社会臨床雑誌

2005年3月26日　　第12巻第3号

はじめに ..... 日本社会臨床学会編集委員会 1

〈学習会「『暮らしの中の医療化』を考える」報告〉

学習会趣旨 2

発題Ⅰ　現代の医療化の課題 ..... 石川　憲彦 3

発題II　「発達障害」から見える「暮らしの中の医療化」 ..... 三輪　寿二 18

討論 22

〈論文〉

アメリカの優生運動研究ノート(Ⅰ)　なぜ優生学なのか? ..... 秋葉　聰 33

最近の「尊厳死・安楽死」推進の動きとその批判 ..... 古賀　典夫 57

「延命医療の中止」問題を考える ..... 篠原　睦治 61

不登校の子どもはどのように医療を経験しているのか ..... 東京シューレ 70

進路状況に見る学校教育制度の揺らぎと「日の丸・君が代」の強制徹底＜再掲載＞

..... 岡山　輝明 81

〈「映画と本」で考える〉

書評　青木純一著『結核の社会史』 ..... 関根　隆司 92

『子どもとゆく』を読んで ..... 原内　理恵 95

〈"ここの場所"から〉

東京都公立学校教職員に配布された「教職員のためのストレス問診表」

..... 岡山　輝明 99

編集後記 102

日本社会臨床学会第13回総会のお知らせ ..... 表紙裏

日本社会臨床学会第１３回総会のお知らせ

日本社会臨床学会運営委員会

日本社会臨床学会第13回総会を開催します。会員、非会員を問わず、どなたもご参加くださるようにご案内します。

日　程：　２００５年4月9日(土)・１０日(日)

場　所：　北区滝野川会館

（東京都北区西ヶ原1-23-3　TEL03-3910-1651）

参加費：　2000円

総会プログラム

4月9日(土)

11:00～12:00　定期総会

13:00～17:00　シンポジウムI　なぜ今、新しい「障害」概念が必要なのか？

—発達障害者支援法の背景—

発題：飯島勤(夢塾)、高岡健(岐阜大学)、三輪寿二(茨城大学)

司会：篠原睦治(学会運営委員)、平井秀典(学会運営委員)

17:30～19:30　交流会(参加費：3000円)

4月１０日(日)

10:00～11:30　記念講演　名付けること、測ることの暴力と誘惑

記念講演者：山下恒男(茨城大学)

13:00～16:30　シンポジウムII　暮らしに浸透する医療

—福祉・教育・医療の場から—

発題：石川憲彦(林試の森クリニック)、根本俊雄(NPO法人 SAN Net)、三浦高史(こどもの発達研究所)

司会：中島浩籌(学会運営委員)、竹村洋介(学会運営委員)

連絡先：日本社会臨床学会事務局：茨城大学教育学部情報文化教室林研究室

tel&fax：029-228-8314　メール：shakai_rinsho@yahoo.co.jp

はじめに

日本社会臨床学会編集委員会

左の頁をご覧ください。第13回総会のお知らせを掲載しました。2005年4月9日(土)・10日(日)に、東京都の北区滝野川会館で総会が開かれます。この雑誌を手に取られる皆さんは、おそらくすでに「社会臨床ニュース」総会特集号(No.56)がお手元にあるだろうと思いますが、もう一度ご確認いただければ、と思います。

今号は、2004年秋の学習会「『暮らしの中の医療化』を考える」(2004年12月12日)の報告を掲載しました。

今号では、この学習会の掲載の仕方を変えてみました。従来のように、司会の趣旨説明から、発題、討論までをひとつながりにするのではなく、趣旨説明、一つひとつの発題、討論をそれぞれに分けて改ページしてみました。やりはじめる前は何とかなるだろうと思っていたのですが、実際行っているうちに、いろいろに見えてきた問題もありました。それでも、独立した形で掲載してあるとそれぞれが読みやすくなっているようにも感じました。それで、読者のみなさんがどのようにお感じになったか、ご忌憚のないご意見をお寄せいただけるとうれしいです。

学習会の2つの発題は、石川発題「現代の医療化の課題」と三輪発題「『発達障害』から見える『暮らしの中の医療化』」です。これらの発題は、第13回総会のシンポジウムにつながっています。石川さんは、医療化を現代特有の問題ではなく現代的な特徴をもった医療化の姿があるのだ、と論じ、三輪さんは、医療・教育・心理の専門家、行政、私たち自身がともどもに医療化を促進していることを指摘しています。秋葉論文「アメリカ優生運動研究ノートI　なぜ、優生学なのか」は、３回連載予定の第１回目です。古賀論文「最近の『尊厳死・安楽死』推進の動きとその批判」、篠原論文「『延命医療の中止』問題を考える」は、秋葉論文と重なっています。安楽死や尊厳死に名を借りながら、とことんまで生命をつないでいく延命医療を放棄していく流れの中に、現代的な装いをもった優生思想がしっかり根付いている、そうした問題として、３つの論文はつながっているように思います。合わせてお読みいただければ、現代社会の優生思想的なあり方が、生命の質(QOL)の論理などともからみ合いながら見えてくるのではないか、と思います。あまりに先んじてこれらの状況が見えることがよいのだろうか、という篠原さんの指摘は、にもかかわらずそれを現実として受け止めながら私たちがそれにどう対していくかを真摯に考えなくてはいけないのだ、と感じます。朝倉・中村・須永・奥地の共著論文「不登校の子どもたちはどのように医療を経験しているか」は、不登校の子どもたちが、近年、再び医療の対象にされ、かなりの量の投薬を受けている状況に対して調査をもとにしながら問題点を明確に投げかけています。その意味で、本論文は「暮らしの中の医療化」という学習会のテーマと重なってきます。

前号本誌に掲載した岡山さんの総会発題部の図表が印刷不鮮明でしたので、今号に改めて掲載しました。読者のみなさんならびに岡山さんにお詫びするとともに、再度お読み頂けたら、と思います。

〈「映画と本」で考える〉には、青木純一著『結核の社会史』への関根書評、子どもとゆく編集部編『子どもとゆく』への原内書評を掲載しました。また、〈"ここの場所"から〉には岡山さんが、東京都公立教員への管理強化の一つとしてストレス問診票が闊歩し始めたことを報告しています。

さて、総会は会員、非会員どなたでも参加できます。みなさんの周りの方々もお誘いいただきますように。いろいろな意見をたたかわせ、納得したり持ち帰りにしたりしながら、総会を過ごせることを願っています。

2004年秋の学習会報告　学習会趣旨
「暮らしの中の医療化」を考える

学習会を始めるにあたって

司会(中島)：この学習会は当初9月に予定されていましたが、台風の関係で延期になり、本日ということになりました。台風の時は、当日の朝に延期を決めたので、うまく連絡が行き届かなかった面もありましたので、この場でお詫びしたいと思います。

「暮らしの中の医療化」というのは、この間僕たちの生活のなかに、PTSDをはじめ、いろんな医療的な用語が浸透してきて、それを巡る問題もいろいろ起きているという事態があります。さらに、用語が浸透するだけではなく、ADHDとかLDとかアスペルガーとか、実際に区分けされて、そのための教育も徐々に入ってきています。それらの問題をどう考えるかということです。私たちの学会は心理主義、心理学化ということに関してもずっとやってきたわけですが、それと同時に医療の浸透の問題もきちんと考えるべきではないかと思い始めました。その問題を考え深めていく契機になればと思って、学習会を用意させていただきました。

ADHDやその他の用語、あるいはそういう区分みたいなものに関する問題がひとつあるのと同時に、逆に僕たち生活している人々が、その医療的な用語を求めるようなこともある。さらに、それを求めていく背景には、当然社会構造の変化の問題もあると思いますが、そういう問題をどうとらえるか。そういう意味では、医療化というのは相当多岐にわたる問題だと思います。全般をここで考えるわけにはいかないかもしれませんが、個々にどういう問題が起きているのか、医療化にともなってどういう問題が起こっているのか、さらにそれが浸透しているということをどう捉えていくのか。そのことを考えていく契機になればと思っています。

今日は発題者としてお二人の方をお招きしていますが、こちらが石川憲彦さんです。石川さんは今年(2004年)から、林試の森クリニックという小児精神科のクリニックを始めていらっしゃいます。少し前までは静岡大学で講義をされていると同時に教育相談もやっておられたということで、皆さんもよくご存知だと思います。本もいろいろお書きになっていますが、最近書かれた『子どもと出会い別れるまで』という本が会場にもおいてあります。あとでご覧になってお買い求めいただければと思います。

石川さんのあとは、三輪寿二さんです。当学会の運営委員のお一人ですが、茨城大学で臨床心理学等々を教えてらっしゃって、その前は足立病院で相談業務もなさっていたということで、医療あるいは教育に関わったところで医療化の問題も考えていただけると思っています。

2004年秋の学習会「暮らしの中の医療化」を考える　　2004年12月12日　於：文京区勤労福祉会館

2004年秋の学習会報告　発題1
現代の医療化の課題

石川　憲彦

医療化の現代的なよそおい

すごいボリュームの資料になっていますが、これに添って話を進めようかと思います。医療化というのは3年くらい前から「社会教育学会」でずっとテーマになっており、私はメディカライゼーション(Medicalization)という言葉をそこではじめて聞いて、そこのシンポジウムでしゃべれということで、2年ほど続けてしゃべった内容が中心です。

いま医療化ということが社会学、とりわけ社会病理学を中心によく言われ、私は医療化というのが現代に特有の現象だと思っていないふしがあります。それはこのメディカライゼーションと書いた1ページ目の2番目(資料1：本稿末尾を参照。以下、資料はいずれも本稿末尾に一括して掲載してあります。編集者注)に書いたように、現代は確かに医療化というものが生活の隅々に根をおろしているわけですが、本質的には遠い昔から基本的に人間の生命(生と死)を操作する中心に宗教、医療、それにまつりごとというものがあって、それらが現代的な特殊なよそおいを帯びてきているだけだと思っています。

現代的なよそおいというのはいろいろありますが、たとえていうなら個人化、自己責任化、自己コントロールという格好で個人に責任が帰されるような形で医療というのが強力な働きを及ぼしているだろうと考えることもできれば、医療産業というのは非常に自己増殖する資本主義的な産業になっていて、その自己増殖のために再度新たな政治・経済・社会的な戦力と結びついて、医療というものを広げているという文脈でも考えられるだろうと思う。それをここに書いたように、今日は4つくらいにテーマを絞らせていただいて考えてみたい(資料2)。さっきから言いますように、医療化ということが進行しているという側面より、現代社会において、人の生と死を支配する問題が形を変えてきていて、医療化の現代的側面を語ることになるかと思います。

医療化の歴史的背景

日本的に言うならシャーマニズムのような形で、盥とかお祓いという形でも、医療の世界は人間を支配していた時代があるわけですし、それが神仙思想みたいなものを含んで道教というのも人間の倫理から意識を支配する形で、かなり医療思想と結びついて中国から入ってきたし、どちらが先かは別にして、仏教哲学的な宗教観や治療観も流入し、最後に一番強力になっている西洋医学が入って、それらが渾然一体として私たちを支配している、その支配様式を今日の医療が大きく変容させていると考えてみたいと思います。

その次の2枚のところは(資料3)、こういうことが「医療人類学」という本に書いてあった。ちょっと胡散臭い学問だと私は思っていますが、人類学的な立場から見ても、医療というものがあらゆる文化のなかで共通システムをもっている。これを見ていただくとわかると思いますが、この学問は人間の生命操作のなかで、予防的側面と治療的側面を含んだ多機能、重層的な課題を提起し続けてきたと思っています。課題として、こんなふうなことは相当前からいわれているということで見ておいていただければと思います。これは1970年代です。

昔医療は注目されなかった

歴史的な流れをたどってみると、じつは生と死において、宗教的術者が担う役割は大きかったと思います。それほど医療化が注目されていなかった原因は、次のページを開けていただいて、右側に人類の五大死因と書いたところにありますが(資料4)、だいたい長い生物学的な人類の歴史を通じてみれば、災害と戦争と疾病と飢餓と貧困というのが人間の死を支配してきた。このなかでは疾病よりも、他の死のほうが圧倒的に多い死であっただろう。災害のなかには動物に襲われるという事故まで含んで災害ととらえるならば、疾病というものの持つ比重が軽かった。その意味でメディカライゼーションの位置が過去には一見低く見えたことと思います。

たとえば創世記という旧約聖書の最初を拾ってみても、病気による死というのはほとんど出てこない。出エジプト記というイスラエルの民族の神話ができる前のメソポタミア神話では、病気という話はあまり出てこない。出てきても、いわゆる疫病(流行病、伝染病)と皮膚病への注目がほとんどで、あとはお産、難産という相当宗教的な、しかも出産あるいは生命力と絡んだ現象以外に医療の問題は意外と出てきません。

それが注目され始めるのは、イエス・キリストの時代くらいです。これはギリシアでも紀元前数世紀から、治療神アスクレピオスという人が急に注目を帯びだして、やがて有名なヒポクラテスが、その教団から生まれ出てくる。そのころアスクレピオスの教団というのは内科的・外科的な治療を主にしていたのに対して、精神性を重んじる遊行集団として注目されていたのが中近東を中心に活躍したイエス・キリストの教団だったと思います。

病が悪であるという概念の強化

このころから病が個人化されていく。それまで民族の歴史のなかで自然災害の生死の一部分だった病の問題が個人の問題となる。原罪や罪が個人化していく過程で、あるいはそれまでの古い封建的、古代的民族主義が形を変えて、新しい、ローマに象徴されるような別の世界支配形態に変わるところで、個人対集団というものの大きな変化のなかで、疾病観も大きく変遷していったと思います。やがてはご存知のようにローマ法王庁の許しを巡って問題が出てくるわけですが、このころから病が悪であるという概念が強化されていくと思います。それまではむしろ、死のなかの1つであって、封建時代のように掟に対する善とか悪とかいう概念とはもう少し違っていたもののような気がします。

近代になっていったん、その悪から人類が解放され、病からの解放ということでルネサンス以降の影響を受けた動きが出てきますが、この解放というのがたいへん恐ろしい束縛へもつながっていった。たとえば、カトリック教会から解放しようとしたルターという人は、封建的中世権力からの解放に対して信仰というのは聖書であるだけだ、聖書をわかるためには文字を読めなければいけない。だから、文字を読めない人は悪魔の使いにちがいないということで、いわゆる障害者は悪の手先のように悪魔、サタンと考えていくみたいな近代化への流れもあっただろう。

それまで病というものは、どちらかというと地域的、風土的な背景の中で理解されていました。結核という病は、ヨーロッパでネアンデルタール人などの遺骨から相当古い石器時代に見出されるが、中国あたりに見出されるのは比較的歴史時代に入ってからだ。日本はさらにそのあとというように、相当流れがゆったりしていました。地域病ではあったけれど、広がったり、広がらなかったりしていたわけです。日本で大流行を見たのは江戸末期から明治で、そのころヨーロッパではほとんど大流行が終わって、ほとんどの人が免疫を持つようになっていて、今でも感染性の強弱に体質的な差が残っている。

そういうゆっくりした歴史でしたが、大航海時代になると、なんとコロンブスがアメリカ大陸に行って、2、3年後に種子島に梅毒が入っているというように急速化するし、ご存知のように鳥インフルエンザは同日発生しかねないというような状況になっている。こ

ういう文化的変化が疾病観、疫病観を変えていきます。

近代の医療の中心になってきたのは疫病です。これは地域土着病であったものが、急速にその文化と接触した文化を襲うわけですから、まるで悪魔のように、いままで出会ったことのない人を滅ぼしていくわけです。この民族的な問題、つまり近代国家主義が、私たちの今日のメディカライゼーションの根底をなしていると、私は思っています。

感染症のなかで唯一、非常に生きながらえている病気は結核とハンセン氏病(ライ)であった。これが弱毒菌であるということは医学的には非常におもしろいテーマで、強い細菌の場合はものすごい勢いで人を殺しますが、こんなに長続きしない。人類とばい菌との関係というのは、一言で言うと、人間がばい菌と同じような生き物であるという、人間の根源としてばい菌のような存在があるわけですから、ほとんどのばい菌やウイルスというのは、人間にとって悪さをしない、あるいは一度悪さをしても人間が生きていくなかでお互いに慣れてきて新たな共生のルールを形成しあっていく。もっというと人間の体を作っている基本は、みんなばい菌とウイルスなわけですから、たまに相性が違ったり、いまいったように文化的に慣れ親しんだある伝統が崩れると敵対するというような関係だったわけです。それが国家主義の時代から、ライ予防法のたどってきた経過のような社会的差別へと転化される。

病の原因と外敵の発見

繰り返しになりますが、五大死因の中で病への注目が少ない時代が長かったわけです。ただし、儀式としての医療は、集団として、部族としてあるいは国家として、執り行われてきました。感染症の歴史は長くなるので省かせていただきまして、西洋医学がなぜ有力になったかというと、感染症の歴史に決定的な事態をもたらしたからです。それは病気の原因と外敵の発見、つまり人間、特に個体を襲う微生物の発見にあります。病気というのは気が病むわけですが、日本のシャーマニズム的にいえば、気というのはここにもあるし、体の中にもあるし、行き来するわけですから、病気というのは決して個人にあまり集約されるものではないものだった。それを個人化させた。西洋医学の歴史のなかで、たとえばハンセン氏病、結核の場合には1500年代くらいに、どうも病気の芽みたいなものがあって、伝染するというようなことがイタリアあたりで言い出されて、19世紀になってご存知のように顕微鏡が発見され、ばい菌が発見される。そこで可視化されたばい菌が人を襲う。外の敵が善なる人間を襲う。ここで、さっき言った聖書の世界と完全に逆転する世界です。悪なる人間だから、当然悪なる病気に滅ぼされるのが当然だというところが、内なる善なる幸せなる人間が、外からの恐ろしき悪魔的ばい菌によって襲われるという解釈にすりかえられる。その決定的証拠が19世紀にどっと近代化、産業革命のあと発見されます。しかも、原因が見つかっただけではなくて、ジェンナーの種痘に始まるような予防接種等、予防手段が、さらに20世紀の半ばになると、抗生物質というような形となって実際に目の前に出てくるわけです。

日本のなかでどう起こってきたかということは、一言だけ説明しておきます。日本では負けていった神様、大黒様が病の神様にされるような政治性は、シャーマニズム、アニミズムの世界から天皇制国家に引き継がれる時代にすでに出てきている。大国主命はウサギの皮をはがす伝説の土地、あのあたりと四国あたりの道後温泉などに行くと、温泉信仰と結びついた物語が紹介されている。それが徐々に道教的医学、仏教的医学を経て、それでもまだ地域医学の体をなしていたのが、解体新書や蘭学の導入、そして明治へ至る過程で、ヨーロッパがたどったものと同じような変化を受けてくると考えています。

ここらあたりから現代の課題に入るわけですが、とりあえず感染症に焦点があった。非常に雑ですが、とりあえず疫病であったもの、それが流行病、感染症となり、地域病から全世界的な病に広がり、しかも西洋医学がはじめてそのなかの致死的な病に対する勝利をおさめた。それまでの医学は、個人が医療によって救われるというような文脈をほとんど持ちえなかったわ

けです。集団によるお祓い、もう少し伝統医学による癒し、治癒観というものがあったにしても、西洋医学がもつ治療観はやはり独自のものです。

明治以後、疾患別死亡率の変移というグラフ(図1)のうち、左のはじの1920年というところを見ていただくと、死因のトップの1位になっているのが結核で、3番目にある丸印は肺炎です。この二つを見ていただくと、1940年は死因の1位と3位を占めているのが、急激に第2次大戦を境に変化して、1960年代には4位、6位と後退し、いまや2000年では最下位で、このあいだに他の病気も入ってくるわけですが、一応ここにある8つくらいが、つねに重大死因のほぼベスト10を走ってきたような疾患を主にあげてあります。なかに例外もありますが。

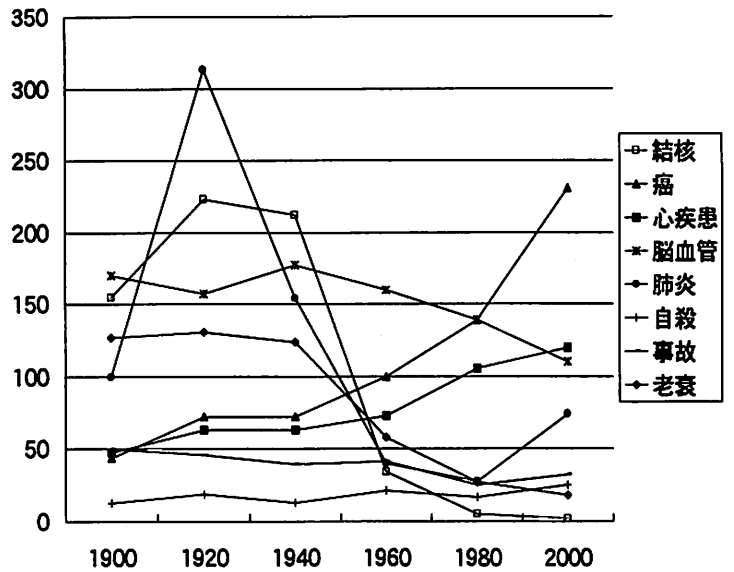


図1　疾患別死亡率の変移(1)
1900—2000 人口10万対

外敵から人間を守るのが医療という信仰

この変移は何かというと、結核と肺炎というのはばい菌、感染症によるもので、なぜ第2次大戦以後変化したかと言うと、当初の変化は抗生物質ペニシリンの発見にあります。ばい菌を殺す薬がアメリカで発見されたわけです。ところで、この両者の間の第2位は、ほぼずっと変わりないのは脳血管障害で、脳溢血や脳血栓といわれているもので、これはずっと変わらなかったけれど、これは高血圧に対するさまざまな管理方法が広まったこと、交通事故に対するいろいろな治療法などを含めて、多様な要因が絡んでいるのですがその解説は割愛します。さて感染症が減ってきたように見える原因は、じつは他のところにあります。感染症の減少も急激な変化でなければどうだったかというと、抗生物質が命を救ったというのは1940年代から70年くらいまでの話で、それ以外はじつは真実ではないだろう。

結論を先に言っておけば、抗生物質が発見されていなくても、いまの日本では感染症で死亡する人は非常に少ないと考えられている。なぜかというと、栄養状態がいいからです。ところで、これからの説明では、乳児と老人は話からのぞきます。乳児と老人を話から除くのは差別的ですが、人間の本来寿命というのは、あとで見ますように40才から50才くらいで、それ以後の生物学的機能というものは、じつは過去には考慮する必要がなかったものだから、過去と比較のしようがないし、考えようもない。また、生まれて1年は非常に体が弱いですから、昔は大量に乳児死亡が認められて今と話が大きく異なる。そこで、いまから話すのは、2、3才から45、6才くらいまでを中心としますよという、ちょっと差別的前提をおきます。さて、その年代では単純な話、今日では、はしかという病気は、予防接種をしているから日本では広がりにくいですが、はしかにかかって死亡する人は日本では1万人に1人以下です。ところが、たとえばアフリカなどの一

部に行けば、2、30人に1人は死亡する。何の差かというと、体の抵抗力の差です。この抵抗力の差は何から生まれているかというと、栄養の差です。1940年から60年は戦争による栄養不良があったにもかかわらず、たしかに抗生物質の発見後死亡率が非常に減少したような時代には薬剤が奏効して寿命が延びた。人間の本来的な抵抗力が奪われている段階では、抗生物質は圧倒的な力を発揮するのは事実です。

一方で増えているものは何かというと、右の端を見ていただいて、3位はずっと伝統的に同じでしたが、1位と2位を見ていただくと、ガンと心臓疾患、虚血性心疾患といわれているものです。この2つが何かというと、これに糖尿病、高血圧のいずれも似たようなものをあわせると、いまの生活習慣病といわれているものになっていくわけです。これは増えているように見えます。しかし、じつはこれは見かけ上増えているわけです。なぜかというと、前のページをめくってください。「20世紀の平均寿命」(これは1990年代までしか対照にしていませんが)を見ると、40才からいまはもう80才の線まで上がって、明治の40才のときまではガンが起こる年齢で生きてないから、あまり死亡率が高くない。ガンのほとんどの発生は40才以上です。ここから上の人口が増えれば、ガンになる人が増えるのは当たり前です。この線から上の人口の増減でガンや心臓病は比率が変わるわけです。今40才以下でいうと、ガンが増えているという根拠はない。私はきちんとチェックはしているわけではありませんが、ひょっとすると過去より減少している可能性さえあります。増えたのは、余分な寿命をわれわれが生きているからで、人間は絶対に死ぬわけですから、何かでは死ぬということになるわけです。

そこまでが従って、外の敵なる悪なるばい菌が善なる内なる人間をおかし、善なる内なる人間を守るのが医療であるという信仰をつくったのが西洋医学ですが、いまその神話の解体期へ向かいだしていると思います。それは民族、国家、人類というものと個人の関係が、また大きく変容していることと無関係ではありません。少なくともそこのところを、もう1回話に戻すと、インフルエンザに対する有効性というところを見ていただきたいと思いますが、今ばい菌、細菌による感染のほとんどは抗生物質によって怖くないと人類が考えるようになったわけです。

西洋医学の自己矛盾

残ってくる問題は何かというと、細菌よりも小さなウイルスです。ウイルスは死亡率は非常に低いので、そんなに人を襲うことは少ないですが、たまにインフルエンザだったり、特殊なウイルスだったりがやってきて、劇的なことを起こすわけです。弱毒菌は人類と長くつきあいますが、こういう突発的なものは、天然痘のようにどっとはやって、どっとなくなっていく。なぜかというのは医学的になるので、今日はやめます。

人類はこのインフルエンザのようなウイルス感染にまで、外の敵を防ごうという考え方を広げた。その一因に、ガンで行き詰った近代医学の思想性の問題が挙げられます。外の敵をやっつけていくうちに、外の敵をやっつけられるようになってみたら、内なる敵の問題が出てきた。ガンというのはおできなどができて、自分の体とはまったく違うものができるのに、なぜかばい菌のようにうまくいかない。なぜかというと、ばい菌というのは明らかに人間とは違う外の異物だけれど、ガンというのはほとんど自分そのものだから、流行病に通用したさまざまな方法が通じない。

ガンの原因にはいくつかが知られています。人間の本来の細胞がなぜ変わるのかという説明に、さっき言った外の敵という論理がもう1度利用された。外の敵が人間の遺伝子を変えるために、本来の人間の遺伝子でないガン細胞ができる。こういうところからウイルスに対する撲滅論はかなり強く残ってきたわけです。そこでの皮肉な問題から話をするのが、多分今日の医療化の一つの大きな問題になると思いますが、その手始めは、いま流行の抗ウイルス剤。ウイルスを殺す薬までできて、この数年日本で使われだしています。インフルエンザのときのタミフルという薬ですが、これは去年くらいから小児科ではすごく使われだした。医師雑誌を見ていると、抗ウイルス剤をなぜ使

うかというと、これによって学級閉鎖などもなくせるなんて書かれている。確かに、飲めば熱は早く下がる。熱が何日続くかというと、インフルエンザで続く熱というのはだいたい数日です。これが使い時を間違えなければ、平均して2日くらいは短くなります。

インフルエンザによる死亡というのは、さっきいった年代層を限ったところでは非常にまれです。よほどの条件がなければ死ぬことはない。タミフルは、2日間熱を下げて、子どもがちょっぴり楽になり、学級閉鎖を防げる以外に、基本的には意味がない。ところが、さっき話したように、はしかで数十人が死ぬような地域にインフルエンザが流行するときには、高死亡率が想定される。このときにはタミフルというのは、たしかに相当有効な薬になると思う。第2次大戦直後の抗生物質が日本の社会に与えたのと同じ影響をもっていると思います。

日本がこのタミフルの何割を使っているかというと、8割近くです。人口の多いアメリカさえ追い抜いた日本の医療信仰です。1億の日本人がちょっぴり楽になるために、多分20億人くらいの死の危険性と一緒に住んでいる人々の必要とする薬の8割を利用している。そういうすごい現象がある。そこまでで問題がとどまらない。もう1つの問題は、抗生物質というものもあまり長く続けていると、それに抵抗するばい菌が出てくる。本来それは自分の味方であったばい菌です。味方で一緒に住んでいたけれど、あまり抗生物質を使うので、ばい菌のほうも自分が生きなければいけないから、ついに人間に敵対するような、自分の宿主に敵対しても自らの組成を変えていくということが起こるわけですが、ウイルスはこの比ではない、最近とは比較にならないものすごい素早さで変身をとげます。

去年タミフルを使った子どもたちの14%がすでに耐性ウイルス、変異したウイルスをもっている。いまのところ脅威のウイルス性疾患は発生していない。しかし一度発生した暁には、たしかに一過性にしろ効くはずの薬です。しかし、それがあと数年経つとまったく御用済みで効かなくなる可能性を示しているわけです。そういう皮肉な現象が、先ほど言った西洋医学の医療観が自己矛盾として生み出してきたものとしてある。そういう矛盾のなかに医療化という流れがあると押さえたいと思います。予防接種の話もしたいですが、これは省きます。

過剰な時代を背景にした健康増進法

ここまでお話ししたのは、最初にいいましたように、医療化が有史以来ずっと続いていて、むしろ時代社会の背景によって、そのテーマを変えていったというなかで、今日的な1つのテーマを象徴的にしぼりだしたかったわけです。その象徴的なテーマをよく表すものとして、「健康増進法」というものが一昨年5月に通過しました。この法律の第1条 目的を読んでみますと、「この法律はわが国における急速な高齢化の進展及び疾病構造の変化に伴い、国民の健康の増進の重要性が著しく増大していることに鑑み、国民の健康の増進の総合的な推進に関与し基本的な事項を定めるとともに、国民の栄養の改善その他の国民の健康の増進を図るための措置を講じ、もって国民保健の向上を図ることを目的とする」。1、2、3、4と注釈をふりましたが(資料5)、高齢化の進展はまったくそのとおりです。それによって疾病構造が変化した。これはそのとおりです。国民の健康の重要性が著しく増大というけれど、急速な高齢化というのは健康が相当(「健康の増進」という言葉は変な言葉だけれど)増進したから起こった現象としか考えられない。寿命がのびることで健康の増進の重要性が増大したという表現はすごい。それくらいわれわれは貪欲になっている。衣食足りて礼節を知るどころか、衣食足りてタミフルを8割買いあさる。2日の高熱を避けるために人の命を守る薬をぶんどってくる。そういう重要性に鑑みてできた法律だから怖い。

それのために国民の健康の増進をさらにはかる、そのために出てくるのが、ここがまたおもしろく、国民の栄養の改善です。栄養状態が改善したから健康になったと思ったら、栄養状態の改善が敵だという話をしているわけです。生活習慣病の代表である糖尿病とは何かというと、取りすぎるから起こる。人間という

のは、本来健康な強い人というのはどういう人だったかというと、飢餓に強い人だった。生き物はおおむね満ち足りた飽食の環境に育った生き物というのはあまりいなくて、いつも欠乏の中に育ってきましたから、欠乏に備えて体を作ってきた。したがって糖分をできるだけ効率よく脂肪組織にためこんで、脂肪が分厚いということは、生命にとって一番貴重なものです。寒さ暑さから守ってくれる。

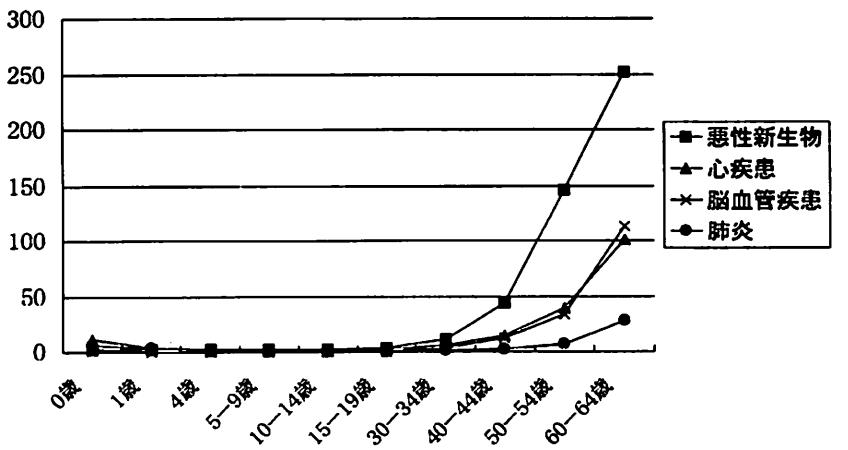
私はじつは今年はじめて20年ぶりに体重が増加に転じて、この数年真夏でも使っていたカイロを使わなくてもすむようになりました。私は体脂肪率が2%と機械で出ることがあって、一時30キロやせて、仕事によるストレスはすごいものだと思いました。辞めて、たちまち3キロ太ったら、カイロを12月になってもまだ使っていないので、われながらびっくりしています。脂肪というのは、それくらい大事なわけです。生きるか死ぬか、脂肪が暑さ寒さを全部調節してくれるわけですから、われわれの毛皮です。これを守るために、糖尿病になる遺伝子というのは、みんなこの脂肪を蓄えるための人類の命をまもる最大の武器だったわけです。いまやこれが敵だという話をしているわけです。

私たちは、タミフルを買いあされる経済力によって、過剰な時代を、この数十年迎えた。第2次大戦後の現在の日本人は、生物としては、生物が多分ほとんど体験したことがない異常状況に置かれた体をもっている。これがここに書いてある栄養の改善ということです。栄養が改善されたと思ったら、それではだめだという言い方で生命を見ている。これが健康増進法の主張だということをおさえたうえで、もういっぺん図1に戻ります。寿命が増え、ガンや心臓疾患が増えた。過剰の病が登場し、疾患別に変移が起こった。そして、このおかげで死亡率というのが急速に減少した。しかも、疾病だけではなく、さっきの五大死因(戦争、災害、貧困など)まで、工業化は大きく変化させた。

年齢別・疾患死亡率(図2)を見ていただければわかるように、ガンと同様に心臓疾患は40歳以後増えている疾患です。それより以前はほとんどないということがわかると思います。健康増進法1条を実施するために、国民の責務が記されています。自分の体を健康に保たない人は、いまのところ罰則はないけれど、はっきりいって責任放棄だということにされるわけです。体重が一定以上の人はだめです。一定以下の人もだめです。生涯にわたってつとめなければいけない。すごく大変なことです。

第3条等々ありますが、この法案を制定する前に「健康日本21」(資料6)というのがあって、文部科学省が共済組合に出しているのを見ると、1章から4章まで、非常に懇切丁寧な、どうやったら健康を守れるかというのが出てきて、その下に書いてあるような、若さを保ち老化を遅らせる2大ポイントとか、衰えはやっぱり足からとか健康雑誌に出てくるようなものが

図2 年齢別・疾患別死亡率 (1999)



ずらずらと並んでいる。その次のページの第2章、第3章も、よく噛んで肥満もぼけもガンも予防と。

健康診断によって生涯にわたって管理される

健康増進法は定期健康診断を非常に薦めて、健康診断による健康の管理です。身体を管理するというのは人間を管理することの一番の第一歩なわけですが、健康診断をいよいよ乳幼児健診、学校検診から生涯、ゆりかごから墓場まで管理しようというのが、労働省のこの法律です。ところでご存知のように、ガンのことで提言した近藤誠さんが、『成人病の真実』(資料7)という本を2年前に書かれていますが、ここでJAMAというアメリカの有名な医学雑誌を引用して、フィンランドの統計について触れています。そこには、つぎのような非常におもしろいことが書いてあります。

定期健康診断をある会社の管理職を対象に行った。40歳から50歳。介入群というのは医師が年4回検査、アドバイス、保健士などを含めて治療をがっちり行った。もうひとつの放置群は何もしなかった。管理職を2つに分けて調べたら、死亡を見てください。ここに除いているのは肺がんによる死亡率で、それについてはがっちり管理した群がいい。それがこれまで健康診断を増進した根拠です。肺がんはこんなに健康診断で減ったというのは事実です。

ところが、心臓死はなぜか介入したほうが高い。ガンに関しては、統計的には有意差はない。心臓死は多分有意差だと判定された。総死亡率で見ると、介入した群のほうが放置群より高い。つまり、健康診断は人を死亡に導くと言いかねない結論すら出ているにもかかわらず、健康診断を実施していくという話が出ている。それは何なのかということは、いったん考えてみる必要があると思います。おじいちゃん、おばあちゃんみんな元気という掛け声とともに、ゆりかごから墓場まで身体管理が実施されていく。

次の資料に移りますが、日本のこういう法律は世界的に類を見ません。アメリカなどでは禁煙法で、たしかに肺がんにおいては現実に成果があったということは否めないわけです。ただ、それは肺がんやある種の病気から見た成果です。ところが、日本ではすべて何でもひっくるめて管理する。

これと同じような管理について、プロクターという人が2年前、『健康帝国ナチス』という本を著していますが、そこでナチスがこの「健康増進法」とほとんど瓜二つの法律を作っていた。世界に冠たる純潔のドイツ民族は純粋の保護された環境下で育たねばならないから、水も空気も環境を改善して、住みよいものとし、タバコは当然やめる。健康は義務である。清潔な暮らし、体によい食生活、これを相当強く打ち出した法律を作っていたということを非常に克明に描いています。ナチスの法律に続いて日本の今回の法律が、世界で2番目の法律です。というようなことが、先ほど述べた流れの一つの転換期に登場してきているということが一つあります。

健康幻想というものが幻想をあおることによって、個人の身体を管理する。個人の身体は個人の属性であるという形で科学的に、人間集団からちょうど手術をするようにあらゆる関係から抜き出して手術台において、検査結果や手術結果を元に、この個体の異常を出すという形で、個人を管理する。そこへ健康幻想がふりまかれる。これを一番最初にあげた第1のテーマとしますと、第2に取り上げたいテーマが、脳中心主義。この点を、「発達障害者支援法」なるものを中心に少し見てみたいと思います。

「発達障害者支援法」で括り出される子供達

これは今年の11月24日衆院通過、12月4日参院も通過した。ここの総則第1条は、ここに1条、2条と書きましたが、罰則規定はじつは取り扱う関係者がひどいことをしないようにと定められているわけですが、罰則までついている法律だということを見ていただいたうえで、第1条を読んでみます。「この法律は発達障害者の心理機能の適正な発達および円滑な社会生活の促進のために発達障害の症状の発見後、できるだけ早期に発達支援を行うことが重要であることに鑑みて、発達障害を早期に発見し、発達支援を行うことに関する国および地方公共団体の責務を明らかにすると

ともに学校教育における発達障害者への支援、発達障害者の就労の支援、発達障害者支援センターの指定等について定めることにより、発達障害者に対し生活全般にわたる支援をはかり、もってその福祉の増進に寄与することを目的とする」となっています。

要するに、早期発見、早期治療をまずは教育の現場でという点が中心テーマで、就労の条項はありますが、ほとんど内容がありません。先に就労のところをいっておくと、予算的措置がなくて、いま福祉予算が削られているなかで、障害者雇用枠が1．数パーセントです。そのなかでもじつはこのところ大幅に企業の不振によって、私が付き合ってきた人たちは、多く首切りの目にあっています。そこにはいっさい触れないまま、この法律の制定で、障害者の比率は一気に6％増えることになります。雇用措置や予算を変えないで障害者の就労を支援するということは、これまで通常勤務だった人たちを障害者支援枠に入れて、これまで障害者支援枠に入って雇用枠に入った人は失職するという事態以外に、具体的運用方法を私などは考えられないわけで、非常に怖い法律だと思っています。

この「発達障害者支援法」と似た内容のプランは、数年前から、文部科学省が特殊教育を特別支援教育と言い換えて行ってきた。最初に言い出した当初はまだ、日教組などもすごい幻想をもっていて、サラマンカ宣言を取り入れたインクルージョンという思想からことが運べるという幻想がふりまかれていた。養護学校をなくして、すべて普通学校のなかでやるけれども、それに対してさまざまな形でフォローを制定するという話が一時出ていた。そううまくいくわけはないのにと思っていたら、養護学校はそのままだし、文部科学省などは「絶対に一緒にするのはいやだ」と聴覚障害者自身が言っているのだからという言い方で、むしろ分離された学校は強化される可能性がある。普通学級のなかにいた手のかかる子たちに特別支援をしていくような教室を作っていくということだけが特別支援教育の中で突出している。そのため去年文部科学省がいっせいに全国の教員にアンケート調査をしたところ、6％くらい発達障害者がいるということになった。

そこでいう発達障害者は誰かというと、この「発達障害者支援法」の発達障害とぴたっと一致します。これを出したのは厚生労働省です。私が聞いたのは今年7月くらいですが、はっきりとした時期は知りませんが、ある代議士のお子さんがこの障害をもっているということで、超党派で話が出て、ぱんぱんぱんと動いた。ここに書かれている定義で、自閉症、アスペルガー云々かんぬん、その他これに類する脳機能の障害、しかも低年齢で発病する、それが発達障害児であり、発達障害です。

いまの小さな政府案のなかで、大蔵省からお金をもらえるものを見ているわけで、文部科学省も心の教育とこの法律以外はほとんど削られる。厚生省、労働省もさっきいった健康の問題でのうちだしと発達障害の支援法の問題は唯一お金を増やしていけるかもしれない新たなものとして打ち出しているんだろうと思います。

親、専門家が決めていく

そこで6％というのはすごい数で、日本で700万人から800万人いるわけです。障害児ではなく、障害者まで入れているわけですから。ところが、この法律自体を誰が決めたかというと、超党派の代議士の人たちが動いて、一部はクレームをつけたらしいが、ほとんどそれは相手にされず、本来なら前文に帰すべき内容をようやく申し訳程度に付帯決議に付け加えただけで、主に関わったのは児童青年期の精神神経学会や小児神経学会、アスペの会、LD学会などの専門家団体と親の会の一部だった。

ところが、そのなかに700万人もいる当事者がどれくらい入ってヒアリングを受けたかというと、その話はない。もちろん、私は国際障害者年の理念がすべてていいと思っているわけではないが、あの行動計画を元に今障害者の権利宣言が国連で検討されて、もうすぐ日本の国会も出るだろうという段階で、少なくとも障害者の問題に関しては、障害者がいつも立案、計画から参加するということは基本理念としてうたわれたはずですが、700万人もいればすごく多様な意見があるはずだろうと思うけれど、その人たちのことは除外し

て専門家と親で決められた。ここに、この法の持っている決定的な性格が現れていると、私は思います。

第一に、発達障害児であった大人は、この法案にどれくらい納得するのかという問題がある。この会場にも、数人は絶対いらっしゃるはずになっているわけです。しかも、ここでいう早期発見、早期治療は、4日ほど前に見たら、アメリカの有名な医学雑誌に、自閉症傾向の子どもたちは6ヵ月で早期発見できるなんてことが書かれている時代です。それは昔のボイタ法、ボバース法という発想と似てくるけれど、6ヵ月で体の立ち直り機能が不全であれば、疑いありと言う。6ヵ月で、体をちょっと傾けると、普通は立ち直りといって、首がふっと元に戻るはずだけれど、その反応が遅い子はなる可能性があるので、早期治療すべきだという意見が出ている。そんなような引っ掛け方をしていけば保健所でこれまでの2倍、3倍の人が引っ掛けられることになる。新たな疑いで病院に行くわけですが、医者のほうから言わせれば、誰がそんな時期に診断できるのかという話が出てくる。

いまはまだここまで引っ掛けではないけれど、ほとんどの発達障害児とされる子どもたちは保健所でいわれて、病院へ行くと発達障害、あるところへ行くと多動といわれて、急にあるときからアスペルガーと言われて、いろんな言い方をされながら、じゃあどうすればいいんですかというと、たいていは様子を見ましょうといわれるだけ。親のほうは様子を見ましょうといわれると大変です。どう様子を見ていいかわからない。でも、様子を見ましょうはまだいいほうで、懇切丁寧に様子の味方まで指導してくれると、もっと困ることも出てくるかもしれない。

私がこの9月から開業してびっくりしたのは、なんでこの子が精神科に来るのかという子どもがやたら多いです。差別的な言い方で、精神科はこういう人が来ると私が思っているところが差別的だと思うけれど、やっぱりなぜこの子に治療という発想が出るかというのは不思議。昔もなくはなかったけれど、よっぽど親が神経質だという位置づけができたけれど、今は親が専門家から言われて来る。秋は特に就学時健康診断の時期なので相談が多かったですが、この子は学校はどこに行きたいと思っているのかなと親に聞くと、子どもに意思があるんですかという話まで出る。どこかで専門家の目を通して、子どもの行動を一番よく理解でき、それに従うのが最善だという考え方は相当貫徹しています。これは驚きました。その子がしているあらゆる行動は発達心理学的用語で解釈される。

それは医者の間にもあって、私は最近ろくにものを言えないと思った。「私のよく知っている子がもう大人になって、30代だけれど、ときどき声を上げたり、飛んだりしてね」というと、その子の楽しそうな様子を伝えようとしたつもりなのに「それはひどい治療を受けていますね」といわれて、言葉を失ってしまった。飛んだり、声をあげることが、初めから悪しき指標になっているわけです。もちろん、飛んだり、声をあげることがとても困るような場面やことがらは、われわれ人間の生活のなかにはあるわけです。しかし、暮らしの文脈のなかでしか判断できないはずの行動が、非常に簡単に治療的な言語で割り切られているということを、非常に強く感じています。

そういうなかで、発達障害者自身がこれをどう見ているか。これも差別的な言い方をすれば、大学の理学部あたりはアスペルガーなんていう人はやたらいるけれど、彼らは早期発見を本当に求めているんだろうか、などいっぱい疑問は出てきます。

しかも、もっと恐ろしいことに、これはアメリカでは定義のとり方次第ということです。次のページを開けてください。広汎性発達障害で、ここに書かれたものがみんな入るわけですが、たとえば自閉性障害などは定義が大幅に変わりました(資料8)。アメリカとヨーロッパでまったく違うものを定義するという混乱も含んで、アメリカではだいたい15%くらい発達障害児がいる。アメリカでいま貧困層が広がって、飢餓状態にある子どもの数が15%です。もう1つ多い国はドイツで、17、8%という報告がある。しかも、それを報告した論文を読んでいくと、恐ろしいことに、子どもたちを2年生からフォローして、5年生くらいでもう1度チェックしているけれど、発生率はいずれも18%で、同じ頻度です。ところが最初に引っ掛けた子どもと、次の調査で引っ掛けた子どもは必ずしも一

致していない。結果として、2割から3割の子どもを発達障害と引っ掛ける国があることになるが、それらがドイツとアメリカだというところが象徴的だと思います。

一部上層階級がエリートとして生きられて、あとは下層階級が膨らんでいく。貧富の差が拡大する。東西ドイツの合併でそういう問題が起こって、そこに近代の強迫概念が強く残っている国です。アメリカとドイツ、そういう国では当然、最下層に1割から2割が含まれる。下層群ができたら、さらに別の群ができる。そこに対して当然ある救済措置を含んだエクスキューズというか、特殊な言い訳を用いながら人間管理を行う。膨大な貧困層がいる国で、発達障害者概念がよりふくらんでいる。完全に予断と偏見をこめて言えば、日本のこの法律の登場は、もし政治家に先見の明があってのことであれば、将来の社会に向けての見事な布石だといえると思います。

科学的言語の共有が意味するもの

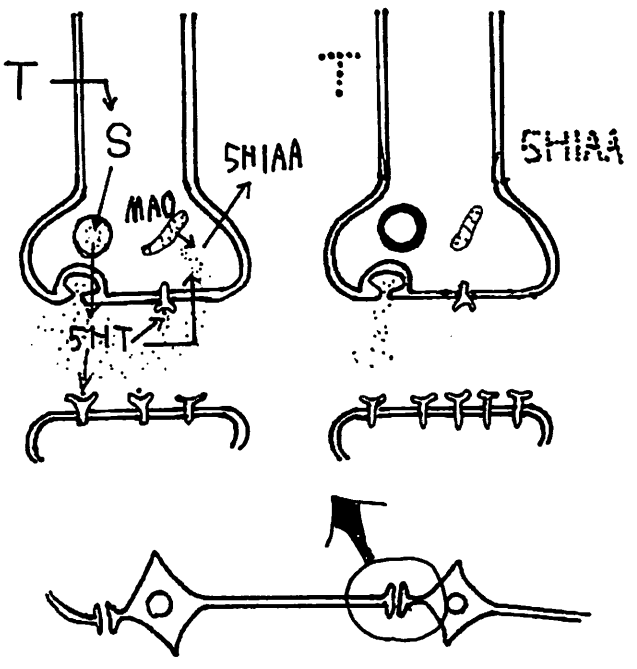
その次のページに、精神の医療化ということで、このような障害が、「発達障害者支援法」のなかに出てきたように脳の損傷ということが疑われている。これは昔MBD(微細脳損傷)といわれた時代から、すでに100年以上前から、あまりはっきりと発見はされない脳の傷が作る障害、これもやや差別的な言い方をすれば、人間の脳は何かの傷を見出そうと思えば、ほとんどあらゆる人間に見出せるわけです。胎内にいる時期や出産や生まれてから脳が傷つくような状況はいっぱい体験しているので、脳に傷がない人を探すことはできない。問題は、その脳の傷のうち、何を障害とみなし、何を見なさないかということの差であるわけで、私がべらべらしゃべるのも多言症候群と位置すれば、脳の傷と結び付けられなくはないかもしれない。そういう皮肉な言い方がしたくなる。

この精神の医療化という図は、小さな脳の傷という形で物事を進めるときに出てくる概念で、昔は軽い脳炎という言い方で、小さな脳の傷を説明しましたが、近年の概念は、小さな脳の傷をそういう物理的に見える傷ではなくて、化学的に見える変化として説明することで、現実に発見されない傷を整合化できるようになった。これがじつはMBDという概念からいまの発達障害者という概念への1つの転換点です。

鬱病によく用いられる図ですが(図3)、なぜ鬱が起こるのかというと、それは脳内においてエネルギーに関与する物質が減るからだと説明できる。これは一定事実でもあるし、鬱病の場合は、私は現時点では有効な仮説だと思う。何を有効な仮説というかというと、一番最初にメディカライゼーションのときに書いたなかに、生と死の操作的位置づけと書きましたが、

精神の医療化

図3 神経伝達物質と鬱状態



私たちは生きることや死ぬことを何らかのシンボルを用いて文化的に共有するんだろうと思う。その共有に当たって、私たちはつねに一番分かりやすい納得できる言語を求めている。それから言うと、鬱を説明するときには、たしかに過去のさまざまな根性論やさまざまなものを用いて説明する共有性自体は、鬱の人にとっては相当きびしいことで、科学的言語を用いることがいまのところたしかに、一番楽に物事を考えるステップになると思っています。

病気でほっとし、解放されることもある

ただこの「楽」のおそろしさはある。「発達障害者支援法」の後押しというのは、結構多くの親たちもそこに入っているし、障害者自身も一部います。その人たちはどう思っているかというと、一番典型的なのは、成人型のADHD(多動症候群)というのが報道されて、「私はものの片づけが下手な人間だったけれど、病気だとわかってほっとした。これまで何の言い訳もできなかった。」という楽。これは日本社会ではしょうがないところがあって、それは笑えない。私が熱があったら、はじめて仕事を休めるけれど、それ以外で休むときはものすごい抵抗があったり、マルタみたいな島に行くと、女房が誕生日というのはあらゆる理由に優先して、当然仕事を休む。休まなかったら馬鹿にされるような理由ですから、そこは日本の社会では、病気という文脈を使わなかったら、とてもじゃないけれど、一歩踏み出せないような状況に追い込まれているのは事実です。その文脈では、「発達障害者支援法」というのはADHDや自閉症だといわれて、これまで親のせいだとか、何だかわからないとしていたものが、病気だということでひとまず解放されるという楽はあると思います。

問題はその言語で解放されたら、その言語に隷属することになる。そこで解放された私たちを見て、なぜ私は「私がここに生きている」という理由だったり、「子どもがそこにいる」という理由だけで解放されることはできなくて、病気によって解放されるのかということを、本当は問わねばならないんだろうと思う。鬱の場合は、生と死の境目に追い詰められたときには、そういう問い直しすら死ぬよりしんどくなることがある。その場合にはいっぺんは休んでみるほうがいいだろう。かぜを引いたら酒を飲んで寝てみたらとかいうのと同じような意味でいうならば、私は物質の問題や薬の問題にして、いったん乗り切らないと越えられないようなしんどさは、生死をかけた人間にはあって、その意味で、いまたしかに科学的言語は共通言語として、一番無理のないストーリーをみんなが共有しやすい言語になってしまっているのは事実だと思います。

それがここに書いた伝達物質ということで示されるというところに、今日はとどめおいて、脳のわずかな傷ということを用いて、死生観までが逆に物質レベルで限定されていった怖さに戻りたい。ここにさっきいったタミフルという薬が出てくる。これまでの機械工業文明に乗った脳観、人間観、医療観から、「健康増進法」という発想が出てくる時代の情報産業社会という非常にケミカルに変化していく時代の象徴か。若い人たちの中で、日本でもケミカルという言葉がはやっているんですか、アメリカから帰ってきた若い子が、ケミカル、ケミカルとやたら言う。一番相性やムードが合うのを、ケミカルに合うという表現を使っていたので、なるほどと思いました。

病のレッテルによって別枠に追い込まれる

あと2点はごく簡単に。今日の3つ目の課題、「心身障害者の処遇法」については、もうきっとこの学会で多く話されたと思うので、多くは述べませんが、殺人にしろ、いじめにしろ、新聞の報道と対比しながら書いていますが、ある側面をとらえて増えた、減ったということで論じられます。実態的に言えば、数の増加では、増えたというときに増えているものは、ほとんど現実には存在しない。少年犯罪の凶悪化、低年齢化、増加と言えば、現象としては逆であるということを図4、図5に示してあるので、興味がある方は見てください。新聞記事(97年度小・中・高 文部省調査の記事　1998年12月19日朝日新聞)と比べていただくと、わかりやすいかもしれません。

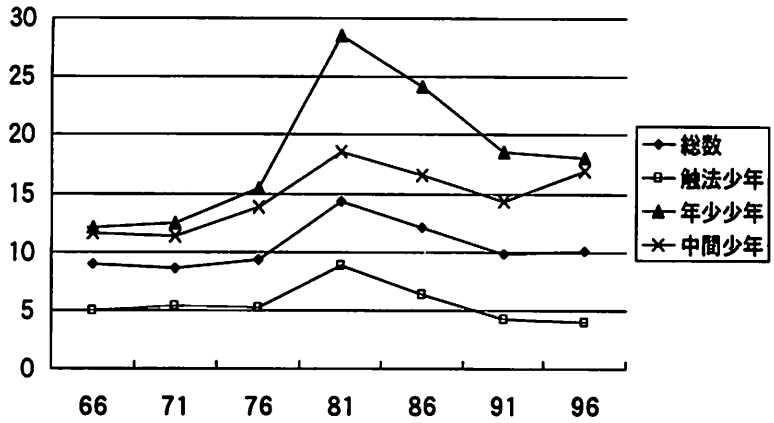


図4　少年刑法犯検挙者の年令比
(人口1000人対)

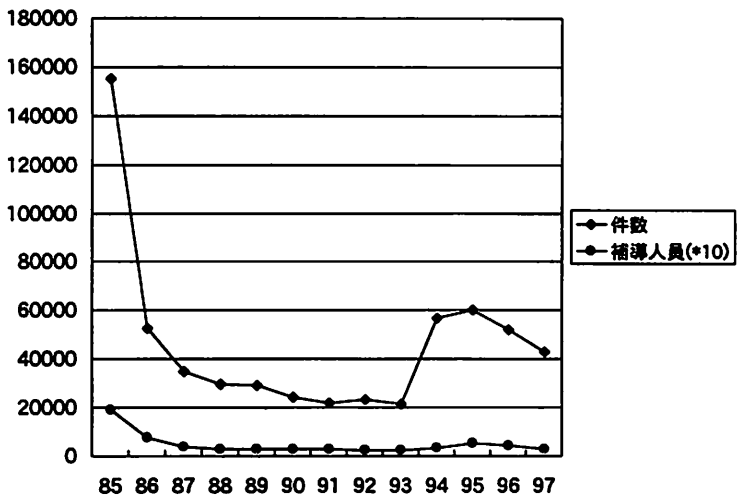


図5 いじめ件数の推移

念、脳死みたいなものが、(心臓死という概念が日本にあったかどうかということ自体大きな課題だと私は思いますが)脳死か心臓死かという形で急激に選択を迫られて、たちまちのうちに脳死が人の死になる。私は死生観だけは意外と確固として人間のなかにあるものだという幻想があったけれど、まったく違いました。日の丸、君が代と同じように簡単に変わるのはすごいと思う。そんなものかもしれないとも思いますが。

そういうなかで「発達障害者支援法」も絡むと思いますが、危険な子どもたち、つまり自閉症、ADHDは犯罪予備軍であるというようなことが、これは1990年の流山の女子高生殺人事件のころ、福島鑑定から急速注目を浴びて、読売新聞がMBDキャンペーン、LDキャンペーンをして、はじめて広がってきた。このことと「心身喪失者処遇法」みたいなものが登場することは根っこが一致していると思います。

そのあと、現代が創造したストーリーというところに書いてあるのは、いま言ったさまざまな共通言語が作られて、そこに乗っかってしまえば、私たちは共通の話ができる。こういったものに、子どもの危機とか、ガンが増加しているとか云々かんぬんということがあって、私たちはいったん科学的なストーリーに乗らない限り、すでに共通言語すらつかめないところへ来ているとは思います。それはたとえば生と死の概

病気であることの安心感は、社会的な不埒なものであるというレッテルからすべてが解放されていくところからくると思います。しかし、その病気によって、今度は精神障害者としての犯罪予備軍枠へ別の形で導入されていくこともあるんだと思っています。グラフで、自殺から何から子どもにいわれていることはいっ

ざい根拠がないということは言葉だけにさせていただきます。

遺伝子化による人間の作り替えに行き着く

もう一つ、第4の課題は、あまり用意してきませんでしたが、最後から4枚目にジェネティシゼイション(遺伝子化)と書いてあるとおりです。ケミカルな時代、情報産業化社会がこれまでのハードな構造枠をさらに越えた。寿命が80才になったということは、ほぼいまの工業化の持つ力で人間の寿命を伸ばす限界なわけです。人間をテクノロジーで工学的に改造(人間機械論というものがイメージしてきた改造)する限界まで来ている。その次に来るのは当然、人間自体の作り変え、本質の変化しかないわけです。それとジェネティシゼイションというのは結びついていて、15年前に私がこんな話をすると、そんなSFの話をするのはやめろといわれましたが、現実にはもう技術としては、人間の作り変えというのは、そんなに難しいことではなくなってきている状況です。

時代はアメリカ社会みたいに1割くらいの特権階級がほぼ国家を支配し、やがてその人たち以外は生き残りにくくなっていく。世界の人口からいって、地球上で多くは生き残れないという流れのなかで、縮小するということを考えないかぎり人は共生できない。これまでの発展し、拡大するという概念に立つなら、もうすでに限界ということは誰もが自覚している時代に、人間の改造という発想が出てくる。そこに先ほどいったケミカルなメディカライゼーションの問題が到達しているように思います。これはご存知のように、人の遺伝子解析から始まって、さまざまな流れのなかで、この数年急速進んだことで、もう現実にいろいろ支配されている。遺伝子を変化された子どもたちはどんどん作られているだろうと思いますから、表に出てくるのは何年後になるかはわかりません。

もちろんこれは、単に胎児期の遺伝子組み換えだけではなくて、薬品を作ることから、平和利用、いい利用といわれるものの表看板はたくさんあがっているわけですが、そういうことが陰で動いていく。一番大きな課題は、ここに行くようになるだろうと思っています。

(いしかわ のりひこ　林試の森クリニック)

以下、当日配られた資料より抜粋したものです。

Medicalization

1) 歴史的な背景 ・・・ 私的体験から
生と死の操作的位置づけ
(シャーマニズム・神仙思想・仏教・西洋医学)

2) 現代の課題 ・・・ 法案を例に
健康幻想 (健康増進法・科学主義)
脳中心主義 (発達障害者支援法・死生観)
社会防衛思想 (心神喪失者処遇法
隠喩・マスコミ)
遺伝子化 (Geneticization)と先端医療

資料1

医療システムの普遍的共通性 (1)
(GMフォスター/BGアンダーソン「医療人類学」)

1) 医療システムは文化の必須構成物である
疾病観ー魔術・神話
治療者・病者・家族の役割ー社会的制度
2) 病は文化的に決定される
What is disease? (5W1H全て)
3) すべての医療システムは、予防的側面*と治療的側面を併せ持つ
*:懺悔・タブー・儀礼・生活習慣・法
4) 医療システムは多機能である

資料2

医療システムの普遍的共通性（2）
（GMフォスター/BGアンダーソン「医療人類学」）

4）医療システムは多機能である
疾病論システムは
1.治療に理論的根拠を与える
2. 「なぜ」を説明する
3. 社会的道徳的規範の制裁と維持に、強力な役割を果たす
4. 自然保護的行為に理論的根拠を与える
5. 攻撃性をコントロールする役割を果たす
伝統的医学は民族主義的役割を果たす

資料3

人類の五大死因

資料4

健康増進法
第1条（目的）

この法律は、我が国における急速な高齢化の進展[1]及び疾病構造の変化[2]に伴い、
国民の健康の増進の重要性が著しく増大[3]していることに鑑み、
国民の健康の増進の綜合的な推進に関与し基本的な事項[4]を定めると共に、
国民の栄養の改善その他の国民の健康の増進を図る為の措置を講じ、
もって国民保健の向上を図る[5]事を目的とする。

資料5

健康日本２１
いきいき健康ライフ
（文部科学省共済組合 監修：水野豊）

- 第1章　健康習慣を確立しよう
- 第2章　最低限これだけの食習慣を守ろう
- 第3章　自分のからだの主治医になろう
- 第4章　健やかな老後を目指して

資料6

定期健診は人を不幸にする
近藤誠『成人病の真実』文芸春秋 2002（p.242）

- ＪＡＭＡ p.2097,Vol.254 1985
  40-55歳の元気そうに見える会社管理職を対象とした「くじ引き試験」の結果（フィンランド）
- 介入群（医師が年4回検査・アドバイス・治療）と放置群の比較検討

	心臓死	癌死	総死亡
介入群	34	13	67
放置群	14	21	46

資料7

広汎性発達障害
Pervasive Developmental Disorders

- 自閉性障害　Autistic Disorder
- レット障害　Rett's Disorder
- 小児期崩壊性障害
  Childhood Disintegrative Disorder
- アスペルガー障害
  Aspergar's Disorder
- 特定不能

資料8

2004年秋の学習会報告　発題II

「発達障害」から見える「暮らしの中の医療化」

三輪　寿二

はじめに

今日、僕は「発達障害」を話題の中心に据えて話すことになります。これがどれくらい「暮らしの中の医療化」というテーマとつながっているかは正直言うといささか心もとない限りです。また、今回の学習会は、来春に予定されている日本社会臨床学会第13回総会のシンポジウム等を考えていくための準備という側面も持っています。「発達障害」に関わる話がそれらのいずれかにでもかみ合ってくれるといいのですが、とにかく今日は、「暮らしの中の医療化」というテーマとの関連で、「発達障害」に関わって考えていることを少しでも述べてみたいと思います。

僕は、大学で教師をやりながら、学部に付属している心理教育相談室という場所で、教育相談もしています。そこは子どもの「教育上の問題」と言われるものを扱う所で、たとえば、不登校とかの相談を受けるということです。多くの場合、子どもと親の両方への対応をすることになりますし、子どもの担任などの学校の教師と話すこともあります。

相談室が開設されてある程度活動が落ち着いてきたのはここ2年ほどですが、昨年度は約20％、一昨年度は約40％の相談が「発達障害」に分類されていました。いずれもトップです。こうして僕にとっても自分の現場との関係で「発達障害」について考えるよう迫られてくるわけです。

脳科学はどこまで人間の行動を理解できるのか

ところで、「発達障害」の相談を受けていると、どこそこで「アスペルガー症候群」、他へ行ったら「ADHD」と言われた、という話をわりに聞きます。お手元のDSM－IVの診断分類を見ていただくと、どうしてこんなに違うものを間違えるのだろうか、と首をひねります。このことをめぐって少し考えたいと思います。

最近の精神医学の中に生物学的視点がもう一度復活してきている状況があるようです。その一つの流れに認知科学が媒介を果たしている流れがあります。認知科学というのは乱暴に言えば、人間の脳の働きをコンピュータの情報処理過程に重ね合わせて理解していくと考えればよいのではないか、と思います。これは、認知心理学として、心理学でも現在一大分野を形成しています。

入力－保存(情報を効率的に整理し、蓄えておくこと)－出力の3つぐらいに脳の情報処理過程を要約しておけば、どこの時点で間違いがあるかを考えればよい、ということになります。こうした視点から人間の行動を見ていけば、脳の問題として諸々の行動上の「問題」の理由がわかるということになり、脳に問題を還元することがスムーズに行われることになります。

たとえば、入力のところでおかしいというのは、歯痛があってもテレビを見ているうちはその痛みを忘れているというような現象を考えてもらうといいかもしれません。つまり、僕たちは生活の中で全ての刺激を受け取っているというわけではなく、その時々で選択的に刺激に関心を寄せる、つまり選択的に刺激を受け取っているのだということです。だから、ありとあらゆる刺激を受け取ってしまうことは行動のまとまりを欠くことになるかもしれません。授業中に先生の話を聞きながら、外で小鳥が鳴き声が耳に入り、そちらへ

より関心を向けてしまい、生徒がふらふらと窓に向かって歩き始めるかもしれません。

こういう認知的な観点から、発達障害が理解されるということが起きているわけです。

このことは、先ほどの石川さんの話と関係しているかもしれませんが、要するに、脳の物理的＝局所的な障害という把握の仕方では、行動との一義的な因果関係が結べないということでもあるだろうと思います。それが説明できないので、認知する過程が問題になっていくということであろうと思います。ですから、「発達障害」は「中枢神経系の何らかの障害」という曖昧な表現が起きてくるのでしょうし、この意味で、脳と行動の関係は結局因果的な関係としてはあまりわかっていないのではないか、ということになるわけです。

したがって、検査をしたところで、脳のある箇所の傷とか障害という風に決められないし、表現された行動で診断しなくてはならなくなるので、色々と根堀り葉堀り漁っていけば、診断名は変化していくということなのでしょう。

別に正しい診断をして欲しいと思っているわけではありませんが、このいろいろにつけられる診断名をめぐって、子どもや周囲は右往左往するのです。

こういう意味では、あまり明確でない話にもとづいて、専門家が診断を下し、「発達障害」という枠組みを作っているということも言えるわけです。

行政、施策も医療化を促進する

先ほど発達障害法の話が出ていましたが、ある診断や枠組みが一般化していくには、法律などの行政の施策ということも大きく関係していると思います。

以前、アメリカの小・中学校の教師が国際交流ということで、日本の小・中学校を視察に来ました。その懇談会に出席したところ、アメリカの小学校の教員から「日本の特殊教育を受けている生徒はなぜこんなに少ないのか」と質問が出ました。特殊教育の対象者は、日本は1%程度で、アメリカは12%程度です。生物学的な発生率でこのような違いは説明できないわけです。この違いの理由は簡単です。今日、話題になっている「発達障害」の子どもたちが特殊教育の対象になっているかどうかの差です。

「発達障害」のことは日本でも騒がれていたので、「2～3年したら日本も追いつく」と皮肉をこめて答えておきました。皮肉は通じませんでしたが……。

ここには、日本の特殊教育が今後の少子化を予想しつつ、すでにいろいろな意味で底つき状態になっていることも関係しているのだと思います。つまり、1%ではなく10%の子どもたちを対象とすることによって、法が成立し、予算が生じ、法をつくった官僚にとっても大きな仕事になるからです。

問題は、こうして作られた法やら施策やらが現場に下ろされて、どういう現実が作られていくかということです。諸々の学校は、その方針にそって十分に動いているか、動かないかが問われるわけです。学校や地方自治体の評価にもつながっていきます。ですから、それぞれの学校はそれなりの範囲で取り組んでいこうとする。これらの制度の是非を問うことなく、取り組んでいく中で、専門家から教師へ、教師から親へ、という具合に、私たちの生活の中に、「発達障害」的なところから子どもを見る視点やら診断名やらが降りてくるということなのです。

こういう診断や視点が一般化していくことは、子どもが示す「曖昧な」、「不可解な」「問題行動」の新しい受け皿として機能していくということでもあるし、10%の特殊教育対象児を確保することにも資するということが起きるのです。

したがって、行政が制度化するような形で動くことで、僕たちの生活の中に医療なり何なりが浸透していくという側面があるということです。

おそらく、「発達障害」と言われる子どもたちはこれまでも存在したのだと思います。これまではそれほど問題とせずに僕たちの周辺にいたのです。ですから、「発達障害」をめぐって起きていることは、これらの子どもたちに新たにラベルを貼ったという作業です。ラベルを貼って、差異化させ、括り出すという作業をしたということなのです。つまり、新たに問題を作り出したのです。

僕たちも生活の中に新しい枠組みを取り入れていく

行政や専門家が率先してこういう装置やらあり方やらを作り出していくということをこれまで述べてきたのですが、これで全てというわけではありません。

先ほどの話で言えば、いろいろな場所へ行くほどに診断名が増えていき、困惑が増すだけなのに、なぜそんなことを僕たちが繰り返してしまうのか、ということです。つまり、僕たち自身がこういうラベルの制度化を支えているという側面があるということです。

これについては、石川さんが話していたことと僕の意見は一致しています。

親が子どもを育てる中でいろいろなことに出くわす。幼稚園でおもむろに友だちをたたいてしまう、それを注意しても、繰り返してしまう。親は謝りに行ったりすることも頻繁になる。買い物に行っても子どもが親の許容範囲を超えて動き回ってしまい、追いかけっこが始まる。親子関係では、叱る−叱られるという関係が主なものになってくる。

これが続いていく中で、学校の先生から問題視される頃には、親は自分の育て方が悪かったのではないか、いつも叱ってばかりで愛情を与えていなかったのではなかったか、と自分を責める。親が疲れてくる。

だから、脳の問題だと言われることで、親は解放されるのです。自分のせいではなかった、脳の問題として仕方なかったことなのだ、と。親からすれば、診断名はどれでもよかったということなのでしょう。

しかし、この解放感が親よりも強く作用し、そういう枠組みがより浸透しやすいのは教師だろうと思います。教師は子どもの「問題行動」を自分の指導力不足と考えていたりします。それが脳の問題であれば解放されるわけです。しかも、教師は基本的には一年の付き合いですから、先が見えているから余計に受け入れやすくなる。

つまり、詰めていくと、子どもに関わる者が自分の責任ではないと思えることが、この診断名や枠組みによって保障されていくのです。

石川さんの話にあったように、科学的言語によって共有化できるということ、そして自分の至らなさや罪悪感から解放される、という2つの側面が、僕たちが新しい枠組みを引き受けてしまう理由であろうと思います。

ただ、僕は、この「発達障害」を受けれていく心性の中には、つまり、親が自分の育て方をあまりに強く反省するその姿から、逆に、親がいつまでも子どもの育ちに対して責任を持たなくてはならない社会が来たんだな、という印象を受けます。子どもの「問題行動」を親自身も周囲もしつけなどの親の育て方としてまず認識しているということなのです。その意味で、現代は、家族という問題が責任ということとセットとして出てきているのではないか、ということです。

「発達障害」を括り出し維持させる仕組み

しかし、親は、科学的な共通言語で語ることができても、解放感を味わえても、やはりそれで収まるというものでもないのです。なぜなら、教師よりずっと長くその子どもとの関係があり続けるからです。つまり、詰めていけば「親亡き後」ということが出てくるのでしょう。だから、親からすれば、そのときのために、必要なことをしておきたいということになります。

その一つとして、親が熱心であればあるほど、教育の制度的保障を整えるということに力を注ぐということになるのではないかと思います。

特殊教育を改めて、特別支援教育が「発達障害」と絡んで提示されてくるとき、子どもへの関わり方の原点として、①個々人のニーズ応じた教育あるいはプログラムづくり、②遅ればせの発達、があるように思います。ですから、これらと関係して生じてくる流れは、早期発見です。遅ればせでもある程度までゆるやかに成長や発達をするのだから、早い時期に発見して、個別のプログラムを早々に用意することで、その子どもの成長を促進していけるのではないか、ということです。子どもの将来を心配する親からすれば、なおさらそうなる可能性を含んでいるわけです。そうすることで就労が可能になれば、と親の持つニーズも行政や専

門家の差し出すものに合流していくのではないかと思います。

しかし、ここでの個別に応じた教育、プログラムというのは、全ての子どものことではなく、ある「障害」を持った子どもに対してのみ機能するものなのです。つまり、「発達障害」という枠に入ることでのみ、そういう教育が可能になるということです。ですから、「発達障害」という枠組みを維持する流れがそこには出来ていき易いということなのです。

今回の発達障害者法の立案にLD親の会は深く関わっています。どうも、親の会は必ずしもこの法案に満足しているようではないようです。不満な点は、「発達障害」の対象として挙げられたものでは、LDやADHDやアスペルガー症候群の境界にいる者ははずされている、ということなのです。2001年までのあり方懇では、それら3つを並べた後に、「等」がついていたが、2003年には、その「等」がなくなったわけです。むしろ、境界にいる人たちも「発達障害」の中に含むべきではないのか、というのが親の会の意見でもあったようです。

こうしたことを見ると、親も専門家や行政と一体となって「発達障害」という概念を括り出すように行動していくことが起きていることで、そのような中で、言葉が流通していくということなのだろうと思います。

他にも話したいことやもう少していねいに話したいこともありますが、時間がなくなったので、これで発題を終わりにしたいと思います。

(みわ しゅうじ　茨城大学)

2004年秋の学習会報告　討論

「暮らしのなかの医療化」を考える

診断されることによって「私たち」の枠外へ

司会(中島)：フロアーからいろいろ質問、意見をいただければと思います。

山家：石川さんは、精神的な障害に関して、見えざる脳の傷で説明する傾向が出てきていると指摘されたが、例えば、自閉症は一卵性双生児に発生率が高いようだけど、とすると、遺伝性を考えてもよいと思うが、そういう方向で原因を特定することは、原理的に無理とお考えか。

鎌形：石川さんの資料のなかでは、「神経伝達物質とうつ状態」というのがあって、うつ状態を神経伝達物質の取り込み阻害という形で説明されている。私がいただいていた薬もずっとそれで説明されていたが、これははたして本当に効いているのかという疑問がある。私の場合、セロトニンが私の体のなかで出にくくなっているから、こういう症状が起きているのですねと聞いたら、まあ、そんなところですと。じゃあ、調べてくださいと言ったら、そんなことはできっこないと。現実に、それはどうなのか。それはあくまでも仮説として説明されている段階なのか。それから、薬をまったく否定するつもりはないが、副作用について語られなさすぎますよね。そのあたりをお伺いしたい。

甲野：石川さんは、最初に「医療化」ということを言われたが、それが「個人化」、「自己コントロール」の問題にだんだん絞られていっているのではないか。というのは、三輪さんは、さまざまな診断名が付けられて、人はそこで安心すると指摘したが、これは石川さんも述べられている。安心すると同時に解放されていくとも。にもかかわらず、それがひとつの束縛になっていくと。実は、私の職場でも体験しているが、ある者に、そういう診断名を与えることによって、「私たち」とは違う、枠外に持っていかれるという社会システムを、もうひとつ、作り出していくことになっているのではないか。

水上：親の立場として、とくに児童精神科医、石川さんに伺いたいのですが、私は3人の子どもがいて、ある特定の診断基準に当てはまるという感じではありませんが、一番上のがかなりユニークな子です。この子は将来どうなるのか心配ですが、親がどういう心構えでいることが望ましいか、先生ご自身がどういう治療的なことをなさっているか、投薬はなさっているかなどを伺いたい。

精神科診断の細分化は「におい」によって

石川：「発達障害」について、脳科学的、遺伝学的にどこまで説明できるか、仮説の段階ではないかと聞かれると、かなりわかってきた部分は多いと言ってよい。ただし、仮説と現実にはずれがあって、たとえば、アメリカで作られたDSM(精神疾患のための診断と統計の手引き)での「自閉症」という単位は、これは診断名ではなく研究上の仮説です。仮説がないからではなくて、仮説があるから研究的に分かれるので、仮説上の単位が実際化されるために、いろいろ作っておいたほうが便利となる。ところが、たとえば自閉症の一群で遺伝子がわかっているものが6つくらい出てきたが、こういった単位疾患分類と、DSMの分類はほとんど整合性を持たない。

昔、「精神薄弱」というのはゴミ箱診断で、1800年代は難聴も「精神薄弱」のなかに放り込まれていた。診

断名がちゃんとついたものは何でもそこから抜き出されていくわけで、耳が聞こえないから「出来ない」という説明に対し、あとから「難聴」の概念が出てくる。「難聴」が出てくると、難聴のなかに何々性難聴という分類が出てくる。さらにそれぞれの原因にいけば、遺伝的難聴もあるし、全く違う風疹症候群もあるという具合だ。

そういう細分化をたどっていく過程で言えば、じつはそこにごまかしが行われているわけで、日本の医者の診断は、欧米と異なり、においなんです。アメリカの医学は、「自閉っぽい」とか「自閉的」という言葉を、改めてどんどん細分化して、原因の特定に向かっている。ヨーロッパの医学では、たとえば自閉症は、アメリカとはまったく逆で、普通の子どもまで含んで、区別がないような連続性のなかにあるというところに論点を置こうとしている。ドイツで、「アスペルガー障害」は、アスペルガーが言い出したのだが、正常発達の子どものなかの成長段階が特異な格好で出てきたものだった。そのなかに病的な「自閉っぽい」感じを持つ子どもがいる。

その理論は、日本では平井信義さんが引き継いで、なんだかわからない格好にしたけど、医学界には持ち込まれなかった。医学界では、アメリカのカナーの概念を採用した。カナーの「自閉症」は1万人に3人くらいしかいないとされていた。この「自閉症」は非常に独自で、1960年代から70年代にかけて、医者たちのなかには、自分がはじめて本当の自閉症を見た、君のは違うとか、いった論争まであったようだ。そういう格好で「分裂病」論からずっと広がってくる。日本ではその過程で「自閉的」という表現が流行した。

例えば、同じアスペルガー障害と言っても、ヨーロッパで言うのと、アメリカで言うのとはまったく別のもので、その食い違いを埋めるのが「におい」なわけです。

私たちの概念形成には、そういう「におい」が支配する。それとは別の次元で、遺伝子がこうなったからこうなったと同定される疾患はあるわけです。再分化の過程で、両方の考え方を、とって、くっつけて、ひとまとめにはりつけて細工をしているから、分かりにくさが出ている。

「診断」は流れの中でストーリーを作ること

石川：ご質問のセロトニンに関しても、検査できなくはない。しかし、現状では、脳を割って裂いて、組織を引き出さなければいけない。だから、脳に針を刺してセロトニンを取っていいならやりますよ、となる。ただし、もし、そこで針を刺したとしても、一時点でとるだけでは判断できない。ケミカル(化学的)に問題を立てていくなら、ダイナミズムのなかでのセロトニンの動向を調べることが必要だから、脳の物質をずっと抽出し続けなければいけない。ただそこまでしなくても、もっと簡単に特殊な装置を用いれば、脳のなかの特定物質をマークして、どうそれが流れているかということ程度は、だいたいチェックできるようになっている。それを使えば、もうすぐ、画像診断化はできるだろう。ただし、それは、ものすごい大きな概念と非常に特別な微小な概念を組み合わせたうえで、仮説と推測のもとに、モザイクのように組み立てられるということです。

また、上記ダイナミズムに関しては、遺伝子の問題と環境の問題というのは対立するものでは、もはやない。遺伝子は環境に応じて発現するし、遺伝子は環境を発現的にコントロールする。そういうダイナミズムという考え方が主流になると、遺伝か環境かという議論は、もう意味がなくなる。これまでも遺伝か環境かという議論が成り立ってきたと、みんな思っていたけれど、遺伝子を見たのかといえば、見ていない。環境とは何か、わからないけれど、そう語ってきたわけで、そういう意味では、脳死議論で簡単に死の概念が変わるのと同じように、原因論から診断まで仮説ひとつで容易に変化する。私たちが作っているストーリーの問題として考えないと話の筋は成り立たないだろうと思っている。

問題の個人化と薬物療法

石川：薬がどう効いているのかという話で言うと、

ケミカルという実にうまい言葉が示すように、ガチガチ、ハードじゃない。反応しながら変化するからケミカルで、ケミカルにフィーリングが合うという感覚的言語と、情報産業世界の言語はすごく通じやすい。アメリカ型仮説には、そういうところがある。薬で治ったりしないということは、どの医者も認めている。ただセロトニンの問題は、回復を自己治癒力に求め、セロトニンで自己回復がしやすい環境を整えてあげていると表現される。そういう言い方になるから「薬では治らない」という話もあるが、同時に「薬を使わなかったらたいへんしんどい」という話も可能になる。

現実に薬剤による自殺予防が可能かというと、医者は全員否定しているけれど、さっき言ったストーリーのなかでは、「しかしやっぱり、うつは自殺する病気だから、その苦しさには薬剤を使わなければいけない」という整理されていない議論が、主導権を握る。誰に向かって、どっちの方向に語るかによって、同じ文章でも異なる文脈に分けられて語られていっていると思う。

そういう流れのなかで、「個人化」ということがあるが、医学的には個人の生体の構造が問題になる。(三輪さんの話では)家族が責任を負うという格好と、もう一つは、そこは個人の内部の細かい問題で、判断していく主体は個人で問うという格好で個人に来る。その個人が結局、もう一方では社会から線を引くというので言えば、たとえば犯罪予備軍であるという形であったり、職場のなかでも、将来の経済性から、労働・産業能率から、いろいろな格好で区切られていって、それはすべて個人の病気だということになる。その人が生きて、切り結んでいる関係の文脈のなかでは語られないわけです。

さっき手術台の上といったような、そこではピンポイントで成功したところの手術台の上の議論をいま言った張りぼての議論のところまで全部当てはめて持ってきて、ひとくくりにして区切っている。そういうなかでポンと取り残された側の個人や家族からいえば、診断分類のどこかに自分を当てはめなかったら、すごく苦しくて生きていけない状況に追い込まれるわけです。結局大多数が共有しやすそうな医学的ストーリーとして自分を納得させる行動をとっていくんだと思う。我が子が診断を受けて、親がハッピーなわけがないのは事実だけれど、そのことによって、教員も、親も許されるわけで、そういう意味で、すごい宗教的魔力をもつ、許してくれる診断なわけです。

自分は根性がないとか、できないと思っていたときに、そうではないと言われることが救いになる。なぜこの世の中では根性がないことは救いにならなくて、脳の責任だったら救いになるのかというところで、ストーリーが既に成立しているわけですね。そういうなかで、最後はどうなるかというと、バラバラにされた「個人の幸せ」という言葉のなかにくくられていく1つの現象が薬剤であると思う。たとえば、リタリンによって落ち着いてよかった。でも、多動な子だけが落ち着いていいわけではない。多分3人に1人くらいは、非常に集中力が上がるから、アメリカではエリートが競い合ってこれを飲もうとする。ドラッグというのは、ほかにもいろんな形で利用されているわけです。

SSRI(選択的セロトニン再吸収阻害物質)なども気軽にハイになろうということで、アメリカではドラッグストアで売られるという形で、個人の気分や個人の感情みたいなところで、すべて問題が片付いている。しんどさも、お互いの関係のなかで一緒に考えたり、受けあったりというよりは、個人のなかのつらさが消えればいいという形で、論理が展開しかねないところがあると思う。

統合教育は治療か、それとも地獄か

石川：水上さんの質問だが、私は「治療」というのは30年前に放棄してしまったから、治療的アドバイスはできないと思いつつ、患者さんが来ると、何か言わないと商売にならないので、引き裂かれた中にいる。しかもこの9月に診療の場に復帰したら、なんでこの子が来るのかなというような子どもが来る。でも、もうすでに、だいたい3歳児検診くらいから言われて、そういうトレーニング施設に向かっている。昔だったら病気じゃないと言ったほうが、みんながホッとした

けれど、病気じゃないと言うほうが混乱をもたらす。そういうなかで、そういうレッテルを貼られるところからスタートするしかない。

昔に比べれば、そういう世の中のストーリーにすっぽり包摂されたほうがずっと楽で、しかも世の中は楽に生きることのほうに、われわれはみんな慣れているなかで、しんどさをどうやって一緒に共有していくのかが問題として残る。

佐々木正美さんが発達障害児の療育について書いている中で、私には彼が幾分他人のことのように書いているのが気になるが、次のように述べている。自閉症が知られだしてまず、特別な指導方法が生まれた。しかし、それは間違っていた。その混乱の中で、統合教育が一番いい治療方法だと言われた。しかし、それはまさに悲惨な結果を招いた。統合教育を受けた自閉症児のなかには、大人になってからもっとも社会資源を受けられない位置に置かれている自閉症者が多い。それはよく言われるセルフ・エスティームの問題(当人が傷ついて、自信をなくし、社会を利用できなくなる)と似たこととして説明される。その上で、「したがって、統合教育論は危険であった」と結論付けられる。しかし、彼は、統合保育だけはうまくいったとも書く。そしてその差を、保育のなかには教育の画一性とは異なる柔軟に計画された指導があることに求める。この柔軟なプログラムは、アメリカでTEACCH(Treatment and Education of Autistic and Communication Handicaped Children)として、地域ぐるみで実施されているという言い方で、指導論を展開する。

佐々木さんはたしかに一時、統合教育が治療だという言い方をしたわけです。私たちはむしろ「普通の社会も地獄だし、特別な教育も地獄だから、どっちも地獄だったら、普通の社会の地獄を体験するしかない」と立てないと何も語れなかった。しかし、どこかで地獄を共有するということが、最近はできなくなっている。問題を個人の治療論へ還元していく圧力の高まりのなかで、地獄が共有できないような雰囲気が生まれ「天国だけ求めてほんとにいいのかな」くらいの言い方しかできない。

発達障害者支援法の背景と問題を整理しよう

飯島：発達障害者支援法のことだが、私はある障害者団体に勤めていて、この法律ができあがるまでのプロセスを割りとよく見られるところにいた。瞬く間に成立した。夏に入るころ、この話が出てきたと思うが、12月3日(2004年)に参議院の本会議で成立して、4月1日からスタートです。それと同時に、いろんな分野が一体となって構造的にいろんな対策が組まれている。障害者の雇用対策についても然り、障害保健福祉の介護保険への統合などもそうだし、特別支援教育についてもそう。役人は少年犯罪と安易に結びつけてこの法律の必要性を論じているということもある。ぼくとしては非常に危険なものを秘めていると思っている。

たしかに内容的には、保護者や本人の意思を尊重するという文言は一部ありますが、そこをかき消すような問題のある部分もある。たとえば、発達障害者を支援していくような機関は、ある程度行政が指定できるような形になっているし、就学時検診と結びつくような早期の発見体制も奨励されている。いまの社会状況を象徴したひとつの法律だと思っている。

ぼくとしては、社会臨床学会みたいなところで問題部分について警鐘を発してほしいと思う。4月1日から施行していくので、いろんな問題が具体的に出てくると思う。来年(2005年)の学会総会に向けて、もう少し議論を煮詰めて、体系的に整理して一定の見解を出していただけたらと思う。ぼくがずっと感じているのは、この学会が運動体ではないけれど、そういうところでもう少し積極的に社会にアピールしてほしいとときどき感じる。

司会：「医療化」という問題を掲げたのは、来年の総会に向けて、そういう問題を考えていこうということでもあったわけだが、いまの提起を受けて、まず運営委員会で話していきたいと思う。

精神医療の場はいよいよ抑制的、拘束的になっている

赤松：私は40年くらい前から、精神医療の場で仕事をしてきたが、そこには10年、20年、30年と入院している方がいて、その人たちの暮らしの場が全然ない。分刻みで言われる通りに作業はやらされるけれども、私たちは、自分たちの選択できる暮らしの場がないということで、暮らしの場を作るということにずっとこだわってきた。一時は医療の場よりも生活の場だというところで、病棟のなかで料理を作ったり、いろいろなサークル活動をしたりしたが、そういうことが制度化されて、OT(作業療法)になって、院内作業になって、デイケアになった。社会のなかでは作業所くらいで、ほとんどそういう場がないから、こんな形でもやっていかなければと思っていた。

最近の厚生労働省の指導で、デイケアも治療的にきちんと観察記録を書かなければいけないという中で、患者さんたちはデイケアの場からはみ出ていく、いやになる。デイケアのスタッフが厚生労働省の指導に従うというところでは、ここをイヤだという人は出て行けばいいと言わざるをえない。そういう人たちが出て行った外の生活は、何十年も精神医療の世界にいる人にとっては、住むのも非常にしんどいところになっている。

今度は、精神医療で長期の入院はだめだということで、短期でどんどん退院させるということが、保険点数化のなかで起こってくる。なかに入っている人は、点滴の治療と拘束の治療と電気けいれん療法の抑制治療だけになって、暮らしはOT作業があったりするが、枠のなかで決められて自分で選ぶことができない。

そういうところで当事者運動が国際的になされていて、今年もニュージーランドからメアリー・O・ヘーガンさんが何回か来ている。その人が言っているが、いまの精神医療のなかで強制医療がなされるのは、精神障害者は病気に対する自覚がない、だから精神医療の中で抑制的な治療をせざるをえないという治療方針がいまだにあるからで、自尊心を持った生き方ができないということを訴えている。生理学的な、脳科学的な分析がある程度進んで、個々に調べれば相当なところまで分かってきて、それがもっともっと進められるところに行くかどうかだが、私は40年来治療のなかにいて、患者さんに役立つ治療がなされていくとはとても思えない。いよいよ生理学的、脳科学的に見られて、こういう人は抑制的に拘束しなければいけない、保護室にいなくてはいけないと決められて、自尊心が傷つけられていく。薬物で幻聴はすっかりとれず、妄想もとれないで、ずっと持ち続けていて、薬の副作用で、精神安定剤は弛緩作用で、体はドーンと来るし、トボトボと歩かなければならないということで、むしろ生活が奪い取られていく。

そういうなかで当事者の人たちが、北海道の「ベテルの家」のように、自分たちで場を作る。そこの治療者は「治療しない」ということをむしろ言っている。脳科学的に生理学的に進むものが、本当に役立つのか、メアリーさんが言っているように精神医療はおかしい、基本的に見直さなければ患者さんたちはつぶされてしまうということを、もっときちんと言っていかなければいけないと思う。

自閉症の原因究明は余りに痛いし怖い

伊東：子どもが2人いて、高校2年と高校1年だが、いろいろある子だが、医者が診断したわけでもないのに教師のほうから自閉症の子はこうだからといきなり言われて、いつから教師は医者になったのかと思った。「普通教育も地獄、特殊教育も地獄、それならうちは普通の地獄を」と、10年間やってきて、とりあえず義務教育は去年で終わったという状況です。聞きたいことは、この間『読売新聞』に、自閉症の原因究明云々で、アメリカで自閉症で事故死した人の脳を解剖し、そして生きている子どもの髄液を調べて原因究明するとかいう記事が載っていた。気になったのは、うちの下の子が0歳のときに細菌性髄膜炎にかかったときに、脳みそと頭蓋骨の間に髄液があって、そこに菌が入ったとお医者さんに言われて、腰に針を刺して髄液を調べると言われた。看護婦さんには、これは大の男でも痛さのあまり泣くような検査だと言われ、結局入院1ヵ月のあいだに3回やった。検査をやったときは、そこの絆創膏が貼ってあるのでわかるが、すごく

つらい思いをした。それをアメリカでは、生きている自閉症の子の検査のために、病気でもない子の髄液をとって研究しているのかと思ったら、怖いような気がした。

寺前：先ほど石川さんが、「統合保育」は成功したけれど「統合教育」は失敗だったとおっしゃいましたが、私も健常の子と障害のある子が一緒に育つことは医学的にいい事だと聞いていたが、「学校に行くと違うよ」ということは最初から言われていた。統合教育は失敗だというのは、本来ある統合教育をしていなかったのではないか。ただ入っただけで、理想的な意味の統合教育ではなかったと思う。それで失敗だというのはどうなのか。

山岸：ADHDやLDや高機能自閉症という子どもは、昔どういう取り扱いをされていたのか確認したい。そういう子どもたちとどう向き合っていたか、一般論としてでも、お聞きしたい。

「中枢神経系の障害」「知的障害でない」が強調されるなかで

篠原：確かに、かつて「統合教育」と呼んで、それは教育効果があるか、ましてや医療効果はあるかと議論した時代があった。ぼくらもついその議論に乗せられて、やっぱり統合教育のほうが発達保障される、といった議論をした。その文脈で言えば、じつはどっちもどっちという感じがあって、ぼくは、やっぱり「一緒に生きるのが当たり前」というところでこだわりつづけることしかないと依然としてかたくなに思っている。

ぼくは、'81年にアメリカで取材をしていたときに、LDという言葉を初めて聞いた。多分その以前から日本に入っていたと思うけれど、「特殊教育の専門家」であったにもかかわらず、そういう言葉を知らないで、その世界でまあまあ飯が食えていた。日本では'80年代の後半からLD、LDと言い出した。以後、ADHD(注意欠陥多動性症候群)、高機能自閉症またはアスペルガー症候群などが流行ってくる。カナー型ではなくてアスペルガー・タイプ、こっちのほうは性格の偏り、教育は可能だとか、知能は問題ないなどと、よってたかって、カナーはやめてアスペルガーと言いたがっていたが、そういうものが一挙に21世紀に入ってセットになって登場してきた感がする。

この共通項は何かだが、お二人の話を聞いて、一つ落ちていると思ったのは、何らかの中枢神経系の障害、つまり脳に見えざる傷があるということ以外に、もう1つ、アホじゃないということがある。「知的障害」ではないと。昔、30年前に親たちは、うちの子は知恵遅れじゃない、自閉症だよと言って、慰めあっていたけれど、ぼくは、3歳児検診の仕事などをやっていたが、そんな言い方でいいのかなと思って問い返していた。

同様な話のなかで今では、うちの子は知恵遅れじゃない、LDだ、知恵遅れじゃない、ADHDだと言う。ましてや自閉症に高機能がついてきた。そういう話は、よってたかって知的に問題はない、知的に問題があるのが一番怖いとなっている。そういう思想、感覚みたいなところで、それらが強調されてきた。これはまずいし危ない。

このことで、ぼくは依然として、2つわかりにくいところがあって、1つはこのアホじゃないという話と関わるけれど、エリート教育の文脈の一環で、何か特別な才能があるというところで、そこに着目しているようだ。障害児教育と言うけれど、一種の才能教育で、きらりと光るものを探し出そうとしているのだろうか。そういう文脈で考えても、じつはどうやって実践するかよく見えてこないが。

もうひとつ思うのは、20年か30年前、たしかに知恵遅れと呼ばれようと、自閉症と呼ばれようと、多くの子供たちは医者に調合してもらって、「教育」と並行して薬を飲んでいた。ところが、最近は、教室の活動に非常に密着する格好で、あるいは教師が積極的に期待することでリタリンみたいなものを飲ませる。そういう点では、医者が教育の場面そのものに入ってくる。教育現場はそれを積極的に期待する。それはまさに21世紀的な感じ。そういう点では、お医者さんは障害者とずっとつきあっていたけれど、その付き合い方の度が過ぎてきている。しかし、教育現場で親や教

師がそれを期待して、教育の一環としての投薬という積極的なイメージまで実践されつつあるんじゃないか。

「統合教育」は社会が受け入れない

石川：アホじゃないというのは、一言で言えば「何らかの手立てがある、希望があるという文脈を持ち続けたい」ということ。逆をいえば、アホというのは手立ても希望もない。アホと言われる者に関わった人が、アホには希望がないというストーリーを作っていた。しかしこのストーリーの真の作者は、現実の社会です。なぜ統合教育はだめかと言うと、社会がアホを受け入れないわけです。学校は社会に近いけれど、保育は社会的価値からもっと外れたところにある。そのような前提の下に、佐々木さんのいうのは正しい。どう一緒に生きられるかという文脈を社会全体に夢想できないから、別枠に求めると言う形で、佐々木さんは統合教育論を逆に切ってくる。そこにどう答えられるかは、たしかに非常にむずかしい。一緒に生きることは何だったのかと、非常にきびしく問われているから、口ごもってしまうころがある。

篠原さんが、医者が関わりすぎたというのは、まさにそうで、その意味でいえば教員も関わりすぎていると思う。私は、40人以下の少人数学級にしようとする説がよくわからなくて、多人数のほうが、子どもらの集団が教員の目からまぎれるところがあってよかったと思っている。教員が少人数学級に、自己の労働負担の軽減を求めたわけだけれど、現実には労働は強化され、子ども管理も強化された。なぜ労働負担の軽減にならずに管理強化におちいったのかという文脈と、ADHDやLDということがどんどん問題にされざるをえなかったことは、表と裏のような気がする。

一緒に生きるということは多分、何か気に入らないことを認めあうことでもある。お互いをあまり見ないことで一緒に居られるといったことがなかったら、なかなか一緒にいられない。今の社会は、分かることで全部説明しようとするが、より分かれば分かるほど一緒に居ようとすること自体すごくむずかしくなるほうが多いと思うふしがある。

特殊教育のなかのエリート教育と、専門家間の相互補完性

三輪：特別支援教育で、まさに篠原さんが言っていた1番目の問題は、「ギフテッド(天賦の才能)」の教育のことだ。これは飛び級をしていくような子どもたちの話ではなくて、いわゆる発達障害で括られる「軽度な知的障害」があるにもかかわらず、ある部分の能力だけズドンと出ているという話。こういう子どもを発見し、教育のあり方を考えるべきであるということは、すでに2、30年前、アメリカで出版された障害児教育の有名なテキスト本の第一章で強調されていた。最近、時折引かれる例では大江光です。そういう子どもに対して、それなりの教育をすべきだという議論は日本でも指摘され始めている。

これは「良い」言い方をすると「希望」という話だ。たとえば、教育相談の場面で、アスペルガーだと言われる子どもにしても、ADHDだと言われる子どもにしても、お母さんは、「だけど成績はまあまあです。算数なら90点くらい、漢字だったら大丈夫。ただ、文章題になるとちょっと弱いかな」と話すことが結構ある。こんな具合に「ギフテッド」の話は親の希望とセットになって現れていく。ぼくは、その希望はくじくことにしている。基本的にそういうことは考えないほうがいい、と。ありていに、そのままの子どもでしかないだろうと。

ここから、序列的な意味での、教育全体の中でのエリート教育と直接つながるかどうかははっきりしないけれど、普通教育でも特殊教育でも、それぞれの中でのエリート教育という発想は、はっきり出てきている。

赤松さんの話を聞いて、ぼくには、生物学的な精神医学・医療が進むと、薬を飲ませたり、電気ショックをしたりなど、抑制的な治療が主となり、いわゆる生活を大事にする医療ではなくなるというふうに聞こえた。しかし、それは微妙な問題でもある。つまり、短期間で身体への生物学的な治療をかけるが、そのあと

ずるずる引き延ばさないで、自分の生活へ戻りなさいという風に見れば、あとの暮らしはあなたが自分の責任で勝手にやりなさいとなる。医療の責任は生物学的な治療までというような切り口で医療が出ているとすると、病院の中でずっと関わって長期化して、日課などと言いながら強制的な生活をさせられて、患者にはそれこそ暮らしがない、自由度がないということのほうがよいのか。むしろ生物学的に考えたほうが、あとの時間が保障されるかもしれない。この問題は、人間的な関わり(心理的な関わりや福祉的な関わり)のほうが患者の自由度のある生活を保障できる、というような言い方に転化していく危険性もあるから、そこが分かれ道だと思う。事実上は、生物学的な抑制治療ではよくならない、よくならないなかで患者の生活をどう考えていくのかというのが、赤松さんの立て方なんだろうとぼくは聞いた。

ただ、それなら精神医学や心理学や社会福祉学や、それらに関係する専門家が協力しあう体制であれば、対象となる人たちにとってすばらしいことなのか、ということはやはり問題として残るのではないか。

脳科学に還元しながら、心理学も教育学も

三輪:それを今日の話に引き戻すと、特別支援教育というのは、生理学的、生物学的、脳科学的な話と心理学や教育学が補完しあいましょうという考え方です。それぞれのテリトリー争い、覇権争いはあるかもしれないが、一応多分野が結集する。心理学をやっている人、教育学をやっている人からすると、さしあたり自分たちのこれまでの教育方法、心理学的方法ではだめだったかもしれないけれど、その原因は脳にあるのだから仕方ないとなる。しかし、バカンと人を叩くとか、算数だけできないとか、それらは脳の問題かもしれないけれど、個別の行動上、学習上の問題として一つひとつを対象として教育的にていねいに扱うことで、いくらかは発達成長させられるでしょうという考え方になる。それがさっきのアホではないという考え方と合流する。アホではないから、教育可能性がある。教育可能性があるから、何らかの教育をしたり、心の手当てをすることで、実は脳の問題がありつつも、適応の問題、発達、学習の問題を教育学者や心理学者が扱いましょうとなる。つまり、教育学者や心理学者は、治らなくても自分たちの問題ではない、脳の問題なんだから、自分たちは教育可能性にかけて適応や学習を少し変容させるような関わりだけを考えればいい、と捉えていく。そうすると、この2つが合流してくる。そこで落ちる人がいるということが起きたとすれば、落ちたことがどうだったかということ自体は、脳科学の取り扱いでしょうとなる。

生物学的な治療か、人権派の治療か、を越えて

石川:ただ、落ちる人は微妙に変わってきている。そこは要の問題で、社会が要請する、社会に求められる、きらめく才能や重宝にされるようなイメージは変動していっている。たとえば、30年前、私が医者になったころ、「青い芝の会」の障害者たちは、「体の不自由」ということから自分たちの存在の確かさを強烈に叫んだ。いま肢体不自由の人は本当はもう叫べなくなっていると言ったほうがいいかもしれないけれど、少なくとも一定の社会保障制度が成り立っていて、むしろ新たな時代、社会に生きることになっている。だから、同じ意味合いで、「生活」ということを語れるかどうかわからないところがある。

生物学的なもので患者は救えないという言い方は、救われる人もいるというのと同じ論議だと思う。極論になるが、純粋に生物学的な医学をやっていた人のほうが、なまじ人道的な医者より精神障害者にはずっとやさしかったかもしれないという思いがある。どういうところがやさしいかというと、薬の使用法がいい例だ。いわゆる人権派の精神科医のほうが薬剤投与量が圧倒的に多い。生物学的な人のほうが薬についてはちゃんと勉強しているから、厳選して薬を使う。最近欧米の医学が2剤以上の投薬に警告を発すると、きちんとそれに従う。薬こそ、ロボトミーよりもっと脳を破壊している可能性がある。そういう点に注目して、長い治療の経過を振り返るなら、どっちが人権派だったか分からなくなる現実がある。

人権派は生物学的医学に敵対したから、生物学的医学が培ってきた治験経験を無視する傾向が強かった。でも、薬は、誰が使っても同じ薬で、人権上のルールよりは、はるかに生物学的ルールによく従う。医者は、人権派と言えども、人間の身体に対していいことなんかしていない。本当は、治療そのものがひどいことをしているという自覚をもたなくなったところに医者は気づく必要がある。

そこが医者の置かれている位置で、「生活」と言われても、本当にはわかんないところがたくさんある。例えば、わたしは、かつて赤レンガ(東大精神科病棟)にいた。人権が守られると聞いてやって来る若い患者が「人権を無視している」と言うので、「ここは全面的に解放病棟だよ」と私たちが答えると、「こんな汚いところに人が住めるか」と反論されたことがある。きれい、汚い、のほうが自由か不自由かより価値あると感じている人にとっては、生活の問題は人権意識とは大きく食い違うこともある。つまり、「する側、される側」という関係をはなれて「生物学的なものとそうでないもの」という分け方でいえば、もういっぺん、どんなしがらみや関係のなかで一緒に生きようとしているのかというストーリーを共有しなおすしかない。

生き生きしていなければいけないのか

小沢：「暮らしのなかの医療化」というテーマで、特別支援教育に話題が集中したが、私が気になっていることだが、暮らしのなかの薬漬けの現状で、そこにうつ病の抗うつ剤が非常に広く使われるようになってきている問題があると思う。生き生きしていなければいけない、生き生きしていない自分はうつ状態、という強迫観念の問題、そこで抗うつ剤がどんどん使われていく状態も、今後どこかで取り上げたい。

もう1つはお知らせ。さっき三輪さんが医療と心理学の結合云々と言われたけれど、ごく最近アメリカに住んでいる知人から、こういうことがアメリカで始まるので、日本にも入ってくるかもしれないのでと、知らせてくれたニュース。ブッシュ政権が、先月(04年11月)こういうことを発表した。それは、全国の子どもたち全員に200億円の予算で親の承諾なしに心理テストを学校でやるということが決まったと。これから発表になるかもしれないし、日本にも影響が出てくるのではないかと思うので、お知らせします。

薬物効果より副作用が多かったならば、どうするか

古谷：「精神障害者」と呼ばれる人が通っていた作業所で10年くらい仕事をしていたが、作業所に来ている人は皆さん、精神科の薬を飲んでいるわけだが、その場合、幻聴や幻覚の症状を抑える目的で飲んでいるのでしょうが、薬は副作用があるわけで、精神科で出されている薬について、効果よりも副作用が多かったら、それは治療になっているんだろうか。そういうことについての議論が、あまり精神医学ではなされていないような気がするが、今後そういう方向に進んでいくような兆しがあるかどうか、議論されないならばなぜなのかということをお聞きしたい。

川：福祉政策論の文脈で、ネオリベラリズムの議論を読んだことがあるが、新自由主義という考え方が市場化と効率化を推し進めて、その結果、効率に合わない人たちを病理として定義し、心の問題に帰して、それが結果としてイギリスやアメリカでアンダー・クラス論とつながる。アンダー・クラスとされた人たちは心に問題をおこされて、どんどん社会的排除を受けていったという議論です。今年(2004年)の『臨床心理学研究』に紹介されていた『新しいうつ病論』(高岡健、2003年、雲母書房)によると、70年代、80年代にアメリカ、イギリスで、うつ病概念の変更があって、それが実はネオリベラリズムと関係があったのではないかと。ADHDやLDやアスペルガー・タイプについても、かなり古い時期からMBD(微細脳損傷)という形で注目はされていたけれど。そう考えると、これらのイデオロギー的な背景は、新しいうつ病概念と同じように、社会政策や経済政策におけるイデオロギー的な議論と絡めて議論できるのではないかと思った。

もう1つ、以前学生時代にADHD児、LD児の親の会に関わっていて、親や心理士などはやたらリタリン

を使いたがって、会に訪れる親子に、これはコーラやめがねと同じだから飲んでみるといいという説明の仕方をしていた。薬への依存性など副作用は子どもの場合はないと言っていたが、この間、当時の子どもから、いきなり電話があって、薬の副作用でやめられなくなってしまってどうにもならないと言われた。リタリンについては簡単に勧めているようですが、副作用についてはどのくらい議論されているのですか。

公民権的人権思想は中産階級的消費主義に変質してきた

石川：リタリンの副作用については、2000年くらいに反論があがってから、相当変わってきている。依存と嗜癖の問題は、たしかに低年齢では起こりにくいけれども、逆にいえば、少なくとも7歳までの脳は解剖学的に形成中で、7歳から12歳の脳は解剖学的にはそうではないけれど生理学的には形成中の脳で、リタリンが莫大な被害を与えることは十分想定されている。イギリスではリタリンの前にアンフェタミンという覚せい剤が露骨に副作用を出したのでずっと禁止だった。ところが90年代に解禁になって、ADHDという診断が0.1%から急に3%くらいまで上がった。いま、アメリカでは完全な反省期に入っている。

これまで副作用がないと言われてきたけれど、これはまやかし。子どもは成長していく存在だから、大人が飲んだ場合にこうなったというほどはっきりとした変化が現れない。仮に副作用があっても、成長の過程だという解釈の下しようで判断は留保されることもある。しかし、今後は、すごい勢いで反論が上がってくると思う。

2点目だが、ネオリベラリズムとの関係かどうかは別にして、公民権運動の流れのなかにIEP(Individualized Educational Programs)の基本発想があった。IEPは移民の受け入れと絡んだプログラムで、伝統的なアメリカの文化と絡んで生まれてきた。しかし、ケネディ後あたりから次第に変化し、やがて消費者運動の流れの変化とともに公民権的人権思想が変質していく。その過程で、白人中産階級の求めとして、知的障害と学習障害を区別するIEPという、それまでとは違う利用のされ方が出てくる。

同じ頃医学的にはMBDから今日の多動症、学習障害へという流れや、古典的な自閉症論から広汎性発達障害への流れが、起こってきた。日本では、小児科医がMBD、精神科医が自閉症と、役割が分担され両者の流れがつい最近まで合流することがなかった。イギリスでは、MBDよりは行為障害が注目され、ウィングが積極的にアスペルガーに取り組んで自閉症観が変わるなど、文化的な診断基準の差異がずっと存在してきた。そんな風に、長年診断分類は、ずっと混乱のなかにある。たとえば自閉傾向と言っても、以前のようにすごく独自の世界にこもって特別なことをする子というのは、カナーが言ったように0.0何パーセントしかいないけれど、「受身型」というニコニコして受身的な人間関係も自閉症スペクトラムの特色とされるなど、カナーもアスペルガーも想定していなかった概念が登場した。「積極関与型」というのまで生まれた。

自然と人間のなれ合いが成り立つ社会では、物と人との関係が価値の主軸になっていたのに、対人関係以外に人間の価値を決めるものがないような見せかけの社会のなかで、対人関係の「障害」は全部自閉の概念に取り込まれようとしている。こういった変化は、ネオリベラリズムの流れとはまったく別のところから来ていると思うが、根は同じかもしれない。

最後に薬のことだが、いまEvidence-Based Medicineといって、事実に基づいた根拠ある薬物の使用が一番積極的に取り入れられているのは精神科。ただし、ベテランは、経験主義で我流の医者は少ない。

もう1つの問題は、ここがトリックですが、薬の研究というときに、医学自体が変質していて、従来の医学は生命をどれだけ救えるかという生命生存率、あるいは何年間生きられるかというところで生物学的研究のデータを集めていた。精神科の場合、研究は進んでいるが、生命の予後を変えられたかどうかということではなく、症状がどう変わったか、クオリティ・オブ・ライフ(生活の質)はどうなったかである。これが多分薬剤に対する最大の混乱で、精神科医は科学的事

実があっても自分の主観でいくらでもそのクオリティを再解釈すれば、薬の使い方が完全に自由になる余地をいっぱい持っていた。

「障害」で括ることから特別扱いが始まる

三輪：さっき紹介した子どもが、先生に正座をさせられるから、お母さんは問題だというわけです。お母さんは、学校の先生にぼくに会いに行け、と言ったらしい。お母さんによると大学教員には力がある、ということなので、つまり権威を使って、それを何とか取り除こうとした。このお母さんの話は、簡単にいえば、「普通学級のなかでこの子をそのままおかせたい。でも、この子はこういう障害を持っているから、そういう障害を持っている子にはそれなりの対応をしてほしい」という議論です。

そこで、学年主任と担任の2人がぼくのところに来て、話した。正座させたのは担任教師で2人とも、その子を発達障害だと思っていなかった。だから、他の子どもに正座させていたのと同じように彼も正座させたし、言うことを聞かないなら、何度でも教育してやろうと。たしかにこういう動きをする子どもは前にもいた。前もいたのに、なぜ今回だけそういうことが問題になるのかな、と受け取るわけです。そして、その子どもに障害があることが分かった段階で、特別扱いが始まるわけです。この特別扱いが、じつは子どもに応じた接し方という形で、いまはそれが求められるという形になってきている。普通学級のなかにいながら、彼らは障害を持つがゆえに特別な扱いを受けるという構図がむしろ出てきている。

ひとりひとり人間は違うから、接し方が全部違うという議論ではない。まず、「障害」という形で括る。彼らは「軽度」だから普通学級に行ってよい。行ってよいけれども、軽度でも障害があるから、かかわり方は他の子と変えなければならない。障害をある種のラインにしながら、かかわり方が変わってくるという形にいまは展開しはじめているのではないか。教師がそれを自覚していくことがいいことなのか、悪いことなのかというのは、今後を見ないとわからないと思うけれど、正直に言うと、気持ちの悪いことだ。

もう1点、一番はじめにぼくのところに相談にくるときには、必ずだいたいの親が障害名を語ってしまう。「発達障害だと思います」と。これは一番はじめに誰がいったのかと言うと、だいたい学級担任だ。学級担任が何かの拍子に子どもの動きを見て、お宅のお子さん、ちょっと違うね、問題だというようなことを言って、そこへ、親がいままで育ててきた自分の経験を重ね合わせる。重ね合わせたときに、はじめて医療という話が出てくる。医者へ行ってみたら、あるいは教育センターへ行ってみたら、こう診断されたとなるが、じつは教師がそういう障害を初めに作っている。それを作っておいて、あとはお医者さんが薬を出して、授業中は静かにさせておいてくださいという消費者の役をやって、両方になっている。そういう状況にいま教師は置かれているということがある。

司会：2人の重要な発題から議論がなされたわけだが、今日はまとめません。これは必ず『社会臨床雑誌』に報告させていただく。いろんな議論や学会に対する要望も出たが、「医療化」の問題は次回の総会(2005年4月)で、シンポジウムの1つとして扱う予定なので、今日の議論を生かしていけたらと思います。

〈アメリカの優生運動研究ノート(1)〉

なぜ優生学なのか？

秋葉　聰

はじめに

19世紀後半に台頭し1930年代の大恐慌で衰えたアメリカの優生運動は「旧優生主義」といわれ、戦後、特に1960年代に蘇った今日の優生主義は「新優生主義」と呼ばれることがある。この新旧の優生主義に違いがあるとするならば、それは何なのだろうか。その決定的な違いは、優生主義の「主体」および「対象」にあるのではなかろうか。

旧優生主義の主体は国家ないし州であり、その対象は総体としての人口であった。この意味で、国家優生主義とみなすことができる。それは、具体的にはアメリカ文明を支える白人中産階級(当時の言葉を使えば生存競争に勝った最適合者)の維持および増進を図るために、(今日「精神薄弱者」とか「精神遅滞者」といわれる)「フィーブル・マインデド」(feeble-minded)を主とする「不適合者」の分離・隔離と強制的優生不妊手術の政策であった。

それに対して、今日の優生主義の主体は「私人」であり、その対象は重い障害を持って生まれた障害児・者に代表される「個人」となっている。出生前診断にその典型が見られるように、子供の幸せ・家族の幸せの名の下に、診断によって異常が発見されると実施される堕胎(優生堕胎)は国家による強制ではなく、個人の自主的選択によるもので、「私的優生主義」と呼ぶことができる。つまり、国家のために子どもを生むのでないが、それは、結果として国家に奉仕している。かつての国家優生主義者にとっては、これほど願ったりかなったりのものはない。したがって、政府はこうした動きを禁止したり制限しようとはしていない。

妊娠三ヶ月以前の堕胎は合憲であるとした、1973年の連邦最高裁の判決を契機として、アメリカの歴史上先例をみない、二つのパターンの訴訟が続発した。その一方は、重い障害を持って生まれた子どもが母親の妊娠・出産を担当した医師を相手取って、「自分は生まれない権利がある。にもかかわらず、医師の過失で生まれた。このことに対する損害賠償を支払え」と訴えた。生まれるべきでなかった生命をドルで算定できない、としてこの訴えは退けられた。もう一方は、重い障害を持って生まれた子の親が「自分は健常児を生む権利がある。医師の過失で自分の権利が侵害された」とする訴訟である。この権利は認められた。こうした訴訟を防ぐため、医師は出生前診断を勧め、インフォームド・コンセントを求めるようになった。

それでは、新旧ふたつの優生主義に共通する実質的な同一性があるとするならば、それは何だろうか。新旧優生主義の底流には、二点に集約できる本質的なイデオロギーがある。一点は「メリトクラシー(能力主義または実力主義)」で、最低限自分の生活は自分で面倒をみる能力を要求するイデオロギーである。もう一点は、不適合者は「生まれるべきではなかった」、生まれて育ってしまった場合には「子どもを生むべきではない」、とするイデオロギーである。

さて、拙論「アメリカの優生運動研究ノート」は三回の予定で連載するが、そのきっかけは「キャリー・バック」問題であるし、連載は、この問題を軸に、その周辺と背景そして歴史を探ることになる。彼女は、アメリカ・ヴァージニア州で1906年に生まれ、1983年そこで生涯を閉じるのだが、その間、数年間にわたって「フィーブル・マインデド」とされて施設収容されている。当該施設から出るに先んじて、1927年の連邦最高裁判決によって合憲化された州法律に基づいて、強制不妊手術を受けさせられているのだが、キャリー・バックは、上記イデオロギーに根ざす優生運動に勝利の錦を飾るシンボルであり、優生不妊手術を強

制された優生運動における名もなき犠牲者のアイコンでもある。皮肉なことに、アメリカ独立宣言を起草し大統領を二期つとめたトーマス・ジェファーソンの邸宅がある由緒ある町、シャーロッツヴィルに生まれ、そこで亡くなっている。連邦最高裁の判決が下った1927年からの55周年記念として、2002年、キャリー・バックの記念碑が彼女が眠る墓の近くに建てられ、その除幕式で州知事が謝罪している。「我々は、なすべきではなかった過ちを犯してしまった。それは、法的な問題を超えるもので、一人一人の人間の尊厳に関わることである。その尊厳に支えられて州が成り立ち、また、その尊厳を尊び、増進するのが州の任務である。」と述べている。そして、それに先立って、多くの犠牲者に損害賠償を払っている。(詳しくは、研究ノート(Ⅲ)。真田孝昭「『キャリー・バックの断種手術』を読む」『社会臨床雑誌』4巻1号 1996年4月参照)

本稿連載は以下のように構成している。

研究ノート(Ⅰ)―なぜ優生学なのか?

主要な課題は、(1)1900年から1920年代にみられる優生運動主流派の優生学の定義を通して、なぜ優生学が台頭し世俗的宗教ともいえる社会的力をもったのかを論じながら、(2)同時期にみられる安楽死運動とクオリティー・オブ・ライフ(QOL)との関係で、優生運動の意味を問う。

研究ノート(Ⅱ)―科学としての心理学と優生運動(仮)

研究ノート(Ⅱ)の主な課題は、ゴッダード(Henry H. Goddard)が出版した4冊の本を中心として心理学の社会史を垣間見る試みである。(1)メンデルの法則に従ってフィーブル・マインデドネスの遺伝性を科学的に実証した最高の圧巻と評価され、多くの社会問題を解決する科学を提供したとみなされたゴッダードの『カリカック家』研究の興亡を紹介する。この研究はフィクションであったことが判明しているが、その内容にも触れる。(2)ゴッダードは、軽度のフィーブル・マインデドネスをモロン(魯鈍)と命名しているが、それは、新しい名称を作っただけではなく、概念としてのフィーブル・マインデドネスの分類を提示することによって、ままっ子扱いされていた心理学が科学としての市民権を確立する契機を作ったのである。(3)ゴッダードは、ビネー式知能検査でIQおよび精神年齢を導入したが、彼ら、数人の心理学者によって実施された、アメリカ陸軍に徴兵された未曾有の数の兵士に対する知能検査の問題に触れる。やがて心理学の重要性が認められ、それは、ユダヤ人、ロシア人、イタリア人を締め出す移民制限法の成立(1924年)を正当化する決定的な役割を演じているが、そのことを論じる。

研究ノート(Ⅲ)―キャリー・バックの優生手術とその後

キャリー・バックの優生手術に関する学位論文を書き、その後もキャリー・バックの問題に執拗に取り組んだロンバード(Paul A. Lombardo)の関連論文を参照しながら、優生手術の史的経緯を探りたい。また、州知事が優生手術を謝罪した政治的経緯にも触れる。

Ⅰ アメリカにおける優生学との出会い

1970年の秋のことである。国際法の観点からみた優生学、特にドイツ・ナチズムの優生不妊手術が裁かれた人道に反する戦争犯罪に関心をもっていた私は、アメリカの州立大学で最も古いといわれているジョージア大学図書館で必要な文献を検索した。カタログにはこれといった文献がないことに気がつき、図書館員の手を借りると、「優生学は戦後タブーとなっているので、図書館では新しい文献を納入しないことになっている。安楽死に関する文献も同じように扱われている」、といった内容の言葉を耳にした記憶がある。優生学即ナチズム、安楽死即ナチズムというアメリカの受け入れ方が感じられた。それでも今では古典とみなされる戦後始めて出版されたマーク・ヘイラーの作品(Mark H. Haller, Eugenics, New Brunswick, N.J., Rutgers University Press, 1963)を見つけることができて興奮したことを覚えている。絶版になっていたので、図書館で読んだが、どこまで理解できたのか疑問である。これが機会となって本は図書館で借り、図

書館で読む習慣ができた。

ニュールンベルグ裁判とほぼ平行して裁かれた(ドイツの)『医療の裁判』の記録がある、との図書館員の助言は実に有り難かった。国民の税金で出版された政府刊行物は、各州の主な大学図書館に無料で配布され、こうした刊行物を納める大学図書館はすべての国民に開放されていることも知らされた。手にした『医療裁判』は枕になるほどの分厚いもので全二巻に納められている。私の読解力をはるかに超えるもので、人体実験とガス室での大量殺戮をスキップして、優生不妊手術をめぐる裁判記録に集中せざるを得なかった。被告側の提出した記録に時間を忘れるほどの興味と恐怖感をおぼえた。ドイツが採用した「不適合者」の優生不妊手術は、アメリカで優生学の最高権威者といわれていたローリン(Harry Hamilton Laughlin)が1914年と1922年に提案した不妊手術モデル法(Model Sterilization Law)に従ったものであると被告側は自らを弁護している。さらに、キャリー・バックの強制優生不妊手術を合憲とした1927年の連邦最高裁判決文も証拠物件として提出されている。「もしドイツが裁かれなければならないとするならば、まず最初に裁かれるべきは検察側のアメリカである」といった主張が被告側の弁論であった。

ジョージア大学で受講した国際法の講義は、ケネディー政権とジョンソン政権の8年間、国務長官を勤めたディーン・ラスク(Dean Rusk)の「国際政策と国際法」と題するものだった。当時、反戦闘争が激しい時期で、ラッセル法廷が開かれ、アメリカ国際法学会がアメリカのベトナム戦争は戦争犯罪であるとの声明を出していたときだけに、私にとってもこの講座はアメリカにおける学問のあり方を問う試練となった。何回となくラスクの研究室に呼ばれ、私は、原爆投下やベトナム戦争それぞれと国際法をめぐって質問したり意見を述べたりしたが、そのことは今でも記憶に新しい。

なかでも殊更忘れがたいのは、ドイツが行った強制優生不妊手術を裁いた国際裁判に関してである。アメリカは、ドイツが人道に反する罪を犯したと理解しているが、それでは、原爆投下などは、どのようにアメリカは釈明するのか聞かせて欲しいとせまったことがある。ラスクは、「この問題だけを取り上げるのは正しくない。人体実験を含めた総体を人道の観点から見なければならない」としながらも、検察側のアメリカの調査と裁判戦略には未熟なものがあると語っていた。

さらに、私は、戦後の日本では、1948年にアメリカの強制優生不妊手術を手本とした優生保護法が成立して、現在でも効力をもっている事実を国際法的にどのように理解すべきか、とも詰問している。日本に関していえば、戦後復興の一環としての人口統制の必要によるものであって、ドイツの人種主義による政策とは異なっているとのことだった。このとき、日本の優生保護法は当時のアメリカ占領軍によって承認を受けていたという事実を始めて知った。ラスクとの会話で忘れがたいことは、学問上での助言ともいえるもので、強制優生不妊手術や戦争犯罪を扱う学位論文は受け入れられない、という戒めであった。

ラスクはジョージア州最北の山岳部にあるチェロキーという小さな寒村出身で、そこには政府に保護されたチェロキー・インディアン部落(厳密にいえば法的に独立した国家)がある。彼らは、世の中から隔離された小さなコミュニティーを作って生活し、「退化した者たち(the degenerated)」と軽蔑されてもいた。一度限りだが、ラスクにこの地域とインディアン部落を案内され、こうした地域に住む人の生活に関心を抱くようになり、私は、そのままジョージア州に留まることにした。妻は南部史に興味を持っていた。

1980年、ヴァージニア州で強制優生不妊手術を受けた生存者が州と病院を相手取って損害賠償を求める訴訟を起こした記事が『ニューヨーク・タイムズ』に載った。詳細な記憶はないが、キャリー・バックの妹が訴訟人側に加わっていることに興味を抱いた。優生不妊手術に際して、インフォームド・コンセントがもともと要求されているはずだが、実際にはそのようなことはなかった、というのが主な訴訟事由であった。訴訟には何年掛かるか分からないので、いつのまにか、この事件を忘れてしまった。

1989年、私は、コーネル大学図書館に勤務した。

大学の歴史を調べてみると、1914年当時、コーネル大学を含む名門といわれる大学には、生物学、社会学、医学、各学部に優生学の講座が開かれていたことが分かった。図書館の書庫には一生かかっても読み切れないほどの関連書物が納められていた。なぜこれほどの多くの本が出版されたのか、驚嘆ともいえる違和感に襲われたが、それ以上に、「なぜ優生学なのか」との疑問が焼き付いて、今でもその疑問は消え去っていない。

優生学研究に必読といわれている、1920年代の著名な優生学者が編纂した514頁におよぶ文献目録は実に参考になった。それを手がかりに、近代優生学の創始者、フランシス・ゴルトン(Francis Galton)や1920年代に書かれた主なる論文を読むことにした。産児制限運動の指導者、マーガレット・サンガー主幹による『Birth Control Review』をみつけが、彼女は産児制限を展開するなかで優生学の必要性を訴えていたことも確認した。

ヴァージニア州フェアファックス市に移転して間もなく気がついたのは、自宅から近いフリーウエイ(高速道路)の入り口にフロント・ロイヤル(Front Royal)まで56マイル、という標識であった。夫を亡くしたキャリー・バックが妹のドーリス(Doris)を頼りにフロント・ロイヤルに移転して、体が衰弱して生まれ故郷に戻るまでの間、住んでいた所である。

2004年の夏、篠原睦治氏の訪問を受けたが、私は、彼とアパラチア山脈にあるシェナンドー・ヴァレーの尾根をドライブした。そこは、「神の摂理」の啓示に基づく優れた文明を広める西部開拓の出発点であった。シェナンドーに住んでいた原住民の征服から始まって、ほとんどすべてのインディアンを虐殺しながら西に向かったのである。パナマ運河の建設、米西戦争、フィリピンの植民地化は古典的な帝国主義的領土拡大として知られているが、それは、アメリカに課せられた「神の王国」の建設であるとして、キリスト教者たちの崇高な理想とみなされていた。こうしたアメリカ帝国主義の発端となったシェナンドーアの麓に開ける小さな村がフロント・ロイヤルである。今でもキャリー・バックの夫が働いていたリンゴなどの果樹園がある。近くに鍾乳洞があるためか観光地として開発されている。

2004年の春、古本屋で優生運動の理論的基礎を築いたゴッダードの『フィーブル・マインデドネス』(1914年)を二足三文で手に入れた。その数日後、店主からゴッダードの三冊の本が入荷したとの連絡を受け、全部を購入した。優生学の科学性を確立する重要な著作で、心理学の社会史を考察するにあたっても不可欠なものである。私自身の知識と理解力の限界を知りながらも新鮮な感じを抱きながら読み、ゴッダード論を書ければ素晴らしいと思い立ったものである。と同時に、ゴッダードの知能テストのオリジンとその内容に関する体系的・包括的研究学位論文が出版されていることを知った。[1]

1900年代から1930年代にかけて出版された著作には普段耳慣れない表現がみられるが、当時の優生学の理解を助けるために、必要最小限、そのままの表現を使うことにした。例えば、「精神薄弱」を意味するフィーブル・マインデドネスは今日では差別用語とみなされるが、当時の文脈の中で理解するために、本稿では、あえてこの言葉を使うことにする。アメリカでは、Mental retardation(精神遅滞)が今日使われる公式用語だが、この他に、知的障害(intellectual disability)とか発達障害(developmental disability)が使われることが多い。しかし、どのような言葉を使っても差別的意味を含んでいることには変わりがない。これらの用語で示される、ある一定の人たちを「我々とは違っている」とする意識とそれを支える現実としての差別が社会に存在する限り、それは単なる言葉の問題として解決することはできないのである。

II 優生学とは何か

II-1 何が優生学でないか

優生学史専門家が認めているように、ゴルトンが優生学を提唱して以来、1900年から1930年代にかけてアメリカ大衆文化を風靡した優生学に関して定説ともいえる定義はない。優生学を定義することにどこまで意味があるのか疑問を感じさせるほどに多くの定義がみられるのが実情である。そこで、歴史的・社会的文

脈の中で、科学として登場した優生学、イデオロギーとしての優生主義、多くのアメリカ人に浸透した「優生」という言葉のイメージを垣間みるのが適切ではなかろうか。優生学をめぐる多くの著作の中で、20年代に各地で優生学を講演し、三冊の本[2]を出版したウイガム(Albert Edward Wiggam)は、こうした乱立した優生学の広まりを戒めるために、『新しい科学の十戒』と題する本を出版した。ウイガムは、14の「優生学ではない」事項を指摘することから十戒を論じている。

ウイガムによると、

①優生学は「自由恋愛」ではない。恋愛、結婚、妊娠、出産を一直線に結び付ける保守的なヴィクトリア王朝時代の道徳規範を否定して、結婚・出産から切り離した恋愛を訴え、自分の意志と判断で結婚して母親になるといった、今日でいう自己決定権による自由恋愛(voluntary motherhood)運動がみられた。ウイガムによると、こうした運動は優生学ではない。

②優生学は「性に関する衛生」ではない。適齢期の男女が結婚して健全な子供を生むために、優生学の名の下に、男女の生殖器を正しく理解し、性にまつわる医学的衛生知識を深める科学的性生活を指導する手引きが出版された。ウイガムは、こうした正しい衛生知識の流布は優生学に有益であるとしても、優生学そのものではないと主張する。

③優生学は「公衆衛生」ではない。当時の公衆衛生にとって深刻な問題は、結核、淋病を中心とする性病、そして下水道の不備が主な原因とみられた伝染病の蔓延であり、都市化に伴う失業と貧困、不備な住宅事情が原因となった疾患の増加であった。多くの優生主義者は進歩的な公衆衛生完備に関わっているが、ウイガムはこうした公衆衛生は優生運動の足枷になると主張する。

④優生学は「実験的結婚」ではない。正式な結婚をする前に同棲して、愛する男女が結婚に相応しい相手であるかを確かめる実験結婚が見られたが、ウイガムは、こうしたことは優生学には結びつかないと主張する。

⑤優生学は「悪徳の一掃」ではない。当時、禁酒・禁煙運動をはじめ、売春などの性道徳に反する行為を一掃する運動がみられたが、ウイガムによれば、こうしたことは優生運動ではないとしている。

⑥優生学は「出産前教育」ではない。妊娠した女性の精神安定や胎教が健全な子供の出産を導くとする医学的指導の浸透がみられるが、こうしたことは優生学ではないとするのがウイガムの主張である。

⑦優生学は「体育」ではない。健全な精神は健康な肉体に宿る、とする体育を奨励する運動がみられるが、ウイガムはこうした動きは優生運動ではないとする。

⑧優生学は「強制結婚」ではない。健全な子供を生むために、健全な男女が結婚するべきであるとする優生結婚を奨励する運動がみられたが、ウイガムは強制を伴う結婚は優生学には結びつかないと主張する。

⑨優生学は「ひ弱な人を抹殺する」ことではない。ひ弱な人には精神薄弱と体の弱い人を含む。社会問題を解決する手段として、こうした人を優生的安楽死(eugenic euthanasia)させる声が聞こえていた時代を反映するものだが、ウイガムはこうした抹殺は優生学ではないと主張する。

⑩優生学は「スーパーマンを繁殖する企画」ではない。当時、優生運動の一部に(ニーチェが唱える)スーパーマンを人工的に作る主張が見られるが、ウイガムはこうした運動を否定する。

⑪優生学は「天才を生む計画」ではない。優生運動の創始者ゴルトンは『遺伝性天才』と題する著作を出版して多大な反響を呼んだが、ウイガムは天才の繁殖は優生学ではないと主張する。

⑫優生学は「愛情からロマンスを排除」するものではない。科学的に優良児を生むことが先行するあまり、結婚・出産に連なる男女のロマンスを無視する、ないし重要視しない風潮が広まったが、ウイガムはこうした動きを否定する。

⑬優生学は「家畜のように人間の繁殖を意図するものではない」。多くの優生学者は家畜の繁殖に関わる動物学とか生物学の専門家である。サラブレッドや優れた食肉用動物の繁殖をするように、人間の人工

的繁殖を訴えているが、ウイガムはこうした主張は優生学ではないとする。

⑭優生学は「性道徳、愛情、家庭、親のあり方をめぐる最も健全な理想に反対するものではない」。ウイガムに言わせると、このどの事項をとっても優生学に結びつかないばかりか、そのほとんどが反優生学、すなわち劣生学を招く危険な考え方となっている。[3]

それではウイガムの優生学とはなにか。それは、「生存競争に相応しい精神的・肉体的・道徳的に優れた子供を生む親を確保すること」である。[4]

なぜこうした事項を列挙するかというと、ウイガムが否定する優生学のすべてが、当時の文化状況において優生学のイメージとして浸透していたからである。多くの優生学者は社会改革者、社会主義者、マルクス主義者と共闘して、公衆衛生運動、生鮮食品の規格化、最低賃金制度化、児童労働の規制、禁酒・禁煙、下水道の完備などの社会改革を目指す運動に参加していた。さらに、少数ではあるが、ある優生主義者は、障害新生児や、精神病院や州立施設に収容されている「不適合者」を一掃するために、一酸化炭素のガス室やクロロフォルムで殺すことをも訴えていた。こうしたすべてを含むイメージが一般化し、アメリカ国民の世論となって、ゴルトンが提唱する「優生学の世俗的宗教」が普及したのである。

さらに、こうしたイメージの浸透を奨励する強力な一助となったのが、大学の優生学、博物学、遺伝子学、生物学、医学、人類学、社会学の教科書として使われた権威者、ダヴェンポート(Charles Benedict Davenport)のメッセージである。19世紀以来、「恋は盲目」といわれていたが、ダヴェンポートは、「恋に陥る前に、どのような子供が生まれるのか思慮深く検討し、デートの相手を決め結婚しなければならない」といった教訓をたれている。[5]

優生学をめぐる多くの本がイギリスとアメリカで同時に出版されているが、ニューヨークには優生学関連出版社が登場するほどである。医学や自然科学・社会科学系で学位を持つ大学教授がその主なる出筆陣である。その多くは、当時の理想像としての女性と健全な親子の姿を示すカラーの挿絵が入った豪華本で、若い中産階級の白人女性向けに書かれている。こうした傾向を代表するものと考えられる一冊をとってみると、『汝を知ること、すなわち優生学』と題してあって、あなたは結婚して親になることに相応しいかを問い、男性にとって理想的な女性、女性にとって理想的な男性を論じ、健康優良児を生むための「科学的性生活」、妊娠中の健康維持、胎教、出産後の健康、正しい育児といった懇切丁寧な指導が行われている。[6]

健康優良児を生む重要性は二つある。その一つは、子供にとっても親にとっても健康児であることは家族の幸せを握る最大の鍵となる。その二つは、生まれてくるすべての子供が肉体的にも道徳的にも健常児にならない限り、フィーブル・マインデドを収容する施設、精神病院、刑務所などを空にすることは出来ない、といった単純なメッセージである。ここに、不適合者の誕生を防ぐことによって、アメリカ文明が直面するすべての社会問題が解決されるとする優生主義者の主張が伺われる。

ウイガムに限ったことではないが、当時の教条的社会ダーウィニズム信奉者は、病院の設立、博愛主義者による社会福祉・慈善事業、環境整備、公立学校の義務教育などを含む、不適合者を助けるすべての「人為的政策(社会的政策)」に反対する。こうした社会政策は自然淘汰を妨げ、アメリカの近代文明を退化させてしまうというのである。

II-2 優生学とは何か

ウイグマンの批判する優生学にしても、ウイグマンの優生学の定義にしても、優生学の焦点は生殖にかかわっている。ここでは、優生不妊手術を直接導いた主流派優生学者の定義に触れることにする。

ゴルトン自身、時の変化と研究の深まりに対応した異なった定義を提示しているが、優生学とは、法律や社会福祉などの社会的制約下にあって、人種(=アングロサクソン)の進化と退化をもたらす諸要因を明らかにする科学であると要約することができる。ゴルトンを代表としたイギリスの優生運動はその学問的研究をも含めて、「積極的優生学(positive eugenics)」を

強調した。積極的優生学とは、「優れている人はなぜ優れているのか」を明らかにする学問で、ゴルトンは優れた人の家系の中にその回答を求める。その科学性を実証するものとして、ゴルトン自身が作った標準偏差値とか相関係数を示す統計学が導入されている。[7]

アメリカにおける優生学主流派をみると、優生学とは、選別生殖(selective breeding)による、人種(アングロサクソン)の遺伝性形質の向上・改善を目的とし、どのようにしたらこうした形質を向上できるかを明らかにする科学と定義することができる。ダヴェンポートは「選別生殖による人種の改善」と規定し、人間の品種改良が優生学であるかのように思わせるが、人種としてのアングロサクソン自体の改善ではなく、アングロサクソンでピューリタン精神を持った優れた形質の保存と向上を意図している。[8]こうした定義にみられる選別生殖とは家畜の繁殖のように、優れた人種の人工的生殖を意味する。ダヴェンポートは、博物学者で家畜の生殖学会の一員でもあったため、こうした表現を使っているが、意識的・計画的に望ましい子供を産ませることを目的とする優生学者にとっては極めて自然な言葉で、一般的な表現として受け入れられていた。さらに、遺伝性の優良形質には、健康な肉体、優れた知力、コミュニティーの道徳に従う能力・性格などの形質が含まれる。

アメリカではイギリスと異なって、優良形質を保持するために、悪生遺伝(劣生遺伝)の減少ないし一掃を強調した。[9] 悪生遺伝学とは「消極的優生学(negative eugenics)」とよばれるもので、ヨーロッパの福祉国家や日本で支配的な優生学でもあった。[10]

III優生という言葉〜なぜ優生学なのか？

ある言葉が一般化して広まると、本来の実質的意味や意図が薄れてしまう場合がある。優生学はその重要な一例である。しかし、優生学という言葉の意味とその語法を探ることによって「なぜ優生学なのか？」という疑問に答える大きな手がかりを掴むことができる。

III-1 優生学

Eugenicsは、「良い」を意味するフランス語の接頭語"eu"と「生まれる、生産」を意味するギリシャ語"gen"を合成した言葉で、ゴルトンによる造語である。付言すると「遺伝子」はこの"gen"に由来する。イギリスでもアメリカでも、well bornとかgood birthと英訳され、「優生」とか「優生学」と邦訳されている。1990年、ドイツ、フランス、ブラジル、ロジアにおける優生学の比較研究が『Wellborn Science』として出版されているが、的確な題名である。[11] Well bornとは、心身ともに健康な子ども、五体満足な子、優良健康児を意味する。優良健康児とは「優生児(eugenic child)」、良家間の結婚は「優生結婚(eugenic marriage)」、何世代にわたる優れた家系は「優良な家系(eugenic family)」と呼ばれている。

優良健康児を生み増やすことを研究する優生学は、障害児・者への偏見と差別意識以外の何ものでもないことは明らかだが、ゴルトンが意図した科学としての優生学にはイデオロギーが見えにくい。

ゴルトンのいう「望ましい者(the desirables)」とは、貴族、政治家、弁護士、裁判官、企業の指導者、芸術家、著名な学者・科学者、文学者などで、社会的・経済的地位の高い支配階級を意味していた。イギリスの優生運動は、社会的、経済的に卓越したアングロサクソンの増加による文明の進化をはかろうとして、優生結婚を勧めた。ゴルトンは、支配階級の子弟は地方の役所に登録し、適齢期の若者は登録された人のなかから相手を選ぶ結婚を奨励した。しかし、こうした提案の反応は冷淡で実現の余地はなかった。

アメリカの主流派優生学の特徴の一つは、誰が「適合者」(the fits)なのか明らかにしないことにある。既述のウインガムの例をとるならば、生存競争に参加できる優れた子供を産む「親」が適合者であることは明らかだが、支配階級の内容を明示していない。しかし、(ここで言う)優れた子を生む適合者の親には、黒人、ユダヤ人、中国人や日本人を含むアジア系アメリカ人、南イタリアからの移民、東ヨーロッパからの移民は含まれていない。こうした人種や民族に優れた人がいることは言うまでもなく、またアメリカ経済を支え

る指導者となっている者がいることも誰も否定できない事実だが、「適合者」の範疇には属させないのである。

優生学の表現に従うならば、優れた遺伝形質をもつ者が「適合者」で、こうした遺伝形質が「自然」で、子育てとか教育は外延的な「環境」とみなされる。19世紀以来、博物学や進化論の大きな論争は「自然対環境(Nature v. Nurture)」にそって行われ、20世紀初期には優生学の浸透と環境の重要性が注目されて、「優生学対優環境(Eugenics v. Euthenics)」論争が展開した。Euthenicsは「優環学」と訳されているが、社会変動期に台頭した社会改革運動が進める社会環境の改善を意味した。「劣っている者はなぜ劣っているのか」の答えを遺伝性に求めつつも、教育を中心とした人為的政策の役割をも無視しなかったのである。

しかし、1900年から1915年にかけて、メンデルの法則が絶対的権威を持ち、遺伝決定論が優生運動を支配したが、こうした動きの非科学性を明らかにしつつも、全体としての優生運動の一助となった公衆衛生学が登場している。[12]

公衆衛生学は、優生学者が信じた多くの疾患の遺伝性を否定する医学的根拠を提供し、環境改善を促進する必要性を訴えた。当時、病院に入院していた主な患者は結核患者で、結核が最大の死因であったが、優生学者は遺伝によるものであると主張し、「適合者」はこうした結核菌に抵抗する強い遺伝形質をもっていると反論したのである。また、性病、特に淋病の蔓延が大きな問題となったが、公衆衛生学者は性風俗の乱れによる細菌の伝染であるとする証拠をつきとめ、淋病を治療する薬の開発に成功している。これに対して、優生学者は、性風俗の乱れは「精神の弱さ」によるもので、それは、フィープル・マインデドにみられる遺伝が原因であると主張したのである。こうした動きに見られるように、優生学の指導者ダヴェンポートは、公衆衛生を含む環境整備を否定し、ひたすらメンデルの法則による遺伝決定論を展開した。

III-2 劣生学という言葉

1920年代の優生学者の間に、dysgenicsの同意語としてcacogenicsが広く使われていた。Dysgenicsやcacogenicsは「劣生」と訳すことが可能であるが、それは、文明・人種・民族の衰退・後退を意味する。

Dysgenicsはeugenicsの反意語であることは言うまでもないが、eugenicsを「優生」と訳すことができない用法がある。それは、「なぜ優生学なのか?」の設問に答える場合の用法である。

問「最適合者(the fittests)にとって、近代文明はeugenicsなのか、それともdysgenicsなのか?」

答「最適合者にとって、近代文明はdysgenicsで、不適合者(the unfits)にはeugenicsとなっている。」

これは、近代文明の後退に警鐘を発する優生学者の回答にみられる典型的な用法で、ここでのeugenicsとは、近代文明は最適合者の生存に「不利な条件」すなわち、最適合者の「人種改善」を導かないが、不適合者の生存に「有利な条件」となっている、ということを意味している。また、同じような用法は、「戦争はeugenicなのか?」をめぐる論争にも見られる。反戦主義者は、戦争は適合者を失い、背後の不適合者の増加を助長するために、戦争はdysgenicsとなると主張する。[13]

貴族階級に属していたゴルトンは、古代ギリシャ人と比べるとイギリス文明を築いたアングロサクソンの知能は劣っているとみなしているが、どのように判定するのか判明しない。アングロサクソンは、黒人より偏差値の2段階優れているが、アングロサクソンの出産率の減少と黒人を含めた下層階級の出産率の増加が顕著になるにつれて、アングロサクソンとイギリス文明の衰退は必須であると警告している。[14] 支配階級にみられる少子化と、「貧乏人の子だくさん」を憂えたのである。

アメリカでは、だれが適合者であれ、適合者を増やす政策はみられないが、これに反して、近代文明の進化を妨げる不適合者の減少ないし一掃が唯一の政策となった。この意味で、イギリスでは文字通りの優生運動だが、アメリカではDysgenics(劣生一掃)運動が展開された。

1914年、カルフォルニア州の優生運動を推進する「人種改善協会」は、不適合者はアメリカの人口の10%

(1千万人)にもふくれあがり、[15]1987年まで毎年、すべての不適合者を強制不妊手術する政策を提案している。1929年に明らかにした同協会の統計によると、アメリカの人口は1億2千万人で、その4%(480万人)が精神病者、IQ75以下の不適合者が5%(600万人)、その他の不適合者(聾者、唖者、奇形者など)が1%(120万人)で、総計すると1千200万に達している。1880年の国勢調査は不適合者の統計を始めてとったが、それから50年後になる1929年には、精神病者だけをとっても3倍にも膨れ上がっているとしている。[16]さらに、不適合者の増加率(出産率÷死亡率)が適合者の増加率をはるかにしのいでいる事実を指摘し、1929年では10%を占めたに過ぎない不適合者が10年後には50%に膨れ上がってしまうと警告している。

その結果、アメリカ文明を築いたアングロサクソン(最適合者)は数世代で絶滅しまうという厳粛な事実を直視しなければならないと。この現象は1900年代の初期に叫ばれた「人種の自殺(race suicide)」で、適合者の1家族あたりの出産数の減少は「家族の自殺(family suicide)」と言われている。「適合者の少子化」と言われる事態である。

しかし、近代文明が不適合者の生存に有利な条件を与えているとしても、それは生存競争に勝ち抜いた結果ではなく、慈善活動や(精神病院と結核や淋病を治療する病院などを含む)医療機関の恩恵、すなわち、社会から慈悲と庇護を受けているからに他ならないと主張する。こうした慈善に費やす経費はうなぎ上りの傾向を示し、国の富を蝕んでいると憂いている。

Ⅳ優生主義者にとっての社会問題

Ⅳ-1 資本主義社会の発展と優生運動の台頭

1900年から1920年代にかけて数百冊におよぶ優生学の本が出版されているが、そのどの著作をとっても、当時の歴史的文脈を踏まえた社会分析を通して社会問題を解決する理論を提供していない。また、当時の時代を扱うアメリカ史には、一世を風靡した大衆文化を形成する優生運動は批判されていない。「臭いものにはふたをせよ」といった印象すら感じられる。

アメリカやヨーロッパを支配した感傷的な信仰に替わる、客観性をもった科学的解決策を提供した優生運動は、ギルデド時代(Gilded Age)と呼ばれる南北戦争後約30年間の経済膨張期に台頭し、1900年から1920年代の改革時代(Progressive Era)を通して、多くの社会問題を解決する救世主ないし万能薬として、様々な政治運動、社会運動、宗教、教育、社会福祉に絶大な権威と指導力を発揮した。

私の理解を結論的に要約すると、人種主義、階級制、性差別、障害者差別の4大イデオロギーに根ざす進化論と遺伝学を土台とする優生学運動は、社会が抱える問題を科学的に分析することによって解決の道を開くものではなかった。その逆に、この優生運動は、こうしたイデオロギーを正当化する理論を提供し、膨張する資本主義体制が生み出す社会問題の調整をはかりながら体制保存に不可欠な理論を提供したのである。それは、どういうことなのか、当時の歴史的背景にふれながら明らかにしたい。

産業革命が完成した1890年代のアメリカ経済は、イギリスをしのぐスーパーパワーとして帝国主義国家を樹立し、国内にあっては経済膨張を支える主要産業の独占化を進めた。全米を結ぶ鉄道開発は完了し、一握りの企業が石炭、オイル、鉄などの自然資源と輸送手段を支配した。巨大金融資本が大企業を吸収・合併し、金融資本と生産企業の癒着が進んだ。カーネギー家、ロックフェラー家、デュポン家などに代表される上位1%の財閥が50%をしのぐアメリカの富を支配するほどである。古典的な意味の資本主義階級社会の登場である。

経済膨張時代には3回にわたる長期な恐慌を経験し、恐慌の利益を得た新しい企業の進出と独占化がいよいよ進行し、経済のひずみが多くの社会問題を生み出した。ここで注目に値するのは、資本主義の浸透による個人主義の喪失と国家権力の個人への介入である。外からの権威・権力から支配されない個人の自由を意味したかつての個人主義は消え去った。手に職を持つ職人気質に象徴された、自分のために生きる個人の生産・販売活動で成り立っていたコミュニティーは

消え去り、他人(企業)のために労働力を売る雇用関係で生きなければならない新しい生活形態と資本主義を支える道徳理念が出現した。

賃金、労働時間や過酷な労働条件を改善するための労働組合が単産ごとに作られ、流血の惨事を含む数万のストライキが起こったが、それは解決の道とはならなかったばかりか、労使双方が望まなかった政府の直接干渉を招くだけてあった。ストライキは禁止され、最低賃金法が成立し、家族の収入源であった子供の労働を禁止する児童労働法の成立とあいまって児童の義務教育が強化された。産業化に伴う都市のスラム化、スラム化に伴う失業者の増大、疫病の蔓延、家族の崩壊、居酒屋とか売春や麻薬などが流行る歓楽街、アルコール中毒、強姦、殺人、窃盗などの犯罪の横行が大きな社会問題となった。

優生主義者はこうした事態を深刻な社会問題として受け止めている。しかし、これらは資本主義体制が引き起こす問題であることは認めつつも、資本主義体制を批判したり是正することはなかった。というのは、優生主義者は、資本主義社会は文明の進化を促す最も理想的な生存競争の場とみなしたからである。それは「自然の摂理」で、多くのキリスト教会が語る「神の王国(the Kingdam of God)」の到来として歓迎したのである。ロックフェラー、カーネギー、デュポンなどは生存競争で勝利を収めた最適合者すなわち社会の「資産」であり、進化を促進し文明の向上に貢献した者たちである。その報償が巨大な富であり名声だと。同様に、企業の管理者は社会の向上を促す適合者とみなされた。ここには賞賛の辞が見えても批判の声は聞こえない。

問題は、労働市場における生存競争で敗北した失業者であり、生存競争に参加する能力を持たない者にある。人類の歴史は階級闘争の歴史であるとみなす進化論者マルクスにとって、足枷以外に失うものがないプロレタリアートは新しい進化を促す革命の原動力であった。彼らは、ソビエト革命が成功し、インターナショナルなどの国際的社会主義者・共産主義者の運動の組織化とあいまって、アメリカに社会主義政党を結成し、資本主義の矛盾を明らかにしながら、経済の歪みが生み出す多くの社会・社会問題に取り組んでいた。黒人は経済的・政治的地位を高める全国的な組織運動を展開し、フェミニスト運動は保守的な道徳で抑圧する男性主義のパターナリズムに抵抗しながら婦選運動を進めた。一方、多くの優生主義者は資本主義における生存競争の円滑化に矛盾しない限り、進歩的な社会改革を認めたが、彼らにとってプロレタリアートは進化の足枷以外の何ものでもなかった。

優生主義者たちは、フィーブル・マインデド、犯罪者、癲癇、貧乏人、アルコール中毒者、性病者、犯罪者、売春婦、放蕩者、結核や伝染病に罹った疾患者などを、社会の「負債」、「社会を蝕む疾患」、「社会の寄生虫」、(ゴッダードの言葉を借りるならば)「社会の厄介者」とし、彼らの存在自体が真の社会問題であると主張した。

Ⅳ-2 不適合者

社会問題を解決するにあたって、多くの優生学者・優生主義者はその作業の一環として「適合者・不適合者」の分類と概念化に取りかかっている。この分類は進化論にみられる一般的な表現で、国勢調査は、長年3D'sとして不適合者の統計調査を行っている。それは、いずれも"d"で始まるもので、"defective"(フィーブル・マインデドと奇形者)、"delinquents"(犯罪人を主とした非行者)、"dependents"(親や慈善事業に依存する成人)である。コールドスプリング(ニューヨーク州ロングアイランド)にある優生学記録事務所(Eugenics Records Office)の所長を勤めたローリン(Harry H. Laughlin)は、この分類は不適当であるとして、国勢調査局に「社会的に適当な者(the socially adequate)」と「社会的に不適当な者(the socially inadequate)」に分類にすることを提案している。後者をさらに10項目に次のように細分化した。(1)フィーブル・マインデド、(2)精神病、(3)犯罪者(非行者及び他人の言うことを聞かない強情者を含む)、(4)癲癇者、(5)麻薬常用者、(6)病人(結核、淋病、らい、伝染病の者)(7)聾者、(8)唖者,(9)奇形者(びっこ)、(10)依存者(親や慈善組織の世話になっている成人、何をしてもらちがあかない者、放蕩者、

貧乏人)である。[17]

上述のごとき社会問題の優生科学的解決は、遺伝学および(精神医学を中心とする)医学の貢献によるとみなされているが、私は、メンデルの法則に基づくフィーブル・マインデドネスの遺伝性を科学的に実証したとされる、ゴッダードの「カリカック家の研究」こそが、最大に貢献したと判断している。[18]「カリカック家の研究」は、ほとんどすべての優生学者によってメンデルの法則の真理性を実証するものとして高く評価され、また、州のお祭りでは優生協会主催の「優生家族のコンテスト」にも使われ、大学の教科書として広く採用されるほどの影響力をもたらした。しかし、主人公デボラ・カリカックの家系の実地調査に関する方法論の批判は後を断たず、当該書出版から20年後、1942年にいたって、その研究を自ら防御せざるをえないほどであったが、[19]それにしても社会問題の科学的解決に貢献した事実を打ち消すことは出来ない。それゆえ、ゴッダードの研究を詳細にわたって紹介するべきだと思いつつも、そうすることの必然性を感じていない。というのは、この研究はメンデルの法則に従ったフィクションであったことが判明したからである。[20]

心理学の門外漢の私が関心を持つのは、ゴッダードの「フィーブル・マインデドネス」概念の成立にみられるイデオロギーである。それは、ゴッダードの恩師で、アメリカで心理学で最初に学位をとったホール(G. Stanley Hall)の『青年期の心理学』にみられる進化論とも退化論とも言える理論である。[21]

ホールによれば、人間の幼児期から成人期に至る心理発達とは、人類の進化過程で通過したすべての段階に対応するものである。青年期とは幼年期から成人期への過渡期で、特に最も進化の進んだアングロサクソンは、数年の短い期間に、何億年にわたる何段階もの進化過程を「短縮」して通過することのできる優れた人種である。ある人種はこの期間が長期に及ぶため「遅れた」心理を形成するが、中国人と黒人は、この青年期を短縮して通過できなかった劣った人種のため、彼らの心理は成人に達しても青年期の段階にとどまっているというのである。[22]

黒人を劣等な人種とみなすのは、1615年にヴァージニア州ジェイムスタウンにオランダ商船が荷下ろしした20人前後のアフリカ人が奴隷として売買されて以来、今日にいたるまで、アメリカ史にみられる蔑視・差別の遺産である。アフリカの未開人の遺伝を持つ黒人は、白人の主人の庇護のもとで奴隷として働く最も相応しい人種であるとする。19世紀にみられる科学的人種主義とそれを受け継いだ優生学は、こうした差別を正当化する理論を提供している。強健な肉体と退化した精神をもつ黒人は高度に進化したアメリカ文明への適合能力を欠いているため、ローマ人が消滅したように、絶滅する運命をもっている。文明人として生きるためには、強健な肉体と知能が要求され、コミュニティーの一員として生活するための道徳人として形質を備えていなければならないのだが、こうした適合能力を欠く黒人は、奴隷制による隔離か、奴隷制が廃止された段階では、白人のコミュニティーから分離した黒人だけの世界に生きるのが一番幸福である。そればかりか、この隔離によって白人世界の汚染が防がれる。こうして、1890年代に入って、黒人差別を正統化し分離させるジム・クロウ法(Jim Crow Laws 黒人差別法)が成立するのだが、これらは1965年の市民権法の成立まで継続した。こうして、アメリカ史において、黒人アパルトヘイトが300年に及ぶのである。[23]

話を少し戻すが、ゴッダードは、スタンレー・ホールの心理学理論を継承して「フィーブル・マインデドネス」の概念を提示する。フィーブル・マインデドネスが発生する原因は脳の損傷によるものと考えられるが、この損傷は進化の過程に起こるものと考えられる。幼児期から青年期にみられる心理発達の異常で、人類の進化過程にみられる「強い肉体を持った知能の低い動物の組織体」，すなわち「現代の野生人」がフィーブル・マインデドネスであるというのである。不可解な表現であるが、現代人の体に宿る原始人の知能であると解釈できる。[24]

Ⅳ-3 社会問題の根源—フィーブル・マインデドネスとモロン

フィーブル・マインデドネスは、1840年代まで一般的に使われていたイディオット(idiot 白痴)とかオールモスツ(almosts 準正常)に代わる表現で、1960年代以降今日の精神遅滞(mental retardation)に至るまで、イディオットとインベシル(imbecile 痴愚)を含む精神欠陥の総称的な概念として使われていた。ゴッダードは、フィーブル・マインデドネスを心理学的に整理し、社会問題の根源としての道徳概念と規定したのである。

ゴッダードによると、フィーブル・マインデドネスとは「不完全ないし異常な発達のため、生まれた社会の一員としての義務を果たすことのできない、誕生または幼児期に現れる精神欠陥状態である。」その原因は遺伝による先天性が80%、事故、怪我、疾患による後天性が20%である。

「自分のまわりのことは自分でせよ、働いて自分の生活は自分で面倒を見よ」とする一般社会の道徳規範からの落ちこぼれがフィーブル・マインデドネスなのである。労働市場からはじきだされた失業者、労働市場に雇用される能力を持たない者、日常のルーティーン・ワークをすることの出来ない者などがそれに当たる。

ゴッダードが指摘するように、フィーブル・マインデドネスは社会的・道徳概念であって、科学的概念ではなく、したがって、これは、進化の遅れた社会、異なった風習・道徳規範をもつ社会のすべてに普遍的に適用される概念ではない。

ゴッダードは、社会問題の主な原因はフィーブル・マインデドネスにあるとしつつも、フィーブル・マインデドネスのなかで最も深刻なのはモロン(moron 魯鈍)であるとして、特にモロンに対処する必要性を力説する。

モロンはゴッダードの造語であることは知られている。1909年、アメリカ・フィーブル・マインデド学会(The American Association for the Study of the Feeble-minded)年次総会でフィーブル・マインデドネスを分類するための委員会が設けられたが、この委員会に参加したゴッダードはビネー・シモン式知能検査を導入して、フィーブル・マインデドネスを分類した。[25]その分類は委員会で承認され、1910年の年次総会で正式に採用された。

ゴッダードは、フィーブル・マインデドネスをイディオット(白痴、精神年齢2才およびそれ以下)、インベシル(痴愚、精神年齢3〜7才)、そして新しい概念として導入されたモロン(魯鈍、精神年齢7〜12才)に分類した。これは1914年に公開された分類で、インベシルの上限とモロンの下限が重複している。ゴッダードの過ちなのか誤植なのか判断できないが、その後、モロンの精神年齢を8〜12才と改めている。[26]

興味深いことは、ゴッダードの分類するモロンは、ホールの「青年期」に相当する進化論的概念である。さらに、フィーブル・マインデドネスは科学的概念ではなく、社会的に相対的であるばかりか、フィーブル・マインデドネスとモロンとは必ずしも同じ概念ではないとしていることである。フィーブル・マインデドネスは、イディオット、インベシル、モロンを含めた精神欠陥の総称であると規定されているが、イディオット、インベシル、モロンがフィーブル・マインデドネスであるとは限らないと言うのである。

ゴッダードは二才の甥をイディオットと呼ぶことがあったが、これは、決してこの子を軽蔑しているのでも、甥の親の気持ちを傷つけるものでもないと言う。精神障害のない2才の子はイディオットであっても、まったく正常であるとするのである。このように、8才の子がモロンであってもフィーブル・マインデドネスとは限らない。しかし、2才の甥が8才になっても精神年齢が2才の場合にはフィーブル・マインデドネスに属するモロンとみなされる。このように、大きな社会問題を起こすのは正常なモロンではなく、フィーブル・マインデドネスと判定されたモロンである。[27]それは、フィーブル・マインデド・モロンと呼ばれることもある異常なモロンである。

このようなゴッダードのフィーブル・マインデドネスの概念によれば、黒人やモンゴロイド人種といわれた中国人や日本人、マラヤ人種と知られていた今日の東南アジア人やインド人は、アングロサクソンより劣ったモロンと判定され得るとしても、フィーブル・マインデド・モロン、すなわち精神欠陥をもった異常

な人種・民族とはならない。

ダヴェンポートやローリンは、中国人は「小心者」、日本人は「腹黒い」、ユダヤ人は「独りよがり」イタリア人は古代奴隷の血をもった道徳心の欠如者、といった当時のステレオタイプを科学的に実証しようとした。ダヴェンポートによれば、こうした劣等人種・民族は科学的普遍的なフィーブル・マインデドネスであって、ゴッダードのような文化の違いによる相対性を認めなかった。

ここで私が指摘できることとして、今日でも解決をみないIQ論争の発端と思われるゴッダード批判がある。それは、髪の毛、目の色、体つきなどの目に見える「表現型」と区別された、フィーブル・マインデドネスを含む性格や人格などの目に見えない「遺伝子型」の遺伝性をめぐる批判でもある。

ゴッダードもダヴェンポートも、フィーブル・マインデドネスは遺伝性であるとしている点は共通しているが、問題は、フィーブル・マインデドネスを社会的概念とみなすか科学的概念(生物学的概念)とみなすかの認識の違いにある。

ダヴェンポートは、ゴッダードの『フィーブル・マインドデネス』を書評して、まず、彼のフィーブル・マインデドネス概念はイギリスで通説となっている優れた定義であると評価している。しかし、フィーブル・マインデドネスが社会的概念であるとすると、中央アフリカとかニューヨーク州北部のアリドンラック山脈の孤立したコミュニティーでは正常とみなされてしまうといった、まったく奇妙な非科学的結果を招くと批判している。さらに、絶対的基準を示すビネー・シモン式知能検査が相対的なフィーブル・マインデドネスとどのように結びつくのか理解できなくなると疑問も投げかけている。

ダヴェンポートによれば、フィーブル・マインデドネスの遺伝法則を樹立するためにはフィーブル・マインデドネスは生物学的概念でなければならない。従って、社会的概念であるフィーブル・マインデドネスの遺伝法則を科学的に実証しようとするのはまったく不条理である、としてゴッダードの研究を告発する。[28]

私にいわせれば、このダヴェンポートの批判ほど不条理なものはない。ダヴェンポートは、花の色やモルモットの色の遺伝性とまったく同様に、人間のフィーブル・マインデドネスは遺伝性をもっていると主張し、その遺伝法則を樹立するためにほぼ30年の研究に没頭している。人間を含むすべての生物に普遍的に支配する法則が科学であるばかりか、文化的に異なった人種や民族に普遍的に遺伝法則が確立されることによって科学性(客観性)が初めて認められるとするのである。

ダヴェンポートの生物学概念としてのフィーブル・マインデドネスとは、メンデルの法則に従った遺伝子が引き起こすものである。ダヴェンポートは、フィーブル・マインデドネスとは環境の影響を受けない「単一遺伝子」によるものであるとみなしていた。これは典型的な遺伝子決定論であるが、さらに、他のすべての遺伝子から区別された「フィーブル・マインデドネス遺伝子」ともいえる遺伝子の存在を信じていたのである。

ところで、ダーウインの進化論が一般的に受けいられる以前の時代にあっては、天空の星が運命を決定するものとみなされていた。「不幸な星の下に生まれた」といった表現がそれであるが、ダヴェンポートによると、星に代わって、フィーブル・マインデドネスを引き起こす遺伝子をもって生まれたために、その人の運命が定まってしまうのである。

こうした単一遺伝子論を信じる「メンデル教」は、1915年以来批判されて、多くの遺伝子学者が優生運動から離れていった。複数の遺伝子、環境との複雑な相互作用、胎児の成長過程にみられる新陳代謝の変化や母胎が摂取する毒素などによって、フィーブル・マインデドネスが生まれるとする新しい理解が進むにつれ、ダヴェンポートの主張の信憑性が失われていった。[29]批判に答えるダヴェンポートの論文は見つからないが、ゴッダードは、フィーブル・マインデドネスは科学概念ではなく、社会的に相対的であるばかりか、発達段階においても相対的であるとする主張を繰返している。

ゴッダードによると、フィーブル・マインデドと

は、正常な人と同一条件で競う能力をもっていないばかりか、一般的な分別をもって生活することができず、善悪の判断力が欠けた者である。フィーブル・マインデドネスは一般人口の3〜5%に過ぎないが、犯罪、アルコール中毒、売春、貧困、怠惰などの主な原因である。売春婦の29〜97%、貧困院に収容されている人の50%、怠け者の80%がフィーブル・マインデドである。

モロンが特に問題になるのは、イディオットとかインベシルとは異なって、普通の人には見分けがつかないことである。ゴッダードによると、デボラ・カリカックがそうであるように、女性の体つきは普通の人と何ら変わらないだけではなく、優しい顔つきをした美人で、多くの若者が恋に陥ってもおかしくないような魅力のある女性である。しかし、モロンは道徳的善悪の判断力が欠けているばかりか、性欲を押さえることができないため、誰かまわなりなく性に走り、フィーブル・マインデドを生んだり、性病をまき散らして性風俗を乱してしまうというのである。コミュニティーに住んでいるモロンは通常の道徳とか習慣に従う能力がないため、歓楽街でバーの女給とか売春婦になってしまう。それは、社会とか経済事情によるものではなく、そのような遺伝子をもって生まれた当然の結果である。ゴッダードは統計を示していないが、モロンの男は強姦する可能性が強いと言っている。しかし、売春宿に行ったりバーで時を過ごす、そのような男は、その支払い能力があるためか、フィーブル・マインデドとはみなしていない。こうした問題は無視されているのだ。

ゴッダードはIQテストに関して二つの大きな間違いをしたことを告白している。第一次大戦の徴兵検査で170万人におよぶ者にIQテストをしているが、その47%がフィーブル・マインデドであるとの結果が出たことである。ゴッダードは、アメリカ人の3〜5%がフィーブル・マインデドであると推定しており、ほぼこの割合に相当する、兵士として不適当なフィーブル・マインデドをスクリーンするために軍当局から依頼されたのだが、その結果は期待に反する膨大な数字が出たことになる。なお、ゴッダードが触れていないが、27%の者が淋病に罹っていることが判明して、彼らは徴兵検査に不合格になっている。

もう一つの過ちは、モロンは抽象的概念とか一般論を理解する能力を持っていないにもかかわらず、普通学校で一般教育を受けていたことである。学ぶことが出来ないことを教える、といった間違いであるというのだ。モロンは、適切な教育で基本的な読み書きを教え、日常生活に必要なことを訓練することによって、収入を得ることができる。独立した生計を立てることは出来ないので、管理を必要とするが、普通の人がいやがる仕事を喜んでする。社会はこうしたモロンを必要としているばかりか、モロンが貢献できることは絶大なものがある、とするのである。

ゴッダード批判として、IQテストでは測ることの出来ない「感情的抑制(emotional control)」がある。ダヴェンポートは、ゴッダードのフィーブル・マインデドネス概念を批判して、犯罪、売春、性犯罪、怠惰の多くが正常なIQを持った人にみられるという事実をどのように解釈したらよいのか、これは、単なる机上の学問の問題に過ぎないのだろうか、それともIQテストそのものの限界・欠陥によるものなのだろうか、と問いかけている。

しかし、両者の論争を越えて、ゴッダードもダヴェンポートも含んだ優生学者・優生主義者たちは、現実の問題として不適合者を処置する政策を打ち出した。その主な政策は不適合者の隔離、優生不妊手術、最後の手段としての安楽死である。アメリカでは優生的安楽死(eugenic euthanasia)は正式な政策として採用されることはなかったが、多くの優生主義者の脳裏をかすめた最も効果的な処置であったことには間違いない。以下、優生的安楽死をめぐる幾つかの問題に触れることによって、消極的優生運動を明らかにしたい。

VQOL、優生学、安楽死

V-1 三者の関係

クオリティー・オブ・ライフ(QOL)、優生イデオロギー、安楽死の三者とも、その起源を古代ギリシャ・ローマの哲学に求めることができるが、ローマ

のストア派指導者の一人、セネカが厳格な生き方を示す倫理哲学として訴え自ら実行したクオリティー・オブ・ライフは、その表現と実質的内容においても今日の倫理哲学に通じるものがある。セネカは、人生航路の入り口は一つだが、多くの出口があるとして、耐えられない苦痛に苦しめられ回復の道が断たれた疾患や、取り返しのつかない屈辱にさいなまされた場合には、もう「生きるに値しない」として自殺を正当化する倫理を打ち立てた。ドイツ・ナチスズムの安楽死の名のもとに大量虐殺を正当化するバイブルと知られている二人の著名な学者、カール・ビンディングとアルフレッド・ホッヘが執筆した小冊子は、セネカのクオリティー・オブ・ライフからその理論を展開している。[30]

セネカのクオリティー・オブ・ライフとは「生きるに値しない生命」だが、この日本訳は英語の「life not worth living」の直訳である。「人生を生きる、夢を夢見る」といった表現に似て、日本語としてはしっくりしない語法なので、ここではQOLとする。

QOL、優生学，安楽死の関係を簡潔にまとめたのは、パーニック(Martin S. Pernick)である。パーニックによると、優生学と安楽死の両者ともが、まず「どの命が生きるに値しないか」(QOL)を判定する。優生学は誰が「生まれなかった方が良かった(better-not-born)」かを判定し、安楽死は誰が「死んだ方が良い(better-off-dead)」かを判定する。[31]つまり、パーニックが語る優生学は消極的優生学を意味していることはいうまでもない。悪生遺伝形質を持った不適合者の減少ないしそのすべてを殺すことによって、全体としての人口の遺伝形質を向上させる優生イデオロギーの社会政策であることを確認しなければならない。

V-2 優生的安楽死

進化論に根ざす優生学の論理に従うならば、本来「生まれるべきでなかった」重い障害をもった新生児を含む不適合者は、生存競争に破れ自然淘汰されるはずであった。こうした自然の法則に逆らって、各種の慈善事業や医療によって不適合者が生かされているのが現実である。生きるに値しない不適合者の「人工淘汰」が優生的安楽死である。

優生的安楽死とは、悪生遺伝形質を減らしたり一掃することによって、全体としての優良遺伝形質の保存・向上を意味する。優良遺伝形質そのものに変化がないとしても、悪生遺伝形質の減少によって、優良遺伝形質の比率が増加するからである。

優生的安楽死のもう一つの特徴は、新生障害児を含む不適合者を、その意思があるか否かにかかわらず、親と医師の合意または医師の一方的判断で、社会的に生きるに値しないと判定する強制的安楽死である。

命を助けることの出来る治療を放棄して不適合者を安楽死させる「消極的安楽死」は「死なせる」と言う言葉が使われているが、積極的安楽死(致死薬の投用で患者を殺すこと)と消極的安楽死の違いが区別されるようになったのは、モルヒネやクロロホルムなどの鎮痛剤や麻酔薬の実用化と、不治の病の診断と予後の医療技術が進んだ1884年以来のことである。

こうした優生的安楽死の理解を深めるために、命を助けることが出来る疾患をもって生まれた健常児(適合者)の出産と対比してみよう。この場合、親にしても医師にしても可能な限り全力を尽くして命を救う医療を施行するのが常識である。こうした可能な治療を放棄して死なせたり、致死薬の投与によって殺すと、刑法の規定する殺人罪が適用される。医師は医師免許が剥奪されたり、医師会から除名され、文字通りの命取りの結果を招くのは必須である。適合者を救い、不適合者を死なせたり殺すのが優生的安楽死の本質なのである。

V-3 適合者の安楽死

鎮痛剤としてのモルヒネの抽出が可能になり、麻酔薬としてのクロロホルムが実用化されるようになったのを契機とした安楽死運動が展開したのは19世紀後半である。安楽死運動の母体をなすのは医師、経済界の指導者、作家、大学の教授などの有識経験者で、優生イデオロギーの言葉を借用するならば、優良遺伝形質をもった適合者ないし最適合者に属する人たちである。こうした人たちの誕生は歓迎され、成人になると

結婚して「生めよ増やせよ」と多産が奨励される。

適合者の安楽死運動は、不慮の事故や耐え難い苦痛が伴う疾患で「終末期」と診断された適合者が延命療法を打ち切ることを医師に要求したり、致死薬の投与を依頼して苦痛から解放を求めるものである。こうした患者は死ぬ権利を主張するが、それに同意して、医師の思いやりとして患者を殺す慈悲殺を倫理的・社会的に認めさせる運動である。医師が患者の要求に応じて、または患者が医師の勧めを受け入れて行われる安楽死は、「任意積極的安楽死(voluntary, active euthanasia)」と呼ばれ、優生的安楽死と区別されている。

治療に有効な抗生物質がなかった時代にあって、「肺炎は死の友」といわれたことがあるが、当時は、肺炎と診断されると、死の準備をしなければならなかった。寿命が延びて、体を蝕む「退化する疾患(degenerated disease)」と呼ばれる癌で何ヶ月にも及んで苦しむ患者が増えた。1880年から1890年の10年間に癌で死亡する患者は2倍にふくれあがったとする統計がある。こうした増加の原因と統計の意味する内容は不明だが、急性病による死から何ヶ月にもおよぶ死のプロセスに直面する傾向が顕著になった。

南北戦争中に皮下注射器が実用化され、鎮痛剤の適切な量の投与がなされるようになった。痛みがかなり和らげられたものの、すべての望みを失った心痛に耐えられない患者が、これ以上生きていても仕方ない(QOL)と判断して、致死薬の投与による死を訴えるケースが少なくない。鎮痛剤を使いながら患者の延命をはかる医師への抵抗の表明で、自立権(autonomy)とか自己決定権(right to self-determination)として知られる個人の権利の主張が「任意積極的安楽死」である。任意積極的安楽死を促す条件として、不治の疾患を診断し余命を予測する医療技術の発展がある。こうした19世紀から20世紀初期にみられる安楽死をめぐる倫理論争には、21世紀を迎えた今日のアメリカでの論争とまったくといってよいほど共通した主張とその根拠が認められる。[32] 安楽死の歴史の専門家によると、患者のQOLを一方的に判定する医師が患者を殺す例も決して少なくなかったのである。[33]

V-4 フィーブル・マインデドを収容する施設の管理者組織と優生的安楽死

1870年の半ばになると、フィーブル・マインデドの生涯収容は確立した政策となった。生涯収容によって、次の世代の誕生を断ち切ることが出来るからである。フィーブル・マインデドの優生不妊手術の可能性も考慮されたが、こうした収容は「事実上の不妊手術(de facto sterilization)」と同じ効果をもっていると判断された。しかし、社会浄化としての生涯収容と収容に伴う経費増大との板ばたみになった施設管理者は、一方で収容者の減少をはかる政策を取らざるを得なかった。

施設の歴史を振り返って、施設を管理する医師およびフィーブル・マインデドの専門家による安楽死を提唱する公式政策はみられないが、といって、そのことは、優生イデオロギーの論理的延長とした最後の手段として、フィーブル・マインデドの安楽死を考慮しなかったことを意味しない。

フィーブル・マインデドの様々な問題を専門とするホランダー(Russell Hollander)によると、1882年のフィーブル・マインデド施設の管理者全国総会で、最初に優生的安楽死が指摘されている。[34] プラトンの哲学を信奉する医師は、フィーブル・マインデドを「殺そう、早ければ早い方が良い」と訴えている。また1888年の「慈善と矯正院」の年次総会では、フィーブル・マインデドの大量虐殺の話が報告されている。ハーバード大学出身の医師に「アメリカには約76,000人におよぶフィーブル・マインデドがいるが、どうしたら良いでしょうか」と質問すると、彼は「その解決方法は、あなたが耳にしたことのあることで、インディアン問題を対処するにあたって、現実として施行されたものです。私ならば、彼らを撲滅するために全員を抹殺するでしょう」と答えている。これは、ホランダーの報告にみられる一例に過ぎない。[34]

V-5 ジョン・ポリンジャーの優生的安楽死

多くの障害を持って生まれた新生児を安楽死させた

事件は、ホランダーの論文にも触れられているが、1916年、ヴァージニア州の「慈善と矯正院」を管理する医師が実行したものである。しかし、事件の重要さが見直されたのはつい最近のことである。

1915年11月12日午前4時、ジョン・ボリンジャー(John Bollinger)がシカゴのドイツ・アメリカン病院で生まれた。出産に立ち会った医師がジョンの異常に気づき、即座に病院長で外科医のヘイスルデン(Dr. Harry J. Haiselden)に連絡した。

ジョンには、耳と首がなく、肩と胸の奇形に加えて肛門がなく、直腸閉塞が確認され、レントゲンを撮ると頭蓋骨と足の骨に異常が見つかった。ヘイスルデンは、直腸と肛門を手術すれば、ジョンの命を救うことができるが、「精神欠陥」と体の奇形は治療できないため、このまま放置して死なせることを両親に勧めた。両親はこの勧めに応じている。この知らせを受けた母親の友人が病院に駆けつけると、空っぽの病室に裸のまま横たわっているジョンがいた。きれいな目をして、どうみても精神薄弱になるようには思えなかった。彼女は、ヘイスルデンに「少なくとも、この子を母親の胸に抱かせてあげて下さい。そして、命を救ってください」と懇願した。ヘイスルデンは笑いながら、「この子は決して良くはなりませんよ」と、懇願をはねつけた。ヘイスルデンは、ジョンの誕生後4日目に記者会見を行い、治療をしないでジョンを死なせる旨を語った。この際、ヘイスルデンは両親と子供の名前も発表している。こうした事態を重要視したイリノイ州衛生局長のジョンストン医師(Dr. Johnston)は、ヘイスルデンに会見を申し入れ、「ジョンはやがて精神薄弱になるとするあなたの診断には賛成できない。ジョンが生きられるかどうかは、たとえ万が一であったとしても，ジョンには生きる機会を与えられなくてはならない」と勧告した。しかし、ヘイスルデンは簡単にこの勧告を拒絶した。こうして、ジョンが亡くなったのは誕生から5日目のことだった。

その後、医師たちによって構成される「検死官陪審院」は、この事件を調査しているが、ロバートソン医師は、「命を救わなかったのは悪いことである。この子がどのように育つにせよ、育てるべきである。この子は普通の子供として成長するであろうと信じているし、私だったら手術を行い命を救っていたであろう」と証言している。ヘイスルデンは、この批判に答えて、「この子の命を救ったならば、私は重罪を犯したことになり、厳しい有罪判決を受けたであろう。罪は、最も残酷な自然の過ちによるこうした子の存在を許すことのほうにある」と反論した。ヘイスルデンは記者会見で、この子は年を重ねるにつれて、精神障害者になると語っていたが、この発言を訂正して「この子は精神障害者にはならない」と明言した。陪審院の判決に先んじて、司法解剖が行われたが、ヘイスルデン医師の診断を越える重い異常が見つかり、それゆえ「治療放棄は適切な医療判断」との判決が下った。州法務省長官は地方検察局に対して、殺人容疑でヘイスルデンを事情聴取することを命令したけれども、地方検察局 は彼を逮捕することも事情聴取することもしていない。

ヘイスルデンは、スキャンダル週刊誌に6週間にわたる連載記事を書いて、治療放棄を正当化している。ジョンに代表される欠陥児を今殺さなかったら、成人になって同じような欠陥児を生むだけではなく、こうした欠陥者を増加させてしまうとする優生主義者の主張が、その主なる論拠である。さらに、シカゴ地域に限っても、毎月一人の新生障害児を放置して死なせている事実を加えている。

第一次世界大戦の戦況が日々報道され、アメリカの参戦の暗雲が立ちこめていたにもかかわらず、ボリンジャー事件は世論をかき立てた。シカゴを中心とした新聞だけにとどまらず、『ニューヨーク・タイムズ』では連載記事が書かれ、『ワシントン・ポスト』もこうした世論形成に参加している。医学の権威者、著名な優生学者・優生主義者、知識者も加わった論争が展開し、ヘイスルデンを支持する記事が圧倒した。

ヘイスルデン医師の支持者の一人にヘレン・ケラーがいる。彼女は、進歩的な月刊誌に投稿して自身の立場を表明している。自分の生活を支えることの出来ない精神欠陥や重い障害を持って生まれることは、コミュニティーや社会に対する犯罪である。ボリンジャー・ベービーを死なせたのはやむをえないことで

理解することができる、と主張している。問題は、生命とは何かといったことに関わるもので、生きる権利があるとするならば、幸せになることが出来る可能性とか、社会に何らかの貢献することが出来なければならない。健常者を中心としている社会にあって、こうした能力をもたない欠陥者は生命の神聖性を弱めてしまう、というのである。[35]

「自然は自ら助ける者を助ける」とはイギリスのヴィクトリア王朝時代の道徳規範だが、自ら助けることの出来ない者は不適合者と刻印されたのである。多くの人の援助の結果、聾唖の障害を克服したヘレン・ケラーは障害者の誉れとして高く評価されているが、その反面、こうした道徳規範に縛られた生活を余儀なくされて苦悩する姿が伺われる。

ヘイスルデンは法的制裁を免れたとはいえ、州医師会から除名された。治療を放棄して障害新生児を死なせたからではなく、こうしたことを公表して世論を騒がせたのは医師としてあるまじき行為である、とするのがその理由であった。

事件から2年後の1917年、ハリウッドでシカゴのゴシップ記者が台本を書き、ヘイスルデン医師自身が主演する『黒いコウノトリ』と題する映画が製作された。ヘイスルデンの経験に基づくものであり、彼の主張をテーマとする映画で、10年以上にわたって各地の映画館で上演された。安楽死協会の宣伝として効果的な映画でもあった。

この事件を契機として、ヘイスルデンが致死薬を使って殺したケースと治療放棄によって死なせた新生障害児の名前は公表されている。ジョン・ボリンジャーは最初のケースでも最後の事件でもなかった。一般的医療行為として、重い障害をもって生まれた子供が殺されたり、死なされたりしていた事実が明るみに出ただけに過ぎなかったのである。

ジョンの母親が心痛のあまり亡くなったのは、1917年のことだった。ヘイスルデンはアメリカを離れキューバに移った。その翌年、48才の若さで亡くなっている。その事情は明らかではないが、ヘイスルデンは、優生運動と安楽死運動の「救世主」であり、「殉教」を遂げた医師であったかのように評価する声も聞かれたのである。

VI結語にかえて

端的にいって、優生イデオロギーの本質は、「強きを助け、弱きをくじく」にあると言えるのではなかろうか。ここにみられる「助け」には命を助けること、「くじく」には死なせる・殺すことも含まれる。優生的安楽死とは、死に直面して苦しむ患者への思いやりや慈悲によるものではなく、「社会的に価値をもたない人の苦痛なき死」以外の何ものでもない。

優生主義者のヘイスルデンが読んだと思われる証拠はないが、1899年にロンドンで出版され、その翌年にニューヨークで出版された優生的安楽死の正当性を訴える一冊の本『遺伝と人類の進歩』がある。その著者は、ニューヨークで開業するマキム医師(Dr. W. Duncan McKim、私は精神科医と推測するが)である。

マキムによると、刑務所や不適合者を救う慈善事業と医療は、「真の人間悪の根源」で、人類の進歩を妨げるばかりか社会の存在そのものをも脅かしている。[36] こうした悪を追放する現実的対策は「人工淘汰(artificial selection)」、即ち安楽死である。マキムは、安楽死の対象を、収容施設、精神病院、少年院、刑務所などの州立施設に収容されている、イディオット、インベシル，癲癇、精神病、凶悪犯罪者、常習犯、矯正できない犯罪者に限定する。社会にとって無益と判断された、こうした悪の繁殖を防ぐための「最も確実かつ簡単で、最も親切かつ人道的方法は、穏やかな苦痛なき死である。これは、刑罰ではなく、生まれながらの欠陥のため幸せをつかむことのできない遺伝の被害者に対する良心的哀れみによるものであって、私たちのコミュニティーと子供に対する義務でもある。こうした価値なき者に死をもたらすのは、自然のプロセスとして避けられない死を早めるだけにすぎない。」[37]「炭酸ガス室(一酸化炭素と思われる)」を使えば、こうした目的を簡単に達成することができると。[38]

このガス室は、イギリスで1880年代から野良犬やのら猫を殺すために使われていたもので、「致死室

(lethal chamber)」と呼ばれていた。マキムは「世界で最も高貴な人が苦しみながら死んでいく事実を考えると、こうした苦痛のない速やかな死は祝福に値するばかりか、多くの人はねたみを持つのではないだろうか。」とまで述べて、不適合者の安楽死を訴える。[39]

著名な優生学者、ホームズ(S. J. Homes)はマキムの提唱に触れて、効果のある政策であるが、今の時代(1930年代)には現実的ではないと述べている。[40]また、ニュージャージー州ヴァインランドにある施設(Training School for Backward and Feeble-minded Children)の研究所長を勤めていたゴッダードは、「この施設には収容者をガス室に送ることを提案する何人かがいる」と述べているが、人道的理由で、安楽死に賛成していない。[41]カルフォルニア州における優生運動の指導者で、優生学の教科書として使われ広く読まれた本の著者ポペノーは、「欠陥者や非行者を殺すことは人種改善にとってあなどれない効果があることを否定できないとしても、今の時代精神に一致しないため、優生運動を進めるにあたって、こうしたことは真剣には考えない」と書いている。[42]

ジョン・ポリンジャー事件は、多くの優生主義者にとって、かつては考慮に値する優生不妊手術のオプションが現実的な手段としてみなされる契機を開いたのだが、フィーブル・マインデドをガス室に送ったり、障害新生児を殺したり死なせることは国民を騒がせるだけで、正式な施策としてのオプションにはなり得ないことも明らかになった。さらに、他の穏やかなオプションとしての強制的優生去勢手術・不妊手術の施行も大きな問題とはならなかった。

1906年、オハイオ州で任意積極的安楽死の法案が上程されたが、委員会の段階で流産した。翌年の1907年には、インディアナ州で優生不妊手術法が成立している(後、違憲判決でこの法は流産している)。しかし、その以前に、実験として囚人が去勢され、施設に収容されている男女のフィーブル・マインデドに不妊手術が行われ、それらは医学雑誌に報告されている。問題があるとするならば、不妊手術がもたらす肉体的・精神的影響と人種改良におよぼす効果といった技術的・効果的な問題に限られていた。[43]世論の支持を勝ち取ることは何ら問題にならなかったのである。こうした医学的憂いを解消するものとして、カルフォルニア州で1908年から1920年にかけて施行された6,000件におよぶ優生不妊手術の結果が発表されている。[44]また、ヴァージニア州では1924年に優生不妊法が成立したが、最終的に連邦最高裁判所で合憲性が確立したのは、1927年を待たなければならなかった。が、そのはるか以前からこうした不妊手術が行われていたのである。その全貌は明らかではないが、私が所有する資料だけに限っても、1913年の州医師会年次総会で、3件の不妊手術と1902年に行った11件が報告されている。[45]

私の手元にある最も正確とみなされている(各州法に基づく)優生不妊手術の統計によると、1907年から1964年にかけて、総計63,678人が強制的に不妊手術を受けている。その内訳は、フィーブル・マインデドが52.4%%(33,374人)、精神病が43.8%(27,917人)、その他が3.8%(2,442人)である。癲癇はその他に含まれているが、1929年の55人にとどまり、この年以外には手術は行われていない。発表された統計は男女別に分類されているが、黒人やその他のマイノリティーの統計は掲載されていない。分離された世界に住む黒人は白人コミュニティーに貢献しないとみなされたからである。また、この統計にはインフォームド・コンセントによる優生不妊手術は含まれていない。[46]

最後に、優生主義者の提唱する強制不妊手術の規模と効果をみてみたい。あわせて、その批判をも素描する。それにあたって、フィーブル・マインデド人口の推定がまちまちであることに留意したい。

まず最初に触れなければならないのは、強制不妊手術には消極的だったが、後、積極的に優生運動を推進したゴッダードである。ゴッダードは全米のフィーブル・マインデドを30万人と推定し、そのすべてを不妊手術したとすると、次の世代に生まれるフィーブル・マインデドは10万人となるとしている。一世代

の手術によって20万人(66.7%)の減少が期待できるのである。[47]

以下の報告に見るように、ゴッダードは、モロンの女性との性交渉と、そこにおけるメンデルの法則に従った劣性遺伝(隔世遺伝)を警告したのである。

ゴッダードの報告によると、若きマーティン・カリカック一世はアメリカ独立戦争(1776年)に参加している。しげしげ通った居酒屋の「名もないフィーブル・マインデド女」との間にフィーブル・マインデドの息子(マーティン・カリカック二世)をもうけ、6世代を通して、その子孫には、フィーブル・マインデド、売春婦、貧困、泥棒、その他ありとあらゆる「社会のベスト」[48] 1146人が生まれている(正常者もいる)。一方、退役したマーティン・カリカック一世は襟をただし、良家の淑女と結婚したが、6世代を通して地主や企業家など496人の優れた家系がみられる。

ゴッダードは、「社会のベスト」(不適合者)の出生が、適合者のそれの2倍をしのいでいる事実に注目する。しかも、ゴッダードが勤務する施設の不適合者の65%(他の施設では80%)が遺伝によるものであると強調する。[49] さらに、もし、「名もないフィーブル・マインデド女」を施設に隔離していたとするならば、そして、この女との間に生まれたフィーブル・マインデドの長男を不妊手術していたならば、1146人におよぶ「社会のベスト」の出生を防ぎ、社会浄化に貢献することができたはずであると力説する。[50] ここに、「不適合者は生まれるべきでない」とする優生主義のイデオロギーがありありと伺える。

家畜の品種改良を目的としたアメリカ飼育協会が「欠陥をもつアメリカ人の生殖組織を根絶する最善の現実的方法の研究・報告委員会」を設け、1914年にその報告がニューヨークにある優生学記録事務所から発表された。それによると、アメリカ人(人口1億5千万人)の10%にあたる1500万人を不妊手術すれば、2世代でほぼ完全に不適合者を根絶することができるとのことであった。[51]

1920年の国勢調査による人口(1億2千万人)とカルフォルニア州の2郡で行われた生徒のIQテストの結果をもとにフィーブル・マインデドを推定したのはポペノーである。生徒の4%がIQ70以下であるとする結果報告から類推して、アメリカ人の4%にあたる480万人がフィーブル・マインデド(IQ70以下)であると推定した。その内、優生不妊手術を必要とする不適合者は、120万人(人口の1%)とした。それに、480万人の精神病者とその他(身体欠陥者＝身障者、聾者、唖者、結核患者、癌患者など)の400万人を加えた計1千万人(人口の8.3%)の不妊手術が必要であるとしている。[52]

優生運動を理論的に批判するジェニングスは、その批判の一点として、強制不妊手術の不条理性を指摘している。ジェニングスによると、アメリカの人口を1億人とし、その0.33%(330万人)がフィーブル・マインデドと推定して、そのすべてを不妊手術したとすると、第一世代には約11%の減少がみられる。次の世代に診断されたすべてのフィーブル・マインデドを不妊手術したとすると、その減少率は11%以下となる。このように、フィーブル・マインデドの不妊手術を繰り返し、彼らをこの世から一掃するためには2千年から3千年の歳月が必要となるとのことである。[53]

優生不妊手術の効果を主張するメンデルの法則信者を「狂気」呼ばわりするモンターグ(Asley Montagu)によると、もしすべてのフィーブル・マインデドを二千年にわたって毎年(毎世代)不妊手術したとしても、二千年後のフィーブル・マインデドの出生率の減少は、開始した年の50%を越えることはないとのことである。[54]

そもそも、そのような効果を追求してはならなかったのであるが、いずれにしても、このようにみてくると、優生不妊手術の効果に関する言説は単なる神話に過ぎないかのように思われる。[55]とはいえ、こうした神話の恐ろしさは、権力ともいえる絶大な影響力を持ち、アメリカ30州で不妊手術が行われた事実そのものにある。

(2004年12月　あきば・さとし　アメリカ・ヴァージニア州在住)

〈引用・参照文献〉

[1] Leila Zenderland, Measuring Minds: Henry

Herbert Goddard and the Origins of American Intelligence Testing, Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2001 (paperback ed.)
.

[2] Albert Edward Wiggam, The New Decalogue of Science, Indianapolis, Ind. : Bobbs-Merril Company, 1923 ; Wiggam, The Fruit of the Family Tree, Indianapois, Ind.: Bobbs-Merrill Company, 1924; Wiggam, The Next Age of Man, New York: Blue Ribbon Books, 1927.

[3] Wiggman, The New Decalogue of Science, p. 100.

[4]Ibid.,pp.100-101.

[5] Charles B. Davenport, Heredity in Relation to Eugenics, New York: Henry Holt and Co.,1911,p.1.

[6] T. W. Shannon, Nature's Secrets Revealed: Scientific Knowledge of the Laws of Sex Life and Hereditary or Know Thyself, Marietta, Ohio: S. A. Mulliken Company, 1920. この類いの本で、科学としての優生学をリードするものとして、Herman H. Rubin, Eugenics and Sex Harmony: The Sexes, Their Relations and Problems, New York: Pioneer Publications, 1933が広く読まれた。

[7] Francis Galton, Essays in Eugenics, London: The Eugenics Education Society, 1909. 1996年には廉価本として再版がScott-Townsend Publishersから出版されている。この出版社は優生学者・人種主義者の出版を専門としている。

[8]『カリカック家』研究の主人公となったマーティン・カリカック一世は、もともと優秀なアングロサクソンの「血」を受け継いでいたが、たまたま、アメリカ独立戦争に参加して、バーに立ち寄りフィーブル・マインデド、デボラと性交渉したために、メンデルの法則に従って、フィーブル・マインデドが生まれてしまった。こうしたデボラは「白人のくず(white trash)」と呼ばれている。アメリカの優生学は、デボラや犯罪の系統をもった家系、閉鎖したコミュニティーの生活を扱う「白人のくず学」と言い換えた方が適切のように思えるほどに、この種の多くの調査報告がある。ダヴェンポートやローリンはこうした「白人のくず」の遺伝性を明らかにする研究に没頭している。「白人のくず」には貧しい白人、黒人、インディアンなどの混血が含まれ、今日では入手不可能または困難な調査報告が一冊の本にまとめられ出版されている。Nicole Hahn Rafter, ed., White trash: The Eugenic Family Studies, 1877-1919, Boston: Northeastern University Press, 1988.

[9]悪性遺伝とするのが通常の表現だが、ここでは優生に対立する言葉として悪生の字を当てることにする。

[10] 福祉国家の優生不妊手術を報告する優れた著作として、Gunar Broberg and Nils Roll-Hansen, eds., Eugenics and the Welfare State: Sterilization Policy in Denmark, Sweden, Norway and Finland, East Lansing, Michigan, Michigan State University Press, 1996がある。

[11] Mark B. Adams, ed., Wellborn Science: Eugenics in Germany, France, Brazil, and Russia, New York: Oxford University Press, 1990

[12] Martin S Pernick, "Eugenics and public health in American history" American Journal of Public Health, Vol. 87(11): 1767-1772.

[13] David S. Jordan, War and the Breed: The Relation of War to the Downfall of Nation, University Press of the Pacific,2003,[1915] または、<http://dhm.best.vwh.net/archives/jordan-watb.html>で手に入れることができる。

[14] Francis Galton, Heredity Genius: An Inquiry into Its Laws and Consequences, London: Macmillan,1869,rev.ed.1892,pp.332-37.

[15] Julius Paul, "Population 'Quality' and 'Fitness for Parenthood'in the Light of State eugenic sterilization Experience, 1907-1966," Population Studies, 21(3), 1967, p. 296.

[16]E. S. Gossney and Paul Popenoe, Sterilization

for Human Betterment, New York: Macmillan,1929,pp.v-3.

[17] Harry H. Laughlin, "The Socially Inadequate: How Shall We Designate and Sort Them?." American Journal of Sociology, 27(1), 1921, pp. 54-70. この提案は国勢調査局に採用されなかったが、ローリンはこの10種類の不適合者全員を優生不妊手術するモデル法を訴えている。これは、ほぼ30州によって採用され、また、ドイツ・ナチスズムはこのモデル法を採用して80万人におよぶ不適合者の不妊手術を行っている。優生不妊手術の対象として癲癇が含まれているが、ローリン自身、43才の時、優生学記録事務所で研究している最中に癲癇の発作に倒れ、妻から車を運転しないよう忠告を受けている。ところが、車で出勤して事務所近くの海沿いで発作のため意識を失った。車は岸壁の杭に激突して前輪が海に突き出した状態で止まって命拾いをしたことがある。彼自身が施設に収容され優生不妊手術を受けるべきだったのか。

[18] ゴッダードの貢献を重要視する著作として、Daniel Kevles, "Eugenics in North America," in Robert A. Peel, ed., Essays in the History of Eugenics: Proceedings of a Conference Organised by the Galton Institute, London, 1997, London, Galton Institute, 1998, pp. 208-226 と、フェミニストの観点から積極的優生学の奨励がもたらす女性差別を扱う Wendy Kline, Building a Better Race: Gender, Sexuality, and Eugenics from the Turn of the Centure to the Baby Boom, Berkely, Cal.: University of California Press 2001がある。

[19] Henry H. Goddard, "In Defense of the Kallikaku Study," Science, New Series, 95 (2475)June5,1942,pp.574-576.

[20] その根拠は、結論的にいえば、カリカック研究はメンデルの法則に合うように、作り話として家系図が描かれたフィクションにすぎないからである。二つの根拠がある。その一つはグールド(Stephen Jay Gould)が明らかにしているように、『カリカック家』にフィーブル・マインデドネスの写真が載っているが、普通の人の口と目に手を入れて醜いきつい顔つきを作りあげたものに過ぎない。(Stephen Jay Gould, The Mismeasure of Man, New York: W. W. Norton, rev. ed., 1981, pp. 200-204.)復刻版をみると、文字は問題なくきれいにコピーされているが、写真の質は落ちている。そのためか、オリジナルの写真に手を入れた目と口に形跡がくっきり浮かび上がっている。その二つは、スミス(J. David Smith)の研究にみられるものである。スミスはゴッダードの研究を追試するため、ほぼ2年間かけて可能な限りの実地調査を行い、最終的にデボラは実在した女性であることを確認して、彼女の家系を調べている。スミスの言葉に従うならば、事実はゴッダードの報告とは異なっている、とのことである。デボラの関係者がまだ生きていることもあり、実名を明らかにしていない。しかし、それ以上に、ゴッダードの研究は論駁するに値しないほどひどいものであるとのことである。スミスによると、グールドの研究は、キャリー・バックの専門家として大きな功績を残したロンバルド(Paul Lombardo)に必要な資料を提供しているとのことである。こうした協力を賞賛したい。(J. David Smith, Minds Made Feeble: The Myth and Legacy of the Kallikaks, Rockville, Maryland, Aspen Systems Corporation, 1986, pp. 83-114.) スミスによると、こうした偽の研究はゴッダードに限らない。

[21] 退化論については、Charles david Mellon, Heredity Madness: the Evolution of Pshychiatric Genetic Thought, New Mexico, Genetics Heritage Press, 1996, pp. 56-64を参照した。

[22] G. Stanley Hall, Adolescence: Its Psychology, New York: Appleton and Company, 1905, 2 vols.

[23] 黒人の優生学的研究として大きな影響を与えた著作に、Edward Eggleston, The Ultimate Solution of the American Negro Problem, Boston, R. G. Badger, 1913 ; Raymond Pearl, 1879-

1940 The Biology of Population Growth, New York, Alfred A. Knopf, 1925などがある。パールは、黒人の増加率の歴史的変化と黒人の主な死因であった結核と肺炎の変化を調べて、黒人の絶滅を主張する。また、Samuel J. Holmes, The Trend of the Race: A Study of Present Tendencies in the Biological Development of Civilized Mankind, New York: Harcourt, Brace & Company, 1921; Samuel J. Holmes, The Negro's Struggle for Survival. A Study in Human Ecology, Berkeley: University of California Press, 1937も参照した。最近の著作で精神医学の立場から研究したものとして、Alexander Thomas and Samuel Sillen, Racism and Psychiatry, New York, Brunner/Mazel,1972がある。

[24] Henry Herbert Goddard, Feeble-Mindedness: Its Causes and Consequences, New York: Macmillan,1914,p.508.

[25] 1908年にビネー・シモン式知能検査をアメリカに導入した最初の心理学者はゴッダードである。ホールの弟子でゴッダードの後輩にあたるターマン(Lewis Terman)は心理学の学位を得ると同時に、ゴッダードの研究に参加し、後、スタンフォード大学教授職を得て、カルフォルニア州の児童にIQ検査を行っている。その成果が1916年に出版され大きな反響を呼んだため、今日でもビネー・スタンフォード式知能検査と呼ばれている。

[26]Goddard, "Who is Moron?" Scientific Monthly, 24(1), 1927, p. 41

[27]Goddard, "Who is Moron?"ibid,pp.42-46.

[28]Charles B. Davenport, Review, "Feeble-Mindedness: Its Causes and Consequences" Science,NewSeries,42(1093),1915,pp.837-838.

[29] こうした批判をする遺伝学者の一人にジェンニングスがいる。優生協会の役員を勤め積極的に優生運動を進めたジェンニングスは「メンデル教」に耐えられず、役員の任期が切れると同時に協会を離れ、反優生学を主張している。多くの著作があるが、ここに取り上げる問題に直接関係する著作として、H. S. Jennings, The Biological Basis of Human Nature, New York: Norton and company, 1930がある。

[30] Karl Binding and Alfred Hoche, Permitting the Destruction of Unworthy Life: Its Extent and Form, Essay One: Legal Explanation by Karl Binding, Essay Two: Medical Explation by Alfred Hoche, Tr. by Walter E. Wright, ed. by Patrick G. Deer, Issues in Law and Medicine, 8 (2) 1992: 231-65. (originally published in German in 1920).

[31] Martin S. Pernick,The Black Stork : Eugenics and the Death of "Defective" Babies in American Medicine and Motion Pictures Since 1915, New York : Oxford University Press, 1996, p. 15.

[32] Ezekiel J. Emanuel, The History of Euthanasia Debates in the United States and Britain, Annals of Internal Medicine, 121(10), 1994: 793-802.

[33] W. Bruce Fye, "Active Euthanasia: An Historical Survey of Its Conceptual Origins and Introduction into Medical Thought," Bulletin of the History of Medicine, 52(4), 1978: 492-502.

[34] Russell Hollander, "Euthanasia and Mental Retardation: Suggesting the Unthinkable," Mental Retardation, 27(2), 1989: 53-661.

[35] Helen Keller, "Physicians'Juries for Defective Babies," New Republic, 5 (Dec. 18,1915): 173-74.

[36] W. Duncan McKim, Heredity and Human Progress, New York & London: G. P. Putman's Sons,1900,p.4-5).

[37]ibid,pp.188-89.

[38]ibid,p.193.

[39]ibid,pp.194-95.

[40]S. J. Homes, The Eugenic Predicament, New York: Harcourt, Brace and Company, 1933, pp.

153-54.

[41] Henry Herbert Goddard, The Kallikak Family, New York: Macmillan, 1912, p. 101.

[42] Paul Popenoe and Rowell Hill Johnson, Applied Eugenics, New York: Macmillan Company,1918,p.184.

[43] 優生不妊手術をめぐる優れた論争は、Robert C. Dexter and Others , The Case for and against Sexual Sterilization, Girard, Kan. : Haldeman-Julius Publications, 1928とLeon F. Whitney, The Case for Sterilization, New York: Frederick A. Stokes Company, 1934にみられる。

[44] E. S. Gosney and Paul Popenoe, Sterilization for Human Betterment: A Summary of Results of 6,000 Operations in California, 1909-1920, A Publication of the Human Betterment Foundation, NewYork:MacmillanCompany,1929.

[45] Charles V. Carringtons, "Vasectomy--From the Eugenical Standpoint, with Report of Cases," Transactions of the Forty-Third Annual Session of the Medical Society of Virginia, Richmond,VA:RichmondPress,1913,pp.150-52.

[46] Johas Robitscher, ed., Eugenics Sterilization, Springfield, Ill: Charles C. Thomas, 1973, p. 123.

[47] Goddard, The Kallikak Family, op. cit, p. 106. ゴッダードはこうした効果を認めつつも、「今の時点では」不妊手術は「仮のしのぎとして考えられるにすぎず」、「最終的な解決には結びつかないであろう」としている。Ibid, p. 117.

[48] ibid, p.116.

[49] ibid, p.106.

[50] ibid, pp. 104, 113.

[51] 私はこの報告を読むことができなかったので、以下の2点の文献を参照した。F. F. Bouvier, "Sterilization," in Walter J. Halden and Mary Rics Melendy eds., The Law of Nature Revealed: The Science of Eugenics and Sec Life, 2d ed., (publisher unkown), W. R. Vansant (copyrighted), 1914, pp. 95, 98.およびMichael R. Cummings, Human Heredity: Principles and Issues, 2d ed., New York: West Publishers, 1991, p. 436.この委員会の名はThe Committee to Study and Report on the Best Practical Method of Cutting off the Defective Germ Plasm in the American Populationで、その報告はReport of the Eugenics Section of the American Breeders'Association(1914)である。

[52] Paul Popenoe, "Nature of Persons Needing Sterilization," Journal of Heredity, 19(1928): 405-410.

[53] H. S. Jennings, The Biological Basis of Human Nature, New York: W. W. Norton, 1930, pp. 240-242

[54] Ashley Montagu, Man's Most Dangerous Myth: The Fallacy of Race, Cleveland, Ohio: The World Publishing Company, 4th Revised and enlarged ed., p. 226.

[55]とはいえ、1963年に精神薄弱者を収容するドイツの大きな施設を訪問した際、成人棟にはほとんどの人影がみられなかったとする報告がある。ナチスによる徹底した安楽死政策(大量虐殺政策)の成果(成功)を物語っているというのである。Wolf Wofesberger,"The Extermination of Handicapped People in World War II Germany," Mental Retardation, 19(1981): 1-7.

最近の「尊厳死・安楽死」推進の動きとその批判

古賀　典夫

はじめに

「死の権利協会世界連合」主催の世界会議が、2004年9月30日から10月3日まで東京で行われた。13年前に京都で開かれた、この会議に抗議活動を行ったが、そのときとは様子がかなり違う。奥田日本経団連会長が「日本尊厳死協会」の顧問として挨拶を行い、尾辻厚生労働大臣のメッセージが読み上げられ、同省の岩尾医政局長が基調講演の一つを行ったのだ。こんな政府や財界と一体となった状況を13年前には想像できただろうか。

この13年間に何があったのか、改めて思い起こしてみた。すると、2000年を機に、政府や財界が「尊厳死・安楽死」推進に動き出したことが判る。また、「脳死・臓器移植」推進と「尊厳死・安楽死」推進が歩調を合わせて進んでいることも改めて判った。

Ⅰ．1990年代の動き

'92年は、節目の年だった。既述の京都の世界会議もだが、1月には脳死臨調が最終答申を出し、3月には「日本医師会生命倫理懇談会」が「末期医療に臨む医師のあり方について」を発表する。同懇談会は、'88年1月に「脳死および臓器移植に関する最終報告」を発表し、「脳死」を人の死とする見解を明らかにした。

同懇談会の'92年3月の見解では、「人類は高齢化社会に到達することによって難しい問題を背負い込むことになった。というのは、高齢化社会においては、かならずしも寿命の延びた分だけ健康で活動力を保った者の数が増えるのではなく、そこには高血圧、糖尿病、癌などの慢性の疾患や機能障害に苦しみながら、時には人工呼吸器などの技術によって人工的に延命し、やがて生を終える高齢者の数も増えてくるからである」と述べ、これを「尊厳死・安楽死」推進の理由としたのであった。よく語られる「耐えがたい苦痛」などではなく、「健康でない者」を否定する主張なのである。

「問題となるのは高齢者ばかりではない。医学・医療の進歩は、壮年や青年の重症の患者に対しても人工呼吸器等の器具やさまざまな薬剤を駆使した医療技術によって延命の可能性を拡大してきている。しかし、そのような医師の側の延命努力にもかかわらず、回復の見込みがたたず死が不可避とされる者が少なくなく、ここにも末期医療という新しい医療の領域が生まれつつある」。「さまざまな新薬や人工呼吸器などが発達して重症の患者の延命が可能になるに伴って延命そのものが過大に目的とされるようになったことも否めない」。

こうして、「健康でない者」、「健康になる可能性のない者」の生命の否定は小児をも含むすべての世代について行われていく。そして、「脳死」を「ひとの死」とした人々は、「精神的活動の衰えた人々」の抹殺論を展開する。「患者本人の意思が表明されず不明な場合に、医師はいつまで最大限の延命努力を続けるべきであろうか。……これに関連して欧米では、人間が送る生活の基本としてクオリティー・オブ・ライフ(生命の質)ということが言われている。これは、人間を人間たらしめるものとしての人格を重視した考え方に基づいている。この場合人格は、何よりも精神的活動の現れとされる」。

ここにはらまれているイデオロギーがその後の議論の根底を流れているし、20世紀を通じて主張された「安楽死」論に共通したものである。同懇談会は医療の

打ち切りという「消極的安楽死論」を展開しているのであるが、その人間観から「積極的安楽死」論が出てきても不思議ではない。1930年代には、アメリカやイギリスでそうした発想の人々が安楽死協会を作り、ナチスは国家政策として実行したのであった。

'94年4月、「脳死」を「ひとの死」とした「臓器移植法案」が国会に提出されるが、翌月には、「日本学術会議・死と医療特別委員会」が「尊厳死について」を発表し、「尊厳死」推進の立場を明らかにする。ここでは、実践的な話に踏み込んでいる。

「無益かつ高額な延命医療が実施されている実態のあることは明らかであり」、「診療報酬請求ないし給付の適性化」が必要であるとしている。そして、どのような医療行為として打ち切るかということで、「人工呼吸器の装着、人工透析、化学療法、輸血」、「鼻腔カテーテルおよび静脈注射などによる栄養補給」を挙げている。

II. 2000年へ

'97年に「臓器移植法」が成立し、翌年から小児の「脳死判定基準」を作成するための竹内研究班が発足する。また、「臓器移植の法的事項に関する研究班」も町野朔(上智大学法学部教授)を中心として発足する。この二つの厚生省の研究班は、2000年にその見解をまとめる。町野研究班は、「脳死」を一般的な人の死としているほか、死後の臓器摘出は人間の本性にかなった行為であるとまで主張し、臓器摘出拒否の意思表示がない限り摘出してよいとした。

この2000年10月には、小渕首相が作った「21世紀に向けての社会保障構造の在り方について考える有識者会議」が報告書を出す。この報告書の中には次のような記述が出てくる。「どのような負担の仕組みをとるにしても、医療費、特に伸びが著しい老人医療費については、経済の動向と大きく乖離しないよう、何らかの形でその伸びを抑制する枠組みをつくらなければならないのではないか。……また、できる限り本人の意思を尊重し、尊厳をもって安らかに最期を迎えることのできる医療の在り方を模索していくことがこれからの課題である」。

わたしの知る限り、社会保障についての政府関係の報告書で「尊厳死・安楽死」推進論が出てきたのは初めてである。そして、この有識者会議のメンバーをみると、その後の展開も判るような気がする。総理大臣、内閣官房長官、厚生大臣、大蔵大臣、自治大臣、経済企画庁長官、赤崎義則(鹿児島市長)、阿藤誠(国立社会保障・人口問題研究所副所長)、石弘光(一橋大学学長)、今井敬(新日本製鉄会長)、岩男壽美子(武蔵工業大学教授)、貝塚啓明(中央大学教授)、木村陽子(奈良女子大学助教授)、京極高宣(日本社会事業大学学長)、行天良雄(医事評論家)、木幡美子(フジテレビアナウンサー)、清家篤(慶応義塾大学教授)、袖井孝子(お茶の水女子大学教授)、高木剛(ゼンセン同盟会長)、坪井栄孝(日本医師会会長)、中村博彦(全国老人福祉施設協議会会長)、堀田力(弁護士)、宮島洋(東京大学教授)、矢崎義雄(国立国際医療センター病院長)、渡辺恒雄(読売新聞社社長)。

III. 「尊厳死世界会議」に集まった勢力

厚労省、財界、「日本尊厳死協会」がこの間何をしてきたのか、まとめてみたい。

厚労省の第4次の「終末期医療に関する調査等検討会」

2002年10月28日にこの検討会の第1回の会合が開かれる。座長は前述した町野である。厚労省の篠崎医政局長は、その諮問内容について、次のように発言している。

「従来とは若干違い、少しテーマを絞りました。従来は国民の意識調査をしまして、それに対してコメントをつけると言いますか、それを素材にして皆様方にご議論していただいたので、1つの方向というものを、あまりはっきり打ち出しているわけではなかったのです。今回、私どもが考えておりますのは、尊厳死の問題をどうとらえるか、リビング・ウィルの問題をどうとらえるかということです。また最後にいちばん大事なのは、医療の在り方です。もし、こういう医療の在り方が自然ではないか、こういう医療の在り方が

考えられる方向性ではないか、というところまである程度ご意見をおまとめいただければ、大変ありがたいと思っております」。

そして、7回の会合を持って、'04年6月に報告書をまとめた。それによると、「終末期における望ましい医療の内容は、医師の裁量に関わるので、基本的には、専門学会、医療機関、医師会等が協力してガイドラインを作成し、その普及を図っていくことが考えられなければならない。医療の内容の問題を超えて、いかなる手続に従って医療の不開始・中止の是非を決定すべきかについても同様である」として、ガイドラインを作るプロセスに入ろうとしている。そして、「終末期医療に対する社会的コンセンサス」が重要であるとして、これから「尊厳死・安楽死」のキャンペーンを張ろうとしている。

またこの報告書では、癌、「持続的植物状態」の患者について検討してきたとした上で、「高齢になって身体が衰弱して、長期に療養生活を送った後に亡くなる人」、小児、神経難病の患者についても検討すべきであるとしている。広範囲の人々を「尊厳死・安楽死」の対象としようとしている。

今回の世界会議で講演を行った岩尾医政局長は、この報告書を紹介し、「医療の不開始・中止の基準」を作るための検討を行っている、と語った。そして、この「尊厳死」問題については、社会保障審議会の医療部会で検討していくと述べていた。

既に小児については、'03年春、「重症障害新生児」の治療を打ち切る際のガイドラインを、厚生科学研究のチームがまとめている。『朝日新聞』の報道では、そうした病院や施設が満員になっていることが背景にある、としている。

「尊厳死・安楽死」を推進する日本経団連

奥田碩を会長とする日本経団連は、'03年2月、『活力と魅力あふれる日本を目指して』(通称、奥田ビジョン)を出版した。学校から職場まで徹底した能力主義をあおり、社会保障や福祉を国の仕事からはずすことを主張するこの本は、他方で、「尊厳死・安楽死」を推進している。

「日本のように平均寿命が長くなると、寝たきりになっても、植物状態になっても、医学の進歩で生きつづける人々が増えるが、これが人の幸福につながるとは必ずしもいえない。日本でもいわゆる尊厳死に対する認知度は少しずつ高まりつつあるが、死期が迫ったときいたずらに延命措置をしないでほしいという意志を記したリビングウィル(尊厳死の宣誓書)は未だ法制化されていない」。

「日本においても死から目をそむけずに、学校教育の段階から死について学ばせることなどを通じて、一人一人が死生観を確立し、それぞれの人生において最後をどのように迎えるかを考えることができるようにすることが大切である。尊厳死は個人が死生観を確立する中で必要となる選択肢の一つであろう」。

「尊厳死」の法制化を求め、学校では競争社会での分相応を教えながら、「寝たきり」の者は早く死ぬべきであるという価値観を植え付けることを目指している。

奥田会長は、さまざまな政府の審議会に参加し、特に、小泉改革を推し進める「経済財政諮問会議」のメンバーである。彼は今回の世界会議で、かつての日本の正しい死生観として、「深沢七朗氏の書かれた『楢山節考』に胸を打たれた」と述べた。働けなくなった者は、さっさと死を選べ、と言いたいのだろう。

「日本尊厳死協会」の法制化運動

同協会は、'03年12月8日、「尊厳死」の立法化を求める請願書を坂口厚労大臣に提出した。他方、国会議員への働きかけも行い、'04年6月8日に「尊厳死法制化議員連盟」(仮称)を発足させた。自民、民主、公明各党の国会議員22人が参加した。

同協会は、この秋の臨時国会にも請願書を提出しようとしている。議員立法の可能性もあり、重大な局面もあり得る。

同協会が'03年に作成した「尊厳死に関する法律要綱案」は、9条からなり、第1条は次のように書かれている。「何人も自己の生命を維持するための措置を受容すべきか否かにつき自ら決定する権利を有する。この権利に基づきこの法律は不治且つ末期の状態にあって延命措置を望まない者の意思を尊重する末期医療に関

する手続き等を定めることを目的とする。不可逆的で不治ではあるが末期ではない持続的植物状態においても、あらかじめ、かかる場合の延命措置を断わる明示の意思表明がある場合の措置も本法に依る。……」

第二条では、「この法律で「不治且つ末期の状態」とは、合理的な医学上の判断で不治と認められ、延命措置の施用いかんに拘わらず死期が切迫し、その施用が単に死期を延長するにすぎない状態をいう。」としている。

もしこうした内容が法制化されるとしたら、医療にはどこで打ち切るべきかの判断が法的に求められるようになる。救命や患者の生活を支える医療は、変質を余儀なくされる。

ここでは「尊厳死・安楽死」推進論の中で語られてきた「耐えがたい痛み」という表現はない。とすると、動けないことが「人間として生きるに値しない」と言っているに過ぎない。特に、「末期ではない持続的植物状態」を入れているのがその表れである。この発想は、今後さまざまに対象を拡大していく。また、この「不治かつ末期」とはいくらでも拡大解釈ができてしまう。例えば、人工呼吸器を使用したり、人口透析を利用すれば、生きていける人たちをも、「不治かつ末期」としてしまう可能性もあるのではないか。

どんな状態であろうとも、とことん共に生きることを追求すべきである。しかし、こうした発想が定着すれば、「合理的な医学上の判断」で「不治かつ末期の状態」や「持続的植物状態」とされた場合、それでも生きつづけようとする者たちには健康保険が使えないような措置が取られる恐れがある。前述したように、「尊厳死・安楽死」推進論は、医療費削減の観点で考えられているのだから。

今回の世界会議で、もう1本の基調講演を行った井形昭弘日本尊厳死協会理事長は、「尊厳死法制化議員連盟」が100人になっている、と言い、「次の国会には、議員立法で出されるでしょう」と述べた。井形氏は、かつての「脳死臨調」のメンバーであり、厚生省の審議会の中でも「脳死・臓器移植」の問題を担当してきた。彼は、「臓器移植は三十数例行われ定着した」と述べ、次には「尊厳死法」という文脈で語っていた。

井形氏によると、本人が希望し医者が行う「積極的安楽死」を認めているのは、オランダ、アメリカのオレゴン州、オーストラリア北部準州、ベルギー、スイスとのことだ。「死の権利協会世界連合」の会長ミッチェル氏によると、この「積極的安楽死」推進がキャンペーンの中心になっている、と言う。

おわりに〜共に生きるために共に闘おう〜

2004年2月25日、自民党の脳死・生命倫理及び臓器移植調査会(宮崎秀樹会長)は、現行法においても問題と矛盾を露呈している「臓器移植法」のさらなる改悪案を発表した。それは、臓器移植と関わりなく「脳死」を「一般的なひとの死」とするものであり、小児も含めて親族の同意のみ(親族がいない場合には全く何の制限もなく)臓器摘出を行おうとするなど、現行法のさらなる改悪を大きく進めようとするものだった。

私はその内容に少なからず驚きを感じたが、これが出てくる背景に、上述したような「生きるに値しない生命の切り捨て」を進める動きがかかわっているのではないかと思う。

この案については、「脳死・臓器移植」を推進しようとする側の中で、これでは受け入れられないという動揺を生んだようで、国会に提出されることはなかった。次にどう出てくるのだろうか。

いずれにしても、わたしたちは「臓器移植法」のさらなる改悪の動きと「尊厳死法」制定の動きを迎え撃たねばならない状況に入っている。社会保障の切り捨てを行い、教育基本法や憲法を変えようとする政府や財界の言動は、「国家のためには民衆は犠牲になれ」という思想である。こうした中で、優生政策や生命の切捨てが進められようとしている。この状況そのものを打ち破らないとならないのではないか。(2004/11/03)

(こが のりお　脳死・臓器移植反対する市民会議世話人)

「延命医療の中止」問題を考える

篠原　睦治

はじめに〜「尊厳死」立法化の動きに触発されて

ぼくは、いま、ここで、「尊厳死・安楽死」問題をわざわざ取り上げるべきかどうかで迷っている。今世紀に入ってから、日本でも、「尊厳死」を合法化しようとする動きが急激に出てきている。あまりにもおぞましい事態を見せつけられて、「まさか!?」という思いが先走って、その分、先取り的、煽情的に批判を始めることにならないかと心配している。

一方で、「安楽死・尊厳死」の合法化は、欧米諸国では既に進行しているし、日本でも、'90年代に入ってからずっと、日本医師会、日本学術会議、そして日本尊厳死協会などが、「安楽死」と区別しながら、「尊厳死」を肯定する発言を重ねている(1)。そして、最近になって、日本尊厳死協会が、「尊厳死に関する法律要綱案」を発表し(2003年12月)、厚生労働省や国会議員に働きかけている。

この秋(2004年10月)には東京で、同協会の主導で、「死の権利協会世界連合」主催の「第15回世界大会」が開かれた。そこでは、経済界、厚生労働省の代表たちも趣旨に賛同しながら発言している。そして、「無理な延命治療を行わないなど、終末期医療の選択を患者があらかじめ書面で記した『リヴィング・ウイル』を合法と認識し、従わなければならない」という東京宣言を採択し閉幕している(『四国新聞』10月3日)。

どうやら、マスコミの大半は、この問題に飛びつかなかったようである。ぼくが、このことを問題化することに戸惑うのは、大新聞があちこちで騒ぎだすと、緊急に問われている感じがしてくるが、そうでないと、大した問題ではないと思いがちな、今日を生きるぼくたちの、作られた感性の故なのかもしれない。そんなことを反省しながら、やはり、いま、ここで、考えるべき幾つかのことを書き記していく。

Ⅰ.ジョン・パウロ二世の詔勅を読む

(1)尊厳死立法化の意図〜死の自己決定権と医師の死なす行為の免責

まず、上記に紹介した「尊厳死に関する法律要綱案」のなかで、「尊厳死」とは何かを考える。これは、九条からなっているが、主なる内容は次の通りである。

第一条では、まず、「自己の生命を維持するための措置を受容すべきか否かにつき自ら決定する権利」が明記され、この権利に基づき、不治かつ末期の状態であって、延命医療を望まない者の意思を尊重する末期医療に関する手続等を定めることが、この法律の目的であるとしている。そして、不可逆的で不治だが、末期ではない持続的植物状態においても、本法によるとしている。

第二条では、「不治かつ末期の状態」とは、延命医療の施用いかんに拘わらず、死期が切迫していて、その施用が単に死期を延長するに過ぎない状態だが、これは、合理的な医学上の判断でなされるとしている。さらに、「延命医療」とは、死期を単に延長するに過ぎない措置のことだが、ただ、ここには、苦痛緩和の措置は含まないとしている。

第三条では、本人の延命医療を拒否する意思の表明手続を規定しているが、まず、その者は、15歳以上の意思能力のある者でなくてはならないとしている。また、この意思に実効性を持たせるためには、①日付、住所、氏名を署名捺印し、成年2名以上が承認するという署名捺印した文書か、または②疾病その他の事由によって本人が自書し得ない場合、本人がかつ

て、そのような意思を表明したことが、その日付の記録とともにあること、意思表明が正常な意識を持ってなされたことを証明する(担当医を除く)医師1名を含む2名以上の立会人が署名捺印する文書があることを要求している。

第六条では、医師は、民事上、刑事上の責任を問われないと規定している。

以上で明らかだが、「尊厳死」とは、「不治かつ末期の状態」や「持続的植物状態」の者が、「死の自己決定権」に基づいて、延命医療を拒否して死ぬことである。また、それは、医師の裁量の中にある合法的な医療行為である。つまり、患者の側から言えば、「死の自己決定権」の行使であり、医師側からすれば、「死なす医療」の合法的実施なのである。つまり、尊厳死の立法化は、患者の自己決定権を強調する一方で、「死なす医療」を実施する医師の行為を免責することを意図していることが分かる。

(2)「尊厳死」の日米比較とその優生思想性

さて、「尊厳死」という言説が、日本において、よく知られるようになったのは、80年代の前半からである。特に、アメリカ合衆国大統領委員会が、83年に、生命維持治療を差し控えるか、中止するかの自己決定権を認めた報告書を提出するのだが、このことが、日本では、マスコミによって「『尊厳死』を大胆に認める報告書」といった大見出しで報じられた。こんなことが契機になりながら、「自己決定権に基づく延命医療の中止=尊厳死」の図式が出来上がっていったようである(2)。

ここで、アメリカの場合を考えておくが(3)(4)、70年代半ば、安楽死運動は、「持続的植物状態」にあったキャレン・アレン・クインランに対するような延命医療は人間の尊厳に反する、非人道的で不自然な行為であるとして、「自然死の回復」を主張しだしている。これは、消極的ないし受動的安楽死で、「死なす医療」と言われるものだが、ここでは、「リヴィング・ウイル」を介した「死の自己決定権」が強調される。その意味で、「自然死」は、「尊厳死」と置き換えうるし、日本では、そのように表現される。事実、今日、尊厳死協会は、「尊厳死法」の提言をしている。

しかし、アメリカでは、90年代に入ると、「自然死」は死語となって、代わりに、「尊厳死」が登場するが、これは、医師による自殺幇助(Aid in Dying)の合法化が、ワシントン州、カリフォルニア州いずれにおいても、州民投票で承認されなかった直後に、医師による自殺幇助の倫理化・合法化を意図して、キャンペーン用に新しく使われだしている。いまのところ、この種の「尊厳死法」は、オレゴン州においてしか成立していないが(1997年)、ここでの「尊厳死」は、「死の自己決定権」と「医師による自殺幇助行為の免責」からなる積極的安楽死なのである。

こう考えると、尊厳死協会の「尊厳死」概念は「死なす医療」だが、アメリカのは「殺す医療」になっている。しかし、「死の自己決定権」と「医師の行為に対する免責」を強調していることで共通している。とはいえ、医師は、患者の「死の自己決定権」を基に、誰でも死なせたり、殺したりすることができるのではない。そのことが可能かどうかは、もうひとつ、病気や障害の状態や程度が問題になるのだが、「生きるに値する」と判定された生命は「死なせてはならないし、殺してはならない」のである。逆に、「生きるに値しない」と判定された生命に限定されて、そのことは可能になる。消極的であれ、積極的であれ、それらは、安楽死性を持っているし、いずれも優生思想の象徴・具現であると、まずは押さえておかなくてはならない。

なお、20世紀前半のアメリカや30年代のドイツ・ナチズムにおける優生思想は、〈劣性〉とみなした人種(例えばユダヤ民族)、人格(例えば精神薄弱)を集団として撲滅するために、その基準として「出自」や「遺伝性」を強調したが、今日のは、個々人の〈いま、ここ〉の「生命の質・価値(QOL)」を厳密に評価し選別しながら、「生きるに値しない」と見なされた当該所属集団(脳死者、植物状態、痴呆状態、重度障害などの)を順次滅亡させる手法になっている。その意味で、今日的事態は、古典的優生思想との共通性を示しながらも、「QOL思想」という〈修正された〉優生思想に基づいていると言ったほうが適切と思われる(5)。

(3)「尊厳死」を「安楽死」と区別しながらも

くり返すが、今日、日本では、「尊厳死」問題は、「安楽死」問題と切り離して別のこととして論じられる傾向がある。象徴的なことだが、1976年に創立された日本安楽死協会は、(既述したが)アメリカの事態を「尊厳死」を強調しながら報道したマスコミの大見出しにも影響されて、83年には「尊厳死協会」と早々と名称を変えている。ましてや厚生労働省は、「安楽死の勧め」などしたことがない。「尊厳死」問題に言及することはあるが、それにしても、それは、「終末期医療の在り方」という括り方で主に論じてきている。

再確認だが、「尊厳死」は「消極的安楽死」であって、それは、「積極的安楽死(慈悲殺)」としての「安楽死」と、その意図、生命・人間観において、連動している。前者が、人工呼吸器など心肺蘇生措置を外して、しかも、水分・栄養の補給を中止しながら徐々に「死なしていく医療」であるのに対して、後者は、医師がモルヒネなどを致死に到るほどに大量投薬することで、速やかに「殺す医療」である、そのような方法上の相違に過ぎないのだ。つまり、それらの対象は共通で、「不治」と判断され余命が短いと診断された者、および「持続的植物状態」の者である。そして、いまなお、決着がついていないが、ずっと本命視されているのは、「脳血管障害や痴呆等の高齢者」である。

(4)「植物的」と呼ぶことの問題

本論後半では、厚生労働省が最近(2004年7月)発表した「終末期医療に関する調査等検討会報告書～今後の終末期医療のあり方について」を紹介して、「延命医療の不開始・中止」「尊厳死」の意図がどの辺にあるのか、人びとはなぜそれに合意しようとしているのかなどを考えたい。

それに先んじて、読んでおきたい、一つの文書がある。秋葉聰が別のところで論じているが(6)、「生命維持措置と植物状態: 科学の進歩と倫理的ディレンマに関する国際会議」に宛てた、ジョン・パウロ二世(ローマ法王)の詔勅(以下、「詔勅」2004年3月(7))である。これは、結論的にいえば、「報告」の方向性に対しては歯止め的位置になっている。「詔勅」を読むのは、これによって、「報告」の問題を逆射できるかもしれないと考えるからである。

まず「詔勅」は、「植物状態」を定義しているが、それによると、「植物状態のひとは、自分についての意識や周囲に対する認識があると明確には分からないし、他人と相互作用したり特定の刺激に反応したりすることが出来ないように思える」となっている。

この定義では、不十分である。彼らは、「常識的な意味で、意識がないとも昏睡状態にあるとも言えず、自覚的とまでは言えないが、むしろ目覚めている状態で(neither unconscious nor coma in the usual sense of theses terms, rather wakefulness without awareness)」で、脳幹が機能しているので、自発呼吸があり、人工呼吸器を装着しなくても、生きていることが出来る状態である、と敷衍しておかなくてはならない。にもかかわらず、ぼくは、最近、秋葉聰から、ヴァージニア州法律には、「持続的植物状態は〈ひとの死〉である」という規定があると知らされたが、これはとんでもないことである。

「詔勅」に戻るが、1年以上にわたって植物状態が続く場合、「持続的植物状態」と呼ぶけれども、確かに、この状態が長引くにつれて、そこからの回復は一層困難になると言われているが、これは、統計上のことであって、「その状態で長い年月が経っても、少なくとも部分的には回復したという、確かな記録がある」ので、「医学は、この状態の患者のうち、誰が回復して、回復しないのかを、正確に予測することはできない」と論している。

そもそも、「ある臨床像を象徴的に表す〈植物的〉という形容詞は、そのような患者に適用されて、実際に、その者の価値や尊厳を低くすることに寄与してしまっている。この意味で、この用語の使い方は、適切ではない」。「このような考え方とは逆に、私(法王)は、その者の状態がどんなであっても、人間存在の本質的価値と人格的尊厳は不変であると強く再確認する義務を感じている。その者が、いかに重病であっても重度の障害であっても、その者は人間であるし、決して〈植物〉にも〈動物〉にもならない」と述べている。

(ここでの人間中心主義が気になるが、「人間」のなかの色分けは断固拒否しているので、とりあえず納得することにする。ぼくにも、人間も動物も植物もすべて同じく〈生き物〉であるという厭膿的な自覚はあるが、一方で、人間は動物や植物のおかげで生きているという、ご都合主義的なリアリティを凝視続けるほかないと思っている。)

(5)水分・栄養補給の中止は「不作為による安楽死」

そして、「詔勅」は、「医師、医療関係者、社会、そして、カトリック教会は、これらの人々に対して、職業的倫理と人間的・キリスト教的連帯を低下させることなく、自ら免れることのない道義的義務を負っている」と宣言して、「回復か自然な終焉かを待っている植物状態にある病人は、〈栄養、水分、衛生、適温など〉といった、健康に関する基本的ケアを受ける権利、そして、ベッドへの拘束に伴って生じがちな合併症を防止する権利を持っている。さらには、究極の回復を示す臨床的兆候のために見守られる権利を有しているのだ」と喚起している。

ところで、「詔勅」は、「いかに人工的なやり方であるにしても、水分と食物の提供は、医学的行為ではなくて、生命を維持する当然な行為である」と強調し、「そのことは、原則として、通常で釣り合いの取れたことと考えられるべきなのである」としている。

すなわち、「植物状態が一年を越えて続いていても、回復の希望が後退していく可能性を認めても、栄養・水分の補給を含む最低限のケアを中止することは倫理的に正当化されえない。飢餓と水分欠如によってもたらされる死は、そのことの結果なのであるから〈不作為による安楽死〉と言わざるをえない」、「このような行為は、故意であって、道徳的に受け入れがたい殺人であるので、どんな場合でも、神の掟を破ることになる」と厳しく説いている。

この点、アメリカ医師会は、70年代後期から、終末期医療における水分・栄養の補給は「医療行為」であるとしてきたが、90年代に入るや、連邦最高裁判所は、これを受けて、従って、「本人の意思に反する医療行為(この場合、水分・栄養の補給)を拒否する権利がある」ということを認めている(ナンシー・ベス・クルーザンの場合)(3)。とすれば、「詔勅」は、アメリカの医療と司法に対して、一石を投じたことになる。

加えて、(「詔勅」によると)栄養・水分の補給を含む最低限のケアは、〈普遍的原理〉と呼ばれるのだが、「詔勅」は、例えば、厭世、孤絶、貧困などで、心理的、社会的、経済的に「生きられない、死なざるをえない」状況が生じて、「生きているのに値しない状況」に直面させられることがあったとしても、その場合でも、この〈普遍的原理〉が優先すると頑なに主張している。これは、宗教的信念と言ってもいいのかもしれないが、この主張は、このことを一旦認めると、このことが、「社会的諸関係の中に、差別的で優生思想的な原理を導入することになる」という厳しい現実認識を示している。

「尊厳死・安楽死」を批判する者たちの間でも、追い込まれた身体的・心理的・社会的・経済的状況のゆえに、「尊厳死・安楽死」を求めてしまうのだから、そのような〈追い込んでいく状況〉の改革・改善こそが必要であるとして、結果的に、いま、ここの「尊厳死・安楽死」には許容的になる発言が聞かれることがあるが、そのことは、間違いであると「詔勅」はリアルに気づかせてくれる。

(6)「可能な限り治療する、必ずケアする」の原則

さらに「詔勅」は、「権威ある幾つもの研究によって示されていることだが、栄養・水分補給の中止は、自律神経系のレベルまたは体の動きのレベルからしか観察されえないことであるとしても、病人にとってはかなりの苦痛の源になる可能性を排除できない。また、これらの患者は、コミュニケーションや刺激に対する反応について基本的な形態を持続させているのである」と述べている。

「詔勅」は、栄養・水分の中止は、飢えと渇きをもたらし、それは「かなりの苦痛の源になる可能性」があると指摘しているが、これは余り言われてこなかったことである。それどころか、(栄養・水分の中止を含む)「延命医療の中止」こそが「尊厳死(現在の日本)・自然死(かつてのアメリカ)」と言われてきたのだが、ぼく

は、このように「死なせていく医療」こそが残酷であると前々から思ってきたので、この「詔勅」には、我が意を得たりの感がしている。

もっとも、アメリカでは、栄養・水分の補給を中止して「死なす医療」は、その残酷さを承知していて、麻酔をかけた状態にして、このときを過ごさせてしまうというのである。「飢えも渇きも」ともに進行するなかで、そのことを麻痺させながら、「餓死させていく」行為こそがいよいよ道義的・倫理的に残酷であると指摘しておかなくてはならない。

ところで、「かなりの苦痛」をもたらすので、それはいけないということであるならば、既に述べたように麻酔状態にすればいいし、「積極的安楽死(慈悲殺)」のほうがまだましという意見も出てきかねないのであるが、「詔勅」は、このことに抗して、「その者が、いかに重病であっても重度の障害があっても、その者は人間である」として、「栄養・水分の補給など最低限のケアは、宗教的・倫理的な普遍的原理である」と述べて、その中止は、「不作為による安楽死」であると断じて、〈消極的〉〈積極的〉いずれも問わずに〈安楽死〉を神学的・原理的に否定している。

この確認に立って、詔勅は、「水分と栄養の補給を中止させる圧力に抵抗して、積極的な行為を推進することが必要なのである」と鼓舞し、「まずは、愛すべき家族の一員のこの恐るべき状態によって打ちのめされている家族の者たちを援助することが必要である」と論している。

そのために、「専門化された治療とリハビリテーションのプログラムを持ったセンターのネットワークを創ること」「患者が家に戻ってきたときの経済的・人的援助と、そのための便宜を提供できる諸施設を設立すること」などを提案している。

そのなかで、医療関係者、ボランティア、教会関係者の役割を述べているが、特に、医学・医療の関係者に対しては、「〈可能な限り治療すること、そして、必ずケアすること〉という原則を大事に守るように」と勧告している。ここには、「死の自己決定権」が成立する余地がないし、既述の「尊厳死法案」が成立する論拠がない。

II. 厚労省「報告」を読む

(1)今回は高齢者に着目して

さて次に、厚生労働省が発表した「終末期医療に関する調査等検討会報告書～今後の終末期医療の在り方について」(2004.6、以下、「報告」)を読んでいこう。

この「終末期医療の在り方」については、1987年以来、3回にわたって報告書がまとめられている。今回で4回目だが、第2回(93年)と第3回(98年)には、大規模な意識調査が行われている。今回もそうだが、今回の意識調査の軸は、「終末期医療の在り方(特に、延命医療の不開始・中止)」が、人々の間で、どのように受けとめられているかを探ろうとしている。

調査対象には、前回通りの「一般国民」(調査人数5000人、回収率 51.6%)、「医師」(3147人、43.3%)、「看護職員」(3647人、49.1%)の他に、新たに「介護老人福祉施設の介護職員」(2000人、62.7%)が加えられている。今回は、「不治で末期の、癌などの患者」「持続的な植物状態の者」に加えて、「脳血管障害や痴呆等で死を迎える高齢者」に関わる項目についても意識調査をしたいと考えたからである。

つまり、医療・介護する側から、彼らの患者、被介護者の扱い方を考えさせているのだが、このことは「一般国民」に関しても同様に言える。彼らは、老若男女いろいろだろうが、そのなかに、上に述べたような患者たちがいるとは考えにくい。また、回答が目立つほどに出鱈目だったり、無回答が多かったりしているアンケート用紙は、データ処理の対象から外されるだろうから、表現されてくる結果は「健常者(既述の「尊厳死に関する要綱法案」の用語を使えば、「15歳以上の意思能力のある者」)」の意識、態度なのである。

(2)「報告」は「延命治療の中止」に焦点化している

「報告」では、「自分が痛みを伴う末期状態」になった場合、どうしたいかということを、「痛みをはじめとしたあらゆる苦痛を和らげることに重点をおく方法」(緩和医療)、人工呼吸器などの「心肺蘇生措置の停止」(単なる延命医療の中止)、そして「あらゆる苦痛から

解放され安楽になるために医師によって積極的な方法で生命を短縮させるような方法」(積極的安楽死)の三段階に分けて訊ねている。

なお、「末期状態」は、「余命1ヶ月程度」と「6ヶ月」に分けているが、この区別がどのように可能なのか疑問である。体験的に言えば、医師によって予測された「余命」は大抵外れるし、予測期間よりも長くなる傾向がある。つまり、「余命が短い」と宣告された時点からの医療を「末期医療」と呼ぶのだが、その前提があやふやである。とすると、「末期医療」は、「延命医療の不開始・中止(以下、延命医療の中止)」に収斂していくのに都合のよいように設定された概念装置に過ぎない。

全体として、「緩和医療」への期待が高まっている様子(一般国民59%～医師84%)だが、一方で、大半の者たちは、「末期状態」と予測されてしまえば、「余命」が1ヶ月であれ6ヶ月であれ、「心肺蘇生装置」は「単なる延命医療」だから中止してかまわないと考えているようである(余命1ヶ月の場合、一般国民70%～医師90%、6ヶ月の場合、一般国民74%～看護87%)。一方、「積極的安楽死」については、大半の者は希望していない(看護2%～一般国民14%)。

また、「自分が治る見込みのないと診断された持続的植物状態」の患者であると考えた場合、「単なる延命医療」はやめたほうがよい、やめるべきと答えた者が、いずれの立場、職域でも多くなる(一般国民80%～看護87%)。

つまり、「痛みを伴う末期状態」、「持続的植物状態」いずれに対しても、医療・介護する側、「一般国民」だれもが、「積極的安楽死」には否定的でありつつも、一方で「消極的安楽死」つまり「尊厳死」であればよいではないかと考えているようである。

思うに、これらの意識、態度は、よってたかって、いま、ここで、現実にそのような状態にある者たちに対して向けられていくことになる。厚労省は、「単なる延命医療」を「生存期間の延長のみを目的になされる医療」と定義しているが、とすると、ひとは、重症、重度障害のまま、治療や教育の見込みがないとみなされて生きつづけることは許されないことになる。この表現の優生思想性に気づいておかなくてはならない。

(3)リヴィング・ウイルの社会的合意は未成立だけれど

そのなかで、登場してくるのが「リヴィング・ウイル」(書面による生前の意思表示)である。「報告」は、「生前の」と言っているが、とすると、「末期状態」や「持続的植物状態」は早くも「死後」となるが、さすが、そこまで言わないとしても、「死んだも同然な状態」と見なしているから、このような表現が無神経に使われるのである。

調査は、「リヴィング・ウイル」に賛成するかどうかを聞いているが、「一般国民」のところで、前回調査と比べて、やっと過半数になっている(48%→59%)。一方、医療・介護する側の4分の3は、このことに賛成している。これは、医療・介護する側の都合上、期待されているものであることが示唆される。

しかし、そのような法制化に賛成する者は、前回調査結果よりも下回り、職域、立場を越えて、半数以下になっている(一般国民49%→37%～医師55%→48%)。

「尊厳死」の合法化を推進している側から言えば、その手続き上、「リヴィング・ウイル」の「社会的合意」は必須条件なのだが、ここで足踏みさせられている。「リヴィング・ウイル」は胡散臭いし怖いと思っている人がかなりいるし、増えているということである。

こうして、「報告」は、その法制化に「国民の多数の賛成は得られていない」と認めているが、それでは困るのである。そこで、「書面化」までは賛成しないが、「本人意思を尊重する」ことには賛成する者を含めて、「リヴィング・ウイル」的考え方に賛成する者を一挙に膨れ上がらせるという操作をしている(一般国民84%～看護89%)。

そして、「報告」は、現状では、「何らかの形で自己の終末期医療について意思を表明した場合、その人の意向は尊重される」という考え方が「社会の大きな流れ」になって、それが「医療現場に定着していく」ことを期待する。「終末期医療」を「単なる延命医療」とみなして中止できる手立てとその「社会的合意」をなんとか

獲得したいという、おぞましい遠謀が垣間見える文章である。

そのおぞましさは、「書面のみによる方法に限定した場合、書面による意思確認が出来なければ、逆に、一律に延命医療を進めるおそれもある」と言うとき、その正体を現すのだが、「延命医療の中止」こそが至上課題として求められていることを示唆している。そのため、現状においては、「書面を含めて様々な形式」と「意思確認を繰り返すこと」が必要であるとしながら、「延命医療の中止」の合理的段取りを探っている。

(4)「延命医療の中止」は家族に妨害されているという認識

「報告」は、「代理人による意思表示」に関心を寄せ、「代理人として配偶者を挙げる者が多い」ことを認めている(一般国民、介護それぞれ63%～医師73%)。そして、この扱いについては、「一律に機械的に扱うのではなく、慎重に判断する必要がある」と、意味深に言及している。

つまり、「痛みを伴う末期状態」と「治る見込みがないと診断された持続的植物状態」に着目して、「自分の場合」と「家族の場合」にわけて、「単なる延命医療をやめるべきかどうか」を聞いているが、「痛みを伴う末期状態」のとき、「一般国民」は、自分の場合でも、五分の一(21%)しか同意していないが、これが、家族の場合になると、なおのこと、とても同意している様子がない(12%)。「持続的植物状態」になると、自分の場合、33%、家族の場合、15%で、「単なる延命医療の中止」に対してやや寛大になるが、それでも、簡単には同意していない様子がうかがえる。人びとは、「持続的植物状態」を、いくら「治る見込みのない」と強調しても、また、「延命医療」を「単なる」と形容したとしても、その中止に対しては、そう簡単にゴー・サインを送っていないことは明らかである。

「報告」は、「患者本人は、早くから解放してほしいが、家族の単なる延命医療の継続を選択する傾向があるということを示しており、患者本人の意思と家族のそれが必ずしも一致しない」と記しているが、患者本人の意思を尊重しない、身勝手な家族の意向という形で問題化している。さらに、データを何ら示すことなく、わざわざ「高齢者医療では、家族の意向が中心になり、患者本人の意思が二次的なものとなっているという指摘がある」と記している。それが、「医療現場での葛藤を生み出している」と述べて、「延命医療の中止」という事態が「家族の意向」によって妨害されている、と嘆いている様子である。

(5)医師の裁量の強調と「一般国民」への啓蒙

こうして、「報告」は、既に見たように、「リヴィング・ウイル」の法制化に関しても、また、「痛みを伴う末期患者」「持続的植物状態の者」「脳血管障害や痴呆等の高齢者」のいずれの状態に対しても「延命医療」は単なる、無駄なものだから中止すべきであるということに関しても、「社会的合意」を得ることが出来なかったことを認めている。

そこで「報告」は、「終末期における望ましい医療の内容」に加えて、「いかなる手続に従って医療の不開始・中止の是非を決定すべきか」は「医師の裁量」に属すると強調して、そのためのガイドライン作成を、医療関係諸機関に勧告している。

それにしても、「患者本人の意思、家族の意向」の確認は、避けられない課題としてあるので、その確認の仕方に関する「臨床における明確なルール」作りが求められるとし、それも医療関係者にゆだねていく。そして「国民の理解を得る努力」を求めている。

こうして、「一般国民」は、「単なる、無駄な延命医療の中止」を認めることを求められながら、そのための啓蒙、説得の対象としていよいよ位置づけられていくのである。

(6)痴呆等の高齢者対策は遠回りになっているけれど

実は、今回の調査でも、脳血管障害や痴呆等になった高齢者に対する「延命医療の中止」に関しては、正面から問われることがなかった。

その代わり、「調査」は、そのようになった場合、どこで療養するのが望ましいかを聞いているが、「一般国民」は、病院、老人ホーム、自宅の順で、その場所を指摘している(各々38%、25%、23%)。それに対し

て、医療・介護する側は、まずは自宅で、と述べる者が多い(医師49%、看護41%、介護38%)。

「一般国民」は、「自宅では家族の介護などの負担が大きい」、「自宅では緊急時に家族に迷惑をかけるかもしれない」と考えがちである(84%)。「一般国民」と言えども、ここで回答している者たちは、「脳血管障害や痴呆等になった高齢者」ではない。彼らの大半の意識、態度は、自分の場合に仮託しつつも、回答時点では、まずは介護する立場を想定したものであることを想像しなくてはならない。とすると、実際の、そのような高齢者は、家族と医療機関・福祉施設とのはざまで、居心地悪く暮らさなくてはならないことになる。この文脈で、「延命医療の中止」の勧めがあぶりだされてくる。

(7)「延命医療の中止」の補完としての緩和ケアと精神的ケア

すでに見たように、「報告」は、「単なる延命医療の中止」を課題化していることは明らかだが、既に触れたが、「単なる云々」とは、「生存期間の延長のみを目的になされる医療」のことであって、そこには「無意味な生」があり、それは認められないということになっている。このことについては、本論において折々に批判的に言及してきたが、そこには、優生思想があり、今日的に言えば、QOL思想がある。

ところで、「単なる延命医療の中止」に先んじて、そして後追いして提言されていることがある。それらは「在宅終末期医療が行える体制づくり」「緩和ケア病棟の設置と拡充」「家族、家族への相談体制の充実」である。「詔勅」においては、これらは、「延命医療の中止」の禁止とセットになって勧告されているが、ここでは、その補完、補充の位置になっている。一言で言えば、この提言は、「緩和ケア」と「精神的ケア」であり、心身の苦痛に対する配慮である。心身の苦痛を回避しながら、安らかに「死なせる医療」としての段取りであると思われてくる。日本で「尊厳死」と強調される事情が、この段取りの中に含まれている。そこにも「無意味な生」という捉え方が通底していることを忘れてはならない。

おわりに〜「人間は人間である」にこだわって

ところで、「報告」の「おわりに」では、「がんで亡くなる人は国民の30%程度であり、高齢化が今後急速に進んでいくと、がん以外に高齢になって身体が衰弱して、長期に療養生活を送った後に亡くなる人が急激に増えていくものと思われる。従って、今後は、このような人も想定した終末医療の在り方も合わせ考えて議論、討論していくことが必要である。また、終末期医療には、がん、持続的植物状態の患者、高齢者以外にも様々な課題があり、将来的には、小児や神経難病の終末期医療の在り方を含め幅広く検討が行われる必要がある」と述べている。

ここで、いよいよ本音が語られているが、「終末期の医療の在り方」は、「生きるに値しない生命」とされた者たちを総なめする勢いで、該当する者たちを拡大して、彼らを生かし続けることは無駄であるという観点に立って、結局「単なる延命医療の中止」(死なす医療)に収斂したがっている。その手始めの対象が、がん患者を筆頭とする「痛みを伴う、末期患者」、「持続的植物状態の者」、「老人性痴呆などの高齢者」である。

「尊厳死」の立法化が、今、スケジュール化されている。とはいえ、「報告」は、そのことに「社会的合意」を与えることに成功したとは言えない。

しかしながら、その立法化は、少子・高齢化社会が進行し、増大する福祉・医療経済のなかで、緊急課題になっている。「報告」は、そのことに急いでいる醜悪な意図を露呈して終わっている。

最後に、本論前半で紹介した「私(法王)は、その者の状態がどんなであっても、人間存在の本質的価値と人格的尊厳は不変であると強く再確認する義務を感じている。その者が、いかに重病であっても重度の障害であっても、その者は人間である」という、ジョン・パウロ二世の律儀な言葉を再度想起しながら、重ねて「尊厳死」の立法化に反対する立場を表明する。

追記

本テーマについてはすでに、筆者が、脳死・臓器移植に反対する市民会議主催の学習会「尊厳死法制化の動きとその批判」で発題したが、『ゆきわたり』第360号(2004.11　子供問題研究会発行)にその報告をした。本拙論は、それに加筆修正して、再構成したものである。

本論作成にあたっては、今夏(2004年8月)訪問した秋葉聰さん(アメリカ・ヴァージニア州)から、滞米中およびその後に受けた関連情報と助言・示唆が、大きく寄与している。そのことを記して、感謝を表したい。(2004/11/30)

(しのはら むつはる　和光大学人間関係学部)

引用・参照文献

(1)篠原睦治『脳死・臓器移植、何が問題か』現代書館 2001年11月 pp345～348

(2)大谷いずみ「『尊厳死』言説の誕生」『現代思想』32巻14号 青土社 2004年11月 pp142～152

(3)グレゴリー・E・ペンス『医療倫理1』みすず書房 2000年3月 pp41～149

(4)生命倫理と法編集委員会編『資料集　生命倫理と法』太陽出版 2003年2月 pp391～394

(5)上記(1) pp216～257

(6)秋葉聰「『死の権利協会世界連合』第15回大会に抗議する『脳死・臓器移植に反対する市民会議』声明の英訳作業に関わりながら、考えたこと」『ゆきわたり』359号 2004年10月 pp11～14

(7)Address of John Paul Ⅱ; TO THE PARTICIPANTS IN THE INTERNATIONAL CONGRESS ON "LIFE-SUSTAINING TREATMENTS AND VEGETATIVE STATE: SCIENTIFIC ADVANCES AND ETHICAL DILEMMAS" http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2004/march/documents/hf_jp-ii_spe_20040320_congress-fiamc_en.html

不登校の子どもはどのように医療を経験しているのか
―不登校と医療についての全国調査から―

朝倉景樹・中村国生
須永祐慈・奥地圭子

問題

1990年代にそれ以前病視されていた不登校が、当事者や市民の運動により1992年の文部省の「誰にでも起こりえる不登校」という認識転換に表れているように、病視されないようになってきていた。しかし、1990年代後半から、東京シューレ(1)に来る子どもの中に、それ以前なら病院に行かなかったのではというような状態で医療にかかっている子どもが増えてくるようになってきていた。同様の話は、全国各地の親の会の世話人たちやフリースクールのスタッフたちなどから頻繁に聞かれるようになった。

そこで、どのように不登校の子どもたちは医療を経験しているのか、経験した子どもたちは医療の経験をどのように感じているのか、考えているのかを知り、過剰医療があるのではないか、どのように過剰医療があるのか、そのような状況を踏まえ今後どのように医療とかかわっていけばいいのかを考えようとした。その問題意識からこの調査を企画し、2001年5月にNPO東京シューレの一部門であるシューレ大学の不登校研究会が不登校の子どもたちがどのように医療を経験したのかについての全国調査を行った。調査に当たっては、登校拒否を考える全国ネットワークと全国不登校新聞社の協力を得た。(2)

Ⅰ. 調査方法

この調査は、不登校を理由に医療にかかったことのある子どもとその親を対象に、子ども用、親用の2種類の調査票を作り、各地の親の会、フリースクール中心に調査票を配布した(以下、子どもを対象とした調査を子ども調査、親を対象とした調査を親調査と呼ぶ)。また、『不登校新聞(現FONTE)』を通じて調査協力者も募った。調査した項目は、不登校の開始時期・期間、不登校に関して関わった機関・相談した相手、不登校についての考え方、受診のきっかけ、検査、診断、投薬、入院経験、医師との信頼関係などについてなどであった。子ども用調査票は120票、親用調査票は221票回収があり、そのうち有効票は子ども用で90票、親用で180票であった(不登校について医療を経験していない人の票やほとんど記入されていないなどの票を無効票とした)。上記のような調査票の配布方法をとったので、回収率は計算していない。

不登校を子どもの頃に経験した調査協力者の年齢は9歳から30代までと幅が広かったが、最も多かったのは15歳から17歳までの年齢だった。親の調査協力者の子どもの年齢もほぼ同様の傾向を示しており、15歳から17歳までの年齢が最も多かった。

Ⅱ. 調査結果

診断名

不登校を理由に受診したのは、子ども調査では小児科(42.2%)が最も多く、次いで精神科(35.6%)、神経科(25.6%)、心療内科(24.4%)となっており、子ども専門の看板を掲げている児童精神科は14.4%にとどまった。親調査でも同様の傾向が見られるが、心療内科、児童精神科が子ども調査より数が増えている。

医療機関での診断名は、子ども調査ではほぼ同じ数で自律神経失調症(20.0%)、不登校(18.9%)、異常なし(18.9%)、不安神経症(18.9%)が多かった(図1)。親調査では不登校(21.7%)、異常なし(19.4%)が多く、不安神経症(12.8%)と自律神経失調症(11.1%)が

それに次いだ。

不登校という診断が多い結果になった。しかし、子どもや親への伝え方はさまざまで、「病気ではありません。不登校ですよ」というものから、不登校なので入院をさせられたというケースまで開きがある。また、複数の医療機関で受診しており、そこで違った診断名を言われている人も多かった。不登校についての医師の認識には大きなばらつきがあり、受診する側からは混乱する状況もある。

	親【N=180】	子ども【N=90】
うつ病、そううつ病	16.7%	10.0%
不安神経症	18.9%	12.8%
異常なし	18.9%	19.4%
不登校	18.9%	21.7%
自律神経失調症	20.0%	11.1%

図1　医療機関での診断名

受診のきっかけ

子どもに受診を決めたきっかけを問うと(図2)、「親にすすめられて」67.8%が他の理由に対し群を抜いて多かった。「自分で病院に行きたいと思った」は28.9%で、前述の病気認識とはほぼ一致する。ここでは、親の判断やすすめが最大のきっかけとなっている点に注目しておきたい。

では、親は子どものどのような状態を見て、医療にかかることを子どもに勧めているのだろうか。受診前の子どもの状態を問うた親調査結果(図3,次ページ)では、1位「腹痛」46.7%、2位「不眠」41.7%といった身体症状が4割を超えた。3位以降続くのは無気力38.9%、頭痛37.2%、昼夜逆転37.2%、ひきこもり32.2%である。身体症状があって医療にかかるのは自然なことであるが、無気力、昼夜逆転、ひきこもりといった病気や症状とは言えないものが上位に入ってきている。これらは、不登校に絡んで周囲のプレッシャーや無理解から子どもが示す生活のスタイルと捉えるべきものである。それが受診につながっていることは、問題点として注目すべきである。

以上、病気認識がないのに医療にかかるケースが多い事実、子ども本人よりも親の判断が受診への契機となっている事実、病気や症状ばかりではなく生活スタイルが医療と結び付けられて捉えられているという事実は、治療者サイドからの不登校＝治療対象化ばかりでなく、当事者サイドからのアプローチが過剰医療を誘発する背景となっていることを示している。特に、親の不登校理解の重要性が指摘できる。

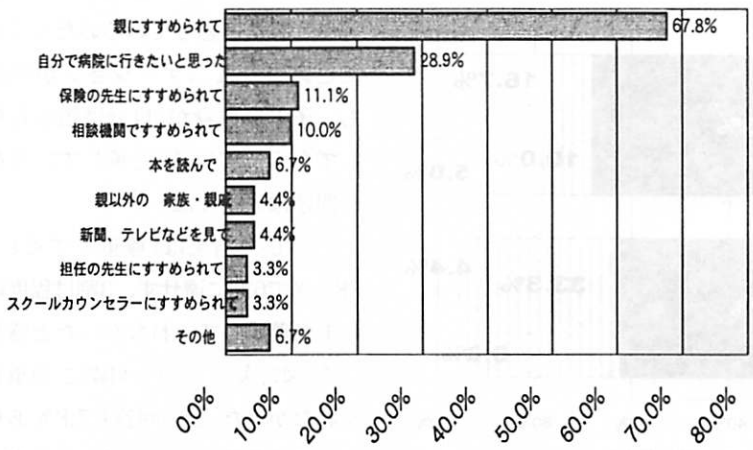
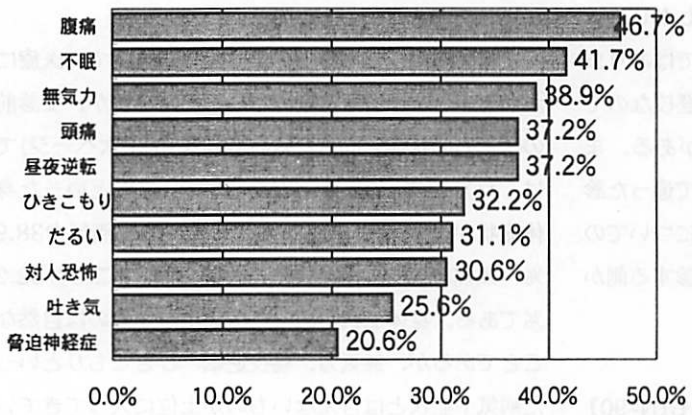


図2 受診のきっかけ

受診をめぐる親子のコミュニケーション

子どもが医療にかかるとき、親の関わりが大きな影響をもっていることが明らかになったが、親子のコミュニケーションは十分に取れているのだろうか。受診前の親子の話し合いの有無を調べたところ(図4,次ページ)、子どもの36.7%が「なかった」と高い割合で回答した。一方、親では「なかった」21.1%で、子どもとは15%もの開きがある。親



● 図3　親から見た子どもの状態[親 N=180複数回答]

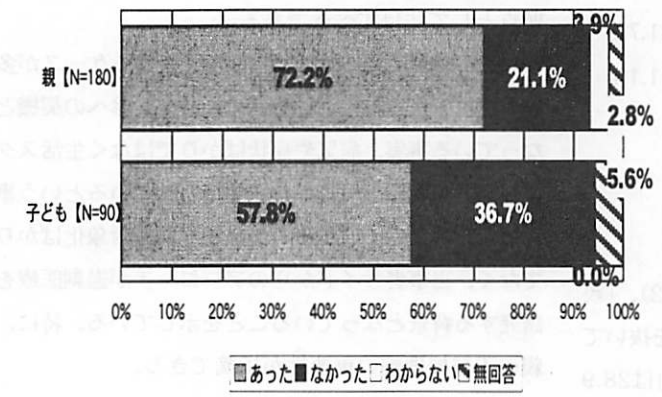


図4　受診をめぐる親子のコミュニケーション

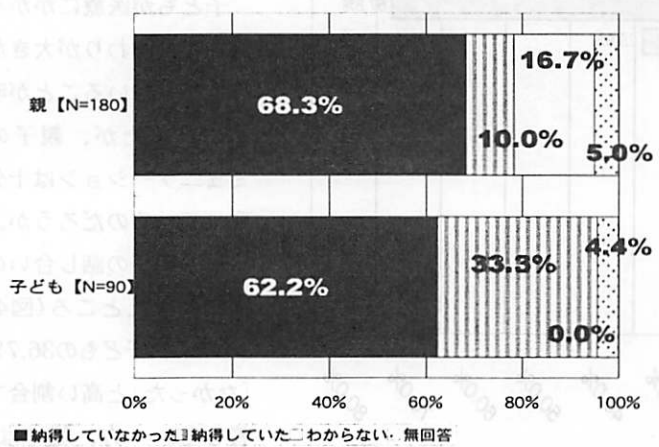


図5　受診についての子どもの納得

よ話し合ったつもりだが、子どもはそう思っていないという「親子のズレ」があることを示している。

次に、受診について子どもは納得していたかを問うた結果では(図5)、子どもの33.3%が「納得していなかった」と回答した。3分の1の子ども本人が納得しないまま受診している事実は重大な問題である。親では「納得していなかった」10.0%、「わからない」16.7%で、あわせて26.7%が子どもの納得を確認していない。ここでも、親子のズレが出てきている。

子どもが納得していたかどうかの結果を、親子の話し合いの有無でクロス集計すると、両者が関係していることが明確になった(図6,次ページ)。受診に納得していた子どもの割合は、話し合いがあったケースで78.8%、話し合いがないと42.4%に落ちている。これほど大きな違いとなって出てくる点に留意したい。

このように、この調査から、親子のコミュニケーションが不十分である事実が浮かび上がってきたが、医療に関して、子どもは自身はどの程度親から尊重されたと思っているのだろうか。たとえコミュニケーションが希薄でも、子ども自身が「自分は親から尊重してもらっている」と感じているならば問題は大きくない。

しかし、結果は「尊重してくれた」58.9%で6割に達せず、3割は程度の差はあれ尊重してくれなかったと感じている(図7,次ページ)。明確に「尊重してくれなかった」との回答も7.8%あり、不本意で受診している子どもの姿が目に浮かんでくる。

以上の結果から、医療にかかること

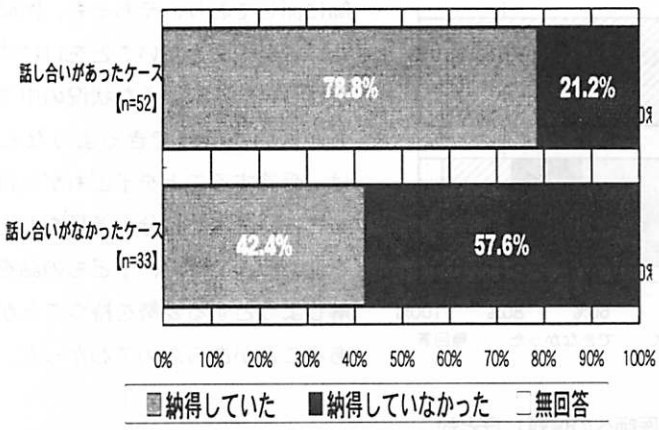


図6　親子の話し合いと受診についての納得（子ども）

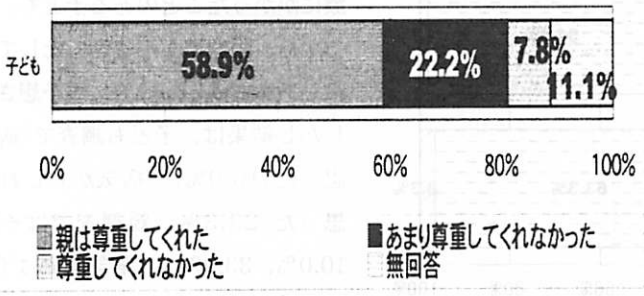


図7 子どもは親から尊重されているか
（子どもN＝90）

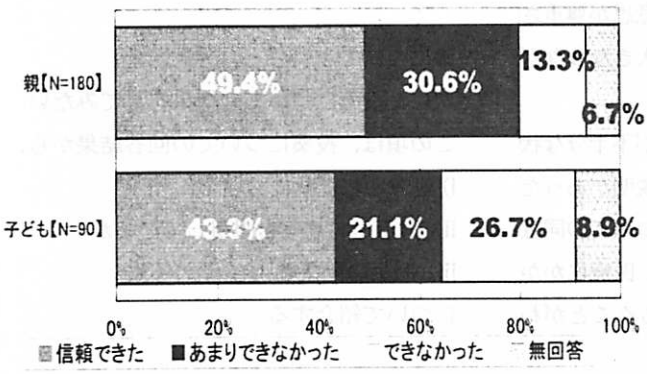


図8 医師への信頼

にとってとても重要なことであるが、「医師に何でも言ったり聞いたりできたか」という質問に51.1％の子どもが「できなかった」「あまりできなかった」と答えている。同じ質問に対して親では「できなかった」「あまりできなかった」と答えているのは39.4％であることを踏まえると、患者とされている子どもは、その親の立場とは自分が当事者であるということ、子どもであるということで違いがあり、医師に対して親よりずっと威圧感などの話しづらさを感じていると推測できる。

この結果と同様の傾向を示したのが医師への信頼について直接聞いた質問だ(図8)。子ども調査では、医師を「信頼できなかった」「あまり信頼できなかった」とする回答が47.8％であったのに対し、「信頼できた」は43.3％と少なくなっている。大変憂慮すべき結果となった。親は、49.9％が「信頼できた」と答えており、「信頼できなかった」「あまり信頼できなかった」の43.9％より多くなっていた。親が医師を信頼していても必ずしも子どもは医師を信頼しているとは限らないのである。

では、どのようなことが信頼関係を左右しているのであろうか。図9(次ページ)は、子どもが受診することを納得しているかどうかと医師を信頼しているかどうかについてのクロス集計の結果である。受診を納得している子どもは62.5％が医師を信頼しているのに対し、受診を納得しないで受診し

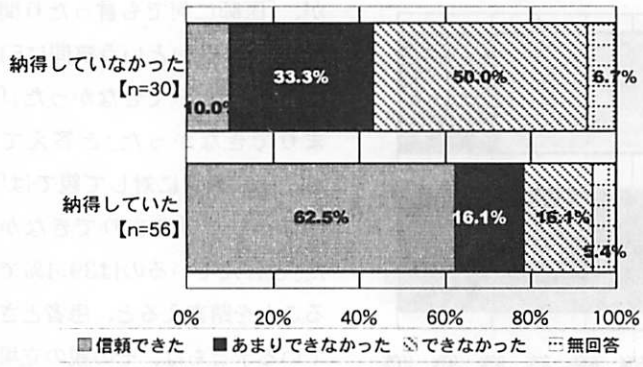


図9 「受診について納得」と「医師への信頼」(子ども)

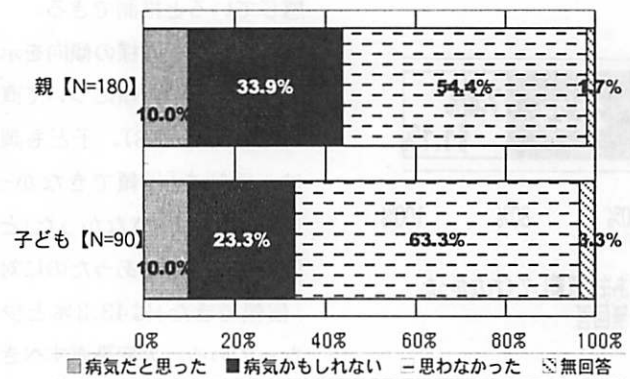


図10 不登校の病気認識

た子どもは10.0%しか医師を信頼していない。そもそも医療にかかることについて子どもの意思が尊重されているかどうかが、医師への信頼にも大きなつながりを持っていることがわかる。

また、医師による治療についての説明が不十分な状態にあることもわかった。子どもに直接説明があったのは、48.9%にとどまった。診療方針についての同意を確認されるようなことはほとんどなく、医療にかかる側の権利が保障されていない状況があることがわかった。

以上の結果から、医師への信頼は低く、特に子ども本人の信頼が得られていないと言えるのではないだろうか。受診する子どもは、そもそも患者として、また権威ある大人の前に座らせられる形で医師に面しており、そもそも、医師に話したいことや聞きたいことを口にすることが難しい。そのような状況の中で、子どもが医師を信頼できるようなるためには、受診することを子どもが納得していること、医者が自分の予見をもとに診療を進めるのでなく、子どもの話を聞き理解しようとする姿勢を持つことが大切であることがあらためてわかった。

不登校の病気認識

不登校を始めたとき、不登校を病気だと思ったかどうかを問うた結果が図10である。本調査対象者は不登校を理由に医療にかかったことのある子ども、親であるから、医療にかかる動機として病気認識があるものと一般的には予想される。しかし結果は、子ども調査で「病気だと思った」10.0%、「病気かもしれないと思った」23.3%、親調査ではそれぞれ10.0%、33.9%で、病気認識は子どもで3割強、親で4割強であった。子ども本人よりも親の方がやや病気と考える傾向が強い点に特徴があるが、そもそも、半数以上が病気認識がないのに医療機関にかかっているという事実に注目すべきであろう。

投薬について

次に、投薬についての結果を見てみたい。

この項は、投薬についての回答結果から、

i) 処方された薬について

ii) 指示どおり薬を服用しているか

iii) 服用の効果および薬の不安

について紹介する。

i) 薬の種類

処方された薬についてであるが、不登校で医療に関わった子どもたちが、どんな薬を処方されたのかを自

由記述にて聞いた。すると第1位が精神安定剤、第2位が睡眠薬・睡眠導入剤、第3位が抗不安剤、第4位が抗うつ剤の順に多く処方されていることがわかった。他にもさまざまな種類の薬が出されていることが記述から見られるが、そのほとんどが向精神薬に分類される薬が処方されているということになっている。処方されている薬の製品名から数えると、約70銘柄の薬が処方されていることがわかった。

多く出された薬の主な名前は、子どもアンケートについては「ドグマチール」「ソラナックス」「ワイパックス」「レキソタン」「メラトニン」「マイスリー」「ハルシオン」「トリプタノール」などで、親のアンケートからは「アナフラニール」「デパス」「ソラナックス」「デプロメール」「ドグマチール」「セレネース」「レンドルミン」などである。

上記の処方の結果を踏まえて、どのような「診断結果」から処方が行われているのかについて、その関係を見てみた。すると、子どもアンケートでの「診断結果」が「異常なし」もしくは「不登校」のみと回答があったにもかかわらず、「処方」が行われていた例が15例

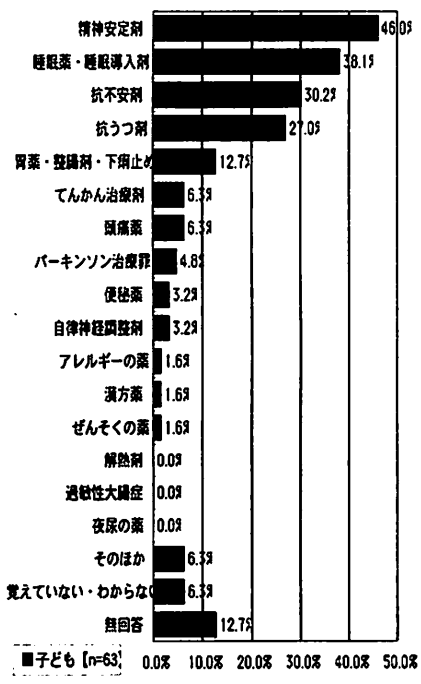


図11　処方された薬

中6例あることがわかった。

その二つの診断結果からどのような薬が処方されているのか。詳しく見ていくと、診断結果が「不登校」だった人には不眠症に関する薬が処方されており、また「異常なし」とされた人については「精神安定剤」「抑うつ剤、精神安定剤、整腸剤、胃薬」「かぜ薬、抗生物質」「睡眠薬、安定剤」が出されているケースがあることがわかった。

では服用してからの子どもたちはどのようなことを感じているのか、以下に書かれた自由記述を紹介したい(カッコ内の薬の表記は記述されたままのもの)。

「逆に飲まないと眠れなくなる(睡眠薬)」「違和感、不自然(睡眠薬、安定剤)」「あまり効果がなかった、薬を飲むとボーっとする(精神安定剤)」「あまり効果がなかった、ほとんどなかった。(かぜ薬、抗生物質)」「心が沈んでいるのは変わらない、でもゆったりした気持ち(抗うつ剤、精神安定剤、整腸剤、胃薬)」などの回答が寄せられた。

これらのケースを見ていくと、「不登校」「異常なし」という診断結果にも関わらず、向精神薬などの薬の処方がされており、さらに、薬に対して、あまり効果を感じなかったり、副作用を感じる人もいて、決して楽になっているとは言い切れない様子がうかがえる。また、実際に指示どおりに服用しなかったという例も6例中4例みられた。

当事者の声を通して見てみると、なぜ「不登校」「異常なし」と診断されたにもかかわらず薬が処方されていたのか、薬以外の方法はなかったのか、疑問のわいてくる結果である。

ii) 服用状況

次に「指示どおり薬を服用しているか」の回答を見ていく。薬を指示どおり服用した割合は子どもで60.3%、親では60.8%に過ぎない結果となっている。さらに、「指示どおりに薬を服用しているか」と「受診についての納得」との関係を見てみると、指示どおりに薬を服用していない人については、「受診について納得」した人よりも「納得していない」人の割合が高くなっている結果がわかった。受診について納得していないほ

うが、薬に対しての抵抗感がより強いのではないかと考える。

iii) 薬に対する評価と不安

薬に対する評価についてはどうか。子ども、親それぞれが、薬の効果をどのように感じているのかについて見てみると、「薬の効果」について「効いた」などのプラスにとらえられるものは、子どもアンケートで63人のうち18人となっている。また、「効かなかった、体調が悪くなった」などマイナスととらえられるものは、63人中10人、どちらともいえないと思われるのは63人中26人となっていた。

	子ども【N=63】	親【N=120】
プラスの評価	18人	45人
マイナスの評価	10人	17人
どちらともいえない	26人	38人
その他	4人	15人
無回答	5人	5人

表2　薬に対する評価

この回答の自由記述の傾向を見てみると、プラスと思われる回答が親に多く見られるのに対して、マイナスと思われる回答とどちらともいえないと思われる回答には、子どもの割合が高いという違いが見られ、子どものほうが薬に対しての効果を感じられず、親はそれに対して違う印象を抱いているという傾向にあった。実際に処方されて飲んでいるのは、当事者である子どもであるから、本人の感じていることと、本人の様子を見た親の感想の開きが、ここに現れている。

マイナスと思われる回答からの具体的な記述を見ていくと、副作用の症状に苦しんだという声が多くあがっていることは、注目しておく必要がある。

次に、「服用に対する不安」について見ていきたい。子どもでは61.9%、親では80.0%が、何らかの不安を抱えているということになる。さらに効果の回答とは違い、親のほうが子どもよりも不安が大きいことがわかった。全体的に見ると、子どもと親どちらも、不安を抱えている割合は非常に高い結果となっている。

では、どのような不安があるのか。不安を抱えている回答から、分類の中で多いものをあげていくと、「副作用の不安」「依存に対する不安」「相性・効き目に対する不安」などとなっている。全体的には、子ども・親ともに副作用に対する不安が大きいことがわかった。さらに自由記述の回答から見てみても、副作用の不安にとどまらず、実際には、重い副作用に苦しんだという回答や、急性の副作用により、救急車で病院へ搬送されたという記述もあった。そのような記述があらわすように、当事者が抱いている薬の不安は、かなり大きいということがわかった。

以上、アンケート調査での「投薬」についてその概要を紹介した。当事者達には、全体的に多種多様な薬が処方され、子どもの回答から最大5種類17錠の処方、親の回答では、最大18種類の処方がされている例もあった。また全体的に3種類以上の処方の例も多い。薬を指示通りに服用していない人も4割程度おり、さらにそれを裏付けるように薬に対する評価や服用の不安をみても、不安や抵抗感、また副作用などのケースは多く、不安を超えてさらなる症状に苦しんだ人も少なくないことがわかった。

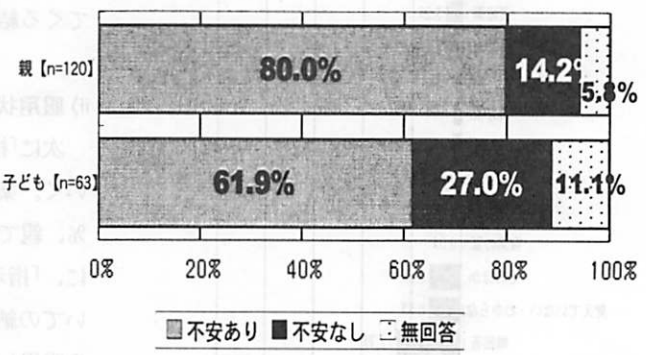


図12　薬に対する不安

当事者の側にとっては必ずしもよい状況にならないという点から見ると、全体的な形での薬の効果があらわれたとは言いにくいと思う。薬で「楽になった」のは、むしろ、飲んで「安心した」、「落ち着いた」ことによる「気持ちの効果」にとどまっているということも感じられる。薬は一時的には身体症状を「改善」することはできても、人と人に関する関係や「こころ」までは治すことができない。当事者達の声は、その問題を投げかけている。

不安を抱きつつ医療機関の門をくぐった当事者が、多種多様な薬、多量な薬を処方されることをはじめ、不適切な投薬によって更なる不安や苦しみを生み出してしまう可能性が、以上の結果に示されている。

医療の受けとめ方

調査の最後の方で、全体として「医療を受けて良かったか」を聞いたところ、「はい」との回答は、子ども37.6%、親39.4%と、子ども・親とも4割に満たず、良かったと思えない割合が高い。これは大変な警告ではないだろうか。

図13　医療を受けてよかったか

また、調査の最後に、自由記述の設問を設けた。

子どもの声でいちばん多かったのは、何と、「病気ではないので医療は不要」「それより、家庭や社会の理解のほうが大事」というグループだった。第2位は、「医療に疑問を感じる」「不信感を持った」等の否定的感想である。この不要論と疑問論あわせて25%あることは注目されるべきだろう。3位になって、ようやく「医療が信頼できた」「かかってよかった」と肯定的回答が出てくる。同時に3位はもう一つあり、「利用者の心構えや、どう医療機関を利用するか」についての記述である。

次に、親の記述を見ると、子どもとは少し変わり、第1位が「医療に疑問を感じる」「不信感を持った」となり、第2位は「どんな医師なら良いか」について述べたものである。そして3位は、「病気ではないので医療は不要」「それより、家庭や社会の理解が大事」となっており、親たちは、子ども以上に医療の在り方を、そのままで良いと感じていない。こどもでは3位にあらわれている「医師が信頼できた」は親では7位で、全体の4.1%に過ぎない。

では、それらの内容をもう少し見てみよう。

「医療に疑問を感じる」「不信感を持った」これは、子どもの2位、親の1位にあがっているが、子どもが挙げているのは、「医者は偉そう」「話をよく聞いてくれない」「すぐ○○症候群と名付ける」、などである。また、親からは、「病院を選ぶのが難しい」「病院どうしの連携が悪い」「話を聞いてくれない」「信頼できない」「病気にしたがる」「不登校のことを理解してくれない医者が多いと感じる」「本当に医者に世話にならないといけないのか疑問」、等が上がっている。

次に、「どんな医師ならいいか」についても、記述を紹介したい。子どもからは「本人に合う医療の情報がほしい」「信頼関係を持てる医師を」「患者の意思を尊重して」「子どものことをもっと考えて」等が上がっている。親からは、「信頼関係の築ける医者を！」「インフォームドコンセントを」「ゆっくり子と向き合ってほしい」「自分自身で治す方向へのサポートを」「親のストレスもわかってほしい」「不登校を理解できる医者を望む」等が記述されていた。

また、医療を「恐い」とか「わからない」と感じる記述も、こども6.7%、親は子より減って3.6%ある。「連れていくと病名がつき、投薬されるのが恐い」「学校、病院ともに傷つき、心を開かず、どうしていいかわからない」、等が上がっている。

Ⅲ．結語
～なぜ過剰医療の状況が生み出されてきたのか～

ここで、既述の調査結果を踏まえつつ、なぜ過剰医療の状況が生み出されてきたのかを、ポイントを指摘する形で述べてみたい。

また、この種の文を書くとき生じる誤解として、「医療否定だ」とか「精神医療への差別視だ」と言われることがあるが、私たちは精神医療 ― それも信頼感のある ― を必要に応じて活用することは否定も差別視もしていないことを予め述べておきたい。

医療側の問題

筆者のひとり奥地が「これは過剰医療ではないのか」と感じ始めたのは、98年頃に小6の男の子が東京シューレに入ってきたとき、薬を10種類も持ってきて「これだけ毎日飲むんだ」と教えてくれた事からである。この子どもは、1年半ほど入院したのち退院し、そのあとは通院中の身だった。彼はこう言っていた。「お医者さんに行こうとお母さんが言ったので一緒に行ったけど、僕は行く途中で何回も『入院させないよね』と言って、お母さんはウンウンと返事をしてた。でも、お医者さんが『入院です』と言ったら、その日にもう入院になっちゃったんだよ。そして、3週間ぐらいお母さんと会えなかった」と。そこまで子どもに辛い思いをさせる入院や多量の投薬に、どのような理由があったのだろうか。母親に聞くと、不眠や昼夜逆転生活、家庭内暴力などが理由であった。そのような例は筆者たちには珍しくなく、その子どもたちは入院や多量服薬ではない対応で落ち着き元気になっていったので、そのときの話は驚きであった。その後、続々とそんな例と出会うようになり、医療産業が、不登校をターゲットにし始めたと感じるようになった。医師が子どもや親と話すだけでは儲からない。薬や検査、入院があってこそ不登校は金になる。

そのためには、診断名がいる。新しい症候群や新しい障害名が次々と生み出され、ラベリングが進んだ。もちろん精神医学の研究者や医者は、新しいラベリングと治療方法について、苦しみを訴える患者や家族のために時間が無い中で、日夜、調査や研究に励んでいる、と言うだろう。しかし、それらは自分の功績にもなることだ。また、新しい病気や障害の"発見"は治療にかかる人を増やす。いや、治療が必要なのだ、という意識をつくり出す作用にもなる。

医療は人を診るものである。しかし、人より病名や症状を診る医療となっており、それが圧倒的に拡がっている。しかもマニュアル化している。それは専門的な、細分化された知識や対応を強めることになるので、いかにも科学的で現代的である印象を与え、医療界も、医師の養成もますます「人を丸ごとみて、よってきたる状況を考える」ことよりも、「診断名を決め、治療としての対応」に走っていると見える。

ついでながら、これには歴史的背景があると考えられる。登校拒否や不登校の概念が日本に無かった1940年代、アメリカではジョンソンにより精神疾患として研究され、School phobiaと名付けられ発表された。日本ではそれを、1950年代精神科医たちが「学校恐怖症」として紹介、のちに「登校拒否症」、「登校拒否」となっていく。そして、戦後ずっと医療界はアメリカの影響が強く、判定や治療方法も真似られていく。ここにアメリカの医療産業と結びついた治療のあり方が拡がった。また、その原背景にはもともと人間は罪なる存在とし、治す発想をとるキリスト教的認識もからんでいると感じられ、子どもを「子宝」と呼び存在を受けとめていく仏教的文化による発想とは違っていったと思うのである。

利用者側の問題

しかしながら、医療側のみの変化では状況は変わらないのであり、当事者や親の側の変化も強く関連している。特に、児童精神科関係では、親の態度が大きく影響する。「登校拒否を考える会」は1984年に設立され、急激に大きくなり、また各地にも親・市民の会が生まれ、90年には全国ネットワークが誕生した。その活動が、親の支援や情報提供、安定化に果たした役割は大きいと思うが、各地とも97～8年頃から次第に参加人数が減っており、過剰医療化の進行と時期が重

なっている。この変化は医療だけでなく、カウンセリング、適応指導教室、相談センターなどに通う子どもが増えた事なども絡むのだが、ひとことで言うと、専門家依存の人々が増えたのである。なぜ子どもがそのような症状を出すのか、背景を考えたり経験を分かち合って子どもと共にやっていくより、手っ取り早く専門家に任せる方がいい、そして専門家にかかっているのだから親の会に行くなど面倒な事はいらない、という考え方の親が増えた。また、70年代、80年代と違って、親子関係も変化し「自分の子どもがかわいくない」「一緒に暮らす自信がない」「すぐ虐待してしまう」などの親の悩みにみられるような親子関係の増加は、より専門家・専門機関依存を強めさせていると思う。

当事者の子ども・若者にとっても、不登校・ひきこもりは、きつい、苦しい思いにさせられる者が多かった。これは不登校・ひきこもりに不寛容な社会があるため、自分の存在に否定感をもってしまうことから生じる苦しみが多かったためであり、何とか楽になりたく、医療を求めた。しかし、対症療法的な治療は一時的に楽になっても根本的な解決にはならず、より苦しくなり医療を求める、という悪循環にもなっている。苦しいが故に「病気と思いたい」と考えるが「病気であるからまともではない」と考え、医者にかかるしかない、と堂々めぐりをしているケースもある。

教育政策や社会のあり方

過剰医療は、以上述べた治療側とクライアントの状況に直接関係しているが、文科省の不登校政策や社会のあり方も過剰医療に向かわせていると考えられる。

つまり、国家が設置した学校制度と距離をとるころを問題行動と位置づけ、市民側のさまざまな働きかけにも、聞くポーズはとっても、本当に子どもの側に立っての改革は成さず、学校復帰を前提とする政策を採り続けている。そのために、不登校は劣位とされ、問題を抱えている子どもなのだという社会への印象づけに成功している。民間・NPOが居場所や育ちへの支援を提供し、子どもや親に歓迎されているにもかかわらず、公的支援は全くなく、昨年3月には改めて学校復帰に何らかの働きかけをするようにという文科省調査研究協力者会議の最終報告が出され、全国的に登校圧力が強められた。スクールカウンセラーの設置もほぼ全国に行きわたってきたが、設置の目的は学校復帰が前提とされ、しかも、スクールカウンセラーが手に負えないと感じる子どもには、親に病院行きを勧めるという流れができてきたのも不登校対応への医療化が進む一因となったと考える。カウンセリング流行りの昨今であるが、それが、その人の訴えている問題を社会の問題とせず、その人個人の問題とすり替える役回りを果たしている状況は、親子をより治療に追いやっていく構造になっていると考えられる。

文科省の学校基本調査では、大学進学率はまた最高となり、同世代の2人に1人は大学生という時代になった。実質、日本社会では進学のメリットは落ちていても、多数が進学する中で、進学を当然視する親や社会の意識と、社会適応ができないのではないかという当事者の不安は強まり、治療にあおられていく社会的下地が存在する。お互いに話をしたり、かけ込んだりする近隣の状況が無くなっている状況も関係するだろう。

その中での過剰医療状況にどう向き合うのかについては、これまで積み重ねられてきた居場所・フリースクール・親の会の取り組みに見られる治療への依存ではないアプローチの有効性を考えあわせながら、さらに検討していくことが多い。これについては、また別の機会に稿を起こしたい。

注

(1)1985年現NPO理事長の奥地圭子が親・市民と共に設立した日本のフリースクールの草分け。

(2)本稿は次の原著に基づいている。

シューレ大学不登校研究会編『不登校と医療　不登校と医療についてのアンケート調査』(2002年　東京シューレ発行)

(あさくら かげき　NPO法人東京シューレ
シューレ大学)

(なかむら くにお　NPO法人東京シューレ)
(すなが ゆうじ　NPO法人東京シューレ
シューレ大学)
(おくち けいこ　NPO法人東京シューレ)

＜再掲載＞

発題３　進路状況に見る学校教育制度の揺らぎと「日の丸・君が代」の強制徹底

岡山　輝明(都立夜間定時制高校教員)

【文章化にあたって】

シンポジウムでの発言に際して、「教育とはかくあるべきだ」と理念に基づいてではなく、学校教育の現実に基づいて今日の状況に対して問題提起をすることを試みました。現実をお伝えするために用意したのが高卒者の進路状況などを示すグラフです。進路状況を取り上げたのは、ここが学校と社会の接点であり、社会が学校をどう評価しているかが端的に表れている場面だからです。但し、シンポジウムの発言記録を文章化するにあたって、説明が不足していたり、脇道に逸れている部分が多々あることに気づきました。それで論旨が明確になるように加筆・削除など一定程度の修正を加え再構成してあります。同時に末尾の「質疑応答」を除いて「です」「ます」調に表現を改めました。

なおグラフは、都立高校に関するものは東京都教育委員会のホームページの『公立学校統計調査報告(進路状況調査編)』から、全国状況に関するものは文部科学省のホームページの『文部科学統計要覧』から、各年次の数字を引きだして岡山が作成したものです。本文中に(注)として示した数字も同じです。

「日の丸・君が代」の強制徹底

都立の夜間定時制高校の教員で岡山と申します。夜間定時制高校がどんどん統廃合されて、午前・午後・夜間の一日三部からなる「昼間定時制高校」が全国あちこちに設けられて来ました。それで「夜間」と敢えてお断りしなければいけない事態になっています。現場の教員ですので、学校が置かれた状況、先ほど山田さんが仰いましたけども、「日の丸・君が代」の問題、それを踏まえながら、今日の教育基本法「改正」の動きが学校教育制度に内在する問題からも出発していることを、何とか皆さんにお伝えしたいと思います。それで具体的な資料をグラフにして用意してきました。立教大学のこの教室の最新の視聴覚設備を利用してスクリーンで説明させていただきたいと思います。

別に印刷した資料が何枚かあります。東京都教育委員会(以下、都教委)が昨年10月に出した「日の丸・君が代」強制徹底の「通達」「実施指針」、これに従わなかった教職員への「処分発令書」、それから新聞・雑誌の記事などを用意しました。また近刊の『社会臨床雑誌』12巻１号に「イラク自衛隊派兵下の都立学校」と題して私が書いたものがあります。これをお読みいただければ大体の状況はお分かり頂けると思います。

印刷資料の中で、昨日のテーマとも関連しますが一つ指摘しておきたいことがあります。今、私も原告の一人となって都教委相手に裁判を起こしています。二百人ぐらいの都立学校の教職員が集まって、卒業式・入学式で「君が代を歌う義務はない」という権利の存在確認の裁判です(「国歌斉唱義務不存在確認等請求訴訟」。現在原告は343人)。１月の提訴の際、代表達が東京地裁の前で「垂れ幕」を掲げたのですが、「教育に心の自由を」と大きな文字で書かれていました。どうもこの「心」というのが、最近の「心ブーム」「社会の心理主義化」をそのまま反映している気もして、私としてはしっくりしないものがあります。しかし世話人の方達が一生懸命やっているのに意見を言うのも何だか気が引けて一緒にやっています。勿論、多少とも違和感を抱いている人は私の他にもいます。

都立高校改革との関連

ではどうして「日の丸・君が代」の強制徹底という事態が今起こってきたのか。石原都政が悪いのか。教育基本法「改正」を進めている勢力が「不当な支配」に乗り出してきたから問題なのか。もちろんそれは問題です。しかし、学校の中にこういう事態を進行させる要因があることをここで説明したいのです。

これは一昨年の秋に都教委が出した「都立高校改革推進計画」の『新たな実施計画』の報告書です。計画そのものは1997年から、つまり青島都政の下でもうス

タートしています。長期にわたる計画の締めくくりとして3回目の計画発表が一昨年の秋にありました。この段階で新たに付け加わったのは、サブタイトルにある「日本の未来を担う人間の育成に向けて」という文言です。石原さんが知事になったことの意味がここに現れています。具体的な内容としては、第2部の第一章「日本の未来を担う人間を育成するための教育の推進」が新たに盛り込まれた部分です。この中の4番目に「生きる力の基盤となる健康・体力づくりの推進」と健康の問題が入ってきました。山田真さんがこのシンポでお話しなさることをお聞きして、私も健康の問題に関心を向けてきました。本文は「生きる力」という新しい学力観の土台として、健康保持・増進の「自己管理」を強く求める内容となっています。このように都立高校改革推進計画も、教育基本法「改正」の動きに対応して、権力の側が日本社会全体を押しやろうとする方向に則っていることが明らかです。　都立高校改革とは決して学校の統廃合だけの問題ではありません。少子化や財政難を理由に統廃合を進めながら、一方に進学指導重点校や中高一貫校に見られるようなエリート校を設置し、他方で「ノンエリート」(都教育委員の発言)の学校として午前中は30分授業で午後は体験学習中心のエンカレッジスクールや、定時制課程で三部制のチャレンジスクールなどを設ける。この間に既存の高校と共に新たに単位制高校や総合学科高校などが配置されることになります。こうした学校の仕組みや配置の再編成と共に、教職員の働き方も徹底した管理強化の方向へと再編成が進行しています。「学力(?)的な面」で都立高校全体を俯瞰すると、これまでが正三角形を成していたとすれば、今後は鋭く立ち上がった二等辺三角形へと強引に変形させようというものです。

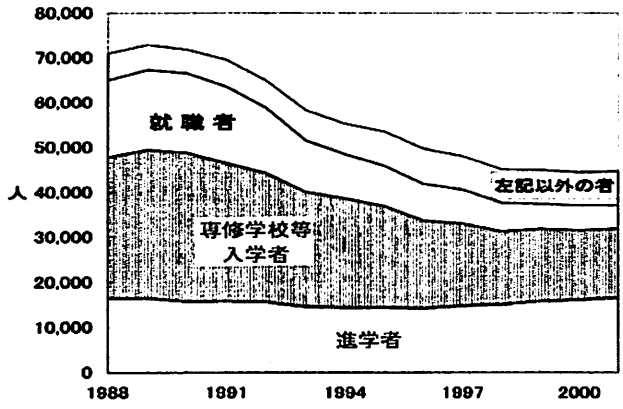
このようなハードとソフトの両面での改革が実はどういう方向に向かっているのか。最終的な報告書サブタイトルの「日本の未来を担う人間の育成に向けて」が初めて明確にしました。これは昨年3月の中央教育審議会答申にいう「21世紀を切り拓く心豊かでたくましい日本人の育成」と相通じる文言です。「日本人」を強調するために、多数の外国人の子どもや若者の存在が無視されていることにも注意する必要があります(注：03年5月現在、都内の公立小中高盲ろう養護学校には、把握されているだけで八千数百人の外国人児童生徒が在籍している)。東京都においても「愛国心」にとどまらず「健康保持・増進」にまで管理・監視の手を伸ばそうとしている訳です。

勿論、改革が現在どう方向付けられているかということと、改革が求められた事態とは区別して考える必要があります。少子化や財政難という学校を取り巻く状況変化を背景に、現象的には、都立高校の中でも全日制専門学科(職業科)と全日制普通科「底辺校」の中退者の続出が、改革が求められた大きな要因です(注：98年度の中退者は専門学科で8.5%、2,489人。普通科で2.4%、2,711人を数える)。これに百校を超える夜間定時制高校の統廃合をからめて都立高校改革が97年に始まったのです。ではこのように中退者が続出するのはどうしてなのか。それぞれに事情はあるでしょうが、共通する問題として高校に通うことの意味が実感できなくなったことがあると私は考えています。結論から言えば、高校を卒業しても必ずしも次のステップに繋がらない状況が拡大しているのです。「せめて高校は卒業しなくては」と思って入学しても、その先が実は見えないことが退学する生徒が後を絶たない根本的な理由だと私は考えます。それを具体的に都立高校卒業者の進路状況の変化を示すグラフで見ていくことにします。

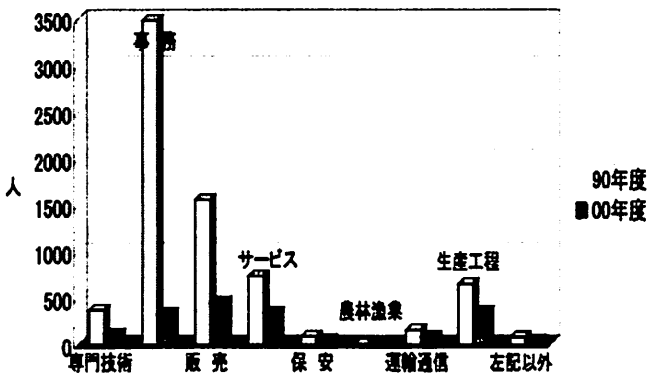
高卒者の進路状況の変化

グラフ1(次ページ)が80年代の終わりから2000年にかけての都立高校卒業者に進路状況の変化です。89年が全日制卒業生者数のピークです。その後、全体として急激に減少していくことがお分かり頂けると思います。具体的な進路先としては、まず第一に「就職者」それから「専修学校等入学者」が減っていきます。後者には専門学校だけでなく予備校とか各種学校も含まれています。これが急激に減少していく訳です。その反対にグラフの一番上を見ると「左記以外の者」が増加していきます。これは文部省の統計では97年まで「無業者」というタイトルでした。つまり卒業しても就職も

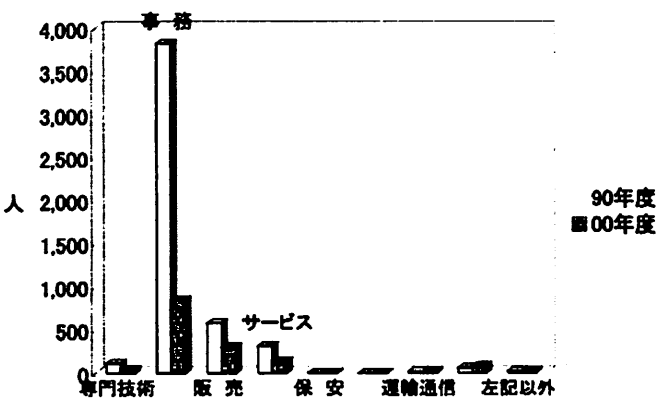
グラフ1:都立高卒業者の進路状況 全日制



グラフ2: 普通科卒業生の就職 都立高(全日制)



グラフ3: 商業科卒業生の就職 都立高(全日制)



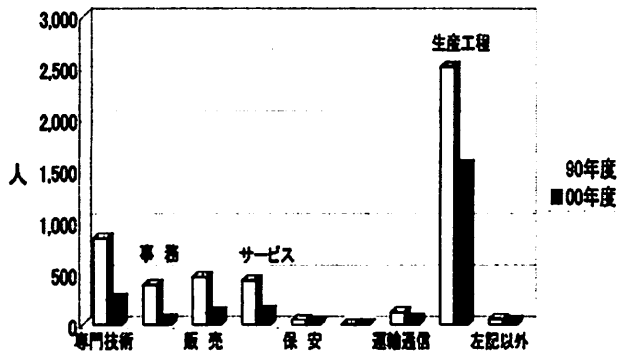
しなければ進学もしない人達という意味です。大部分がフリーターに流れていると見ていいと思います。この数字が89年段階からみると、実は2001年の段階では2倍に膨れあがっています。これが全日制の姿なのです。定時制は時間がないので敢えて画面に載せませんが、卒業生の50%以上が「左記以外の者」という状態です。

次に就職者と専修学校等入学者の中身においてどういう変化が起こっているかを見てみます。**グラフ2**は全日制の普通科卒業生の就職先の変化です。90年度と2000年度を比較して一見して分かるのは「事務」の就職者が激減したことです。

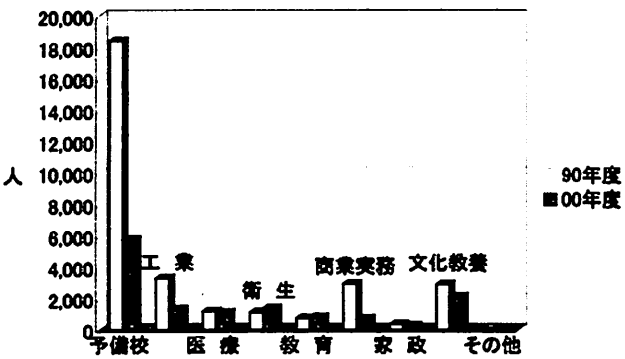
グラフ3は商業科卒業生の進路先の変化です。同じように「事務」の就職者が激減しました。高卒で「事務」というのは、男女雇用機会均等法が施行される前までは「女子」の独壇場のような就職先でした。これが壊滅というか消えてしまった訳です。言い換えると、高卒採用の事務職を消滅させるような社会状況の変化があったことが分かります。

グラフ4は工業高校卒業生の進路先の変化です。工業科で一番減っていくのは「生産工程」です。ここでは単純な仕事から複雑な仕事まで、あるいは建設現場まで含めて「生産工程」にまとめていますが、この部分がグッと減っていきます。さらに一番左に「専門技術」とありますが、これは職業分類の中の「専門的・技術的職業」という項目を指しています。その割合が一番減っていることがお分かり頂けると思います。そうすると就職に役立つと思って色んな資格を取得して工業高校を卒業しても、専門を活かせるような仕事がグッと減ってしまった。恐ら

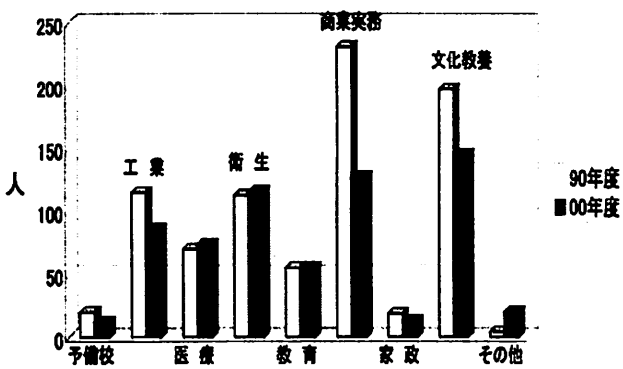
グラフ4: 工業科卒業生の就職 都立高(全日制)



グラフ5: 専修学校等入学者 都立普通科(全日制)



グラフ6: 専修学校等入学者 都立商業科(全日制)



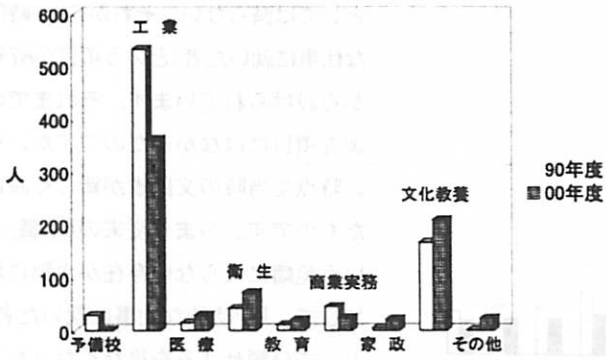
く工業高校の中でも就職希望で学業成績が一番良かった生徒達が、「専門的・技術的職業」に就いていたと推測するのですが、その人数が一段と限られたものになってしまった訳です。また「生産工程」といっても、その職場も減ってきてしまいました。この部分の就職者数が比較的には今も多いのですが、全体としては減少しています。

グラフ５は「専修学校等入学者」の変化を示しています。先にもお断りしましたが予備校、各種学校も含んでいます。全日制普通科の卒業生では「予備校」へ行く生徒がガクッと減ってしまったのがお分かり頂けると思います。それだけ大学進学が容易になったことの現れでもあるし、中小予備校がどんどん倒産していく状況を示してもいる訳です。

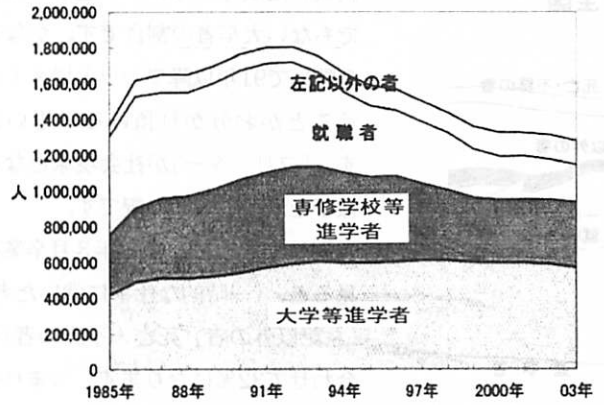
グラフ６は商業科卒業生がどういう専修学校へ行くかを見たものです。一番減っているのは「商業実務」です。つまり商業高校で勉強したことを活かして次のステップへと進む傾向が弱まっていることが明らかです。

さらに**グラフ７**で工業高校の卒業生の傾向を見ると商業科と同じことが言えます。「工業関係」の専修学校へ進む生徒が一番減っているのです。勿論、全体に卒業生の数が減少していますから、次のステップに進む人数が減るのは当然です。しかし、全体の減り方をさらに超えて、学校で学んだことと直接関係する分野へと進む卒業生が、商業科にしても工業高校にしても一番減少しているのです。就職にしても専修学校等への進学にしても同じ傾向が見られます。つまり、高校へ来て商業なり工業なりの専門科目を勉強することが、その先につながらない状況が今拡大している訳です。

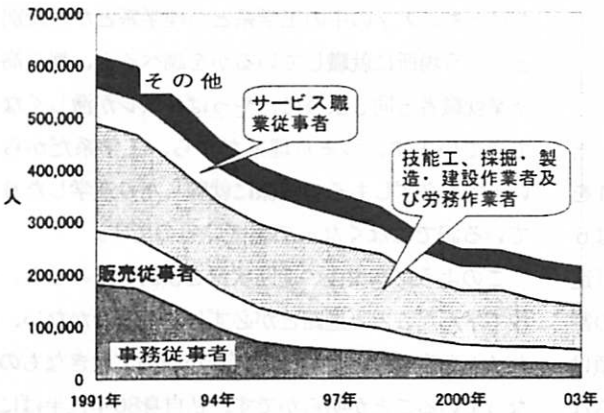
グラフ7: 専修学校等への入学者 都立工業科(全日制)



グラフ8: 高卒者の進路状況 全国



グラフ9: 職業別 高卒就職者の推移 全国

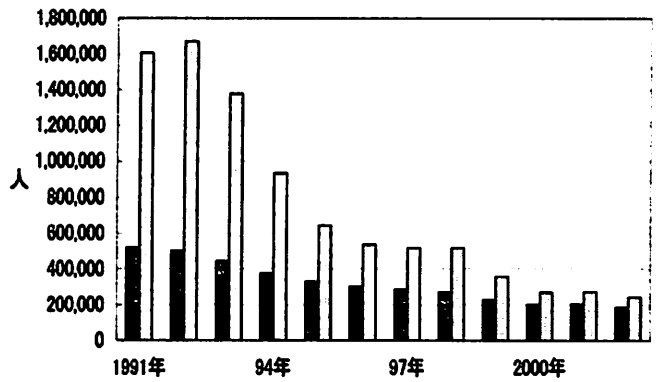


次に全国的な状況を確認しておきます。**グラフ8**は全国の高卒者の進路状況を見たグラフです。全国的には高卒者の数は92年がピークです。ここからドドッと減っていきます。しかし、短大も含めた「大学等進学者」はほとんど減っていません。少子化の中で大学の危機が言われています。事実、短大は閉学のニュースが珍しくはありません。しかし大学は、大学進学率が上昇してきたおかげでまだ何とか持っているという状況です。しかし、「専修学校等入学者」それから「就職者」は減少しています。またこれとは反対に「左記以外の者」がグッと増えていく様子がお分かり頂けるでしょうか。高校を卒業しても就職もしなければ進学もしないし、予備校にも行かない人達がぐんぐん増えている訳です。全体として都立高校卒業者とほぼ同じような傾向を示しています。

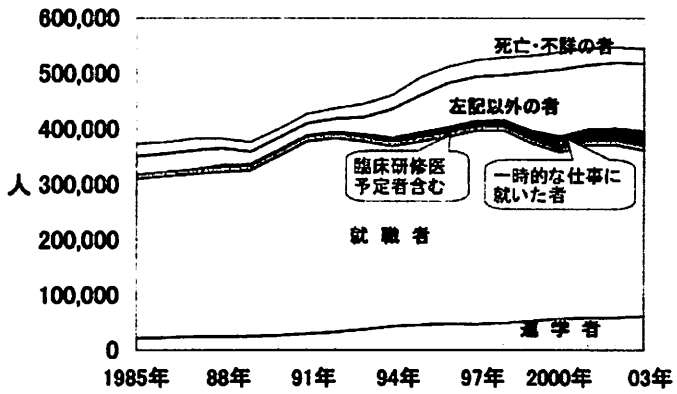
グラフ9は全国の高卒就職者の変化を見たものです。就職者のピークは91年です。ここから昨年3月までの卒業就職者の職業別の変化です。「事務」が急激に減っている。先にご覧いただいた都立高校だけの状況ではなくて、全国的に高校を卒業して事務の仕事に就くことが、ほとんど消えかかっていることがお分かり頂けると思います。結局、03年で見ると割合として「技能工」、先ほど「生産工程」に分類した項目ですけども、ここが就職者の半分以上の割合を占めるまでに至っています。

さらに**グラフ10**を見ると、この背景に全国的な求人数の激減があったことが分かります。求職者数も少子化を反映して当然減る訳ですが、それを圧倒して求人数が急減したことが明らかです。つまり就職者数の減少は高校卒業者が就職したがらなくなったのではなくて、就職先がなくなったことが大きな要因なのです。勢い進学傾向が強

グラフ10: 新規学卒者の職業紹介状況 高校



グラフ11: 大卒者の進路状況 全国



まらざるを得ません。

大卒者の進路状況の変化

では、高校卒業後の進路の一つとして大学へ行ったらどうなるのか。それを見るために次のグラフ11を作ってみました。85年から03年まで4年あるいは6年の大学を卒業した人の卒業時点での進路です。「進学者」とあるのは大学院とかさらに進学する人達の割合です。これがどんどん増えていくのがお分かり頂けると思います。「就職者」の数は実はそれほど減らない。全体の割合としては大卒者がどんどん増えていくので、その点では「就職者」の割合は減っていきますけれども、しかし数としては減らない。それから「一時的な仕事に就いた者」という項目が87年から設けられています。それまでの調査項目にはなかったのですが、その時点で当時の文部省が新しく設けたものです。つまり従来の「就職」という範疇に入らない存在が次第に増加して、「一時的な仕事に就いた者」として分類せざるを得なくなったことが伺えます。さらに「左記以外の者」、これがつまり一時的な仕事に就いた訳でもなければ、正社員として就職した訳でもないし、進学した訳でもない大卒者の割合です。かなりの勢いで91年以降ワーッと増えていくことがお分かり頂けると思います。「フリーター」が社会現象となる様子を示してもいる訳です。

同じくグラフ11で03年3月卒業を見ると、「一時的な仕事に就いた者」「左記以外の者」「死亡・不詳の者」を合わせて32%になります。つまり去年の春に大学を卒業した者の約3分の1は、進学した訳でもなければ、正社員としての仕事に就いた訳でもないということです。因みにグラフにはしませんでしたけども、大学の中の工学系とか理学系とか系統別にどういう場所に就職しているかを調べると、都立高校卒業就職者と同じように、やっぱりズレが激しくなってきています。つまり理系だから、工学系だからといっても必ずしもその関係に就職したり進学したりしている訳ではなくなって来ているのです。

このように卒業後の進路状況を検討してみると、学校で学んだことと進路とが必ずしも結びつかない、少なくとも高校段階ではそのズレが極めて大きなものになっていることが明らかです。私自身80年代半ばに全日制普通科の高校で進路担当をしていた時に、ある都

市銀行の担当者から「ほとんど欠席がなく、成績がトップクラスで、かつ運動部の部長として活躍している生徒がいるならばとりますよ」と連絡を受けたことがあります。実際にそういう生徒がいて、その銀行に就職しました。しかし今、同じような生徒があちこちの高校にいるとは思いますが、このような就職先はまず存在しないのです。休まずに学校に通い、勉学に励み優秀な成績を修め、運動部でも活躍したとしても、就職という場面ではかなり難しいものがあるのです。幾ら努力しても報われるかどうか分からない。こういう状況では真面目に授業を受けようとする姿勢を到底支え切れるものではありません。

お金があって専修学校や大学等へと進学したとしても、高校で学んだこととの関連で言えばズレが拡大しています。大学卒業後の状況も先に見たとおりです。大学はその先に大学院を設けてそっちの方へとひたすら誘導している状況があります。高校は大学へ、大学は大学院へと次々と先送りしている訳です。さらに大学を細かく見れば、国公立と私立の大学では国公立の方が卒業時に「一時的な仕事」とか「左記以外の者」に分類される人達が少なく、また社会科学系とか人文科学系よりは理系や工学系の方が就職者と進学者の数が多い傾向があります。そうすると有名大学に行かなければいけない。その中でも理系や工学系に行かなければいけない。さらに大学院にも行かなければならない。そうしなければあなたの将来は保障されませんよと。このぐらいに果てしなく煽り立てられている状況なのです。

なお、就職した後について触れておくと、すでに90年代後半から就職後三年以内に離職する割合は、中卒者で七割、高卒者で五割、大卒者で三割を数えています。つまり就職したからといってもそのまま定年まで安定して勤められる訳ではありません。さらに上の学校に進んでも「いいところ」に就職できるかどうか分からない。首尾良く就職したとしてもその先が不透明な状況なのです。

学校教育のゆらぎと「日の丸・君が代」

こうして見ると、学校で学ぶことの意味がどうしようもなく失われてきたことが明らかではないでしょうか。学校へ行くことが将来を拓く。優秀な成績を修めることがステップアップに繋がるとは最早言い難いものがあります。それどころか学校教育は全体として、一握りの「エリート」を抽出するための長い「トンネル」となりつつある気さえします。今日、人々の階層差が拡大し、固定化している社会状況を反映しているとも言えます。長い「トンネル」をくぐり抜けるだけのお金のある家庭に生まれた人だけしか出口に辿りつけないからです。都立高校改革もこうした状況に対応して、競争を極度に煽り立ててエリートを抽出する一方で、学ばなくなった生徒に対しては卒業資格を容易に得られる学校を用意しています。そしてこういうエンカレッジスクールやチャレンジスクールが開校と同時に他よりも一段と高い入試倍率を示すのです。在学生に尋ねてみると、入試に際して学力試験のないことが大きな志望動機になっていることが分かりました。「勉強はもうたくさんだ」という声が聞こえてきそうでした。

もっとも、学校で学ぶ意味が実感できないという状況そのものはずっと前からあって、90年代以降、ものすごい勢いで顕在化してきたと考えられます。それを受けて学校改革が進められて来た訳です。大学などでも同じことが言えるのではないでしょうか。しかし、学校で学ぶ意味が失われたのは学校自体にではなく、求人数の急激な減少など学校を取り巻く外の社会が大きな変化に理由があったからです。その点では学校だけを取り上げていくら改革しても空回りする他ありません。社会に目を向けたとしてもその表層にとどまったのでは同じことが言えます。

先にもお話したとおり、私は今、夜間定時制高校で働いていますが、その前は全日制高校普通科で「底辺校」と言われていた学校に勤務していました。定時制では生徒の拘束時間が一日4時間余りと短いこともあって余裕のある面も無い訳ではありませんが、こういう学校では生徒の「生活指導」が一番大きな問題となります。つまり、授業に乗ってこない。勉強を余りしたがらない。そうであればあるほど余計に頭髪である

とか服装であるとか「生活指導」を厳しくせざるを得ないものがあります。そうしなければ学校としての秩序を維持できない、まとまりをつけられないと教職員は思い込みがちです。生徒数が多数に昇れば余計にそう考えざるを得ないものがあります。学校が持っている役割で言えば、授業という表のカリキュラムが通用しないなら、規律訓練という裏のカリキュラムがあからさまに出てくる訳です。

前の『学習指導要領』の改訂の後、90年代に入って「日の丸・君が代」が露骨に強制されてきたのは、これと同じではないでしょうか。つまり学校は、情報を伝達していく、社会的に人材を配分していく、あるいは居場所など、色んな機能をもって成立している訳ですが、こういう機能を総合しながら国家あるいは社会の一員としての人間を送り出してきた。ところがその情報伝達機能も携帯電話やパソコンの普及で、今、危ういところにあると思うのですが、これまで見てきたように社会的な人材配分機能という点では、どうにもそのズレを覆い隠せない。とにかく先延ばしにして凌いでいるに過ぎません。この状況の下では国家・社会の一員としての自覚をダイレクトに求めざるを得ない。そのために「日の丸・君が代」が強制されてきた。学校教育のゆらぎの中で、そういう底流が存在しているのではないかと考えている訳です。

東京ではそこへ石原さんが99年に知事として登場してきました。しかも昨年、300万票とって再選されました。それで一気に勢いがついて徹底しようと向かってきた。先にも触れましたが『都立高校改革推進計画・新たな実施計画』の報告書は、教育基本法の改正を先取りする勢いです。因みに東京都の教育長の横山洋吉氏は中央教育審議会の委員も務めています。決して文科省の動きとは別に東京都が動いている訳ではありません。2000年1月に河合隼雄氏が座長としてまとめた「21世紀日本の構想」懇談会の最終報告書には、「国家にとって教育とは一つの統治行為だ」と明記されています。実は私もそうじゃないかと考えているのですが、その統治行為がゆらいでいる状況だからこそ、「あなたはとにかく日本国民の一人なんですよ」「勉強しなくてもいいからせめてこれだけは自覚してくれよ」と、権力の側から強要されているのが今日の状況ではないでしょうか。一方において進級・卒業の認定を軽くしてでも退学者を減らし学校につなぎ止めようとするのは、学校教育を通して国家・社会の一員として包み込みたいからに他なりません。前に教育課程審議会会長を務めた三浦朱門氏が斉藤貴男氏に語った「できん者はできんままで結構……限りなくできない非才、無才には、せめて実直な精神だけを養っておいてもらえばいいんです」という発言は、権力側の意図を証言して余りあるものがあります(斉藤貴男著『機会不平等』文藝春秋　2000年)。この「実直な精神」とは、お国のためなら命さえ差し出すことも拒まないものであることは明らかです。

教育課程の直接支配へ

「日の丸・君が代」の問題は、二年前に江ノ島で開かれた社臨の総会の時にもお話ししたのですが、90年代の半ばからの都立高校の管理強化が青島都政の下で進んでいきます。その前段にやはり「日の丸・君が代」がありました。つまり、それまでは学校運営にかかわることは職員会議で色々議論をして決めていました。校長が自分の独断で、専権事項で決められるのは進級・卒業判定に関わる時ぐらいでした。それが「日の丸・君が代」の場合に限って、いかに教職員が反対しようと押し通してきたのです。職員会議の事実上の決定権がここから押し潰されてきたのです。

昨秋、都教委が出した「通達」と「実施指針」は、事細かに卒業式・入学式の式場配置から、「日の丸」が左側で東京都の旗が右側と、旗の掲示の方法に至るまで指示しています。教職員が式場のどこに座るかは一人ひとり名前入りで指定されます。教職員席の最後に教頭席が設けられ、そのさらに後ろに都教委から派遣された指導主事等の席が用意されます。都教委の指示通りに式が進行するか教職員席の一番後ろから監視する訳です。

ここまで式典の進行について細かく入って来たことは、次に教育課程そのものの直接管理へと進むことを示唆しています。卒業式、入学式の場面、あるいは創

立記念式典などの場面に限定して、そこさえ何とかしのげれば後はこっちのものだという事態ではありません。このままではこういう授業をしなさいという「命令」がやがて出されるでしょう。実はこれに向けて東京都の場合は「年間授業計画」の提出、管理職による学期毎の「授業観察」がすでに整えられています。さらに昨年の都立養護学校の性教育バッシングを契機にして、週ごとの授業案(「週案」)の提出が都立高校にも求められています。どういう授業をしているか、いつでも管理職がチェックできるのです。つまり「日の丸・君が代」の強制徹底が引き金になって授業の内容までもが直接規制される状況になって来た訳です。教育基本法「改正」を先取するものと言えます。

実際に「改正」されれば、今度は裁判を起こして国歌斉唱の義務はないと訴える法的根拠が失われます。それどころか正反対に「国家斉唱」時に音楽教員にはピアノを伴奏させ、他の教職員には起立斉唱させる法的根拠が教育行政の側に与えられてしまうのではないでしょうか。ここでは教職員は権力の手先に貶められてしまいます。管理職に対して疑問を差し挟むことさえ認められずに、言われたままに働く他なくなるのです。こうした事態を何としても招いてはならないと思います。

＜質疑応答＞

山家: フリーターとかがどんどん増えているとか、事務職がなくなったり、技能職が減っているのは分かるんですけど、でもそれは、昨日の話にも出ていましたけど、産業構造が変わってきて第三次産業が中心になっていくから自ずとそうなるのであって、その話と「君が代」なんかで「国民の一人だ」という自覚をもたらすというのはどういう関係なんですか。そこのつながりがさっぱり分からない。

岡山: 学校の使命は社会的人材機能にあると私は思います。その機能を果たせない時に何が学校を成り立たせるかってことなんですよね。社会的人材配分を前提にして情報伝達もある訳です。言わば学校と社会を結んでいく、その結び目、結節点あるいは連結点が進路だと思うのです。その進路の大きなズレがもう隠しおおせようもないと思うんです。その時にどうして学校というものを成り立たせることができるのかということです。

山家: フリーター的な需要がどんどん増えていく訳で、そこに配分されていく訳ですよね。それと配分がうまくいかない。ズレがあるというのはどういうことですか。つまり産業構造が要求されるように配分されている訳でしょ。そういう形でさっきの変化が起こっている訳だ。だとすれば配分の機能がうまくいっていないというのはどういうことですか。

岡山: フリーターっていう存在をどう見るかだと思います。それも進路の一つの選択肢として選んでいると言えば選んでいるんだと思うのですが、しかし、それが一人の人間が生きていく方法、術として、学校が保障する問題ではないと思います。つまり学校が保障できないからフリーターにならざるを得ない。じゃ学校が保障できるのかと言うとそうではなくて、実はそれこそ産業構造の変換がある。つまり学校で学ぶことの意味が無いんです。無いから逆に学校がもう一つ持っていた、表に見えなかった「国家の一員としての自覚」、これをダイレクトに出してくるってことなのです。つまり逆に言うと例えば進学校の場合、生徒が何をやっても教員の方はある程度大目に見る訳です。それが出来るんです。何でか。ものを学ぶということを通して学校の中に組み込まれている。変な言い方かもしれないけれど、一つの学校としての成り立ちが出来ているからだと思うんですよね。ところが、勉強に向かない。したくない。しかし高校には行かなきゃいけないって形で来ている子達を、どうして学校という枠の中に包み込むことが出来るのか。規律訓練、基本的な生活習慣っていうものを前面に出して要求せざるを得ない。そのことと「日の丸」や「君が代」を強制していくことはよく似ていると思うんです。

林: 先程「学校で学ぶ意味が失われたのは学校にではなく、学校の外の社会の変化に理由があった」んだというふうなことを仰られて、就業人口の変化みたいなことを色々説明して下さったと思うんですが。あるいは今、質問に答える中で「学校の役割は社会的人材配

分にある」というふうに仰られたと思うんですが、学校で学ぶ意味が失われたのは、学校に学ぶ意味を求めたからではないのかという気がするんですけれども、それはどうお感じでしょうか。

と言うのはそもそも学校で学ぶことに意味がなどは無かったんだけれども、学校で過ごす時間みたいなものに世間一般はある程度の価値を持っていたっていうか、学校に行っていることに意味を持たせていたと思うんですね。ところが、それがそうではなくて学校で何を学ぶのかとか、学校で何を覚えてきたのかに目が行くようになったり、あるいはまさにどんな人材を輩出するのか、というような目が学校に向いたことによって、学校で学ぶことに意味が無いというラベルが貼られるというんですかね。要するに意味が在ったか無かったかどうでもよかった学校に、意味があるかないかを問う目が向けられて、そうすると意味が無いというふうに貼るしかないのが現状の学校だったということではないのかと思うんですけれども。学校で学ぶ意味が失われたのは、その学校に学ぶ意味を求めるような社会の変化があったんであって、学校そのものにやはり、学校の内側でも自分達に意味があると思っていた。そういう気持ちが出てきたことによるんではないかなと思いました。

あと、先ほどのフリーター云々の話しで行くと、フリーターはもうなくならないと思うので、僕は大学に居ますけど、ある年齢層、だから25、6歳まではフリーターで過ごす人口が、必ず何%か自分が送り出す卒業生の中にいるってのは想定して教員もそれなりのまさに情報伝達なり、何なりをしなきゃならないんではないかと思うのですが。

岡山: 私は同窓会の人達とよく接触することがあるんですよね。今いる学校も百年近い伝統があります。前いた学校も同じような伝統があります。同窓会に集まってくる人達の一番若い人は70年代前半に卒業した人ですね。それ以降の人の姿を見たことは一度も無いです。集まった人達の話を色々聞いていると、学校がいかにこの人達にとって大きな意味を持ったのかってことがヒシヒシと伝わってきます。同じ学校を卒業しただけで、実は在学中は全然接点が無かった人達も居る訳ですけども、大いに盛り上がっていく訳ですよ。その時に学校が果たした役割を私は感じますね。その時一生懸命勉強したから意味があったっていうだけでなくて、今、林さんがおっしゃったように同じ時間を過ごしたってこと、あるいは同じ場所で青春時代を生きたってことを共通体験としてもちろん持っていると思うんですけども…。

それからフリーターについて。私も別にフリーターが無くなる、無くせばいいんだと思っている訳ではないのです。しかし、フリーターって扱いにしていくことが大きな問題だと思います。フリーターであれば、なんか学校で勉強したことがその先に繋がって行くという意味での役割が失われたっていうのが今の問題だと思うんですよね。もちろん、前から継続はしていたと思うんですが、今はもう誰の目にも明らかになっている問題だと思うんです。その時に、フリーターになるための教育って多分しないと思うんですよね。つまり何やったってフリーターになるんであれば、勉強する必要が無いですよ。

【林さんのご意見に対しての追記】

「学校で学ぶ意味が失われたのではなくて、意味を求めてみると実は元々無かったことが明らかになった」というのは全くその通りです。そもそも学校で学んだことが仕事の中で直接役立つことは稀なことだったと考えられます。それでも高校へさらに大学へと学校に通う期間が延びてきたのは、労働がより複雑で高度になったからではなく、上の学校へ行くこと、つまり「学歴」がその人の人物なり能力なりを保障するものだったからに他なりません。労働自体は一部に頭脳労働として集約される他は反対にどんどん単純化されてきたのです。すでに戦後の高度成長の最盛期に、中岡哲郎氏は「教育を通して学んだものと労働の中味との乖離はますます大きくなりつつある」と、工業高校の卒業生を例に挙げて指摘しています(同著『労働と人間の未来』中央公論社 1970年)。しかし如何に「乖離」が拡大しようと「学歴」をつけることで就職が有利になるならば、学校に行くことには大きな意味があったので

す。また、まかりなりにも関連した場所に就職先を見つけることができました。それが今、難しくなってきたのです。学校に行っても就職が保障されない。プラスαで「資格」をとっても必ずしも決め手にはならない。学校で学ぶ実質的な意味は初めから狭いものでしかなく、「学歴」という形式的な意味も今日失われてきたと言えるのではないでしょうか。

編集部注——以上の文章は『社会臨床雑誌』12巻2号(2004.10)43ページから53ページの再掲載です。

社会臨床雑誌第12巻第3号(2005.3)

〈「映画と本」で考える〉

書評　青木純一著『結核の社会史』

関根　隆司

読み終えて、とても丁寧な研究書との印象をもった。

本書はその表題が示すとおり、結核という病が不治の国民病と意識された19世紀末を始まりに抗結核剤の発見によって治癒しうる病へと変わった1940年代までの、結核対策の整備と結核患者の実像を追った著作である。序章の「目的と構成」で言うように、青木は近代日本の国家的医療政策としての結核撲滅運動は単なる予防運動に止まらない国民統合を実現するための「教育運動であり文化運動」との認識をもって結核の歴史にとりくんでいる。そこで留意すべき軸足として「結核患者一人ひとりに目を向ける」ことで見えてくる、単純化された言説では束ねきれない「具体的で生々しい患者がいる」ということをあげており、その認識と軸足となる結核患者の具体像を明らかにすることを企図している。

その構成は次の章立てで示されている(副題と年代は略す)。

序章　目的と構成
第一章 通俗療養書から見た結核史
第二章 全国結核予防連合会の協議事項にみる国民化の諸相
第三章 日本結核予防協会と啓蒙活動
第四章 結核予防法の成立と展開
第五章 結核予防法改正とその背景
第六章 都市と結核療養所
第七章 東京市療養所の成立と展開
第八章 療養者の言葉と生活
第九章 結核対策としての虚弱児教育
終章　まとめと課題

この章立てを大きくとらえて、結核撲滅運動(第一～三章)、結核予防法(第四～五章)、都市の結核問題(第六～七章)、療養生活(第八～九章)の四つのテーマで示される。小文でもこのテーマのくくりで本書の成果を見ていきたい。

第一のテーマである結核撲滅運動、青木はこのテーマの(また本書の)前提に、その時代の患者や周囲の人々の意識をあぶり出す方法として通俗療養書に着目する。それらの書名とそこで述べられる療養方法を分析することで、青木は1900～1910年代を結核史の転換期と位置づけている。書名に「通俗」の言葉が多用される前半期、「養生」から「療養」へ、「肺病」から「結核」への変遷にみる一般社会における結核認識の精緻化などは通俗療養書を幅広く渉猟した結果初めて明言できることだろう。同様に結核療養におけるストイシズムの広がりはサナトリウムでの自然療法の普及に呼応していることも明らかにしている。

明治末年の慈善団体・結核予防団体が作られる動きを背景に1914年に組織された全国結核予防連合会については、そこで協議された事項ひとつひとつを整理、分析することで結核対策の実情を示すだけでなく、行政に指導された結核撲滅運動とはその名の示す役割以上に国民組織化を意図する文化運動・教育運動であったことを明らかにしている。同様にして生まれた日本結核予防協会についても、そこで行われた様々な啓蒙活動の具体相を掘り起こしていくことで、その実相を「紛れもない国民教育運動」との結論へと導いていく。

次いでテーマとなる結核予防法については、1919年の成立を前に患者の届出制度をめぐって対立した、導入を推進する連合会・予防会からなる行政側と制度に反対する医師会に代表される開業医らの間で交わされた攻防を追っている。患者届出制度が連合会・予防

会の組織以前の早くから政府によって策定されながら、法案作成の過程でそれが妥協されただけでなく、患者の生活の場である結核療養所もその役割を隔離収容から施療保護へと変えられたとする点は興味深い。章を改めて検討される1937年の法改正については、予防法成立後もなおくすぶり続けた届出制度をめぐる是非とともに政府・内務省がそれを押し切って導入へとこぎつけた過程を述べている。

第三のテーマとなる都市の結核問題では、主に結核療養所を焦点に結核患者をとりまく生活現場の実像を明らかにしている。まずそれらの設置過程を見ていく中で、それが一部の人にだけ開かれた「特別な場所」であることが強調される。また1880年代から1920年代にかけて全国各地につくられた私立・公立の療養所を広く視野に入れながら、その病床数・入院費・完成までの日数など詳細に分析し、実態面における私立・公立の療養所間の相違を示している。そのように都市での結核対策が進められる一方で、政府は結核と貧困の関係の深さを自覚しつつ(するが故に、か)1930年代には「すでに日本の結核対策は手詰まりの状態に陥っていた」と青木は結論づけている。東京市療養所については、『東京市療養所年報』を材料に、一療養所の姿を細密に描き出している。それは公立の療養所でありながら入所者の多くを働き盛りの男性が占めたという特異な収容患者の構成にも「特別な空間」であった東京市療養所の姿が浮き彫りにされる。しかし、それも地域住民の反対を押し切って建設した国家的プロジェクトでありながら、絶対的に不足していた病床数は待機患者が「入所許可ノ時期迄ニハ三分ノ二位ノ患者ガ死亡ソノ他ノ理由」で消えていくという、入所を待ちながら過半が死んでいく事態を止めることはできなかった。さらに1932年に始まる療養所における有料化の導入は入所患者の病状の深刻化を進めるものであり、まさしく「療養生活は貧困化への途」であった。同時に患者一人当たりの経費も年を追うごとに圧縮される困難な経営状況もまた患者の置かれた境遇を物語っている。

そして療養生活のテーマでは、それまでに見た結核をめぐる社会状況を踏まえ、そこに生きる大人と子どもの視角から見つめる。特に第八章「療養者の言葉と生活」では患者一人ひとりの文字と言葉を拾いおこすことで、決して単純化できない療養生活の心象風景の描出を試みている。療養生活のさまざまな側面として発病・不安、偏見・差別、療養所、貧困、性・恋愛、そして迷信混じりの民間療法にすがる姿までもが患者個々の内面とその周囲の思惑として拾いおこされている。そのひとつを抜き出すならば「風なびく花それさへや我を厭ふそぶりかと思ふや病める浅間し」と感じるまでに傷つけられた患者の姿がある。一方、子どもをめぐる状況として結核対策のため生まれた虚弱児教育、そのとりくみと休暇聚落を見ている。

以上、本書の内容を概観してみた。読み進めていく中で興味深いのが本書の構成である。前半部はひと言に結核の政治史である。それは結核が国民病と意識されるなかで、明治政府の国民組織化の思惑のもと患者届出制度に結実する結核予防法体制への過程である。次いで結核療養所、療養生活の実態についての細密な分析。そして最後に療養患者の心象風景を描き出している。つまり法の名のもと結核患者の生活を最初に規定する国家、生活の場としての療養所、そして病苦のみならず周囲の視線と生活苦にさいなまれた患者の内面へと、まるで外堀から内堀へと埋めていくように法や環境に止まらない実体としての結核患者の姿を読者の前に現出させることに成功している。その総合化を実現させたことで、本書は「結核の社会史」と題するにふさわしいものとなっている。

そして本書で青木を強くとらえているのは、結核という病を語る上での単純な(それが複雑なものであるにせよ)ロマン化への反発である。青木はこの病に「具体的で生々しい患者」の姿を見る。それは「いつまでも運命に打ち拉がれているわけではなく、いつしか自力で立ち上がり、前向きに」かつ「必死に生きようとする患者」の姿である。青木が本書をつくりあげた中で最も意識したのは福田眞人の『結核の文化史－近代日本における病のイメージ』(名古屋大学出版会、1995年)であろう。それは本書の表題からも明らかに見てとれる。福田の研究は単にイメージや文化に止まらない結核対策、病者の闘病にまで及ぶ広範な目配りが示され

た研究である。青木もまたそこでの視点の新しさを認めている。しかし青木がそれに対峙することで本書の評価を高くする点は、「語る」ことで文化を担った文学者よりも、闘病という孤独な貰め苦を貧困とともに耐えてきた絶対的多数者としての患者一人ひとりを素材とすることで結核という病の実像に迫ろうとする姿勢に他ならない。その結果見えてくるのは、青木が述べるように「多くの患者は予防対策とは無縁に生きていた」という結核をめぐる現実だろう。そこにわたくしは本書を「結核の社会史」と名づける成果を認める。

しかし読者をして物足りなく感じさせる箇所がないわけではない。第二、三章でとりあげられる全国結核予防連合会と日本結核予防協会、その具体的な連携も含めて、相互の関係はわかりづらい。連合会の協議の反映についてもその記述は断片的であり、むしろ章をはさんだことでそれらが断絶して述べられる印象をもった。また連合会の協議事項についての詳細な分析がされながらも、その活動の中でむしろ協議されなかったこと(それが意識されてか、そうでなかったにせよ)を結核の歴史を通観してこそ見える視角で深く追究してほしかった。そうすれば連合会のもつ性格、その限界を含めた歴史的制約についてより深く明らかにすることができただろう。第九章で述べられる、結核をめぐる子どもの視角から迫った虚弱児教育、休暇聚落については、大枠としての結核児童の環境を示すに止まり、青木の言う具体的患者像に迫れたとまでは言い難い。これなどは今後の課題だろう。

本書全体にかかわることでは、結核という病における禁忌、偏見についてはどうだろう。病者についての研究の中でも特にハンセン病は過酷な隔離と抹殺の対象となったことが明らかにされている。この悲劇は病者を過度に危険視する政策とそれによって再生産される偏見、禁忌がさらにそれを補強するという悪循環によって継続されてきた。では、結核は百万を超える患者数が予想され国民病とも意識された一般化のなか、どのような禁忌、偏見の対象とされたのか。それが噴出した例として本書では東京市療養所、二宮養生院の設置反対運動が描かれている。これなどは療養所設置により結核という病が否応なく身近なものとして突きつけられた、地域住民にとり非常事態の出来事と言えよう。こうした事態を準備した結核という病への恐怖そのものを生み出したものは何だったのか。普段の状況において、病者の周辺で偏見がどう語られ、禁忌の行動をとらせたか。例えば青木が注にも引いた「清瀬に行けば死ぬ」という言説の流布。それこそが社会生活を営む上で結核患者の生をより深く規定するものであったろう。それらが病者の闘病生活、彼らの生にどう影響したのか。本書ではまとまった形で示されてはいないが、その点にも期待したい。

ただ、それら物足りなく思う点を補って余りあるのが図表を含め読者に提示される豊富な資料である。特に巻末に付される連合会協議事項一覧などは単に青木の立論の材料に止まらず、読者にとってあれこれと思考し、検討する楽しみを与えてくれる。図表も読者に対し所論の検証を投げかけてくるものだ。これも研究に対し広く批判を求めようとする青木の態度の表れであろう。

本書をそのように成り立たせているのは何か。それは「あとがき」にも述べられているように青木のじかに病者に向かい合ってきた経験に他ならない。小児病院の院内学級の教師として「前に籍を置いていた学級や地域に対して病気の事実を隠したり、退院して戻るべき学校から婉曲に転校を薦められ」ている児童を目の当たりにしてきたことが、結核を過去の病気でなく、そのとりまく社会も含め「今なお続く病気」として青木に強く意識させている。病を肉体の中の現実以上に社会はそれをゆがめて受けとめ、排除の対象としていく。それは今なお改められたと言い難い病理として生きている。病者をおとしめてきた歴史を見つめることは今この社会に生きるわたくしたちに重い警句を投げかけるだろう。その上で本書は好個の一冊といえる。

(せきね たかし)

青木純一『結核の社会史－国民病対策の組織化と結核患者の実像を追って－』(お茶の水書房、2004年3月刊、5200円＋税)

〈「映画と本」で考える〉

『子どもとゆく』を読んで

原内　理恵

『子どもとゆく』は現場感覚・本音・伝わる言葉がある

雑誌『子どもとゆく』(月刊・300円)は、講演会の書籍コーナーなどで見かけたことはあるが、実際に手にとって読んだことはない。そんな私が、その月刊誌創刊20周年・200号を記念して発行された単行本『子どもとゆく』という本の書評を書くことになった。書評などおこがましいと躊躇したが、読書感想文を子どもたちに強いている立場上、逃げてもいられないと送られてきた本のページをめくった。

だが、編集人の藤田さんの「まえがき」をさっと読んだだけで、ピンときた。この本には、私が求めてきた「現場感覚」「本音」「伝わる言葉」がある！ 20年前にこの小冊子に出会っていれば、私の教員生活はもう少し違ったものになったのではないかと、損した気分になった。

雑誌『子どもとゆく』は、「理路整然としっかりした議論をするよりも、日々の暮らしから湧き出てくる言葉を大切にして、子どもをめぐる現場からの言葉を積み重ねていって、時代に対する感覚をみがけないだろうか」「言葉を戦いの武器としてではなく、人とつながってゆく道具にしたい」という声を実現すべく創刊された。この雑誌を通して、「それぞれの地点から、自分とは違った立場の人の発言を聞くことで、その人なりの現実を知り、広い視野に立ってものを考えよう」というのである。

今回発行された単行本『子どもとゆく』は、ここ数年の巻頭インタビューの中から13篇をピックアップしてまとめたものだ。子ども評論家の斉藤次郎さん、脚本家の山田太一さん他、子どもの居場所をつくる人、いろいろなハンディをもつ子どもを支える人、農業・自然・人の体・差別について考えている人、私と同じ学校現場の教員など、さまざまなジャンルの人が「子ども」というキーワードで自分の生き方を語っている。「自分とは違った立場の人の発言」とは言っても、この本に登場される方々はみな、現状に失望しながらも、子どもの目線に立ち「子どもとゆく」ことで平和で住みよい未来にささやかな希望をつないでいる。そして、その希望を実現させるには、建前やマニュアルでは到底立ち向かえない、いや、建前やマニュアルこそが問題を悪化させてしまうのだと考えている。そういう意味においては、まったく同じ立場の人たちであると言える。

巧妙にぼかされているイデオロギー対立

「今の社会は、多様な価値観の時代だ」と言われるが、私はそうは思わない。厳然としたイデオロギー対立があると思っている。そんなことを言ったら、『子どもとゆく』の発言者の皆さんからも、古臭い考えだと言われるかもしれない。でも、「人間らしい暮らしを踏み台にした金儲けを許す」考えと、「そんなことは、地球という星の存続と人間の尊厳にかけて断固許さない」とする考えの対立(これをイデオロギーの対立と言うかどうかは別として)が、ウィルスと白血球のたたかいのごとく、世界中のここかしこに広がっているのは、誰の目にも明らかだと思う。国境を越えた資本のグローバル化の中、食うか食われるかの生存競争が世界中を席巻し、金儲けのためなら手段を選ばずといった考えが蔓延している。中東地域における石油資源や領土をめぐる侵略戦争など、例を挙げたら枚挙にいとまがない。日本も世界大競争時代を勝ち抜くために、福祉・教育予算をできる限り減らし、大企業に対し国をあげて援助するとともに、アメリカに追従して軍事力の使用も辞さないと国家戦略を着々とすすめて

いる。昨今のニュースを振り返ると、私は、「平和で住みよい未来」など遠ざかる一方のように思えてならない。

「金儲けのためには手段を選ばず」というイデオロギーは、私たちの日々の暮らしにも深く入り込んできている。「日本経済を救う」ためのエリート養成・受験競争の激化・差別選別の拡大、生き残りをかけた企業戦略・労働条件の悪化・失業者の増大、その中で、孤独感や不公平感にさいなまれ、人間の絆を失って苦しむ子ども・おとなが巷にあふれている。だが、それへの対策は、人びとを奮い立たせ暴発させないよう、うまくまとめていくための「心のケア」「心の教育」「自己責任論」「愛国心」だ。「金儲けのためには手段を選ばず」という目論みは巧妙にぼかされ、みな何をどう考えてよいかわからず、苦しむ人びとの状況は悪化するばかりである。

この本の発言者たちは、それぞれの持ち場で悩んだり、考えたり、行動を起こす中で、「そもそも人間らしく生きるとは、どういうことなのか」という原点に立ち返って考えるに至る。そして、圧倒的に弱い立場にある子どもに寄り添いながら、「現場感覚」「伝わる言葉」「本音」で思いを語ることで、意識的にかどうかは別として、「巧妙にぼかされた対立点」を私たちに明らかにしている。

対立点をぼかしている側が一番恐れるのは、「現場」で起きていることに対するありのままの「本音」を、わかりやすい「伝わる言葉」でたくさんの人びとに発信されることだ。

本の中で、斉藤次郎さんは、「国家の支配力を弱めていく手立てがなくて困る」が、「オレは必ずしもそう思っていないよ」と表明し続けることが大切だとおっしゃっているが、私は、「今、私たちがやらなければならないのは、これだ！」と思った。

学校から「ゆとり」や「安心」を奪う経済効率優先の教育改革

学校現場に浸透してきた「金儲けのためには手段を選ばない」イデオロギーは、2002年の学校週5日制の導入を契機に加速度的に広がっている。「子どもたちを学校の競争原理から解放し、おとなも子どもも地域のつながりの中で暮らせるようにしたい」と切望されてきた学校5日制は、学校の効率化、子どもを選別し「できない」子の切り捨てをすすめるためのチャンスとして利用された。

系統性のない学習指導要領の三割削減、道徳的側面ばかりが強調される学習内容、ウィークデーに凝縮された過密な日課表は、子どもたちを、次々わからないままにすすむ授業、友だちとゆっくり話す暇もない学校生活、宿題の山、塾通い、土日の部活動へといっそう追い込む結果を招いた。就職問題も深刻化の一途を辿っており、学校で学んだことが自分の将来に生かされそうにない現実を子どもたちも感じている。これでは、学校嫌い、勉強嫌いの子が増えてくるのも当然だ。しかし、政府・文部科学省は、学力低下論を利用して、教師たちの指導力や働き方に問題をすり替え、教師バッシングを繰り返している。

また、過密スケジュールによる日々の忙しさは、学校運営の円滑化という名目の上意下達や、授業の効率化という名目のマニュアル主義をはびこらせ、教師たちが長年ためらってきた能力別学習導入へのハードルを一気に低くした。さらに、学校にとって最大の「足かせ」となる不登校や学習障害、授業を「妨害」をする子どもの問題を改善するため、TT(Team Teaching)やカウンセラー・専門家などによる支援体制の充実が叫ばれた。その中で、「学力」が「低い子」、「発達」が「遅い子」、行動・性格が「変わっている子」などをピックアップし、今まで以上に「特別」に扱っていこうという動きが広がっている。

そもそも政府の教育改革は、「金儲けのためには手段を選ばない」イデオロギーにもとづき、効率よく安上がりに国家や企業にとって有益な「エリート」を養成し、それ以外の者には、「せめて実直な精神」だけでも育てていこうというものだ。だが、その目論みは、「子どもの思いを大切にする」「心を育てる」「個性を伸ばす」「学力を身につけさせる」などという耳障りの良い言葉で、巧妙にぼかされている。次々に提案される教育政策は、子どもたちのためではない。だから、当

然、問題は解決するどころかますます深刻になる。その中で、私たち教師は、うまくいかないのは子どものせい？保護者のせい？やっぱり自分の指導力不足のせいなのかと苦しみながら、日々、走り回って働いている。

みんな迷っているし、変だと思っている！

学校現場では、みんな迷っているし、変だと思っているはずだ！

子どもを理解するために、子どもの現実を把握することや、「ゆっくり」が必要な子に、その環境を保障してやることは大事なことだ。だからと言って、次々と病名をつけ、分けて育てればよいというものではない。私たちの仕事は、どの子も人とつながって、自信をもって生きていくことができるよう手助けをすることだ。ADナントカという病名をつけられ、TTがついたり、習熟度別のコースで「特別に」扱われ、「普通」の子と分けられることで、「うまくいかないのは、自分が人より劣っているからだ」と思い込まされる。できるようになることをめざすことは大切だが、そんな子どもの心を無視したやり方や、クラスの中の助け合いを育てないやり方が、子どもたちの生きる力につながるのだろうか。

子どもが不登校になったり、教室で荒れたりする原因は、その子やその子の家族だけにあるわけではない。不登校のAさんや病名がついているBさんの問題は、実は、ついつい人をいじめてしまうCさんやDさん、考えなしに流されるまわりの子どもたち、ゆっくり話を聞いてあげない担任、自分の子どもしか見えないクラスメイトの保護者たち、そうした実態を招いている経済・社会のシステムや教育政策の問題かもしれない。そして、直接には、「おまえなんかあっちへ行け」「自分には関係ない」という心無い視線に傷つき、安心できる居場所を失っているせいかもしれない。

本の中で、不登校などの子どもの居場所をつくってきた滝谷美佐保さんが、「問題の根底にあるのは、ほんとにお互い一人一人が大事な人だと思う関係が揺らいでいるんじゃないか、っていうこと」とおっしゃっているが、学校をめぐる問題の直接の原因は、まさにこれに尽きると思う。

学力低下を食い止める切り札として、100マス計算や漢字のテスト、暗唱などといった繰り返し学習が持てはやされている。そんなことは、昔から取り組まれてきたが、全校で到達目標を掲げ取り組むとなるとわけが違ってくる。そこでは、漢字や計算のしくみを学ぶことより、何秒で計算できたか、いくつ漢字が書けたかが重要な価値となる。国語の時間は、時間がかかるという理由から、作品の価値や自分たちの感想を話し合うことより、ひたすら音読したり暗唱したりすることを重視される。どこかでだれかが良いと言ったら(但し、お上の思惑にかなったもの)、そのマニュアルにしたがって教える力が「指導力」であり、マニュアルどおりやれば、子どもは確実に育つと押し付けられる。

長年、農業改良普及員として農薬や化学肥料を使わない農業を模索してきた宇根豊さんは、「百姓一人ひとりが立派な技術者」だとおっしゃる。「一つひとつの田んぼの個性を生かし、農薬を使わずに、自然環境まできちんと把握し、百姓の人間性や生きがいを重視する農法は、上意下達の技術の普及ではぜったいダメ」だとして、マニュアル化できない技術にこそ価値を置く。教師の仕事も、目の前の一人ひとりの子どもに一番必要な教育内容や対応を模索するという、まさにマニュアル化できない仕事であり、これが教育基本法の精神＝「教育の自由」のことではないだろうか。

こんなことは、教師ならば誰でも感じているはずだ。でも、教育公務員の「長いものに巻かれろ」体質のせいで、とりあえず建前だらけの報告書や学習指導要領どおりの週案を提出する。「君が代」のような差別の歌は一生歌うまいと決意しても、それを口に出して管理職と対決するのは避ける。そうやって、知らず知らずのうちに何も言えなくなっている。そんな「もの言わない職員室」は、着々と「ものを考えない子どもたち」を増やしている。

何より大切なのは子どもが元気で楽しくいること

この本の発言者たちが言うように、「人間らしく生きるにはどうしたらよいか」を唯一の基準として、今のはやりに流されず、目の前の子どもにとって何が大切かを今一度考えてみたい。そして、気づいたり感じたりした「本音」は、とにかく声に出してみようと思う。みんな、口には出さずとも気づいているはずだ。だから、共感できることは、きっといっしょにたたかってくれると信じたい。そのためにも、私は、「伝わる言葉」を持ちたいと思う。

押し付けたりあきらめたりせず、レッテルを貼ったり病名をつけたりするのでもなく、まず、子どものありのままの現実を受け止める。その現実から出発して、いろいろ手立てを考えながら、クラスの中でみんなとやってるうちに、「いつのまにか育ってきたね！」というような仕事をしたい。ともすると私たちは、教育マシーンとなり、機械のごとく子どもを型にはめていく仕事をさせられるはめになる。山田太一さんがおっしゃるように、マニュアルや効率主義、競争主義に惑わされず、「自分の現実を受け止めて、その現実を愛する」ことが大切だ。

テレビのスイッチを入れると、毎日のように暗いニュースが飛び込んでくる。「やられたらやり返す」という暴力による解決が蔓延する社会の中で、「命」、とりわけ無抵抗な「子どもの命」はますます軽くなり、問題は解決どころか悪化するばかりだ。子どもたちは、口には出さずとも、そんな世相を敏感に感じ取っている。だから大人は、未来を生きる子どもたちの暮らしを安心なものにする努力をしながらも、「安心して！世の中、そんなに悲観するほどじゃない。人の間で生きるって楽しいよ」と伝えてやりたい。

単行本『子どもとゆく』の表紙には、「なにより大切なのは子どもが元気で楽しくいること」とあるが、最近、この言葉がいつも私の頭の中をぐるぐる回っている。たまに、読書感想文もいいものだ。('04.11.13)

(はらうち りえ　札幌市立小学校教員)

山田太一・斎藤次郎ほか『子どもとゆく』編集部編
『子どもとゆく』(コモンズ　定価1700円＋税)

〈"ここの場所"から〉

東京都公立学校教職員に配布された「教職員のためのストレス問診表」

岡山　輝明

2004年6月、教頭改め副校長から教職員の机上に、切手不要の返信用封筒に同封されたA4版10頁にわたる「教職員のためのストレス問診票」が配られた。都内公立学校の教職員全員が月々掛け金等を支払って組織している「社団法人東京都教職員互助会東京都教職員総合健康センター」並びに「公立学校共済組合東京支部(支部長は横山洋吉東京都教育長)」「東京都教職員福利厚生会」の名が列記されてある。健康保険や職域病院も含めて、いずれも教職員の福利厚生に関わる団体である。

説明用紙には「皆様をとりまく環境が激しく変化している中で、『からだ』の健康に加えて、『こころ』の健康づくりが重要になっています。『病気の早期発見・早期治療』はいうまでもなく、これからは、まず皆様ご自身が自らの健康状態やストレスに気づき、相談窓口や医療機関を上手に活用して、健康増進・発病予防に取り組んでいくことが重要です」とまず呼びかけがある。次いで「今年度から全ての教職員に配布します」「本人にお知らせする以外の利用は一切ありません」、互助会が運営する職域病院の「診療経験を踏まえて、教職員が受けやすいストレスに重点をおいて開発した」ものであること、「こころの健康状態を把握し、健康で豊かな生活をお送りいただくため、ぜひ、お試し下さい」「結果に応じては、『こころとからだの相談室』において、専門の医師または臨床心理士から適切なアドバイスが受けられます」「料金負担はありません」等々と書かれている。

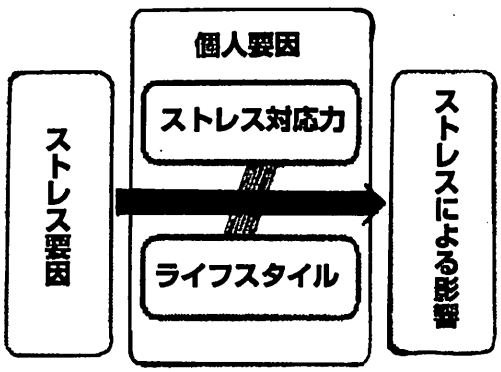
問診表の中身はAからEまでに分けて計195項目が並ぶ。Aは「意義・やりがいを感じる」など『学校での仕事』。これには全般的なものに加えて「教諭」「養護教諭」「管理職」「その他の職種」と職種別の問いが続く。Bは「からだを動かす」など『日常生活』。Cは「食欲がない」など『健康状態』。Dは「気もちを抑えることが多い」など『考え方や行動』。Eは「身のまわりのことをしっかりできる」など『あなた自身のこと』とそれぞれ30～50項目からなる。

記入欄はそれぞれ1～4まで用意されていて、A・D・Eが「あてはまる」「まああてはまる」「少しあてはまる」「あてはまらない」、B・Cが「ほとんどいつも」「しばしば」「ときどき」「ほとんどない」、このどれかの番号に黒ボールペンで斜線を入れる。該当の番号数字をA～Eそれぞれで集計して診断する訳である。選択肢が4つしか用意されていないこと、これは最近始まった「学校評価」や「授業評価」のシート記入欄とも共通する。「どちらともいえない」など中間の回答を設けずに、プラスの方向とマイナスの方向とでそれぞれ2つずつ配置し、いいのか悪いのかハッキリしろと記入者に迫るものである。この問診表の記入欄にもそうした中間の選択肢はない。しかもその内3つが該当の程度を問う方向で用意されている。職域病院での診療経験を踏まえて微妙な「兆候」を逃さないための工夫が伺える。

では記入して送付するとどうなるか。友人が適当に記入して試しに投函してくれた。暫くして「教職員のための健康アドバイスシート」が彼の自宅に届いた。内容は仕事に関係した『ストレス要因』、個人要因としての『ストレス対応力』『ライフスタイル』、これらを合わせた「こころ」「からだ」「行動面」への『ストレスによる影響』、この4つに若干のコメントがあり、根拠を示すように3～4項目に渡って「低い」「やや低い」「ふつう」「やや高い」「高い」の5段階どれかの度合いを黒帯の伸びで示している。その上で「総合健康度」がコメントと共に同じく5段階で表示されている。友人の場合、総合健康度は「ふつう」のほぼ真ん中であり、コメント

は「ほぼ平均的です。より健康度を高めることが大切です」と述べられ、最後に「ストレス等による心身への影響度を見ると、身体面での自覚症状および心理面への影響が見られます。予約フリーダイヤルまでご連絡いただき、ぜひ『こころの相談室』をご利用下さい」と結ばれている。『ストレスによる影響』の中で「からだへの影響」が僅かに「やや高い」を示していたからである。

《ストレス・モデル》



このように問診表を通して自発的な心身の健康管理を促すと共に、診断の結果、ストレスの影響の度合いが少しでも高ければ見逃さずに相談室へと誘う仕掛けである。これでは仕事からくるストレスの要因を個人の持つ要因がカバーできなければ、ストレスの影響が「こころ」「からだ」「行動面」の全てか、あるいはそのどれかに高い方向で現れざるをえない。仕事上の問題が個人では対応できない程に過大なものであったとしても、これをストレスの要因として扱うことで全てが内面の健康管理の問題へと転稼させられてしまうのである。極めて警戒が必要な事態と言わなければならない。

『サンデー毎日』や『東京新聞』などマスコミでも度々取り上げられてきたとおり、東京都教育委員会は昨秋から都立学校の創立記念式典や卒業式・入学式の場面で、徹底した「日の丸・君が代」の強制に乗り出している。校長に教職員への職務命令を出させると共に、都教委へは式次第並びに一人ひとりの位置まで明記させた会場配置図を提出させ、式当日には監視のための職員まで派遣する。従わない者に処分を科すためである。こうした国家主義強調の徹底した動きと機を一にしながら、都内公立学校の全教職員の内面管理に踏み出してきたのである。ここには権力側の強い意図がある。教職員の内面の自由を押し潰すことによって当然のように生じた反発、葛藤等々をストレスとして処理し、その影響が心身や行動に現れていないかをチェックする。僅かでも兆しを認めれば心理学の技法を使ってこれを慰撫し、怒りを「中和」する。それでも納まりきらない者は、「指導力不足」「不適格」の烙印を押しつけて職場から外していく。こういう体制が整備されたのである。

実際に昨年、別の友人が精神的な疲れから何ヶ月か病気休職をした。その際、管理職は執拗に職域病院にかかることを求めたけれども、友人は頑なに拒否して無事職場に復帰した。もしそこで診断を受ければ管理職が復帰させなかったのではないかと今も疑念を持っている。自分がかかっている病院では何故いけないのか、納得できる説明はなかったからである。またある集会で受け取ったビラには、都の指定医が都教委の望んだ診断書を勝手に提出したため「分限免職」に追い込まれ、裁判で闘っていることが書かれていた。

生徒や保護者、教職員が置かれている社会状況、職場での管理強化と共に国家主義の強調を徹底する教育行政の在り方を一切問うことなく、何もかも個人の内面の問題に転嫁しようとするたくらみがここにある。これは教職員の「仲間意識＝信頼」「仕事の自由度＝ゆとり」「裁量の余地」などが解体されてきた反映であり、さらに解体を徹底して一人ひとりバラバラにするぞという教育行政側の意思表明でもある。職場で困ったことがあったら同僚と相談したり、労働組合の分会で相談し、管理職と交渉を重ねて少しでも良い方向へ持って行く手だてが閉ざされたからこそ、「こころの相談室」で困ったと感じる気持、あるいはストレスを感じる気持だけが取り上げられるのである。ここでは気の持ちようや向精神薬の効き目、あるいは職場を離れて休養する方向へと問題が移っていかざるを得ない。これは「校長のリーダーシップの確立」すなわち「都教委による学校支配」が貫徹し、言われたままに働

く他なくなった職場に必要不可欠な内面管理の方法である。

労働組合の存在感は決定的に希薄化し労務管理の一翼を担う他なくなってしまう。東京都労働組合連合会が11月に配布した職場掲示用のビラの一枚には「メンタル対策確立」が掲げられていた。団結を固めて労働条件等を改善する方向が見えなくなる一方で、このように行政権力側の動きに労働組合自身が無批判に呼応してしまう点に、今日の事態の深刻さがあると言わなければならない。

（おかやま てるあき　都立夜間定時制高校教諭）

編集後記

今回、図や表が多くなりました。いわゆるビジュアル化したということです。今後、こういうことはほとんど当たり前になっていくのかもしれません。雑誌がより読みやすくなるのならば、と思いつつも、僕のコンピュータ操作の力からすると、正直に言えば、雑誌のゲラ作りに途方に暮れるという状態でした。今回は、いよいよの最終段階で平井さんから助力の申し出があり、何とか完成にこぎつけた、というのが感想です。もちろん、これが苦でもない人がたくさんいるでしょう。エクセルとか、パワーポイントとか、ソフトの名前がいろいろに飛び出してきて、これらをビジュアル化を含めて多様に操作できる人が増えてきているのでしょう。

文章であれこれ書き方を苦しむよりも、グラフや表や図で感覚的に把握できるというのは、そういえば、小学校の算数の時間に学んだような気もします。

でも、僕にはどうも身につかなかったようです。昔から動きがないものは何だか飽きてしまうらしいのです。映画は好きでしたが、絵画はだめでした。漫画はぎりぎり大丈夫でしたが、やはりそれほど好きにはなれませんでした。そういえば、文字を読むというのは、目の動きが伴います。もちろん、絵画でもそれはあるでしょうけれど、どうも緩慢です。きっと、落ち着きがないのでしょう。けれど、一方で、ひっそりと身動きせずにじっとしているのが、つまりは怠けているのがとても心地よいというのも本当です。刺激はないと困るけれど、たくさん受けたくないのですね。

結果として、部屋の片隅に置いたテレビを観ているのが僕には一番いいのかもしれません。こういうときに、「静かに読書しているのが自分には似合う」と言えない自分がいます。本を長い時間読んでいると、目と後頭部が痛くなるからです。何だか、「高尚な文化」とはどうしても相容れない自分を感じているこの頃です。(三輪)

疲れました。今号が今までの中で一番大変でした。編集作業をしているときに職場でもいろいろあり、忙しかったです。

あと少しで解放されます。が、総会に向けてやらなければならないことが山とあります。地獄はあと一ヶ月というところでしょうか。(平井)

社会臨床雑誌　第12巻第3号

◆発行年月日◆

2005年3月26日

◆発行者◆

日本社会臨床学会(代表　中島浩籌)

事務局 茨城県水戸市文京2-1-1茨城大学教育学部情報教育講座林研究室

電子メール ..... shakai_rinsho@yahoo.co.jp

WWW ..... http://www.geocities.jp/shakai_rinsho/

電話/FAX ..... TEL/029-228-8314　FAX/029-228-8314

郵便振替 00170-9-707357

◆印刷所◆

有限会社アルマウォック

東京都千代田区神田神保町1－64　田中ビル2F

電話：03-3296-7811

現代書館

東京都千代田区飯田橋３－２－５　http://www.gendaishokan.co.jp/
電話　03－3221－1321　FAX　03－3262－5906

山下恒男　著

日本人の「心」と心理学の問題

6800円＋税

心理学の存在基盤そのものを根源から問い直し、日本人の過去から現在にいたる「心」の問題と心理学の文化と歴史を相対化する壮大な試みの書。第Ⅰ部　日本人の「心」の特徴と背景。第Ⅱ部　日本の心理学の特徴。第Ⅲ部　日本人が直面している「心理的」問題。「心理学」を背負ったすべての「専門家」必読書。

山下恒男　著

反発達論〈新装版〉

――抑圧の人間学からの解放

2000円＋税

日本社会臨床学会　編

カウンセリング・幻想と現実（上・下）

上巻・理論と社会／下巻・生活と臨床

各3000円＋税

井上芳保　編

「心のケア」を再考する

3000円＋税

北村小夜　著

能力主義と教育基本法「改正」

――非才、無才、そして障害者の立場から考える

2200円＋税

障害者・保育・教育の総合誌

季刊　福祉労働106号

特集　見えてきた特別支援教育の正体

編集長　石毛鏡子

1200円＋税

『社会臨床雑誌』・『社会臨床ニュース』への投稿のお願い

日本社会臨床学会編集委員会

(一)　日本社会臨床学会は、学会機関誌『社会臨床雑誌』を当分の間、年三回発行します。また、学会機関紙『社会臨床ニュース』を必要に応じて随時発行します。

(二)　学会機関誌・紙への投稿は、いつでも広く募っています。別に、特集等を予告して、それにそった投稿をお願いすることもあります。研究発表、実践報告、エッセイ、問題提起、討論、意見交換などの場として活用していきたいので、どしどしご投稿下さい。

(三)　原稿枚数は、四百字詰め原稿用紙三十枚程度としますが、それを越える場合には、編集委員会に御相談下さい。また、〈"ここの場所"から〉、〈「映画と本」で考える〉は、原稿用紙五～十枚程度とします。

(四)　投稿原稿の採否は編集委員会で決定し、その結果をお知らせします。

(五)　掲載させていただいた方には、掲載誌・紙五部を贈呈します。それを越える部数を希望される場合には、編集委員会に御相談下さい。

(六)　投稿原稿は原則として返却しませんので、コピー等をお手許に保存して下さい。

(七)　原稿を、ワープロ、コンピュータ等を使用して執筆されている方は、印字された原稿とともに電子化された原稿データも(フロッピーディスク、電子メール等で)お届け下さるようお願いします。御使用の機種、ソフトウエア等により調整が必要ですので、編集委員会にお問い合わせ下さい。

(八)　なお、編集委員会へのお問い合わせは、学会事務局を通してお願いします。

会費／購読会費について

日本社会臨床学会の運営は、会員／購読会員の会費／購読会費によって行われています。

会計年度は、四月より翌年三月までを一年とし、**年会費は、会員、購読会員とも六〇〇〇円**です。翌年度分を、現年度中に納入いただくことになっています。

会員／購読会員の皆様には、『社会臨床雑誌』・『社会臨床ニュース』を郵送でお送りしていますが、その際に、封筒に貼付してある送り先の住所ラベルの右下隅の数字が、現在納入いただいている会費の最終年度を示しています。

例えば、「1-[2001]」となっていた場合、2001年度分まで納入済、「1-[2004]」ならば2004年度分まで納入済ということになります。もしも「1-[]」となっていた場合、「一度も会費を払っていない」ということになります。

ちなみに、年度の数字の前の「1」は「会員、または購読会員」を示しています。

会費は、何年度分の会費かを記入の上、「**郵便振替00170-9-707357　日本社会臨床学会**」に納入下さい。

Vol.12 No.3 May, 2005

THE SHAKAI RINSHO REVIEW

The Japan Shakai Rinsho Association
Editorial and Publication Office:
c/o N. Hayashi, Department of Info-Education, Faculty of Education, Ibaraki University,
2-1-1, Bunkyo, Mito-shi, Ibaraki-Ken, 310, JAPAN

CONTENTS

Prologue ____ The Editorial Committee, The Association ____ (1)

The Reports of the Workshops on Medicalization of Daily Life ____ (2)

Problems on Current Medicalization ____ Ishikawa,N. ____ (3)

Medicalization of School Life along with Developmental Disoders
____ Miwa,S. ____ (18)

Discussion ____ (22)

Sutudy of Eugenic Movements in the U.S.A.(I)

Why It was Eugenics? ____ Akiba,S. ____ (33)

Clitical Comments on Trends of Death with Dignity and Euthanasia ____ Koga,N. ____ (57)

Thinking About Suspension of Life-Sustaining Treatment ____ Shinohara, M. ____ (61)

School Refusal and its Medical Problems ____ Tokyo Schule ____ (70)

Film & Book Reviews

Sekine, T.(92) Harauchi,R.(95)

"Where We're At"

Okayama, T.(99)

The Editors' Comment ____ (102)

Information of the 13th Convention of the Association ____ (0)

#The Japanese term *Shakai Rinsho* literally means clinical work on society. However, the meaning is still vaguely defined by our association and we refain from giving it a precise English equivalent at this time.