にとって医療者は病の苦痛を取り除いてくれるはずの最後の砦である。こうした医療従事者の偏見が一般人の差別や偏見を助長するものであったことは想像にかたくない。

2-2. でみたように、楽生院では1950年代に入って一気に入所者数が増え、トラブルも増加している。1956年5月に院外のハンセン病患者が公開連名で新聞社に投書し、「楽生院が我々を受け入れない」と訴え、楽生院からの回答を求める記事が掲載された。それに対し楽生院側からは「本院は政府が定める500床の無償収容定員枠がすでに満床となっており、収容を停止せざるを得ない」こと、また「本院はハンセン病患者の隔離に責任を負わねばならない立場であるが、すべての経費予算に限りがあること」を主な理由として回答⁹⁵している。またおそらく同じ患者たちが、臨時省議会に対し、「我々は不幸にして罹患したが、療養院で適切な治療を受けることを拒まれた。誰がこの責任を負うのか。また我々が健康者とともにいることで、病気を感染させてしまうことはないのか」と請願書を提出している⁹⁶。こうしたことから楽生院がこの時点ですでに新たな患者を受け入れる余地を失っていたことがわかる。

先述したように院史には人体実験の記述はなく、陳宗鏐院長の政治手腕についてはかなりプラス評価の記述が多い。それに対し、同じ内容の事柄について「人権」に焦点を当てた研究論文ではかなり批判的に捉えられている。たとえば「職業治療」について、院史では「患者にとって収入の道を与えるもの」と書かれているが、一方では「院に経済的余裕がない時期に、外部に頼むよりは内部解決できる一石二鳥の方法であり、しかも患者に報酬を与えることで患者を管理しやすくなる重要な仕掛け」と捉えている。患者自治組織についても院史で患者に「自治」を与えるものとされながら、一方では「職員不足を解消し、自治の名のもとに患者たちの相互監視の役割をもち、“指導員”との関係で物資の配給などに影響があった」⁹⁷とされる。この時期、患者たちも面従腹背で指導員への賄賂などを使って自分たちの生活欲求を満たしていたことや、院内の有菌・無菌の境界線は、差別・非差別の境界でもあるが、入所者たちはただそれを受け入れるのではなく、警察の手の及ばない賭場を開くなど、法律も及ばない一種の聖域と化すことで「有効」活用していたことなど、検証すべき点は多い。

1957年末、楽生院の入所患者100人余りが連名で、陳院長は「専制独裁で患者の生死を顧みない」と新聞に投書する事件がおこるなど、治癒者の社会復帰問題は複雑であった。彼らは無菌者となった者に対する退所勧告を暴挙とみなしたのである。これに対し院側は、こうした投書が「退所を恐れる者たちの所業」であり、法令の執行にあたって「無菌者は退所することになっている。当院は

⁹⁵ 范燕秋 (2010) p.197

⁹⁶ 沈雅雯 (2011) p.35

⁹⁷ 沈雅雯 (2011) pp.47-48

治療機関であり養老院ではない」と反論している⁹⁸。

陳威彬の研究では、樂生院が台湾政府に接收されたこの時代は治療の変遷がもたらされ、ハンセン病が治る病となってきたこと、しかしそれが患者に対する人々の差別意識の解消にはつながらず、そうした社会的要因が樂生院を患者にとって最終的な砦として社会からの「逃げ場」に変え、治療の場であるべき療養所からその役割を変容させたと述べられている⁹⁹。入所者たちの「精神的な救い」のために礼拝堂や仏堂が整備されたのがこの時代であることを考えると、治癒しても社会復帰が難しく、樂生院を終の棲家とするしかない患者たちの状況を反映したものと考えられる。

5-4. アメリカの衛生支援

范燕秋は、この時期の台湾における隔離政策撤廃への過程をアメリカからの支援に視点を置いて考察している。とくにアメリカによる衛生支援計画（U.S.AID Health Program）が戦後台湾のハンセン病政策に大きな影響を与えたことに注目し、台湾が戦前の「ドイツ・日本型」医学から戦後「アメリカ型」医学に移行していく過程ととらえて分析を加えている。

1950年の朝鮮戦争後、アメリカは国民党支援を決め、軍事的・経済的支援を通して台湾の防衛力を高め、台湾の社会的安定をはかろうとした。医療衛生については〈美國共同安全總署駐華分署〉（以下、安全分署MSM/C¹⁰⁰と略）が公共衛生政策の柱を提示しており、「国防や経済の安定に資するものであること」が二大原則だということが示されている。この原則のもとにアメリカの〈衛生計画〉におけるハンセン病に関する項目では「実情からいうとハンセン病は衛生問題の主要な課題ではないが、社会的、宗教的、道徳的な問題を孕む複雑な課題であり、注意して取り扱う必要がある。台湾には5,000人の患者がおり、診療施設もまだ水準が低く、患者にとっては大きな問題であるため、適切な治療が行われるよう着手しはじめている」と書かれている¹⁰¹。

1950年代にはいと、ハンセン病はすでに治る病気として、患者の基本的人権を重視する時代に移行しており、MTLは1953年にハンセン病の早期発見と予防に重点をおくことを提唱し、強制隔離からの離脱を目指していた。アメリカにとってハンセン病は軍勢力や経済問題とは直接関与する問題ではないが、宗教や道徳的要素で注目すべき課題であったということであろう。范はそれに対し、「当時の台湾社会の政治的状况からみて、ハンセン病政策変遷の内在的要因は“軍事的”“経済的”問題であり、旧政策の運用が直面した課題から考察していかなければならない」と述べ、樂生院が軍事的な圧力によって軍患の受け入れ拡大要求をのまざるを得なくなった経緯、さらに軍患の増加によりアメリカからの経済的支援を必要とし、1952年から1955年にかけて樂生院が6棟の病舎

⁹⁸ 范燕秋（2010）p.209

⁹⁹ 陳威彬（2001）pp.51-65

¹⁰⁰ Mutual Security Agency, Mission to China

¹⁰¹ 范燕秋（2010）p.189

を増設し、200床増やす結果となったことを述べている¹⁰²。

病舎増築により1956年の樂生院のベッド総数は925床となったが、表2でみたように1957年の入所者数は969人、1958年には1,070人に達しており、入所者増に増築が追いつかなかった状況となっている。樂生院の財政難は、アメリカから台湾軍部への経済支援が樂生院の軍患のための新たな病舎建設に使われ、さらにそれが軍患の収容者拡大につながることになるが、その経済的支援が人道的支援のためのものでなかっただけでなく、結果的に国民党政府を支援し、軍事力を安定させるものとなったことが指摘されている¹⁰³。樂生院ばかりでなく、各地で患者の隔離問題がとりあげられるようになり、台湾政府はこうした患者収容の現実的問題を解決するためには時代の潮流に乗り、隔離政策そのものを見直さざるを得ない状況に追い込まれていく。

この時期の台湾にはハンセン病の専門訓練を受けた学者や皮膚科医がおらず、外来診療では誤診も少なくなかった。このことは疾病予防を困難とする大きな原因にもなっていた。アメリカの〈衛生計画〉は1951年から医師を海外で研修させ、新たな医療知識や訓練を受けさせることを制度化した。この制度は1952年に法制化され、初の海外研修医として選出されたのが馬偕病院の趙榮發医師である。研修期間は1年、帰国後は元の職場で2年以上勤務することが義務化され、海外では「実習」を中心とし、習得した知識や技術が帰国後すぐ応用できることが目指された。趙医師は馬偕病院からの推薦を受けて1952年7月から香港大学と香港痲瘋協會所属の療養院で1年間の実習を受けた¹⁰⁴。帰国後は1953年7月から樂生院予防科主任となり、〈衛生計画〉規定により馬偕病院の特別皮膚科外来で週2回の勤務をこなしながら1954～1955年の2年間を樂生院で勤務し、このことも樂生院の外来診療に影響を与え、それなりの治療成績を残している¹⁰⁵。こうした成果をもって樂生院は開放的外来診療の必要性を認識し、時代の潮流に乗ることに決めたのだと范は分析している¹⁰⁶。

アメリカの「技術協力」は外国人専門家を顧問として招聘し、台湾人を海外研修に派遣し、第三国を訓練地として技術供与させるという三方向からの支援であったが、これにより陳宗鏐院長が招聘したのは欧米のミッシヨナリーであり、1955年に招聘したアメリカ人医師は臺灣痲瘋協會創設者の1人であった¹⁰⁷。范によれば、アメリカの技術協力は「まず政策転換に、次に関連する医療技術に影響を及ぼし、東南アジア国家の経験交流を促進し、またそうした国々にハンセン病予防効果を

¹⁰² 范燕秋 (2010) pp.190-198

¹⁰³ 范燕秋 (2010) p.194

¹⁰⁴ 香港には中国の共産化により大陸から大量の難民がはいり、その中に相当数のハンセン病患者がいた。犀川の記録にもみられるように香港のハンセン病対策は英国教会 MTL が主導し、外来診療や定期巡回診療を行っていた。

¹⁰⁵ 趙医師の在籍した1954年3月から1955年9月の樂生院外来診療部は417名（軍患204、一般213）の外来診療を行い、うち346名（軍患166、一般180）がハンセン病と診断された。346名の外来患者のうち191名（軍患104、一般87）が樂生院に入所し、67名（軍患16、民間41）は農復會による新薬と DDS によって治療し、88名（軍患46、民間42）は在宅療養となった（臺灣省立樂生療養院（1955）pp.35-38）

¹⁰⁶ 范燕秋 (2010) p.200

¹⁰⁷ 范は犀川医師もこうした招聘医師の1人だとしている。

示した」こと、そして戦前から台湾で医療活動を行ってきたミッシヨナリーが時代の変遷とともに「米国支援と密接に連携し、教会組織が米国支援をうまく活用するようになった」¹⁰⁸ことを特徴として挙げている。

また〈衛生計畫〉は樂生院の医療設備や外来診療制度に大きな影響を与えただけでなく、ハンセン病政策の転換を促し、政策執行にあたっての評価基準も設定した。1959年に省衛生處が〈臺灣省癩病防治委員會〉を設置し、予防政策の策定にあたることとなったが、陳宗鑑院長以外にも国内外の医学や公共衛生の専門家、また米国駐在代表や台湾大学医院長などを委員とし、その権威を高めた。また予防対策を省衛生處レベルにひきあげ、樂生院を予防センターに据え、委員会が省立医療院と協力して予防対策に協力するという権限を与えた。この委員会設置後、1960年に各地の衛生局が外来診療を拡大して特別皮膚科外来をおき、ハンセン病患者数を掌握し、予防成果の目標設定を策定した。樂生院は巡回診療と台湾全土のハンセン病資料を統一管理することとなり、こうした一連の成果として1962年3月の〈防治規則〉公布に至るのである。

范はこうした成果だけでなく、アメリカ支援による負の側面についても述べている。先述した樂生院における人体実験について、本来独立した医療機関である樂生院では米海軍の申し出を断ることもできたはずだが、やはり「アメリカと台湾の医学知識や権力に纏わる特殊な関係が台湾に断る選択肢を与えなかったのではないか」と考察している。1960年代はハンセン病の医薬品研究が急速に発展した時期でもあり、アメリカもアジア地区の熱帯病としてのハンセン病研究にはいり、樂生院は実験場となり、「台湾社会全体がある意味で健康危機や身体的支配を受け入れた」ことに他ならないと述べている¹⁰⁹。

このように、アメリカの経済的支援による樂生院の病舎増築は間接的に樂生院を外來治療へと導く結果となり、またアメリカの〈衛生計畫〉は医療人材を育成し、外來診療を充実させていく方向で台湾の政策転換を支えることとなった。この時期の台湾とアメリカの特殊な関係が台湾医学や医療制度に与えた影響についての研究は今後さらに深められるべきだと考える。

5. おわりに

本稿では戦後台湾が国民党政権下におかれて以降、1950年代から1960年代の20余年を中心に、樂生院の運営を通してハンセン病政策がどのような経緯で変遷してきたかをみてきた。台湾における樂生院接收後のハンセン病問題にはいくつかの大きな特徴がみられる。

まず第1はこの時期における台湾政府のハンセン病政策が、あくまでも患者隔離を基調としたものであったことである。1962年の予防法改正への道筋として、1950年代後半には強制収容から外來

¹⁰⁸ 范燕秋 (2010) pp.202-203 医療設備の更新には問題がなくなったようにみえるが、実際にはこうした医療機器を使いこなす医療スタッフに事欠き、1957年5月には監察機関から摘発も受けている。

¹⁰⁹ 范燕秋 (2010) pp.214-215

診療中心に切り替えられ、患者隔離が廃止されたように誤解しがちであるが、1949年の政策以降1962年まで強制隔離政策は継続されていたのであり、改正された62年予防法も患者を「開放性」「非開放性」に区別し、「開放性」患者に対しては隔離が継続され、「非開放性」であっても後遺症の有無によって就業制限が加えられる内容であった。入所者の証言録やインタビュー集を読んでも、この時代は周囲からの病気に対する忌避感や有形無形の圧力によって、患者が外来診療を中心として市井で生きていくのは相当困難であった。犀川の記録にもみられるように、1958年時点でも防治委員会の責任者が日本にならって隔離政策踏襲を考えていたほどであるから、軍患の急増で楽生院が満床になる事態がおこっていなければ、外来診療中心政策への切り替えが行われたていたかどうかは不明である。

第2に日本植民地時代の隔離政策の影響により、人々のなかにハンセン病に対する恐怖心が根強く残っていただけでなく、治療にあたる医療スタッフ自身が病気や患者に対する差別観や忌避感をもっていたこと、そのため楽生院が慢性的な医療スタッフ不足に陥っていたことである。この時代の医療従事者たちは楽生院で医療に携わることを忌避し、また自分の勤務先においても患者の一般診療に携わることを忌避した。また病気に対する教育が進んでいなかったために医療に携わる若者さえも迷信で命を落とす時代であった。医療従事者の無知と偏見は院内外で容易に重い人権侵害へとつながっていく。患者にとってこの時代がいかに生きにくいものであったかを推し量ることができよう。

第3に台湾と中国との特殊な事情により、1949年以降、国民党軍の患者を楽生院が受け入れざるを得ない状況になったこと、当初は受け容れを拒んでいた楽生院も軍や政府当局の圧力により、アメリカからの経済支援を受けることで最終的には軍患の受け入れを容認することになり、軍患数の増加により院の運営に多大な支障を招くことになったことである。さらに軍患増加による運営支障だけでなく、入所者間にも外省人、本省人間の大きな軋轢を生んだのがこの時代であることも指摘しておかなければならないだろう。そもそも外省人と本省人では言語問題が大きく、意思の疎通をはかることそのものが難しい現実がある。加えて軍人患者には軽症者が多く、また彼らには軍部からの生活支援もあるため、経済的にも外省人と本省人には開きがあった。退役後も彼らには退輔會による支援で仕事が斡旋されることもあり、軍人恩給がつくために毎月手にする金額も異なる。言葉の問題だけでなく、そうした生活の基盤、根幹にかかわるところでの待遇差は同じ生活弱者として入所している人々の間には容易に溝をつくる。この溝はその後の国賠訴訟や楽生院移転問題の際にも影をおとすこととなる。

第4にこの時期の医療スタッフ不足や人々の差別意識によって停滞していた医療活動の隙間を埋めていたのが海外から宣教のために台湾に来ていたミッシヨナリーたちの活躍だということである。戦前の台湾におけるミッシヨナリーの活躍は信仰に支えられた献身的なものであるが、この時期の台湾においても台湾痲瘋救済教会（TLRA）の活躍をはじめとして、台湾人医療スタッフにも見放されていたハンセン病患者をミッシヨナリーが様々な形で支えていた。犀川は「ハンセン病と

いう感染症の対策は、ボランティアの救済事業ではなく、その国の政府が国の責任において公衆衛生行政として実施すべき問題」と述べ、「公衆保健問題はとくにその国が主体的に行うべき」ものであり、「ミSSIONナリーは、その国の力がまだ及ばないときにこそ先駆者的役割を果たし、その及ばない部分を援助しながら国の自立を促すべき」であり、「国の行政が自主的に始動するようになれば、その働きを国に移行していく謙虚さがなくてはならない」との持論を展開している¹¹⁰。楽生院を支援していたミSSIONナリーたちがさらに僻地への支援に向かい、台湾の離島や山地などでも支援を行っていた点についても我々はさらに検証を進めていくべきであろう。

第5はこの時代における台湾とアメリカとの特殊な関係性である。アメリカは当初ハンセン病について「複雑で微妙な問題」という認識はもっていたものの、それほど重要視はしていなかった。しかし新患の発生率が高いこと、隔離による防遏があまり効果的に行われていないことから1960年代になるとハンセン病研究にも力を入れ始めた。1950年代半ば以降、楽生院は大陸からの外省人軍患の増加にともない、アメリカの経済援助で軍人収容のための病舎増設を行った。患者に対する差別や医療スタッフ不足が楽生院の運営をさらに困難なものとし、それによって台湾は結果的に「患者全員の強制隔離」という政策そのものを転換せざるを得なくなった。アメリカの経済支援が楽生院の病舎増築に使われ、入所者増に病舎増設が追いつかず、それが隔離政策からの離脱へと結びついたことはアメリカにとって「意図せざる結果」だったといえよう。またアメリカの「衛生支援計画」が台湾の医療人材育成に役立ち、それがハンセン病の外来診療へ功を奏したこともあげておかねばならない。

第6に陳宗鑒院長を例にあげるまでもなく、この時代の楽生院の運営においては現在よりも院長職の果たす役割や影響力が格段に高かったことがあげられる。さまざまな問題がおこっていた1950年代の楽生院では軍医であった陳院長でなければ、軍人を中心とする入所者間のトラブルや暴動を抑えることは難しく、抑えきれない状況が長く続いていれば、さらに事態が悪化していたことが考えられる。剛腕といわれ、たとえ独善的という評価がついたとしても、陳院長の政治的手腕や政財界への影響力、また彼自身がキリスト教徒であったことが欧米からのミSSIONナリーの支援を引き出し、この時代の楽生院の運営に大きな影響を与えたと考えられる。

以上のようなこの時代の特徴を考えるならば、台湾政府にとって世界的な隔離廃止の潮流にのることは、軽快者を退所させ外来診療によって新たな新規患者を入所させないことで入所者を減らすことができ、さらに隔離療養所の運営維持費という経済的負担軽減にもつながることから、一石二鳥どころか一石三鳥以上のメリットがあったと考えられる。そしてこの外来診療においてはアメリカの経済支援をはじめとしてミSSIONナリーたちの支持だけでなく積極的で実質的な支援も得ることができたため、これを利用しない手はなかったのである。つまりそこにあったのは人権意識の高まりや新たな時代を築いていくという意気込みなどではなく、戒厳令下という特殊な事情におかれ

¹¹⁰ 犀川 (1989) p.224

た台湾政府の都合や打算、妥協の産物としての外来診療中心政策への転換だったといっても過言ではない。

本稿ではミSSIONナリーの活躍やアメリカの支援について考えていくにあたり、欧米文献資料の読み込みを行っていない。また先行研究や中国語文献のなかで、入所者証言集などからの記述は割愛している。使用した資料は限られているが、研究者の立場によって史実に対する解釈や記述が大きく異なることも印象に残った。これらは今後の課題として次回の研究につないでいきたい。

【日本語文献】

- 犀川一夫（1989）『門は開かれて：らい医の悲願—四十年の道』（みすず書房）
——（1996）『ハンセン病医療ひとすじ』（岩波書店）
城本るみ（2011）「台湾のハンセン病政策に関する覚書き—樂生療養院設立の時代的背景—」（弘前大学人文学部『人文社会論叢』（社会科学篇）第26号）
——（2013）「資料・研究動向にみられるハンセン病療養所樂生院」（弘前大学人文学部『人文社会論叢』（社会科学篇）第29号）
野島泰治（1973）『祈る：らい医師の海外紀行』（野島富美発行 非売品：国立ハンセン病資料館所蔵）

【中国語文献】

- 陳威彬（2001）「近代台灣的癩病與療養—以樂生療養院為主軸」（國立清華大學歷史研究所碩士論文）
陳歆怡（2006）「監獄或家？—台灣癩瘋病患者的隔離生涯與自我重建」（國立清華大學社會學研究所碩士論文）
陳永興（1997）『台灣醫療發展史』（新自然主義股份公司）
董英義・陳秀麗（2010）『台灣癩病患者的守護天使—戴仁壽醫師傳』（財團法人台灣基督長老教會台灣教會広報社）
范燕秋（2005）『疫病・醫學與殖民現代性—日治臺灣醫學史』（稻鄉出版社）
——（2009）「癩病療養所與患者身分的建構：日治時代臺灣的癩病社會史」（中央研究院臺灣史研究所『臺灣史研究』第15卷 第4期）
——（2010）「臺灣的美援醫療、防癩政策變動與患者人權問題，1945至1960年代」（國立臺灣師範大學臺灣史研究所『東亞近代漢生病政策與醫療人權國際研討會論文集』）
賴澤君（2007）「全球視野看癩瘋隔離制度與台灣樂生院運動」（國立臺灣大學建築與城鄉研究所碩士論文）
樂生療養院口述歷史小組（2011）『樂生—頂坡角一四五號的人們』（聯誼書報社）
劉集成（2004）『樂生療養院志』（臺北縣政府）
駱俊嘉（2006）「遺忘的國度—樂生療養院記錄片製作流程研析」（世新大學廣播電視電影學系碩士論文）
潘佩君（2006）「樂生療養院院民面對搬遷政策的主體性研究」（國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文）
——（2010）「樂生療養院院民近期搬遷問題—從漢生病人的生命經歷談起」（國立臺灣師範大學臺灣史研究所『東亞近代漢生病政策與醫療人權國際研討會論文集』）
沈雅雯（2011）「權力與抵抗—樂生療養院強制隔離時期（1945-1962）論述分析」（東吳大學政治學系碩士論文）
臺北縣政府文化局（2006）『行政院衛生署樂生療養院擴大調查研究—訪談記錄暨照片測繪圖集』
臺灣省立樂生療養院編（1955）『臺灣省立樂生療養院二十五周年特刊』
王文基（2003）「癩病園裡的異鄉人：戴仁壽與臺灣醫療宣教」（『古今論衡』第9期）
王文基・王珮榮（2009）「隔離與調查—樂生院與日治臺灣的癩病醫學研究」（『新史學』20卷1期）
行政院衛生署樂生療養院HP <http://www.lslp.doh.gov.tw/>
鍾聖雄（2007）「樂生願—台灣漢生病患的家園保衛戰」（國立臺灣大學社會科學院新聞研究所碩士論文）
莊永明（1998）『台灣醫療史—以台大醫院為主軸』（遠流出版）