

「国立ハンセン病資料館」の設置目的である 「名誉回復」について

成田 稔

はじめに

「国立ハンセン病資料館」（以下「資料館」）の前身は、1993年に開館した「高松宮記念ハンセン病資料館」である。「らい予防法違憲国家賠償請求訴訟」に国が敗訴し（2001年）、それを受け、「ハンセン病問題の早期かつ全面的解決に向けての内閣総理大臣談話」⁽¹⁾が公表された。その中の文言が「資料館」のリニューアルの契機となつた。

この談話の要点は、長い歴史の中で、ハンセン病の患者・元患者の経験してきた苦しみに、どのように応え、名誉の回復をどう実現するか、またハンセン病患者に対する施設入所政策が、人権の大きな制限、制約となつたことと、一般社会における極めて厳しい偏見・差別の存在とを深刻に受け止め、患者・元患者全員を対象として、統一的に対応する一方、新たな補償を立法措置により行い、名誉回復及び福祉増進のために、具体的な給与金（年金）の創設、ハンセン病資料館の充実、啓発事業その他を実施し、患者・元患者と厚生労働省との間に協議の場を設ける、などである。

こうして2007年、「資料館」はリニューアル・オープンするに至った⁽²⁾。

このあとに制定された「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」（2008年）⁽³⁾には、その第4章「名誉の回復及び死没者の追悼」の第18条に「国は、ハンセン病の患者であった者等の名誉の回復を図るため国立のハンセン病資料館の設置」云々と、「資料館」の設置根拠とその目的が明確に法文化されている。

ハンセン病にかかる名誉とは何か

（1）「らい予防法違憲国家賠償請求訴訟」

における熊本地裁判決⁽⁴⁾について

まず判決での「らい予防法」の違憲性に対する論告から、主要なところを抜粋してみる。

審理の要件として、遅くとも昭和35（1960）年以降は、すべての入所者及び患者に対する、隔離の必要性は失われていたとした。それにもかかわらず、伝染させるおそれがあると認めた場合には、入所自体を拒む自由のない入所義務を負わせ、入所した患者には在所義務を課した上に、極めて厳格な外出制限を定めて、違反すれば拘留または科料に処すとし、厚生指導の条項（第18条）はあっても、退所の規定はなかった。

このような隔離の現実は、憲法第22条第1項の「何人も、公共の福祉に反しない限り、居住、移転及び職業選択の自由を有する」という規定を、包括的に制限するものである。居住、移転の自由は、経済的自由の一環をなすとともに、奴隸的拘束などの禁止を定めた憲法第18条よりも、さらに広い意味での人身の自由という側面を持つ。そればかりか、自己の選択に従って、社会の様々な事物に触れ、人と接してコミュニケーションすることは、人が人として生きる上に決定的な重要性を有し、居住、移転の自由こそ、これと不可分の前提といわねばならない。

しかし隔離による人権の制限は、居住、移転の自由という枠内で、的確に把握しきれるものではない。また、らいの隔離は、通常極めて長期にわ

- (1) 「ハンセン病問題の早期かつ全面的解決に向けての内閣総理大臣談話」（『国立ハンセン病資料館ブックレット2 ハンセン病関連法令等資料集』国立ハンセン病資料館、2010年）198ページ。
- (2) 「リニューアルの概要」（『国立ハンセン病資料館年報 第1号 平成19（2007）年度』国立ハンセン病資料館、2008年）3ページ。
- (3) 注1に同じ、「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」239ページ。
- (4) 全国ハンセン病療養所入所者協議会編『らい予防法違憲国家賠償請求訴訟 2001年5月11日 判決 熊本地裁（第1次～第4次）』（全国ハンセン病療養所入所者協議会、2001年）「第二 新法の違憲性」473ページ。

たるが、それがたとえ数年ほどだったにしても、その患者の人生に決定的で重大な影響を与える。影響の程度や現れ方は様々だろうが、人として当然手にしているはずの人生のひろがり、つまり多彩な発展の可能性が大きく損なわれる。このような人権の制限は、社会生活全般にわたる。その実態は、単に居住、移転の自由の制限というだけで、正当に評価し尽くせたとはいせず、より広く憲法第13条に根拠を持つ、人格権そのものに対する侵害というのが妥当だろう。

なお、昭和35（1960）年以降においては、隔離の必要性はなかったと述べたが、昭和31（1956）年の「らい患者救済及び社会復帰に関する国際会議（ローマ会議）」、昭和33（1958）年の「第7回国際らい学会議」、昭和34（1959）年の「第2回WHOらい専門委員会」などの国際会議の動向からしても、「らい予防法」に基づく施策の違憲性は明白である。

このように判決では、「らい予防法」を違憲とする根拠として、憲法第13条の制限に主眼を置いている。

（2）憲法第13条

そこでまず、憲法第13条全文を示す。

憲法第13条 個人の尊重と公共の福祉

すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。

本条の、「すべて国民は、個人として尊重される」という前段と、「生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利について」以下の後段とは、一体として幸福追求権と解釈するのが通説である⁽⁵⁾。前段は単なる原理の表明ではなく、そこに力点をおいて、個人として尊重される権利、すなわち具体的裁判規範性を持つものと考える。後段は、個人の尊重を実現する上で、生命、自由及び

幸福追求のどれもが欠けてはならないという意味での例示である。

1960年代後半以降、「新しい人権」の問題がにわかに論じられ、その裁判規範的傾向は積極性を帶びてきた。すなわち個人の人格的存在にかかる新しい無名人権（名誉権やプライバシー権など）を包括的に保障する規定と理解され、法的効力を持つようになり、憲法第13条から導き出される新しい人権には、身体・生命関係、人格の尊厳関係、自己決定権、適正な手続などが含まれるようになった。

以上の憲法第13条に関する解釈から、「らい予防法違憲国家賠償請求訴訟」の判決に際して、特に重くみたと思われる権利事項を次に挙げる。

名誉権：名誉権は憲法上の基本的な権利であり、

名誉は人間の存在にとって根幹的なものである。個人の名誉権は人格権に基づき、人格権としての名誉権の保護は、憲法第13条によって保障される。

プライバシー権：自己についての情報をコントロールする権利と理解される。

自己決定権：個人的事項について、公権力によって干渉されることなく、自ら決定できる権利と考えられる。

いささか長くなったが、憲法第13条は、極く端的に表現すると、人間として幸福に生きる権利、ないしは、人間として生きる幸福を追求する権利の保障ともいえる⁽⁶⁾。

人格権については、「人間であれば誰でも、人間というただそれだけで、他の人間から人間にふさわしい敬意をもって、接してもらえる権利をいう」とするのがわかりやすい⁽⁷⁾。

（3）患者中心の医療

患者中心の医療とは、医療の専門家チームが、患者を、前節のような人格権を持つ一人の人間（個人）として捉え、患者に主体的なチーム参加を促し、そのニーズに応じた適切な医療を提供す

(5) 粕谷友介『憲法 改訂』（上智大学出版会、2003年）「個人の尊重と幸福追求権」111ページ。

(6) 日野秀逸『憲法がめざす幸せの条件 9条、25条と13条』（新日本出版社、2010年）「ごくふつうの人間像を前提に」32ページ。

(7) 渋谷秀樹・赤坂正浩『憲法と人権』（有斐閣、2007年）「幸福追求権②—新しい人権」240ページ。

ることである⁽⁸⁾。しかし現実には、医療技術の高度な専門化と進歩とによって、病気は診ても、それでいて病む人をみない傾向に陥りがちである。これでは患者の人権・諸権利の抑制につながりかねず、それに対する危惧が、インフォームド・コンセントを医療の実践段階における基本条件に据えさせた⁽⁹⁾。

インフォームド・コンセントを巡って、患者を中心とは対照的に、温情的かつ独善的なバターナリズム（温情的家族主義といつてもよい）がある。これをよく言い表しているのが、光田健輔の次の記述⁽¹⁰⁾だろう——患者が軽快した場合、外部に直ちに出さないで治療しつつ、院内必要の共存共栄の事業に関与せしめる。病の苦しみは同病者が最もよく理解する。その同病相隣れむの精神を病者の慰安事業に注がして兎角個人本位に流れ易い病院に一大家族的の親しみを發揮せしめることが必要である——。〈一大家族主義〉という言葉の裏にあるのは、すべての患者を無条件に集め、集めたら最後離さないとする家長（光田）としての本音であり、これは社会防衛上隔離を最善として、そのためには強制も当然だとする信念に基づく。恐らく光田には、癪を病んでいても〈人は人〉であるという認識が淡く、患者は条件抜きで人権を剥奪されているものとまで思っていたらしい⁽¹¹⁾。

ところで、1960年代から1970年代初頭にかけて、アメリカで、患者と医師との人間関係を巡って〈患者の権利と医師の義務〉という見地からの新しい生命倫理観が生まれた。インフォームド・コンセントのはじまりだが、その発展にはニューヨーク倫理綱領⁽¹²⁾が大きな役割を担った。医療訴訟におけるインフォームド・コンセントの

法理⁽¹³⁾は、簡略に、「患者に前もって話しておかなくてはならない前提条件」と、「患者の権利に対する医師の義務」といえる。しかし現実的に日本においては、インフォームド・コンセントを根付かせるのがむずかしい理由と現状がある。以下はそれについて考えてみる。

(4) 近代日本人にとっての「家」と「ムラ（世間）」

福武直による『日本社会の構造』⁽¹⁴⁾の中に述べられた特徴は、前掲の問題点に深くかかわる示唆を多く含むので、関連する部分を適宜抜き出す。

日本では、家族の中で生まれた子どもを、はじめから家を継ぐ長男、家を出る次・三男、他家に嫁す娘として育てた。家の構成員は、家のために存在し、家のために何かをなすという観念を、家長中心の統制をもとに正当化し、それによって家族生活が成立した。このような家族では、本人の欲求が正当かつ人間的なものであっても、それが家の枠から外れるときには諦めなくてはならず、家長の判断に対しては無理があっても服従するのが、家族道徳の根幹である孝行として強制され、家長中心の家族の和が保持されてきた。そしてムラ的な社会（世間と言い換えてよい）の中で、世間体や義理に縛られた親たちは、子どもたちに対して、慣習的道徳に反せず、出處進退をわきまえた人間に育つのを期待した。「他人様に笑われるな、恥をかくな」という躰の基本は、自己の判断によって行動し、自己の主張を貫くような自我の形成を、幼児の頃から早くも阻止していた。このような傾向は、修身教育を重視する学校の場においてさらに強化され、そうした環境に育った人が、臣民的陶冶を受けて実社会人に成長していく

(8) 都留伸子監訳『看護理論家とその業績』(医学書院、1991年)「フェイ・グレン・アブデラ 21の看護問題」94ページを参照のこと。

(9) 星野一正『インフォームド・コンセント 日本に馴染む六つの提言』(丸善ライブラリー、丸善、1997年)「医療訴訟の新しい裁判基準の模索」37ページ。

(10) 藤楓協会編『光田健輔と日本のらい予防事業—らい予防法五十周年記念—』(藤楓協会、1958年)「家族的療養所の建設」126ページ。

(11) 注10に同じ、「草津温泉視察報告」50ページ。

(12) 注9に同じ、「ナチスの虐行為とニューヨーク倫理綱領」38ページ。

(13) 注9に同じ、「インフォームド・コンセントの法理」44ページ。

(14) 東京大学出版会、1982年。

た。こうして近代日本人の生活態度は、「慣習の優位」と「権威への服従」という特徴をもつようになり、自主性と主体性の欠如を生んだ。これが「運任せ天任せ」^{ていかん}の諦観に連なり、「周囲が自分をそうさせた」という責任回避にもなった⁽¹⁵⁾。

家族主義的な体制下に成長した人間にとて、家族の外の社会つまり世間は、荒波の立つ憂き世（浮世）であり、その中で安定を保つには、世間にも家族主義を持ち込むよりほかなかった。これこそ、封建的な家族主義であり、そこでは自由で平等な社会関係が生まれにくくても当然だった⁽¹⁶⁾。

十五年戦争のあと、家族主義的な価値体系が身についていた日本人に、民主主義という新しい価値体系が持ち込まれたものの、敗戦後の経済的困窮下にあっては、民主主義的自由の発展に無理があった。自由は、とかく放縱に流れやすかったし、民主主義の基本としての人権の尊重も、正しい個人主義には発展せず、むしろ潜在的に培われていた、利己主義を顕在化させてしまった⁽¹⁷⁾。

以上のような状況下にあっても、日本の家族制度の構造的变化は急速に進展し、それは核家族化というかたちで現われた。特に、農村地帯における地主制度崩壊後の家格意識の低下と、それに伴う戸主の世帯主への転化も、家長と他の男子の優位的地位の差を崩し、少なくとも、家族内での女性の地位は格段に向上した。それとともに、結婚も当事者である男女の合意が重視されるようになった。この新婚夫婦単位の別居の進んだのが核家族化だが、日本全体からすると、新たな世帯の独立は必ずしも一般的ではなく、もし二世帯夫婦の同居が可能な住居のゆとりがあれば、農村部にあってはもちろんのこと、都市部の自営業者のような場合も、二世帯夫婦の同居は昨今でもむしろ普通だろう。なお、長男が家を継いで親の面倒をみることを、日本人の4割ほどが支持し、祖先を敬うという思いも7割を超えるとされるが、同族意

識は著しく緩み、いわゆるマイ・ホーム意識を強める傾向にある⁽¹⁸⁾。

これらの福武が指摘している事柄は、現在においても通じる部分が多いものと思われる。

(5) インフォームド・コンセントと日本の現実

上記のように、日本の「家」と「ムラ（世間）」においては、「個人の尊重」に基づく個人主義が発達しにくいことになるが、医療の面においてもこの性向が垣間見られる。例えば、がんの診断を、患者本人よりも先に家族に告げたり、「本人にはどう伝えるか（あるいは伝えないか）」と、告知について家族の意志に任せたりする場合は少なくない（むしろ多いだろう）。もともと、診断に関する患者の秘密情報は、それを患者自身に告げる際に家族にも伝える必要があれば、その同席の可否について患者の許可を得なければならない。しかしこのような告知の仕方は、日本の現実にはなじまない。何よりも患者自身が、家族を介した形での告知を望むし、ときには友人、かかりつけ医から、看護師らまで加えた形での「知らせ方」を願うこともある。それは、自己決定権や個人的自由を患者が口にすると、日本人はとかく違和感を持つからである。この違和感は、いうなれば「強がりもほどほどにしたら…」という非難めいた感じのものである。恐らく、患者を世話をするのは普通家族であり、その心理的、身体的、経済的負担を、まず患者は考えなくてはならないという思いが先に立ち、告知後の方途について、家族への相談もなく、患者が勝手に決めるこへの抵抗があるからだろう。患者が予後を知って、それへの対処を自己決定するという習慣が、日本にはない。もちろん家族にしても、病気の予後によっては当然負担が大きくなるから、何もかも承知しておきたいとは思うだろう。しかし、家族のこの思いそれ自体が、患者の自己決定権やプライバ

(15) 註14に同じ、「日本人の社会的性格」39ページ。

(16) 註14に同じ、「家族主義的社会構成」46ページ。

(17) 註14に同じ、「民主化とその限界」73ページ。

(18) 註14に同じ、「家族制度の解体と残存」116ページ。

シ一権を抑制するという発想は、日本人の中には至って乏しい⁽¹⁹⁾。

このような家族主義的な身内意識は、部外者を冷酷に扱う傾向に陥りやすい。そしてそのために起こる不穏な人間関係を、場合によっては極端に現わすのが世間である。

世間とは、自分が現にかかわりを持つ人びとの枠組みと、今後かかわりを持つだろう人びとの枠組みをいい、「世の中」とほぼ同義的に用いられる⁽²⁰⁾。世間の大きな特色は、排他的かつ差別的なところにあるが⁽²¹⁾、このありように照らせば、1951年に患者とその家族が、家に癪患者が発生したために消毒を予知されていた前日の夜に、一人を残して服毒自殺を遂げた山梨県一家九人心中事件⁽²²⁾は、まさに必然的ともいえる。それから半世紀ほども経った、「らい予防法の廃止に関する法律」制定の翌年（1997年）においてすら、恐らくは「家」と「世間」、そして隠喩的な〈悪いスジ（ハンセン病の家系と同じく無意味な言葉である）〉⁽²³⁾の見えない力に圧されて、ハンセン病を患う高齢の女性が、いたたまれずに自殺するという事件が起きた⁽²⁴⁾。女性の年齢は90歳、この高齢からして診断は家族も同席して告げられただろうが、本人はともかく家族が受けた衝撃は大きかったに違いない。治療の経過自体は良好だったが、家族や親族からの、伝染についての問い合わせが病院に相次いだ。それに対して医療者は、十分かつ相応な説明をしたというが、患者は遺書も残さずに、首をくくって果てた。恐らく患者は、家族の偏見や誤解に基づく過剰な反応に耐えかねたのではないだろうか。高齢とはいえた認知症だったようでもないから、家族の嘆きを知悉し、それを世間の言葉（〈悪いスジ〉）そのままに受け

止めていたとも思われる。報告者はこの事件を受けて、ハンセン病についての正しい知識の啓発を訴えているが、一途に世間の口を恐れる家族の本音——ハンセン病もらいもひとつにくくって〈悪いスジ〉と思う気持ち——を、建前としての正しい知識が果たして崩せるだろうか。

ハンセン病の伝染性は極めて弱く、日本の年間新患者発生数はせいぜい1、2人であり、薬で確かに治る病気である…ということまで知っているかどうかはともかく、化学療法の普及によって進行した病状を見ることもなくなった現在、恐ろしい病気という具体的な印象などは、持ちようもないだろう。今に残っているのは、前述の〈悪いスジ〉といった、根拠のない思念であって、その意味を尋ねても多分「理屈ではない」としか答えまい。こうした頑迷な日本人を相手に、ハンセン病についてのインフォームド・コンセントを行うとなると、生命にかかわる病気以上のむずかしさがあるように思える。

（6）「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」第18条について

法文というのは、畠違いの私にはとかくわかりづらいが、はじめに「国は、ハンセン病の患者であった者等」といふ「現にハンセン病の患者である者等」は除外しているようだが、〈悪いスジ〉といった差別意識が消えない限り、ハンセン病を巡る名譽棄損は続く。その意味では、この条文を「ハンセン病の患者・回復者」、できれば「及びその家族等」としたほうがよいのではないだろうか。

ある理論政治誌に、全国ハンセン病療養所入所者協議会（全療協）会長の体験談が掲載されてい

(19) 注9に同じ、「誰にいわゆる告知（病状説明）をするか」12ページ。

(20) 阿部謙也『「世間」とは何か』（講談社現代新書、講談社、1995年）「はじめに」3ページ。

(21) 阿部謙也『日本社会で生きるということ』（朝日文庫、朝日新聞社、2003年）「世間の機能」22ページ。

(22) 成田稔「国立ハンセン病資料館の役割（2）」（『多磨』多磨全生園慰安会、2010年4月号）2ページ。なお事件については全国ハンセン病患者協議会編『全患協運動史』（一光社、1979年）に詳しい。

(23) 成田稔「癪、ハンセン病をめぐる偏見と差別」（『国立ハンセン病資料館研究紀要 第1号』1ページ、ならびに同「国立ハンセン病資料館のこれから（1）」（『多磨』多磨全生園慰安会、2010年7月号）2ページを参照。

(24) 内宮礼嗣・島田洋子・川畠久・神保保・吉井恵子「ハンセン病は終わったか—ある悲しい報告—」（『日本ハンセン病学会雑誌』69巻1号、2000年3月）44ページ。

る。「私がハンセン病になったことで、家族も差別を受けました。妹は、私がいることで何回も結婚を断られました。最終的にはハンセン病のことを調べて理解していくながら、私と生涯いっさいの関係をもたないことが結婚の条件でした。私は、妹とは40年以上連絡をとっていません。家族にハンセン病患者がいたことを知られると困るということで、家族にも会えない、ふるさとに戻ることもできないまま、強制的に隔離された療養所で一生をすごす入所者が少なくありません。水面下でそういう生々しいことがいまもつづいているのです。だから差別の連鎖を断つといいますが、そういうドロドロとした差別と偏見の実態を療養所の中にいる人はいまだにかかえたままなのです。」⁽²⁵⁾何が名誉を傷つけているのか、この談話からよくうかがえる。

では「名誉の回復を図るため」に何をすればよいか。同条にある「国立のハンセン病資料館の設置、歴史的建造物の保存等」はよいとして、それに続く「ハンセン病及びハンセン病対策」という、病気とそれへの対策との異なる二つの主語を並べて、述語にあたる法文が「(ハンセン病の)歴史に関する正しい知識」とあるのは、本当は「ハンセン病の正しい知識」と、「ハンセン病対策の歴史に関する誤った認識」ではないのだろうか。さらにその後に続く「普及啓発」は、「正しい知識の普及」と、「誤った認識をただす啓発」とであってよい。

慣れない法文の読み違いかもしれないが、このあたりは対象とそれへの働きかけの方向をはっきりさせて欲しい。つまり、〈世間〉という日本的な人間関係の枠組みを配慮しながら……。

名誉回復のための「資料館」 —むすびにかえて—

これは一つの寓話である。
ぐうわ

ひとりの女子児童が、イジメを苦にして首をくくって自殺した。学校では、昼の給食はいつもひとりぼっち、仲間外れだと誰の目にもわかる状況だった。学校側によると、イジメはあったが、自殺との結びつきはわからないという。自殺した女子児童が、もしほかの小学校に通っていれば、そんな悲しいことにならなくてすんだかもしれないのに！…と、なぜ考えないのでだろうか？

何も原因がないのに、自分で死ぬ人などいない。この女の子は、首をくくるとき、涙を流していただろうか。もし涙の跡がなかったとしても、毎日こっそりと泣いて泣いて、死ぬときには心はもはや凍えていただろう。誰がイジメたか、誰がかけたか、誰が調子を合わせていたかを探るよりも、自殺した女子児童のそうした思いに共感するのが先である。

共感とは、相手と同じ気持ちになり、相手の立場に立って（役割取得）考えたりすることをいう⁽²⁶⁾。注意されるのは、11、12歳ほどの子どもでさえ、自分が悲しいだろうと思う相手の嘆きは、自分が想像している以上に深いのではないかと考えるとされることである⁽²⁷⁾。

古今東西を通して、「癩」ほど嫌われた病気はない。それであればこそ、「癩の宣告」を受けた人の心理的な衝撃は、まさに想像を絶するものに違いない。しかし、この衝撃のいっときが過ぎると、すべてを失い、すべてと別れる、人生の絶望的な痛恨に襲われる。そして、それらすべてを諦めようとする人の姿が、「資料館」にはある。

例えば第二展示室（癩療養所一出口の見えない隔離）を入ってつきあたりの壁には、幌のついた荷車に乗せられて、全生病院の収容門をくぐったばかりの男性患者の写真が展示されている⁽²⁸⁾。うつむき加減に目を伏せた無表情からは、悲しみに耐えるのが精一杯で、「今は何もみたくない」という切ない思いが、ひしひしと感じられる。

(25) 神美知宏・舒雄二「対談 ハンセン病問題—差別と偏見の克服へ國の責任を問う 基本法の全面的実施は急務」(『前衛』2010年11月号) 203ページ。

(26) 菊池章夫『思いやりを科学する 向社会的行動の心理学』(川島書店、1988年)「思いやりの心」79ページ。

(27) ホフマン, M.L. (菊池章夫・二宮克美訳)『共感と道徳性の発達心理学 思いやりと正義とのかかわり』(川島書店、2001年)「本当の共感的苦痛」80ページ。

(28) 国立ハンセン病資料館『国立ハンセン病資料館 常設展示図録 2009』(国立ハンセン病資料館、2010年)の表紙写真。

あとひとつ、小学校4、5年生らしい息子を、癩療養所に送る悲運に見舞われた母親が、手許に残す最後の1枚をと弟を間に挟んで撮った写真もある⁽²⁹⁾。眠りについた息子の肩を抱くようにして、気付かれまいと声を抑えてどれほど涙したことか。茫然自失とした母の表情からは、たとえようもない悲しみが痛いほど伝わってくる。

いうまでもないが、これらふたつの事例は、癩は不治といわれた時代のもので、癩療養所への収容は生涯の生き別れだった。残った家族は、その悲運に耐えねばならないが、さらに世間の目と耳をどう隠すか、世間の口をどう塞ぐかも大きな悩みになったはずで、家族を療養所へ送ったのを諦めたあとも解決できない不安が残るだろう。これこそ、前述の〈悪いスジ〉という世間口を恐れることの現実にほかならない。

しかもこの〈悪いスジ〉という、極めて非科学的な差別語が、多剤併用療法によって確かに治るハンセン病の時代に至っても、変わらず生き続けている。癩とハンセン病とは、病名は異なっても同一疾患を指すが、予後に関しては天地の開きがある。にもかかわらず、〈悪いスジ〉という認識からすると同じにくくなってしまう。しかも世間は、それを不可解なこととは思わないだろう。この場合に、家族の一人ひとりを、病気はともかく、個人として考えようとはしない。〈個人の尊重〉などは法律用語に過ぎず、世間の日常とは何の関係もない、ということなのか⁽³⁰⁾。

〈基本的人権〉も〈個人の尊重〉のどちらも、人は人でしかないことそのもののはずだが、そこを

誤った日本の癩（らい）対策の歴史の真実を、「資料館」の展示は雄弁に物語る。ここを訪れた人の多くが、癩（らい）対策の無謀を知り、そのために生まれた犠牲の大きさに心を打たれるだろう。さらに、心の拠り所を奪われた人びとが、肉親や友人に囲まれていたときの和みに憧れて、再度心の高まりを求めるよりも、子をなすことを拒まれた悔しさも心に沁みる⁽³¹⁾。

改めて思うが、来館者はここに現われない家族の苦しみを、「資料館」を一巡して感じ取れたろうか。それは、最愛の夫や妻、子どもを、「癩を病む」というただそれだけの理由で、強制的に奪われた悲しみばかりではなく、〈悪いスジ〉という悪意に満ちた衆目から、必死に逃れようとする苦しみである。もし、この苦しみに共感することができ、その原因がハンセン病の患者やその家族らを巡る私たちの思いの中にあることに気付けば⁽³²⁾、ハンセン病問題は自ずから解決する。「資料館」は過去の姿を展示するところから、今一步そこに踏み出そうとしている。

そうはあっても、殊にハンセン病患者・回復者とその家族らの被害者意識が、決して弱くはないこともよくわかる。ハンセン病が“普通の病気”になった今、このこだわりをいつときも早く捨てほしいが、何よりも私たち自らのうちに、こだわりを持たせる原因がある、つまり彼らを蔑む加害性に気付くのが先である⁽³³⁾。「資料館」を目指すものは、ハンセン病を根底に置きながら、あらゆる差別と闘うところにこそある⁽³⁴⁾。

(29) 国立ハンセン病資料館『ちぎられた心を抱いて——隔離の中で生きた子どもたち——』(国立ハンセン病資料館、2008年) 43ページ。

(30) 白井敏夫『部落差別をこえて』(朝日新書、朝日新聞社、2010年)「フォークソングの原点」30ページ。

(31) 河合達雄「“夜と霧”—20世紀への決別—2人の精神医学者のナチ強制収容所からの生還とその人生—」(『日本医事新報』No3948、1999年) 39ページ。

(32) 注26に同じ、「罪賊感」126ページ。

(33) 注29に同じ、「被害者意識をどう払拭していくか」168ページ。

(34) 部落解放研究所編『日本における差別と人権（第三版）』(解放出版社、1995年) 参照。