社会臨床雑誌

2006年3月5日　　第13巻第3号

はじめに ..... 日本社会臨床学会編集委員会 1

〈'05 秋の合宿学習会報告〉

社会福祉基礎構造改革とは何か？　－介護保険制度と障害者自立支援法を軸に－

発題Ⅰ ..... 飯島　勤 3

発題Ⅱ ..... 古賀　典夫 11

討論 17

〈論文〉

不登校理解＝原因論の変説に関する一考察　－小泉英二に照準して－

..... 山岸　竜二 27

暮らしの中の医療化に対する両義的な思い　－石川憲彦さんの発題に触発されて－

..... 梶原　公子 34

「安楽死・尊厳死」論の状況的文脈 ..... 八木　晃介 39

〈アメリカの優生運動研究ノート(IV)〉統計に見る優生不妊手術の歴史と問題

..... 秋葉　聰 51

〈討論〉

「いのち」の近代史を振り返る　－ハンセン病・結核問題を軸に－

..... 藤野 豊・青木 純一・篠原 睦治 ..88

〈ここの場所から〉

まか不思議な世界（その2） ..... 赤松　晶子 120

〈映画や本で考える〉

善悪の彼岸へ　－『スティーヴィー』からの誘い－ ..... 佐藤　剛 125

『自閉症裁判－レッサーパンダ帽男の罪と罰』で考える ..... 四十物　和雄 127

補説－第二の内面化・言語・身体 ..... 原田　牧雄 135

日本社会臨床学会第14回総会のご案内 ..... 表紙裏

編集後記 140

日本社会臨床学会編集

日本社会臨床学会第14回総会のお知らせ

日本社会臨床学会会長　三輪寿二
第14回総会実行委員長　加藤彰彦

日本社会臨床学会は、現代を生きる人間の悩みや想い、その背後にある社会の矛盾や問題を、それぞれの暮らしの場の現実の中から探り出し、語り合う場です。
今回、沖縄大学を会場に総会を開催します。会員、非会員を問わず、どなたでも参加できます。

日程：　**2006年5月20日（土）、21日（日）**
場所：　**沖縄大学3号館（101教室）**
〒902—8521　沖縄県那覇市国場555
電話　098-832-2902（沖縄大学学生部長室）
参加費：　**2,000円**

総会プログラム

5月20日（土）

11:00～12:00　定期総会（運営委員会中間総括案、会計報告など）

13:00～17:00　**シンポジウムⅠ　いま、沖縄の子どもたちは……**
～子どもたちの置かれている状況と、その課題～
発題：玉寄哲永（沖縄県子ども会育成連絡協議会会長）
石川キヨ子（みどり保育園園長）
砂川恵正（沖縄県コザ児童相談所所長）
坂本清治（久高島留学センター代表）
司会：加藤彰彦、小沢牧子（学会運営委員）

18:30～21:00　交流会（自治会館）＜参加費：4,000円＞

5月21日（日）

10:00～12:00　記念講演　**「臨床心理学」にがらみ、あらがって四十年、そして今……**　篠原睦治（和光大学）

13:00～16:00　**シンポジウムⅡ　進行する「福祉」の改編を問う**
～社会福祉基礎構造改革の検証～
発題：伊藤周平（鹿児島大学法科大学院）
島村聡（那覇市役所）
次田健作（大谷女子大学）
司会：戸恒香苗、三輪寿二（学会運営委員）

・なお、交流会会場である自治会館に宿泊できます。ツインルーム（一室2名で宿泊の場合、1名4,620円、1名で宿泊の場合6,000円）です。申し込みは3月20日までに下記連絡先までお願いします。

連絡先：学会事務局　林延哉 fax：029-228-8314　mail:shakai_rinsho@yahoo.co.jp
総会実行委員長　加藤彰彦 tel&fax：098-854-2070

お詫びと訂正

社会臨床雑誌編集委員会

『社会臨床雑誌』13巻3号掲載の「〈討論〉『いのち』の近代史を振り返る」の訂正を以下の様にいたします。

編集委員会のミスで著者の青木純一さんからいただいていた著者校正を原稿に反映させないままに雑誌を印刷してしまいました。

著者と読者の皆様にご迷惑をおかけしましたことをお詫び申し上げます。

■訂正■

p.95 左 26 行目

誤:「病気も患者が多くなると、そこはりっぱな市場が生まれますが、その代表的な病気が結核であったわけです。」

正:「病気も患者が多くなると、そこにはりっぱな市場が生まれますが、その代表的な病気が結核であったわけです。」

p.98 左 17 行目

誤:「たとえば患者の家の前を手で口を押さえながら走るとか、露骨に「肺病病み」と罵るとか、お互いに付き合いがなくなるとか、いろいろな形があります。同時に、患者に同情して尋ねてくる人もいるわけです。」

正:「たとえば患者の家の前を手で口を押さえながら走るとか、露骨に「肺病病み」と罵るとか、お互いの付き合いがなくなるとか、いろいろな形であります。ところが同時に、患者に同情して尋ねてくる人もいるわけです。」

p.103 右 8 行目

誤:「青木　戦後は 10 年も経たずに、結核療養所はどんどん縮小を始めますから、それもあまりなかったと思いますね。

藤野　結核の長期療養所の方たちが、自分たちがいまこうして結核の治療にあずかれるのは皇族のご恩だよという論理はあまりないですか。」

正:「青木 結核の場合、戦後は 10 年を過ぎた頃から、療養所はどんどん縮小を始めますから、それもあまりなかったと思いますね。

藤野 結核で長期療養の方たちが、自分たちがいまこうして結核の治療にあずかれるのは皇族のご恩だよという論理はあまりないですか。」

p.104 左 36 行目

誤:「彼は済世学舎で学んで、古い医師法の時代に医学部を出なくても医師になれたんですね。」

正:「彼は済世学舎で学んで、古い医師法の時代には医学部を出なくても医師になれたんですね。」

p.116 左 21 行目

誤:「病を隠してシャバ生きる」

正:「病を隠してシャバで生きる」

はじめに

日本社会臨床学会編集委員会

本誌13巻3号をお届けする。

「〈'05秋の合宿学習会〉社会福祉基礎構造改革とは何か？ ―介護保険制度と障害者自立支援法を軸に―」では、飯島勤と古賀典夫が発題して、討論が続いたが、まずは、その報告を載せた。左頁（表紙裏）を見て頂くとお分かりのように、この学習会は、第14回総会のシンポジウム「進行する『福祉』の改編を問う」へと連動するが、そこで問いが更に深化しひろがることを期待している。梶原公子は、「〈'04学習会〉『暮しの中の医療化』を考える」における石川憲彦の発題に触発されて、「暮しの中の医療化」に対する両義的な思いを論じている。12巻3号で、尊厳死の倫理化・合法化の動きに呼応して、古賀典夫と篠原睦治が、そのことに関する批判的問題提起をしているが、今号では、八木晃介が「『安楽死・尊厳死』論の状況的文脈」を論じている。以上のことは、「暮しの中の福祉化・医療化」問題とでも括られると思うが、本誌は、これからもそのことを考え続けていきたいので、読者の皆様の参加を望んでいる。また、山岸竜二は、'90年前後を境にして、「不登校」の原因論が、子どもの問題とすることから学校教育・教師のそれとすることへと変説していることに着目して論じている。これからも「不登校」そのものをどのように考えるかなどを探っていきたい。

さて、本誌では、折々に、らい予防法の下での「ハンセン病の強制隔離」問題を考えてきたが、今号では、篠原睦治が藤野豊と青木純一を招いて、ハンセン病・結核問題を軸に、「『いのち』の近代史を振り返る」討論をしている。また、今回、秋葉聰は、「アメリカの優生運動研究ノート(Ⅳ)」として「統計に見る優生不妊手術の歴史と問題」を論じている。ふたつは、「近代化と優生思想・政策」ということに関わっているが、今日の「暮らしの中の福祉化・医療化」へとつながる側面とつながらない側面がある。そんな事々が浮き彫りになればと願っている。

赤松晶子は、〈ここの場所から〉欄で、精神医療の現場で進行する、医師、看護士などとのせめぎ合いの中で、患者側に立とうとする一心理臨床家の模索を語り始めているが、今回が二回目である。赤松には、この連載を希望しているが、読者の皆さんにも、各自の臨床現場をリアルに語る、そんなエッセイをお届けくだされればと思っている。

〈映画や本で考える〉には、三本の文章を載せた。佐藤剛は、佐藤が惹かれ、多くの人たちに観てほしい映画『スティーヴィー』を、この映画からの誘いとして愛情を込めて書いている。四十物和雄は、『自閉症裁判』を論じているが、社会的文脈と個人的特徴のはざまで「自閉症」を理解しようとする真摯な営為になっている。原田牧雄は、前号で、『心を商品化する社会』を読

んでいるが、今回は、その補充である。ここでは、改めて、意識、身体、感情の統合性が疎外されていく社会の中で、「心 (ひととひとの関係)」が商品化されていく過程を論じている。

さて、一部は前号でお伝えしてあるが、編集方針に関わって、読者の皆さんのご理解とご協力を得たいことがある。従来の〈映画と本で考える〉欄は、〈映画や本で考える〉とした。映画と本だけでなく、いろいろなメディアを介して、見たり、聞いたり、考えたりしたことをご紹介くだされればとの願いをより強く込めた名称に変えた。言うまでもなく〈ここの場所から〉欄も継続する。臨床現場など、職場のことに限らない。暮しのいろいろな場面を〈ここの場所〉として、そこからの報告をしてくだされればと願っている。

掲載した論文、エッセイ、報告などの著者には、とりあえず当該掲載誌 5 冊をお届けしてきたし、今後も、そのようにさせていただくが、より多くの冊数を希望する場合は、可能な限り、ご要望にそいたいと思います。また、抜き刷りを希望する場合、宅急便代込みの実費 (13 巻 2 号の 175 頁参照) でお届けします。いずれの場合も、学会事務局にお申し出ください。

頁をめくってくださると気づかれると思いますが、今号より、本文中の引用文献や注釈などを、当該頁の下欄に入れていくことにしました。注釈などが長いと、下欄のスペースが大きくなったり、次の頁までに及ぶことがあります。それでも、末尾に一覧するよりも、読みやすいのではないかと考えて、このようにしてみました。読者の皆さんのご意見、ご感想を頂くと幸いです。

14 巻 1 号は、第 14 回総会に先んじて、4月中にはお届けしますし、掲載予定の原稿も揃いつつあります。14 巻 2 号については、この総会記録が載ることが決まっているぐらいで、まだまだ余裕があります。どうぞ、七月末をめどに、ふるって、投稿してくださるように、心からお願いします (裏表紙裏参照)。

それでは、次回総会開催地、沖縄で、読者の皆さんとお会いできることを祈願して、筆を置きます。

(2006/02/13)

〈'05秋の合宿学習会報告　社会福祉基礎構造改革とは何か?〉①

発題Ⅰ　社会福祉基礎構造改革とは何か？
－介護保険と障害者自立支援法を軸に－

飯島　勤

［2005年10月8・9日、マホロバ・マインズ三浦別館（神奈川県三浦市）で、上記タイトルで、社会臨床学会主催の「秋の合宿学習会」を行った。本誌では、発題者、飯島勤さん、古賀典夫さんのそれぞれの発題および討論を報告する。なお、この時点では、障害者自立支援法は未成立で、古賀さんも、そのひとりだが、障害者側からの反対運動は、その渦中にあった。その後、10月31日に、同法は成立した。－編集部］

はじめに

今、障害者福祉の分野で、障害者自立支援法案をめぐり、大きな問題が起きている。この法案がもたらすものは何か。この法案は、今日のわが国の社会矛盾を反映している。この法案を軸に、介護保険制度、支援費制度等々、いわゆる社会福祉基礎構造改革に言及し、今日の社会保障・社会福祉をめぐる問題について議論を喚起したい。主たる問題提起は、次の三つである。

1.「応益負担」と自己責任論

社会福祉基礎構造改革では、「 施設から地域へ」「地方分権化」「介護の社会化」「自己決定」「自己選択」「措置から契約へ」「権利擁護」「利用者本位」等々、数々の標語が、飛び交ってきた。しかし、社会福祉の混迷は、一層深まっている。

障害者自立支援法という名称も、そうだ。厚生労働省の関連資料は、『「障害者自立支援法案」による改革～「地域で暮らす」当たり前に～』と銘打つ。「改革のポイント」としては、「障害福祉のサービスの一元化」「障害者がもっと『働ける社会』に」「地域の限られた社会資源を活用できるよう『規制緩和』」「公平なサービス利用のための『手続きや基準の透明化、明確化』」「増大する福祉サービス等の費用を皆で負担し支え合う仕組みの強化」を標榜する。

なかでも、「公平なサービス利用」や「皆で支え合う仕組み」とは、一体何か。この法案の骨格にある、「応益負担」のしくみに視点を当て、「自己責任論」について論じたい。

2.「財源不足」と福祉の「市場化」

社会福祉基礎構造改革は、関連国家予算の削減を根本的な命題にしている。社会保障・社会福祉における財政問題、市場論理の強化、「小さな政府」論等々の問題について、参加者の方々に、意見をうかがいたい。

3. 社会状況の変貌と大衆心理の行方

私たちの社会は、どこに向かっているのか。論議の究極として、このことを問いたい。本法案が受け入れられる社会状況に、深い憂いを感じる。わが国は、いつか来た道を、後戻りしているのではないか。学会の皆さんの議論にゆだね、新たな社会臨床の営みに期待したい。

Ⅰ. 障害者自立支援法案の特徴

障害者自立支援法案も、社会福祉基礎構造改革の一端をなす。少子・高齢社会、経済の停滞などを理由に、障害福祉予算に係る国家負担の軽減を図るものである。①自己責任の強化　②給付の抑制　③事業の市場原理化　④給付の商品化　⑤保険システムの導入などが、特徴。

戦後わが国の福祉は、不十分ながら憲法第25

条の趣旨を尊重し、国の責任を重視することを建前としてきた。これを、「安上がりの障害者福祉」へと、真っ向から転換する。この法案の最大の動機は、国の財源不足である。しかし、その真偽は、全く論議されていない。「国の予算がないから仕方ない」という論理で、法案が通ろうとしている。

本論では、法案にある「応益負担」の考え方に触れ、「自己責任の強化」という問題について、特に論述したい。参加者の方々に、様々な角度から、論議を深めていただきたい。

社会保障や社会福祉は、経済戦略に翻弄され、民営化・保険化路線をひた走っている。障害者福祉においても、市場論理に支配された自己責任論が強化されている。利用料の負担増、保険システムの導入、契約制度の徹底等に、具体的に顕われている。この動向は、障害者の生活を圧迫し、「社会参加」を閉ざし、公的責任の後退や給付の低劣化、契約トラブル等を引き起こし、混沌とした福祉状況をまねくだろう。

そして究極的には、高齢者や障害者を、「厄介視」する風潮（優生・差別思想の蔓延）へとつながるだろう。たとえば、障害者施策の保険化は、福祉サービスを、「保険事故の担保」として扱う。「障害」を「保険事故」とするのは、障害のあることを、個々の責任とみなすものである。「福祉サービスを利用すれば、障害者自身も負担するのは当然」と、年金暮らしの障害者の生活費から利用料を取り立て、重度障害者になるほど負担が大きくなる「障害者自立支援法案」の内容は、まさに障害者を社会のリスクとして発想している。

II.「応益負担」の内容

障害者自立支援法案で特筆すべきは、「応益負担」の導入である。「障害福祉サービス」の利用料は、これまで、各々の所得に応じごく低額な負担であった（応能負担）が、今後「障害福祉サービス」を受ける場合、サービス量に応じ、原則1割の自己負担が課される（厚生労働省は「応益負担」という用語を、途中から「定率負担」と言い換えた。意味は変わらない）。これに合わせ、公費負担医療や補装具の支給についても、同様のしくみとなり、施設利用者の食費、個室料（特例除外）、日用品費等に至っては、原則全額実費負担となる。

「応益負担」導入は、第162国会の修正法案では来年1月からとしたが、いったん廃案になった。行政事務の都合から、衆議院議員選挙後の特別国会で法制化しても、実施は少し先送りされるはずだ。厚生労働省は、法案成立を大変急いでいるが、具体的な中身は、今後の政省令にほとんどが委ねられ、拙速と不透明がまねくトラブルは、避けがたい。

「応益負担」は、障害者の生活に、大きな影響をあたえる。厚生労働省は、「国民家計調査」により平均的消費支出を算定。食費、居住費、その他生活費合計が全世帯平均で9.4万円、年収2百万円未満の場合は5万円と見なした。最低年金生活者（約6万6千円）の場合で、利用料を払っても5万円ほど手元にあるので、そこから食費と居住費を払っても2.1万円ほど残るので生活できるとする。しかし、この中から、医療・補装具・諸々の日常生活諸費を負担すると、実際には大幅な超過負担が発生する。障害者は、ふだんでも、医療、社会参加やコミュニケーション手段の確保、居住環境の改善等々に、人一倍の出費が必要だからだ。「応益負担」導入は、福祉の基本理念に反し、障害者の生活問題を一層深刻化させ、彼らの自立と社会参加を阻害することになろう。

「応益負担」のねらいは、まず給付費の抑制にある。これは、自己負担金による増収と利用控えによる抑制効果の両面を持つ。

さらに、「応益負担」（定率負担）は、事業者でも容易に負担額が算定でき、保険事務を行なうときに、会計処理等が容易である。つまり、介護保険制度導入への布石というわけである。ということは、今後利用料負担にくわえ、保険料徴収等を視野に入れた収奪システムが、一層強化されることを覚悟しなければならない。

この法律は、本当に「共生と自立支援」のためのものだろうか。

III.「応益負担」の問題

1.「自立支援」の問題

(1) 障害者の生活を一段と圧迫

大部分の障害者は、就労の機会がなく、所得がない。それゆえ年金暮らしを余儀なくされ、親の生計に頼っている。障害のため、医療や移動、情報・通信手段の確保や日用品・器物の補充等にかかる経費が増す。このような生活にあって、今回の応益負担により急激な出費が課され、収入の約2割以上もの額（定率負担部分だけでも）を徴収されることは、大きな打撃である。

(2) 現実無視の「生活費」算定

厚生労働省は、「低所得者対策」を講じたと言う。家計調査に基づき、消費支出5万円（衣服、履物、交通・郵便、教養娯楽、その他）を想定し、食費等を払っても、「その他の生活費」が2万円前後残るとした。高収入者からは、障害者の生活実態は見えないのかもしれない。仮に官僚達に施設に入ってもらおう。そこで、「年金を与え、1～2万円くらいの生活費を残してあげるから、利用料を払いなさい。」と言ったらどうだろうか。…その実感に立ってものごとを考えてほしい。障害者は、このような生活費では暮らせない。まして、社会参加や余暇活動は望むべくもない。

(3)「健康で文化的な生活」の困難

障害者の生活実態は、机上の数字ではわからない。実際にわずかな生活費が残されても、外出や疾病にかかる経費、消耗品・日常品にかかる経費等々が、日常的にかさみ、支出の超過は避けがたい。特に行動障害や疾患を有する障害者は、想定外の負担が大きい。まして、社会参加による経験拡大を目指した「施設から地域生活への移行」など考えにくい。

今後、障害者福祉を介護保険に統合すれば、利用料だけではなく、保険料も納めることになる。応益負担を安易に認めることが、どのような事態を招くか考えるべきだ。

障害者の生活は、日本国憲法第25条が謳う「健康で文化的な生活」と言えるか。改憲論議が進む中、日本国憲法に規定された障害者の権利の内実を問うことは、今日の福祉関係者の使命である。

(4) 障害者の年金は「収入」か？

障害者の年金は、所得保障の一環であり、生活保護の水準にも満たない、ぎりぎりの生活費を意味している。障害ゆえに必要になるサービスの利用料を、年金からも徴収することは、国自らが障害者差別を行ない、「障害」を増幅させることを意味する。

その前に、私たちの税金を、一体どう使っているのか。社会保険料は、どう使っているのか。確かな説明をすべきであろう。

(5) 重層化する収奪構造に追い討ち

雇用悪化により収入が減少。一方、医療保険や介護保険等の動向に顕著なように、社会保険の負担増化と給付抑制が深刻化している。定率減税の縮小・廃止による実質的増税が進められ、消費税を始めとする増税計画も進行している。

社会保障全般において、「負担の強化と給付の縮小化」が進む中、今回の応益負担導入は、障害者の経済生活に、更なる打撃を与え、様々な社会問題・生活問題を出来させるだろう。

(6)「低所得者対策」の欺瞞

障害者自立支援法案は、実質的な「低所得者対策」をとっていない。まず、負担の上限設定に関し、世帯による収入認定を行なうのは、扶養義務制度の復活である。家族3人の場合、低所得1で年収230万円、低所得2で年収300万円を基準にするが、ほとんどの障害者が上限まで利用料を払うことになる。やむなく家族に依存する障害者の生活を抑圧し、自立を困難にする。家族の負担も増大させる。最終法案では、扶養等税制上の優遇措置を取るか、利用料減免を取るか、「選択性」にするとした。これは、「どちらかをあきらめろ」ということでしかない。家族支援施策の観点からは、大変な問題である。

他の減免措置の場合も、「支払えない場合は、それ以上とれない」という話に過ぎず、減免措置とは言いがたい。しかも、ほとんどの措置が、3年間の期限付きである。障害者の生涯にわたる困難を、3年間に限ること自体、非現実的である。期限限定は、介護保険制度への統合に利用するための布石である。本人名義の一定の預金があれば、1割負担減免、食費等実費負担が軽減されないのも、非情と言える。

(7) 勤労の権利剥奪を深刻化

法案では、就労対策を強く謳い上げながら、実質的なものは何も示していない。それどころか、例えば、従来雇用形態をとっていた福祉工場などが、就労移行支援事業として位置づけられる。つまり、そこに通う人たちは、新たに利用料を取られる。これは、会社に行って働くと、利用料を取られるという、滑稽な話に通ずる。結局事業者の負担努力により、減免も可としたが、事業者任せの無責任な施策で、実効性を持たない。むしろ、事業者の受け入れを、一層困難にするだろう。

(8) 障害者の社会参加を抑圧

「自立支援」「地域生活移行」「社会参加」などという言葉が、むなしく響く。従来わが国の福祉は、施設サービス中心の収容隔離型施策だった。これと在宅サービスの、二本立てで実施されてきた。

施設サービスは、いわゆる箱物で「不経済」なため、ノーマライゼーションを逆手に、実質的受け皿の伴わない「地域生活移行」が打ち出された。好んで施設に入所する人はいない。生活が困難ゆえ利用せざるを得ないのだ。しかし、この法案では、相変わらず地域生活支援に係る具体策が希薄である。

2. 「公平性」の問題

(1) 根本的な不公平の隠蔽

与党や厚生労働省は、「公平性の見地から、障害者に一定の負担を求める」ことを、強調する。この場合の「公平性」とは、何か。

障害者が不平等な立場に置かれている社会的現実を問題にせず、他制度(高齢者介護保険)とのつじつまあわせや「国民の納得が得られない」という感情論をたてに、利用料負担の増大を図ることは、基本的な過ちである。

障害者の歴史は、差別と隔離の歴史であった。今日の福祉は、この歴史的反省により、ノーマライゼーション理念をうちたてた。ノーマライゼーションは、バンク=ミケルセンが唱えるように、「障害者自身を正常化する」ことではなく、彼らが通常の生活がおくれるように、「社会を正常化する」ことである。よって、「障害者の権利宣言」はじめ、国際的な人権規範では、障害者が通常の満たされた生活を享受する権利を有し、国家社会がそれを保障する責務を規定している。

利用料負担の整合性を問題にする前に、障害者の生活が、「通常の満たされた生活」であるかどうかを、あらためて問題にすべきである。

(2) 障害者差別の制度的容認

現に、わが国の障害者は、日本国憲法第25条の「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」、第26条の「普通教育を受ける権利」、第27条の「勤労の権利」から、著しく疎外され、第14条の「政治的、経済的、社会的関係において差別されない」生活を、実現できていない。

不十分ながらこの一つの保障として、年金等の所得保障があり、多くの障害者は、生活保護基準にも満たない年金生活を、余儀なくされている。今回の利用料負担により、障害者から、有り金残さず収奪するようなしくみは、最低生活非課税の趣旨にも反し、障害者差別を社会的に容認すること以外の何ものでもない。

(3) 「障害」概念の歪曲

ICF(WHO・国際生活機能分類)等の障害概念から言っても、障害を個人の責任に帰するべきではない。

障害者が利用する「福祉サービス」は、社会的不利を解消し、社会参加のスタートラインに立つべき、最低限度の公的保障と考えるべきである。これを、あたかも財の取得(私的利益)と見なすことは、人権理念に著しく反する。障害者福祉は、障害があることがその人の責任とされ、社会のわずかな恩恵にすがって生きるような、劣等処遇の時代に戻してはならない。

(4) 障害者福祉制度の後退

わが国の障害者福祉における、利用者負担は、基本的に公費負担が原則であった。'62年の社会保障審議会勧告でも、「社会福祉は低所得階層の基本的権利として確保されるべきであるとする立場から、社会福祉の費用は原則として受益者に負担させるべきではない」とした。このような福祉の歴史を尊

重することが、障害者福祉を前進させるのである。

(5) 障害が重い人ほど負担がかさむ不合理

応益負担の原理は、受けるサービス量に比例し、利用料が増える。障害が「重い」ほどサービスを多く必要とし、サービス単価は、「重度者」向けほど高く設定されるからだ。一例で、支援費制度の知的障害者通所授産施設の単価は、重度障害者（区分A）と軽度障害者（区分C）で、月当たり1270円の差がある。サービスを受ければ、生活上の困難が増幅することになる。

障害があり、それが重ければ重いほど負担がかさめば、結局は、その存在自体を問題にするだろう。つまり、優生的・社会防衛的発想を生み出す。

(6)「在宅と施設の均衡」論の詭弁

負担の際、「在宅者と施設利用者の経費の不均衡」をとりあげ、施設入所者にホテルでも利用しているかのごとく利用料を課すのは、誤っている。障害者福祉において、施設と在宅という問題構造を作り出してきた、施策の反省こそ必要である。制度の不備によって障害者を分断し、それらを比べ合わせるべきではない。

障害者の生活実態は、一般国民との比較で論じるべきだ。自宅にいれば、個室料や家賃は払わない。食費は安く上がることもある。一方在宅で自立しようとする人は、多様な生活費を負担せざるを得ず、多大な経費が必要だ。それぞれの事情で異なるが、おしなべて生活は困難である。各々が適切な保障を与えられるべきである。

また、施設利用者に預金がある場合、それを調べて、軽減措置を行なわない方法を提示している。本来社会に出て使うべきお金を使えずに、将来の生活に備え、こつこつ貯めたわずかな預金を、収入認定に用いることは、非情とも言える。

(7)「給付のばらつき」が一層拡大

厚生労働省は、ホームヘルプサービスの支給に全国的な較差があるので、障害者自立支援法によって公平化すると言う。ホームヘルプサービスは、支援費制度になり、ようやく利用しやすくなったが、全国的にはニーズの約半分程度の実施状況である。

これらの実施の不十分さこそ問題にすべきで、障害者運動や自治体の積極的取り組みで支給率が伸びたことを、問題視すべきではない。結局、厚生労働省の言う「較差是正」とは、給付の低い地域に合わせ全体を抑制することであり、障害者運動への抑圧や、行政の積極的な取り組みを規制することになる。

一方「較差是正」を謳いながら、ホームヘルプサービスの肝心部分である移動支援を、地域生活支援事業に回す（市町村の裁量事業）など、地域任せの法案となっていることから、「較差」の拡大は、一層広がるだろう。

(8)「公助・共助・自助」論は、公的責任の回避

「21世紀福祉ビジョン」は、「公正・公平・効率性の確保、個人の自立を基盤とし国民連帯でこれを支える」という自助、共助、公助の重層的福祉システムの構築を謳った。今日使用される行政理念には、これと同じ文言がよく使われる。

要は、「障害者も人並みに等しく負担をすべきだ」という、わりきった論理である。公的福祉サービスとりわけ直接的給付は、公助を基本とすべきで、共助や自助という考えに分解し、論理を転換すべきではない。

3.「安定性」の問題

(1)「財源不足」論は本質的問題のすりかえ

障害者自立支援法案は、結局、障害者福祉に関する国の財政をいかに軽減するかという命題が前提である。この発想は、すでに30年来のわが国福祉の潮流によるが、特に'00年の社会福祉基礎構造改革が、象徴的である。その一環である介護保険制度や支援費制度は、行政当局をして早々に「破綻した」と言わしめた。

障害者自立支援法案は、こうした相次ぐ施策の失敗を省みず、財源論の実質的論議を回避し、負担を障害者に負わせようとする。

そのような法案が謳う、「安定的・持続的制度」とは、一体何か。行政当局には、丁寧な説明責任と制度設計の責任がある。財源問題は、施策実施に係る経済的なコストも含め、緻密な調査や議論が

必要である。「国にお金がないから、当事者に応分の負担をさせる」という単純な提案には、納得できない。

(2) 福祉が市場の論理に支配される

経済の停滞は、企業の利潤追求の場を転換させる。既存事業で利潤を上げることが困難な企業は、福祉も市場の対象とする。この場合、サービスの供給責任が、「公」から「民」へ受け渡されることを前提とする。つまり、公的責任の軽減と規制緩和が必要となる。

福祉における公的責任の回避は、こうした市場論理に支配される。しかし、福祉サービスは、利潤の拡大になじまない部分が多く、その結果は、高齢者ビジネスの現状を見ても、明らかである。企業は、経済的効率性が得られなければ、福祉市場からいつでも撤退する。このようなシステムでは、障害者福祉は、きわめて不安定な位置におかれる。

福祉サービスを「市場」に投げ出し、「商品」にすれば、この論理は必然的に生じる。福祉サービスは、公的責任において管理すべきだ。従来の措置制度は、福祉サービスを、行政責任、とりわけ国家権力の責任の範囲に留めたという点では、評価される。措置制度を行政の一方的な指定による悪しき制度として烙印し、自己決定を喧伝した、介護保険制度も支援費制度も、あっという間にその趣旨を全うできなくなった。この政策責任を点検することなく、どうして新たな施策を承認できよう。

(3) 保険システムによる給付の不安定

障害者自立支援法案の仕組みは、保険制度導入を想定したものである。保険は、万が一のため、加入者から保険料を徴収して成り立つ。被保険者のみに権利が付与され、自己責任を基本とする。負担能力のない者は、原則的に排除される。

これは、障害者の生活問題を、自己解決へと収斂させる発想である。社会福祉の理念を、著しく損なう。リスクへの対応が、個人の経済力に応じて行なわれる。高所得者・企業の社会的責任を強調した従来の社会保険の仕組みをも、壊しかねない。「なぜ俺たちが負担もしない者の面倒まで看なければならないのか」という、殺伐とした空気を、福祉にもちこむだろう。

社会保険料の増額が企業に敬遠され雇用に影響している現状、国民年金の支払い者が減少し受益の問題が厳しく論議されている現状、様々な負担が重層的に生活を圧迫している現状等々にかんがみ、福祉制度の基本的部分には、保険システムを導入すべきでない。なぜなら、そうした現状こそ、保険システムの不安定性を物語っているからである。保険システムが万全なら、なぜ介護保険制度がたちゆかなくなっているのか。

(4) 収容施策による経済的コストの無反省

これまでの障害者福祉は、隔離・収容施策を重視してきた。これは、大変非効率的なことだ。隔離・収容に無駄なお金を費やすより、社会参加によって個々の力を様々発揮させるほうが、経済的なコストを軽減するはずである。

一例は、約1%の子どもたちを分離するための特殊教育である。莫大な経費を費やしている割には、社会参加に係る「効果」をもたらしていない。世界でも例を見ないほど教職員の配置率が高いにもかかわらず、卒業後は多くの障害者が施設での生活を余儀なくされ、施設の在籍率は格段に高い。障害者を施設や家庭に縛り付けず社会参加を促進すれば、その分生産的価値を増加させ、福祉サービスも抑制できよう。

応益負担の導入より、分離教育の見直しや雇用施策の充実を図ることが、先決であろう。

(5) 制度変換のための莫大な浪費

猫の目のように変転する制度変更は、社会経済的に多くの無駄を生じる。国は、「'03年度支援費が百数十億、'04年度は2百億足りない」とした。「予算をかき集め、何とかした。財務省との約束で、制度移行を条件に何とかしのいだが、もう無理」だと言う、官僚同士で、なぜそんな取引をするのだろう。国民不在の姿勢と言わざるを得ない。

一方で、平成18年度予算に、自立支援法の整備に関する新たな予算だけでも、150億円を計上した。制度改変に伴う経費はこんなものではないだろう。

厚生労働省は、職員を増員し、専従室を設け、

法案の準備をした。関係の会議もたくさん開いた。検討準備に要する費用に、大変な無駄遣いをしながら、「予算が足りない」と言っているのである。

(6) 国民的議論を回避した官僚の専横

財源問題は、単に財務や厚生労働の行政実務の事情に左右されることなく、国家百年の計として、国民的議論に付されるべきだ。

全体の奉仕者、公僕たるべき厚生労働や財務の役人が、国会で決定していないうちから、あたかも法案が通ったかのような動きをとる。「法案が通らなければ、平成17年度の支援費予算を12月分とっていないから、どうするのだ」と、責任転嫁を図る。こんなことを理由に、法案を押し通すことなど、恥ずべきであろう。

制度設計に対して質問をすれば、「まだ決まっていない」という常套句をくりかえし、こうした問題については、決定もしないうちから、物事をどんどん進めることの矛盾を指摘したい。

(7) サービスの「一元化」論は効率本位

本法案は、「障害者自立支援法」という名称に、値しない。少なくとも、障害者福祉サービスについての規定に過ぎず、一部に期待されたような障害者福祉総合法とは、大きく異なる。

法案には、障害福祉サービスの一元化論が、謳われている。これは、社会保障審議会全員委員会が'95年に出した報告書「国民経済と社会保障」の「年金、医療、雇用及び福祉という領域別の社会保険を一つの総合社会保険に統合」という保険化構想などに基づいたものであろう。

障害者福祉サービスは、社会保障政策、医療制度、就労政策等々と一体になった施策、あるいは国と地方の施策のあり方の再検討等の中で、構築される必要があるが、福祉サービスの事務の合理化や負担の整合性などの視点に偏った、効率化は問題である。

(8) 国費の配分こそが「不公平」

社会保障費の増加が問題にされるが、高齢社会であるわが国の社会保障費が増加するのは当然である。

しかしそれは、国内総生産（GDP）比では、17.64%と、イギリス、ドイツ、フランス、スウェーデンよりも20～40%も低い（「'04年OECD資料・'01年統計」）。税金の社会保障費への投入も29%と、イギリスやドイツに比べ格段と低い。

要するに、国民の出したお金が、国民生活に満遍なく下りてこない。一方で、社会保障費が増大することを理由に、国民に対する負担を強化している。

(9) 財政論議における現実論の矛盾

法案の推進者は、「財源不足」という現実論を強調する。しかし、イラク派兵による無駄遣いなど、本質的な財政議論になると、「非現実的な話だ」として、議論を回避する傾向がある。

イラク派兵は、尊い犠牲の上に60年間も守り通してきた平和憲法を無視し、大義なき派兵を行ない、自衛隊員はもとより国民をテロなどの危険にさらしている。これが、どうして非現実的な議論なのか。1日約1億円を消費し、将来にわたって日本国民にリスクを負い続け、なおかつ現地を混乱に陥れている派兵が、なぜ現実問題でないのか。

現実であることを、現実として認めないだけであろう。「そんなことは、今の政権では、どうにもならない」とも言う。これは、大変な詭弁である。それでは、「長いものには巻かれろ」式に、時々の政権におもねった施策を肯定するだけである。正しいことを言い続ける努力により、横暴は抑制され、社会は前進する。

「国の台所が苦しいからやむをえない」という「現実論」を述べる官僚たちが、高級な報酬を得て安穏と暮らしながら、障害者の生活実態をすら見ないことに、「現実論」のむなしさを感じる。

今後とも、障害者の生活問題を本音で論じていく努力が、回避されてはならない。

（いいじま・つとむ　日本社会臨床学会会員、共生藝術研究所主宰）

[註]

①この発題は、'05.9.26の特別国会開会直後の時点での資料・状況に基づいて行なったものである。障害者自立支援法は、その後10.31に衆議院本会議で可決成立、11.7公布、'06.4.1及び10.1施行となった。

②当日の発題資料には、法案の内容に係る詳細、論述の論拠等を、註として相当部分載せたが、今回は紙数の関係で、大幅に割愛している。

〈'05秋の合宿学習会報告　社会福祉基礎構造改革とは何か?〉②

発題II　なぜ、障害者自立支援法に反対するか

古賀　典夫

障害者自立支援法を絶対止める

何も資料を作ってなくて、適当に話していくつもりですが、途中で突っ込んでいただいてもかまいません。

先程紹介されましたが、私は「怒っているぞ、障害者切り捨て全国ネットワーク」(以下「怒りネット」と略)というグループを作っています。青い芝の方たちとか、いろんな所で活動してきた人達とか、自立生活センター系の人達もいるし、精神障害の人もいるし、脳性麻痺の人、知的障害者の家族の方もいます。私は視覚障害者です。

応益負担になったら暮らせない

飯島さんから、介護保険から障害者自立支援法へと言う話がありましたが、これに障害者団体の多くが反対したんです。しかし、全国知的障害者育成会はかなり賛成を強く出したということです。それと、財界が保険料の2分の1払うから20才に拡大する、ということに関して反対ということがあった。そういうことの中でとりあえず介護保険と同じような仕組みを作りながら、なおかつ財源としては税財源で運営する障害者自立支援法案というもの、グランドデザインと云っていましたが、それがとりあえず出て来たのだろうと思います。

一昨日(10月6日)の厚生労働委員会でも、何で1割負担なのかという質問に対して、尾辻厚生労働大臣は「3年後には介護保険に入るかも知れない、高齢者とバランスをとらなくてはいけない」と言っておりました。財界の方はどうするのかなというのがありますが、例えば社会保険をなくして国民保険にしてしまえば財界は払わなくてもいいですからね。障害者自立支援法の1割負担ということは重要な問題です。応益ということの中で、福祉は国が保障するものではなくて、一昨日の国会の質疑で、厚生労働省の社会援護局長は「新しい福祉は買うものなのだから、1割払ってあたりまえなんだ」と言ってましたが、買えない人がいても仕方ないということになっていくのではないかという感じを受けました。これ自体大変な話だし、それ以上改めて飯島さんのおっしゃったことを繰り返しませんが、一方で障害者にばらつきがあるのですが、これまで積み重ねて来た介助保障の在り方をかなり根本的にくつがえされてしまうということです。介護保険並みに、介護の時間を1日最長でも4時間程度に引き下げてしまう。引き下げるということばを使うと、逆に云うとそれほどまでに保障していない所もあるので何とも言い難いところもあります。都市部を中心に相当長い時間介助を受けられるようにしてきたのも事実で、それを減らしてしまうのではないかということがあります。実際その介助を利用して生活している人、一人暮らしで介助者を入れて生活している人が、僕らの仲間にもいて、介護保険並みになったら暮らせないな、あるいは暮らせないだけでなくて、生きていけるのかな、死んでしまうのではないかとイメージできてしまい、僕はなんとしても止めたいなという思いがあります。

精神障害者にとってメリットはない

一方で、看板として精神障害者も身体障害者・知的障害者と一緒の制度にしたんだから、それは素晴らしいんだと言ってますけれど、精神障害者にとっては何もいいことはないです。先程5%負担から10%負担へというのがありましたが、厚生労働省が自立支援医療で対象にすると明確に言っているのは、「統合失調症」と狭義の「躁鬱」と「難治性癲癇」で、「うつ」

と「知的障害」で通院公費で今までかかっていた人を対象にしていない。検討中と言っている。もしかしたら外す可能性があると仲間内で話している。外すと普通健康保険で5%負担が3割負担になる。精神障害者の通院公費の方でなくて、身体障害者の育成医療と厚生医療に関していうと、今までは身体全体を対象にしていたのだけれど、それを「腎臓機能障害、免疫機能障害、小腸機能障害」だけを対象にするということだから、精神障害者でも対象を限定することがあり得るんですよね。深読みすると、うつの人はあまり動けないし、自殺するならば勝手に自殺していいという感じでしょうか。動ける精神障害者については治安維持で医療を行おうというのかな、と。そんな気がしてしまいます。

地域生活支援事業については、相互にはかかわりのない色んなものを詰め込んで各自治体にまとめて予算を渡してこれで勝手に割り振れ、としています。福祉を切っていくための手法としか思えない。

重度の人達を切り捨てていく

よく自立支援法の目的がすばらしいという人がいるんですが、これは僕には理解できません。この目的には「能力と適性に応じて」ということばが出てきて、このことばがコンピュターで検索すると法案の中に6つもありました。先程飯島さんが言っていたように能力主義なんですよね。施設体系なんかもそうしているし、特別支援教育もとことん能力主義で分断して、働けない障害者はまとめて隔離してしまおうという話で、結局同じことではないかと。特に、国会論議の中でびっくりしたのは、民主党なんかは所得保障の方が先ではないかといってるが、手当ての増額を案として出したことがある。それで与党と折衝したが全く問題にされなかった。だから所得保障をどうするのかという話になったときに国会論議で政府側から言われるのは、就労支援を行いなさいというんですね。ということは、応益負担で誰が大変かと言えば、介助の必要な「重度の障害者」ですよね。そういう人を就労の対象とはしていないでしょう。就労の対象にならない障害者はとことん切り捨てて行くんだなと思っています。

昨日、作業所関係の人と話していて、杉並区の行政から共同作業所に出す補助金も実績評価でやるんだと言われた。実績が何かと言うと、どれだけ就労させたかということなんです。そんな所まで来ているのかなと思ったんですが、「脳死臓器移植反対・尊厳死安楽死反対」とかやってきたが、去年「尊厳死世界大会」で、日本経団連の奥田会長、彼は尊厳死協会の顧問だが、日本にはもともとすばらしい価値観があったんだと、それは何かと言うと、深沢七郎の「楢山節考」の価値観が素晴らしいと言うんですね。働けなくなったら早く死ねということですね。小泉首相と仲が良くて、通常国会を解散したあと最初に行ったのが奥田会長の所ですから。こういう価値観でこの法案も動いているのではないかなと思っています。

これは絶対止めてやるという気持ちでやっているんですが、怒りネットを支援費制度の1年前に作りました。支援費制度そのものが問題だし、介護保険も撤廃すべきです。以前から社会福祉基礎構造改革は福祉切り捨て以外の何ものでもないと思っていたんですが、それがいいと言う人達もいて、これがなかなかわからなかったんですよね。介護保険料というのは、大体実質増税だし、介護保険に入れられちゃうと、介護保障の充実なんか求めれば、保険料にはねかえって、結局保険料を負担している人から押さえ込まれる構造になってしまうし。保障の充実が要求できなくなる。また、応益負担だし、すごい制度です。うまい仕組みですよね。実際介護保険でそれまでの、介助保障が削られた地域がある。あんなものは撤廃すべきものだと思っていたが、障害者団体が、おれたちは高齢者とはちがうと言い出していて、明日は我が身のはずなのに、そんなことを言っていて何とかなると言う話ではないだろうと。

社会福祉基礎構造改革も読んでいると、確かに利用者本位のということばも出てくるけれど、市場原理だとか、適正な自己負担だとか、あるいはボランティアの活用だとかそういうことばが出てくる。僕が福祉切り捨てだと言っていたら、若い世代の人達と一緒に読んでみようよということで、読んで行くとあまりいろんなことを知らない人達も福祉切り捨てだと思うんですよね。ところが、障害者団体は契約制度はいいんだと言う。これはわからない。

措置制度という言葉を使う意味

そもそも措置制度ということばは、ちゃんと調べていないが、介護保険だとか、社会福祉基礎構造改革の話しが出てくる前にあったんですかね。措置機関とか措置権とか措置ということばはあったんだと思うんですが、措置制度ということばで呼ばれたことがあったんですかね。つまり、憲法25条の公的責任を保障する制度としてあったんだと思うんですが、措置制度という言葉を使うことによって反感を買わせるという、そういう構造をとっている。また政府自身が措置制度については権利の保障ではなくて、むしろ国の権限なんだと主張してきた。その政府自身が措置制度を批判して今度は契約制度だというこの構造自体が変なのですが、そういうことで支援費制度についても実際の福祉、介助、施設の直接の供給の主体としては国、都道府県は撤退し、市町村も法的にはやってもいいことになっているがやらない。実質民間にやらせていく。

厚生労働省と交渉したら「あなたたちもやったらいいじゃないですか」とか言われて、「おれたちはやらないよ」と言った。公的責任から撤退していく構造は明らかだし、不服審査請求に関しても国にできるはずだったが、今、支援制度の場合は市町村止まりになってしまった。公的責任を後退させていくものだと思った。結局は介護保険に入れていくための一里塚だと思った。

そういう批判をしていたら支援費制度に入る2ヶ月前にホームヘルプの国庫補助の上限を決めるというので、一番重度とされる全身性障害者の人が月に125時間、1日4時間程度しか保障しませんというのを国が出してきて、こんなに減らすつもりなんだなというのがわかって、ますます自分達の言っていることに確信を持った。全国の障害者が反対に動きましたよね。育成会も反対で、スタートはそれで良かったんですが、厚労省は一定のところで絶対に折れない。福祉を受けていた障害者に関しては今までの福祉実績は一定維持するような経過措置はとるが、新しく福祉を受けようとする人とか、国の示した基準まで福祉制度が充実していない市町村に関しては国の基準を適用するといったことに関して、それ以上折れなかったです。

障害者団体の有り様への疑問

そういう中で、既成の大きな諸障害者団体がそれに屈したんですね。屈したんなら屈したと言えと思うけれど、屈したとは一般の会員には云わなくて、大勝利だとあたかも国の方針を撤回させたかのように云っているのだけれど、実際にはさっき云ったように新規利用者とか、低い水準しか保障していない所に関しては、国の水準が適用されたことは云おうとしない。僕たちは、そんな発表はうそだ、と批判してきましたが。そうした中で考えてしまうのは、大きな「障害者」団体にとって一番大事なのは、厚労省とのパイプなのかな、ということです。会員に対しては、大本営発表を行って操作する対象としている。そして、一般の人の共感を得ることについては懐疑的であるということです。

この国庫補助上限に対する反対闘争の過程でも、自立センター系の親分は、「24時間の保障と云ったら、一般の人から支持されないからこれはいうのをやめておこう」と考えていたようです。厚労省とはそういう交渉をしていると思うのですが。「障害者」自身とそのほかの人たちの支持、共感を求めて闘わないと、結局は権力者の思うがままにされてしまうと思います。

支援費制度が始まったら、介助制度が充実した所と、町田市のように下げた所もある。厚労省などが、支援費制度は財政上破綻したというのですが、支援費制度というのは、措置制度で同じサービス、福祉をやるよりお金がかかるんですよ。事業者の利潤、運営費も計算に入れなければならない。だからお金が必然的に上がる。厚労省は自分達でそういう制度を作っておいて、そのことについては一言も言わない。本当に汚い。

厚労省は昨年、「障害者」の福祉制度を、介護保険制度に組み込もうとしてきた。厚労省の事務次官をトップに作られた「介護制度改革本部」には、そのための幹事会がおかれた。ところがうまくいかなくて、障害者自立支援法案になっていくという構造でした。

こういう過程の中で2年前のホームヘルプの国庫補助の上限問題で動いたエネルギーというのはすごくて、それは介護保険反対運動にもひきつがれ、自立

支援法反対運動にも引き継がれていきました。その中で僕が感じて来たことは、団体は違っても、一般の会員の思いは同じなんだなあということです。例えば全日本知的障害者育成会としては「障害者自立支援法」案に賛成と打ち出していますが、支部や一般の会員の中には反対の声が強いと思います。

9月16日に「障害者自立支援法案の特別国会での成立を強く要望します」との声明が育成会、全家連（全国精神障害者家族会連合会）、日身連（日本身体障害者団体連合会、日盲連（日本盲人会連合）、全国脊髄損傷者連合会の五団体の理事長や会長の名前で出されます。この声明の中には、「本法案が特別国会に再提出されず、早期成立しなければ、今後の予算の執行や市町村の実務に困難が生じる」などとまるで行政機関のような言葉が出てきます。厚労省に言わされたのかなあ、という印象を僕は持ってしまいますが、厚労省を始めとした行政機関と金銭関係も含めて深い関係を持っているのもこうした団体です。

こうした団体への厚労省の露骨なコントロールの仕方としては、全家連に対する例を知っています。喜連川問題というのがあって、厚労省が精神障害者が働くホテルを全家連に建てさせた。そこには、厚労省からの天下りもやってきていた。

しかし、経営がうまく成り立たない。結果その赤字をどう補填するかで、厚労省から出る補助金をそこに流用した。それを厚労省は知っているはずなんですが、全家連が医療観察法に反対した時にはそれを暴露して不正流用だとやった。今度介護保険から自立支援法の問題が出てくる過程では、厚生労働省は全家連に代るような組織はないから厚生労働省が立て代えると発表しました。こういうやり方や圧力は、他の団体にも行われるのでしょうね。

障害者自立支援法を取材している記者が、「あの幹部をそのままにしておいたら、障害者福祉は先細りになるだけだ。クーデターでも起こさないとどうにもならないのじゃないか」と言っていました。僕らもそう考えるところがあります。

その全家連でもやはり、厚生労省のやり方に反対の人は多いと思います。関西の全家連の方が呼びかけた、精神障害者の通院公費＝精神保健福祉法32条を廃止しないでくれという署名を20万集めている。関東でもその署名がくまなく回っている感じを受けました。厚労省に対しては、面従腹背の要素もあるのかなあ、と思ったりもしました。

いずれにしても、こういう支部や会員の動きがこれからより前面に出てくるのではないか、と期待しています。しかし、それが11月1日までの特別国会の中でどこまで展開されるのか、ということはありますが。

DPIは、「障害者自立支援法」案に対する公式の見解は「慎重審議」です。普通、上程された法案に対する態度は、賛成、反対、修正の3通りしかないはずで、この「慎重審議」というのはなんとも不可解なスローガンだと思います。しかし、会員の中からは廃案という声が強まっているように思います。また、介護保険に対する従来の姿勢の見直しも起こっているように思います。

僕としては、いろいろな団体の中に、思いを共にする人々が多く存在しているという実感をもっています。その意味で、怒りネットの運動を行ってきて良かったなあ、と思っています。

尊厳死・安楽死につながっていく

「障害者自立支援法」案を始め、政府の行っている政策では、社会保障や社会福祉をどんどん破壊する方向が進められています。年金制度や介護保険の改悪が行われ、来年には生活保護や医療制度の大改悪も準備されています。その一環として、「尊厳死・安楽死」の導入もあると思います。

社会福祉基礎構造改革あるいは社会保障構造改革といわれたこともあり、「社会保障構造に関する有識者会議」なんていう言い方で2000年に行われたものもあった。有識者会議の報告書の中では、明らかに「尊厳死」のことを言ったと思われる一文があるんです。高齢者の医療の伸びを押さえる文脈の中でその人の望む末期を迎えさせる在り方を検討すべきだということが出されていて、明らかに社会福祉基礎構造改革、社会保障構造改革といわれるものの中には、抹殺という、殺すという問題がリンクされているじゃないかなと思っています。そして、今国会では2つの議員グループが「尊厳死」の法制化などを検討しています。

それだからこそ、何とかこういう動きをぶっ止めたい。そう思って闘っています。ここでやらないと、飯島さんも言われたがあとに対する影響がものすごくある。

通常国会で廃案にできたのは一矢を報いたと思うが、自民党大勝後の特別国会はかなり厳しいのは事実です。来週に参議院では厚生労働委員会、本会議でこの法案が通るのではないかといわれています。火曜日から国会での徹夜の座り込みをやっていこうと思っているんです。あとで皆さんに署名もお願いしたいと思います。

「赤字の原因は社会保障のため」はウソ

社会福祉基礎構造改革って、とにかく金がないから切っていこうということでしかない。そのために、保険制度を考えてみたりはするわけですが。その背景として財政赤字ということが協調されますが、このキャンペーンに打ち勝っていく必要があると思います。自立支援法の前の案の段階のグランドデザインの段階で、社会保障審議会の障害者部会を傍聴したが、委員の中から「国の借金は700兆を超えた。これが1000兆を超えたら返しようもない。超えたらどうしようもないから、今ここで何とかしなくては」という発言がありました。これに対する反論は出されず、やはり重い雰囲気になってしまいました。そして、このグランドデザインから自立支援法推進という流れが厚労省によって作られてきます。

財務省は社会保障が国の赤字の主要な原因だなんて嘘八百を言うんですね。社会保障の伸びと借金の伸びの率が全然違う。借金の方がどんどん伸びる。最近の福祉に関する発言って、嘘も100回言うと真実になるという手法が使われていると思います。小泉内閣の骨太の方針とか言うが、最大の補助金削減のターゲットを社会保障や社会福祉としています。だいたい700兆円の借金なら返せるのかですよね。

僕のスタンスは、障害者が生きられない国家なんかつぶれてしまえと思うんです。積極的に壊してしまえとも思う。色んな工場設備をあちこちで壊しているじゃないですか。設備を壊す程、生産力があって、人を失業させる程人がいる。それなのに、福祉や介助とかを減らそうというのは絶対におかしいんです。赤字なんかに全然屈せずに生きてしまおうと、色んな所で言っている。そういうものとして政府の宣伝に対して、飯島さんが展開されたように他にいくらでも金を使っていることを、ちゃんと批判していかないといけないと思います。

障害者自立支援法以前、支援費制度の問題

篠原　支援費制度から障害者自立支援法体制に移行すると、障害者の生活は具体的にどう変るか。

古賀　応益負担で取られると、外出ができなくなる。厚労省は虐待防止などとか言っているが、虐待って隔離された場所で起きる訳ですよね。色んな人と会う場が作れない中だったら虐待がもっとひどくなるのは決まっている。僕の知り合いの遠藤滋さんとかは長時間介護が絶対必要なんだけれど、そういう人が1日4時間程度の介護に制限されたら生きていけない。

精神障害者の人でも、1割負担、場合によっては3割負担になったら、通院できなくなるのではないかと思う。今の通院公費制度では、患者の側が病院を選べますが、「障害者自立支援法」では、自治体が指定する。変更手続きは一応ありますが。利用者が選ぶサービスとかいうが、話が全然違う。特に精神医療の場合、医者との相性が重要なはずなのに。

移動介護が介護のメニューから切り離されて「地域生活支援事業」の中に入れられます。この「地域生活支援事業」の中には、日常生活用具給付、手話通訳を始めとするコミュニケーションの介助、権利擁護事業、地域活動支援センター（デイ・サービス、通所の授産施設や作業所などで行なっていることがここに入るようだ）などいろいろなものが突っ込まれています。国は統合補助金として、市区町村に渡し、市区町村が何にどれだけ使うかを決めるわけですが、少ない予算の中では、それぞれの事業がきりちじめられていくことが予想されます。

三輪　支援費制度に変った時に、当事者の人達がわりとこういうのがいいという声もあったということだが、それはどういう理屈なのか、実感なのか。

古賀　支援費制度で介助時間が増えたところがあった。厳しく減った所もあったが、それに使える人の範囲も広がったというのもあった。知的障害者で

広がった。そういうことがあったのも事実ですが、事業者を選べるというのもあったが、逆に事業者から選ばれる事態も起こってきた。どこの事業者からも拒否される人達も出て来た。

飯島　僕は支援費制度も、問題があると思っていた。それは、「措置から契約へ」を標語とする社会福祉基礎構造改革の一環で、「利用者主体」「自己決定」が喧伝され、「いい制度ができる」と、思った人も多かった。だけど契約制度になって、公的な責任が軽くなり、トラブルの対処などは、当事者間の問題にすりかえられた。成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の利用も、そういうところから発想されている。支援費制度は、介護保険制度と同じようになると思った。理念に踊らされた。共通して言えるのは、ものすごくきれいな言葉を並べ立てていることだ。

実際に、利用者にとって良かったのは、移動介護だろう。支援費制度以前にも、ガイドヘルパーの事業があったが、かなり制限があった。支援費制度になったら制限が少なくなったので、たくさん利用できるようになった。だから、「よかった」という人も、いるだろう。国から言わせると、そのサービスが突出して伸びた。それで、そこを今度は市町村の裁量事業にまわしてきた。

先年、ホームヘルプサービスの上限阻止闘争があった。厚労省に行って阻止闘争をやった。当時厚労省が、予算不足を理由に、ホームヘルプの支給に上限を設ける方針を出した。「それでは困る」という運動を、車椅子の人達が、寒風の中で行なった。そして、一応撤回させた。それなのに、障害者自立支援法でホームヘルプを抑制してくることに、どうして反対しないのだろう。どうして今度は、上限を設ける法律に賛成するのだろう。・・・僕の中では収拾がつかない。そういう混沌の中に、僕たちは巻き込まれている。

三輪　前の制度を措置制度、その後を契約制度という言い方で色分けする。その後を契約制度という言い方で色分けする。契約制度の中に支援費制度が入ってきて、それが自立支援法につながって応益負担になる。応益負担にしても重度の人たちが受けられなくなる構造になり、重い人達は死んでしまえと一方で出てきて、これは飯島さんの話からすると差別だと、優生思想的だと言うことだが、措置制度の時も差別はあったんだと思うんですよ。まさに差別があったからこそ、前の措置制度よりましだということで、自己選択が幻想的に機能してしまった。現在では、支援費制度をどう考えるかしかないのだけれど、措置制度も問題があった。社会保障政策が基本的に措置制度に根拠を持つべきだと考えるのはなぜなのか。

篠原　それこそ官から民へから言うと、じゃ官へもどればいいのか、公共の責任と言う話と、管理とどう絡み合うのか、けっこう議論してみたい軸が出て来たと思うのでここで中断します。

（こが・のりお　「怒っているぞ、障害者切り捨て全国ネットワーク」メンバー、脳死・臓移植に反対する市民会議世話人）

〈'05秋の合宿学習会報告　社会福祉基礎構造改革とは何か?〉③

討論　障害者自立支援法とその周辺

篠原(司会)　それでは討論を始めたいと思います。とりあえず僕の問題意識で、柱をいくつか立てさせてもらって、それに絡んでもらおうかと思います。

一つ目は、障害者自立支援法が優生思想、能力主義、あるいは障害者差別という文脈の中で際立っている象徴的な事件として捉えるという考え方があるのではないか、という古賀さんの発言について、皆さんはどう考えるか。特に尊厳死法とセットになっているというのは新鮮な問題提起かもしれない。

二つ目は、社会的に「役立たず」のものが効率的に管理されていくという話の中で、日常がどんな風に進行するんだろうか。障害別に管理することも問題だが、一括して管理することもまた問題であるという話と、その中で人々が日常の関係をどう切り結んでいくのか、そしてどんな関係に晒されているのか、そこには資格の問題が大きく介在しているらしい、という話があると思います。

三つ目の話として、「官から民へ」と自己決定権という議論です。これは、限りなく私企業へという話と同時に、各自の自己責任へという話になっていくわけだから、この方向でいいはずがない。かといって国家管理でいいはずがない。でも一方で大きなテーマとして、「公的福祉の保障」とか「国の責任」というテーマはあり続けるだろうと思った。以上、思いついたことを喋りましたが、私の発題について絡んでもらったりしながら、始めていきたいと思います。

福祉の国家管理と国の責任について

飯島　篠原さんが最後に言われた福祉に対する国の責任と、国家管理というテーマについて感じたことがある。福祉からいかに自由になるかを考えなければならないということだが、僕もそう考える。僕の発表の文脈では、障害者自立支援法が民営化の流れの中で、市場に丸投げされた感じになっているので、公的な責任をしっかり担保するよう強調した。しかし、福祉サービスは国が提供するものだけに限られるという事態になってしまうと、それでいいのかという問題もある。できれば福祉サービスなどよりも、日常の中でお互いの関係を豊かにして、助け合って暮らしていけないか、ということも真剣に考えておく必要があると思う。

ただそのへんの兼ね合いがむずかしい。権力の行使など管理的なことでは、政府はほんとうの意味で小さくなっていってほしいと思っているが、経済的側面とか保障の面では、社会が一定のコントロールをして、まんべんなく対象者にサービスが提供されるようにしなくてはいけないんじゃないかと思う。

三輪さんが先ほどおっしゃっていた措置制度の中にも、すでに障害者差別があったんじゃないかということだが、僕もそう思う。ただ公的責任を担保する意味では、措置制度にも一定の評価ができると言っただけで、措置制度万歳とは思っていない。そもそも措置制度というのは、国がやらなければならない責任を社会福祉法人に託してしまった。そこで肩代わりしてやってもらう。さらにそこで責任がとれないものは、例えば小規模作業所のような、無認可で親などのボランティア精神に頼ってやっている所に、押しつけてきた。しかしそれ自体も、うまくいかなくなってきた。なぜならば措置制度による福祉サービスは、施設サービスを中心にやってきたので、箱ものにすごくお金がかかった。社会福祉法人に対する助成もすごく大きいので、それを減らして、民間にもっと丸投げしていこうというのが、現在の流れではないかと思う。それはどこかできちんと歯止めをつくって、国が保障すべきところはしてもらう。一方で今回の法律でも、発達障害者支援法でもそうだが、事業者や医療機関を、国や都道府県が指定してくるわけで、す

ごく管理が強まっている。そういう面は柔軟に対応してもらいたいという、両方の気持ちがある。

古賀　僕は視覚障害者ですが、実は介助制度を何も使ってないんです。ガイドヘルプを使ったら、という話もあったんです。今度福祉が切り捨てられていくんだから、あなたが使って抵抗したらとか、いろんな話もあったんですが、使う気があまり起こってこない。というかそんなに困らないということもあると思うんです。その辺の人に声をかけて何とかなっちゃったり、苦手なスーパーやレジしか人がいないような所でも、何となく隣りの人に声をかけると、何とかなっちゃったりしてやれている。でも他の人にもそれをやれと言っていいかどうかはまた別問題ですけど。

身体介護がもっと必要な人に関しても、本当は介助に入る人が、介助に入ることで経済的に全然困らなければ、隣り近所の人たちがどんどん交代で入っていくのがいいよねって思うんです。そういう感じが一番作りたいなと思うんですね。ただ隣り近所だとプライバシーがあるから嫌だと言われたことはあります。

一方で自立支援法や介護保険もそうでしょうけど、買う福祉みたいになった時っていうのは、本当に買えない人はのたれ死んでも、という極端な話にまで行ってしまうので、そこはやはりどこかが絶対的に防いだり支えたりするものをちゃんと作っておかないと、相当危なくなると思います。

そもそも措置制度にしても、それを担っていた政府の今までの流れと、今自立支援法と介護保険を作った人たちの流れは、同じような流れの官僚の人が続いてやっているわけです。措置制度の時も福祉を押さえ込むために、憲法25条の「健康で文化的な最低限度の生活」っていうのは、あくまで国の目指すべきプログラムなんだとか、いろんな理由をつけて押さえ込もうとする。あるいは利用者に説明しなければならないとか、利用者の意向を反映させなければならないということが一方にあり、利用者側もそれを強烈に主張しつつ、もう一方で国の側は国の措置権だと言いながら利用者を押さえ込む。その辺は相互のせめぎ合いがあった部分だと思います。だからそこでは差別もある。むしろ福祉って差別があるから福祉があるんですよね。

この人は働けないから、これこれの援助をしなければいけないというのは、今の社会の取らざるをえないものとして強制されてくる。それを、この人はそういう特別な措置が必要なんだということを判定する人が、専門家として立ち現れたりするんだろうと思います。だから措置制度の中で管理ということも起こるんだけれども。介護保険とか自立支援法の中では本当に預貯金まで含めて調べるとか、業者と利用者との関係を管理するために、相当強権的な措置が取られたりする、そういう管理が元にあります。方式が変わっているだけです。

それから官か民かという、これも変な話で、例えば「民」の親玉は日本経団連だったり銀行の人も「民」なんですよね。そういう人たちはいろんな審議会に「民」の人として入っていますが、そういう人たちと政府との間に実際にはそんなに差異はないんじゃないかと思うんですが、それをあえて「民」と言ってくる。民間の手法とか言っても、その民間という言葉の中には絶対利用者のイメージはないんですね。だから企業が儲けられないから福祉分野で儲けられるようにしようという、結局はその程度の話なんだろうし、そこはどんな立場で何の政策をしようとしているのかという所で、批判していくしかないのだろうと思います。

資格によって変わりつつあるヘルパー

脇田　日本のホームヘルパーは、老人介護を中心にやってきたホームヘルプと、障害者に対する支援ヘルパーが資格に関係なくやってきました。最近の介護ヘルパーは、何かやることがヘルパーの仕事ということで、食事を作ったりお世話するわけです。例えば重度の自閉症の人に対する見守りとか、そういう関わり方が本来は大事なんじゃないかと言われていました。ヘルパーは本人と介護者との関係性の中でやってきたはずで、そこに資格は介在しなかったはずです。そういうことが介護保険法でまず切り捨てられてきたし、特に見守りというのはダメだということです。その辺をもう一度問い直していくのがすごく大事なんですね。

精神障害者の介助とか介護をどう考えるのか、例えば重度の行動障害の人の介助を、行動援護という形でしか制度化されないことをどう考えるか。今の制度にはなじまないけれども、本人が言わない限り手

を出さない介助というのもあると思うんですが、そういうことが今問われている部分だと思います。そういう点をこれからきちんと整備する必要があると思います。国の制度とか法律とかは超えられないので、自治体でやろうとしていることが制度に乗らないので難しいんですが、自治体に何が出来るかということを打ち出すことによって全体を変えるきっかけにしたいです。

古賀　支援費制度以降は自薦ヘルパー時代と違って、資格がないとヘルパーに入れなくなったんです。それに関してその資格っていうのが本当に困ったもんだとみんな言っています。例えばこの人に介助に入ってほしいと思っても資格がないと入れられない。まず講習に行ってもらわないといけないし、講習にはお金がかかるということで、本当にやっかいだということがまず一つあります。

もう一つは、ある知的障害者の女性の介助に入っているヘルパーが言うには、その人の介助に入ってその人との関係を作ってやっていくことに、ヘルパーの講習会でやったことは全く役に立たなかったと言っていました。以前はその人と会って関わる中で、一緒に関係を作る中でいろいろなことができていた。だから資格制度なんてくだらないんじゃないかと厚生労働省の前で言ってくれた人もいました。

一方資格を持って入ってくる人は、介護保険制度でのヘルパーもそうですが、固定した相手との人間関係を作るのではなくて、次々にどんどん入っていくという形です。だから1人の人との関係を作っていくのではなくて、そこではヘルパーとしての仕事をやって、自分はキャリアを重ねて出来ればケアマネージャーになりたいとか、むしろそういう方向に関心があるために、障害者の人とどういう関係を作っていくかとか、そういうことにあまり関心を持ってくれない。だから逆にある基準該当事業所では、むしろヘルパーの資格を持っている人を誘うのはやめようかという話や、来てもらってもすぐにヘルパーに入ってもらうんじゃなくて、いろいろ会のことを知ってもらってからやってもらおうか、という話をしたりという葛藤があるようです。そういうこともあって、資格制度は邪魔なものとして、みんな認識しているということがあります。

自立の強調と裏腹の切り捨て

中島　厚労省のホームページを見ると、働くということに関しては、働く意欲と働く能力というのがすごく強調されていたようです。今も出てきた働けないとか働く意欲とか、その能力も第三者が判定することになると思いますが、その辺は具体的にどうなっているのでしょうか。

それからニートに対してはモチベーションという働く意欲を育てて、そうじゃない者には怠惰というレッテルが貼られるというイメージがあります。働く能力はあるけれど働く意欲がない。従って意欲をどう育てるかということで訓練に乗せて、それに乗らなかったらもうダメという勢いをすごく感じる。イギリスでは怠惰というレッテルを貼られると言われています。そうすると自立ということが働くということとの関係でずいぶん強調されているようにも感じます。

飯島　障害者の就労問題で、障害者自立支援法について、心配していることがある。中島さんが言われたような政策的な思惑はあるかもしれないが、現在は景気のよかった時代ではなくて、できるだけ働く人を整理していきたいと、企業は思っているだろう。だから障害者については、たとえ低賃金でも有効に活用して働かせようという発想ではなくて、働けない者は切っていこうという方向だと思う。ある資料によると、一般企業で従業員600名の会社で障害者10人雇うとすると、人件費が2280万円くらいかかるそうだ。そして10名雇うと職員を最低1名おかなくてはならない。職員の年収を含めると2780万円かかってしまう。ところが障害者を雇用していない場合に支払う納付金は600万円ぐらいになる。どちらをとるかといったら、納付金を払った方がいいという話になって、とても企業としてはそういう努力をしないだろう、という。

障害者自立支援法を見ると、就労対策を強調しているけれども、中身はとぼしい。就労という言葉が出てくる事業が二つある。就労移行支援事業と就労継続支援事業だ。就労移行支援事業というのは、一定の期間をくぎって、就労できそうな人を支援するという事業である。就労継続支援事業は、雇用型と非雇用型があって、雇用型は期限を決めずに長期的に訓練してできるだけ雇用の方向へもっていく。非雇用型は、すぐに就労は困難と思われるが、できるだけ

就労に向けた支援をしていくという事業だ。

ところが、どのくらいの障害者が、ここに該当するのかという話になってくる。というのは現在、福祉施設から就労できる障害者の割合は、1%である。これは厚労省も、認めている。そうすると結局、現在「福祉就労」の立場にある人を手当するのではなくて、企業で働けない人が落ちてくる受け皿につかわれかねない。現に文科省の調査を見ると、発達障害者が6.3%という、とんでもない数字を出している。しかし、障害者自立支援法は、6.3%の発達障害者の人数分の予算の伸びは、確保していない。それから精神障害者の方が、かなりリストラにあったりして働けないという事情があり、この人たちもここでつかまえるのかなと思う。一般企業で働いている人たちの一部を、障害というレッテルを貼って、こういうところに落としこむことさえ、危惧する。このように、名前だけ就労関係の事業を用意しても、それなりのきちんとした施策がなければだめだと思う。

篠原　したがって重度の障害者、とりわけ重い「知恵遅れ」の子供達とか寝たきりの人たちは、就労を強調する分だけ裏側で切り捨てられていく、隔離されていくという話だと思います。昔だと大きなコロニーがあってそこで生涯収容、処理されるという話があり、もっと前だと殺されたり間引きされていくという話もあります。飯島さんのおっしゃった文脈の裏側にある就労からもっとも縁遠い層の人たちが、切り捨てられるカラクリがあると思うんですが、それは具体的にどこかということをどうお考えですか。

飯島　現在の福祉施設の体系を、一回ばらしてしまう。それを、「日中活動の場」と「住まいの場」に分け、夜と昼で分ける。これは、本人のためというより、職員雇用の効率化につながるのだろう。例えば24時間体制だと、常勤でないとだめだけれど、夜と昼に分けてしまえば、交替制で非常勤がつかえるので、安上がりの雇用ができる。しかし施設にいる人自体は、そんなふうに夜と昼に分けても、きちんとした手立てを講じなければ、簡単に社会参加できるわけではない。だから、相変わらず施設内の生活に甘んじなくてはならないだろう。

今度の事業体系について、厚労省では「機能に着目して再編成した」と言っている。しかしこれは、障害の程度別に分けたとしか思えない。例えば行動援護、重度障害者等包括支援、生活介護、こういったところに、重度の方が分類される。それからグループホームは、ケアホーム、グループホーム、福祉ホーム等に、障害の程度別に分けられる。これは一緒に住んでいた人たちを、能力別に分けてしまうことになりかねない。そういう編成のしかたをしているのは、福祉サービスを障害の程度別に分類すると、事業が効率的に運営しやすいということだと思う。

篠原さんの質問についてだが、重度向けのサービスを用意して、障害の程度をみながらあまり社会参加できそうもない人たちは、そういうところに押しこめようという受け皿が、着実に用意されている。そこの枠に入ってしまうと、かえってそこからぬけられないという事態が強くなってしまうだろう。

非常勤労働者を育成する「失業産業」

佐々木　私は教育のことを調べていて分かったのですが、今年ニート、フリーター対策費というのが文科省から300億円くらい出ています。その内容を見ると短期のフリーターのやれる仕事というのは、派遣労働とか、パート、フリーターを専門に雇う業務請負会社のがあります。この他に偽業務請負会社というのがあって、これはインチキくさい会社で、要するに労働協約一切なしです。そのような短期の労働者をたくさん使って、長期の労働者はなくそうという方針を1998年に企業家たちが出していて、その方針通りになっているから仕事がない。

高校教師として進路指導をしていると、仕事がないということがまざまざとわかります。就職しようとする者が、例えば魚屋さんがなくなっちゃってますから、スーパーの魚売り場に何とか就職するわけですが、それが正規職員で仕事ができないとすぐクビになる。正規職員で就労した者の約半数が辞めてしまう。そういう具合で短期労働がこれからは主体になると、はっきりつかまなくちゃいけない。

それで就労支援というのが何をやるのかというと、イギリスでやっているコネクションズというのがあって、これは民間の就職斡旋企業です。個人を企業と結びつけて、結びつけた時に成功報酬をもらうという個人の斡旋が始まりらしい。それも仕事がないのであまり芳しくない。ならば仕事を作ることを文科省が

やるかといえば一切やらない。300億円ぐらいの費用は全部就職アドバイザーや就職カウンセラーを養成するのに使い、それから資格を取らせる。資格を取っても就職はできないですが。他には職業訓練をしますがその中身は役に立たない。

それでは役に立たないものをどっさり訓練させるのは一体何故かというと、それは失業産業です。ドイツあたりでは失業者にものを教える企業が出てきて、日本でもリクルートは就職会社ですが、日本マンパワーという会社ができて、これは失業産業です。資格とか何かを一所懸命教えて、お金を取って役に立たないものを教えるというのが一大産業になっている。だから失業産業、つまり私企業を肥やす為にやっているんだろう、という掴み方の方が正しいのではないかと。つまり就職させる意思はまったくないという悲観論です、私は。

浪川　佐々木さんの話を聞いてこれだと思ったのは、女性労働協会という厚労省の外郭団体が、女性の仕事未来館というのを田町（東京都）でやっていて、そこのパンフレットを検討してみたら、そこは仕事をしたい女性がそこに行って自分の適性とかをテストする。まず驚いたのは、そこの講師をしている、職を求めている女性に対するカウンセラーは、そこでの講師料は安いが自分の会社を持っていて、そこの会社でやる時は金儲けをしている。企業を起こしたい女性に対してのアドバイスや仕事を求めている人に対して、どういう仕事が適性かを決めてあげる。そういう女性をターゲットにして商売している。

篠原　今の話を聞いて大学の教育もそうなっているなと思っていて、僕の大学も受験生が減ってきて、どうやってお客さんを集めてくるかでいろんな事をやっている。その中でどうやって学部を再編するか、看板を塗りかえるか、その時にキャリアデザインをきちんと示しながら、もはやそれで行く他はないと。要するに僕の、いままでの大学のこだわりから言えば一番遠い所のイメージだけれども、半分説得されつつ、妥協点をさぐりながら学部の再編に僕も加担している。しかし、入ってくる学生は、キャリアデザインに乗っていくような確かさ、労働の意欲や能力からするとほど遠い。デザインもきれいになり、先生や親も勧めて本人もその気になって入ってくるが、それに沿った格好でクリアしていくかというとそうではない。まさにニート的層がそこに集まってきて、大学はそれで商売をやっていくということになりそうだと、今の話を聞いて気付いた。

林　僕が見た学生の感じはかなり違っていて、今年あたり入ってくる学生は物心ついた時にはバブルが終わっていて、育ってからずっと不況だったり、気がついたときにはお父さんがリストラでという人たちが結構多くて、大学を出たら仕事するんだというのは、かなりきっちり思って入ってくる。だからこそ、それが当てにならないよということは言いたい所はあるが、取れる資格は全部取っておきたいという気持ちもきっちり持っていて、働かなきゃと思っている学生が増えてきている。以前はバイトする学生を悪く言う教員たちもいたが、今はそんな教員はいなくなりました。学費を稼いでいたり、生活費全部を自分で出している学生も多いから、バイトするなと言うことは学校に来るなと同じことになってしまう。そういう意味では学生層が変わってきたと思うし、僕が学生の時とは比較にならないくらい働くことに真剣だなと思う。

三輪　大学院でも教育心理学の大学院があり、これは臨床心理士とは何の関係もない大学院。それともう一つ臨床心理士を養成するための指定大学院があり、心理系で2つの大学院がある。そうすると教育心理には誰も来ないで、みんな臨床心理へ流れる。なぜかというとその後に資格を取って仕事があるからで、教育心理の大学院では絶対に仕事はない。2年勉強はしたかもしれないが、その後何も役に立たない。それに対して臨床系の大学院に行けばスクールカウンセラー等になれる。労働する意欲があるから資格を取ればと思っているが、こちらが売っている商品は常勤じゃなく全部非常勤なんです。非常勤になる為の資格を一生懸命売ってしまう。これは失業産業とまでは言わないにしても、短期労働産業を大学はやり始めている。けれどもそれをやらないと大学は生き残れないみたいになっている。本当に生き残れないのかというのは本当は詰めなければいけないんですが、国の予算がないという話と同じで、生き残れないという前提で動かされている感じがします。労働に関しては常勤の仕事がなくなってきているから、どうやって非常勤の仕事を担保するかという所に流れ始めている。それは失業産業を教育で応援してしまうことになる。

話は変わりますが先ほどの古賀さん、飯島さんの話を聞いていて、おふたりの間に少し齟齬があるのかなと感じています。古賀さんの話は支援法が出来て重度の人は極端に言うと死んでも、程度の軽い人は生かしておく方法を考えなくもない、と。あるいはお金があって障害になってしまった人は何とかなるかもしれないという状況があって、そういう流れの中に老人の問題も入ってきたり、尊厳死につながるストーリーが出来ている。そういうように、一つ一つの法律が一貫性を持って出来ていると感じているように聞こえた。

飯島さんの話は支援費制度が崩壊してしまった時に障害者自立支援法を出す。介護保険も崩壊しちゃったからそれを取り込むような形で、最終的には介護保険の方へ流れていくのではないか、と予想しているように聞こえた。それは一貫した筋を持っているわけではなくて、何かやったらうまく動かなかった。それを目の前に起きたいろいろなものを場当たり的に入れ替えていくという感じに聞こえた。そのあたりのイメージの違いが2人の中にあるのかないのか。僕個人はバラバラの話じゃないかと少し思っている。国家、政府が障害を持った人のストーリーを最後まで描いてイメージできるのだろうかと思った。

福祉政策に一貫性はあるのか

飯島　僕は、この政策的な流れには一貫性があると思うが、まさか国も、最後の帰結として障害者を抹殺してしまおうなんてストーリーは描いていないだろう。一貫した流れがあると思うのは、1973年に老人医療が無料になって、日本の福祉が頂点に達したけれど、その年にオイルショックが起こって、たちどころに福祉見直し論となる。それから国は、一貫して福祉をどう切り詰めていくのかを、虎視眈々とねらってきたと言える。80年代にノーマライゼイション理念の普及を巧みに利用し、かたちだけの「地域生活」が論じられ、90年代の「地方分権化」も、地方に責任を転換する名目でつかわれてきた。「施設解体」も、お金のかかる箱ものを解体していくねらいで、論じられてきた。そういうことを着実にやってきて、2000年の社会福祉法の成立となった。

介護保険もその発想でつくられているし、支援費制度も、今度の障害者自立支援法のように、介護保険に近いものに、すぐにしたかったのではないか。しかし、従来施設サービスに頼っている面がかなり大きかったので、いきなりできなかったんだと思う。だからしかたなく支援費支給というかたちで温存し、ゆくゆくは今のかたちにしようと、考えていたのだろう。しかも、介護保険との統合もそうだが、医療制度との統合も考えていたと思う。ただ官僚がこれを演出しているのか政治家なのか、もっと違う仕掛け人がいるのか、単に小泉首相とか厚労省の官僚とかいう次元ではなくて、裏にもっと演出があるのかなと考えてしまう。それがシナリオ通りになっているのか、結果論なのかは別としても、今日の福祉の流れには、ある程度一貫性があると思う。

古賀　僕はどこからどこまでが一貫しているのかは解らないけれど、一つは財政の観点から福祉を切っていく。もう一つは障害者だけじゃなくて、教育から労働現場まで含めて非常に能力主義を煽り立てていて、それぞれ適正を称しながら、いろんな形でふるい分けていく。そして福祉を切る方法として、保険制度とかいろんなことをやっているように思います。

ただそういう中で、やはり尊厳死や安楽死の話は出てくるんです。例えば社会保障構造を考える有識者会議で、尊厳死の表現としか思えないような話が出てきたり、厚生労働省の中でも尊厳死、安楽死のことを考えていて、単に末期ガンの人のことではなくて、神経難病とか障害児とか先天性四肢障害の人とかを、考えているのも確かなんです。それらが実行段階になっていくと、当然抵抗にぶつかる中でそれがどう展開されるのか。だからナチスが「すごい」のは実行したのが「すごい」んです。発想は他のところでもあったわけですから。そういうことがどこまでが一貫したストーリーになっているのかは、どこかの本に表現されているわけではなく、こちらが読みとっているようなものだから、読みとろうと思えば読みとれる感じはする。

次田　最終的に抹殺すると考えているのなら、それなりにはっきりしていてむしろいいと思うんですけど、実はそうではなくて、良かれと思ってやっている善意みたいなものがいっぱいある。自立支援法なんて名前をつけること自体本当は恥ずかしいことなんだけれど、それは自立になっていると思って恥ずかしげ

もなくやれる人がいる。そういう主観的に善意で思ったり、うまくやっていると思ってることの方が逆にやっかいで難しい。

国鉄の民営化の時もいろいろ反対があって、今も裁判をやっていますけど、あの時も民営化して事故を起こそうと思ってやってるわけではないんです。しかしあのあと、安全対策については労働組合は青くなってしまった。ホームに人はいなくなるし、人員はどんどん減っていく。保線区では300人くらいが保線工事の事故で死んでいるが、そういうこともどこでも問題にならない。そういうことをやろうとしているわけではないが、結果として全然保障のない下請け労働者がどんどん殺されている現実がある。誰かが画策しているのであればそこを何とかすればいいが、そうだと思う人がいてそこをみんなが支えていて、結果としてコストを一気に全部背負う人たちが出てくる。そういうことが障害者の問題に出ている。

現場では冗談にもならないことがいっぱいあって、介護職の知人と話すと、「あのお母ちゃんはすごい楽で、訳はわかっていないけれども、自分のことは出来るから、うちの施設にとってはプラスの商品」というように、冗談ではあっても、一人ひとりの人間が商品に見えてきて、それがいい商品なのか悪い商品なのかという言い方をする。それから大きな施設で断られて入ってきた障害者がいるが、手がかかる人は施設としては悪い商品、作業所としても、そういう人は面倒だという目で見る。その人とどんな風に話したり、生活してきたかということが全部すっ飛んで、商品に見えてくる仕組みが作られていっている。そういう制度の流れのようなものが怖いと感じる。

福祉にお金をかけることへの風当たり

戸恒　タクシーの運転手さんがひと月に稼ぐのが15万というのを先日テレビでやっていた。一方重度の男の子が私の周りに1人いて、その子が国や都からもらうお金がひと月20万になる。ある女の子はガイドヘルパーを130時間くらい取れる。すると彼女1人に57万くらいのお金が動く。そういうのを聞いた時に、私の感覚でいいのかなあという感覚を持ってしまった。一般の人がこれを聞いたらどうなのか、という気持ちを持った。

林　友人が選挙で初めて自民党に入れたと言った。何故かと聞いたらダメになっていく日本が見たいんだ、と言っていた。そういう気持ちがだんだん溜まってきているんじゃないか。言いがかりのような妬みでも、持ってしまえば妬みだし、そういう怨念のようなものが溜まってきている。それが何かしらちょっと得しているような所があれば、公正とか公平であるべきという論議を通す精神的なベースとなる。それが少しづつきつくなってきているのかなと思う。

飯島　そこがまさに厚生労働省が言っていることだ。「国民的な納得が得られないから、ご本人にも、一定の負担をしていただく」と言っている。教育なんかもそうで、ある養護学校の校長が教員の研修で、「こんな立派な学校をつくって、我々健常者は逆差別されているようなものだ」「障害者に、こんなにまでしてやっているのに、なんで養護学校を嫌う人がいるんだ」という話をとうとうとするのを、聞いたことがある。それが本音かな……。

だけど、そんなたくさんのお金は、どこにつかわれているのだろうか。たとえば施設の経費を例にとると、1人20万ぐらいの費用が本人にではなく、施設に降りてきた。要するに専門職が、代理受領というかたちで、本来本人に適用されるお金をつかうしくみだ。これが福祉制度の現状だと思う。そもそも、勤労の場を用意し、20万の給料を本人に直接与えればいいのではないかと思うくらいだ。

浪川　私はそうは思わない。福祉っていうのは当然ダイレクトにその人に与えられるものではなくて、社会全体に回していかなければならないわけだから。福祉で儲かる人もいるし、福祉で食える人もいるから、そういう風に回らない限りはやらないしやるわけがない。

私たちは戦後に福祉というのはすごく理想的な仕組みだと中学くらいまで習ってきて、福祉はそういう人たちに対する良い制度だと思っていたんです。けれども私はこの頃違うなって分かってきた。つまり国家は福祉をやって全体を動かして邪魔ものはどかしていく。養護学校に金をかけているのは、隔離すればこっちの効率が上がるからで、金をかけたってやりたいわけ。施設だって全部そうだから、直接お金なんか絶対くれない。お国がそんなこと絶対しないと思う。福祉制度は国家の中でそういうものでしかないんだと私

は思う。

篠原　そういう点でいま戸恒さんが言った50万かけるという話は、働いている人が50万儲けているってことじゃないよね。

戸恒　彼女が50万もらっているわけじゃなくて、彼女をめぐって他の人たちの間で50万が動いているだけ。でもそれを聞いただけで誤解していく人もいる。それと重度の子が1人いると、その子に降りるお金は、タクシーの運転手さんが稼ぐお金よりちょっと上という感じがある。それに対するやっかみが出てくるような時代を迎えていて、そういうことが大衆の感じとしてあるんじゃないかと思う。

一の木　国民的な合意とは何なのかわからないけれども、国民的な合意がなされたというフィクションで、3年前生活保護が削減された。その時も学者の名前を使って生活保護費は高いと認めたという形で、厚生労働省は生活保護費を削減するっていう構造があった。もともと前から一般的な意識として、生活保護費は高いという風に言われていた。母子家庭で子供3人育てて月25万もらっている。すると所帯を持っていたら普通の係長ぐらいの給料じゃないか、というような単純な話だけで流れる。それは昔からあります。なんで彼が彼女が、生活保護を受けているんだという話。

生活保護の調査などにもいろいろ問題点があるから、所得保障と言う形で生活保護はやめようという空気がある。同時に最近は就労支援の問題もあって、仕事もないのに生活保護者に就労させる為の試みを、福祉のケースワーカーが一生懸命やっている。仕事もないのにどういうことをやるのかというと、さっき佐々木さんが言った意味合いとか、あえて時間をかけて細切れにしてやってることばかりです。現実的には非常勤とかパートで雇用に見せて、自立させていくという言い方にはなっているけど、保護を廃止していく。構造的には同じですね。

だから社会保障の全体的な合意とは何なのかとか、公平、公正とは何なのかということが改めて問われていると思います。そしてグローバルな話では、アメリカ的な構造にどんどんなってきていて、アメリカ的な能力のある、なしの障害者、そういう所をもっと見ないといけないんじゃないかと。

自立という言葉の中身の検討

中島　飯島さんの話は、自立支援というのは華やかな言葉は並べられているけれど実態はこうだ、という話でしたが、自立というのは向こう側にとってある種の積極的な意味変化はないのでしょうか。ただお題目として並べただけと捉えてしまっていいんでしょうか。この法はわかりませんが、ニート対策などを含めて考えてみると、アクティブソサエティーというか、働くことはもう限定化されているので、働くだけじゃなくてボランティア的な活動やその能力と意欲を育てたいという所がすごくある。今ここでは働くということに限定されているようですが、働く意欲とか能力という感じを強調してくる中に、自立ということが重なってくるように見えてしょうがないんです。自立支援法ですごく大きくうたっている自立ということに、何らかの意味はないのだろうかという所をうかがいたい。

篠原　僕も中島さんと似たような問いを持っていて、飯島さんはこの法律は自立を本当には支援していない自立疎外法だと言ってもいいくらいだ、と言っている。僕は自立支援法そのものの持っている胡散臭さ、危なさを問題にしなくてはいけないと思っている。つまり自立ということはイコール就労というのがひとつの期待としてあって、働くこととか、社会に貢献することとか、せいぜい邪魔しないこととか、そういう話の所に就労が置かれている。働くこと、生産に関与することは重大なんだということを、自立と就労がセットになって強調している。

それともっと恐ろしいのは自立支援を強調すればするほど、そこについていけない者とか、そこから落とされていく人間を同時に拡大再生産していく。そういう言葉として、自立とか就労支援というものが強調されてきているんじゃないか。特に介護保険の所で、最近介護支援じゃなくて、むしろ予防の所を強調している。ボケはじめた老人に社会復帰とか就労なんていう、就労という言葉は使わないけれどもそういうことを強調するのは、それを強調しつつ、でも出来ないだろうという所に焦点を当てていく形で、その言葉が使われている感じがする。だから自立支援という言葉はむしろ批判的に捉えた方がリアルなんじゃないかと思いながら、そこを聞いてみたい。

佐々木　自立という言葉や自己責任という言葉を

たくさん使うようになってきたのは何かということを考えいて、松田博公さんとの対談の本で松田さんが使った言葉を思い出した。それはセグメントという言葉で、日本語に訳すと辞書には分節化なんて書いてあって余計分かりにくい。私のイメージの中では夏みかんとかグレープフルーツがあって、夏みかんの外の皮があって、中にうす皮があって、その中につぶつぶが入っています。社会が成り立つ為には、社会が回りの皮だとすると、つぶつぶは非常に弱いので個人。個人が弱いので家族、あるいは地域社会や学校などがうす皮、つまり中間集団の意味があったと思うんです。その中間集団がある時には、それが個人に対する拘束でもあったが保護してもいた。ところが家族が徐々に解体していった。学校の機能は登校拒否からも分かるようにものすごく弱くなって、昔の「二十四の瞳」のような雰囲気はどんどんなくなりつつある。全部専門家になってしまうから。それから組合が非常に弱体化して年々組合の力は弱まっている。地域社会というものもすごく少なくなってきている。つまりセグメントの中間集団がどんどん弱まって、個人がバラバラに社会に放り出される。これが現代社会のひとつの特徴だろうと思います。

それを国家がつかもうとする時に何を言うかというと、自立という言葉を使うんだろうと。その為に不安があったらカウンセラーに相談しなさいと。カウンセラーがいない頃は、隣のおじさんとかおばさんがいたので、カウンセラーはいらなかったわけですが、今はすべて専門化して個人を様々な形でつかんでいく。

それから経済体制からすると、グローバル資本は個人向け商品を出し始めた。家族向け商品ではなく個人向け商品をどんどん売る。それで悪い商品を買わされた場合は、自己責任ですよという言葉を用意しているのは、やはりセグメント対策ではないかという感じがしている。先ほど中島さんの出した自立という意味の胡散臭さというのは、そういう社会構造に起因するのではないかというのが私の理解です。

古賀　自立ということについては篠原さんが言ったように、政府の人たちなどの自立イコール自活概念というのは変わっていないと思います。しかし例えば社会保障委員会を傍聴していると、自立ということをどう考えるのかをある委員が質問したら、厚生労働省の課長は障害者が言っているような、自分の意志で云々というようなことをきれいに返してくる。そういう意味ではややこしい面もある。

障害者自立支援法に関して言うと、自立という意味は昔から言われている自活ということと何ら変わりはないが、障害者がよく主張する自立支援という言葉をそこに当てはめたり、三障害統合もそういう要求があるから、それを使ったかのような形に作って出してくる、というやり方をしているんだと思います。だから本音とペテンにかける両方を使っている気がします。

戸恒さんから出されたことは、確かにあり得る話だと思います。世田谷でもそういう話があって、障害者の人が福祉がまだこれだけしか受けられていないんだと記者に語った額が、結構大きく感じられる額だった。それについて、障害者はそんなに使っているのかと役所に電話した人が、実際にいるらしい。そこはどういう風に共同性を作って反撃するのかということにかかっている話なんだろうと思います。

面白かったのはタクシーの運転手さんに障害者自立支援法の問題で国会へ行くんですと言うと、あれはひどい法律ですね、と言ってくれる人もいました。でもその人は郵政民営化には何故か賛成だったりして、どこから説明したらいいのかと思いましたが、みんながいろんな感じ方を持つので、そういう人たちとの共同感を持てるようなものをどう作っていくのかが鍵なんだろうと思います。

逆に政府の方は、戸恒さんが言われたような懸念を煽るようなことを一生懸命やるし、特にこの間よくやっているから、確かに政府の側からすると、それは効果のあるアジテーションではあります。だからそこを跳ね返すものをちゃんと作っていかなければならないな、とは思います。

飯島　「自立」という言葉の問題だが、たしかに概念を整理して、慎重につかわなければいけないと思う。障害者自立支援法は、当初「障害者福祉サービス法」という類の名前だった。内閣法制局も、それが「身の丈に合った法律だ」と言っていたようである。しかし厚労省が「もっといい名前にしてくれ」と、働きかけて、こういう名前になった経緯がある。そのぶん、内容とは、ずいぶんかけ離れたものになってしまった。

ただ、「自立」という言葉は、障害者基本法や国

際障害者年でつかってきた言葉でもある。この間、「自立」をどうとらえるのかという問題が、いろいろ議論されて、特に自立生活運動をしてきた人たちからは、「この法律は、自立の意味をはきちがえているんじゃないか」、という声も出た。ただそのへんは、深い論議にまでいたらなかった。最近は他のことでも、つかいやすい言葉をつかってしまい、中身がわからなくなることが多い。「支援」という言葉も、何にでもつけるし、「自立」についても、「養護・訓練」を「自立活動」なんて言い出すから、何のことだかわからなかったりする。そのように言葉がつかわれていることも、警戒しなくてはならないと思う。

それから、浪川さんのおっしゃることは確かにそうで、特殊教育に予算をすごくかけているが、行政にはそうまでするメリットが何かあるのではないか。部分的なところを問題にすると、普通の子供の何十倍ものお金をかけているのが事実である。そうまでしても、国はコスト的にメリットがあると踏んでいたのだろう。しかしそれが立ち行かなくなっていることも事実である。

とにかく、そういう予算も、発達障害者支援法でもそうだけれど、本人のために、なかなか降りてこない。専門家のマニュアルをつくったり、発達障害者支援センターをつくったりということで、お金がつかわれていて、途中で吸収されてしまうという現実が、紛れもなくあるということは、強調しておきたいと思う。

篠原　自立を強調して自立を支援するという時のイメージには、一人ひとりが国家との関係で丸裸になりながら日常的には孤立させられているというのがある。その支援は隣りの人たちが支えあったり助け合うということではなく、むしろ制度や資格者や職業であったりする。そういう形で自立支援があるのではないかと思った。

佐々木　もうちょっと悪意があるんじゃないかと思います。その悪意というのは何かと言うと、ヒットラーが言葉を非常に巧みに使って民衆の願望を引き付ける演説をして、民衆が熱狂的に支持した。そのヒットラーの状況に非常に似ているということを、私は社臨雑誌に書きました。ヒットラーは虐殺などという言葉は絶対に使っていなくて、輸送とか希望とかいう言葉を使って虐殺したりします。ヒットラーも自分でその言葉に酔っているような所があったんです。そして今イラクでは、戦争で破壊した所を直すのを、人道支援と言ったりする。これは非常な悪意です。従って改革という言葉、自立という言葉、支援という言葉、人道という言葉、それから公平という言葉。これらはすべて悪意を含んでいるんだ、という我々の認識は必要なのではないかと。社会的な人民の意識を誘導する為の悪意を感ずるということを、明確にしておかなくちゃいけない歴史的な事実がある。

篠原　今日は、やはりどうしても今の時代や政治の状況みたいなものを見つめる中で、日常の問題を考えなければいけないと。そこは時代が逆戻りするという話なのか、時代が更に先行するという話なのかという大状況の捉え方、そこで我々が改めて気がつかないといけないことがあり、そこへ入っていく切り口を佐々木さんが指摘されたという風に僕は聞きました。時間が来たので、一段落させたいと思います。ご苦労さまでした。

不登校理解＝原因論の変説に関する一考察
－小泉英二に照準して－

山岸　竜治

1. 問題の所在：変説した不登校理解＝原因論

こんにち「不登校」と呼ばれる現象(1)は、精神医学や臨床心理学（その他、小児科学、発達心理学、学校教育相談学）等の「治療」的関わりを持つ学問によって、長い間、「不登校の子ども本人の性格と親の育て方に問題があるから起こるもの」とされて来た。時期で言えば、1960年前後から1990年前後までの、約30年間である。

しかしながら、この、本人の性格と親の育て方に不登校の原因を求める不登校理解＝原因論は、こんにち、なおスタンダードなものであるとは、言えなくなっている。例えば、子どもと若者に関する精神医療の、わが国における中心的な実践の場である東京都立梅ヶ丘病院の副院長であった（現在は院長である）児童精神医学の市川宏伸なども、一般向けの本の中で、次のように述べている。

> 以前は、親の過干渉・過保護が原因であるとか、本人の性格が原因であると指摘されました。もちろん、それらは無関係ではありませんが、最近では、それは決定的なことではないと考えられています。(2)

要するに、わが国の精神医学・臨床心理学等の学問による不登校理解＝原因論は、大きな変説を経験して来ているのである。すなわち、不登校を、当初は「本人の性格と親の育て方に問題があるから起こる」と理解し原因づけたものの、後には「そうとは言えない」というふうに言わば180度、変説させているのである。

しかし、これは悪い冗談のようなものではないだろうか。当時、いわゆる治療者から「きみの性格に問題があるからきみは不登校になったのだ」とか「あなた方の育て方が悪いからお子さんは不登校になったのですよ」などといった言葉を投げつけられ、不登校であること自体に加えて、それらの言葉によっても又、辛い思いをさせられた不登校の当事者たちが居たのである。彼らは、この精神医学・臨床心理学等の学問による180度の馬鹿げた変説を、一体どのような思いで眺めたのであったろう。

不登校理解＝原因論は、これまでの経過から見て、将来において再度、変説されるかもしれない。しかし、見て来たような変説は、これはこれとして一度、批判的に点検されておいてよい。いや、されるべきであろう。

精神医学・臨床心理学等の学問は、結局は否定されるにいたる不登校理解＝原因論を一体どのようにして組み立て唱えたのか、本稿ではこの辺りのことを考えてみたい。

2. 研究の対象と方法：小泉英二という事例

わが国において質量ともに不登校研究が最も充実している集団は、それをことさら学術的集団に限定しなくとも、日本児童青年精神医学会（1982年までは日本児童精神医学会）であると思われる。けれどもその機関誌である『児童青年精神医学とその近接領域』（1982年までは『児童精神医学とその近接

(1) 本稿でいう「不登校」とは、精神医学・臨床心理学等の学問によって同じように研究対象化されながら、歴史的に順に「学校恐怖症」「登校拒否」「不登校」と呼び変えられて来た現象のことである。すなわち、非行・身体疾患・精神病・経済的理由等によるものでなく心理的要因によると見られる不登校状態、を指す。なお本稿の地の文ではこんにち的趨勢を鑑みて「不登校」の表記を用い、引用文では引用先の表記に従うこととする。

(2) 市川宏伸『思春期のこころの病気』p.27、主婦の友社、2002年。

領域』）を読み進めて行くと、読者は、次のような、同一人物によるしかし全く整合性の無い、その意味で驚くべき発言に出会うことになる。（なお〈A〉の「神経症的登校拒否」と〈B〉の「登校拒否」は同一の対象、すなわち本稿でいう「不登校」を指していると考えて差し支えない。又下線は引用者山岸による）

〈A〉神経症的登校拒否の場合、学校要因は誘因であって、真因は親子関係ないし本人のパーソナリティにあるというのがわたくしのみかたである。(3)

〈B〉（前略）日本の登校拒否はいろいろな要因が複雑にからみ合っているので、親子関係とか学校状況とか、特にどれかの要因を強調することは妥当性を欠き、結局は、ケース一つ一つについてそのケースの場合の要因のからみ具合を正確に見極めていくのが臨床家の役割であると思います。(4)

以上はいずれも、長く東京都立教育研究所に所属し、不登校の「治療」に熱心に取り組んだ小泉英二による発言である。〈A〉が1979年の「第19回日本児童精神医学会総会シンポジウム」、一方〈B〉が1988年の「第12回国際児童青年精神医学会・リハーサル学会・東京セミナー」におけるものである。いずれの集まりも上記の日本児童青年精神医学会の主催によるものであり、小泉は「教育相談」分野の代表として(5)、それらにシンポジストないしパネリストとして招集され、不登校に関する自説を述べたのである。

しかし端的に言って、1）小泉は、不登校理解＝原因論を巡って、わが国の精神医学・臨床心理学等の学問がたどった180度の変説を、典型的に体現した研究者に成り果てていると思われる。のみならず、2）小泉は、述べたように日本児童青年精神医学会の主催したシンポジウムやセミナーに発表者として招集されていたのであり、つまり少なくとも当時は、日本の不登校研究を代表する人物の一人というふうに、不登校問題に造詣が深い集団からも見なされていたと言える。ゆえに小泉には代表性も認められると考える。

そこで、以下、本稿では、「代表性を持つ典型例」と言える小泉英二に照準して、前節で設定した問い（精神医学・臨床心理学等の学問は、結局は否定されるにいたる不登校理解＝原因論を一体どのようにして組み立て唱えたのか）を、考察してみることにしたい。

なお、このことは、小泉の不登校研究にならえば、「事例」として小泉その人を考察するということである。私個人は事例研究という研究方法について、主に「されて嫌なことは、しない」という道義的理由から、出来る限り慎重であるべきだと考えている(6)。ただし本稿に関しては、当の小泉が事例研究を積極的に行なっていた限りにおいて、その小泉を事例として考察することはアンフェアなことではない、と判断した次第である。

3. 小泉の不登校理解＝原因論の成り立ち

ここで改めて確認しておくが、本稿において問題視するのは、〈B〉ではなく、〈A〉のような小泉の不登校理解＝原因論である。すなわち、不登校を巡って「学校要因は誘因であって、真因は親子関係ない

(3) 小泉英二「教育相談の立場から（第19回日本児童精神医学会総会シンポジウムテーマ：思春期登校拒否児童の治療処遇を巡って）」『児童精神医学とその近接領域』第25巻、p.35、1979年。

(4) 小泉英二「教育相談の立場から見た不登校の問題」『児童青年精神医学とその近接領域』第29巻、p.365、1988年。

(5) 「教育相談」分野の代表として招集された小泉であるが、しかしある雑誌の「編者略歴」欄には「臨床心理学、学校カウンセリング専攻」と記されている（小泉英二・稲村博編『現代のエスプリ（特集：学校のメンタルヘルス）』第259号、p.表紙ウラ、至文堂、1989年）。又、小泉はその諸論文において自らの営為を表わすものとして「治療」という言葉を積極的に用いている。従って、「教育相談の小泉英二」との定義のみならず、「臨床心理学の小泉英二」と定義することも可能である、と考える。

(6) 「事例研究」を批判した論文・著書として、小沢牧子「「事例研究という業績」を問う－『臨床心理ケース研究』批判－」『臨床心理学研究』第22巻第2号、1984年；日本臨床心理学会編『心理治療を問う』現代書館、1985年、を例示しておく。参照されたい。

し本人のパーソナリティにある」とする不登校理解＝原因論である。

さて、では、このような（結局は否定されることになる）不登校理解＝原因論は一体どのようにして組み立てられたのか。ここで、具体的に追ってみることにしよう(7)。

1）小泉はまず「確かに、学校教育や教師の側の問題として反省や改善を必要とする問題はある」と述べている。

2）しかし小泉自身は、その「学校教育や教師」を問題視することはしない。

3）何故か。小泉によれば、「（山岸注：不登校の）小学校で1万人について2.7人、中学校で1,000人について1.7人という出現率（原文注：文部省の昭和51年度（ママ）間長欠児の調査）からみても、学校や教師に原因があるというより、個人的要因が強いと考える方が妥当」だからである(8)。

4）ゆえに「登校拒否とは究極するところ、症児のパーソナリティの問題であり、治療とはその再形成をはかることである」というふうに小泉の議論は展開されてゆく。

5）そして結論的に、「神経症的登校拒否の場合、学校要因は誘因であって、真因は親子関係ないし本人のパーソナリティにある」という〈A〉の発言が現れたのである。

なお私の把握した限り、このような不登校理解＝原因論を、小泉英二は、1971年から1984年まで(9)、すなわち少なくとも約13年間、は唱え続けている。

4. 小泉の変説の自律性

ところで、本稿が小泉の変説の年として押さえている1988年は、実は不登校を巡る大きな動きの生じた年でもある。この年の9月16日付けの『朝日新聞』夕刊の1面トップには、当時筑波大学助教授であった精神医学の稲村博をニュースソースにした「登校拒否症はきちんと治療しておかないと、20代、30代まで無気力症として尾を引く心配が強い」という内容の記事が掲載されたのだが、この報道に端を発して、言わば逆説的に、不登校を個人病理の文脈で捉える伝統的理解からの脱却を求めるうねりが、巻き起こったのである。

まず時を置かず10月24日付けの『朝日新聞』朝刊の「論壇」欄に当時所沢市嘱託スクールソシアルワーカーであった山下英三郎による反論「登校拒否は治療の対象か」が届けられ、また11月には東京で不登校の当事者・関係者を中心にした集会「登校拒否は病気じゃない」が開かれ(10)、更には前記の日本児童青年精神医学会も学会として稲村の不登校論および臨床活動を批判的に検討する活動を始めたのであった(11)。もっともこれ以前にも、当時TBSに所属していた（現在は千葉県知事である）堂本暁子などジャーナリズムによる稲村批判(12)も見かけられたのではあるが。なお又、当然ながら、この頃から日本児童青年精神医学会の学会発表においても、稲村的な、つまり不登校を個人病理の文脈で捉えるような、発表は見られにくくなって行く。

私見によれば、1990年になされた不登校に関する文部省（当時）の態度変更も、この一件によると

(7) 以下の、1）～5）の引用（カギ括弧内）は、注の(3)に同じ。

(8) この部分について、小泉は次のような補足的説明を行なっている。「さらに、登校拒否の治療が成功することにより、以前と同じ学校でも、毎日元気に通学できるようになるのである」と。しかし、小泉のいう「登校拒否の治療が成功」しなかった子どものことは一体どう考えればよいのか。その子は、「学校教育や教師の側の反省や改善を必要とする問題」が温存されているゆえに、いまだ通学できないでいるのではないのか。小泉のこの説明の仕方は余りにいびつでおかしいと思う。

(9) 小泉英二「登校拒否をする子」小泉英二編『教育相談室』pp.208-213、日本放送出版協会、1971年。および、毎日新聞社編『教育を追う　登校拒否の子』p.178、1984年、毎日新聞社。

(10) 集会の時、場所、集会名に関して、横田正雄「登校拒否児の地域ケアーを巡って」『臨床心理学研究』第33巻第1号、pp.5-6、1995年、を参照した。

(11) これの経緯については、『児童青年精神医学とその近接領域』第33巻、pp.77-103、および、pp.254-256、にその記録がある。

(12) 例えば、堂本暁子「子どもたちの告発」『これからの精神医療（法学セミナー増刊総合特集シリーズ37）』pp.53-62、日本評論社、1987年。

ころが大きい。当時、稲村は、文部省の不登校見解にオブザーバー的に関与していた[13]。その彼に対する、以上のような多方面からの厳しい批判は、同時に文部省の不登校見解の正当性を動揺させるものであったにも違いないからである。

ただし本稿にとって重要なのは、本稿で取り上げた小泉による変説が、この稲村の一件に既に先行して行なわれていた、という点である。小泉が〈B〉の発言を行なったのは日付まで見ると1988年4月26日であり、すなわち稲村をニュースソースにした同年9月16日付の『朝日新聞』報道よりも、5カ月程だが前のことだったのである。

このことから、小泉によるその不登校理解＝原因論の変説というのは、状況・周囲に引きずられたものと言うより、むしろ自律的になされたもの、と考えられる[14]。

5. 小泉はなぜ変説したか：不登校の増加

すなわち、1988年頃、小泉は何らかの事情から、その自説（不登校は親子関係と本人の性格が真の原因である）を変更しなければならなくなったもの、と推定される。そして結論から言ってしまえば、それは「不登校の増加」という事情であった、と考えられる。

手元に児童精神医学の渡辺位の手になる、ちょうどよい論述があるので、ここで引用してみたいと思う。（なお引用文中の「“学校ぎらい”」は本稿でいう「不登校」のことと考えて差し支えない。又下線は引用者山岸による）

> 1988年には“学校ぎらい”の実数が小学生では5,286人、中学生では32,725人となり、それぞれ5千人、3万人を超え、12年前の1.8倍、3.3倍であるという。[15]

「1988年」は、本稿が小泉の変説の年として押さえている年であるが、一方、「12年前」の1976年＝昭和51年は、小泉が〈A〉の発言を行なう際に資料として用いた「文部省の昭和51年度(ママ)間長欠児の調査」が行なわれた年に該当している。

さて、ここで「3.」に立ち戻り、1979年の小泉が、〈A〉のような不登校理解＝原因論を一体どのようにして組み立てていたか、をもう一度、見てみよう。注目すべきは、そこで小泉が、「ごく少数の子どもしか不登校になっていないのだから、なる方に真の原因がある」というロジックを用いて、論を組み立てていた点である。

そう、ポイントは、この1979年には有効であった（と言うか、そう見えた）ロジックが、しかしながら、1988年にはその効力を失効していた点にある。渡辺が指摘しているように、1988年になると不登校の件数は以前に比べて随分と増えていて、すなわち「ごく少数の子どもしか不登校になっていない」などとは到底、言えなくなっていたのである。

従って1988年の小泉は、もはや「ごく少数の子どもしか不登校になっていないのだから、なる方に真の原因がある」などというロジックを用いることは出来ない。又、従って小泉は、以前のように「不登校は親子関係と本人の性格が真の原因である」という

(13) 文部省初等中等教育局『生徒の健全育成をめぐる諸問題－登校拒否問題を中心に－』大蔵省印刷局、1984年、を参照のこと。なおそこでは、精神医学の大原健士郎、臨床心理学の坂野雄二なども、稲村に歩みを合わせている。稲村は更に、同省社会教育局『現代の家庭教育－小学校低・中学年期編－』ぎょうせい、1989年；同省生涯学習局『現代の家庭教育－小学校高学年・中学校期編－』ぎょうせい、1989年、等においても不登校について執筆を担当している。

(14) 変説自体は自律的だったと考えるが、ただし、それまでの歩みにおいては、つまり変説するまで少なくとも約13年間は「不登校は親子関係と本人の性格が真の原因である」という不登校理解＝原因論を唱え維持していた点においては、小泉は文部省に同調的だった可能性が高い。例えば、全国教育研究所連盟編『登校拒否の理解と指導』東洋館出版社、1980年、という本を見ると、後の文部省事務次官で（現在は日本臨床心理士資格認定協会会頭で）ある木田宏が、当時の「全国教育研究所連盟委員長」として同書の「はしがき」を、又小泉が「東京都立教育研究所教育相談部長」として「推薦のことば」を、記している。このように、小泉は文部省と近い関係にあったからである。

(15) 渡辺位「不登校」清水將之編『改訂増補青年期の精神科臨床』p.50、金剛出版、1989年。

不登校理解＝原因論を組み立て唱えることも、出来なくなっていたのである。

このように、1988年における小泉の変説は、その自説が依拠するところのロジックを、「不登校の増加」という事情に突き崩されてしまったことによるもの、と考えられる。

6. 「問題」を問題視しない欺瞞の内在

ここで、もう一度、小泉による1979年の不登校理解＝原因論を、注意深く見返してみよう。そうすると、それは、そもそも或る欺瞞を内在させたものであった、という指摘が出来るのではないだろうか。と言うのも、小泉による1979年の不登校理解＝原因論においては、1)「学校教育や教師に問題はある」と認識されながらも、2)「ごく少数の子どもしか不登校になっていないのだから、なる方に真の原因がある」というロジックによって論が展開・統合されるため、3)「問題のある学校教育や教師」が、にもかかわらず問題視をされていなかった、からである。

しかし当時の「学校教育や教師」は、やはり問題視をされてしかるべきものだった、と思われる。例えば教育学の堀尾輝久は1983年に執筆した論文で次のように記している。

> 今日、学校と教師は、子どもに対する抑圧者であるかにみえる、少なくとも、そのような場合が多い。登校拒否が増えていることは端的にそのことを物語っていよう。小児精神病棟には、学校が原因で傷ついた子どもたちでいっぱいである。(16)

このように堀尾は、「学校と教師」も不登校の原因なのだ、あるいはむしろ「学校と教師」こそ不登校の原因なのだ、と述べていた。

7. 子どもの問題か、子どもの周囲（学校教育・教師）の問題か

精神医学の小澤勲が、不登校を論じた文章の中で、次のような事例を紹介している。

> たとえば、かつて、光化学スモッグが公害との関係ではあまり語られていなかったころ、光化学スモッグ警報の出されていた地域の校庭での行事で数人の中学生が倒れ、これらの調査にあたった人たちが、「これは集団ヒステリーによるものである」という報告を出したことがあります。そして、この学校では、この報告書が出るまえから「光化学スモッグに負けない中学生になれ」という檄がとんでいたのです。
>
> この場合、公害への責任追求はブロックされ、結局は被害者であるはずの生徒に責任が転嫁されたとしか思えません。そして、そのことは調査以前から「雰囲気」としてすでに用意されており、それが学問の名のもとに追認されたのです。(17)

先程の堀尾の論述を手元に置くと、小澤の論述における《光化学スモッグ－倒れた生徒－集団ヒステリー》という系と、小泉の不登校理解＝原因論における《問題のある学校教育や教師－登校拒否－親子関係ないし本人のパーソナリティ》という系とは、ほぼ正確に対応している、と言えるだろう。

それゆえに、ここで取り出しておくべき視点がある。それは、「不登校問題」とは実は「学校教育・教師問題」ではなかったか、という視点である。つまり、「光化学スモッグ問題」において光化学スモッグで倒れた生徒ではなく光化学スモッグの方こそが問題であったように、「不登校問題」においても（少なくとも堀尾の論述に照らす限りは）学校に行けない子どもではなく学校の方こそが問題なのではなかったか、ということである。

このように見て来ると、ソレを「不登校問題」と名付けること自体にも問題があると思われて来る。「不登校問題」と名付けることによってソレが子ども自体の問題のように感覚されてしまうからである。しかし、実はソレは、子ども自体の問題でなく、あるいは子ども自体の問題であるよりも、子どものその周囲の問題

(16) 堀尾輝久「義務教育観念の再検討－中等教育改革論とかかわって」『人権としての教育』pp.186-187、岩波書店・同時代ライブラリー、1991年。ただし初出は、本文中で触れたように1983年（『季刊教育法』1983年冬号、エイデル研究所）。

(17) 小澤勲「学校を捨てるしかないのか」『ひと』第17巻第5号、p.5、1989年。

であったのかもしれないのである。「周囲」とは、言うまでもなく「学校教育や教師」のことであり、ヨリ正しくは「問題のある学校教育や教師」のことである。

8. 「仲間」意識に基づいた不登校理解＝原因論

例えば、Q工場が排出する有害物質を含む煙によって空気が汚れている現実があるとしよう。しかし、この時、小泉による1979年の不登校理解＝原因論にならえば、1000人について数人の人しか体調を崩していないのであれば「真因」は体調を崩した人の身体機能や生活習慣などにある、ということになる。そして、Q工場は煙を出し続けていてもよく空気は汚れたままでもよい、ということにすらなってしまう。

勿論、こんなことはあってはならない話である。しかし、このあってはならない話も、Q工場の関係者に限っては、むしろ「あって欲しい話」になると考えられなくもない。少なくともQ工場関係者の中に、そういうふうな説明を、つまり「1000人について数人の人しか体調を崩していないのだから『真因』は体調を崩した人の身体機能や生活習慣などにある」というふうな説明を、して欲しいと考える人が居ても不思議ではない。そして又、Q工場関係者の身内や仲間の中に、そういうふうな説明をし（て彼らをかばっ）てあげたい、と考える人が居ても。

とは言え、そのような振る舞いは、研究者に相応しいものでは、ない。それが余りに主観的であり非科学的（非客観的）だからである。しかし小泉英二という不登校研究者は、この科学的でないゆえに研究者に相応しくはない振る舞いをこそ、していたように思われる。彼は、1982年の或る座談会で次のように喋っている（下線は引用者山岸による）。

> 私は、教育のほうの出身でしょう。だから学校教育なり先生というのは、仲間なんです。（中略）登校拒否の出現率からみても、多くみても千人に対して数人だと思うんです。
>
> まあ、学校教育に問題があるというのは、私もある程度は認めていますよ。けれど、実際にその学校の教育体制・社会体制の中で、キビキビと生き抜いている子もいるわけでしょう。(18)

そこで、小泉は、自説を繰り返し主張すると同時に、自分には「学校教育なり先生」に対する「仲間」意識があるのだということを吐露している。ちなみに、堀尾が「子どもに対する抑圧者」と批判していたのも、同じ時期の「学校と教師」＝「学校教育なり先生」であったのだが。

ともあれ、他ならぬこの「仲間」意識ゆえにこそ、小泉による1979年の（そして1984年まで維持された）不登校理解＝原因論は、指摘したように欺瞞を内在させたものに成り果てていたのではなかったのか。こういうことである。

1）小泉には、「学校教育なり先生」＝「学校教育や教師」に対する「仲間」意識があった、という。従って、小泉は、「学校教育や教師」を出来る限り悪く言いたくないという気持ち＝主観を持っていた、と判断される。

2）しかし、堀尾の論述にあったように、あるいは小泉自身が認めていたように、「反省や改善を必要とする学校教育や教師の側の問題」は実在していたのである。従って、小泉の中には自己矛盾が生じることになる。小泉個人は「仲間」である「学校教育や教師」を悪く言いたくないのだが、それらは実際には悪い（＝反省や改善を必要とする）ものに成り果てていたからである。

3）ただし、不登校の件数がごく少数にとどまっている時であるのならば、「ごく少数の子どもしか不登校になっていないのだから、なる方にこそ真の原因がある」というロジックを用いることによって、「学校教育や教師」を悪く言わないで済ますことも出来ないわけではない。

4）そして結局、小泉は意識的、無意識的にそのようにしてしまったのであったろう。こうして、「問題のある学校教育や教師」が、にもかかわらず問題視をされない、という、小泉の自己矛盾を隠蔽した、又それゆえに欺瞞を内在させた、不登校理解＝原因論が唱えられたものと思われるのである。

5）それにしても、教育相談ないし心理臨床に携わっていた小泉が、クライエント（＝不登校の子ども）よ

(18) 小川捷之・小泉英二・神保信一・平井信義・渡辺位「座談会＝学校ぎらいにさせないためにどうしたらよいか」稲村博・小川捷之編『学校ぎらい』pp.177-178、共立出版、1982年。

りも第三者（＝学校教育や教師）を優遇していたのは、問題があり過ぎることである。臨床家の彼・彼女にその居場所が用意されてあるのは、臨床家の存在に先だって悩みを抱えたクライエントの存在があったからである。つまり根元的、原理的に「クライエントあっての臨床家」なのであり、従って臨床家は第一義的にクライエントの擁護者・理解者でなければならない。これは臨床の原理原則であろう。

9. おわりに：結論と意見

以上に考察して来たように、小泉による1979-1984年の不登校理解＝原因論というのは、何らかの客観的な根拠よりも、むしろ、「仲間」意識から生じる気持ち＝主観にこそ基づいて、組み立てられ唱えられていたものである、と結論される。すなわち、それは科学的言説などではなく、実のところは主観的意見と呼ぶべきものであったのである。そして、この主観的意見は、時代状況にマッチしない意見に人が耳を貸さなくなるという事態が自らの身に起きるのを避けるようにして、変説されたのである。

さて、ここで再び小澤の論述を参照すれば、更に次のような指摘も出来る。小泉による1979-1984年の不登校理解＝原因論は、「問題のある学校教育や教師」が「誘因」として背景化される一方で、「親子関係ないし本人のパーソナリティ」が不登校の「真因」に位置づけられるという構成になっていたわけだが、この構成は、小澤の言う「結局は被害者であるはずの生徒に責任が転嫁され」るという道筋へつながっていた、と。

小澤によれば「そのことは調査以前の『雰囲気』としてすでに用意されて」いたのだが、小泉の不登校理解＝原因論においても又、そうだったのではなかったか。既に述べたように小泉は長く東京都立教育研究所に所属し不登校研究を行なっていたのだが、その共同研究者（＝仲間）の多くは教師経験者[19]であった。従って、研究以前の「雰囲気」として、「学校教育や教師」を悪くは言わない「雰囲気」が、すでに用意されていた、のではなかったのだろうか。そしてそれが「学問の名のもとに追認された」のではなかったのか。

いずれにせよ、主観的意見に過ぎない不登校理解＝原因論を、あたかも科学的言説として、学術的な集会の場その他で堂々と発表する研究者が存在し、のみならず、そのような人物がわが国の不登校研究を代表する研究者と見なされていた……これらの事実は、私を困惑させるものである。私たちは、わが国の不登校研究が、果たしてまともな主体と環境によって行なわれて来たのか、このことを点検してみる必要がある。

述べたように、不登校という現象を巡っては、「きみの性格に問題があるからきみは不登校になったのだ」とか「あなた方の育て方が悪いからお子さんは不登校になったのですよ」などといった言葉を投げつけられ、不登校の辛さ以外に、それらの言葉によっても傷つけられた当事者たちが居たわけだが、小泉英二という事例の研究から言えるのは、それが極めて不当な傷つけられ体験であったということである。

従って、関係者、要するにわが国の精神医学・臨床心理学等の学問の専門家たち、は何らかの責任を取るべきだと私は思う。その1つとして、いま挙げた点検を、すなわちわが国の不登校研究が果たしてまともな主体と環境によって行なわれて来たのかの批判的点検を、精神医学・臨床心理学の専門家たちは自らすすんで行なうべきだと私は訴える。

（やまぎし・りゅうじ　日本大学大学院文学研究科教育学専攻博士後期課程）

【主要参考文献】

●小泉英二編『登校拒否－その心理と治療－』学事出版、1973年。
●小泉英二編『続・登校拒否－治療の再検討－』学事出版、1980年。
●小泉英二「学校ぎらいの子どもの理解」上出弘之・伊藤隆二編『学校ぎらいの子ども』福村出版、1980年。
●小泉英二「登校拒否＝専門機関との連携の実際と課題」『児童心理』第42巻第13号、金子書房、1988年。
●小泉英二「登校拒否と学校の立場」『あも』第1巻第4号、メディカ出版、1990年。
●そのほか学事出版の『月刊生徒指導』に数多くの小泉論文が掲載されている。

(19) 今井五郎、永瀬純三、西君子などである。

暮らしの中の医療化に対する両義的な思い
−石川憲彦さんの発題に触発されて−

梶原　公子

石川さんの発題に対する関心

昨年以降、社会臨床学会では「暮らしの中の医療化」が一つのテーマになっている。2004年12月に開かれた秋の学習会では「現代の医療化の課題」と題して石川憲彦さんのお話があった（以下石川発題と記述、本誌12巻3号所収)。石川さんは、社会の医療化を、疾病観や疫病観の変遷、歴史的背景から説き起こしつつ、現代の課題につなげていくというように多岐にわたる問題提起をされ、大変興味深く拝聴した。その後のディスカッションは、主として発達障害や臨床心理的な趣が強い内容であったが、ここでは先の石川発題の中で、私の関心と重なった事柄に焦点を当てて述べることにしたい。

石川発題のなかで、興味深かったことを私の解釈も交えてまとめると次のようになる。

「健康」という概念は明治以降、国益、国策の中で広まっていったもので、それ以前は貝原益軒の『養生訓』(1713) に代表されるように私的、個人的な事柄であったという。ちなみに江戸時代まで、庶民は自分たちの身体や顔かたちに強い関心は抱いていなかったとされる(1)。

石川さんも「健康」は、近代国家成立以降の問題という文脈で話を進められた。

石川発題では、医療化という用語について次のように規定されていた。医療化とは、人の生命(生と死)を支配する問題であり、最適な健康を確保し、寿命を伸長させる操作である。さらに資本主義社会においては医療産業として政治、経済、社会と結びついて自己増殖しているものである。現代は「病気は悪」とされ、嫌われ、隠すべきもの、治すべきものというのが、社会通念であり、当然視されている。つまり健康に価値を置くものであるため、医療によって「悪」から救済され「健康」になるということである。また、医療も健康も個人化、自己責任化の装いを帯びてきている。このような医療や健康、あるいは「健康な生」に対する信仰が、健康診断や健康増進法 (2003年成立) という法律を生み出す背景となっている。

ちなみに『社会臨床雑誌』第12巻第3号で、岡山輝明さんは「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」のなかで、都教委が「都立高校改革推進計画」を出したこと、そのなかで「新たな学力観」として「生きる力」が提示されたと述べている。ここでの「生きる力」とは「健康の保持と増進」と、その「自己管理」であると述べていて、これは健康増進法の高校生版と思えるもので、苦笑を禁じえなかった。

石川さんは暮らしの中での医療化の状況を、歴史的、社会的に相対化したパラドキシカルで独自の視点で解説された。例えば、今日死亡原因の第1位は癌であるが、実際は40歳以下では癌は増えておらず、癌が増えたのは余分な寿命をわれわれが生きるようになったからである、という。また、日本ではインフルエンザで死亡することはまれであるが、罹った人の約8割は「ちょっぴり楽になるため」にタミフルという薬を使うという。けれどもこれは多分、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割に相当するというのだ。あるいは先にあげた健康増進法が成立した背景に次のような状況がある。つまり栄養状態が改善し、国民が健康になり、寿命が延びたこと、寿命が延びた結果、今度は栄養過剰が病気つまり生活習慣病を引き起こすようになったため、問題視され、過剰栄養を改善することが「健康増進」の課題であるとされるようになったというのだ。また、健康増進法は、健康診断も同時に薦めているが、アメリカの医学雑誌の報告によると、健康診断実施を推進した介入群と実施せずに放

(1)　田中聡 1996『健康法と癒しの社会史』青弓社

置した非介入群とを比較した場合、総死亡率で見ると介入群のほうが放置群よりも高いという。つまり健康診断は人を死亡に導くとすらいいかねない結論があるという。

これら一連の事例は、医療化や健康志向（健康の最大化を求める気持ち）、健康への信仰が別種の病や社会問題、あるいは自己（自国）中心主義を生み出す、というパラドックスを浮かび上がらせ、興味深い。

と、同時に翻って考えると、健康に価値をおく社会やその流れに対して、一定の距離を保っていくにはどのようにしたらよいのだろうか、という疑問がわいてきた。そしてまた、医療化や、健康志向、健康への信仰というものがくらしに浸透していることを、どのように受け止めたらよいのだろうか、という思いも抱いた。それは「喜ばしいこと」と単純にいえないとしても、またどこか違和感があるとしても、全く拒否することもできそうもないし、全く肯定することもできない、というきわめてプリミティブで両義的な思いであった。

以下、医療化や健康志向を単純に受け入れられない気持ちの背景について考えることにしたい。

医療化、健康志向を肯定する気持ち

一般的に医療化や健康志向に対する両義的な思いのうち、これを肯定したい気持ちは逆らう気持ちよりもずっと強いのではないだろうか。この気持ちは日常的、個人的レベル、集団レベル、国家レベルというように重層構造をなして、その形成に作用しているように思う。

日常的、個人的なレベルについて見ると、健康志向が高まり、その流れに組み込まれる状況は、性別（ジェンダー）や年齢によって方向が異なっていると考えられる。

例えば一昨年、私は 20 歳代前半の男女それぞれ 20 数名に対して聞き取り調査を行った。質問項目の中に「あなたは食生活において健康管理（病気の予防や体調の維持）のために、配慮していることはありますか。」というのがあった。この質問に対して、女性で「ある」と答えた者は 81%、男性では 77% だった。どのような点に配慮しているのかを聞くと、男性の特徴は「成人病予防のため低カロリーにする」「高血圧なので塩分控えめにする」というように、肥満と生活習慣病に対する危機意識と受け取れる回答が半数近くいたのに対して、女性は「便秘予防にヨーグルトを食べる」「肌荒れ予防に、ビタミン C を摂る」「血液をさらさらにするために豆類を摂る」など、具体的な栄養素や食品名とその効用を関連してあげる者が多く、生活習慣病を挙げたものはいなかった。また、健康食品やサプリメントの利用について聞くと、「利用している」は男性で 34%、女性 69% だった。男性の中には「薬は信じていない」「お金をそういうものに使いたくない」「栄養は食べ物から摂るもので、薬に頼るのはいや」という発言があったが、女性にこのような意見は無かった。

女性の特徴は何よりも、健康管理をダイエットや美容と関連付けて実施している者が多い点である。ことに肌荒れ解消に対する関心はとても強い。くすみやむくみをなくし、ツヤ、ハリを保つにはさけの白子がよいとか、アセロラドリンクがよいというような情報をキャッチし、実践し、「美しく」なり、それによって自分に自信が持てるようになったり、女性としての魅力が増えると考えるのである。つまり健康になることによってはつらつとした美しさを手に入れ、自己受容の度合いが増すと考える者が多いことだった。

これに対して、男性が太っているのはかつては恰幅がよい、といわれていたが、今日では自制心がない人といわれるようになった。しかし、太っているなど外見で判断されることは、女性のそれよりずっと緩やかであり、食べることを制限する度合いも女性より少ない。その結果、栄養調査などを見ると、20 歳代では女性の BMI(Body Mass Index：肥満度判定法の一つ、体重 (kg)/ 身長 $(m)^2$ で求める) は下降しているのに、男性は肥満に分類される人は増加している。

大雑把に言えば、聞き取り調査から若年男性は肥満と生活習慣病を懸念し、女性はダイエットによってやせた上にメリハリのある体を手に入れたいと望んでいる、という対称性がみられた。このように男女によって健康に関する関心のありようは異なるものの、男女とも 20 代前半であるにもかかわらず、健康を損なうことに対する不安感や警戒心が気持ちの底に強くあると感じられた。

集団レベルでの医療化、健康志向で最も身近な

のは健康診断ではないだろうか。

そもそも健康であるかどうかという判断基準は、自分の体調が心地よいと感じるかどうか、これは体のどこかに支障があるのではないかという身体感覚であろう。けれども、今日では体調は別に悪くないからという理由で、職場などの健康診断を拒否することは難しい。そのような個人の実感よりも、科学の専門家と測定する視線、正常と異常とを振り分ける科学的数値基準によって、「健康」であるか否かを判定するほうが「正しい」と考えられるようになっている。健康診断の不確かさは、石川発題でも提示されているが、健康診断で「正常」という判定は大きな安心感をもたらしている。しかし、このような健康の判定法は近代化以降のことであり、公衆衛生の近代史とは、個々人が身体感覚として感じる「健康」の基準が、科学的な基準によって置き換えられてきた歴史であるという(2)。

先の聞き取り調査で、若年女性の回答で気になる次のようなことがあった。それは脂肪摂取に関することであるが、もともと脂肪は価値中立な物質である。にもかかわらず脂肪は、体脂肪や内臓脂肪を増加させ、セルライト（冷えやむくみが原因でできる脂肪の塊で、老廃物やコラーゲン繊維と絡まった燃焼されにくい物質）ができたり、肥満につながるものというように、マイナスイメージでのみ捉えられ、「憎い」「怖い」と悪者のように擬人化して形容され、敵視する発言が多いのに驚いた。彼女たちが太っているかどうかを判定する基準は、体重、体脂肪率、BMIなどの数値である。自分が快適と感じるからだの状態や自分らしいと感じられるプロポーションよりも、体脂肪率やBMIがいくつなら正常（スリム）かが重視され、数値にこだわる傾向が強く、数値への依存は結果として健康診断への依存ないしは信仰につながるのではないかと思ったのだった。

三つ目にあげられる国家レベルでの医療化、健康志向は、石川発題にもあった「健康日本21（21世紀における国民健康づくり運動について）」や「健康増進法」などの法制化の流れと重なるように思う。これらの法律は、国家が国民の幸福に配慮しているというパフォーマンスが感じられる。しかしその配慮はあくまでも人間を集合として、住民として管理し、統治し、国民の生と死、罹患率、出生率、死亡率などにのみ関心が向けられている。「健康日本21」では、身体や栄養状態の数値目標を掲げているが、例えば20歳代女性のやせの者を23.3%から15%以下に引き下げるとか、20－60歳代男性の肥満者を24.3%から15%以下に引き下げるのを目標にしている。これは太りすぎもやせすぎもダメで、個人の身体のサイズや健康は、一定の枠の中に入るのが望ましいということになる。その範囲に入るひとは、効率のよい労働力となり、かつ医療費の負担が少なくてすむ人ということだろう。

また2005年には「食育基本法」というのが成立している。この法律の目的には「生涯にわたって、健全な食生活を実現することにより、国民の心身の健康の増進と豊かな人間形成に資すること」であり、食に関して「感謝の念や理解が深まるよう配慮」されなければならないことが謳われている。これは健康や身体状況と同時に食べるという日常茶飯事、プライベートな領域にまで国家が踏み込み、それを管理統制の対象とするようになったこと、と受け止めることができる。けれどもこの法案が国会に提出されて後「何をどのように食べるのかについて、国家が規範を示すのはおかしい」というような反対意見はわずかに新聞で見受けられただけだったように思う。一般的にはこの法案の存在はあまり知られていないようだった。この法案に大きな関心を寄せた栄養や食にかかわる教育関係の場では多くが「国もようやく食べるという側面から国民の健康や生活の安全を配慮するようになった、それは大いに歓迎すべきこと、国民の安心、安全が守られることになる」という意見であって、個人の食べるという行為に、国家が介入することに違和感や強い抵抗は見られなかったように思う。

このような重層構造のなかでは、「正しく」生活すること、「健全」な精神であること、さらに向上心がありポジティブシンキングであり、精神的にも肉体的にも病んでいないことが、社会的によしとされ、そうでない場合はダメ人間とすら言われてしまう。だから社会生活の場面ではとにかく自分は「正常なのだ」というパフォーマンスが要求され、自分でも「健全」であるよう装ったり、鼓舞したりしなければならない。なぜ病んではいけないのか、なぜ遅くまで寝ていて、

(2) 森下直喜 2003『健康への欲望と<安らぎ> ウエルビカミングの哲学』青木書店

朝食を食べないというような不規則な生活はいけないのか、などという疑問をさしはさむ余地は作られていない。

医療化、健康志向に対する疑問

これらのことを改めて振り返えったとしても、それでも私自身もやはり医療化、健康志向の流れに逆うよりも、むしろ積極的に受け入れてしまっていることのほうが多いように思う。「年相応」という概念や実態が不明瞭な現代、生きている以上健康のほうがいいと思うし、若さはできるだけ保っていたほうがいいと思う。風邪を引いたらいち早く薬を飲んで、なるべく早く治したいと思うし、健康診断は受けたほうが安心だとも思ってしまう。そして高齢社会が進展するほど健康であることは重要性を増すし、それの維持は自己責任と考えざるを得ないから、したがって健康寿命は伸びたほうがいいと思ってしまう。

と同時にそう思い、受け入れているのとは裏腹に、そのような流れに同意できず、どこかで違和感や不満感、疑問を抱き、「健全」を求める社会にきつさを感じているのもまた事実である。

そのように思う理由として、個人の健康や身体状況、食生活、好みなどなどとは関係なしに、これらに管理統制が加えられていることへの警戒心や危惧する気持ちというのがある。健康診断で全く問題ないといわれた直後に、病気が発覚したというような話はよく聞くし、私自身も体験している、ということもある。また、身体状況や健康というものを、若い / 老人、健康 / 病気、肥満 / やせ、正常 / 異常、科学的数値の範囲内 / 範囲以外というように二項対立に持っていって、「郵政民営化に反対か賛成か」を問うのと同じような単純さで判断していくことに対する疑問もある。身体状況は二分法で決められるような単純なものではないし、全く健康というわけではないが、まあまあやっていられるというようなグレーゾーンの幅は大きいからだ。

さらに、病気になったことではじめて気がつくこと、病気になることによってそれまでの暴走した生活にブレーキがかかったことなど、健康であったら得られない体験をした話もよく聞く。つまり、人間は多かれ少なかれ病的なものを抱えているし、加齢は障害化につながるという状況認識は誰もが心のなかでは肯定していると思う。この「病気の効用」というもの、これをより肯定的に捉える見方もある。例えば特異な例かもしれないが、中村健之助は「ドストエーフスキーは、病気の人間のほうが健康な人間より優れており、病気であることは何か貴重なことであり、健康であるより真実を豊かに含んでいるかのようであるというように、病気を恥ずかしがらないどころかこれに熱い関心を示し、小説の土台に据えている」と論じているし[3]、加賀乙彦は「病気が（ドストエフスキイの）創造のみなもとになった」といっている[4]。

しかしそれはともかくとして、健康でないこと、病気であること両者ともにもっと相対化して捉えていかなければ、結局、「健全」「健康」「正常」とされる基準に合わせるより他はなくなり、それができない人は社会生活が立ち行かなくなるあるいは、立ち行ったとしてもどこか大変だと感じるのである。

そして医療化、健康志向を単純に受け入れるについて、もう一つの思うことがある。それは有史上最も豊かな社会のなか、例えば飽食であるにもかかわらずダイエットをするとか、どのような食事が「健全」で「理想」であるのかが揺らいでいるのにもかかわらず、「健全な食事」を目標に「食育」を行なうとか、さまざまな健康法がより盛んになっている状況があって、それがよりいっそう熱心に行なわれていることである。（実際は、この状況に疑問を持っているのにもかかわらず、私自身そのような情報についつい振り回され、健康法や健康食品を試してしまうのであるが。）そして「健康法」の多くは、自分の欲望を抑え禁欲的ともいえるようなコントロールをすることが前提となっているように思われる。そのような禁欲的方法によって、健康な身体をつくり、健全な食生活を送ることが正しいことであるから、そういう生活をしましょうというという方向に収斂していく。それはどこか現代版啓蒙主義ないしはヒューマニズムを装いつつ、「ユートピア」に導くイデオロギーように思われ、怪しげである。

食べたいものを食べたいときに食べたいだけ食べる

(3) 中村健之助 2004『永遠のドストエーフスキー 病という才能』中公新書 1757

(4) 加賀乙彦 1998『ドストエフスキイ』中公新書 338

とか、あるいは飲みたいだけお酒を飲むとか、コンビニ食やファーストフードやジャンクフードばかり食べるとか、運動しないとか、不規則な生活をするというのは、たとえ「不健康」といわれたとしても、それによってその人が嘉悦というか、快楽を得られるものであるのなら、それはそれで認められてしかるべきこと、というより「不健康」「不健全」とされることではないと思うし、基本的人権や趣味ないしは嗜好ですらあると思うのだ。なのに、今日ではそのような生活習慣の者は、自制心が欠如した「よくない」「不健康」な人間とみなされてしまう。そういう判断の仕方に従っていくことへの疑問である。

結局のところ、「自分の欲望に忠実に生きたいというのは悪」「不健康な生活は悪」という考え方が定着することによって、自分の欲望をかなえる場として最も身近であるはずの身体が、自分の思うままにしてはいけないもの、というようになってきているのかもしれない。医療化や健康志向を肯定することは、身体が個人の好みで太ったりスリムになったり、化粧したり、おいしいものを食べたり飲んだりするというように、個人の自由裁量で欲望をかなえる許容が制限されることに同意していくことになるのだろうか。

(かじわら・きみこ)

「安楽死・尊厳死」論の状況的文脈

八木　晃介

1．はじめに

「安楽死・尊厳死法制化を阻止する会」が発足しました（2005年6月25日）。「尊厳死法」を国会で成立させようとする策動に対する一つのいわば対抗運動の盾です。もちろん、これは純然たる市民運動ですから、「尊厳死法」への参加者の思いは多彩であり、その対抗性の内実も一枚岩的ではありえず、早い話がこの運動の呼びかけ人の「安楽死・尊厳死」への意味づけや解釈さえ必ずしも一致しているとは思えません。呼びかけ人は、私のほかに鶴見俊輔氏（哲学者）、原田正純氏（熊本学園大教授）、立岩真也氏（立命館大教授）、清水昭美氏（「脳死」臓器移植を許さない市民の会）などですが、ありていにいって、発足に際して呼びかけ人が一同に会し、細部にわたる理論と思想のすり合わせを行ったということもありません。「安楽死・尊厳死」そのものに全面的に反対するもの、「安楽死（積極的安楽死）」と「尊厳死（消極的安楽死）」とに区分してその一方（おもに前者）に反対するもの、あるいは「安楽死・尊厳死」に問題領域を限定して反対するもの、「安楽死・尊厳死」問題を「脳死・臓器移植」問題とからめて反対するものなど、意見は多様に分散しているものと思われますが、最大公約数的な一致点は「安楽死・尊厳死の法制化」にこだわって反対するといったあたりでしょうか。

私自身のスタンスもいたって単純で、やはり、「法制化」にこだわって反対するというところに定めています。この立場性は、1978年、かつての日本安楽死協会（現・日本尊厳死協会）が安楽死法制化運動を開始した時、「安楽死法制化を阻止する会」の事務局を清水昭美氏とともに担った私のそれとまったく変化していません（この時の呼びかけ人は、武谷三男、那須宗一、野間宏、水上勉、松田道雄の五氏でした）。私自身は、松田道雄氏ではないが、やはり「安楽に死にたい」と念願しています（松田道雄著『安楽に死にたい』岩波書店1997に対する批判を私は『社会臨床雑誌』第5巻第2号に「松田道雄さんへの疑問」と題して寄稿しました）。七転八倒の苦痛を受忍ないし享受するマゾヒズムは私に無縁ですし、病状の好転反応としての苦痛以外のすべての苦痛はすべからく可及的すみやかに除去されるべきものとも考えています。ある種の緩和医療が仮に死期を早めることになるとしても、です。それは、大腸がん手術から生還してすでに16～17年も無事に経過している私自身の、未来に向けてのいつわらざる、そして切実な願いでもあるのです。

第一次「阻止する会」の呼びかけ人になった野間宏氏、私の呼びかけに応じて賛同人になった山崎謙氏（哲学者）や戸村一作氏（三里塚芝山連合空港反対同盟委員長）がそれぞれ苦痛にまみれた壮絶な最後をむかえられたことを後で遺族から知らされ、「八木さんを恨みましたよ」とのメッセージも届けられました。「法制化」に反対する私への恨みが方向違いであることは論理的に証明できても、心情的にいえば、私にはそれぞれの遺族に返す言葉がありませんでした。ことほどさように、「安楽死・尊厳死」問題には、時に論理や思想をこえる「微妙なエトス」が含まれることも否定できません。実をいえば、問われるべきは、まさにこの「微妙なエトス」というものなのです。「ああなってまで生きたくはない」「世間や家族に迷惑をかけたくない」「老醜をさらしたくない」といった私たちの日常感覚はそれ自体として価値的に正負ゼロのはずですが、にもかかわらず、そうした日常的な常識性がしばしば「優生思想」といった差別イデオロギーに回収されることによって、あるいは法制度化されることによって猛烈な暴力性をおびることがあるわけです。

本稿では、しかし、こうした意味での日常的な常識性そのものを俎上にのせるのではなく、日常的な常識性が外的な拘束性をもつ制度として具現される場合の暴力性について議論を進めます。誰もが願わないではいられない「安楽な死」、そして現実の医療の場においてもおおむねケース・バイ・ケースで模索されている「苦痛なき死の探究」を、あえて物理的な強制力をもつ国家的な規範(すなわち法律)によって制度化すること、つまり、「安楽死・尊厳死」の法制化が社会的な議題に設定されることの状況的な意味の文脈を読み解こうとこうというのが本稿の目的です。

2. 少子高齢化の経済的文脈

戦時中と同じような「産めよ増やせよ」の大合唱が主に政財界から提唱されはじめてすでにかなりの時間が経過しました。「少子化社会対策基本法」が2003年7月に成立し(9月施行)、それに基づいて翌年6月には「少子化社会対策大綱」なる文書も発行されました。基本法前文には「急速な少子化という現実を前にして、我らに残された時間は極めて少ない」とあって、政財界の焦りがそれなりに率直に表現されているように読みとれます。また、基本法には国の責務、地方公共団体の責務、事業主の責務とともに「国民の責務」なる項目ももうけられ、そこには「国民は、家庭や子育てに夢を持ち、かつ、安心して子どもを生み、育てることができる社会の実現に資するよう努めるものとする」などと記述されていました。またしても国家が個人のベッドルームにまでのりこんできたわけです。

「子産み・子育て」を国民的責務として法制化までしなければならない政財界の焦燥の背景には、合計特殊出生率が1.29にまで低下した事実があります。このまま少子化傾向が進展すれば、労働力人口は高齢化し、やがては労働力人口の絶対的不足の事態をうみだすことは火を見るよりも明らかです。実際問題として、2004年の労働力人口総数(15歳以上労働力人口)6,642万人に占める65歳以上人口は490万人(7.4%)に達しており、それは1980年の4.9%から増加しつづけているわけなのです。厚生労働省の推計によると、2025年には労働力人口は6,296万人まで減少し、65歳以上の労働力人口が11%を占めるにいたるとのことです(2005年版『高齢社会白書』)。しかも、ここでいう労働力人口とは、15歳以上人口のうち就業者と完全失業者との総和を意味しますから、内閣府05年予測においてすでに85万人を超えたといわれる若年労働力中心のニートの存在などを加味して考えれば、この国の破滅的な労働力不足はもはや不可避的であるとさえいわねばなりません。

しからば、この国の政財界はなりふりかまわず人口増加を求めているのかというと、必ずしもそうとはいえません。既述の「少子化社会対策基本法」には、なんどもくり返して「子どもがひとしく心身ともに健やかに育ち」といった文言が登場しています。つまり、生まれてくる子どもは「心身ともに健やか」でなければならないのであって、障害や病気をもった子どもの誕生は期待されていないわけなのです。いかに決定的な労働力不足が予測されようとも、否、予測されればされるほどに、期待される労働力は「心身ともに健やか」でなければならないという統制側の主張は鮮明なのであって、ここにも「優生思想」がわりあいに目立つ形で闊歩しはじめていることがわかります(「子産み・子育て」を推奨しながら、出生前診断を決して手離そうとはしないダブル・シンキングの中に問題の本質が凝縮しているといってよろしい)。

少子化と高齢化とはもともと別次元の人口現象ですが、伝統的な「世代間扶養」の観念(観念のみならず、年金の現状にみられるように制度化もされています)を媒介させれば、同一社会問題のコインの表裏としてとらえられ、政財界の危機感を一層あおることになります。たとえば、郵政法案が参院本会議で否決された2005年8月8日夕、竹中平蔵大臣は記者会見で「郵政民営化は、少子高齢化の中でも日本が活力ある社会を維持していくために避けて通れない改革」とヒステリックにあたりちらしていました(『毎日新聞』'05年8月9日朝刊)。方向違いの噴飯的発言ではありますが、「少子高齢化社会=無活力社会」という政財界の常識的なとらえ方が吐露されていることは疑いありません。

高齢化率(65歳以上人口の比率)は2004年9月段階で19.5%、厚労省の推計では2025年には27.4%、2050年には32.3%に上昇する見込みです。

一般に、65歳から74歳までを前期高齢者、75歳以上を後期高齢者とよびますが、問題はやはり障害や疾病と親和性をもちがちな後期高齢者に集中するといえます。前期高齢者は現在約1,370万人、後期高齢者は約1,050万人ですが、今後、後期高齢者が増加し、2020年には両者の数が逆転すると推定されています（『社会保障統計年報』2004年版）。つまり、医療費を含む社会保障費は、誰がどう考えても増える一方であることは間違いありません。

このような超高齢社会をこの国はどのようにしてのりきろうとしているのか、その全体像はなおもかすんでいてよく見渡せません。よくは見渡せませんが、しかし、まるで見えてこないというわけでもありません。たとえば、保険料引き上げと給付水準の引き下げをセットにした公的年金制度改革の議論なども大問題ですが、ここでは2005年6月22日に成立した「介護保険法等の一部を改正する法律」に注目してみたいと思います。なぜ注目するのかというと、ここでは「介護保険財政の破綻防止」が最大の眼目であって、利用者（主として高齢者）の利益はほぼ無視されている点が浮き彫りになっているからです。

新介護保険制度の中で目をひくのは、なんといっても「介護予防」と「施設利用者のホテルコスト負担」です。「介護予防」では、予防重視型のシステムに転換し、これまでの介護度認定では「要支援」「要介護1」とされた軽度者向けに、「残存能力の維持・介護度悪化防止」を目的とする新予防給付を新設するのですが、軽度の要介護者には原則的にこれまでの介護サービスは給付せず、給付は新予防システムに限定するというのです。

新予防給付のメニューには筋力向上トレーニング、転倒予防訓練、口腔ケア、栄養指導などの新サービスがあり、他方、家事サービスのあり方はこれまでの「代行型」から「見守り型」に移行するという方向です。こうした介護予防の導入によって、要介護認定者は10年後には600万人になり、介護予防を行なわない場合に比べて10万人抑制できると厚労省では見込んでいるようです。

介護予防とは、換言すれば、「強制された自助努力」を意味します。筋力向上トレーニングや転倒予防訓練は一般的に必要な運動とはいえ、それをしなければ介護保険を給付しないということになれば（むろん、本来的には強制できないものなのですが、利用者側の意識からすれば、実質的に強制とかわりありません）、結果的に「期待される高齢者」と「期待されない高齢者」の選別につながることになるでしょう。また、家事サービスの「見守り型」への移行にしても、従来の代行型がいわば「惰老」（怠惰な高齢者）をうみだし、それが状態の悪化をまねいたと説明されるわけですから、そこには「動かざるもの食うべからず」の見せしめ的な雰囲気が濃厚にただよっているといわねばなりません（たしかに、無意味な家事サービスの押しつけが従来なかったわけではありませんが、それはサービスの利用者側の責任というよりも、提供者側の商業主義こそが問われるべきなのです）。

まだしも介護予防は「期待される高齢者」の「自助努力」でなんとかしのげる可能性がありますが、「施設利用者ホテルコスト負担」は特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設（いわゆる介護保険3施設）の利用者における直接的な経済的自己負担増（居住費と食費の負担増）であって、「自助努力」でなんとかしのげる層としのげない層とに分断されることは明らかです。これまでは居住費が施設サービス費に含まれていましたから、利用者負担は1割だけ。食費は基本食事サービスとして1日2,120円のうち780円を負担していました。特養入所の要介護5のケースでいうと、ホテルコスト負担は月額約30,000円の増加になるわけです。

居住費と食費を給付の対象外にする理由について、厚労省は「施設給付を<介護>に要する費用に重点化するため」とか「在宅で介護サービスを受ける場合は全額が自己負担となり、負担の不均衡感を是正するため」とか説明しましたが、まことにもって反福祉的な発想であると言わねばなりません。介護保険3施設における「食住」のどこが<介護>と無関係なのでしょうか。また、在宅介護と施設介護を比較するならば、負担の不均衡感を是正するには、むしろ在宅における負担（全額自己負担）の軽減をこそはかるべきこと、言うまでもありません。

少子高齢化問題とは直接関係ありませんが、05年8月の衆院解散によってひとまず廃案になった「障害者自立支援法」案もまた自助努力を求めるものでした（結局、総選挙後の特別国会で、あっさりと法

は成立してしまいました)。すなわち、従来の応能負担(収入に応じた負担)から応益(定率)負担にきりかえられ、福祉サービス費用の一割(月額40,200円を上限とする)や施設での食費の実費の自己負担を義務づけるというものです。これまでの応能負担では、在宅の場合、約95%の利用者が無料で介助サービスをうけてきましたが、定率負担となると、逆に大部分の利用者の負担が増えることになり、利用者としては負担が増えればサービス利用を減らす以外にないわけです。法案には、なるほど低所得者には負担軽減策がとられるとの記載もあるにはありましたが、具体的な減免策を明記してはいないのですから、いわば詐欺のような記載というしかありません。また、この法律は、障害者の就労をバックアップ支援するとしていますが、民間企業では法定雇用率さえ達成できていない現状をみれば、一目瞭然、ここでの就労支援も画餅そのものであって、実効性をほとんど期待できないものと言わねばなりません。

高齢化の問題にもどります。もっとも深刻なのは医療費の問題です。厚労省がまとめた04年度の概算医療費(ここでの医療費とは、医療保険と公費から支払われた医療費を意味し、労災保険や全額自己負担の医療費は含まれていない)は、全体で前年度比6,200億円増(2%増)の31兆4千億円になり、過去最高を記録したということです。このうち70歳以上の高齢者の医療費は前年度比4,700億円増(3.8%増)の12兆8千億円で全体の40.6%にあたり、はじめて4割を突破したことになります。高齢者の医療費は年々微増をつづけ、実際、2000年度は全体の37.7%、2003年度には39.9%でした。また、一人あたりの医療費は全体で前年度比2%増の246,000円、高齢者だけでみると前年度比0.3%増の739,000円になっていました。

以上、少子高齢化にからむ経済的な文脈を、主として厚労省当局の資料を用いながら説明しました。ここからにじみでてくる政財界のホンネは、福祉や医療における「費用対効果」の論理、すなわち少子高齢化社会において障害者・病者・高齢者に投入される費用が労働力商品の再生産に寄与するかどうかに収斂するタイプの議論であるように思われます。現在の「安楽死・尊厳死」法制化論者は表面的にはこうした経済合理主義的な問題側面について声高に語ることはありませんが、実のところ、彼らは骨がらみ経済合理主義的優生思想家でもあるのです。日本尊厳死協会の前身である日本安楽死協会を立ち上げて理事長になり、安楽死・尊厳死法制化運動をリードしてきた故・太田典礼氏にその典型をみることができます。

「老人医療の無料化など老人尊重論の高まりの裏には、すでに老人公害というようなことがいわれており、無益な老人は社会的に大きな負担である」(太田典礼著『安楽死のすすめ・・死ぬ権利の回復』三一新書、1973年、p.125)。

かくのごとく、太田氏にあっては、老人は「無益」な存在であり、存在それ自体が社会的負担(迷惑存在)以外のなにものでもないとされているのです。この太田氏の著書に驚いた私はかつて生前の太田氏にインタビューを申しいれ、その時の談話に二度衝撃を受けたことがあります。その時、太田氏は次のように言いはなったものです。

「ナチスではないが、どうも<価値なき生命>というのはあるような気がする。(略)自分が生きていることが社会の負担になったら、もはや遠慮すべきではないだろうか。自分で食事もとれず、人工栄養に頼り、<生きている>のではなく<生かされている状態>の患者に対しては、もう治療を中止すべきだと思う」(『毎日新聞』1974年3月15日)。

医療費その他の高負担を自力でにないうる(自立自助が可能な)障害者・病者・高齢者は生きながらえてもかまわないが、そのような条件をもたない障害者・病者・高齢者は「社会の負担」であるから、みずから積極的に「遠慮」(現世から退場)すべきだというわけです。「社会の負担」となる人間への排除の論理をこのように露骨に語って恥じることのない太田氏の思想が、現在の安楽死・尊厳死法制化論者のなかに、その主張のバリエーションの濃淡には多少の相違をもたせつつも、原則的には脈々と息づいていることは言うまでもありません。しかも、「社会の負担」という場合の「社会」とは何であるのかについて、安楽死・尊厳死法制化論者があまり議論しないのは問題です。一般に「高福祉・高負担」は、国家が高い水準の福祉を準備するなら、国民(市民というべきですが)も高い負担を受忍すべきだといった文脈で了解される傾向が強いけれども、もし国家

が福祉国家を標榜するならば高負担の主体はなによりも国家であるべきであって、国家はそのために社会運営の原則を変更しなければならないはずなのです。端的にいって、社会運営の原則を変えないままの高福祉は、論理必然的に国民（市民というべきですが）への福祉原資の押しつけを強化する以外になく、そうした押しつけに耐えうる障害者・病者・高齢者の「自助努力」だけが強調されることにならざるをえなくなるわけです。

安楽死・尊厳死法制化論者たちは、「死に逝く者」への「無駄な医療の中止」を主張することによって、医療費抑制（社会的負担の軽減）を政策的に裏付けようとすることが多いのですが、多くの場合、その議論は非常に杜撰です（議論が精密であれば問題がない、という意味ではありませんが）。少々こまかな医学的議論に深入りしますが、たとえば、一般に末期消化器ガン患者への人工呼吸や酸素吸入は「延命的効果」の点であまり有効ではないとされていますが、一般的高齢者においては、それらは非常に有効なのであって、「無意味な延命」などではないのです。ところが、安楽死・尊厳死法制化論者たちは、末期ガン治療と高齢者医療とをおおむね恣意的に混同して、いずれも「医療費の無駄遣い」として処断してしまうのですから、まことにタチがわるい。

ただし、最後に強調しておくべきことがあります。それは「自己負担」をすべて拒否することが絶対的な正しさを担保する所以ではないという点です。「運用コストの負担を媒介にした施設利用にあたってのほどほどの緊張感は、利用する側もされる側にとってもよいことだと思います」という高田嘉敬氏の議論を私は支持します（「福祉のしくみが変わる時」『こぺる』第149号、2005年8月、阿吽社、p.9）。もちろん、自己負担は応能の最低限であるべきですが、いくばくかの自己負担は利用者に一定の権利意識をもたせるでしょうし、提供側にも有料の緊張感がそれなりに生じるはずだからです。つまり、最低限度の有料制を認めたうえで、単なるセーフティ・ネットではないスプリングボードとしての福祉を位置づけることも無意味ではない、と私も考えるものです。

3.「自己責任」論と「自己決定」論の文脈

「自己責任」なる概念は、周知のように、イラクで人質になって解放された人びとに対する不条理なバッシングとして多用されたものでした。要するに、人質になった人びとはイラクという危険地帯に自らの主体意思でおもむいた以上、自らの死といった最悪の事態をもひきうけるべきだという自業自得論と、救出費用を人質になった人びとが自己負担すべきだという費用負担論とが、「自己責任」論の骨子になっていました。自業自得論および費用負担論は、まさに安楽死・尊厳死法制化運動を背後から支える重要なエトスの一つであるといってさしつかえありません。

ところで、桜井哲夫氏によると、「自己責任」の語源は、規制緩和にかんする主に財界の用語として登場したもののようです（『<自己責任>とは何か』、1998年、講談社現代新書）。その中で桜井氏はつぎのような言い方をしています。「市場という（経済学上の）神の暴走が、日本の場合、自己責任という言葉が先行する規制緩和騒動なのだということなのです」(p.182) と。たしかに、自己責任と規制緩和とのかかわりは、次のような表現方法で描写されることも多いのです。「消費者保護のために行われる規制については、自己責任原則を重視し、技術の進歩、消費者知識の普及などを踏まえ、必要最小限の範囲に止める」（経済改革研究会中間報告『規制緩和について』1993年11月）。この表現方法を素直に翻訳すれば、消費者保護のための規制を緩和することの利益は、消費者側にはまったくなく、もっぱら企業側のコスト削減に寄与するものであって、結果的には、消費者の自己責任が企業利益の受け皿になって当然であるとするコンテクストをつくりあげるわけです。このような文脈で「自己責任」概念が登場していることにはやはり注目の要があると思います。

「自己責任」を検索キーワードにネット・サーフィンをしていて、三菱総研のHPにいきあたったのですが、ここでは「自己責任社会」が鍵概念になっていて、「(自己責任社会とは) 個人あるいは組織などが、主体的に行なった選択や行為に関して責任を負うといった自己責任原則に基づく社会である。国民一人一人の安全や幸せについて何から何まで国家が保障するというものではなく、個人も相応のリスクを負うことから、自己責任原則は社会全体として効率化を促進するといわれている。わが国においても、本

格的な高齢社会を迎え、国や地方公共団体の財政逼迫に対する懸念が高まるなか、規制緩和、地方分権の進展など、さまざまな場面で自己責任社会の必要が叫ばれるようになってきた」と説明されていました (http://sociosys.mri.co.jp/keywords/038.html)。高齢者が自己責任をはたすことによって社会は効率的に運用され、財政逼迫の窮状を打開できるというのですから、まことに露骨な表現をもちいて、前記の経済改革研究会報告よりも「自己責任」の趣旨を鮮明に物語っているものと言えます。

かくのごとく「自己責任」論の中核には「効率化」思想が鎮座しているところから、この議論は一定の魅力を有するものとして取り沙汰されることが少なくありません。かててくわえて、まことに困ったことですが、「自己責任」は「自由」や「公平」と結びつけて語られることが多いために、一挙的に否定することが困難に思われることさえあるわけです。

自分がしたことに責任をとることを「自己責任」と言うならば、自分がしていないことに対しては責任をとらなくていいという、そういう意味での「自由」の存在が想定されますし、失火事件や交通事故を起こした人びとが責任をとらず、たとえば税金で損害賠償するということになると、公平の原則に反するという議論が出てくることは十分にありうることでしょう。このように一定説得的な「自由」「公平」論とつながる可能性をもつところに、逆にいえば、「自己責任」論の倒錯的な魅力（イデオロギー性）があるのではないかとも思われるのです。

前記・桜井氏も指摘していたことですが、「自己責任」論は丸山真男氏の「抑圧委譲の原理」にも関連しています。桜井氏は「この国で＜公＞を主張する場合、つねに上位の＜公＞の前に＜私＞の位置がおとしめられるわけですから、段階をたどって最も弱い部分が最終的に＜私＞として切り捨てられることになります」（前掲書、p.173）と述べていました。つまり、自己責任という言葉は、多くは「自分のことは自分で始末をつける」というふうに国民に思わせておきながら、実は、統制側が国民の自己負担を増やし、結果として弱者への皺寄せを拡大していくことでもあるのです。

＜公＞すなわち政財界や行政の責任を抑圧委譲の原理をテコにしながら、＜私＞すなわち市民の自己責任に転嫁していく構造、それが「自己責任」論の本質であるとみなしてもよろしい。前記・三菱総研のキーワード解説においても、「自己責任は自己決定を前提として成立するものである。したがって、国民一人一人がみずから考え、判断できるに足る情報が提供される必要があり、行政主体にはアカウントの徹底が求められる。昨今、行政機関においては、アカウンタビリティの向上が進展している」と記されていました。ここで主張されていることは、当局のアカウンタビリティの向上が進展している現状において（とは、本来、とても言えない現状ですが)、個々の市民が自己決定を誤るとすれば、その瑕疵は当局の説明をキチンと理解していない市民の自己責任に帰属するという一点です。まことに見事なまでに反人民的予定調和の言説というほかありません。

反人民的予定調和といえば、これも「自己責任」を検索ワードにしてネット・サーフィンを続けていてみつけたものですが、藤田宙靖氏の東北学院大学学術講演会での講演録「＜自己責任＞の社会と行政法」にも類似の思考が吐露されていました (http://www.law.tohoku.ac.jp/fujita/gakuinkoen.html)。レストランでの食中毒事件に関して、藤田氏は「市民としては、まず以て自分で色々と情報を集める必要があり、その上で危険であると判断したら、そのようなレストランには近づかないようにすべきなのであり、また被害を受けたら自ら裁判所でのその補填を請求すればよいのであって、国の行政機関の世話にはならないというのが、論理的には＜自己責任＞原則の帰結である」と言うのです。当該レストランが食中毒事件をおこしそうか否か、自らが情報を集めて決めることが自己責任だと言うのですから、あいた口がふさがりません。

藤田氏はさらに続けて、次のようにも述べていたものです。「＜自己責任＞システムの下では、例えば有毒物質その他身体に有害な物質を含む食品や薬剤の販売行為等についても、その例外ではないのであって、何故ならば、このような形で民事・刑事上の責任追求の法システムが実効的に働くならば、それらの行為はいずれ市場から淘汰されていくことになるから、理論的には事前の国家的規制は不要である」。ここで藤田氏は規制緩和の究極的効用（予定調和の実現）について語っているのですが、いまだかつ

て一度も「責任追求の法システム」が事前に実効的に働いた事実などないにもかかわらず、それを勝手に法の理論的所与であるかのように措定したうえで、仮に規制緩和が不法な販売行為をウォームアップしたとしても、被害者は自己責任として被害を甘受すべきだといわんばかりの論調です。藤田氏は東北大名誉教授で最高裁判事をもつとめたことがあるのですが、この人の言いわたした判決文を読むにはかなりの勇気がいるように思いますし、少なくともこの人の判決を受けたいと願う弱者はいないはずです。

前記・桜井氏は適切にも、自己責任の名のもとに、弱者への配慮のない政策がまかりとおっている顕著な例として医療問題をとりあげていました。1997年の医療保険制度改定によって健康維持の自己責任の名のもとに自己負担が増大させられたことにふれて、「このような医療費の高額負担が今後実施されるようであれば、まず最初に、収入のない高齢者の生活を脅かすことになるでしょう。すると、ここでの自己責任とは、弱者を排除するための概念なのでしょうか」と（前掲書、pp.12-13)。

医療費問題については前項でとりあげたので再論しませんが、ここでは国民医療費の推移を少しみておきたいと思います。厚労省のデータでみても、国民医療費のうち国庫負担は1980年からの18年間で6%（1兆5千億円）ひきさげられたのに、国民負担（窓口負担）は逆に5%ひきあげられたことがわかります。こうした流れをいっそうおしすすめるべく厚労省はさらに2006年には医療制度改革をおこなう計画です。そのための議論をつづけた厚労省の社会保障審議会の議事録のなかから、国家の特徴的な目論見を簡単にみておきたいと思います。

議論された中身の第一は、国の責任を後退させ、財政的余裕のある保険者にたいして、財政悪化の保険者を支援させる仕組みを導入して、国家負担をしぼりこむこと、第二は、生活習慣病の自己責任を強調して、都道府県単位で医療給付費の抑制を競わせること、第三は、すべての高齢者から保険料を徴収すること、などです。このことによって、団塊世代が高齢化のピークを迎える2025年時点で、総額6兆5千億円（11%）の医療給付費の削減が可能になると皮算用しています。つまり、声を高くあげ（られ）ない者への抑圧委譲（弱いものイジメ）の構図が一層はっきりしてきているわけです。仮に声をあげようとしても、自己責任の恫喝が予測される以上、弱くあるものとしては既成事実にいつも屈伏せざるをえないと観念しなければならなくなるのではないか。こうした一連の自己責任論にもとづく「弱者」抹殺路線は、実のところ、太田典礼氏の「欠陥者がふえて、健康者が余りに重い荷を負わされては社会は成り立たない」(『安楽死のすすめ』、p.160) という主張とほぼ地続きのものであるといってよろしい。

それにしても、生活習慣病の「自己責任」性＝「自業自得」性の強調ほど残酷で、かつあくどいものはありません。病める人間はすべからく自らを悪人として認識せよ、といっているに等しいのですから。自らながくガンを患い最近死去したスーザン・ソンタグは、「患者にしてみれば、知らないうちに病気の原因を作っていたのだと言われた上に、それは自業自得という気持ちにさせられるのである」と、珍しく興奮気味に怒りをあらわにしていました（邦訳『隠喩としての病』、みすず書房、1982年、p.86)。自分で自分の病気をつくった人間を病人とよび、したがって病人こそが病気の原因であるという、このようなとらえ方を前にすれば、ソンタグが言うように、「患者としてはどこまで治療が可能か知る力をそがれてしまうのみならず、患者が治療を避けてしまうことにもなりかねない」ことは十分に考えられます（p.71)。

私はすでに、「健康増進法」(2003年五月施行) を優生思想批判の文脈で議論する論文を本誌に寄稿しました（「ヘルシズムとイヤシズム—健康増進法と優生思想」『社会臨床雑誌』第11巻第3号、2004年3月、pp.4-16)。それゆえ重複はさけたいのですが、ともかく健康増進法が「生活習慣病」なる自己責任論に回収されやすいイデオロギー概念を定着させた罪悪については、ここで再度強調しておかねばなりません。

「成人病」を「生活習慣病」と言い換えるイデオロギー作業はすでに1996年時点で完了していましたが、健康増進法がそのイデオロギーを法的に実体化したのです。疾病は自助努力の欠如＝自業自得（自己責任）であり、それゆえ個人は自発的に健康増進に邁進する義務を負わねばならないと法制化したことにより、不健康（病気・病弱・障害）は義務不履行の結果としてあぶりだされ、弱者は犠牲者非難の

バッシングにたえねばならない境涯におかれることになりました。このような自己責任論を背景においた時、太田典礼氏の「無益な老人は社会的に大きな負担である」(前掲書、p.125)とか、「植物人間のために健康人間の住む余地がなくなる」(p.134)といった言説が、ことに高齢者や病者に対してどのような影響をおよぼすことになるのか、もはや議論の余地もありますまい。

ところで、以上に批判してきた自己責任論が、しばしば自己決定論とリンクしてくる点には特段の注目が必要であると思います。そのリンクのあり方はおおむね、人間には自己決定権が認められているから、自己決定の権利を享受している人間は、自己決定によってなされた自己の行為の結果については全面的に自己責任をおうべきであるといった言説形態をとることになるようです。つまり、自己決定という「権利」が自己責任という「義務」に見事にすりかえられるような言説世界が成立するわけです。

本誌に寄稿した前記拙稿において、私は、機能主義社会学者T・パーソンズの「病人役割」概念が、まことにいまいましいことながら医療現場の現実を見事に描写するものであることを説明しました(また、わが身の体験として、術前のいわゆる<剃毛>儀式による自我の無力化と病人役割の最終的受容についても、いささか漫画的に描写しました)。

パーソンズのいう「病人役割」とは、病気によって失われた社会的な役割を効果的に遂行できる能力を回復するための不可欠の役割を意味し、その中にはたとえば「<望ましくないもの>としての病気の定義を受け入れ、回復しようとしなければならない」ことや、「専門家の援助を求め、(専門家に)協力しなければならない」ことなどが含まれていました(邦訳『社会構造とパーソナリティ』、新泉社、1973年、pp.361-2)。

それらの役割受容は、<望ましくないもの>としての病気からの回復を要求する一定の権利の主張(自己決定権の具現)という意味合いをもちながらも、やはり専門家への協力義務が強調されており、そうした協力義務を履行しない場合には、最悪の場合、死の転帰をとることも自己責任として甘受しなければならないという、ある種の恫喝とそれへの帰順=敗北の当然視をも含むものでした。このような恫喝への敗北は、医療現場における徹底したパターナリズムによって、あらかじめ準備されてもいるわけなのです。

このパターナリズムは、病者の権利守護に寄与すべきインフォームド・コンセントをさえ併呑する威力思っています。この国においては、インフォームド・コンセントを一般に「説明と同意」と翻訳しており、医師など医療供給側の説述主体性、病者など医療消費側の拝聴客体性という、逆転不能の非対称的な関係性にはほとんど変更がないのが通例です。この場合の「同意」も自己決定の一種であるにはありますが、パーソンズのいう意味での病者役割の遂行としての「同意」的自己決定である点において、「権利」としての自己決定というよりは、「責務」としての自己決定、すなわち「させられる自己決定」の色彩が非常に強いように思われます。

「させられる自己決定」というのは、他者の指示や影響による自己決定ですから、それは真の自己決定ではないという言い方も当然成立するでしょう。そのことを十分に認めたうえで、しかし、私は、「他から影響を受けない決定、そういう意味での自己決定などというものがあるのか」という立岩真也氏の立問方法に同意します(『弱くある自由へ・・自己決定・介護・生死の技術』、青土社、2000年、p.18)。というのは、少なくとも社会学的には孤立無縁の自己などというものはありえず、自己は社会関係の函数であるととらえるのが一般的だからです。社会学者G・H・ミードが「すべてアイデンティティには他者が必要である」と述べたことは有名ですが、こうした発想は必ずしも社会学の専売特許ではなく、たとえば精神科医R・D・レインが「アイデンティティ=自己確認+他者承認」として定式化したこともよく知られていることです。

このような意味では、「させられる自己決定」こそが、むしろ自己決定の中心に位置づけられるべきであるとさえ言えるかもしれないのです。かつて太田典礼氏が『毎日新聞』紙上での私のインタビュー(前掲)にこたえて回答した台詞「自分が社会の負担になったら、もはや遠慮すべきではないだろうか」をもう一度ふりかえってみましょう。「遠慮すべきだ」と考えるのがひとつの自己決定であるにしても、「自分が社会の負担になる」と自分に感じさせるのは他ならぬ社会であるということ、したがって、遠慮すべき自分を期待し、

または強要する社会（他者）の意向に同調することが自己決定として措定されること、すなわち自己決定の自己責任への転化の問題点をこそ再考すべきなのだと思うのです。

自己決定をめぐるもう一つの問題は、自己決定をおこなう能力の有無にかかわるものです。馬込武志氏もいうように、「(セルフケアやインフォームド・コンセントなどの文脈で) すべての人びとに自己決定を認める、というのではない。それを行う能力があるとみなされた人だけにそれが許される」という非常に重要な差別的な問題も伏在しているのです（「患者」、黒田浩一郎編『現代医療の社会学』、世界思想社、1995年、p.98)。たとえば、尊厳死法案を準備した日本尊厳死協会では、「リビング・ウイル」という生前発行の遺言書を重視していますが、その中には「植物状態に陥った場合、生命維持装置をとりやめてほしい」という文言があります。これは「精神の健全な状態にある時に書いたもの」ですから、自己意思による自己生命の抹殺のマニフェストとみなされます。

ところが、すでにいくつもの新聞報道によってもあきらかなように、「植物状態」から意識回復をとげる患者も少なくないという事実があるのです。大阪大学病院救命救急センターのまとめでは、頭部外傷による植物状態からの意識回復例が62%に達したということですし（『朝日新聞』2003年11月1日)、自動車事故による頭部損傷で植物状態になっていた女性が20年ぶりに意識回復したというアメリカでの出来事もあります(『毎日新聞』2005年2月15日)。また、脳死状態と診断された小児が半年後に自発呼吸をとりもどしたという例もありました（『朝日新聞』2005年4月21日)。

自己意思による自己生命の抹殺マニフェストは自己決定の一種ではありますが、日本尊厳死協会作成の「尊厳死の宣言書（リビング・ウイル)」には「私の精神が健全な状態にある時に私自身が破棄するか、又は撤回する旨の文書を作成しない限り有効であります」とあって、自己抹殺の自己決定をくつがえす再度の自己決定の遂行はなかなかに困難な仕組みになっています。仮に植物状態からの回復がみこまれる場合であっても、リビング・ウイルに署名捺印した当該人物の自己決定は生きており、尊厳死が実施される可能性があるわけでして、しかもこの場合、自己決定は当然のことに当該人物の自己責任にきせられます。

問題は、たとえば植物状態患者はその状態にあっては自己決定の能力を欠いているところにあります。存在するのは、植物状態になる前の自己決定がその後も当該人物の内部に持続している（に違いない）という外部の「想定」のみです。また、場合によっては、自己決定していないことに自己責任を問われる事態もありえます。2005年8月8日の「郵政解散」で国会提出が見送られた臓器移植法改定案には、本人があらかじめ臓器提供を拒否していないかぎり、家族の同意さえあれば「臓器の抜き取り」が可能になるなどというおそるべき条項が含まれていました。しかも、家族が自己決定を「代行」できるとは、いかにも胡散臭い話でもあります。

4. 優生思想の文脈

優生思想とは、端的にいって、不良遺伝子の保持者を排除し、優良な人間のみを残して繁栄させるという考え方のことです。C・ダーウィンが『種の進化』(1859年）によって淘汰による生物進化（改良）について言及したことと関連して、ダーウィンの甥といわれるF・ゴルトンは、生物遺伝学の成果（淘汰の考え方）を人間にも応用して、特定の人間集団を遺伝的に改良する目的に奉仕する学問を「優生学」と名づけました。

優生思想の政策的実行といえば、誰もがナチスを想起しますが、実をいえばアメリカがナチスよりも前に優生学を差別的に有効利用していたのです。米本昌平氏によると、断種法を一番はやく制定したのは1907年のインディアナ州で、1931年までに30州で同法が成立、その時点までに約1万2千件の断種が実行されたということです（「科学の言説と差別」『講座・差別の社会学』第1巻、弘文堂、1996年、p.175)。人工妊娠中絶はキリスト教の倫理に背反するとの思想が影響したようで、欧米ではまずは断種の手段が選択されたと考えてまちがいありません。ナチスが断種法を制定したのは1933年のことでした。

1930年代までの優生学は、おおむね優生学そのものとしてよりも「優生学的理由」に重点をおいて語

られる性質をもっていたように思われます。極端な優生学実践家というべきヒトラー自身、自らの優生学実践の思想的先祖であるはずのダーウィンにはまるっきり無頓着であって、実際、ヒトラーの『わが闘争』(邦訳、角川文庫)をみても、ダーウィンやゴルトンへのこれといった言及もありません。1930年代までのアメリカをみても、実は、ナチスとあまりかわるところはなく、断種法にしてもある意味で厳密な優生学の実践などではなく、どちらかといえば「優生学的理由」の方にのめりこんだものだったと言えそうです。もしも厳密に優生学的なものであったとしたら、断種の対象は遺伝病の発生予防に限定されていたはずですが、この時代の被断種者の属性をみると、実に雑多なのです。アメリカでまず標的にされたのは精神病者でした。犯罪者やアルコール依存といった「反社会的存在」も標的にされましたし、ナチスにあっては上記以外にユダヤ人、シンティ・ロマ、同性愛者も標的にされたことは周知の事実です。要するに、その時代の支配的勢力からみて「困った存在、社会を困らせる存在」が総じて断種の対象として選びだされたわけです。

今日の社会をみれば、もはやナチスばりの極端な差別主義がそのままの形で復活することは、一部の例外(躊躇することなく太田典礼氏の名をあげることはできますが)を除いて、まずはありえないことと思われます。しかし、アメリカ型の「優生学的理由」の利用は、今後もさまざまにカメレオン的変貌をつけくわえながら登場してくる可能性があります。というのは、1930年代アメリカの断種法の被害者には、上記したような犯罪者、アルコール依存等が含まれており、「これは、大不況によって財政が厳しくなり福祉予算を削減するための論拠を優生学に求めたものと言ってよかった」(米本昌平、前掲書、同頁)という事情が考えられるからです。実際、これも米本氏の教示によりますが、1960年代以降のアメリカでは、IQの「人種」的規定要因にこだわる研究とか、染色体のXYY型の男性は暴力犯罪をおこしやすいことを統計的に証明しようとする研究とかが結構はなばなしく展開されてきたというのです(前掲書、p.179)。この点については、最近の優生学実践とのかかわりで後にもう一度ふれます。

日本では、1940年に国民優生法が成立し、任意申請(むろん、タテマエですが)による断種が合法化され、1941年から45年までの間に435件の断種が実施されました。しかし、日本での優生学が本格化するのは、戦後の優生保護法(1948年施行)以後のことでした。同法はその第1条に「この法律は、優生上の見地から不良な子孫の出生を防止するとともに、母性の生命健康を保護することを目的とする」とあるように、優生学と「母体」保護の観点から優生手術(不妊手術)や中絶を規定するものでした。1996年に「母体」保護法が成立して優生保護法が廃止されるまでの間に16,100件の手術が実施されたということです。しかし、その後の母体保護法改定議論の中には「胎児条項」導入を求める見解なども見え隠れするなど、ふたたび「女性のからだ」や「産む・産まない」の機能が人口政策の道具にされる兆し、さらには優生学的見地の復活の兆しもみられます。

「郵政解散」国会で成立した「母体保護法の一部を改正する法律」(2005年7月26日成立・同日公布)には含まれませんでしたが、日本母性保護産婦人科医会などが中心になって、1999年以降、母体保護法に「胎児条項」をもりこむ運動を進めてきたことはよく知られています。胎児条項とは、胎児に「異常」があった場合に中絶できること(その場合は、妊娠21週6日以降も中絶可能)を法律に明記することですが、いうまでもなく「生まれてきてもよい生命」と「生まれてくることが望ましくない生命」との選別を法律的に認可することを意味します。

日本母性保護産婦人科医会法制検討委員会の見解には「不治または致死的な疾患のある胎児の中絶を容認する」とあり、出生前診断が可能になっている大部分の先天異常を「不治または致死的な疾患」のカテゴリーに入れて中絶を合法化し、しかもその場合、母体外生活が可能な妊娠21週6日以降の胎児もその対象にしようというわけです。さらに同検討委員会の見解には「重い疾患のある胎児の中絶は母親の幸福追求権の範疇に入る」との記載もあります。障害は不幸であり、障害児を出産した親は不幸であるとの決めつけは「障害(児・者)はあってはならない存在」であるとする伝統的な障害者差別イデオロギーを正当化し、障害者抹殺に妥当性の構造を保障するものであるといわねばなりません。これは

優生保護法の復活というよりは、戦前の国民優生法の復活に近い内実をおびたものだといわざるをえず、母体保護法も「優生学」を克服したものではなかったことがわかります。安楽死・尊厳死法制化運動の生みの親・太田典礼氏の「劣等遺伝による障害児の出生を防止することも怠ってはならない」（前掲書、p.158）の主張を、単なる過去の妄言として処理してすませるわけにはいかない所以であります。

ところで、先端医療技術の進歩は、松原洋子氏のいう「自己決定のジレンマ」をうみだしています（「日本・戦後の優生保護法という名の断種法」、米本昌平他編『優生学と人間社会』、講談社現代新書、2000年、p.234以下）。この場合の「ジレンマ」とは、自己決定に根ざした優生学の成立と受容を意味するもので、たとえば、出生前診断にもとづく出産か中絶かの選択はたてまえ上、個人（親）の自己決定にゆだねられ、外部からの命令や誘導によるものではないことになっていますから、厳密な意味では、それは優生学的実践とはいえない（あるいは、その責任を問われない）可能性があります。問題は、自己決定の主体である「自己」それ自体にあることになるわけです。このような局面における優生学を、松原氏は「自発的な優生学」とか「レッセ・フェールの遺伝学」とよんでいます。

現在実施されている遺伝子治療は、単一遺伝子病に対し、正常な遺伝子を、ウイルスベクターをもちいて患者の体内に導入し、機能を補填するというものです。たとえば、がんや後天性免疫疾患に対して、がん抑制作用や免疫活性作用のある遺伝子を導入して病気を治療する方法がそれですが、こうした治療法の開発と発展それ自体が、患者本人の優生思想を刺激し、強化することがありうることもまた「自発的な優生学」の問題点として考えねばならない緊急の課題であると思われます。疾病は、個人意識においてはもちろん、社会意識においても「治療しなければ（されなければ）ならないもの」と観念される以上、そのような遺伝子治療のレールにのらない選択はア・プリオリに否定されていると人びとは認識せざるをえなくなって、結果的には、「治療せざるもの生存の主張権なし」の恫喝に屈服させられてしまうこと、火をみるよりもあきらかであります。

また、「自発的な優生学」が、当該障害者や当該病者以外の周辺存在の反応としてもそれなりに機能することは十分にありうることです。ある種の危害行為と障害とをむすびつけて考えがちになるこの社会とその社会に住む人間のありようにかかわって、寺本晃久氏は次のように指摘しています。「危害と障害とが結びつけられるのは、他の者にとって都合がよい―危害の起こる他の可能性を考えないですむから、危害に対する者が自分たちの怠慢を忘れることができるから（忘れることで利益を得ている）、他の場面での危害・不都合を考えずにすんでしまう―ということがある」（「能力と危害」、石川准・倉本智明編『障害学の主張』、明石書店、2002年、p.245）。このような周辺他者の反応（自らを安全地帯に囲いこんだうえでの危害の解釈反応）の結果として、ある種の優生学的な「予言の自己成就」がつくりあげられるであろう可能性についても、私たちは意識的でなければなりますまい。

5. おわりに

本稿において私は「安楽死・尊厳死」そのものについて直接的に言及することはせず、「安楽死・尊厳死」あるいはその法制化運動にまとわりついてはなれることのないいくつかの状況的な文脈をとりあげ、それらをどのように解読すべきなのかについて説明しました。すなわち、少子高齢化問題に照らしだされた医療経済学的文脈、「自己責任」論と「自己決定」論のイデオロギー的文脈、そして「安楽死・尊厳死」の日常化にあたって決定的な意味をもつ優生思想（自己外的拘束と自己内的拘束の両拘束をふくむ）の文脈という三つの文脈の中に問題を焦点化することにしたわけです。もちろん、厳密にいえば、これら三つの文脈は、本来それぞれに議論の基軸を異にするものではあるのですが、見てのとおり、それぞれ密接不可分の関係になっていて、それぞれ最終的には優生思想に収斂する本質をもっていることがあきらかになったと思います。

本稿でもっとも力説したかったことは、「自己決定論」のおぞましさについてでした。自己決定については、私自身、現代市民社会の住人として、本質的には他者との関係において守護されるべきものとは考えていますが、しかし、それが「安楽死・尊厳死」や「臓

器移植」や「先端医療技術」などのコンテクストにおいて語られる時、そのナラティヴの主体によっていかようにも変動するものであることには敏感でありたいものだと感じています。

また、同時に、社会の効率的運用とか個人的幸福の費用対効果といった側面からみた時に、「優生思想」がかなりの内部浸透力をもつものであることにも意識的でありたいと思います。つまり、「優生思想」を粉砕すべきことはもはや強調する必要もないほどに自明の当為的目標なのですが、にもかかわらず、その思想が多かれ少なかれ私たちに内部化されてしまっている事実（わが内なる優生思想）にも素直に向き合う必要があると思うのです。いまいましいことに、私たちに優生の方向を自己決定させながら、私たちにそうさせる社会の側はその姿をかくしてしまうという構造があるわけです。私たちに優生を自己決定させながら、みずからは姿をかくしてしまうこの社会に対してどのような立ち向かい方があるのか、それを思想しなければなりません。

「優生」、「安楽死・尊厳死」、「臓器移植」、「先端医療技術」等々はいうまでもなく単なる思想ではなく、まさに実践でもあるわけですから、それらに対する私たちの実践のありようを問わなければなりません。私は「安楽死・尊厳死法制化を阻止する会」をたちあげるメンバーの一人になりましたが、今それだけでは決定的に不十分だと思っています。法制化運動を阻止できれば、一つの獲得目標の達成を実感できるかもしれませんが、実をいえば何一つ獲得などできたことにはならないのです。なぜなら、せいぜいのところ、当該問題のマイナスをゼロにするだけのことであって、他者とどのようにして共生するかという広大な問題領域はなおも手つかずの状態のまま放置しているにひとしいのですから。

（やぎ・こうすけ　花園大学）

〈アメリカの優生運動研究ノート (IV)〉

統計に見る優生不妊手術の歴史と問題

秋葉 聰

はじめに
I 優生不妊手術の統計的素描
a. 全米にみられる優生不妊手術の被害者数
b. 統計に見えない不妊手術
c. 戦前と戦後の変化
d. 1930年代～1940年代の優生不妊手術被害者数
e. 優生不妊手術にみられる精神病とフィーブル・マインデド
f. 不妊手術のカテゴリー
II 南部におけるフィーブル・マインデドの世界
a. 南部における貧困の発見
b. コールドウエルの貧困対策
c.『タバコ・ロード』
d. コールドウエルのディレンマ
III ヴァジニア州の知的環境
IV ヴァジニア州における優生不妊手術被害者の統計
a. ヴァジニア州における黒人のフィーブル・マインデドと優生不妊手術
b. 戦前におけるヴァジニア州の不妊手術
c. リンチバーグ・コロニーにおける最初の千件の不妊手術
d. コロニー出所者にみられるパターンの追認
e. コロニーに隔離する手続きとメカニズム
V フィーブル・マインデドの定義
結語にかえて

はじめに

優生運動の歴史に重要な節目があるとするならば、それは、優生主義者がトリプルクラウンを獲得した記念すべき凱旋の1924年であった。

第一のクラウンは、イタリア人、スラブ系、ユダヤ人などの「劣等人種・民族」の移民を極度に規制することによって、外国からの「劣性遺伝形質の汚染」を防ぐ移民規制法（1924年の連邦法）の勝利である。

ヴァジニア州は「ツイン優生法」として知られる一対の法の制定に成功し、双方とも1924年3月20日に効力を持った。

その一つは、白人（アングロサクソン）の純血を維持する「人種保全法」で、白人は白人以外の人種との結婚を禁止した。ヴァジニア州の人種主義はアメリカの歴史とともに古い。200年以上の奴隷制度を通して、白人に強姦された多くの奴隷女性からムラート（混血児）が生まれている（法的概念としてのムラートとは「純粋の白人」と「純粋の黒人」との間に生まれた混血児を意味していた)。「昼間の人種分離、夜の人種統合」といわれた時代の所産である。

「人種保全法」が規定する白人とは、「黒人およびその他の人種の血が一滴も混ざっていない純粋な人種」で、黒人でも黒人の血が16分の1以下の場合には白人とみなされた。最寄りの役所に「人種届け」を出し、結婚にあたって「人種証明書」を提出しなければならなかった。それは、異人種間の結婚禁止に限られていなかった。肌が白い黒人が白人のための学校に通学したり、白人だけを採用する仕事に就くことを禁止する政策でもあった。1910年代以来、積極的に優生運動に取り組んだヴァジニア州は、優生主義のイデオロギーの一環として人種保全法を制定したのである。人種保全法は米国最高裁による違憲判決が下った1967年まで有効だった（Loving v. Virginia, 388 U.S. 1 (1967)[1]。

(1) 1982年のことと記憶していることだが、ヴァジニア州ノーフォークの戦争花嫁の会に招待を受けたことがあ

その二つは、優生不妊手術法の成立である。オーソドックスな優生主義イデオロギーに根ざす法で、「精神欠陥者」「社会不適者」「社会の脅威」とみなされた、フィーブル・マインデド、精神病者、そして反社会的階級・階層を施設や病院に隔離し強制的に断種する法である。ヴァジニア州の優生不妊手術法の真の目的は、こうした階級・階層の増加を防ぐことによって、「貧しい白人のゴミ」を一掃することである。

ヴァジニア州のこうした歴史的動きに目を向けると、ある種の歴史のアイロニーが感じられてならない。南北戦争に破れ北軍（連邦政府軍）に占領された南部の政治経済活動、つまり奴隷制の廃止に伴う社会経済の再建は、北軍の司令官によって統治、管理された。ところが、南北戦争後に行われた最初の大統領選挙は、南部の人種主義社会経済政策の再生を促す契機となった。共和党から選出された北部の候補者と民主党から選出された南部の候補者による1876年の大統領選挙は、「武器を使わない南北戦争の再現」ともいえる激しい政治闘争となった。戦場で敗北したすべての州が民主党を支持したため、激しい選挙戦となり、勝利者が明らかにならないまま年を越して、「1877年の妥協」といわれる南北の取引を待たなければならなかった。南部は北部選出の共和党候補者に大統領を譲り、北部は占領軍を南部から撤退することに同意した。と同時に、奴隷解放に伴う様々な問題の改革に取り組んでいた北部（連邦政府）は、「時期尚早」として人種統合政策を放棄してしまった。「南部の問題は南部にまかせる」とする政策に切り替えたのである。未完成のまま、戦後再建に終止符が打たれた。

南部のどこかで毎日のように発生するリンチングで黒人に恐怖を与え、黒人を差別する各種の法律（ジム・クロウ法）を制定することによって、人種隔離（アパルトヘイト）を強化する政策を可能にしたのが1877年の妥協であった。人種隔離は参政権は言うまでもなく、経済活動、教育、社会福祉を含む公私のすべての生活領域から黒人を排斥する政策であった。黒人の義務教育は連邦政府の援助とキリスト教のミッションで辛うじて教育らしい制度が維持された。

ヴァジニア州を除く南部には黒人のフィーブル・マインデドや精神病者を収容する施設はなかった。フィーブル・マインデドを隔離して優生不妊手術を強制した施設は白人のためのものであり、黒人、混血、インディアン、アジア系などの人種は、隔離と不妊手術を免れた。

ところが、1950年代以来の公民権運動が実った1960年代に人種統合が進むにつれ、黒人も断種手術の被害者となった。断片的なデータによると、ノース・キャロライナ州では、1962年から1966年にかけて、863人が断種され、その内552人（64%）が黒人だった。黒人の人口は州全体の約20%であった時代の黒人差別として理解されている。また、サウス・キャロライナ州では、1954年から1955年にかけて白人と黒人を収容する州立病院で23人が不妊手術の被害者となり、そのすべてが黒人だった(2)。

る。ノーフォークは海軍基地、貨物船の港、漁港でもある巨大な港町である。荷揚げされたさんまをさばいた料理を味わいながら、苦労話や楽しい話を耳にした。「当時のことですので、結婚生活は大変ではなかったですか」と話を持ち出すと、一人の女性が「どうしてそんなこと知っているのっ!?」と驚いた様子。もう一人の女性が「その通りなのよっ、当時は10数人の花嫁で桜の会を作ったのですが、今ではわずか数人になってしまった」とのことである。しかし、「事を起こさないかぎり、別に問題はなかった」とのことだった。「事」とは離婚とか遺産相続などの法律に関わる「事」であったことを知った次第である。白人と他の人種の結婚が禁止されていたため、こうした事になると、即座に結婚が無効にされてしまったため、何人かの日本女性が泣き寝入りせざるを得なかったとのことだった。「基地に住んでいるとアメリカ人、基地から離れるとヴァジニア人、といった二つの国に生きなければならなかった」といった、妙な言葉を今でもはっきり憶えている。

(2) Philip R. Reilly, The Surgical Solution: A History of Involuntary Sterilization in the United States, Baltimore, M.D.: Johns Hopkins University Press, 1991, p.138. ヴァジニア州やカリフォルニア州を含めたすべての州は施設に収容されたフィーブル・マインデドのみが優生不妊手術の対象であったが、その唯一の例外がノース・キャロライナである。郡の優生委員会が「社会に放置されているフィーブル・マインデドの不妊手術が適当」と判断した場合には、施設に収容された人と

人種統合の名の下における黒人差別が優生不妊手術政策にも顕在したのである。

本稿では米国およびヴァジニア州における優生不妊手術の統計的素描を通して、不妊手術のパターンと史的変遷の断片を考察したい。不妊手術の歴史を通して優生主義者が固執したのは劣性遺伝形質を根絶する「優生」不妊手術であった。ところが、優生学の科学性が失われた1920～1930年代になると、優生不妊手術から切り離された社会的・経済的考慮による貧困撲滅政策の一環として不妊手術が強化されている。

本稿では、1930年代以降の優生運動の理解として、南部の巨匠と言われた写実主義文学の道を開いたコールドウエルの『タバコ・ロード』をも参照しながら、1930年代の大恐慌に生きる農民の生活からフィーブル・マインデドの世界を学びたい。

ここで、三つの語法について指摘したい。その一つは、施設に収容されている人、出所などを示す言葉は、一般的に刑務所の囚人などの犯罪を示す言葉であった。施設に収容されていた人は囚人とか収監者、施設からの出所は釈放とか保釈といった言葉がその代表的な表現である。

もう一つの言葉は「州立」である。歴史的にも今日にあっても、州立とは特定の「施設」を意味する言葉として使われている。その代表的なものとして、州立刑務所や州立少年院があるが、州立病院とは州立精神病院、州立訓練学校または州立学校は精薄者を収容する施設を意味する。その例外として州立大学がある。

優生不妊手術は正式には「性的不妊手術」と表現されている。この不妊手術には去勢が含まれるかどうかは州の法を参照しなければならないが、去勢(castration)は、男性、女性両方に適用されていた時代がある。「避妊的不妊手術」とする言葉もしばしばみられるが、本稿では、不妊手術に統一した。また、必要に応じて不妊手術と同義語の断種も使うことにする。

I 統計にみる優生不妊手術の被害者

a. 全米にみられる優生不妊手術の被害者数

表1（次ページ）の最初の縦列（1979年まで）が不妊手術被害者数の全貌を示す統計である。しかし、すべての統計は各州が公式に発表した数字に基づいているとはいえ、州のデータが不完全であったり、オレゴン州のように記録を捨ててしまったりした州があるため、正確な実態を把握するのは不可能である。表1には不妊手術の時代的変化を示すために、二つの統計とランキングを追加した。

表1の重要性は、新聞など一般国民の目に触れるメディアを通して優生不妊手術全体の統計が始めて明らかにされたことである。

このことは、1980年代以前に統計がなかったことを意味しない。優生運動を推進する組織が逐次統計を公表し、ナチ政権下の優生不妊手術と比較しながら、運動の成果を評価していた。また、多くの断片的な報告を集合しながら優生運動を研究する学者の報告が発表されていることも否定出来ない。しかし、統計がいかに不完全であれ、優生不妊手術の全体の公表は1980年代を待たなければならなかった。

ナチ・ドイツ即優生主義と信じていた多くのアメリカ人にとって、新聞に発表された統計は筆舌を超える衝撃を与えた(3)。障害児の安楽死や人種純化を目的とした優生断種が導いたホロコーストを人類の「極限の悪」として、ナチ・ドイツの戦犯を裁いたニュールンベルグ裁判の指導者はアメリカであった。「悪への防波堤」が自由と民主主義であると盲目的に信じていたアメリカ国民が、6万人を超える断種の事実に直面しなければならなかった。なかんずく、「強制断種」と「優生断種」に見られる「強制」と「優生」の言葉には信じ難いショックを与えた。臭い物を入れたふたが取り除かれ、忘れられた過去が蘇ったとして、統計を重要視する動きと並んで、アメリカには

同様に、優生不妊手術が強制された。

(3) ヒットラーの「アーリア人種の純化」政策の一環として採用された1933年の「人種衛生法」は、アメリカの優生運動に学び、キャリー・バックを合憲的に優生不妊手術を行ったヴァジニア州の法律と政策に由来している事実を報道する新聞記事は、不妊手術の統計と並んで、多くな衝撃を与えた。Betty Booker, Nazi Sterilization Had Their Roads in U.S. Eugenics, Richmond Times-Dispatch, February 24, 1980.

表1 優勢不妊手術法にもとづく不妊手術被害者数、1907-1979

州と順位	1907-1979[1]		1970-1957[2]		1907-1949[3]	
*1. カリフォルニア(1909)	20,108 人	(1)	19,985	(1)	19,042	
*2. ヴァジニア(1924)	7,450	(2)	6,683	(2)	5,366	
*3. ノース・キャロライナ(1919)	6,297	(3)	4,472	(6)	2,152	
4. ミシガン(1913)	3,786	(4)	3,550	(4)	2,982	
5. ジョージア(1937)	3,284	(6)	2,490	(14)	636	
6. キャンサス(1913)	3,032	(5)	3,025	(3)	3,001	
7. インディアナ(1907)	2,424	(7)	2,325	(7)	1,840	
8. ミネソタ(1925)	2,350	(8)	2,313	(5)	2,211	
*9. オレゴン(1917)	2,341	(9)	2,177	(8)	1,821	
10. アイオア(1911)	1,910	(11)	1,682	(10)	891	
11. ウイスコンシン(1913)	1,823	(10)	1,793	(9)	1,658	
12. ノース・ダコタ(1913)	1,049	(12)	961	(11)	784	
13. デラウエア(1923)	945	(13)	871	(12)	783	
14. ネブラスカ(1915)	902	(14)	852	(15)	688	
15. サウス・ダコタ(1917)	789	(15)	779	(13)	745	
16. ユタ(1925)	772	(16)	732	(18)	555	
17. ワシントン(1909)	685	(17)	685	(16)	685	
18. ミッシッシッピー(1928)	683	(19)	602	(17)	596	
19. ニューハンプシャー(1917)	679	(18)	670	(19)	557	
20. コネチカット(1909)	557	(21)	542	(21)	505	
21. オクラホマ(1931)	556	(20)	556	(20)	553	
22. メイン(1925)	326	(22)	305	(23)	235	
*23. サウス・キャロライナ(1935)	277	(26)	201	(26)	81	
24. モンタナ(1923)	256	(23)	256	(24)	241	
25. ヴァモント(1931)	253	(24)	252	(22)	251	
26. アラバマ(1919)	224	(25)	224	(25)	224	
27. ウエスト・ヴァジニア(1929)	98	(27)	98	(27)	48	
28. ニューヨーク(1912)	42	(28)	42	(28)	42	
29. アイダホ(1925)	38	(29)	33	(30)	14	
30. アリゾナ(1929)	30	(30)	30	(29)	20	
合計	63,966 人		59,186 人		49,207 人	

＊優生運動に参加した過ちを州知事が正式に謝罪した州を示す。州と順位に添えた( )は州で最初に優生不妊手術法が制定した年を示す。州最高裁の 違憲判決の結果、後に改正された州もあり、また、効力を持っている法を踏襲しながら 改正された州もある。

出典

1 Bill Baskerville, Ruined Lives, Associated Press, Lynchburg, VA, March 19, 2000.

2 John Cavanaugh-O'Keefe, The Roots of Racism and Abortion: An Exploration of Eugenics, [S.l.]: Xlibris Corporation, 2000, p. 78.

3 Moya Woodside, Sterilization in North Carolina: A Sociological and Psychological Study, Capel Hill: University of North Carolina Press, 1950, p. 194.

起こりえない「マユツバ」として、報道を無視する動きもみられた。敵国のヒットラーと「共謀」を企んだ反アメリカ運動による小さな動きであったに違いないとみなされたのである。さらに、強制的に優生不妊手術がなされたのは、精薄とか社会の秩序を乱す「悪者」にすぎないとして、軽くあしらう動きも見られたのである。

私は、優生不妊手術の統計が公表されることによって、タブー視されていた優生主義の解禁を暗示するかのような印象を受けたものである。

ナチ・ドイツと同じことがアメリカにも起こった事実を直視した歴史学者や倫理学者は、ドイツの優生断種とアメリカの断種を「並行関係」で比較する研究が見られるようになった(4)。さらに、比較研究を超えて、不妊手術をふくむナチ・ドイツの優生運動はアメリカの優生運動に由来するばかりか、アメリカの優生主義者と財団や企業がヒットラー政権の優生運動を指導していた事実が明らかにされている(5)。このように、表1は単なる数字の羅列に留まることはなかった(6)。

しかし、多くの読者が自分の住む州の統計に注目したのも自然であった。典型的な新聞報道の論調として、「1909年に始まったカリフォルニア州の優生不妊手術が他のどの州もしのいでいることが一目瞭然であるが、ヴァジニア州に限って言えば、1927年以来、7,450人から8,300人であろうと推定されている。実際の不妊手術の被害者は8千人を超え、2万人以上のカリフォルニアに次ぐ2番目の州で、第三位のノース・キャロライナを上まわる統計となっている」との事実が指摘された。

b. 統計に見えない不妊手術

表1を一見して明らかのように、すべての強制断種は各州の優生不妊手術法に基づくものであって、アメリカ全体を統括する連邦政府による優生不妊手術は存在しない。

また、即座に明らかになるのは、幾つかの州には優生不妊手術法が制定されていない事実である。例えば、ヴァジニア州の北に位置するワシントンD.C.やメリランド州には優生不妊手術法は無かった。ニューイングランドのマサチューセッツ州や南部のルイジアナ州にもこのような法は存在しない。それぞれの事情を明らかにするためには各々の州の歴史的背景を考察しなければならないが、アメリカの優生不妊手術運動を理解する一助として幾つかの州を取り上げてみよう。

まず最初に、ゴッダードがヴァインランド施設で優生運動を進めたニュージャージー州に触れると、1911年に、犯罪者、フィーブル・マインデド、インベシル、イディオット、そして精神病院に収容されている患者などを断種する優生不妊手術法が制定された。しかし、法の合憲性に疑いがあり、州最高裁での判決が下るまで断種を控えた。「法の平等を保障する憲法に違反する」との判決(1913年11月8日)によって、優生手術法は廃止された。優生不妊手術法は州の施設に収容されている人のみに適用されて、コミュニティーに放置されている精神病者、フィーブル・マインデド、犯罪者、非行者には適用されないのは法の下の平等原則に反する、とするのが判決の

(4) 平行関係でドイツとアメリカの比較研究を代表する論文として、Andre N. Sofair and Lauris C, Kaldjian, Eugenic Sterilization and a Qualified Nazi Analogy:The United States and Germany, 1930-1945, Annal of Internal Medicine, 132 (200), pp. 312-319 と Walter Wright, Historical Analogies, Slippery Slopes, and the Question of Euthanasia", Journal of Law, Medicine, and Ethics, 28 (200), pp. 176-186 がある。

(5) 比較的初期の優れた論文として、Robert L. Burgdorf & Marcia P. Burgdorf. The Wicked Witch Is Almost Dead: Buck v. Bell and the Sterilization of Handicapped Persons, Temple Law Quarterly 50 (1977) 995-1033 especially, pp. 995-997 がある。

(6) ドイツとアメリカとの直接的な関係の中でナチ・ドイツの優生主義の発展を分析する優れた作品として、Stefan Kuhl, The Nazi Connection: Eugenics, American Racism, and German National Socialism, New York: Oxford University Press, 1994 および Edwin Black, War against the Weak: Eugenics and America's Campaigning to Create a Master Race, New York: Four Walls Eight Windows, 2003 などがある。

骨子である。その結果として、表1にはニュージャージー州は含まれていない[7]。

表1にみられるニューヨーク州の断種被害者数は1907-1949年、1907-1957年、1907-1979年を通して、いずれの期間でも42人となっている。つまり、公開されている被害者数は50年代以後、ゼロということになる。なぜだろうか?

優生不妊手術法案が議会に上程された際、保守的なキリスト教者やカトリック教会は沈黙を守り、世論を喚起する断種反対の動きは見られなかった。下院では反対勢力に直面することなく、また、上院は議論もなく全会一致で可決した。1912年に知事の署名をもって優生不妊手術法は効力を持った。実にスムーズな法制化である。

ゴッダードの「フィーブル・マインデドネスの遺伝性」(1910年)と『カリカック家の研究』が披瀝した科学としての優生学がもたらす影響力の実相の重要な一端がここに伺える。

この法は外科医、神経科医、不特定の臨床医の三人から構成される「検査官」を設け、州立病院、州立刑務所、州立感化院、州立慈善施設、フィーブル・マインデドを収容する州立施設などに収容されている犯罪者(性犯罪を二回犯した者、三回以上の犯罪を犯した常習犯)、フィーブル・マインデド、インベシル、イディオットなどの精神的・身体的検査と家系調査による遺伝性を明らかにしなければならない。さらに、不妊手術を行うための最後の法手続きとして、裁判所の審査を受けなければならない。

ニューヨーク州の優生不妊手術法に先立って、多くの州が違憲判決で法が無効になっている事実に鑑みて、検査官の一人が優生不妊手術法の合憲性をテストする訴訟をおこした。1915年に施設に収容されていたフィーブル・マインデドの男性を原告に仕立てて、州最高裁(ニューヨーク州の最高裁は他の州の地方裁に相当する第一審)に違憲審査を依頼する訴訟を起こした。最高裁は、ニュージャージー州最高裁の判決にならって、米国憲法が保障する平等権に反するとの論拠で、ニューヨーク州の優生不妊手術法の違憲判決を言い渡した。1918年に同じ訴訟を起こした。最高裁は再度、違憲判決を下し法の撤廃を言い渡した。州の最終審にあたる控訴裁判所に上告したが、議会は控訴審の判決を待つことなく、1920年に優生不妊手術法を撤廃せざると得なかった。控訴審の判決はあまりにも明らかであったばかりか、多くの論議をよび世論を分ける優生不妊手術法は「良法」ではないと判断したからである。

ニューヨーク州で1912年から1918年にかけて42人が断種されている。41人は女性の精神病患者で、一人が刑務所に服役する男性の囚人だった。フィーブル・マインデドは一人も断種されていない[8]。

優生断種運動の歴史には書かれていないが、1907年にインディアナ州が制定したアメリカで最初の優生不妊手術法の契機となったのが、ペンシルヴァニア州における断種をめぐる闘争であった。

1892年に開かれた「イディオットとフィーブル・マインデドのためのアメリカ施設医療管理者協会」の年次総会で、ペンシルヴァニア州立学校の所長が、「アメリカでどの州が最初に断種を合法化するのだろうか」と問いかけた。ペンシルヴァニア州が最初の州になるであろうと暗示したのである。所長はこの総会で、1889年に断種(去勢)を行った事実を明らかにした。優生不妊手術を認める法が存在しないまま、後任者の所長は引き続き断種を行いながら、犯罪者(特に性犯罪者と常習犯)、精神病者、イディオットなどに対する断種の法制化のため議会に圧力をかけた。

所長の予言通り、1905年にペンシルヴァニア州がアメリカで最初の優生不妊手術法案を可決する州となった。しかし、州知事の拒否権で廃案に終わった。拒否権発動にあたって、「イディオットの出産を防ぐ最も安全で効果的な方法が不妊手術といわれているが、最も安全で効果的な手段は断種である。断種が効果的であるためには、コミュニティーで我々の身近に生活しているすべてのイディオットをも断種しなければならない。断種は身体を傷つけ血を流し死をもたらすことすらある。州の役割はイディオットを傷つけるのではなく、ケアすることである」とする内容の声明を出した。優生不妊手術法案は平等の原則に反するとの立場を示唆している。

所長は断種法制定の推進者として議会に圧力をか

(7) J. H. Landman, Human Sterilzation: The History of the Sexual Sterilzation Movement, New York: Macmillan, 1932, pp. 64-65.

(8) ibid. pp. 65-66.

けた。議会の動きとして1913年、1915年、1917年、1919年に法案が作成されているが、委員会の段階で流産したため、議会に上程されることはなかった。最終的に、1921年に議会の通過に成功したものの、再度、州知事の拒否権で法案は流れてしまった。1929年から1951年にかけて、後任の施設の所長が議会に断種法の必要性を訴え続けたが、いずれも無視され、優生不妊手術法は日の目を見ることはなかった。とはいえ、1931年の「精神欠陥協会」の定例総会で、1892年から1931年にかけて、270人に断種を行った事実を報告している[9]。ペンシルヴァニア州が報告した去勢は残酷な処置として批判された。不妊手術は「男性の去勢」と「女性の去勢（卵巣摘出）」の双方を含む言葉として使われていたのである。

去勢にかわる人道的かつ効果的方法として、ヴァセクトミー（精管切除）と卵管切除の手術を採用したのはインディアナ州であった。同州は1907年にアメリカで最初の優生不妊法を制定している[10]。

c. 戦前と戦後の変化

1909年に優生不妊手術法が成立して以来、強力な反対勢力に遭遇しなかったカリフォルニア州は、法の違憲性が問われることなく[11]、アメリカにおける優生運動の指導的地位を確立した。1930年代には、他の29州の合計をはるかにしのぐ優生不妊手術件数を記録している。1930年の『アメリカ社会学誌』に発表された優生学者の言葉を引用すると、「1907年から1928年に至る21年間に、全米で行われた不妊手術はとるにたりない8,515人に過ぎない」。1928年1月1日現在、8,515人の68.3%（5,820人）がカリフォルニア州でなされていることは、「他の州が不妊手術法を持っているとは言え、法が施行されていないことを物語っているのである」[12]。

多くの優生運動史の専門家が指摘するように、アメリカにおける優生不妊手術の急激な減少は、戦後、特に1960年代を待たなければならなかった。このことは、1946年12月に始まり1947年7月に終了したニュルンベルグ裁判は、アメリカにおける優生不妊手術の歯止めにならなかったことを如実に示す証拠である[13]。ところが、戦後になると、優生運

(9) E. Auther Whitney and Mary M. Shick, Some Results of Selective Sterilization, American Association on Mental Deficiency (1931)、reprinted in M. Rosen, G. Clark and M. Kivitz, eds., The History of Mental Retardation: Colleted papers, Baltimore: University Park Press, 1976, Vol. 2, pp.201-210. 比較的最近の断種をめぐる法的問題を扱う論文として、Richard A. Estacio, Sterilization of the Mentally Disabled in Pennsylvania: Three Generations without Legislative Guidance Are Enough. Dickinson Law Review, 92 (1988):409-36 がある。

(10) A. Gugliotta, Dr. Sharp with His Little Knife: Therapeutic and Punitive Origins of Eugenic Vasectomy - Indiana, 1892-1921, Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 53 (1998) , pp. 371- 406.

(11) 優生手術法の違憲性が問われなかった州は、カリフォルニア州、ワシントン州、ノース・ダコタ州、コネチカット州、アイオワ州、ネブラスカ州の9州である。Frances Oswald, Eugenical Sterilization in the United States, American Journal of Sociology, 36 (1930), p.67.

(12) Frances Oswald, Eugenical Sterilization in the United States, American Journal of Sociology, 36 (1930),p. 68.; E. S. Gosney and Paul Popenoe, Sterilization for Human Betterment: A Summary of Results of 6,000 Operations in California, 1909-1929, New York: Macmillan, 1929, p.184.

(13) 「医療裁判」とか「医師を裁く裁判」と知られているニュルンベルグ裁判50周年を迎えた1997年に法学者、医師、倫理学者、歴史学者による多くのシンポジュウムが開かれた。その中でも、医師で倫理学者のペレグリノは、「我々は、裁判が終わりナチ・ドイツの指導者が処刑されると同時に、医療が犯した犯罪を忘れ去ってしまった」と述べている。1948年には国際人権条約が制定されているとは言え、アメリカの医療および為政者はニュルンベルグ裁判から教訓を学ぶことはなかった。原爆の開発と人体におよぼす放射線の研究のため、軍人に放射物質を食事に混入したり、精神病での人体実験、淋病の治療と称して黒人を使った人体実

動に批判的なカリフォルニア州知事が選出され、法の遵守をモットーとして、保険衛生局などに不妊手術に消極的な指導者を起用した。カリフォルニア州の不妊手術は1946年にピークに達し、年間480人を記録している。以後、徐々に減少し、1952年(39人)以降には著しい減少が見られる。「法の下」に限定された優生不妊手術の施行の結果であり、それは政治的政策の結果でもあった。

表2が示すように、1950年になると、カリフォルニア州における優生不妊手術の独走(275人)にストップがかかり、ノース・キャロライナ州が首位の座(295人)についた。ノース・キャロライナ州は1951年(375人)にピークに達するが、以後、安定した件数を維持している。ヴァジニア州をみると、1949年(215人)にピークに達し、1959年(69人)以降に急速な減少をみせている。

表3が示すように、カリフォルニア州は戦後になると、第二位のヴァジニア州を遥かにしのぐ位置から第三位に落ちている。戦前では第四位だったノース・キャロライナ州が第一位に躍進し、第六位のジョージア州が第二位に上昇するといった、新しい現象が明らかになった。農業が経済の基盤であった「後進国」と言われていた南部(ノース・キャロライナ州、ジョージア州、ヴァジニア州)が不妊手術をリードする位置になっている。こうした現象が意味することは後述したい。

d.1930年代 ～1940年代の優生不妊手術被害者数

1930年代には、フィーブル・マインデドネスや精神病の遺伝性の科学性は崩壊していた。ダーヴェンポートやゴッダードが主張した、環境から完全に独立した単一形質説(遺伝子)を愚弄する遺伝学者および優生学者はいても、こうした単純なメンデルの遺伝法則を信じる専門家は皆無であった[14]。優生主義者は、今の世代のみならず将来の世代につながる劣性遺伝形質を根絶することによって、犯罪、貧困、道徳に反する行動などの社会問題を解決し、人類の改良をはかるといった夢想をいだいていたが、劣性遺伝形質をめぐる遺伝の科学性が失われ、優生学そのものの崩壊を招いている。「優生」不妊手術を放棄しなければならなかった[15]。

験、ナチと同じ強制優生不妊手術などが人道に反する犯罪として取り上げられるようになったのは、1997年のことである。Edmund D. Pellegrino, The Nazi Doctors and Nuremberg:Some Moral Lessons Revisited [Editorials], Annals of Internal Medicine, 127 (15 August 1997), pp 307-308.

(14) S. H. Holmes, "The Opposition to Eugenics," Science, New Series, 89 (Apr. 21, 1939), pp. 351-357.

(15) Abraham Myerson, et al., Eugenical Sterilization: The Committee of the American Neurological Association for the Investigations of Eugenical Sterilization, New York: Macmillan Company, 1936. アメリカ神経学会の優生不妊手術批判は決定的なインパクトを与えた。アメリカ神経学会の見解をかいつまんでみると、「我々は、望ましくない体つき、鬱、精神病、痴呆、フィーブル・マインデドネス、犯罪、てんかんなどをもって生まれる子どもの出産を防ぐために、正常な人の不妊を正当化する科学的知識を持ち合わせていない。」「道徳に反する行動や悪質な性質を理由とした不妊の科学的根拠はない。人の行動には、伝統や習慣、経済事情、教育、訓練、機会、偏見などの非常に複雑な社会的要因が絡まっており、特に成長期の子どもにおよぼす影響は計り知れないものがある。危険な反社会的行動の原因が圧倒的に遺伝によるものであることが明らかにならないまま(または、明らかにすることが出来ない状態で)、反社会的行動を行う人を不妊にすることは、米国憲法が禁止する『残酷で通常ではない刑罰』とみなされるべきである。」環境は遺伝子と同等の重要な要因であり、遺伝子より重要な要因となることすらある。ibid., pp.177-178.「1930年にアメリカ・フィーブル・マインデド研究協会は二回にわたる調査を行い、同協会の97%が自発的不妊手術には賛成するが、強制的不妊手術には反対する、との結果を発表した。」ibid., pp.68. 最後にアメリカ神経学会は何点かにわたって勧告する。不妊手術は「自発的な意志によるものであって、強制不妊手術を否定する。」アメリカ神経学会は、ハンチントン氏舞踏病、家系を通して明らかになったフィーブル・マインデドネス、遺伝性精神分裂、遺伝性鬱、遺伝性てんかんにあっては自発的不妊手術に反対しない。

表2 戦後における4州の優生不妊手術の被害者数（人）

年	CA(1909)	NC(1933)	VA(1927)	GA(1937)	全米(1907)
1945	436	117	178	90	1,336
1946	480 *	105	152	68	1,476 *
1947	401	139	122	24	1,232
1948	326	186	134	94	1,336
1949	381	249	215 *	167	1,550
1950	275	295 #	204	226	1,526
1951	150	375 *	207 #	200 #	1,459
1952	39	326	153	277 *	1,267

CA=カリフォルニア州
NC=ノース・キャロライナ州
VA=ヴァジニア州
GA=ジョージア州
* 各州における優生不妊手術のピークを示す。
# カリフォルニア州をしのぐ不妊手術件数および年と件数を示す。
出典
Johas Robitscher, ed., Eugenic sterilization, Springfield, Ill.; Charles C. Thomas Publisher, 1973, Appendix, 2を基に計算。

表3 戦前と戦後の統計に見られる優生不妊手術被害者の変化

順位	州	1944年末迄	1945～1963年
1	カリフォルニア州	17,835	2,273 (3) *
2	ヴァジニア州	4,958	2,204 (4)
3	ミシガン州	2,513	1,273 (5)
4	ノース・キャロライナ州	1,722	4,575 (1)
5	オレゴン州	1,699	642 (6)
6	ジョージア州	450	2,834 (2)

* 1945～1963年の( )は順位を示す
出典
Johas Robitscher, ed., Eugenic Sterilization, Springfield, Ill.; Charles C. Thomas Publisher, 1973, Appendix 1を基に計算

にもかかわらず、なぜ、1930年代から40年代にかけて多数の不妊手術が強制されたのだろうか？

まず、表4をみると、1930年～1941年の11年間における年平均は2,273人で、優生不妊手術の最大のピークを記録し、1941～1951の10年間における年平均不妊手術の被害者は幾分か減少した1,936人だが、他の年間平均数をしのいでいる[16]。第二次世界大戦中には多くの医師や看護婦

ibid., p.179. フィーブル・マインデドと精神病のもたらす社会問題は無視出来ないほど大きな問題であるが、我々は、優生主義者が訴える「文明の危機といった恐怖感やプロパガンダに脅された不妊手術を非難する。我々は、こうした社会的危機に直面していない。」ibid., p.183.

(16) Julius Paul, Sate Eugenic Sterilization History: A Brief Overview, Johas Robitscher, ed., Eugenic sterilization, Springfield, Ill.; Charles C.

表4　年間平均優生不妊手術被害者数

1907-1921	230 人
1921-1930	849
1930-1941	2,273
1941-1951	1,936
1951-1961	993
1961-1964	505

出典
Johas Robitschcr, cd., Eugcnic sterilization, Springfield, Ill.; Charles C. Thomas Publisher, 1973, Appendix, 2を基に計算した。

を含む医療専門家が徴兵されたため、不妊手術の減少がみられるが、医学生が研修として積極的に不妊手術に参加することによって、医師の不足を補っている。ノース・キャロライナ州ではウエイク・フォーレスト大学医学部[17]、ヴァジニア州ではヴァジニア大学医学部の学生が不妊手術に貢献している。

1930年代から40年代にかけての不妊手術の傾向として、まず最初に考えられるのは、1927年に米国最高裁判所が下したヴァジニア州の不妊手術法の合憲判決である。ヴァジニア州では1924年から1927年にかけて数件の不妊手術が為されているが[18]、1932年に至ると、658人に膨れ上がっている。カリフォルニア州に至っては、1932年には、すでに7,548人を記録している[19]。

さらに、1927年の米国最高裁の合憲判決を契機に、7州が不妊手術法を勝ち取っている。年代順に示すと、ミシシッピー州(1928年)、アリゾナ州(1929年)、ウエスト・ヴァジニア州(1929年)、ヴァモント州(1931年)、オクラホマ州(1931年)、サウス・キャロライナ州(1935年)、ジョージア州(1937年)で、不妊手術法の合憲性を確保するために、ほとんどの州がヴァジニア州法をモデルとしている。

1930年代から40年代にかけて優生不妊手術を推進したのは、カリフォルニア州やヴァジニア州など一握りの州における、例をみない優生主義者の活発な組織的政治運動である。大恐慌と第二次世界大戦の経済的窮乏生活を余儀なくされ、国家および州は戦争経済に応えなければならなかった。ガソリンや必需物資の配給制度が敷かれ、医師、警察、消防、電力、水道、基本的な健康管理などの緊急・救急任務が優先された。

第一次世界大戦時には大きな論争とはならなかったイデオロギーが主導権を握ったのもこの時期である。「明日を担う心身ともに優れた若者が徴兵されている。背後に残るのは戦争のみならず社会建設に何ら役に立たない国の富をむしばむ無駄食いである」と。今世代だけではなく明日のアメリカをむしばむ「不適合者」を、速やかに隔離し断種しなければならない、とあらゆる方法を使って宣伝した。

ドイツや日本の優れた軍事力は武器だけではなく、士気の高い優れた軍人によって支えられている。ゴッダードが「陸軍テスト」で示したように、アメリカ国民の45%（陸軍テストの公式な発表によると、47.5%）がフィーブル・マインデドであるとすると、ことはさらに深刻となる。戦争、経済、社会道徳においても、「不適合者」を一刻も速やかに一掃する緊急事態にせまられた。その結果が盗みや軽犯罪を犯した者、家出人、売春婦、孤児、乞食などの施設隔離と「ルーティーン」としての不妊手術である。

Thomas Publisher, 1973, p. 25-40.

(17) 2002年の末、ノース・キャロライナ州の新聞が、優生不妊手術に参加したウエイク・フォーレスト大学を告発した。大学は、即座に調査委員会を設け10ヶ月におよぶ抜本的な調査を行い、2002年9月27日に7頁の報告をまとめた。調査報告を一般に公開するために、告発した新聞社に報告を提出している。優生運動に積極的に参与した事実を認め謝罪している。大学は優生不妊手術を推進する人種主義が組織する「人種改良同盟」から資金を受けとっている事実も認めた。医学部長が書いた報告の要旨全文は新聞に掲載されている。Daniel Deaver, Epilogue: Against Their Will: North Carolina's Sterrilization Program, Wake Forest university Medical School Apologizes again for Role, Winston-Salem Journal, September 28, 2003.

(18) Sterilization of Defectives, Aim: Report on Buck v. Bell Supreme Court Decision, Richmond Courier Journal, May 26, 1927.

(19) J. H. Landman, Human Sterilzation: The History of the Sexual Sterilzation Movement, New York: Macmillan, 1932, p. 289.

多くの州の優生不妊手術法はかなり共通点を持っているとは言え、こうした時代の要請に応える政策として、法の無視ないし法の拡大解釈によって、1930年代から40年代にかけて、日常茶飯事のように強制的断種が一般化した。国民にはその実体を知らせることはなかったばかりか、断種されるのは「社会に脅威となる不適合者」であり教育のない貧しい「頭の弱い人」であったため、世論としての批判の声は聞かれなかった。

e. 優生不妊手術にみられる精神病とフィーブル・マインデド

優生不妊不妊手術の動きをモニターする優生主義組織は、手術の対象となったカテゴリーを (1) 精神病者、(2) フィーブル・マインデド、(3) てんかん、(4) その他に分類している。各種の優生学機関誌に発表された統計は不完全であるとは言え、ある一つの傾向を伺うことが出来る。ローリン始め多くの優生学者および州政府は、てんかんは遺伝性であるとして隔離・不妊手術のカテゴリーとして重要視した（ローリン自身が意識を完全に失う痙攣を伴うてんかん者だった。また、淋病や結核など感染・伝染病がその他に含まれていたが、ビネー式標準知能検査を作ったスタンフォード大学ターマン心理学教授は結核に罹り、太陽光線が強いカリフォルニア州に職を求めている)。事実、キャリー・バックが収容され不妊手術が強制されたコロニーの当初の名称は「てんかんのためのコロニー」と呼ばれていたように、1914年まで、てんかん患者専用のコロニーだった。

しかし、統計をみると、1907年から1921年にかけて55人が不妊手術を強制されているが、この年以外にはてんかん患者の不妊手術の統計は発表されていない。

ダーヴェンポート、ゴッダード、ローリンに代表される初期の優生主義者たちは、「社会悪の病原」を治癒する万能薬としてフィーブル・マインデドの隔離と不妊手術を訴える政治的プロパガンダを組織化した。知能が低いために道徳観念が欠除し動物的衝動に駆り立てられるままに犯罪や反社会的行動に走る最も危険な不適合者がフィーブル・マインデドであった。社会浄化を可能にする第一条件はフィーブル・マインデドの一掃であり、フィーブル・マインデドに子孫を生ませない強制不妊手術の法制化であった。「フィーブル・マインデドは生まれるべきではなかった、ひとたび生まれてしまったフィーブル・マインデドは本人と同じような子どもを生む権利はない」とするプロパガンダが、州の収穫祭、教会での説教、義務教育の教科書、大学の講座、市民（村民）の集会、大衆雑誌などを通して日常の生活感覚として浸透した。「モロンの脅威」は日常用語となり、この世から根絶されるべきは遺伝性のフィーブル・マインデドであるとする国民意識をも育んでいる。

優生不妊手術の筆頭のカテゴリーは、フィーブル・

表5　カテゴリー別1907年以来の累積優生不妊手術被害者数

	その他	精神病者	フィーブル・マインデド
1907-1921	130	2,700	403 (13%)
1907-1925	76		
1907-1941	704	18,552	16,622 (32%)
1907-1946	1,663	21,311	22,153 (46%)
1907-1951	1,909	23,466	26,858 (49%)
1907-1956	2,137	26,047	30,101 (51%)
1907-1961	2,283	27,592	32,287 (52%)
1907-1964	2,387	27,917	33,374 (52%)

・全体のカテゴリでフィーブル・マインデドの割合を%で示す。

出典

Johas Robitscher, ed., Eugenic sterilization, Springfield, Ill.; Charles C. Thomas Publisher, 1973, Appendix, 2.

マインデドであると想定するのは極めて自然なことである（表5）。

優生不妊手術の歴史に関する体系的かつ抜本的に考察する最も優れた研究書の著者ランドマン（J. H. Landman）は、1907年から1931にかけて立法化したすべての州に見られる優生不妊手術のカテゴリーを分析した。その中で最も重要視され頻繁に優生不妊手術の対象となったカテゴリーの筆頭は、(1) フィーブル・マインデドで、それに次いで (2) イディオット、(3) インベシル、(4) 精神病者、(5) てんかんが続いている。

(1) (2) (3) はイギリスの伝統的な分類に従っているが、(1) のフィーブル・マインデドは軽度のフィーブル・マインデドネスを意味するモロンに相当する概念である。(3)のインベシルはそれより軽く、(2)のイディオットが重度として理解されていた。

(1) から (3) のカテゴリーをまとめて一つの「フィーブル・マインデド」と再構成すると、例外なくすべての州を通して、フィーブル・マインデドが筆頭となる。精神病は第二位、てんかんが第3位の地位を占めることになる[20]。

しかし、1950年代から1990年代の初期にかけて優生運動研究の第一人者だった政治学者のポール (Julius Paul) によると、こうした一般的な認識と優生運動に見られるフィーブル・マインデドの優生不妊手術は「神話」であったと言わざるを得ない。時代の変遷にみられるイデオロギーの変化、精神病に関する医学の変化、遺伝性の信憑性の衰亡などがもたらすフィーブル・マインデドへの観念は、ランドマンのカテゴリーにみられるランキングを反映しない。すなわち、各州が発表した統計をみると、フィーブル・マインデドの不妊手術が優位を占めるようになったのは1945年以降のことで、それ以前は精神病者が圧倒的であった[21]。

ポールはこうした分析結果を実証する統計を提出していない。異なった出典を基に作成した表5をみると、1907年から1941年にみられる最大のカテゴリーは精神病者で、1946年以降になると、ポールが主張するように、フィーブル・マインデドが最優位に転換している。全体のカテゴリーの比率をみると、1956年以降になると、フィーブル・マインデドが過半数を占めている。しかし、なぜ、このような転換が起こったのかは明らかにされていない。

f. 不妊手術のカテゴリー

ランドマンの言葉を引用すると、30州で制定された優生不妊手術法には「遺伝性、非遺伝性で治癒可能な疾患、刑罰などを含む、ぞっとするほど混乱した34のカテゴリーが列挙されている」。34のカテゴリーは州によって異なるばかりか、同じ州にあっても、州最高裁による違憲判決で撤廃を余儀なくされ、新たな法が設けられたり、法の構成そのものを大幅に修正して不妊手術の対象を削除したり加えられた内容が含まれている。

優生不妊手術の対象となった34のすべてのカテゴリーを並べてみると、1. 有罪判決を受けた囚人、2. イディオット、3. インベシル、4. 強姦、5. 精神病、6. フィーブル・マインデド、7. てんかん、8. 女性が犯す過度の官能的行為、9. 道徳的退廃、10. 常習犯、11. 遺伝性の性倒錯、12. 2回犯した性犯罪、13. 3回犯した性犯罪、14. 前科のある終身懲役者、15. 遺伝性精神欠陥、16. 淋病、17. 治癒不可能なマニア、18. 痴呆症、19. 遺伝性犯罪、20. 性犯罪、21. 飲んだくれ、22. 麻薬中毒、23. 売春、

(20) ibid., p. 255 and Appendix F.

(21) Julius Paul, Population 'Quality' and 'Fitness for Parenthood' in the Light of State Eugenics Sterilization Experience, 1907-1966, Population Studies, 21(1967), pp. 296. ポールのこうした結論は彼自身が収集したデータの分析によるもので、未発表の論文に記載されていると言う。従って、具体的な統計を研究者が共有することが出来ないのは残念である。ジュリアス・ポールによると、1950年代から1990年代の初期にかけて優生運動に関する資料を集めた時には、優生学とか不妊手術は論議を呼ぶことがなかったため、病院や州や地方政府は好んで彼らがしていることを話してくれたものだった。しかし、こうしたことが明らかになるにつれ、多くの州は優生運動に参加した事実を語ることを拒むようになった。例えば、オレゴン州は優生運動に関する資料を破り捨ててしまった。Brandon Marshall Miller, Ethics Urges States to Apologize for Forced Sterilization Policies, University of Virginia News Services, March 2, 2004.

24. 重罪を2回犯した者、25. 精神異常、26. 病人と退廃者、27. 再発性遺伝的精神病、28. 犯罪者、29. 同性愛、30. 自然に対する罪、31. お気触れ、32. 刑務所ないし慈善救済施設の収監者、33. モロン、34. 常習の性犯罪である(22)。

このような混乱したカテゴリーをどのように理解するべきだろうか？ これらのカテゴリーが実定法として規定されていることを発見したランドマンは、この混乱ぶりにぞっとしている。ランドマンはこうした混乱を整理する概念として、ローリンの優生不妊手術モデル法を参照しながら、6つのカテゴリーにまとめている。すなわち、社会的不適合で不妊手術の対象になるのは、(1) 精神病者（躁病者、精神分裂者）、(2) 依存者（聾唖者、盲者、奇形者）、(3) 非行者（ふしだら、犯罪者）、(4) 精神欠陥者（モロン、インベシル）、(5) 退廃者（サディスト、麻薬常用者）、(6) 感染病者（結核病者、淋病者、ライ病者）であると(23)。

ここでは、上記34のカテゴリーを (1)「優生断種」、(2)「社会的断種」、(3)「刑罰としての断種」の3つに整理してみよう。遺伝性の性倒錯、遺伝性精神欠陥、再発性遺伝的精神病には「遺伝性」が明記されているが、多くの優生主義者はイディオット、インベシル、フィーブル・マインデド、てんかん、モロン、精神病などを遺伝性と信じていた。こうしたグループを対象とした断種が (1) の「優生断種」と理解出来る。淋病、治癒不能な躁病、痴呆症、飲んだくれ、麻薬中毒、自然に対する罪、同性愛などに対する断種は、遺伝性に関わらない (2) の「社会的断種」とみなすことができるであろう。有罪判決を受けた囚人、常習犯、2回犯した性犯罪、3回犯した性犯罪、前科のある終身懲役者、重罪を2回犯した者、犯罪、刑務所ないし慈善救済施設の収監者などに対する断種は (3) の「刑罰としての断種」に分類できる。

ここで、優生不妊手術法が犯罪に対する刑罰として始まった歴史的事実に留意しなければならない。州知事の拒否権で流産した1905年のペンシルヴァニア州、アメリカで最初に法制化した1907年のインディアナ州、遺伝性の犯罪者への断種を規定したニューヨーク州など、初期に見られるすべての州が刑罰としての断種を合法化している。凶悪犯、常習犯、性犯罪者に対する刑罰として、ヴァセクトミーないし去勢が採用されていた。

多くの犯罪者は遺伝性の精神病者や精神障害者とみなされていたため、刑罰としての断種が優生不妊手術の一部とみなされていたのである。しかし、刑罰としての断種は「残酷で異常な刑罰」を禁止する憲法に抵触するとみなされていたため、こうした目的とした断種はほとんど実行されなかった。

(1) の「優生断種」と (2) の「社会的断種」との違いは何だろうか？ ローリンの優生不妊手術モデル法のみならずランドマンの分類も、「優生不妊手術」の名の下に施行された不妊手術の内容なのである。私が上記の如く (2) の「社会的断種」として分類したものは、(1) の「優生断種」と区別されるべきであるにもかかわらず、優生主義者は、(1) も (2) も一括して優生不妊手術とみなしていたのである。

すべての「社会にふさわしくない者」を根絶する政治運動に走った熱狂的な優生主義者のイデオロギーの具体化であったといわざるを得ない。優生主義者のイデオロギーとは、「社会の厄介者になってはならない」とする道徳的・経済的至上命令の表明に他ならない。さらに、優生不妊手術をどのように規定するにせよ、ほとんどすべての不妊手術に関する研究は、コミュニティーの道徳を乱し経済的損失を招くフィーブル・マインデドであって、精神病の遺伝性や社会に及ぼす問題には焦点が合わされなかった事実も指摘しなければならない。

II 南部におけるフィーブル・マインデドの世界

ヴァジニア州を含む南部における優生不妊手術運動を理解する一つの手がかりとして、ジョージア州の偉大な小説家の作品にみられる貧困問題に触れたい。作品の焦点は農耕生活における貧困であるが、貧困にまつわる多くの社会問題が含まれるもので、優生主義者が「優生」不妊手術を超えて「社会的」不妊手術を遂行する重要な契機となっている。ここに取り上げるのは1932年に発表されたコードウエルの名作『タバコ・ロード』であるが、この作品を社会問題として採用したジョージア州議会は、1937

(22) J. H. Landman, Human Sterilization, op. cit., p. 255.

(23) ibid. p. 128.

年に優生不妊手術法の制定に踏み切っている。

a. 南部における貧困の発見

南部の社会史をめぐる多大な影響を与えたジャーナリスト、キャッシュ（W. J. Cash）によると、南北戦争以前の南部が南部たらんとするのは、富豪、貧民層、黒人から構成された厳格なカースト制度であった[24]。時代の変化と近代化の波にあおられて、富豪が分化して中間階級と労働者階級が出現した。農業経済を支える土地の相続税が払えないために土地を手放さなければならない例も多々ある。

しかし、貧民層の地位には変化が見られない。黒人は制度的にも文化的にも貧民層の下に位置づけられていた。とはいえ、「南部の貧乏人」とか「白人のゴミ」といった言葉を作ったのは黒人であった[25]。「白人のゴミ」には、黒人が抱く貧しい白人への同情心を示す南部の人間関係をも示す表現でもあった。

貧しい白人は黒人に対する人種主義者であった。人種主義によって貧困層の自己存在を正当化することができたばかりか、自分たちに不利な社会政策や白人優越主義を支持する大きな力になったのである。

農業経済に根ざす南部の貧困が「発見」されたのは大恐慌であった[26]。貧困は南部文化であったとはいえ、北部の金融資本による農業の近代化（企業経営および共同経営）から取り残された、昔ながらの小作農の貧困が改めて「発見」されたといえる。優生主義者が指摘する「不適合者」とかフィーブル・マインデドの世界が社会問題として認識されるようになったからでもある。

b. コールドウエルの貧困対策

南部の貧困の象徴としてフィーブル・マインデドの世界を捉えたのはコールドウェル父子であった。息子のアースキン・コールドウェル（Erskine Caldwell）は『タバコ・ロード（Tabacco Road）』[27]や『神の小さな1エーカー（God's Little Acre）』[28]で南部の貧民層の姿を小説化した南部文学の巨匠として知られてる。『タバコ・ロード』は43カ国語に翻訳された。戯曲化されタバコ・ロードがブロードウェーで7年間上演され、当時の記録を更新し、ハリウッドによる映画化にも成功している。猥褻罪に問われ、シカゴを含む幾つかの市での上演が禁止された問題作ではあるとはいえ、社会改革者でもあり優生主義者でもある父親が取り組んだ貧困問題を追認した文学作品である。

父親のアイラ・コールドウェル（Ira Caldwell）は長老派教会の移動牧師で、長年、キリスト教者として南部の貧困問題に取り組んでいた。ジョージア州東部のアガスタから南に開ける綿花畑で貧困のどん底に喘ぐ農民を救済する事業に取り組んでいる。アガスタの南30キロメートル下ると古い清楚なレンズ（Wrens）市があるが、両市を結ぶ国道1号線に沿った20キロメートル地帯が「タバコ・ロード」として知られている[29]。

(24) W. J. Cash, The Mind of the South, New York: Vintage Books, 1991 (1941).「南部」とは何かは多くの議論があるが、地理的には10州（ミシッシッピー、ルイジアナ、アラバマ、ジョージア、サウス・キャロライナ、ノース・キャロライナ、フロリダ、テネシー、ケンタッキー、ヴァジニア）を言い、「深南部」とは、ミシッシッピー、ルイジアナ、アラバマ、ジョージア、サウス・キャロライナであるとするのが通説となっている。ヴァジニアとノース・キャロライナはボーダー州とよばれ、南北戦争では、右隣が北軍に参加して左隣では南軍に加わると行った混乱がみられた。南部は北部から区別された特有の文化をもった歴史とみなされ、南部史とか南部文学が大学の授業でも教えられている。

(25) Edward J. Larson, Sex, Race, and Science: Eugenics in the Deep South, Baltimore, M.D.: Johns Hopkins University Press, 1995, p. 1.

(26) J. Wayne Flynt, Dixie's Forgotten People: The South's Poor White, Bloomington, I.N.: Indiana University Press, 1979, Ch. 1.

(27) Erskine Caldwell, Tabacco Road, Athen, G.A.: University of Georgia Press, 1995 (1932).

(28) Erskine Caldwell, God's Little Acre, Athen, G.A.: University of Georgia Press, 1995 (1933).

(29)「タバコ・ロード」は、かつてはタバコ栽培の大農園を経営する富豪が住んでいた由緒ある「夢の地」でもあった。God's Little Acreによると、綿花畑に金脈があると信じた主人公のタイ・タイ・ウオルデン（Ty Ty Walden）は、神を祝福する1エーカーだけを残して、

アイラ・コールドウェルは、時代錯誤とも思える昔ながらの土地にしがみつく農民に接して詳細な調査を行い、社会改革として「貧困撲滅の実験」を行った。綿花を栽培する農民をレンズ市に移して通常の生活環境を与えたのである。成人の男には工場での仕事を斡旋し、子どもを学校に送り、教会からの強力な支援で住宅、家具、食事、電気、医療などのすべてを与え、日曜日には教会に招待した。ところが、数ヶ月後には仕事を離れ、家族は住みなれた畑に帰ってしまった。それだけではなく、アイラ・コールドウェルは彼らに罵られてしまった。

どのように貧しくても、それなりの環境が与えられるならば、普通の生活を営む事が出来るであろう、子どもの世代になれば生活はさらに改善されると信じていた教会とアイラ・コールドウェルの努力は徒労に終わった。アイラ・コールドウェルは「貧すれば貪する」との思いにかられ、次第に優生主義者が唱える不適合者への不妊手術の必然性を考えるようになった。

アイラ・コールドウェルは、貧困問題をめぐる社会政策のあり方を問う5部作の論文をアメリカ優生協会の月刊機関誌に『敗残者 (The Bunglers)』として発表した[30]。コールドウェルは父親の調査を共にし、南部における貧しい農民に接して近親相姦の事情をも目撃している。『タバコ・ロード』と『神の小さな1エーカー』は、父親の『敗残者』を題材にした貧しい農民のありのままの姿を描く「写実文学」の試みである。小説化にあたって、『敗残者』の名前を変えているが、ほとんどの地名はそのまま継承している[31]。

c.『タバコ・ロード』

『タバコ・ロード』は、ゴッダードの『カリカック家』の「カコス家 (悪家)」の南部版といえる作品である。ゴッダードのような、実地調査による家系調査とか統計、知能検査は行なっていないが、登場する人物の語りとコールドウェルのナラティヴを通して南部の貧困を描いている。

南部の家父長制を受け継ぐ、一度も風呂に入ったことのない主人公のジーター・ジェスター (Jeeter Jester) は結婚して40年になる妻のエイダ (Ada) との間に17人の子どもがいる。ほとんどの子どもは結婚しているが、2、3日姿を見せないと「家出」とみなし、まったく気にしなかった。ジーターの家に二度と顔を見せる子どもはいなかった。

ジーターは、エイダと名もない母親と二人の子どもと生活している。子どもは、今でも崩れかけるあばらやの壁に野球のボールを投げて一日を過ごす「頭の鈍い」16才のドゥードゥ (Dude) と、三ツ口で「醜い顔」のため男には縁のない18才のエリー・メイ (Ellie May) である。ジーターは、12才になる娘、パール (Pearl) を近くに住んでいる (3キロメーター) ラヴ・ベンジー (Lov Bensey) に嫁として売り払い、手に入れた「もうけ」で何日間か家族の命をつないだ。小麦粉やトウモロコシの粉の配給があったが、それを買う現金はなかった。

汽車に石炭を積み込む仕事をするラブの一日の給料は1ドル、家賃を払い食料を買うと給料が消えてしまう。

生涯を通して畑を掘り起こす。タイ・タイ・ウオルデンの祖父はかつてタバコ栽培の大農園を営む富豪だった。父親が相続税が払うことができないため、ほとんどの土地を売り払ってしまった。タイ・タイ・ウオルデンが受け継いだ土地はわずかばかりに過ぎない。タバコ・ロードは、「消え去ったジョージア」として写真に記録されているに過ぎない。私は1970年代の始めに、写真集を頼りにレンズからアガスタに旅をした事がある。当時の生活を想像するのは不可能といえるほど別世界が開けていた。

(30) Iras. Caldwell, "The Bunglers: A Narrative Study in Five Parts," Eugenics, 3.6 (June 1930), pp. 202-210; 3.7 (July 1930), pp. 247-251; 3.8 (August 1930), pp. 293-299; 3.9 (September 1930), pp. 332-336; 3.10 (October 1930), pp. 377-383.

(31) 私がジョージア州で英文法を学び辞書に首っぴきで『タバコ・ロード』を読んだのは1970年代だが、いかに辞書が役立たないかを学んだ本でもある。二重否定、三重否定、四重否定を含めた文法に背く表現について行こうとした私のむなしい努力をせせら笑う言葉をコールドウェルは見事に文字化している。そうこうするうちに、貧しい南部人の言葉には彼らの言語の世界があることに気がつくようになった。耳にする南部の抑揚と言葉使いには特有の味わいがあるが、翻訳的に理解することをあきらめた。身体で感じるのが一番と感じるようになった。

木枯らしが吹き荒れる厳寒の2月のある日、50セントでブッシェルの「冬かぶ」を町で買ったラヴは、特別の相談のためジーター家を訪れた。結婚して一年になるが、彼に一言も話さないばかりか夫婦生活をかたくなに拒む妻のパールをどうにかしてほしかった。ラヴはパールを痛めつけたりして何とか口を開かせようとした。最後の手段として彼女をベッドに縛り付けることを考えていた(32)。

ジーターが新鮮なかぶを口にしたのはかなり前のこと。あれやこれやと言いよって、かぶをわけてもらうことに夢中だった。盗まれることを恐れたラブは一時たりともかぶから目を離さなかった。

ところが、身体のある所を男に見せれば醜い顔を忘れてくれることを知ったエリー・メイは、お色気戦術でラヴをたぶらかし、カブを手に入れようとした。上向きになって、胸を出し、前をはだけながら尻を砂に擦るようにラヴに近寄る。家族全部が見つめる中でドゥードゥが「馬のように隆々としたラヴは用意が整いました」といったように、二人の様子を克明に解説する。ジーターと彼の家族は二人のセックス場面にはまったく関心を示さない。忍び足で二人に近づいたジーターは、ラヴが興奮した瞬間、かぶを盗んで近くの薮に駆け込むと、家族の三人がラブを押さえつけ棒で殴りつけた。「黒ちゃんが水瓜に目がないように、肌の白い我々はかぶに夢中になるものだ」と口走りながら、薮に隠れたジーターは土がついたままのかぶをかじった。残りかすを家族にわけたが、ジーターの母親には一つも食べさせなかった。

通りすがった数人の黒人が庭で展開する様子を通りから見つめていた。彼らの興味をひいたのはセックス場面ではなく、ジーターを含めた家族の動きである。ドゥードゥは「黒人が庭に足を踏みいれたら岩を投げつけてあげる」というと、エイダは、「自分の身分をわきまえる黒人は白人の庭に入ってこないものだ」と白人の優越感を披瀝した(33)。

レスター家には食べ物がない。近くの畑になっているかぶを盗むことを考えていたが、8キロメートル以内にはかぶ畑はない。ある畑に植えられていることを知ったが、そこでは、かぶを守るために猟銃をもった男が見張っていた。豚の脂身皮を熱湯でスープにしたりトウモロコシの粉で作ったパンもなくなってしまった。わずかばかりの食べ物があっても、ジーターの母親が台所に入ろうとすると、彼女を外に追い出してしまった。エイダと母親は栄養欠損に伴うペレグラで苦しんでいる。空腹がもたらす胃の痛みを緩和し、空腹を忘れさせる「かぎタバコ (snuff)」もなくなってしまった(34)。

数日後に「女宣教師」と称するベッシーがレスター家に現れ、彼らの犯した罪に対して神の許しを請う祈りを捧げる。彼女は鼻骨がないために、顔の真ん中に二つの大きな穴があいている。性が満たされなかったベッシーは、何日か前に年寄りの夫に先立たれてしまった。ベッシーは神のお告げとして、ドゥードゥ

(32) ジェスター家の一人として生きることを拒否するパールの出来る最後の抵抗として、口を塞ぎ自分の殻に閉じ込んだ。彼女の母親のエイダも長い間話をすることはなかった。口を開くようになったのは数年前のことである。パールは「変な女」とみなされているが、話せないのではなく、口を開くことを意識的に拒んだだけである。Walter Rankin, Caldwell' s Tobacco Road, The Explicator, 57.2 (Winter 1999), pp.110-112.

(33) ラヴの友人の黒人たちは、ラヴを助けることができたが、人種線を超えることは許されないばかりか、その危険を犯すに値しないと判断した。黒人たちは通りから次に何が起こるのか楽しみにして見つめていただけである。『タバコ・ロード』の読者と舞台の観客は中産階級の白人であることは言うまでもない。白人の演じるセックス・シーンを黒人に見られることは、白人の屈辱とみなされた。『タバコ・ロード』は猥褻罪で36回起訴されている。そのいずれも勝訴に終わっているが、舞台での上演は特に警察や保守派の教会に監視された。『タバコ・ロード』の描くラブとエリー・メイのセックス・シーンは、男女のプライバシーではないとする観念も問題にされた。貧困による空腹に苛むレスター家にとって、腹を満たす最後の手段としてエリー・メイが演じる性の饗宴が浮き彫りにされているが、道徳的自制心を欠くモロンの姿がエリー・メイに伺える。『神の小さな1エーカー』はジョージア州で発禁された。『タバコ・ロード』と『神の小さな1エーカー』は検閲本として指定されているため、公立図書館には納本されていないことを確認した。

(34) 当時の棒状の「かぎタバコ」は鼻で匂いを嗅いだものだった。好奇心にかりたてられて私が試みたのは口の中に入れる湿ったタバコで、口がしびれてしまう。今でも売られている。

と結婚する。ドゥードゥに、前夫が残した800ドルで新車を買うことを約束した。ドゥードゥはクラクションをブーブー鳴らすことを夢見ながら、ベッシーの言うままに、町に出かけ車を買う。ベッシーは車の値段を調べることなく小切手で全額をはたいた。ハンカチには現金の7ドルが隠されているが、ガソリンを買ったり、車を維持するためのオイルなどが必要となることにはまったく頓着しなかった。

クラクションを鳴らす恍惚感にひたることができたドゥードゥはベッシーに従って、役所に出かけ結婚届をすませる。ベッシーもドゥードゥも書類に名前や誕生日などを記入することが出来ない。役所の係員に記入してもらい、最後にサインをしなければならないが、"X" を書き入れただけである。レスター家に戻ったベッシーは結婚証明書を見せびらかしたが、レスター家はそんなことより、買ったばかりの新車の素晴らしさに魅せられてしまった。

二人だけの旅として隣町のマッコイ（McCoy）に出かける。その帰り道、二頭の馬車に激突してバンパーとヘッドランプを壊してしまった。家に帰り事故の様子を耳にしたジーターは「馬車に乗っていた人は怪我がなかったのか」と聞くと、「良くはわからいが、溝に投げ出され、馬車の下敷きになったあの黒ちゃんは目を開けっ放しだった。きっと死んだのに違いない」と答える。すると、ジーターは「黒んぼうは殺されるものだ」と語るだけだった。

ジーターの唯一の生活の糧は、庭に育つ固い樫の木をアガスタで売ることである。運が良ければガソリン代を払っても50セントの収入があり、何日か生き延びることができた。しかし、14年走ったぽんこつ車のタイヤは修理する事も出来ないほどすり減ってしまい、飼っていた馬も死んでしまった今となっては、アガスタに樫の木を売りに行くことが出来ない。

そこで、ベッシーの新車に樫の木を積んでアガスタに出かけた。が、途中でオイルが切れてエンジンが焼き切れベアリングがすり減ってしまった。最後の有り金をはたいてオイルを入れてアガスタに到着したが、建築材にも薪にも使えない「無用の」樫の木を買う人は見つからなかった。新車のスペアタイヤを二足三文で売りはらって、クラッカーを買って空腹を満たした。ホテルに泊まり、全額を使い果たしてしまった。

ジーターに紡績工場のあるアガスタに移ることを勧める人は決して少なくない。しかし、ジーターにとっては、アガスタはどん欲者の「人工的な世界」に過ぎない。生きるすべを与える近代都市として、多くの若者が農業を離れてアガスタに移っている。アガスタはジーターを搾取する都市であり、売春と悪徳の歓楽街でもあった。ジーターの子どももアガスタに住んでいるのかもしれない。

パールは母親のエイダから「子どもが生まれる前に夫を捨てるように」と勧告を受け、その言葉通り家出した。アガスタでパールを見かけた人がいるとの話を聞いたラヴは、一時、探し出すかどうか迷ったが、何もしなかった。アガスタで売春婦になったのか工場で働いているのか誰もわからない。

自然の土地に生き、自然の土地に死ぬことが神から与えられた運命とするジーターは、綿花を栽培することが出来ないまま、ひたすら生まれた土地にしがみついた。ジーターもエイダも餓死することを察知していた。死は神が与える自然なものとして受け入れていたが、自分たちにぴったりした流行の「死に衣装」を買うことが出来ないことが悔やまれた。

ジーター家はかつての地主（キャプテン・ジョン）の土地に立てられたあばら屋に無料で住んでいる。キャプテン・ジョンは綿花の耕作に必要な綿の種、肥料、ラバと食べ物を信用貸ししてくれたため、どうやら小作人として生きることが出来た。とはいえ、綿花栽培は金にならないことを悟った キャプテン・ジョンは土地と家をそのままに放置したまま、アガスタに移ってしまった。家の修理や経済的負担はジーターの責任である。

銀行から綿の種と鳥の糞でつくった肥料が前借りできるならば何とかなると思っていたが、担保がないジーターに信用貸しをしてくれる銀行はない。金利の高い金融業者から貸し付けを受けると、ああしろこうしろとうるさく指示され、利子が重なり、綿の収穫時になると一年間の収入は7ドルに過ぎない。耕作に必要なラバを借りると10ドルが必要となる。差し引き年間3ドルの借金である。借金を作るための仕事は意味がないばかりか、その間の命を繋ぐ食べ物を手に入れる金はない。

隣の郡に住む息子のトムは羽振りの良い生活をしているとの噂を耳にしたジーターは、ベッシーとドゥードゥを使者として送り、幾分かの生活費を融資しても

らおうとした。ところが、「農民を救済する貧困院に入れ」とか、「地獄に落ちろ」とのひどい言葉が返ってくるだけだった。「金持ちは貧乏人を助けることはない。貧乏人はわずかばかりのすべてを投げ打って、もっと貧しい人を助ける者だ」とのナレーターの声が聞こえる。

今では新車がおんぼろになってしまったが、どうやら運転することができる。ドゥードゥは「まだブーブーとクラクションをならすことが出来る」と幸せである。自分が必要な時にはいつでも車を使うことが出来ると言い張るジーターに怒ったベッシーは、レスターの家を去ろうとする。ドゥードゥは車を急いでバックさせた時、祖母を轢いてしまった。ジーターが近づくと、前輪と後輪のタイヤのあとが彼女の胸についていた。「どうやら死んだようだ」として、薮に穴を掘り埋葬した。

もう役立たなくなったジーターの母は生きるに値しないとして食事を与えることはなかった。母は誰もいない台所に忍び込んで、残り物とか何か食べられるくずを口にして生きていたのである。

ジーターは春になると、綿花を耕す予定もそのつもりもないままに、父親から受け継いだ習慣として畑を焼いた。雑草になる薮が茂っているためである。畑を焼けば綿のつぼみが開く頃につく虫を殺すことが出来ると信じていた。実際には虫を殺すことは出来ず、夏になると殺虫剤を撒かなければならないが、こうした簡単な事実を知る余地もないまま、昔ながらの焼き畑を行った。畑を焼くと無用の長物の樫の木は残るが、売ることが出来る松の木を焼いてしまう。

畑に火をつけると夜になっても燃え続けた。レスターのあばら屋に火の手が広がり、ジーターと妻のエイダが焼け死んでしまった。

翌朝、レスターの家を訪れたジェシーとドゥードゥは灰の中から両親の死体を確認した。ドゥードゥは畑に向かって「1エイカーの土地から1ベイルの綿花を収穫する」と誓った。叶えられない夢である。時代錯誤になった父親の夢を追う新しい時代錯誤の登場である。『風と共に去りぬ』は、「二度と空腹にならない」、「明日は明日の風が吹く」との言葉で終わっているが、ドゥードゥの夢は明日の飢餓を約束するむなしい言葉に過ぎなかった。

d. コールドウェルのディレンマ

コールドウェルは優生主義者になりきれないジレンマをさらけ出す。レスター家を蝕み搾取する資本主義の金融制度と綿花産業に批判的である。父親と同様に、制度としての環境改善による貧困救済を信じると同時に、社会改革だけでは解決出来ない深刻な問題に直面した。ジーターにとって無益な母親は「寄生虫」とみなされた。母親に食事を与えなかったジーターを批判するのは簡単であるとしても、ジーターを搾取する経済制度そのものが「寄生虫」であるとみなしている。社会にとって不適格なジーターを断種することによって、貧困問題の解決策を見いだすことが出来るように思われないこともないが、ジーターを貧困に陥れる社会そのものにも目を向けなければならないとしている。ドゥードゥの夢はジーターから受け継いだ「遺伝」によるものであるとしても、搾取を美徳とする社会的「遺伝」も無視することは出来ない(35)。

コールドウェルは、貧困問題とは優生主義の断種でも社会改革だけでも解決することのできない、いつの時代にも見られる現実であるばかりか、我々は、こうした現実を自分たちの問題として背負って生きなければならないとしている(36)。

---

(35) 遺伝に相当する言葉として“inheritance”と“heredity”があるが、生物学的遺伝と社会的遺産をも同時に表現する。なお、『タバコ・ロード』に出てくる綿の実ぞう虫とか無益な樫の木、ぽんこつ車をメタファーとしてジーターの生き方を優生学的な分析をする優れた論文として、Karen A. Keely, “Poverty, Sterilization, and Eugenics in Erskine Caldwell’s Tabacco Road,” Journal of American Studies, 36 (2002), pp. 23-42がある。

(36) 『タバコ・ロード』はノーベル文学賞に値する最高の芸術であると評価する文学者がいるが、私は、こうした賞を与えるかどうかは別として、自分たちの問題として考えさせる深刻な問題が提起されている圧巻であると評価している。コールドウェルは自分の作品を写実文学とみなしているが、多くの文学者は社会文学ともみなしている。私は、プロレタリア文学と考えられないこともないと考えている。優生主義者は、貧困と貧困にまつわる深刻な問題を抱えて喘ぎながら生きる人が『タバコ・ロード』を買って読むべきであるとしているが、彼らは本を買う余

III ヴァジニア州の知的環境

ヴァジニア州に優生運動の種を蒔き、育てる肥沃な土壌となった知的環境は、伝統と革新が交錯する三大主義であった。それは (1) 宗教的進歩主義 (religious Progressivism)、(2) 教育のリベラリズム (educational liberalism)、(3) 社会的保守主義 (social conservatism) で、南部の遺産を継承しつつも深南部と決別し、アメリカの主流へと志向する知的環境であった[37]。三大主義は、南北戦争以前の伝統的な人種主義、階級性、エリート主義、ジェンダー (性差別) が支配的な社会秩序だった「古き南部」を堅持しつつ、南北戦争後の北部からの巨大な資本流入による経済近代化と科学を中心とした教育のリベラリズムによる全米レベルの優生主義を包摂する「新南部」への移行を可能にした。

ヴァジニア州は奴隷制を正当化したキリスト教の伝統を堅持する一方、深南部に支配的な組織化されたファンダメンタリズム (キリスト教原理主義) とは異なった、時勢の要求に対応する「世俗的」キリスト教が浸透した。

宗教的進歩主義とファンダメンタリズムとを分化させる歴史的事件が進化論と創造説をめぐる「スコープス裁判」である。人間の祖先は猿であるとする進化論を支持する宗教的進歩主義と旧約聖書の天地創造説 (人間を含む万物は神によって創造されたとする説) を信じるファンダメンタリズムの対立をめぐる裁判で、一般的に「猿裁判」として知られている。科学と宗教の論争にも直接かかわる南部史の1頁を彩る重要な裁判でもあった[38]。

裕がないばかりか、手に入れても読むことができないとして、こうした貧しい人は社会的に不適合者として不妊手術されるべきであると主張する。それに反して、『タバコ・ロード』を買って読むことが出来る人は「適合者」とみなし、自分たちのよって立つ社会の矛盾には目を向けることを拒否する。『タバコ・ロード』の始めから終わりまで「アホー」が演じる喜劇と理解した「適合者」は、舞台でのどたばた騒ぎを楽しんだ。こうした見方を反映してか、舞台ではモロンが演じる「アホー」の世界の物語として受け入れられ、人気が人気を呼んだ。1940年代になると、エロチックな絵がついたポケット版が出版され、何千万部も売れたとのことである。私が参照した『タバコ・ロード』はジョージア大学出版局の出版で、コールドウエルが描いた貧しい掘っ立て小屋の写真がついている。

(37) Gregory Michael Dorr, Assuring America's Place in the Sun: Ivey Forman Lewis and the Teaching of Eugenics at the University of Virginia, 1915-1953, Journal of Southern History, 66 (May 2000), 275-76.

(38) この裁判は「世紀の裁判」といわれ、裁判が行われた小さな町には多くの外国のジャーナリストが集まった。進化論と創造説をめぐる論争は過ぎ去った歴史的事件に留まらない。今日でも、公立の学校で聖書に基づく創造説を教えるべきであるか否かの論争は絶えない。ペンシルヴァニア州に住む11人の親が教育委員会を相手取って連邦地方裁に訴訟を起こしたのは2004年のことである。「進化論は単なる理論に過ぎず、事実でも科学でもない。従って、進化論にかわる創造説を高校の科学の授業に取り入れるべきである」と主張した。進化論者および創造説を信じる権威者が召還され証人として発言している。2005年12月20日に、創造説はキリスト教のある信仰であって、科学ではない、よって、公立の学校で宗教を教えるのは憲法が保障する政教分離の原則に違反する、として11人の親の主張を退けた。Kitzmiller v. Dover Area School District, (Middle District, Penn., 2005) Slip Opinion。学術論文を思わせる139頁に及ぶ判決である。敗訴した原告は控訴審に上訴しないとの談話を発表しているが、この判決はペンシルヴァニア州の一部のみに効力を持っているため、他の地域ないし他の州で同様な訴訟を起こす動きがみられる。アメリカ文化の断面を描く重要な裁判である。スコープス裁判に関する多くの著作が見られるが、特に優れた作品として以下がある。Jeffery P. Moran, "The Scopes Trial and Southern Fundamentalism in Black and White Race, Region, and Religion," Journal of Southern History, 70 (Feb. 2004), pp. 95-120; Edward J. Larson, The Scopes Trial and the Evolving Concept of Freedom, Virginia Law Review, (89) 1999, pp. 503-529; Edward J. Larson, Trial and Error: The American Controversy over Creation and Evolution, 3rd ed., New York : Oxford University Press, 2003; Edward J. Larson, Summer for the Gods : the

テネシー州は、1925年3月にすべての州立大学、師範学校、公立学校で創造説に対立するダーウィンの進化論を教えることを禁止する法を制定した。興味深いことは、この法は進化論を教える教員に最高100ドルを課す軽犯罪法である。高校で法を無視して進化論を教えた地質学のスコーブス教員(John T. Scopes)が起訴され、100ドルの過料が言い渡された。スコープス教員は判決に不服ありとして、州最高裁に上告したが、最高裁は州が制定した法そのものは合憲であるとしつつも、刑を言い渡した法手続きに過ちがあるとして無罪を言い渡した(39)。

ファンダメンタリズムは社会の発展を妨げる時代錯誤の信仰とみなしたヴァジニア州の知識人および政界・経済界の指導者は、州が直面する経済的後進性を打開する「改革」を促す教育と宗教を受け入れた。

優生運動を支持する司祭およびキリスト教の名をもって優生主義者が例外なく引用する旧約聖書の一節は、「あなたの神、主である私は、ねたむ神であるから、私を憎むものには、父の罪を子に報いて、3、4代に及ぼし、わたしを愛し、わたしの戒めを守るものには、恵みを施して、千代に至るであろう。」(出エジプト記20章5、6)である。優生主義者は、3、4代に及ぶ神を憎む父の罪も、千代に至る神を愛する父への恵みも、神がもたらす「遺伝」であると主張する。神は人間の技(科学)による真理の追求を許し、人間の行動や性格・気質が神の恵みであったり神の報いであることをメンデルの遺伝法則で証明した(40)。従って、科学の発展による様々な社会問題の解決を通して人種改良を促す優生運動は「神の意思」であり、「我々は神聖な義務があるのである」(41)。

南部で最高の権威を誇るヴァジニア大学は従来の教育を目的とした大学から研究大学(research university)に脱皮した。「研究」とは、生物学などの実験によるデータに基づく客観性を志向する科学を意味した。それは、地方大学から、ハーヴァード

Scopes Trial and America' s Continuing Debate over Science and Religion, New York : Basic Books, 1997.

(39) テネシー州の刑法に従うと、12人の市民から成る陪審員が被告の有罪ないし無罪の判決と、有罪の場合には相当の刑期や科料をも言い渡すことになっている。しかし、スコープス裁判が行われた地方裁では、陪審員が有罪判決を下し、裁判官が100ドルの科料を言い渡している。こうした些末な手続き上の間違いでスコープス は無罪放免となっているが、進化論を禁止する法そのものの合憲性を認めている。John Thomas Scopes v. The State, 154 Tenn. 105 (Supreme Court of Tennessee, 1926); 289 S.W. 363(1926); John Thomas Scopes v. The State, 156 Tenn. 610(Supreme Court of Tennessee, 1927); 4 S.W.2d 349 (1927).

(40) アメリカ優生協会に属する教会による説教の典型は優生学の神学的根拠を旧約聖書に求める。Sermon #43: "Religion and Eugenics," Circa 1926, Source: American Philosophical Society, Circa 1926, American Eugenics Society, 5750; Edwin Bishop, "Eugenics and the Church," Eugenics: A Journal of Race Betterment. Vol. II, No. 8, (1929) pp. 13-19. Sermon #42 exerpt: "Eugenics," AES Sermon Contest 1926, #5, American Philosophical Society, American Eugenics Society, 57506; Sermon #19 Exerpt, American Eugenics Society, Sermon Contest 1926, #2, Source: American Philosophical Society, American Eugenics Society; Leila Zenderland, Biblical Biology: American Protestant Social Reformers and the Early Eugenics Movement, Science in Context, 11 (1998): 522-23. アメリカ福音運動と優生運動との関係を調査したダーストは、「福音主義者のほとんどは優生運動に反対していたものと想像していたが、期待に反してほとんどが優生主義者であった」と報告している。Dennis L. Durst, Evangelical Engagements With Eugenics, 1900-1940,Ethics & Medicine, 18:2 (Summer 2002), pp. 45-54. キリスト教と優生運動の体系的研究書として、Christine Rosen, Preaching Eugenics,: Religious Leaders and the American Eugenics Movement, Oxford: Oxford University Press, 2004がある。

(41) Harvey Ernest Jordan, "Eugenics: Its Data, Scope and Promise, As Seen by the Anatomist," Morton A. Aldrich, et al., Eugenics: Twelve University Lectures, New York: Dodd, Mead and Company, 1924, pp. 136-138.

大学やイエール大学と同格の、「旗艦大学（flagship university）」と呼ばれるアメリカを指導する大学への脱皮をも意味した[42]。ハーヴァード大学、イエール大学、スタンフォード大学の学長や生物学、博物学の教授が指導的な優生学者であったように、ヴァジニア大学の学長と少なくとも7人の生物学と医学教授が優生学者であった。教育のリベラリズムといわれる所以である。

ヴァジニア大学はリベラルな研究機関として州の政策を遂行する一方、保守的な伝統を固持する裕福な血統を重んじたエリート大学でもあった。黒人の入学は禁止され、1950年代には大学院と看護学部には女性の入学を許可したが、学部への女子学生の入学が認められたのは1970年のことだった。ユダヤ人の学生は大学当局によって監視された。

人種、階級、性差などのヒエラルキーは遺伝がもたらす「自然の社会構造」とみなされたからである[43]。

優生学の講座を持つ大学をみると、1914年には44校、1924年には376校に膨れるほど魅力ある学問となり、優生学を受講した学生数は二万人以上に及んでいると推定されている[44]。

生物学を専攻しない学生にとっては、ルイス教授の優生学は選択科目であったが、1921年には約185人の学生が受講している。1925年になると一講座の定員数は275人にもかかわらず、340人もの学生が登録したため、ウェイティング・リストを作らなければならないほどだった。ルイス教授が退官する1年前の1952年には692人が優生学を受講している。優生学は生物学を専攻する大学院生と学部生の必須科目となっていた。学部の生物学専攻の学生数は毎年50人から80人におよび、文理科大学（College of Arts and Sciences）で経済学に次ぐ学生数を抱えていた。ルイス教授が退官するまでに何千人もの学生が優生学を学んでいる[45]。ヴァジニア大学には、生物学の他に医科大学、社会学部、人類学部に優生学者がいた。学部で生物学を終了した多くの学生が医学大学に進学しているが、優生学は必須科目となっていた。

ヴァジニア大学の卒業生は経済界、法曹界、教育界、政界などで指導者となっているが、なかんずく州議会の多数は同大学の卒業生で牛耳られていた。有力な政治家の多数がヴァジニア大学でルイス教授や他の教授のもとで優生学を学んでいるため、優生政策に関わる多くの法律の成立は困難ではなかった。1924年の不妊手術法はほぼ全会一致で両議会を通過している事実は、ヴァジニア大学での優生学教育の具体的な成果を物語っている。

IV ヴァジニア州における優生不妊手術被害者

a. 黒人のフィーブル・マインデドと優生不妊手術

ヴァジニア州はアメリカで一番古い偉大な州を誇る州である。アメリカの独立を指揮して初代大統領となったジョージ・ワシントン初め、独立宣言を起草したジエファソンなど多くの大統領がヴァジニア州出身である。

1773年には東部州立病院（Eastern State Hospital）が設立された。イギリスの植民地時代のことで「州立病院」と訳すのは適当ではないかもしれないが、その翌年の1774年には黒人の精神病院患者をも収容・隔離するアメリカで最も古い精神病院になっている。自由な黒人（奴隷ではない黒人）がその対象だったが、1846年には奴隷の入院をも受け入れた。

1869年になると、リッチモンドから20キロ南にあるピータスバーグ近郊に黒人の精神病患者のみを収容する中部州立病院（Central State Hospital）が設立され、アメリカで最大の黒人専用病院となり、1938年には患者数は3,500人のに膨れ上がった[46]。

(42) 深南部には、生物学を含めた「研究」を主体とする大学は存在していなかった。

(43) Derryn E. Moten, Racial Integrity or 'Race Suicide' : Virginia' s Eugenic Movement, W. E. B. Du Bois, and the Work of Walter A. Plecker, Negro History Bulletin, April-Sept 1999 pp. 6-17.

(44) Gregory Michael Dorr, Assuring America' s Place in the Sun, op. cit., p.285.

(45) ibid., pp. 286-287.

(46) Steven Noll, Feeble-Minded in Our Midst: Institutions for the Mentally Retarded in the South, 1900-1940, Chapel Hill, N.C.: University

1914年と1916年の法律で「黒人のフィーブル・マインデドのみを収容する独立したコロニー」の設立が認められたが、そのための予算は計上されることなく、何らの音沙汰なく時が過ぎ去った。

1923年になると、100人の黒人のフィーブル・マインデドも収容され、1935年には279人に増加しているが、精神病棟の片隅に設けられた病室に監禁されたままであった。

ヴァジニア州黒人女性クラブとヴァジニア州人種間協力委員会など精神病院関係者の強力な要求を受け入れた州政府は1938年に、精神病患者から独立したフィーブル・マインデドのためのコロニーの建設に同意した。その翌年の1939年、中部州立病院のキャンパスの一部に250のベッドを持つピータスバーグ州立コロニー (Petersburg State Colony) が開設され、182人の黒人が入所している(47)。

黒人だけのフィーブル・マインデドに接したピータースバーグ・コロニーの所長や医師、看護婦、ソーシャルワーカーにとって、まったく新しい経験である。多くの職員はキリスト者による神の慈悲に仕える敬虔な奉仕であったが、同時に、進化の遅れた前近代的アタヴィスムによる動物的な本能に支配された未開人、といった白人の世界からみる黒人との接触であった。女性の職業とみなされたソーシャルワーカーとか看護婦などの専門職は中産階級の白人女性に独占されていたため、コロニーに採用された黒人は掃除とか料理といった雑役に限られていた。手をこまねきながら暗中模索する管理者は、視察団を北部に送って施設管理と訓練方法を学ばせている。彼らが学んだのは白人のフィーブル・マインデドの管理と訓練方法であった。

男性には食料を確保するために必要な農耕作業を中心とした訓練を行い、女性には家事を主な仕事とした指導を行ったが、都市に生まれ都市に育った黒人にとって、農耕作業は意味がなかったばかりか、ほとんどの女性は実際にはフィーブル・マインデドではなかったために、単純で繰り返しの多い訓練には飽き足らなかった。

ウォール・ストリートの株の暴落から始まった大恐慌の波が収まらないまま、第二次世界大戦が勃発した年でもあり、コロニーの管理者は最大限の経費節減として自給自足に近い経営政策を取らざるを得なかった。経費節減のもう一つの有効な政策として、入所者の数を最小限に押さえながら、可能な限り早急に入所者をコロニーから解放することであった。

こうした緊急政策に対応する法律の成立をみたのも1939年のことである。オリジナルの1924年の優生不妊手術法の一部が改訂され、黒人のフィーブル・マインデドを収容するピータースバーグ・コロニーの収監者にも適用されるようになった。政策として、コロニーからの仮出所ないし出所の条件として収監者は不妊手術を受けなければならなかった。黒人のフィーブル・マインデドは白人と「平等」に不妊手術が強制されたのである(48)。当時の黒人の人口は全体の25%以下と推定されていた。この比率からすると、統計を見る限りにおいて「平等」と言えないこともない。

表6が示すように、1939年から1949年までに、140人の黒人のフィーブル・マインデドが不妊手術の犠牲者となった。この統計は州政府が発表した公式の数字であるが、1959年までに246人の黒人が強制不妊手術を受けている(49)。1959年が最後の年となっているが、その説明はない。従って、発表された統計を見る限り、ヴァジニア州における公民権運動と人種統合が与えた黒人の断種への影響を実証することはできない。しかし、スミスが説明するように、リンチバーグ・コロニーは人種統合以前は白人だけのフィーブル・マインデドを収容する施設であったが、1960年代の半ばから、黒人も収容されるようになった。すると、リンチバーグ・コロニーでの断種には黒人の被害者も含まれていると判断出来ないこともないが、政府の発表した統計にはこのような説明はない(50)。

---

of North Carolina Press, 1995, p. 99.

(47) Ibid., p.100.

(48) Philip R. Reilly, The Surgical Solution: A History of Involuntary Sterilization in the United States, Baltimore, M.D.: Johns Hopkins University Press, 1991, pp. 137-138.

(49) Ibid., p. 158.

(50) J. David Smith and Edward A. Polloway, Institutionalization, Involuntary Sterilization, and Mental Retardation: Profiles from the History of the Practice, Mental Retardation, 31 (1993), p.

表6　ヴァジニア州「優生不妊手術法」に基づく不妊手術被害者数、1924−1979

	州全体		リンチバーグ・コロニー	ピーターズバーグ・コロニー
	統計(A)	統計(B)	統計(A)	黒人統計(A)*
1943以前		4,472		
1943		203		
1944		105		
1945		178		
1946		152		
1947		122		
1948		134		
1949以前	5,380 (74%)	5,366 (75%)	2,203 (41%)	140
1949	118	215	59 (50%)	16
1950	228	204	72 (32%)	36
1951	201	207	78 (39%)	2
1952	152	153	65 (43%)	6
1953	176	169	82 (47%)	0
1954	195	171	55 (28%)	13
1955	80	111	44 (55%)	0
1956	87	87	20 (23%)	0
1957	113	128	24 (21%)	0
1958	110	114	17 (15%)	14
1959	76	69	11 (14%)	19
1960	97	61	27 (28%)	
1961	17	39	2 (12%)	
1962	28	29	5 (18%)	
1963	38	39	14 (37%)	
1964	23		3 (13%)	
1965	28		21 (75%)	
1966	23		14 (61%)	
1967	16		4 (25%)	
1968	9		2 (22%)	
1969	22		6 (27%)	
1970	11		6 (55%)	
1971	6		0 (0%)	
1972	2		2 (100%)	
1973	8		4 (50%)	
1974	3		3 (100%)	
1975	4		4 (100%)	
1976	1		1 (100%)	
1977	3		3 (100%)	
1978	2		2 (100%)	
1979	2		2 (100%)	
1939-1959				246 人
1924-1963		7,162 人		
1924-1979	7,259 人		2,855 人(39%)	
1973-1979	23 人		19 人	

注

・コロニーとは、リンチバーグの郊外に設けられた「ヴァジニア州立てんかんとフィーブル・マインデドのためのコロニー」である。コロニーの名前は二回変わっている。1972年に「ルーティーンの不妊手術」が禁止されたが、法そのものは効力を持ち、「医学的必要がある場合」に限って不妊術が許された。1981年に「優生不妊手術法」が完全に撤廃された。

*黒人の統計は1939年に始まる。

出典

統計(A)Philip R. Reilly, The Surgical Solution: A History of Involuntary Sterilization in the United States, Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1991, p.158

統計(B)Johas Robitscher, ed., Eugenic sterilization, Springfield, Ill.; Charles C. Thomas Publisher, 1973, Appendix, 1.

ほとんどの黒人が非行（道徳に反する犯罪）とか軽犯罪に問われると、通常の裁判によって郡の監獄ないし州の刑務所に収容されていた。少年院とか感化院では手におえない黒人が行き着く最後の「ゴミ捨て場」がピータースバーグ・コロニーであった(51)。おとなしくて従順できつい労働に堪えることの出来る黒人を優先して不妊手術を行うことによって社会復帰の機会を与えていた。

1941年に釈放された18人の黒人の例は典型的なコロニーの政策を描いていた。18人のうち13人は通常では犯罪として逮捕・起訴に値しない罪が科せられて、ピータースバーグ・コロニーに隔離されている。こうした罪はフィーブル・マインデドであると診断されたためであるが、実際にフィーブル・マインデドである必要はなかった。2年間コロニーに収容しながら、職業訓練を行い社会復帰の準備が出来た段階で不妊手術を行っている。しかし、当時の経済事情と人種主義が絡んだ二重の給料体系に直面した黒人はコロニーから離れても独り立ちするだけの収入を得るのは不可能に近かった。月給40～45ドルが相場であったと言われていたが、白人の月給とは比べようもないほど低かった。それなりの手に職を持った黒人のみならず、収監者を解放したコロニーの責任にも関わる深刻な問題であった。自立した生活が出来ない黒人は何らかの犯罪を犯したり、社会福祉の手を借りなければならない事態を恐れていたからである。

厳格なカースト制度が敷かれ、人種線（color line）によって白人と黒人はまったく異なった二つの世界が作られていた時代のことである。黒人だけのアパルトヘイトにもフィーブル・マインデドがいたことは疑いないが、家族ないし家族の延長線としての広い意味での黒人コミュニティーによって、仲間として受け入れられていたことも事実である。「おつむが弱い」とか「アホー」といった言葉が使われていたが、優生主義者が煽動する「コミュニティーを脅かすフィーブル・マインデド」といった差別とか敵対感を意味していなかった。連邦政府の援助による黒人のための教育はある程度確保することが出来たとしても、黒人のコミュニティのための社会福祉制度は見られなかった。しかし、リッチモンドとかリンチバーグといった都市になると、通り一本超えた白人の風紀委員の網の目に引っかかった黒人の若者がコロニーに隔離され、コロニーから釈放される前に不妊手術が強制されている。こうした隔離や不妊手術を担当するのは、白人の管理者であった。

表7は、ノース・キャロライナ州の人種と性別に

209.

(51) Steven Noll, Southern Strategies for handling the Black Feeble-minded: Social Control to Profound Indifference, Journal of Policy History, 3(1991), p. 140.

表7　ノース・キャロライナ州における人種・性別による不妊手術、1929-1947

性別及び不妊手術の種類		人種		
		白人	黒人	白人+黒人
男性				
	輸精管切除	184	165	349
	去勢	30	28	58
	計	214	193	407
女性				
	卵管摘除	1,207	270	1,477
	卵巣摘出	16	1	17
	計	1,223	271	1,494
合計		1,437	464	1,901

出典

Moya Woodside, Sterilization in North Carolina: A Sociological and Psychological Study, Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1950, p. 192.

みた不妊手術の統計である。ノース・キャロライナ州では不妊手術の方法として去勢と卵巣摘出が含まれているが、ヴァジニア州ではこうした方法は法的に禁止されている。

1940年国勢調査によると、ノース・キャロライナ州の黒人の人口比率は27.5%である。

不妊手術の性別をみると、男性が21.4%、女性が78.6%、圧倒的に女性が多い。人種別をみると、男性全体の47.4%が黒人、女性全体の31.0%が黒人で、黒人の人口比を上まっている。

人種を比較してみると、黒人の不妊手術は全体の24.4%で、当該人種の人口比率以下であるが、性別をみると、黒人の男性は47.4%で人口比を超えている。黒人女性となると18.1%で人口比以下である。この数字は歴史にみられる人種関係を如実に示している。すなわち、白人の男性と黒人の女性との性関係は黒人の女性の強姦をも含めて歴史的に許容されていたが、問題になるのは白人の女性と黒人の男性との性関係であった。

去勢及び卵巣摘出は全体の不妊手術の3.9%で、比較的少ないが、卵巣摘出は1.1%、去勢となると男性の不妊手術の14.3%におよんでいる。

黒人女性の不妊手術が人口比より高い理由として取り上げられるのが私生児の出産率である。1946年現在、ノース・キャロライナ州全体の私生児の出産率（1,000人の出産に対する比率）をみると、州全体の私生児出産率は71.6人、白人の出産率は23.5人、黒人となると187.2人で、黒人は白人の8倍におよんでいる。ちなみに全米の私生児出産率は37.5人である(52)。

表6は二つの出典から抽出して合成して作成した統計である。統計Aはヴァジニア州政府が公表した統計で、黒人の断種被害者数が含まれている。優生不妊手術法の適用は1972年が最後の年となっているが、1973～1979年にあっても「医学的必要」として不妊手術がなされている。州政府の説明によると、この間に行われた23人の不妊手術は「優生」不妊手術ではない。州全体の不妊手術は7,259件となっているが、表1の7,450件よりほぼ200件少なくなっている。

1963年までの数字を示す統計Bは、優生協会が逐次発表した数字や不妊手術に関する論文などの異なった資料を基に集計した統計で、最も体系的かつ実態に近い数字を示していると評価されている。

表6が示すように、圧倒的多数の不妊手術が1949年以前に行われている。統計Aによれば74%（5,380人）、統計Bによれば75%（5,366人）がこの時代の断種被害者である。

また、表6は全米最大のフィーブル・マインデドを収容していたリンチバーグ・コロニーで断種された被害者数と比率を示している。1949年以前では州全体の41%（2,203人）に及び、1949年には50%（59人）、1955年には55%（44人）が断種されている。リンチバーグ・コロニーが「優生不妊手術のメッカ」といわれた所以である。

b. 戦前におけるヴァジニア州の不妊手術

1924年に成立し効力を持ったヴァジニア州「不妊手術法」によると、不妊手術を行う州立病院とコロニーとして、西部州立病院、東部州立病院、南西部州立病院、中部州立病院と、キャリー・バック、キャリーの母親と妹のドーリスが断種された「てんかんおよびフィーブル・マインデドのためのヴァジニア州立コロニー」が指定されている。

表1によると、ヴァジニア州全体の不妊手術の被害者は7,450人となっているが、1981年に州政府が発表した公式なデータによると、幾分か少ない7,259人となっている。

ヴァジニア州の優生運動を研究する法律学者および歴史学者が政府と協力して残っているすべての記録を調査した結果、かなりのデータが不完全かもしくは紛失していることが判明して、正確な統計を把握することができないことがわかった。従って、7,259人とは存在する記録に限定した数字を示すもので、全体の実体を示すデータではない。実際には被害者は少なくとも8,300人に達すると推定されている。

不妊手術は1930年代から1940年代に集中していることが一目瞭然である。連邦最高裁の合憲判決が下りた1927年には27人が不妊手術の被害者に

(52) Moya Woodside, Sterilization in North Carolina: A Sociological and Psychological Study, Capel Hill: University of North Carolina Press, 1950, p. 5.

なっているが、1927年から1934年にかけて2,386人、さらに、1936年から1944年になると、不妊手術の被害者は2,825人に膨れ上がっている[53]。表6が示しているように、ヴァジニア州「優生不妊手術法」に基づく不妊手術被害者数は、統計Aでは74%、統計Bでは75%が強制不妊がおこなわれている。この統計は全米の傾向と一致している。

なぜ、ヴァジニア州において1930年代から40年代にかけて不妊手術が集中したのだろうか?ヴァジニア不妊手術法によると、不妊手術を行うためには2段階の法的手続きを取らなければならない。第一段階はコロニーに隔離するための手続きで、第二段階はコロニーに隔離されているフィーブル・マインデドを不妊手術をする手続きである。

まず最初に、実際に施行された不妊手術の実体を見てみたい。

c. リンチバーグ・コロニーにおける最初の千件の不妊手術

1938年に開かれた「アメリカ精神欠陥協会 (American Association on Mental Deficiency)」[54]の第62回年次総会で、リンチバーグ・コロニーのベル所長の後任者となったアーノルド (G. B. Arnold) 所長 (医師) が、1927年から10年間に行われた最初の千人の不妊手術の要約を報告した。ヴァジニア州における初期優生運動の一端を伺うことの出来る重要な報告である[55]。

・不妊手術による死亡

「1,000人の不妊手術はすべて成功し、後遺症や患者の死亡例はありませんでした、と報告出来たらどれだけ素晴らしいことでしょうか。実は、後遺症も死亡例もあったことを報告しなければならないことを残念に思います」とは、アーノールド所長の前置きである。

手術には万全を尽くしたが、二人の患者が死亡した事実を明らかにした。その二人とも女性である。その一人は15才頃の女子で、早朝にエーテルで全身麻酔して手術が終わったが、その日の午後、酸素欠乏のため全身が青みがかり、呼吸と脈拍が乱れてしまった。夕刻には幾分か安定したが11時30分に急死してしまった。二人目は麻酔から覚めることなく死亡したが、検死のための解剖許可が得られなかったため、死因を明らかにすることは出来なかった。

カリフォルニア州をみると、1909年から1929年の6千件におよぶ優生不妊手術を通して4人が死亡している。二人は麻酔によるもので、残りの二人は手術後患者が包帯を取り外したため、傷口から感染したためである。手術による死亡率は1～2%以下とのドイツの報告があるが、カリフォルニア州では1%にも満たないとしている[56]。

・不妊手術の成功

しかし、アーノルド所長は、手術は完全に成功であったと誇り高く報告している。手術の成功には二つの意味がある。それは医学的観点による技術的な成功であって、手術の生存率は99.8% (998人) であるばかりか、誰一人として手術後に子どもが出来た例はないと報告している。手術による不妊率は100%である。カリフォルニア州をみると、手術の失敗は男性の3人と女性の4人となっている[57]。このように、優生不妊手術は安全であるばかりか、手術によって確実に患者を不妊にすることが出来たとしている。

(53) Steven Noll, Feeble-Minded in Our Midst: Institutions for the Mentally Retarded in the South, 1900-1940, Chapel Hill, N.C.: University of North Carolina Press, 1995, p. 72.

(54) 1906年に改名しゴッダードが会員になった「アメリカ・フィーブル・マインデドネス研究協会」が1933年に「アメリカ精神欠陥協会」となり、今日では「アメリカ精神薄弱協会」として継承している。

(55) G. B. Arnold, A Brief Review of the First Thousand Patients Eugenically Sterilized at the State Colony for Epileptics and Feeble-Minded, American Association on Medical Deficiency Proceedings, Journal of Psycho-Asthenics, 43 (1937-38), pp. 56-63.

(56) E. S. Gosney and Paul Peponoe, Sterilization for Human Betterment: A Summary of Results of 6,000 Operations in California, 1909-1929, New York: Macmillan, 1929, p. vix.

(57) Ibid.

不妊手術の意味するもう一つの成功とは、強制不妊手術後の社会復帰に関わる成功である。アーノルド所長は、断種した1,000人の「患者」の内632人を無事、社会復帰させることが出来たとする美談を報告している。632人をコミュニティーに仮出所させて、経済的に余裕ある中産階級の家族に引き取ってもらい、彼らなりに生産的な生活を営むことが可能になった事実を指摘する。不妊手術を受けた「若い男女がダンスをしたり，一緒に仕事をすることが出来る。不妊手術は彼らに自由を与え、ほとんど普通の生活を楽しむことが出来るのである。こうしたことは彼ら自身にとっても社会にとっても利益になっている。」

リンチバーグ・コロニーは、低賃金で雇うお手伝いさんを求める多くの家族から連絡を受けていた。キャリー・バックは仮出所後、一息入れることがないほどの忙しい家事に追われながら、月給5ドルを受け取っている。不妊手術を行い、コミュニティーに返すことによって、州が負担する経費が軽減されることは言うまでもない。アーノルド所長の報告によると、コロニーに隔離された一人当たりの年間経費は220ドルから250ドルであった。632人を社会復帰させることによって、139, 040ドルから158, 000ドル節約することが出来たと報告している。

大恐慌によってアメリカ経済が崩壊し、第二次世界大戦による戦争経済による財政難に直面した州は、不適格者のために無駄使いする余裕はなかった。地方各地から送られ急増する「不適格者」を収容しなければならないコロニーは、一刻も早く速やかに不妊手術をして社会に戻さなければならなかった。収容定員を超えたため、ベッドを立錐の余地のないほど並べたり、ウエイティング・リストを作らなければならなかったほどだった。しかし、社会復帰させることが出来たとする美談の裏には、コミュニティーに一度は戻したが、コミュニティーに受け入れられない368人がコロニーに逆戻りされ、生涯コロニーに隔離されている。

・選別された不妊手術

アーノルド所長によると、不妊手術の対象は優生学的見地による「選別された患者」であった。「優生学的見地」とは、言うまでもなく、遺伝性 のフィーブル・マインデドネスである。しかし、アーノルド所長の発表にはフィーブル・マインデドネスの診断に関する説明はない。ピータースバーグ・コロニーに収容され不妊にされた黒人はボーダーラインであったとする報告があるが、不妊手術にあたって、フィーブル・マインデドであるか否かは重要な条件ではなかった。後述するように、コロニーで断種され、第二次世界大戦と朝鮮戦争に参戦した男性が叙勲されたエピソードすら残っている。

アーノルド所長によると、コロニーで優生不妊手術を強制された1,000人の内50%（500人）は明らかに遺伝性であった。233人の家系をみると、直系ないし血族に少なくとも一人が何らかの精神病者または精神欠陥者がいたと報告している。267人は祖先に一人以上の精神病者または精神欠陥者がいた。家系を調べることが出来なかった患者は153人。347人の「患者」の祖先には精神病者や精神欠陥者は見当たらなかった。

ヴァジニア州の不妊手術法には施設への入所条件として「遺伝性」が明記されているとはいえ、少なくとも347人（34.7%）の不妊手術被害者は遺伝性ではないことが判明した。アーノルド所長は、「不妊手術を受けた1,000人の患者の家系調査はまったく不完全であったとはいえ、少なくとも500人は明らかに遺伝による精神病者または精神欠陥者であった」と力説している。

コロニーの記録には家系調査の方法は明記されていない。コロニーに隔離するにあたって、名前、住所、年齢、性別、フィーブル・マインデドネスの症状と判定と並んで、家族の事情が書かれた書類が揃えられる。その決定的な書類は「家系 (family history)」と呼ばれているものであるが、ゴッダードが行った家系調査によるものではない。ソーシャルワーカーによる簡単な調査報告の域を出るものではなかった。

コロニーに収容される患者は急増の傾向がみられるが、不妊手術後コロニーを離れ、コミュニティーで生産的な生活が出来る「軽度のフィーブル・マインデド」が優先された。従って、病弱でボケている患者の不妊手術は極力避ける傾向が見られる。カリフォルニア州では、精神病院を含む施設からの釈放を前提にした不妊手術がなされている。

・道徳に反する非行少年・少女

アーノルド所長の報告で傾聴に値するのは、「精神欠陥＝フィーブル・マインデド」と「道徳に反する非行」の境界線が実に曖昧であったとする事実である。「精神欠陥」とは1916年に制定された法概念であるが、「道徳に反する非行」は時のコミュニティーに支配的な道徳観念である。ゴッダードの『カリカック家』が示すように、モロンは知能が低いため道徳観念がなく、本能的衝動に駆り立てられるままに非行や犯罪に走ってしまう。犯罪、売春、婚前交渉による私生児の出産、家出、不登校、淋病を主とした性病、歓楽街に出入りすること、貧困、放浪などは反社会的行為とみなされ、その多くが10代の若者で「非行少年・少女」とみなされていた。特に、私生児を生む非行少女は「精神欠陥」と刻印された。そのため、コロニーからの出所条件として不妊手術が強制された多数が女性であった。

・性別

アーノルド所長が発表した1,000人の「患者」の性別をみると、女性が607人、男性は391人となっている。手術で死亡した二人の女性を加えると、全体の61%（609人）が女性である。

不妊手術の犠牲となった最初の447人をみると、73%（328人）が女性で、男性は27%（119人）である(58)。1927年から1932年1月1日に至る最初の658人の不妊手術を調査したランドマンによると、女性が68%（446人）、男性は32%（212人）となっている(59)。不妊手術の増加に伴って男女の比率に幾分かの変化がみえるが、女性が圧倒的に優生不妊手術のターゲットになったことは明らかである。

・階級性

アーノルド所長によると、強制不妊手術の犠牲者となった1,000人の81%（812人）が過疎地帯に住む教育のない貧民層の「白人のゴミ」で、極めて限られた収入で細々と生活を支える家族に生まれている。教育とか文化生活にはほど遠い汚辱と不潔きわまりない孤絶した環境のコミュニティーに育った女性であり、貧困（下層階級）が反社会的存在とみなされ、フィーブル・マインデドと判断された。環境そのものが貧しいため、フィーブル・マインデドが生まれるのか、フィーブル・マインデドだから貧しいのか判別がつかないままに、貧困とフィーブル・マインデドは同一視された。貧しい女性が貧しい子どもを生むことを防ぐための政策として、貧民階層を一掃するために不妊手術が強行に施行されたのである。

・私生児の母

アーノルド所長の報告に従うと、私生児を産むことがフィーブル・マインデドと直接結びつく非行の典型である。女性が私生児の母親となるのと同時に男性が私生児の父親となるのは明らかであるが、フィーブル・マインデドと判定されるのは女性に限られていた。産む性を持って生まれた女性に科せられた「罪」であった。

コロニーに隔離される以前に「性的にふしだら」と判定された女性は404人に及んでいるのである。換言すると、「性的にふしだらな」女と判定されたために、彼女たちはコロニーに送られたのである。不妊手術を強制された79人は平均4人の私生児を産んでいる。139人（その内男性は一人）の患者は201人の私生児の親である、と報告されている。

・州のために子どもの出産を禁止する

優生学をどのように定義するかは、どのような観点から考察するかによって異なるが、定義の内容いかんにかかわらず、優生学が生殖に関わっていることは否定出来ない。選別的生殖による人種（国民）の改良が優生主義の目的であった。選別的生殖とは、フィーブル・マインデドを始めとする社会的に不適合者の生殖を防ぐことであり、政策として施設隔離と不妊手術が採用された。

州は、誰が子どもを持つべきかを決定する権利を持っていたのである。一般的には、州（国）のために子どもを産むものとみなされたが、社会的に不適

(58) Steven Noll, Feeble-Minded in Our Midst: Institutions for the Mentally Retarded in the South, 1900-1940, Chapel Hill, N.C.: University of North Carolina Press, 1995, p. 75.

(59) J. H. Landman, Human Sterilization: The History of the Sexual Sterilization Movement, New York: Macmillan, 1932, Appendix A, p. 289.

合者と刻印された若い貧しい女性は、未婚・既婚を問わず、州（国）の繁栄を妨げ秩序を乱す悪として、子どもをもつことが禁止されたのである。

アーノルド所長は、社会的・経済的プレッシャーのため、急いで多くの患者を不妊手術したが、なすべきではないことを行ったことを反省している。不妊手術法の規定する手術を正当化する都合のよい法手続きであった。法手続きは形式的なもので、医師（所長）の一存で自由に手術をすることが出来たのである。しかし、当時の優生運動に応える適切な不妊手術であったと最初の千件の手術を高く評価している。この報告は総会に参加したフィーブル・マインデドの専門家の期待に応えるものでもあった。

d. コロニー出所者にみられるパターンの追認

1960年代は、国家、医師、大学などを含む権力に抵抗して個人の権利を主張する様々な運動が展開した激動期。黒人の公民権運動と女性解放運動、反戦運動、学生運動に次ぐ各種障害者の権利運動がその主な運動であるが、州立施設（精神病院と精神障害者を収容する施設）を解放する脱施設化運動もこの大きな流れに見られる闘争の一つである。

施設収容者に関する国勢調査によると、史上最高の20万人以上を記録した1965年以後、徐々にしかも確実に収容者数の減少がみられる。脱施設化運動が制度的に軌道に乗った1989年になると、入所資格の厳格と新入所者数の制限に伴って、多くの施設が閉ざされ収容者数は10万人以下に半減した。

脱施設化運動が優生不妊手術を促進したと考えられるだろうか。すなわち、施設に収容された精神障害者や精神病者が出所する条件として、優生不妊手術が強制されたのだろうか。

『カリカック家』はフィクションであったことを明らかにしたスミス（J. David Smith）とパロウエイ（Edward A. Polloway）は、全米の脱施設化運動の一環として強制不妊手術が行われたとしている。興味深い考察である。

スミスとパロウエイが施設出所者のパターンをめぐる大規模な研究にとりかかったのは1990年のことである。ここでとりあげるのは、この研究の一部で、現在発表されている唯一の報告である[60]。

スミスとパロウエイは、1969年から1989年までの21年間にリンチバーグ・コロニーから出所した精神薄弱者の記録を調査した。分析の対象になった出所者は、フィーブル・マインデドネスと診断され、コロニーで強制不妊手術を受け、結果的に、コロニーから解放された212人である。

コロニーはアメリカで最大のフィーブル・マインデドを収容する施設であったと知られていた。スミスとパロウエイは、1991年にあってもアメリカで最大規模の施設であったことを確認している。それは、収容者数が第一位であっただけではなく、一つの施設で行われた不妊手術数においてもトップであった。従って、コロニーの調査は、他の州で行われた不妊手術と出所のパターンが推定できると考えられた。

1950年代初期の精神薄弱者の収容は約2千人で、以後増加をみせ、1971年には最多数の3,441人に達し、それ以降減少している。優生不妊手術が正式に禁止されたのは1974年のことである。

・優生不妊手術と出所との関係

優生不妊手術と出所との関係をみてみよう。スミスとパロウエイの調査によると、1969年から1989年にみられる出所者総数は2,187人。2,187人の内、不妊手術後に出所した精神薄弱者は9.7%(212人)に過ぎない。既述したアーノルド所長の報告によると、63.1%（631人）が不妊手術後社会に復帰している。1920年代から30年代にかけての初期にあっては、社会復帰の条件として不妊手術が強制されたが、1669～1989年になると、90.3%が不妊手術を受けることなくコロニーから解放されている。

・出所者の性別

出所者の性別をみると、男女には異なった傾向が伺われる（表8）。

出所者全体の男女別をみると男性は57.7%（1,262人）、女性は42.3%（926人）で、出所数

(60) J. David Smith and Edward A. Polloway, Institutionalization, Involuntary Sterilization, and Mental Retardation: Profiles from the History of the Practice, Mental Retardation, 31 (1993), 208–214.

表8　出所者と不妊手術

	出所者数	不妊手術被害者数
男	1,262	87 (6.9%)
女	926	125 (13.5%)
計	2,187	212 (9.7%)

においても比率においても男性の方が多数を占めている。また、出所者と不妊手術の被害者の比率をみると、男性は6.9%なのに対して、女性はほぼ2倍に近い13.5%に達している。

一方、不妊手術を強制された後コロニーから出所した男女を比較すると、男性は41%（87人）、女性は59%（125人）で、アーノルド所長の報告（男性39%、女性61%）と近似した傾向がみられる。スミスとパロウエイは19世紀後半から20世紀前期に出版された文献を参照しながら、なぜ女性が不妊手術の被害者となったかを説明している。その一例としてギャンブル（C. Gamble）の言葉を借用すると、100人の女性を不妊手術すれば次の世代には90人のフィーブル・マインデドネスの誕生を防ぐことができるが、90人の誕生を防ぐためには200人の男性を不妊手術しなければならない。フィーブル・マインデドの男性の相手になるのはフィーブル・マインデドな女性に限られているが、フィーブル・マインデドの女性をたぶらかすのは正常な男性であったりフィーブル・マインデドの男性でもある。女の性（さが）としての衝動的行動が私生児を産んだり、道徳判断がかけているため悪事の餌食となってしまうからである[61]。

・不妊手術時と出所時の年齢

女性の生殖年齢は15才から45才（男性は60才まで）が通説となっている。しかし、スミスとパロウエイの調査によると、不妊手術を受けた時の年齢は1才から49才にわたり、中間年齢は21才である。また、14才以下の43人（20.3%）と39才以上の7人（3.3%）が指摘されているが、圧倒的多数は15才から24才の146人（69.2%）の年齢層に集中している。また、スミスとパロウエイは、高齢者と虚弱でぼけた「患者」を避け、若い年齢層が不妊手術のターゲットとなったとする、アーノルド所長の報告と一致している事実も確認している。

出所時の年齢をみると、39才以下が59人(27.9%)、40才以上が153人（72.1%)、50才以上が93人（47.8%)、60才以上になると46人(21.7%）で、年齢が進むにつれて出所者が減少している。

不妊手術時の年齢と出所時の年齢がどのような関係をもっているのかは明らかではない。スミスとパロウエイの研究には、15才から24才までに不妊手術を受けた146人の出所時の年齢は何ら触れられていない。

アーノルド所長の説明では、出所後コミュニティー

(61)　スミスとパロウエイが引用した文献は、Clarence Gamble, The Prevention of Mental Deficiency by Sterilization, American Journal of Mental Deficiency, 56 (1950), 192-197.

表9　断種後出所者の精薄レベル

	断種後出所者		すべての出所者
1. 精薄ではない＋ボーダーライン	16人	(7.5%)	32.6% A
2. 軽度	67	(31.6%)	11.8%
3. 中度	86	(40.6%)	11.8%
4. 重度	40	(18.9%)	7.2%
5. 最重度	2	(0.9%)	0.6%
6. 不明	1	(0.5%)	2.1%
計	212人		2,312人

Aはスミスとパロウエイが収集したすべてのコロニー出所者の2,312人の統計を示し、不妊手術の犠牲者であるとは限らない。しかし、%の合計が100%にならず、また、出所者の数が示されていないため、計算をし直すことができない。

に戻ることによってそれなりに生産的な生活を営むことのできる人が不妊手術の対象となっている。従って、年齢が出所を決定する決め手とはみなされていないと判断することができる。

・精薄のレベル

入所を法的に許可するためのフィーブル・マインデドネスの診断として改訂スタンフォード・ビネー方式が採用されていた。出所後コミュニティーでの生活を考慮しなければならないコロニーとしては、精神薄弱のレベルが考慮されるのは当然であったのに違いない。コロニーでの診断を肯定することも否定することもできないスミスとパロウエイは出所記録に明記されている分類に従って以下の表を作っている。

表9では、「精薄ではない」と診断を受けた者とボーダーラインを一つのカテゴリーとしてまとめて提示してあるが、アーノールド所長が「為すべきでなかった間違い」であり、ソーシャルワーカーが、「精神薄弱と道徳に反する非行」を同一視してコロニーに送り込んだ非行少年・少女と貧しい人などが含まれていると考えられる。スミスとパロウエイの研究の対象となった212人に限っていえば、7.5%に相当する16人がこのカテゴリーに属し、不妊手術の犠牲者となっている。コロニーを出所した2,312人をみると、32.6%に及んでいる。

212人の分布をみると、最重度の2人(0.9%)を除くすべての精神薄弱者が不妊手術の犠牲者となった後に出所している。アーノルド所長が主張するようなコミュニティーでの生産的な生活は決定的な出所の条件ではなかったことが明らかである。

・出所後の行方

以上の分析で強制不妊手術がコロニー出所の条件ではなかったことが判明したが、スミスとパロウェイは不妊手術を受けずにコロニーから解放された人の行方には何ら言及していない。

不妊手術後に出所した212人の行方をみると、コミュニティーで自立、グループホーム、家族、成人ホームなどで生活した人は134人(63.2%)に達している。自立した51人の内13人が結婚している。コロニーを離れて別の施設に収容された人は40人(18.9%)、老人ホームに移された人は35人(16.5%)となっている。

e. コロニーに隔離する手続きとメカニズム

・優生不妊手術から「優生」の放棄?

アーノルド所長の発表の重要性は、1930年代から1940年代にかけて支配的となった全米の不妊手術にみられる、ある共通したパターンを物語っていることにある。それは、優生不妊手術の名の下に施行された不妊手術から「優生」の放棄ないし優生の希薄化ともいえる不妊手術の実相である。コミュニティーの道徳(風紀)観念によってフィーブル・マインデドと診断された多くの人達が施設に隔離され断種されていたのである。すでにフィーブル・マインデドの遺伝説が消え去った時代にあって、法の規定する「優生不妊手術」の厳守は意味のないことである。法の形骸化とも法の無視ともいえる不妊手術の実態の一端である。

・フィーブル・マインデドを摘発するメカニズム

フィーブル・マインデドを摘発してコロニーに隔離するメカニズムは、コミュニティーを単位とした風紀を取り締まるネットワークである。精神衛生を統括する州の「公衆衛生局」または「フィーブル・マインデドと精神衛生局」の指導の下に、地方のソーシャル・ワーカー、慈善事業団体、看護婦(保健婦)、病院、公立学校などによって構成されるネットワークである。学校に向かって家を出たがどこか途中で消えてしまう生徒(不登校)、家に寄り付かない若者、家出、浮浪者、盛り場をうろつく非行少年・少女、未婚の母、経済的に自立することのできない貧しい人などを管理・保護するネットワークで、こうした網にかかった人達が「フィーブル・マインデドないし社会不適格者」と刻印されたのである。

・専門職としてのソーシャル・ワーカー

制度として慈善事業が確立したのは19世紀の半ばのことであるが、当時、一般的に「慈善と矯正」と呼ばれていたように、社会を改善することによって貧困・非行を是正することが主な役割であった。慈悲を想起させる「慈善」という言葉にかわる「福祉」が使われるようになったのは1900年代初期のことで

ある。社会福祉事業に従事する人がソーシャル・ワーカーで、フィーブル・マインデドの訓練と保護を目的とした施設や非行者の感化を目的とした少年院、貧しい人を収容する貧困院も社会福祉事業として社会的に位置づけられていた(62)。社会事業の方法として個人を対象とする福祉員がケース・ワーカーと呼ばれるようになり、貧しい人、仕事からあぶれた都市の失業者、フィーブル・マインデド、非行者がその主なクライエントであった。

中産階級の女性が一人で外出したり映画を見ることは許されなかった。外出する時には家族ないし夫が付き添い、大学は女子大に彼女達の門が開かれ、男女の交際も親の保護ないし親の目が届く範囲に限られていたため、悪の道に走ることはなかった。そのように社会的にみなされていた。こうした「箱入り娘」が社会に出ることはない。社会に出るとは、汚れた男の世界で働くことを意味していたのである。

社会に出て町の工場で働かなければならないのは貧しい家族の女性で、悪の道に走るのは親や男の保護から離れた貧しい若い女性と決めつけられていた。

男が出入りする歓楽街、ダンスホール、映画館、居酒屋に顔を出す若い女性を摘発したのが市のソーシャル・ワーカーであった。ソーシャル・ワーカーが特に問題にしたのは悪の道を歩むふしだらな女 (wayward women)、堕落した女 (fallen women)、悪い女の子 (bad girls)、悪い母親 (bad mothers) であった。これらの女子は私生児を産む最も危険な女性であった。

こうした女性への見方と処置には二つの大きな流れがみられる。

福音主義者と呼ばれる独立したキリスト教徒によって組織された社会福祉運動が一つの流れである。この流れに見られる社会福祉運動は、「ふしだらな女」といわれる女性は邪悪な男の餌食であり、けなげな女性の心を蝕む悪徳な遊興産業の犠牲者と位置づけた。従って、神の慈悲によって彼女達を救済する道を開くために、1920年代には全国に200カ所に未婚の母を救う家を建てている。救世軍を含む制服に身を包む救援隊を結成して社会悪に染まる若い女性を救った(63)。

もう一つの流れは、女性の新しい専門職と確立した1910年代から1920年代にみられるソーシャル・ワーカーの動きである。「優生運動は社会福祉事業と共に出発した」(64)といわれるように、社会の安寧秩序を任務とする職業としてのソーシャル・ワーカーは、キリスト教精神のパターナリズムによる女性の保護・管理だけに留まらなかった。優生運動に結びついたソーシャル・ワーカーは、社会に様々な災いをもたらす非行少女を保護することによって、社会を防衛する課題をも担っていた。非行少女を、または非行に走る前に彼女達を保護・補導することによって救済の道を開き、同時に、彼女達を施設に収容することによって社会を守るといった、二重の救済事業を行った。彼女達は社会悪の被害者であるばかりか社会悪の加害者でもあった。

社会防衛作戦の第一歩は、非行少女に「フィーブル・マインデド」のレッテルを貼ることであった。それは、フィーブル・マインデドネスは遺伝によるものであって、環境の整備・改善に尽力しても徒労に終わるとする、ダーヴェンポートやゴッダードのメッセージに由来する優生主義プロパガンダである。ステレオタイプとしての圧倒的な非行少年は空腹を満たす食べ物の盗みであった。畑に残ったカブや水瓜を盗む少年が捕まり、感化院・少年院や職業補導所に送検された。非行少女のステレオタイプは、性病に感染し感染させたり私生児を産む「性的非行」であった。

ソーシャル・ワーカーの間に大きな論争を巻き起こしたのはフィーブル・マインデドネスと非行との関係である。フィーブル・マインデドだから性非行に走り未婚の母になるのか、それとも、未婚の母はフィーブル・マインデドネスの証拠なのかといった論争で、優生学者ではなかったソーシャル・ワーカーは、フィー

(62) James Leiby, A History of Social Welfare and Social Work in the United States 1815-1972, New York: Columbia University Press, 1978, p. 1.

(63) Regina G. Kunzel, Fallen Women, Problem Girls: Unmarried Mothers and the Professionalization of Social Work, 1890-1945. New Haven, CT: Yale University Press, 1993.

(64) Michael B. Katz, In the Shadow of the Poorhouse: A Social History of Welfare in America, 2d ed., New York: Basic Books, 1996, p. 188.

ブル・マインデドと未婚の母を同一視する傾向がみられた[65]。こうした関係はキャリー・バックの訴訟にもみえる重要な見方であった。

・ソーシャル・ワーカーの役割

フィーブル・マインデドの保護・管理に関わるソーシャル・ワーカーの役割は、優生主義を支柱とした社会全体の福祉とフィーブル・マインデドの福祉の増進であった。

フィーブル・マインデドネスの危険性を社会に知らせる広範な教育活動がその一つの役割である。『カリカック家』の舞台となったヴァインランド施設に教宣部が設けられたのは1913年のことである。ヴァインランド施設での研究成果を各州に広め、フィーブル・マインデドの隔離施設の設立を訴える教宣部である[66]。ヴァインランド施設の所長の義兄で、かつてインディアナ州の施設所長を勤めたジョンソン医師（Alexander Johnson）を教宣部部長に起用して、地元のニュージャージー州の議会を始め、33州の議会での証言や福祉組織で講演をした。講演は10年間で約1,100回に及んでいる[67]。ジョンストン所長やゴッダードとならんで、フィーブル・ワーカーのカイトは自分で調査したフィーブル・マインデドの家系調査を片手に教宣運動に参加したソーシャルン・ワーカーでもあった[68]。教宣運動の結果として、9州に施設が新設され、4州では既存の施設がフィーブル・マインデドの訓練と保護を目的とした施設に改造され、1、2州では施設が増設された[69]。ジョンソン教宣部長はヴァジニア州でも講演しているが、その成果として、てんかん患者を収容するコロニーにフィーブル・マインデドを収容する施設が増設され、女性専用の設備も完備した。

このように、ソーシャル・ワーカーの主な役割は、フィーブル・マインデドの施設隔離であった。『タバコ・ロード』が如実に示しているように、大恐慌の波は、かつて自給自足に近い生活が可能だった過疎地帯の農業経済を襲い、貧困のどん底に陥れた。ヴァジニア州の主な農作物は、綿栽培に加えたタバコ栽培である。農耕に必要な種、肥料、農工具（ラバや牛などの動物も含む）などを手に入れることが出来るかどうかによって生死が決まった。限られた手持ちの現金に加えた金融業者からの融資の可能性は、農耕に必要な物資が手に入るかどうか、借金の返済の見通しなどが、日常生活から無縁ともいえるニューヨークやシカゴなどの大都市の金融資本を主体とする資本主義経済の動きに左右された。タバコ製造の本拠地だった（今日でも本拠地となっている）リッチモンド（ヴァジニア州の主都）には仕事にあぶれた労働者階級のゲットーとスラムが出来上がった。赤線地域が廃止されたのは1910年代で、こうした性産業からはじき出された女性が貧しい地域に入り込み、犯罪や性非行の温床となった。

リッチモンドは人種の隔離政策が施行されていたとはいえ、貧しい白人は黒人居住地に隣接した地域に住んだり、人種の区別なく貧しい人が雑居する地区が出来上がり、黒人男性と白人女性の性関係には特に監視の目が光った。

貧困にあえぐ文明とか教育とは無縁な過疎地域に足を伸ばし、こうした地域の生活の実体を調査しながらフィーブル・マインデドを保護したのは、郡に勤務する公務員としてのソーシャル・ワーカーや全米組織の赤十字から送られたソーシャル・ワーカーであった。

ソーシャル・ワーカーがフィーブル・マインデドを

(65) Laura S. Abrams and Laura Curran, "Wayward Girls and Virtuous Women: Social Workers and Female Juvenile Delinquency in the Progressive Era," Affilia 15 (Spring 2000), pp. 49-64.

(66) Alexander Johnson, Adventures in Social Welfare: Being Reminiscences of Things, Thoughts and Folks during Forty Years of Social Work, forth wayne, Indiana, Author, 1923, pp. 391-3.

(67) Stanley Powell Davies, Social Control of the Mentally Deficient, (1930), New York: Arno Press, 1976, p. 291.

(68) Amy LaPan and Tony Platt, "To Stem the Tide of Degeneracy: The Eugenic Impulse in Social Work" , in Stuart Kirk, ed., Mental Disorders and the Social Environment: Critical Perspectives, New York: Columbia University Press, pp. 139-164.

(69) Stanley Powell Davies, Social Control of the Mentally Deficient, op. cit., pp. 291-2.

収容する権利をもっていたのか判断できないが、アーノルド所長の報告にみられるように、ふしだらな性非行の結果としての未婚の母をフィーブル・マインデドとみなしてコロニーに隔離したのは事実である。

ソーシャル・ワーカーが取り組んだ難関の課題が貧困対策であったことから判断すると、貧しい家族、州から生活保護を受けていた若者、特に私生児を産んだ女性をコロニーに収容していたことは明らかである。1920年代の新聞の記事になり、山岳部の過疎地帯に住む貧農に恐怖を与えたエピソードとして、その実際の姿が如実に描かれている。ソーシャル・ワーカーの情報をもとに、郡の保安官（市には警察署があったが、過疎地帯では選挙で選ばれた保安官が治安維持にあたっていた）が生活保護を受けている貧しい人を逮捕してコロニーに直送している。住民が保安官の車を目撃すると、周りの人に警告して、生活保護を受けている家族は山に逃げ隠れた。多くの保安官補佐を雇い、山狩で貧農民を見つけ次第手錠をかけ、リンチバーグに護送したのである。どんなに貧しくともソーシャル・ワーカーに接近するな、といった動きがみられるようになり、また生活保護を受けることを拒否する動きすら見られるようになった。貧困は犯罪と同様に扱われていたのである。なぜ貧困か?フィーブル・マインデドであるからである。フィーブル・マインデドは貧しい環境を作り出し、非行に走り私生児を産む社会の疾患の病原なのである。イデオロギーとしての優生プロパガンダがヴァジニアの人里離れた山岳部の過疎地帯や貧しい農村に深くしかも無条件に浸透していた。

ノース・キャロライナ州のソーシャル・ワーカーの役割は他の州と異なって、絶大な権力が与えられていた。生活保護を受けている貧しい家族の娘が私生児を産んだり少年が非行に走ると、彼らをフィーブル・マインデドと診断して、直接、5人から成る州優生委員会に断種を申請することができた。優生委員会は、部下とか代理を送ったり、申請書の要旨をおざなりに目を通して、ソーシャル・ワーカーの申請にいい加減に判を押していた(70)。

・治安判事

ソーシャル・ワーカーの法的な権限は、「治安裁判」制度との関係にみられる、フィーブル・マインデドを摘発しコロニーに送致する補助的な役割である。イギリスの伝統を受け継いだ裁判制度で、今日では結婚の手続きや過料で処理される交通違反などを扱う裁判所となっているが、20世紀初期の治安裁判所には、軽犯罪、民事、家庭問題を扱う治安判事がいた。コミュニティーの秩序維持に不可欠な裁判制度である。

治安判事の任期は一般的に6年で、コミュニティーの選挙によって選ばれる。治安判事は常勤であるとは限らない。普段は農業を営みながら、大工の仕事をしながら、ある一定の日（例えば毎週月曜日）に裁判所に勤務する判事である。通常の判事や弁護士の資格は要求されない。治安判事に資格があるとするならば「健全な市民」であって、誰が健全な市民であるかは住民の投票で決定される。

多くの場合、赤十字や郡のなどのソーシャル・ワーカーによってフィーブル・マインデドが摘発されるが、一般市民の誰でもがフィーブル・マインデドの疑いを持った場合にはソーシャル・ワーカーにその旨、苦情を申し立てることが出来る。「あの人はちょっとおかしい」とか「この人は頭が弱いように感じられる」、「結婚もしないあの女性が子どもを産んでいる」といった苦情で事足りた。事情を調査したソーシャル・ワーカーは治安判事に報告しなければならない。報告を受けた治安判事は、法律に従って「フィーブル・マインデドネス委員会」を開き、フィーブル・マインデドネスを判定した。フィーブル・マインデドネス委員会は一人（場合によっては、二人ないし三人）の医師とソーシャル・ワーカーで構成され、フィーブル・マインデドネスの容疑がかかった人の精神鑑定を行

(70) ノース・キャロライナ州の優生不妊手術に関する優れた学位論文が出版されているが、わたしの心をとらえたのは、不妊手術のずさんな実態を明らかにした2002年の新聞記事である。ノース・キャロライナ議会のみならずアメリカ国民を震撼させる5回にわたる連載記事である。一回の連載に全面数頁に及ぶ写真入りの4-5の記事が載り、新聞を手にした人は、この記事を無視することはできないほどの力の入った優生不妊手術批判が満載されている。Winson-Salem Journal, Against Their Will: North Carolina's Sterilization Programs, December 8-12, 2002. 翌年にはこの連載を追認する幾つかの記事が書かれている。

わなければならない。ソーシャル・ワーカーが集めた資料と医師の診断に従って、治安判事が容疑者をフィーブル・マインデドと認定して、法的にコロニーへの収容を命令する。これが法的な手続きである。

フィーブル・マインデドネスの診断とコロニーへの隔離命令は、治安判事の独占的権利ではなかった。必要に応じて、正式な地方判事がフィールド・マインデドネス委員会を開き、医師を召還して診断することも少なくなかった。どのような医師が診断するべきかは法には明記されていないが、精神科医である必要はなかったと考えられる。

V フィーブル・マインデドの定義

「フィーブル・マインデドネス委員会」を開き、治安判事がコロニー収容を命令するにあたって、医師は法の定義に従ってフィーブル・マインデドネスを診断しなければならない。ヴァジニア州政府が制定した1916年の「フィーブル・マインデドネスの定義」は以下の通りである。

「この法律におけるフィーブル・マインデドとは、誕生ないし幼児期に発生するすべての精神欠陥者で、精神欠陥のため自分自身のケアが出来ない者、または自分のことを自分で出来ない者、もしくは自分自身のケアと自分のことをするように教えられてもそうすることが出来ない者であり、本人と他者とコミュニティーにとって安全ではなく危険な者で、その結果、本人と他者とコミュニティーの保護と福祉のために指導と管理が必要な者と解釈されなければならないが、通常の判断で精神病と分類される者と解釈してはならない」[71]。

この定義はかつてイギリスで規定したフィーブル・マインデドネスであり、ゴッダードやターマンが批判した曖昧な概念規定である。

ゴッダードが指摘しているように、フィーブル・マインデドネスとはコミュニティーに浸透した通念としての道徳概念とみなされたのである。繰り返しになるが、1920年代の半ばから1940年代にみられる典型的な例が未婚女性の妊娠・出産である。道徳に反して私生児を産む女性はフィーブル・マインデドと判定され、施設に隔離され、不妊手術が強制されてしまったのである。売春婦もまったく同じように扱われた。「売春は歴史にみられる最も古い女性の専門職」と言われていたが、ダーヴェンポートによって、売春は経済的理由によるものではなく、遺伝性形質と規定された。しかも、ダーヴェンポートによれば、売春は劣性遺伝ではなく、優性遺伝である。優性遺伝となると、売春婦から必ず売春婦となる子どもが生まれることになる。犯罪もしかり。犯罪そのものは遺伝しないが、フィーブル・マインデドは「潜在的な犯罪者」で、ある一定の条件が揃うと犯罪の「芽」が花を咲かせる。犯罪、貧困、売春のほぼ50%がフィーブル・マインデドによるものであるとするゴッダードの主張は、ダーヴェンポートのメンデル主義に拍車をかけた。

ソーシャル・ワーカーは貧困をフィーブル・マインデドネスと判断し、医師はほんの数分間でフィーブル・マインデドを鑑定し、治安判事が施設隔離を命令した。その結果として、アーノルド所長が指摘するように、不妊手術の被害者となった1,000人の81.2%（812人）が農村や山岳部などの過疎地帯に住む下層階

(71) 1910年に開設したてんかん患者のみを収容するコロニーは、さらに拡大して1914年に特別設備を設け、フィーブル・マインデドを収容する「ヴァジニア州立てんかんとフィーブル・マインデドのためのコロニー」となった。この定義はフィーブル・マインデドを隔離するために必要な資格条件を規定する法律である。この定義は、1908年に採用されたイギリスの概念をほぼ完全に踏襲し、ゴッダードが1914年に採用し、自ら1928年に批判したフィーブル・マインデドの定義である。幾分かの違いがあるとするならば、精神欠陥を持つ者が、本人自身のみならず他者やコミュニティーに危険をもたらす者と規定されていることである。ヴァジニア州の法律に従うと、施設に収容する条件は、「自分自身に危害を加え、かつ、他者と社会に損傷をもたらす」フィーブル・マインデドないし精神病者となっている。「フィーブル・マインデドとは先天性および幼児期に発生する精神欠陥者」で、「本人自身、他者および社会に危害を加える者、自分のことを自分で出来ない者、自分の生活を支えることの出来ない者を含み、コミュニティもしくは公の保護管理を必要とする者」である。こうした自他ともに危害をもたらすフィーブル・マインデドを保護することによって、コミュニティーの福祉をはかるというのである。このフィーブル・マインデドネスの概念には「精神病者」は含まれない。

級だった。ヴァジニア州には刑罰としての不妊手術は禁止されているが、貧しいことは罪とみなされ、その罪に対する罰として施設に隔離され断種されたのである。

「フィーブル・マインデドネス委員会」がこうした人達をフィーブル・マインデドと判定し、治安判事の法的命令で施設に隔離する制度としての法手続きがどこまで実践されていたのか、判断する資料はない。とはいえ、アーノルド所長の報告から推察すると、ソーシャル・ワーカーや郡のシェリフの独断で、非行少年・少女、貧しい人、未婚の母などを施設に送り込んでいたと考えられる。「ヴァジニア州の優生不妊手術法は、フィーブル・マインデドの判定、施設への隔離、不妊手術を奨励する非常に都合の良い法であった」とはアーノルド所長の言葉である。

最後に、優生不妊不妊手術をも含む不妊手術を可能にしたイデオロギーの命題を論理としてまとめてみよう。

命題　生まれるべきでなかった「不適合者」は子どもを持つ権利はない。

[なぜか?]

ア優生学的根拠 — 不適合者は遺伝法則に従って不適合者を産む（フィーブル・マインデドの両親からフィーブル・マインデドの子どもが生まれる。正常な両親からフィーブル・マインデドの子どもは生まれない）からである。

イ社会的・経済的根拠 — 不適合者から正常な子どもが生まれたとしても、不適合者は親としての資格を欠く。こうした人は、子どもの健康と幸せを約束することが出来ないからである(72)。

[結論]

優生学的根拠であれ社会的・経済的根拠であれ、不適合者は断種されるべきである。

(72) Mark Haller, Eugenics: Hereditarian Attitudes in American Thought, New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press, 1984, p. 132. ヘイラーによると、1930年代から、不妊手術運動は優生学的見地からする主流と同時に、「親の責任」を強調する動きが顕著になった。

優生主義者が不妊手術を正当化する「理論的武器」は、精神的・肉体的に欠陥をもつ不適合者の「遺伝性」である。不妊手術が「優生」不妊手術と言われる所以である。遺伝性のフィーブル・マインデド及び精神病患者を中心とした不適格者が同じような子どもを産むことを防止する最善かつ経済的な手段が優生不妊手術であった。

1930年代になると、不適合者の遺伝性、特に精神病とフィーブル・マインデドネスの遺伝をめぐる科学性は否定されているが、優生主義者にとって、遺伝の科学性は決定的に不可避な条件ではなくなった。遺伝の科学性の否定は不妊手術の否定には結びつかなかったのである。不適合者の経済的・社会的役割が強調されるようになり、「親として相応しくない不適合者」を不妊手術する傾向が顕著になったからである(73)。

アーノルド所長によると、不妊手術を受けた「患者」の多くが私生児を産んでいる。こうした「患者」が不妊にされた理由は遺伝に根ざす優生学によるものではなかった。私生児を産んだ親は親として不適合者と認定され不妊手術が強制されたのである。また、アーノルド所長の発表には見られないが、身障者、聾唖者、盲目、結核や癌などの疾患をもつ人も同様に不適合者とみなされた。さらに、私生児を産んでいないが、貧しい人も親となる資格を欠くために、不妊手術の「患者」となっている。『タバコ・ロード』の主人公、ジーター・ジェスターは17人の子ども

(73) Frances Oswald, Eugenical Sterilization in the United States, American Journal of Sociology, 36(1930), p. 73. オスワルドは優生不妊手術に替わる経済的・社会的不妊手術の台頭に批判的である。オスワルドは何にもまして、不適合者の遺伝性に根ざす優生運動の崩壊を招くことを恐れた。不適合者の遺伝を根拠とした優生不妊手術は「科学」に依拠していたが、遺伝性のない不適合者を「親として失格」であると判断する国家の「独裁的強権力」を強化させてしまう。また、親としての資格を欠く不適合者に対する不妊手術は、道徳的退廃を奨励するばかりか、性病をはじめ多くの伝染病の感染を引き起こしてしまう。さらに、不妊手術を社会的・経済的根拠に譲り渡すことは、遺伝の科学的研究の進歩を妨げる結果を招いてしまう。ibid.

の父親であるが、明らかに親として失格とみなされるべきであった。

南部、特にノース・キャロライナ州[74]、ジョージア州、ヴァジニア州では優生不妊手術ではなく、社会的・経済的理由で断種が強制されていたのである。戦後における不妊手術の被害者がカリフォルニア州をしのいでいるが、この社会的・経済的理由によるものである。

親になる資格がないとする理由で不妊手術する例は今日にも多く見られる。戦前と異なって、今日では「子どもの最良の利益」原則 (the principle of the best interest of children)」が支配的となり、「子ども中心」の見方として、親が知恵おくれの娘の不妊手術を要求する例が多々ある。

結語にかえて

1907年に始まったアメリカの不妊手術運動は、社会問題を解決する科学、すなわちフィーブル・マインデドネスと精神病に代表される不適合者の遺伝性に基づく優生学の名の下に展開したが、6万件を超える不妊手術は「優生」不妊手術ではなかった。優生不妊手術は神話であって、社会に役立たない不適合者への偏見と憎しみによる不妊手術にすぎなかった。従って、不妊手術は社会問題の解決に結びつかないばかりか、優生主義者が抱いた夢想ともいえる人工的進化とか「人類の改良」とは何らの関わりのない危険なイデオロギーであった。それは、ある一定の階層・階級に属する人の価値を低劣化する偏見と差別以外の何ものでもなかった。

(あきば・さとし　アメリカ・ヴァジニア州在住 2005/12/23)

(74) Moya Woodside, Sterilization in North Carolina: A Sociological and Psychological Study, Chapel Hill, N.C: University of North Carolina Press, 1950; Steven Noll, Feeble-minded In Our Midst, op. cit., p. 73.

〈討論〉「いのち」の近代史を振り返る
―ハンセン病・結核問題を軸に―

藤野　豊
青木　純一
篠原　睦治

語り合いたい八つのテーマ

篠原　この間、藤野さんの『「いのち」の近代史』[1]、そして青木さんの『結核の社会史』[2]を少しく丁寧に読みました。追いかける格好で『結核の文化史』[3]を読んでいますが、藤野さんのお仕事については、その前からいろんな本[4]を読ませてもらって影響を受けていまして，いつの日か、いろいろ伺いたいと思っていました。青木さんとは長いおつき合いで、学会員同士ですが、この本は、青木さんが『社会臨床雑誌』に書かれたものから出発しているようで、本誌編者側の者として誇らしい気持ちです。

討論を開始するにあたって、ぼくのほうで、8点ほどの問いを立てて見ました。詳しい質問は随時していきますが、全体の見通しを立てていただくために、それらのポイントをまずは列挙させてもらいますね。

①ハンセン病の強制隔離政策と、戦前のファシズム化、戦後の文化国家建設、そしてらい医学・医療との関連はどうなっているか。

②強制隔離のない時代や社会において、ハンセン病者たちはどのように暮らしていたか、いるか。

③強制隔離政策を推進するにあたっての皇室と宗教の役割はどうなっていたか。特にキリスト教の、皇室の役割に対する補完、補強について考えたい。

④光田健輔[5]は、戦前から戦後にかけて、一貫して隔離政策の強化をリードしてきたが、彼は、なぜかくほどに、影響力を行使することができたのか。

⑤50年代に藤本差別事件[6]という明らかな冤罪

(1) 藤野『「いのち」の近代史―「民族浄化」の名のもとに迫害されたハンセン病患者』(かもがわ出版、2001年)。以下、同書より多く引用するが、その際、藤野、pp.○○-○○とする。

(2) 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』(御茶ノ水書房、2004年)。「第四章 結核予防法(1919年)と届出義務」「第八章 病者から見える風景―20世紀初めにおける結核療養者の言葉を追って」は、それぞれ『社会臨床雑誌』第6巻第1号(1998年)、第7巻第3号(2000年)の掲載論文を大幅に補筆修正したものである。なお、以下の同書からの引用は、青木、pp.○○-○○とする。

(3) 福田眞人『結核の文化史―近代日本おける病のイメージ』(名古屋大学出版会、1995年)。

(4) 藤野『日本ファシズムと医療―ハンセン病をめぐる実証的研究』(岩波書店、1993年)、同編著『歴史のなかの「癩」者』(ゆみる出版、1996年)、同『日本ファシズムと優生思想』(かもがわ出版、1998年)、同『強制された健康―日本ファシズム下の生命と身体』(歴史文化ライブラリー、吉川弘文館、2000年)、同『厚生省の誕生―医療はファシズムをいかに推進したか』(かもがわ出版、2003年)。

(5) 光田健輔(1876年～1964年)、1898年 東京市養育院勤務、ハンセン病隔離病室「回春院」開設。1909年 公立癩療養所全生病院医長、1914年 同院長。1931～1957年、国立長島愛生園初代院長。1951年 文化勲章受賞。『回春病室―救ライ五十年の記録』(朝日新聞社、1950年)、『愛生園日記―ライとたたかった六十年の記録』(毎日新聞社、1958年)など。

(6) ハンセン病とされた藤本松夫(熊本県)は、同県で起きた殺人未遂事件(1951年)、同一被害者に対する殺人事件(1952年)の真犯人とされて、無実を主張し続けたにもかかわらず、熊本地裁(同被告収容の菊池恵楓園への出張裁判)は死刑判決(1952年)をし、追って、最高裁は、被告人不在のまま上告棄却の判決をして死刑を確定した(1957年)。三回目の再審請求手続の準備中、全患協(全国らい療養所患者協議会)の支援活動や全国的な救援運動が盛り上がっていくさ中、松本は処刑された(1962年)。藤本差別事件については、藤野、pp. 534-565、『検証会議報告』pp. 131-143参照。

事件が起きているが、ここではハンセン病者に対する差別・偏見と冤罪の関係を考えたい。

⑥熊本地裁判決 (2001 年)[7] は原告側勝訴だったが、なぜ「国の責任」を 60 年以降に限定したのか。そこにある「医学的理由」は何を隠蔽しているか。強制隔離に加えて生涯隔離の事情はどこにあるのか。

⑦アイスターホテル宿泊拒否事件 (熊本県)[8] についてだが、この事件を軸に、特に「差別・偏見の世代間継承」と「再発防止・啓発活動」について考えたい。

⑧厚労省の委託で行なった日弁連法務研究財団の『ハンセン病問題に関する検証会議最終報告』(以下、『検証会議報告』) の経過と展望について考えたい。

以上の 8 点は、ぼくが、藤野さんの『「いのち」の近代史』と、一部ですが『検証会議報告』を読みながら整理したものですが、実は、青木さんが『結核の社会史』で展開されておられる諸テーマと対応させ重ね合わせて語り合えないかと欲張ったのが、今日の企画です。おふたりには、よろしくおつき合いください。

戦前より戦後の隔離強化はなぜか

篠原　1 点目ですが、ハンセン病患者は、明治になって本格的に強制隔離の歴史を負わされていくわけですが、癩予防ニ関スル件 (1907 年)、癩予防法 (1931 年)、そして戦後のらい予防法 (1953 年) になるほど、強制隔離が徹底してきますね[9]。とくに、

(7) 1998 年、菊池恵楓園 (熊本)、星塚敬愛園 (鹿児島)、大島青松園 (香川) などの収容体験者 (退所者を含む) たちは、ハンセン病国家賠償訴訟を熊本地裁に起こしたが、翌年には、「国の責任」を糾す動きが全国各地に広がる中で、岡山地裁、東京地裁でも提訴が起こっている。2001 年、熊本地裁では、1960 年時点でのハンセン病施策に対する違憲性を認めて、原告側勝訴となった。政府は控訴断念で「国の責任」を認めることとなった。他の二地裁では、この判決内容にそって和解が成立した。ハンセン病違憲国賠訴訟弁護団『開かれた扉—ハンセン病裁判を闘った人たち』(講談社、2003 年)、『検証会議報告』pp. 3-6 参照。

(8) アイスターホテル宿泊拒否事件は、2003 年 9 月熊本県「ふるさと訪問里帰り事業」として、菊池恵楓園入所者 22 名がこのホテルに予約したことから始まる。11 月、ホテル側、県に宿泊拒否を伝達。知事、宿泊拒否を公表。ホテル側、恵楓園を訪問して表面的に謝罪したが、自治会、これを拒否。拒否した自治会に対して、抗議の電話と手紙が殺到。12 月、同ホテル本社社長 (東京)、宿泊拒否で開き直る。一方で、現地ホテルは、自治会に謝罪、自治会、これを受け取る。社長、各方面の抗議を受けつつ、ついに自治会に謝罪し、和解。その後、県の責任を問いつつ、ホテルの廃業を決定。2004 年 2 月、熊本県、県民対象の療養所訪問事業を開始すること、小中学校教師にハンセン病資料集を配布することを発表。『検証会議報告』pp. 735-762 参照。

(9) 癩予防ニ関スル件 (1907 年) では「癩患者にして療養の途を有せず、かつ救護者なき者は、行政官庁において命令の定むる所に従い、療養所に入らしめ之を救護すべし。但し、適当と認むるときは、扶養義務者をして患者を引き取らしむべし。」となっている。ここでは全癩患者の強制隔離を規定していなくて、家族の扶養義務が原則になっている。

癩予防法 (1931 年) では、「行政官庁 (警察官署-注) は癩予防上必要と認むるときは、命令の定むる所に従い、癩患者にして病毒伝播の虞あるものを国立療養所又は第四条の規定に依り設置する療養所に入所せしむべし。必要の場合に於ては命令の定むるところに従い、前項患者の同伴者又は同居者に対しても一時相当の救護を為すべし」とあり、警察による強制隔離と本人及び家族の保護・管理を明示した。

らい予防法 (1953 年) では、「都道府県知事は、らいを伝染させるおそれがある患者について、らい予防上必要があると認めるときは、当該患者又はその保護者に対し、国が設置するらい療養所に入所し、又は入所させるように勧奨することができる」とし、「その勧奨に応じないときは、患者又はその保護者に対し、期限を定めて、国立療養所に入所し、または入所させることを命ずることができる」となっていて、繰り返す「勧奨」に応じなければ「命令」になるとなっている。なお、「退所規定」がないまま「外出の制限」と療養所内の「秩序の維持」が明記されているが、これらに違反した場合には、「癩予防ニ関スル件」の下で決まった「患者の懲戒・検束」の規定 (1917 年) が適用されていた (なお、監禁・減食規定は 1953

そのことが戦後の「文化国家建設」論の文脈のなかで堂々と通ってきました。結核の歴史のなかにも、そういうものがあるような気がしますが、ハンセン病に関してはそこが非常に典型的ですよね。

ハンセン病に関して、感染はそんなに強くないのに強制隔離したとか、遺伝じゃないのに断種をしたとかいう批判がずっとありました。光田に代表される、日本のらい医学・医療は国際的な理解に立っていない、科学的な真理に立っていない、偽の科学とかイデオロギーに粉飾されているといった議論もずっとありました。そのなかで、小笠原登[10]は、強制隔離と断種を批判して、通院医療という主張と実践にいたる医学的真実を語る経過があるけれども、これもつぶされていきます。

ぼくは、このような医学・医療に関する議論は何かをごまかしてきているのではないかと思っています。藤野さんの問題意識の軸にあることだと思いますが、国の近代化やファシズム化、そして、戦後の文化国家の建設のもとで、それらの国家的課題にそって、ハンセン病患者を医学的理屈をつけて閉じ込めてきたのですよね。ぼくは、藤野さんの本を読みながら、このことに気づきましたし、その批判的分析が必要だと思います。

とくに戦後の文化国家建設論のなかで、まずは優生保護法が成立するなど、優生思想がより徹底していくわけで、そのなかでハンセン病に関しても、非科学的な遺伝説を採用して、この文脈の中に組み込んでしまったのですよね[11]。戦後の文化国家建設論は、優生思想、能力主義を土台に成り立ってきたと思わざるをえないですが、とすると、戦後、民主主義になったにもかかわらずとか、憲法がこれだけ基本的人権を尊重しているにもかかわらずといった言い方ではなく、むしろそういう近代憲法のもとであったがゆえに、ハンセン病患者の強制隔離と断種は進行したのだという捉え方をしてみたらどうかと思うのですが。

一方、青木さんの『結核の社会史』を見ても、結核は、感染性などからいえばハンセン病どころではないし、「死に至る病」としてはもっともっと怖いという話があるけれども、どうも国家政策のなかでは、ハンセン病隔離・撲滅ほどまでには徹底してはいなかったようですね。なにか非常に対照的な感じがします。このへんはどうやって理解するか、お二人にうかがってみたいところです。

隔離の出発—浮浪者狩りから弱い体質の撲滅へ

藤野　おっしゃるように、ハンセン病の政策は最初から最後まで医学の見地に立ったものではなかったということは間違いないわけです。いまの段階だからハンセン病は発症力も弱いとか言えるのであって、明治の頃はそうでもなかったからしょうがないじゃないかとか、いまの医学水準で過去のことまで語るのはどうなのかといった批判がありますが、当時の医学においてもハンセン病は誰もがなる病気ではないと分かっていた。そうなると隔離するということ自体が、根本的に必要ないということは医学的に明らかだったんですね。

では、なぜ、隔離したかというと、別の要素が動

年の「らい予防法」で消えたが、それ以外の処罰は残った)。また、らい予防法においても、「従業禁止」や「汚染場所の消毒」が規定されたので、いよいよ一般社会に住むことは困難になっていった。藤野、pp. 45-64、pp. 125-137、pp. 494-520 参照。

(10)　小笠原登 (1888 ～ 1970 年)、1926 年 京都帝国大学病院皮膚科泌尿器科でらい病担当。1938 ～ 1948 年 同病院「皮膚科特別研究室」(らい病の診療と研究施設) 主任。1948 年 国立豊橋病院皮膚泌尿器科医長。1957 ～ 1965 年 国立らい療養所奄美和光園医官。なお、「小笠原のたたかい」については、藤野、pp. 301-319 参照。

(11)　1940年に成立した国民優生法は、遺伝性の疾患・障害に対する断種と妊娠中絶を合法化したが、本命のひとつであったらい病に関しては、強制隔離の関係で遺伝性でなく感染性を強調していたために、ついに国民優生法の適用対象とすることができなかった。

とはいえ、らい療養所内では、断種と中絶が強制されていたので、これ以後も、非合法のまま、しかも公然と行なわれることになる。

戦後になって、優生保護法 (1948 年) は、文化国家建設のため、「不良な子孫の出生の防止」を目的として、初めて合法的にハンセン病を断種と中絶の対象とした。この法律は、国民優生法の目的を継承しつつ、その適用範囲を拡大したものである。藤野、pp. 271-284、pp. 474-493 参照。

いていた。1907年の「癩予防ニ関スル件」のときには、「文明国」にはほとんど患者がいないのに対して、日本には患者が3万もいるということが最大の国辱になり、患者を隠すということがまず条件であったということが間違いなく言える。

では、その時点で、どうして全患者隔離、絶対隔離にならなかったかというと、1つは3万の患者を一斉に隔離するだけの施設を作る予算的な問題がとても追いつかなかったということがある。当時、隔離をやっていた光田自身が、全患者隔離は本当は必要ないと医学的にはわかっていた。だからあせることはない、まずは町中に放浪している患者を隔離する、ということから始まったんですね。

その数年後には全患者隔離という議論が出てくる。それが法的に実現するのは1931年の癩予防法ですが、そこへ向けてどんどん議論がされていくわけです。なぜ光田は全患者隔離を考えたか。これは断種との結びつきが大きいと思いますね。光田が全患者隔離をやれと言い出したのは1915年頃で、その年に光田は東京府立全生病院(国立多磨全生園の前身)で男性患者の断種をやっているわけです。彼の頭のなかには、病気の発症力は弱いので一般的にはかからないのに、かかる基礎には体質がある、らい菌に対して弱い体質がある、体質が発症を規定していると。体質という問題になると、遺伝するのではないか。これが彼にとっては大きな考え方としてあって、それが断種に結びつくわけです。

そうであるかぎり、いずれは、そういう患者たちが外で子どもをどんどん作ったりすると、子孫にまたかかりやすい体質を持った子どもが生まれてくるので、これではいつまで経ってもハンセン病は撲滅できないから、まず患者を全部隔離して、患者の生殖活動を制限するというのが、まず光田の基本にあったんですね。

光田にとって、全患者隔離には、欧米諸国から患者を隠すということがまずあって、次にそのような体質を撲滅するという課題があったろうと思います。それを前面に出すと、かかりやすい体質の人だけが問題ならば、一般国民は関係ないということで隔離する論理が崩壊するから、これは公表しないで医学界内部の議論としてやっている。そして一般的には、これはおそろしい伝染病だと言って隔離を推進する。使い分けをしてきたわけですね。

光田も小笠原も「体質の遺伝」を言っていた

篠原　めったにうつらないといことは、医学的にわかってきたという前に、お互いの暮らしの中で体験的にわかっていたということがあるのではないですか。あそこの家にハンセン病が出ると、その隣の家もすぐうつっちゃった、罹っちゃったとかいった体験をしていたのではなくて、あの家はその家筋といった、家系、血縁に閉じたような格好で言われてきたと思うんですね。だから、いにしえに戻れば戻るほど、人々はハンセン病の人とも一緒に暮していたのではないか。

もうひとつ、小笠原登は、感染ではない、むしろ体質の遺伝の問題だと考えるべきだし、当然栄養状態など環境の問題も重要なのだということを強調していますが、それが、学会で批判にさらされた経過があります。状況的に、いまおっしゃったような政治的な文脈のなかで、それゆえ、恐ろしい病気だ、感染するんだ、強制隔離だとキャンペーンしているときに、彼にそんなことを言われては困るわけですね。

そんなイデオロギー的観点から、小笠原が弾圧されたのはすごくわかるけれど、体質遺伝説は、光田も含めた、当時の癩医学界は分かっていたわけでしょ。そういう点で、小笠原のも、光田の体質遺伝論に基づく断種を支えていたと言えると思いますが、この2点はどう考えますか。

藤野　光田健輔も全生病院で本格的にハンセン病医療を開始する前に、東京市養育院の医官として、行き倒れになったハンセン病患者をどんどん収容しているわけです。彼はそこで院内の1つの部屋を「回春病室」と呼んで、そこにハンセン病患者を隔離しているわけだけれど(1899年)、そういうことをやりながら光田は患者とどんどん接触していくわけです。彼自身まったく感染しない。彼の信念のなかでは、ハンセン病という病気は通常ではうつらないということが経験的にわかっていた。欧米では、ハンセン病は菌が非常に多く出るときだけ隔離すればいい、軽症患者は必要ないとか、病気の状況によっては感染力がないとか、かなり分析しながら隔離の仕方を変えてきたわけです。日本はそこがなく全部隔離しちゃった。医学的に必要のない隔離をどんどんやったわけ

ですね。

光田は、患者がいるいないにかかわらず、昔から「癩の村」とされてきた地域を重視した(12)。彼はそれを全部チェックする。その理由は医学的な根拠からはよくわからなかったけれど、彼の、かかりやすい体質が遺伝するという議論からすれば、いま患者がいなくても過去に患者がいて周りから「癩の村」と言われているような地域はやっぱり放っておけないわけです。いまそこにいる住民たちは発病しなくても、そのなかには発病するかもしれない、病気にかかりやすい体質があるのではないか、それはいまなくても次の代に出るかもしれないといった具合に。だから光田は「癩村」と言われている地域は全部把握しておきたいとしている。

これは光田に限らず、当時のらい学会や療養所の医師たちの学術論文を読むと、体質論議が結構多い。つまり、ハンセン病はある特定の体質の者がかかる、そのような体質を持たない者はなんともない、といった議論がらい学会でも行なわれている。そこで、小笠原登は「鐘と撞木の関係」を引いて、叩いてもいい音で鳴る鐘もあれば、鳴らないのもある、撞木に鐘がうまく反応するといい音で鳴る、と言って、ハンセン病の菌が入ってきても反応する体もあれば、反応しない体もある、反応する体に菌がきたときに発病すると主張している。だからハンセン病はらい菌で感染する病気ではあるけれど、そのような体質でない多くの人は発症しないと言っているわけです。こうして、小笠原は隔離は必要ないと言ったんですね。

この小笠原の議論はらい学会では光田と同じレベルです。光田と小笠原は1941年から文部省の科研費で一緒になってハンセン病の体質について研究をやっている。小笠原はそれを根拠に隔離は必要ないと言っているが、光田のほうは隔離を強行した。そこでぶつかるわけですが、医学的には光田と小笠原はそんなに違わないと思いますね。そういう意味では医学的な論理とは違うレベルでの隔離論だけが進行してしまったわけです。

なぜ光田がそんなに隔離にこだわったかというと、やっぱり優生思想があった。かかりやすい体質が遺伝するならば、とにかく子どもを作ってはいけないということで、どんな軽症患者も全部隔離へという方向へ向かった。発症していなくても体質を持っているということは、将来次の子どもに出るかもしれないので、とにかく怪しい者は全部隔離する、絶対子どもを作らせないと。もし園内で結婚するなら、結婚を認める替わりに断種しなさいと。結局光田は、患者は生涯隔離するという論理を出すわけです。

「公共の福祉」と「文化国家建設」の中で進行する優生政策

藤野　戦後も、民主主義が不徹底だったから隔離が続いたというのは皮相な論理で、むしろ日本国憲法のもとで隔離は正当化されたと言うべきです。なぜかというと、「公共の福祉に反さないかぎり」というのが基本的人権の前提ですからね。もともと「公共の福祉」という考え方は、人権の問題でぶつかったときに一部の人が我慢するではなくて、調停する意味としてあったと思います。たとえば表現の自由とプライバシーの問題がぶつかったときに「公共の福祉」ということで判断していくとか。

ところが、厚生省は、「公共の福祉」という言葉を、「みんなの幸福のためには一部の国民は我慢しろ」という論理でやっていったわけで、ハンセン病患者は社会からは忌み嫌われて、うつる病気だから、あなたたちはみんなのため、公共の福祉のため、我慢しなさいと。まさに戦後民主主義、そして日本国憲法の厚生省的解釈が隔離を正当化したと考えていい

(12)「癩村(又は癩部落)」については、藤野、pp.138-163に詳しい。藤野は、これを①ハンセン病患者が比較的多く存在する村落、②全国から集住している地域、③実際のハンセン病患者の有無と関係なく、周囲から「癩血統者」の村として歴史的に差別を受けている地域に整理している。③は、近代においては、部落差別と結び付いたと解釈している。そして、被差別部落にはハンセン病患者が多い、という偏見を形成してきたとも指摘している。全生病院院長、光田は、群馬県警査察部に託して、群馬県の、③として括られる八地区の「癩村」の調査を行なっている(1916年)。なお、同県草津温泉のはずれに成立したハンセン病患者の集落、湯之沢地区は、②にまとめられるものだが、彼らを収容するための国立療養所栗生楽泉園が設立される(1932年)まで、旅館や商店などもあって、草津町会議員を送り出すほどに賑やかな町だった。藤野、pp.172-178、pp.333-339参照。

と思いますね。

篠原　まったくそうですね。それにしても、「公共の福祉」という概念を前面に使った論理なのか、それとも、文化国家を建設するために有能な人物だけで結構で役立たずな者は要らないという徹底した能力主義、優生思想があって、そこで怪しげな者を全部排除していくという論理なのかだけれど、ぼくは、後者が前面に出ていたと思いますが・・・。

戦中にすら、ハンセン病者を国民優生法の対象とすべき、いや、そうはできないだろうといった慎重な議論があったにもかかわらず、戦後は、そのような慎重さすらなくなっている。そのときに「公共の福祉」論がストレートに論理として使われたのかと言えば、それすらなくて、社会党の加藤シズエなどの発言を読んでも、これからは文化国家を建設できる人材を生み出さなくてはならないという至上課題のゆえに、ハンセン病も含めて、手のかかる者は一切排除するという文脈で、優生保護法をつくるわけですよね[13]。

藤野　確かに前提は文化国家論です。戦後、文化国家として復興するためには障害者を生むなという優生保護法の考えとまさに一致している。ただ、ハンセン病患者の運動が起こってきて、50年代前半の癩予防法改正闘争のときには[14]、厚生省側から「公共の福祉」論が出てきて、彼らはそれで反論した。憲法のこの条文を持ってきて、「お前らは我慢しろ」と。

ハンセン病に対する偏見強化は隔離政策のなかで

青木　医学的に感染するということが分かる以前に、「癩村」といった表現で、共同体のなかで癩という病気がどれほど恐れられ、あるいは受け入れられていたのかというのは、いままでの歴史研究ではわかっていることですか。

藤野　ハンセン病というのは昔は「風病」といって、風で感染する、皮膚の毛穴から入ってくると言われていた。江戸時代になるとむしろ遺伝病だという認識のほうが一般化してきて、隔離が始まる以前の状況は、容貌や障害に対する恐怖感はあっても病気に対する恐怖感はあまりなくて、患者がいても一緒に暮していたわけです。一緒に温泉や風呂に入っていた。

草津温泉などでは、患者と一般の湯治客が一緒にお風呂に入っていた。それが隔離するということになって、「うつる」と思われていくときに、患者の存在が他人事ではなくなってしまうわけで、今度は自分がなるかもしれないとなる。そこから排除が始まる。隔離以前の段階は、江戸時代と同じように、差別はもちろんあったし、恐怖感もあったけれど、社会で共存できたという状況があった。隔離となったときに、患者がいること自身が恐怖になってしまった。それで排除が始まった。

今回の国家賠償を求める裁判でも、国側は、ハンセン病患者には古今東西いつの時代でも差別があった、日本だけじゃないし、隔離の法律がなかったときでも、以前から差別があったと反論したけれど、強制隔離の前と後では差別の質が違いますよね[15]。

篠原　強制隔離という政策とその実行が媒介に

---

(13)　日本社会党の国会議員、加藤シズエは、優生保護法案の議員立法提出者として、国民優生法は「悪質な遺伝防止の目的をほとんどできないでいる」と批判し、優生保護法案は「母体を保護し、優良な子孫を生みたい」という趣旨であり、「日本の将来の人口に対しての一種の計画性を与える文化国家の建前を、日本に備える一つの方法ともなると信じておる」と自賛している。藤野、pp. 474-494参照。

(14)1950年代に入ると、厚生省は、ハンセン病絶滅の30ヵ年計画を発表して、その実現のため、53年、旧来の「癩予防法」(31年)が「改正」されて、「らい予防法」が成立した。その頃(51年)、各療養所の患者自治会によって構成されて生まれた全国国立癩療養所患者協議会(全癩患協、53年より全患協)は、この動きに、国会前座り込みやデモ行進などで激しく抵抗した。その際の要求は、「癩」を「ハンゼン氏病」と改める、入所患者の生活保護金を法定化する、懲戒検束規定を廃止する、強制収容の条項を削除する、患者の一時帰省・退園を法定化するなどであった。その意味で、患者側の闘いは、「癩予防法改正」闘争で「らい予防法案阻止」の闘いであった。したがって、本稿では、癩予防法改正闘争と呼ぶ。なお、この闘争を大きく支えた事情に、プロミンの普及と著効という事実がある。

(15)　古代、中世、近世の「癩病」観と「癩者」の暮らしについては、藤野編著『歴史のなかの「癩者」』(ゆみる出版、1996年)pp. 13-140、『検証会議報告』pp. 9-43で読める。

なって、普段の人々のハンセン病観が改めて形成されてきたという指摘だと思いますが、そのなかで、恐ろしい病気であって、近寄ったら大変だという話が出てきた。そういう点では国の責任がまずあって、そのなかで人々の差別意識が作られてきたというわけですね。

藤野　いま回復者の方たちが、まだ自分の故郷に帰れないとか、自分の親族に会いにくいというのがあるけれど、それは遺伝だからといった、そんな偏見ではない。隔離のときにどういう状況だったかが問題で、家中真っ白になるくらい消毒されたとか、ああいう恐ろしい伝染病患者の家だ、家族だ、多分他の者も感染しているだろうという目で見られた。地域の方たちは、隔離のときの消毒などの現実を見ているから、いまだに、あの家の者たちは恐ろしい病気の菌を持っているという偏見を持っていて、家族も苦労している。隔離の時の状況がいまだに故郷から引き離しているのですね。

篠原　島比呂志さんの遺骨が代々の檀家寺のところでやっと引き取られた。といって、ご先祖のお墓には入れなかったようですよ[16]。

藤野　里帰りしたときに、あの人が触った柱にまだ菌があるんじゃないかと、うわさされて、その家族が経営していた民宿に客が来なくなったとか、まだそんな話があります。

(16)　島比呂志(本名 岸上薫 1918-2003年)　香川県観音寺市に生まれる。東京農林専門学校(現東京農工大)に在職中、25歳のとき、らい再発。1947年、大島清松園(香川)に入園。翌年、星塚敬愛園(鹿児島・鹿屋市)に転園。1999年、夫妻で同園を出て、養女、岸上昭子一家とともに、北九州市で逝去のときまで暮らした。ハンセン病体験を素材に、多くの小説、評論を書いてきたが、篠原は、島の小説『海の沙』(明石書店、1986年)と出会って、島と交流を始める。らい予防法廃止の前後のとき、この問題をめぐって対談を重ねたが、それは、共著『国の責任—今なお、生きつづけるらい予防法』(社会評論社、1998年)でまとめた。島は、文芸同人誌『火山地帯』を主宰していたが、そこに、岸上昭子と山下多恵子によって、遺骨となった島比呂志の55年ぶりの「帰郷」の様子が描かれている(『火山地帯—島比呂志追悼特集』135号、2003年)。

結核はなぜ強制隔離されなかったか

篠原　変な聞き方ですが、なぜ結核にそって隔離の話はうまくいかなかったのか。ハンセン病に関してはうまくいったわけですよね。

青木　自分が結核の研究を開始したときのことを思い出せばいいと思いますが、たまたま清瀬(東京都)で仕事をしていましたから、結核の町であるということで、何となく結核という歴史を見ていったわけです。そのとき最初に藤野さんの『日本ファシズムと医療—ハンセン病をめぐる実証的研究』[4]を読むわけですが、こういう病者に対する差別の構造は、もっと大きな形で結核についてもあるだろうなという問題意識が自分のなかにありました。それを明らかにしようということで取り組んでいったわけですが、まったく対照的で、ハンセン病患者に対する差別の構造とは違う結核患者の現実が見えてきました。

これは一つの例ですが、たとえば1930年のハンセン病死亡者は640人、患者はおよそ1万4千人です。これに対して同じ年の結核死亡者は12万人います。結核の場合、患者は死亡者の10倍以上いると言われていますから、単純に計算しても120万人以上のものすごい数の患者がいたことになります。この患者数の違いが、ハンセン病と結核に対する人々の意識を決定的に変えてしまったと思います。つまり、ハンセン病患者は数の少なさゆえに隔離の対象となり一般社会から締め出される。逆に、結核患者は数が多いために強制隔離といった方法を取ることが出来ず、一般社会の中に共存せざるを得なかった。その結果、ハンセン病患者に対する差別や偏見はますます明瞭で具体なものになっていったのに対して、結核患者に対する差別や偏見は、内側に閉じたような曖昧で、暗く陰湿なものになっていったと思います。

藤野　患者数の多さ、少なさというのは大きい問題ですよね。百数十万人の結核患者全部を隔離できるわけがない。ハンセンは3万とか1万5千とかだから、そのことが物理的に可能ということがある。

青木　結核の場合、患者が多いということと、療養期間が長いということが大きな特徴だと思います。これはハンセン病も同じですが、患者の中には五年、十年と療養生活を送る人も少なくありません。さらに、見逃してならない重要な点ですが、結核は治る病気

でもあるということです。たしかにたくさんの人が死んだわけですが、全員が死ぬわけではなく、運良く治る人も多い。そんなとき、田畑を売って金をつくり、なんとか療養所に入って治したい、あるいは借金をしても高価な薬を買って治したいと多くの患者が思うのは当然です。この患者の気持ちに寄生するかのように、結核の周辺には様々な商売が生まれ繁盛するわけですが、これも百万人という患者がいて、長い療養期間があればこその話です。この特徴は、法律や予防対策を定める上でも大きな影響を与えます。

たとえば、結核の場合も、患者を強制隔離すべきだという意見はありました。仮に患者全員の隔離が難しいようであれば、せめて排菌する患者だけでもすべきだというものです。しかし、現実に排菌する患者でさえ、ハンセン病と比べたら、とても全員を隔離できるような数ではありません。また、患者届出制度を実施して、強制的に実態把握をして効果的な対策を検討しようという意見もありました。これに対しては、患者だけでなく開業医からも強い反対がありました。患者は結核と診断されて仕事を失うことが恐ろしいのですが、医者の場合は、そのために患者が診療を拒否して商売に悪影響が出るのではないかと心配したわけです。もし結核がわずか数千人程度の患者で、しかも一、二ヶ月で決着がつくような病気だとしたら、こんなことにはならなかったろうと思います。病気も患者が多くなると、そこはりっぱな市場が生まれますが、その代表的な病気が結核であったわけです[17]。

(17) 国は、「精神病患者ノ届出ニ関スル件」(1894年)、コレラ、腸チフス、赤痢、しょう紅熱、ペストなどに対する伝染病予防法(1897年)、「癩予防ニ関スル件」(1907年)を成立させて、これら患者に対する行政官庁への届出義務を定めたが、日本最初の結核予防法は遅く、1919年にやっと成立している。ここでは、届出義務も隔離規定もなく、入所対象者を「療養の途なき者」に限定している。つまり、結核療養所は、貧困な患者を「隔離収容」するというよりも「施療保護」することと確認している。1932年、結核予防法は「改正」されるのだが、対象を「療養の途なき者」から「環境上病毒伝播の虞ある者」に変えて、これら患者に対する行政官庁への届出義務を定めた。欧米先進諸国に並ぶ体制を作らなくてはならないという国の思惑が、ここでようやく実現するのだが、実効性はなかった。青木、pp. 141-191 参照。

藤野　結核は欧米にも多かったから、結核患者がいることが恥にはならなかった。イギリスだって産業革命期に大勢の結核患者がいたけれど、ハンセン病者は欧米にはほとんどいなかった。アジア、アフリカに圧倒的に多い。

篠原　一等国の名折れとして、ハンセン病患者がいては困るというわけですね。

藤野　ハンセン病は外見でわかるけれど、結核は外見でわからない。だから、ハンセン病は隠す必要があった。

結核のイメージには日常の体験がある

篠原　光田たちが強制隔離をやってそれなりに成功した、ひとつの理由に、ある時までハンセン病者と一緒に暮してきた近所の人たちが、そのことに納得したということにあると思うんですが、結核の場合、人々の意識はもう少しちがっていたと思いますね。『結核の社会史』[2]を読みながら、ときどき子どものころを思い出したけれど、ぼくは、昭和13年生まれですが、戦争中、福井県の山奥にある母方祖母の実家に疎開していました。その頃、ぼくにとって、はとこにあたる女の子が生まれて、二年も経たないうちに、結核で亡くなってしまった。その前後に、彼女の父親である婿さんが結核で療養所に行き、間もなく離婚し、そして数年して亡くなった。こういう話が日常的にあったんですね。そういう点では、結核というのはたしかに怖い病気と思っていたけれど、お互いに痛み分けせざるをえない日常の世界があったと言えそうですね。

もうひとつ、結核患者は、青白いがきれいな顔をしていた、という記憶がある。一方、ぼくらのハンセン病者のイメージは、実際に出会っていないところで形成されている。世代間継承でいえば、親から子へ、ハンセン病はこわい、顔も崩れている云々といった格好で教えられてきたように思います。

結核の話は日常のなかでしてきたけれど、ハンセン病の話は日常のなかでは引き受けられないということがあるんじゃないか。これも、ハンセン病者が一般社会から隠されていった隔離政策の結果ですよね。

青木　篠原さんが結核について、痛み分けせざるをえない日常の世界とおっしゃいましたが、まさにそ

のとおりで、いつ自分や身内が感染するかもしれない危険性を常に孕んでいますから、そもそも他人事としては語れない病気だと思います。結核のイメージについては、ロマン化という言葉で福田眞人さんが、『結核の文化史』[3]の中で詳しく論じていますが、徳冨蘆花の小説『不如帰』や堀辰雄の『風立ちぬ』のような結核文学が、人々が結核に対して持つイメージづくりに大きな役割を果たしたと思います。しかし、このイメージも活字に親しむごく限られた人々のイメージで、実際の結核患者やその周辺の人々の日常的な感覚から言えば、やはり多くは貧困や苦痛と深く結びついた、暗く陰湿な病気であったことは間違いないと思います。

別府的ヶ浜事件に出会うことから

青木　藤野さんがはじめてハンセン病のことを知ったきっかけは何ですか。

藤野　高校のとき、北条民雄の『いのちの初夜』[18]を読んだことと、高校の先生が全生園の方と文通しているが、手紙は消毒されるという話を聞いてびっくりしたことです。ハンセン病の方たちと直接出会うのは研究に入ってからですが。

篠原　ぼくの場合、70年代半ばから、折々に、「障害児教育」問題辺りで福地幸造さんなど兵庫の部落解放研の方たちとおつき合いがあって、80年代後半、福地さんから、島比呂志さんの小説『海の沙』[16]が送られてきて、そこから考えだしました。

篠原　話題を変えますが、2点目で考えたいこととして、日本でも、強制隔離以前のハンセン病患者たちは、一般社会からは排除されていたけれど、それなりに村的な共同体を作っていたということがありますね。しかもそこには、サンカや被差別部落民など、いろいろな人々がいた場合がある。藤野さんは、被差別部落の中にハンセン病患者とみられる人たちもいたと報告しています。

(18)　北条民雄(1914-37年) 1936年、「いのちの初夜」を『文学界』に発表。川端康成の絶賛を受け、文学界賞を受ける。この小説や「癩院受胎」、「癩家族」、「望郷歌」などは角川文庫で読める。『定本 北条民雄全集〈上〉〈下〉』(創元社 1996年)。国立全生園で逝去、同園で眠る。

このような話は、肯定的にだけ語るわけにはいかないだろうけれども、といって、隔離以前の状態を放置されていたとか、悲惨な生活をさせられていたとかいった具合に、近代礼讃的な振り返り方だけではまずいとも思いますね。ハンセン病患者たちは隔離以前には、シャバのなかでお互い同士がせめぎ合ったり助け合ったりして、何とか暮らしていた。そんな暮らし方を改めて振り返ってみたいのですが。

藤野　どうしてハンセン病に関心を持ったかと言うと、部落問題をきっかけで、別府的ケ浜の事件を知りました。1922年に、警察官が民家を焼いた事件なのですが、それは閑院宮という皇族が近々別府に来るので、見苦しい民家を焼いたことから始まる。なぜ見苦しいかというと、そこが被差別部落であったからと言われてきた。でもそこに部落はない。なぜそのように言われてきたのかということを調べてみたというのがきっかけです。そこはいわゆるサンカの集落でした。ところが地元の『大分新聞』をずっと繰っていくと、その集落に4人のハンセン病患者がいて、その患者が別府温泉街を放浪して湯治客に物乞いしているということが問題になっていたことが分かった。私には、近々閑院宮も来るというときに、ハンセン病患者を追い払うために、患者も暮していたサンカの集落を全部焼いたということが見えてきた。そこで初めて、なぜそんなことがあったのかというのが、ハンセン病を研究するそもそものきっかけでした[19]。

この事件の本質は、被差別部落の問題であると間違ってずっと伝えられてきたわけですが、調べていくと、逆にハンセン病と部落問題のつながりが見えてくる。部落によってはハンセン病の患者をかくまったとかいう話も聞きましたし、実際に被差別部落には、江戸時代から、同じ身分同士で結婚して血族結婚が多い、だからハンセン病が多いという誤った偏見があったのも間違いない。これが部落に対する結婚差別を助長してきた。同時に、被差別部落の劣悪な衛生環境や貧困のなかでの栄養状態がハンセン病を発症させやすい状況にあったとも思いますね。

そういう意味で、たまたまある部落で患者が何人かいると、それが拡大解釈されて、被差別部落にはハンセン病が多いという偏見をさらに強めてしまった。そういう感じでハンセン病患者をかくまった部落も奈

(19)　藤野、pp. 11-17

良県にあるという事実もある。被差別の連帯があった土地もあるし、一方で、お互いに差別を助長しあったことも事実ですよね。

篠原　強制連行されてきた人たちが朝鮮人部落を形成してきたわけですが、そういうところに日本人のハンセン病患者が暮していたという経過はありますか。

藤野　それはわかりません。いま日本の1年間のハンセン病発症患者は10名もいないけれど、そのなかの多くがアジア系の「不法就労者」で、きびしい労働条件で働いていたなかで発症すると言われています。強制連行された朝鮮人のなかに患者が出たとしても不思議ではない。それが逆に一方では、朝鮮人にハンセン病が多いという偏見を作ってしまったということもあるのではないでしょうか。ここでも民族差別とハンセン病が結びつきます。

青木　先ほど藤野さんは「かくまう」という言葉を使いましたが、それはどういう意味ですか。ハンセン病患者と被差別部落のひとびととのあいだにある種のシンパシーがあったということですか。

藤野　放浪してきた、ハンセン病患者のおばあさんを部落のみんなで看病した。おばあさんは隔離されたくないから、ここにおいてくれと。部落で守っていたけれどバレてしまって、おばあさんは連れて行かれたという話が奈良県のある部落にはあります。

篠原　それはいつごろの話ですか。

藤野　多分戦前だと思います。それは実際にテレビ朝日のクルーが行って取材して、インタビューもしてきた。でもそれはオンエアされなかった。これは言い伝えですが、差別された者同士が助け合ったんだと言われている。一方ではもっともっときびしい問題がある。一概に被差別者同士の連帯とは言えないけれど、そういう時代もあったんですね。

差別しあいながら助け合いながらも

篠原　藤野さんは、差別された者同士が痛み分けをし、助け合って一緒に暮すという通り一遍の描き方については慎重でありたいと言われていますが、ぼくもそう思います。そういう状況のなかでお互いが差別しあうという話も含めてあるわけです。その辺りについて、被差別部落のなかの人々の関係とか、湯之沢地区の人々の話とかで、少ししゃべっていただけますか。

藤野　湯之沢地区についても実情を見ると、かなりひどい話があるわけですね。ハンセン病患者自身が湯之沢に暮らしながら、そこで旅館を経営し、そこにまたハンセン病患者が湯治に来るんですが、お互い同じ病人同士がいたわりあったかというと、かなり高い料金をふんだくったりするなど、患者の旅館経営者が患者の湯治客を差別したとかいう話はずいぶん聞きました。

一方、熊本市郊外の本妙寺周辺に住んでいた患者集落では、住民同士が助けあっていこうと、相愛更生会という互助会を作っていた。最後はつぶされてしまうのですが、助け合ったケースもあるので、一面的にどちらとも言えない(20)。

篠原　人間がいろいろななかで暮していって、助け合うという側面と差別しあう側面が一緒にある。だから、その全体を生きることしかないとぼくなんかはこだわるんですが、そういう文脈で、ハンセン病者の集落を改めて描きなおすことに興味がありますね。そういう描き方をする手がかりを藤野さんは持っていらっしゃいますか。

藤野　いまはそういうことを余り積極的に考えていません。こういう話は、いまの段階になると殆ど伝承化してしまっている。いま話を聞ける方たちは、そういうひどい時代を知らない。戦後ひどかったけれど、それでもよくなってきた時代ですからね。差別をし合ったという話は何代か前の明治、大正の話になってしまって、確証を得るような証言がなかなか得られない。いまから30年くらい前の1960年代、70年代までに書かれた本だと、まだ古い時代のことを知っている方が結構いて、そういう方々の聞き取りが残っている。

たとえば多磨全生園の入所者自治会の70年史『倶会一処』はそういう時代の体験者が生きている

(20)　患者集落であった湯之沢地区や本妙寺周辺が、隔離政策の中で消滅していく経過については、藤野、pp. 320-339参照。なお、本妙寺は、加藤清正の廟もある日蓮宗の名刹で、熊本城主、細川家の保護を受けたことがある。本堂に到る長い階段には、ハンセン病患者が物乞いをしていた。彼らは、その周辺に、集落を作っていた。

時代にできた本ですから、それを読むと、本当に患者同士がいたわりあうどころか、かなりひどいことをしていたというところが見えてくる。療養所のなかで若い女性が入院してくると、一方的に誰かにおしつけるというような女性差別が行われていたといったことも。

青木　結核について言えば、患者や家族が周囲の人達とどんな関係をつくりながら生きているかという話だと思います。ぼくは、結核患者の生活をどんなふうにまとめようかと考えたときに、患者に限らず、人はきちっと右とか左とか割り切って物事を考えたり行動したりできない弱さを持っており、それは逞しさと言ってもいいのですが、その全体をそのままに描き出したいと思いました。

結核患者や家族の場合、少し抽象的ですが、家族や親戚の中に患者が出ると、その家に対して周辺の人々は差別的な対応をする。たとえば患者の家の前を手で口を押さえながら走るとか、露骨に「肺病病み」と罵るとか、お互いに付き合いがなくなるとか、いろいろな形があります。同時に、患者に同情して尋ねて来る人もいるわけです。こうした関係は家族にもあって、同じ屋根の下で暮らすと感染が怖いからと裏庭に離れを作って別々に暮らしたり、療養小屋を作って意図的に家族と切り離したり、あるいは、病気がなかなか快復しない患者に腹を立て口汚く罵ることもしばしばあるわけです。しかし、そんな家族も食事時になれば患者のために食事の世話をし、身の回りの世話をする。あるいは一生懸命家計を切り詰めて良薬を買い求めたりする。こうしたゴチャゴチャとした関係を見ると、人の本音が見え隠れして人間臭いなと思いますし、とりたてて結核患者だけの話ではなく、よくある話だなとも思いますね。

アジアの各地で日本側防衛のための隔離政策

篠原　話を少し戻すことになるのかもしれませんが、日本はアジアの各地を占領し植民化していくわけですが、日本側の報告ですから、勿論けちをつけているのですが、台湾などでは「癩が余り世に忌み嫌われない」と述べていますね[21]。ここにも、隔離以前には、ゴチャゴチャ、ハラハラする日常の暮らしがあったと想像するのですが、いかがですか。

藤野　ハンセン病患者が忌み嫌われていなかったわけではない。どこでも外見に病気があらわれて、その外見に対する恐怖感があったし、差別はあったけれど、日本は、植民地や占領地に絶対隔離という日本型隔離を持ち込むわけです。それまでは結構地域で共存していたわけだけれど、日本が、療養所を作って患者を隔離することで、恐ろしい伝染病だという偏見を急速につくっていった。台湾でも朝鮮でも中国でも、日本と同様な状態にしたのですね。

篠原　占領前の、アジア各地のハンセン病に関する歴史はいままでに書かれていますか。

藤野　朝鮮でも台湾でも、欧米人の宣教師たちがキリスト教の療養所を作っています。それは隔離というよりも、宗教的な救済を与えるという施設で、日本にとってはそれが問題だった。欧米人たちがキリスト教主義の病院を作って、そこで変な自由主義思想を教え込んでは困る、独立運動など反日的な思想をつくるのではないかと。だから対抗して、総督府が施設を作るわけで、それで強制隔離、全員隔離をしようというわけで、植民地政策の一環でもあったのですね。そういう点で、隔離の実態はより一層きびしかった。トラックに患者をいっぱい乗せて連れて行ったとか、トラックが揺れるたびに患者が落ちて死んでいったとかいう話は聞きました。

(21)　藤野は、各地の植民地・占領地における、日本側のハンセン病政策を批判的に検証しながら、アジア各地に対する戦争責任を論じている(藤野、pp. 347-446)。そのなかで、日本側に見えていた、各地の伝統的なハンセン病者の暮らしとハンセン病観を紹介しているが、日本側は、各地のそのような事態を「無為無策」とみなして、彼らを「隔離・抹殺」していった、そんな経過を述べている。

例えば、台湾総督府は、日本人への感染を防ぐことを主なる目的として、1930年、楽生院という隔離施設(収容定員 100人)を設立したが、1939年には、定員700人に増やしている。同院長、上川豊は、「(これで)台湾の収容能力は内地、朝鮮に比較して漸く互角の状況になった」と自負しているが、一方で、台湾では「癩が余り世に忌み嫌われない事」と「気候に寒冷の季節なく、島人は天然の資源にも恵まれて、比較的に生活しやすい事」のため、逃走する不心得な患者がありがちと嘆き、より一層隔離を強化しなくてはならないと断言している。藤野、pp. 355-373参照。

園内でも独立的な運動や反日的な言動をとった患者に対してはものすごい処罰をしている。今年1月(2005年)に韓国の旧「小鹿島更生園」(1934年開設)に行ったときに、植民地時代に断種を受けた男性の話を聞きましたが、その方はクリスチャンで(園内に設けられた)神社参拝を拒否したので、反日分子とみなされて断種を受けさせられました。

篠原　占領している日本人の側が感染しないように、現地の患者を排除する、隔離するという意図があったようですね。同じことは、戦後、沖縄に米軍がやってきたときにも見られる。自分たちが感染しないように徹底して隔離していますよね。

藤野　開戦前夜、日米関係が悪くなってきて、南方戦線の必要が出たときに台湾は南方に対する要地ですから、台湾での隔離が徹底的にきびしくなる。明らかに日本の兵隊に対する感染を防ぐのが目的です。戦後、沖縄では、米軍が、そのことをもっと激しく行っている(22)。

青木　それは具体的にいうと何年ごろですか。

藤野　1930年代終わりごろ、日米関係が危なくなって、南進論が出てきて、東南アジア・太平洋地域へ進軍となったときに、台湾の重要性が増してきて、日本はそこでの隔離をきびしくしていくわけです。

青木　結核の場合、1936年に国が率先して結核予防国民運動を組織しますが、これは陸軍の結核感染者が1930年頃から増加したことが直接の原因です。また、徴兵検査でも若者の体力低下が著しいことがわかり、そのために政府も結核対策に本腰を入れるようになったわけです。結核の惨状はもっと以前からわかっていたのですが、軍隊などに直接影響が出ないと、なかなか政府も動きません。

藤野　徴兵検査の問題ですよね。戦争は激しくなると、結核やハンセン病は絶えずきびしく見張られる。

篠原　強制隔離の話には戦争の話があって、邪魔者はどこかへ行っていてくれということがある。ハンセン病患者の強制隔離は、戦争の歴史とセットになっているんですね。

皇室を補完したキリスト教の役割

篠原　次の質問に移らせてもらいますが、3点目は、らい強制隔離政策を進めるにあたって、皇室と宗教の連携的寄与ということです。ここには、仏教の話もありますが、特にキリスト教の問題がありそうですね。たとえば日本MTL(Mission To Leprosy)といった、賀川豊彦などの仕事がある(23)。長島愛生園

(22)　沖縄は、戦後、1950年までアメリカ軍政府の、1972年までアメリカ民政府指揮下の琉球政府の支配下に置かれていて、以後、日本に返還されるのだが、アメリカ軍政府下においては、完全隔離が布告されている。アメリカの将兵・軍属、その家族への感染防止が、その主なる目的と言われている。しかし、琉球政府の下で、1961年、「ハンセン氏病予防法」が成立したが、そこでは(本土の「らい予防法」にはない)「退所」と「在宅治療」を可能にする規定が含まれた。そして、実際に「在宅治療」が開始されている。その意味で、確かに「らい予防法」より進んだ側面があるが、治癒退院した元患者も監視下に置かれること、外出規制と罰則、懲戒規定は「らい予防法」と同様であること、さらに、「らい予防法」にもない隔離以前の患者の行動規制があることなどが明記されているので、強制隔離にそった従来の問題はここでも明確に存在している。藤野、pp. 607-627参照。

(23)　賀川豊彦(1888-1960)、徳島で生まれる。神戸神学校卒業後、新川(神戸)の貧民街でキリスト教伝道と貧民救済事業を開始。戦前は、関西労働同盟会、労働農民党、消費組合の結成、そして戦後は、日本社会党の結党にかかわった。戦後直後には、勅撰の貴族院議員になっている。禁酒運動にも廃娼運動にも取り組むが、一貫してある使命は、日本民族を「神に祝福される民族」「白人と対抗しうる優良な民族」にすることであった。アルコール依存症、梅毒、ハンセン病などの撲滅こそ、その目的に見合うと考えたが、こうして、1925年、全生病院訪問を機に、賀川らは、欧米の同様の運動に倣い「日本MTL」を立ち上げている。非キリスト者光田も発起人のひとりである。そのなかでは「隔離療養事業の完成促進」などを謳っている。なお、「日本MTL」は、楓十字会(1941年)、日本救癩協会(1942年)と改称して、いよいよ「皇室の御仁慈」と結合し、「東亜救癩」「南方共栄圏の救癩」までも主張していく。賀川は、「私が何故癩病問題を喧しく云うかと云えば、それは国民の社会的能率を上げるのに云うのである」と述べている(『雲の柱』6巻3号、1927年)。長島愛生園を舞台にした小説『東雲(しののめ)は瞬く』(実業之日本社、1933年)があるが、自伝的小説『死線を越えて』は広く読ま

の医師であった小川正子[24]や神谷美恵子[25]の話もそうだが、彼ら、彼女らクリスチャンが、光田健輔のらい隔離の仕事、貞明皇后に託された皇室の「仁慈」を、宗教的な言説で美しく飾って、補完、補強してきたというところがあると思うので、その辺りを整理してみたいのですが。

藤野　これはたいへんなテーマです。ぼくが唯一回、ハンセン病関係の会合で、三笠宮智仁夫婦と偶然会いましたが、普段はありえないことなので、びっくりしました。とくにハンセン病の場合は皇族の役割が過大に言われる。それが他の分野と違っている点で、非常に違和感を感じてきた。

ハンセン病患者を隔離して虐待しておいて、皇族がお金を出してやさしい言葉をかけることで、隔離された者をなだめてきた。まさに表裏一体ですね。戦前は男性皇族は軍人で、女性皇族は社会事業に関わっていた。軍国のために患者を隔離し、隔離された患者に女性の皇族がお手元金を出したり、やさしい言葉をかける。それで、あなた方はこれだけ皇族から心配を受けて、これだけ憐れんでいただいているのだから隔離に応じなさいと。とくに貞明皇后がその役割を負った。結核は香淳皇后ですね。それが強制隔離の悲劇の実態を隠してきた。

このことは、戦後も一貫しています。絶えず皇族が来る。普通われわれが天皇や皇族に会うことはめったにないけれど、療養所にいると何年に1回かは来るわけですから、ハンセン病療養所の人たちは会う機会が多い。そういうなかで自分たちは皇族に救われたと本当に思っている方が多い。ぼくらが批判すると、すごくお叱りを受ける。

篠原　そのへんの話は藤野さんのものを読んで、いやというほど知ったけれど、もうひとつ、思ったことだけど、皇室とキリスト者それぞれの役割は、すごくつながっているのですね。確かに、唯一神以外のものは一切神と認めてはいけない、天皇を神と見るなどとんでもないといった、内村鑑三らに代表される、もうひとつの流れはあるけれど[26]、たとえば飯野十造と

れている。『賀川豊彦全集』全24巻(キリスト新聞社、1962-64年)。藤野、pp. 86-88、pp. 118-124参照。

(24)　小川正子(1902-1943年)、山梨県出身。東京女子医学専門学校(現東京女子医大)卒。1932年、長島愛生園で光田の下で医務嘱託。34年、同園の医官になる。以後、瀬戸内海の島々や四国各地を訪ねて、地方官庁の協力を得ながら、患者の検診と収容の説得、そして予防思想の啓蒙のための講演をした。『小島の春』(長崎書店、1938年)は、光田によって医師の義務として要請されていた、それらの記録をまとめたものである。1940年には、それは映画化されている(東京発声映画社、監督豊田四郎、主役(「小山正子」)夏川静江)。小川は少女時代、母親と共に教会に通い、学生時代には、無教会派伝道者の塚本虎二の聖書講義を受けている。光田を敬慕し、同書の巻頭には、光田の写真を掲げつつ、「四十年の間、癩者の慈父としてその尊き生涯を献げつくさせ給へる我が師光田先生にこの手記を献ぐ」と記している。在職中、肺結核になり、やがて退職、郷里で死去。藤野、pp. 206-231参照。

(25)　神谷美恵子(1914-1979年)、岡山県出身。若い頃、父、前田多門の関係で、スイス、アメリカなどで暮らす。1933年、キリスト教伝道者の叔父に連れられて、初めて多磨全生園を訪問、礼拝のピアニストを務める。東京女子医専で学びつつ、精神医学に関心を持つ。1943年、長島愛生園の12日間実習で、光田の影響を受ける。1956年より、光田の協力の下、同園にて、らいの精神医学的研究を開始、定期診療も。1965年、同園神経科医長。邑久光明園、大島青松園でも診療に従事。1972年、長島愛生園を退職。この間、大坂大学、神戸女学院大学、津田塾大学で、精神医学や英語などを教える。M. フーコー『臨床医学の誕生』『精神疾患と心理学』などの翻訳をしながら、『精神医学と人間—精神医学論文集』(ルガール社、1978年)や『人間をみつめて』(朝日新聞社、1971年)などを出版。後者には「らいとともに」や「島日記から」があるが、前者で「光田健輔の横顔」を読むことができる。『神谷美恵子著作集 全10巻 別巻1 補巻2』(みすず書房、1981-84年)。

(26)　内村鑑三は、「無らい県運動」の進行中に「この日本に一人だけ、将来科学の進歩によって治療薬が発見される時が来る、と言った者」として、多磨全生園で暮らす無教会キリスト者、松本馨によって評価されている。『生まれたのは何のために—ハンセン病者の手記』(教文館 1993年 p.25)参照。しかし、内村も、「癩病」を罪のメタファーとして用いていて、イエスの「癩病」を癒す風景に言及して、イエスに従うことで、「癩病に等しき罪は直ちに潔くなる」と説いている。内村鑑三著作集第13巻(岩波書店 1953年 p.148)参照。

いう牧師が満州に出掛けていくとき、伝道の話もあるが、皇国思想をしっかり述べている。天皇家のメッセンジャー・ボーイとしてキリスト教の牧師が植民地に入っていくわけだけど、おそらく飯野には矛盾が全然ないんですね[27]。

賀川豊彦なども、その流れに属すると思うけれど、戦後も微妙に、皇室と一部のキリスト者は「病者の救済」でつながってきたと思いますね。天皇家のもつ宗教性というか聖化、浄化という話とキリスト教のそれらとがドッキングしていく。キリスト教と皇室という話をどう考えたらいいのでしょうか。

藤野　戦前、日本のキリスト教は天皇制と矛盾しないことを証明することによって布教の自由を得たわけです。1911年に三教会同という神道、仏教、キリスト教の三教の代表が内務省に呼ばれるのですが、国民の思想教育に協力するということでキリスト教は仏教、神道と対等に扱われた。それでキリスト教は体制補完になる。賀川にしても天皇制の問題は別問題です。日本が欧米に対して異教の国だったけれど、そこにキリスト教が広まることによって日本も神によって喜ばれる国になるんだという使命感をもって一生懸命貧民窟伝道などをやるわけです。その「神に喜ばれる国」というのは、天皇をいただいた大日本帝国なんですね。それがキリスト教的な倫理観をもった国になってもらいたいというのは、迎合している面もあるし、同時に天皇制下の倫理観とキリスト教のそれが矛盾なく整合されていったとも思いますね。

賀川が作った日本MTLという、クリスチャンの「救癩」運動は、貞明皇后のご恩を訴えながら患者には隔離に応じるように説得し、隔離された患者には貞明皇后の恩を諭して隔離に甘んじるようにし、その上でキリスト教の福音を伝えていく。

牧師の飯野十造は、「満州」に行って満州癩予防協会をつくり、「満州」のハンセン病患者を救おうとするとき、貞明皇后のご恩を「満州」に拡大するという使命感をもっていた。日本の戦前のキリスト教は、そこはみんな善意でやったのかもしれないけれど、天皇制のもっている福祉的な面を自らの信仰と結びつけて伝えていった。それが多くの患者さんの心を捉えてしまい、戦後になってもハンセン病の療養所のなかでは、象徴天皇制以前の絶対的天皇制が生きているようなところもありました。戦前と同じように貞明皇后のご恩がずっと出てきて、癩予防法改正闘争のときも[14]、結局患者をなだめてしまっていますよね。いまでも強いですよ。

篠原　戦後の皇室とキリスト教との関係はどうなっていますか。

藤野　これはかなり分かれたでしょう。靖国の問題も絡んで、戦争責任を受けとめるなかで天皇制に批判的になった。一方で、日本MTLの後進、JLM(ジャパン・レプロシー・ミッション)などはまったく戦前と変わりません。JLMはMTLと同じことを言っています。今年(2005年)5月に発足したハンセン病市民学会[28]で触れようと思っていますが、JLMは隔離政策を正当化し、ハンセン病国賠訴訟の原告を冒涜することを言っているので、市民学会として反論するつもりです。JLMには、ハンセン病患者は皇族のご恩によって救われてきたのに、今度は裁判なんかやって恩知らずだといったふうな信じがたい議論がまだあります。

キリスト者にはなぜ「強制隔離」の自覚がないのか

篠原　イエスの奇跡のなかには、らい病を癒すということがあって、これらによって「イエスの愛と救い」が表現されています。聖書には、イエスは穢れたらい者のからだに触れたとか抱きしめたかとかありますが[29]、からだに触れるということを強調するということ

(27)　飯野十造、1886年、群馬県で生まれる。1931年、「神の愛、キリストの救い、貞明皇后の御坤徳」を伝えるため、御坤徳礼賛会を組織する。この会と日本MTLの使命をもって、「王道楽土」としての「満州」建国の一環として、「癩皆無国」を目指す活動に従事。満州癩予防協会設立に貢献。藤野、pp. 394-406参照。

(28)　ハンセン病市民学会、2005年5月、菊池恵楓園で発足。『検証会議報告』で提起された諸問題の更なる真相究明、日本を含むアジアの諸地域においてハンセン病問題に関わる、いろいろな立場の人々の交流、ハンセン病問題解決のための提言などを探る。この学会は、特に、高齢化が進む入所者の問題を射程に入れつつ、その分、全国ハンセン病療養所入所者協議会(全療協)と連携していくとしている(事務局長　藤野)。

(29)　「さて、らい病を患っている人が、イエスのところに来てひざまずいて願い、『御心ならば、わたしを清くす

は、当時の人たちにも、触れることについて一種のタブーがあったということだと思いますね。そのような聖書のモデルがMTLにも採用されているのですね。

藤野　キリストがハンセン病患者を癒した、それを自分たちも実践するということははっきりあげていますね。ハンセン病患者のおかげで自分の信仰が強まったという理解になっています。「私はあなたを救うことによって自分の信仰をもてる」という理解は、神谷美恵子などにも典型的です。

いま仏教団体のほうは、かつてハンセン病患者の隔離に関わり、無らい県運動を推進したという反省も強いですが、キリスト教はまだ、イエスの行いを自分も実践するというレベルでして、なかなかかつて隔離に関わったという認識をもってもらえない。宗教者の集まりをやっても、圧倒的に集まってくる人は仏教徒で、クリスチャンの方はごく少数です。

国賠訴訟をしても、クリスチャンは争いごとをしないとか、この世の審判を受けないということで、裁判に反対された牧師さんもおられます。日本キリスト教団は、ようやく控訴断念といった最後の最後になって裁判支援に踏み切った。キリスト教団のゼッケンをつけた牧師さんたちが何人か座り込んだ。しかし、その方たちは一部であって、あれだけみんなでイエスの実践をしたのに、なぜ隔離の片棒をかついだと言われるのかといった反論も強いです。

篠原　妻の父親は徳島の小松島で牧師をしていたんですが、義父母は、同郷の賀川先生をずっと慕っていて、ときどき説教してもらったりお泊めしたりといった関係があった。義母によると、賀川先生はアメリカの人たちから信頼された人だということで、マッカーサーは天皇制などについて、賀川にどう考えるかと聞いたようです。確かに、賀川は、戦後間もなく、天皇の平和を愛する心と日本人の天皇に対する尊敬の念を強調して書いていますね[30]。

皇室の「仁慈」は戦後も生き続けている

藤野　天皇制の問題は、ハンセン病の問題を考えるときに一番大きなキーワードになる。一般国民の天皇や皇室を敬う意識以上に、ハンセン病の人たちのは、異様に過剰です。

篠原　ハンセン病患者のなかで天皇制批判をやった人はいますか。

藤野　栗生楽泉園(群馬・草津)にいる谺雄二さん、長島愛生園(岡山・邑久)の宇佐美治さんなどは、天皇制問題を抜きにしては隔離は語れないということをおっしゃっていますね。こんな発言をすると周囲から非難がすごいです。ぼく自身が多磨全生園で講演したときに、皇族に敬語を使わなかったので、あとから入所者の方たちから抗議がきました。

今度の検証会議ではタブーをつくらないという原則で、皇室が果たした役割についても検証することにしましたが、これは相当内部でもめました。まず厚生労働省が反対しました。「厚生省批判はしょうがない、それは受けるけれど、皇族はだめだ」と。なぜならば皇族は批判されても反論できない。反論できない人たちを批判するのはだめだ、皇族については触れるなと。マスコミ代表の朝日、読売、毎日、サンケイの委員たちは「皇族の問題は慎重にしよう」と言いました。ぼくらは、それはおかしい、検証会議は、皇族個々人の批判ではなく、皇族の存在が隔離にどう使われたか、貞明皇后の和歌[31]が患者にどう使わ

ることがおできになります』と言った。イエスが深く憐れんで、手を差し伸べてその人に触れ、『よろしい。清くなれ』と言われると、たちまちらい病は去り、その人は清くなった。」(新約聖書マルコによる福音書1章40-43節)など。これは、イエスは、里の者たちの出入りするところで、らい者の体に直接触れたという風景になっている。イエスの行為にあやかって、「救らい」(=らい隔離)に貢献するという信念は「論語読みの論語知らず」の感を拭えない。

(30)　賀川豊彦は、『読売報知(現『読売新聞』)(1945年8月30日付)に「マッカーサー総司令官に寄す〜世界平和の奉仕へ広い心と思遣り 新世界への出発にひらけ窄き門」を寄稿している(『賀川豊彦全集 第24巻』pp. 413-416)。

(31)　貞明皇后(1884-1951年)、大正天皇皇后。和歌「つれづれの友となりてもなぐさめよ　ゆくことかたきわれにかはりて」(1931年、大宮御所の歌会)は、各療養所の石碑となって記念されている。癩予防法の成立(1931年)によって、全員強制隔離の方針が確定するのだが、世論への啓蒙と在宅患者の発見の必要から、同年、らい予防協会が設立された。そのリーダー、渋沢栄一らは、貞明皇后の「下賜金」によって、大いに鼓舞さ

れたかといったことを議論するのだ、とやり合いましたが、なかには右翼が来たらどうするんだなどと、バカなことを言った人もいました。

篠原　高松宮宣仁が戦後直後(1948年)に星塚敬愛園を訪ねたとき、園が用意した消毒服に着替えず平服のまま患者たちの中に入っていき、休憩時間には焼き芋を食べたそうですね。しかし、その次(1983年)に同園を訪問したときの風景はものものしく大仰であったようですが[32]、敗戦直後の皇室は自由だったけれど、ある段階から、むしろ戦前の皇族とハンセン病患者との関係が再現されるようになったと考えるべきですか。

藤野　戦後すぐは、天皇が「人間宣言」したあとだから、皇族たちもそれを伝えていくということで、一生懸命「人間皇族」になるわけです。背広で入っていってどんどん自由にふるまったので、その後の園内の様子はずいぶん変わったらしい。パフォーマンスみたいな面もあるのですね。

このことは、当時のGHQの方針でもあった。高松宮は当時の公衆衛生福祉局長、クロフォード・F・サムスとしょっちゅう会っています。皇族たちは軍服を脱いで、秩父宮はスポーツの宮様になってスポーツ奨励をやるし、三笠宮は学問で歴史をやったりする。高松宮は福祉で文化国家に貢献する。高松宮は福祉に関わるということでハンセン病を担当する。サムスが高松宮に対してもそういう役割分担をさせたのですが、見事な演出です。

篠原　皇室と結核との関係は？

青木　予防運動が始まった頃は皇室の影響力はほとんどなかったと思います。結核予防国民運動が組織された後の1939年、皇后よりご内帑金として50万円が出ますが、これをもとにして現在の結核予防会が組織され、秩父宮妃が予防会の総裁になります。皇室との結びつきが強まるのは、それ以降です。

藤野　結核の療養所を皇族が慰問するというのはどうですか。

青木　僕の知る範囲ではありません。ハンセン病よりも結核の感染力の方が強いことはわかっていましたので、訪問できなかったのかもしれませんね。

藤野　ハンセン病については、戦前は皇族の訪問はあるが、天皇・皇后はありません。戦前は貞明皇后の言葉を侍従が伝えるだけでした。天皇・皇后本人が行ったのは、今の天皇と皇后が初めてでしょう。

青木　戦後は10年も経たずに、結核療養所はどんどん縮小を始めますから、それもあまりなかったと思いますね。

藤野　結核の長期療養所の方たちが、自分たちがいまこうして結核の治療にあずかれるのは皇族のご恩だよという論理はあまりないですか。

青木　聞いたことがありません。

藤野　ハンセンの場合、戦後も、そういう論理が出てくる。

篠原　ご恩というのは具体的には何ですか。

藤野　貞明皇后がわれわれを憐れんでくださったから、戦争中もわれわれは生かされたとか、皇室のご恩があるという思いを持っている方がたくさんいる。

篠原　隔離のなかでは、主に「生活を充実する」という課題が一貫してあるわけですね。シンボリックな意味でも実質的な意味でも、皇室が「仁慈」を垂れてそこに寄与するというところがあったとすれば、患者たちは皇室によって守られたというのはある面で事実だという言い方はできませんか。

藤野　あれだけ貞明皇后がご恩を施してきた、お金も出してきた。それがあることで精神的にも救いだったし、物質的報いもあったというのは事実でしょう。でも戦時中もどんどん強制隔離を激しくやっている。それでもわれわれはいたわっていただいているという論理を作ってきたんですね。

いまでも貞明皇后の和歌[31]が石に刻まれて、どこの療養所にもあるし、それにメロディがつけられて、いまでも歌われている。戦前の皇族のご恩という論理がハンセン病の療養所では見事にいまでも息づいていて、あんたたちは皇族のご恩を受けているんだから不満を言ってはいけないという感謝の強要になってきた。それが戦後の患者運動を抑えてきた。癩予防法改正運動のときも、国賠訴訟のときも[33]。

れている。戦後、貞明皇后の死去に際して、その遺徳「御仁慈」を偲んで、財団法人楓風協会が、らい予防協会の「救らい事業」を継承して再発足している。藤野、pp. 125-137、pp. 520-532参照。

(32)　藤野、pp. 631-634参照。

(33)　皇室と藤楓協会の「功績」については、藤野pp. 628-640参照。

なぜ光田はかくほどに権勢を振るえたのか

篠原　4点目ですが、光田健輔は長期にわたって(1914-1957年)、国立療養所の全生病院院長、そして自ら設立に関わった長島愛生園の園長をしましたね。政治権力の文脈からいえばそれほど中枢でもないのに、この人がシンボル的な存在以上に積極的、実質的に政治力を発揮し、明治、大正、昭和にかけて、あるいは戦前、戦後を通して、どうして、かくほどに強制隔離政策をリードしえたのかということに、ぼくはすごい関心を持ちました。

光田の役割と言動が、時代迎合的で、時代の象徴性を持っていただけであれば、明治から昭和へとか、戦前も戦後もということはありえないと思うのですね。ぼくは滅多にこんなことは言いませんが、彼の人物研究をしてみたい気持ちになっています。彼のカリスマ性、才能、人間性、信念とか、その形成過程としての生活史などについてですが。

藤野　光田のキャラクターもあると思いますが、1907年当時ハンセン病の医学に関わっていた医師は光田氏以外にもいなくはなかったけれど、数は少なかったから、希少価値だったことは間違いない。

篠原　なぜ彼はハンセン病医学に関心をもったんですか。

藤野　本人の回顧録[5]を見ると、東京市養育院の医官となって、東京市内の行路病患者たちを収容して、そのなかにハンセン病患者が多かったということから、彼がハンセン病に関心をもった。身寄りがない病人たちだから、光田はそこで患者が死ぬと無断で解剖していた。それでハンセン病の病理標本をいっぱい作る。そういうことが光田にとって大きな財産になった。当時他にハンセン病患者の遺体を解剖して病理標本を作った医師はいないから、彼がハンセン病研究の第一人者になっていった。これは間違いではないと思いますね。

もう1つ、彼自身は大学医学部を出た医師ではない。彼は済生学舎で学んで、古い医師法の時代に医学部を出なくても医師になれたんですね。そこを出てずっと病院で見習い勤務をして、一定のキャリアを積むと国家試験を受けられた。光田が試験を受けて何年かすると、医学部や医専を出なければだめになる。彼は医者になったけれど、日本の医学界をまとめてリードするのは帝国大学医学部の連中だから、そういうところで光田が対抗するには、誰もやっていない病気のハンセン病だったわけです。光田はここで勝負するという感じで取り組んだ。

彼の意見がどうして政策に反映するかということだが、養育院というのは東京市の施設で、渋沢栄一が援助した。渋沢は財界の大物ですから、彼は政界や官界に人脈があります。光田は養育院で渋沢と知り合いになって、渋沢を通して政界、財界、官界にパイプを作っていく。大隈重信にもつながりができていく。そうやって政治的にも大きな発言力をもっていくようになった。そのあたりが光田がこれだけの力を持っていく背景にある。

さらに、当時の衛生行政をやっていたのは内務省で、内務省の官僚はだいたい法学部出身ですから、法学部出身の官僚たちは医療のことはわからない。どうしてもハンセン病になれば光田の意見を聞かざるを得ない。ということで光田はハンセン病医療の第一人者として政策に強い発言力をもっていくようになる。

そうすると光田のもとにハンセン病に取り組もうという医師が集まってくる。彼の全生病院や長島愛生園にそういう医師が集まってきて、光田の指導を受ける。光田は大学は出ていないけれど、ハンセン病の医療の頂点に立って、たくさんの弟子を作っていく。彼らが各療養所の医師になっていく。そうやって大きなピラミッドを作っていくわけです。

青木　結核のことで聞き取りをしたお医者さんが、光田のことをよく知っていて、そのときは光田さんのことが話の中心ではありませんから、チラッと出ただけですが、すごく崇拝していることがわかりました。光田さんは結核の研究を初期にはやっていなかったのですか。

藤野　養育院の医師だったからいろいろな病気を見ていると思うけれど、そのなかで彼は、特にハンセン病患者のことをやっていったんですね。

篠原　ハンセン病医療の世界のなかでも、一番高い地位は、長島愛生園園長よりも中央官庁のしかるべき職のような気がしますが。

藤野　所長たちは行政官にはならないけれど、現場の一番の専門家として政府のいろいろな機関の諮問に答えたり、委員をやったりして政策に反映させていくという形で関わっていく。結核政策については結

核の専門医の諮問があるんですか。

青木　結核療養所所長たちと内務省の機関が政策を推進していく構造があります。

篠原　そういう点では、例のらい予防法 (1953年) に先んじて行なわれた、国会での光田ら三園長発言というのは代表的、実効的なもので、ハンセン病関係者のもっとも権威づけられた発言というわけですね[34]。

藤野　だから光田の発言には意義がある。彼は何度も政府に意見書を書いていますし、そういう彼の地位は一園長にすぎないというわけにはいかない。ハンセン病の第一人者だから政府も意見を拝聴する。

光田の人物研究より「国の責任」を問い続ける

篠原　長島愛生園で、光田の下で、時代は違うけれども、小川正子[24]も神谷美恵子[25]も医師として働いていますね。ふたりともクリスチャンで、光田をすごく崇拝している。偉い学者とか権威というだけでなくて、当然人柄もあって、影響力をもったという側面もあると思うんですが。

藤野　光田は患者に対しても使い分ける。光田の意向にそった、特に高学歴でいい家の、インテリの患者さんたちを優遇する。そういう患者さんたちを舎長にして他の患者を管理させる。隔離のときも普通の患者は、お前はあっち、お前はこっちと、モノ扱いされたと言うけれど、一部の人たちだけは、よく来たなと抱きかかえられた。優遇された方たちは、光田先生は温かい方だと今でも言うわけです。温かい人間だという意見と、ひどい冷たいと言う人と、話を聞く相手によって全然違いますね。

篠原　強制隔離が戦争に加担した、協力したということがありますが、その中心人物が光田だったわけですが、戦後、彼は戦争との関係で何か発言していますか。

藤野　戦争中の自分の言動に対する反省はまったくない。むしろ戦後になって、患者は民主主義を履き違えている、何をやってもいいと思っていると、患者運動に対して抑圧的な言動をしています。光田が戦後も隔離政策に固執した一因は、患者運動への敵意です。

検証会議では光田の人物検証をやるべきかという議論はありましたが、光田個人に責任を転嫁してはいけないんじゃないか、国家の責任なんだからということで、あえて個人研究はしなかった。

篠原　そこは藤野さんはどう思いますか。

藤野　光田がいなかったら、こんなことは起きなかったかというと、結局光田がいなかったらいなかったで、違う人物が代わりをやったのではないかと思うし、光田のキャラクターは強いけれども、光田も国家の政策の一環で動いたわけだし、そういうときに彼だけをターゲットにして特出させることは国家の責任を弱めてしまうんじゃないか。

篠原　そこはわかりますね。たとえば、例の三園長のなかのひとり、菊池恵楓園 (熊本・合志) 園長の宮崎松記の発言は、あそこのなかでは光田の強制隔離を強化する発言を補完している[34]。それに対して、同園患者の子どもたちが地域の学校から通学拒否されるという「竜田寮児童通学拒否事件」(1953年) では、彼は告発側の先頭に立っていますね[35]。

---

(34)　40年代から50年代前半にかけて、プロミンの著効性が認められ、それが普及しつつあったし、第5回国際らい会議 (ハバナ、1948年) では、非伝染性患者の隔離を否定する勧告が出されていた。全癩患協は、このような状況の中で、癩予防法 (1931年) の改正を求める運動を開始したが、それは強制収容条項の削除を求め、一時帰省・退園を法定化することなどを目的とした。しかし、国会における参考人発言において、多磨全生園長・林芳信、長島愛生園長・光田健輔、菊池恵楓園長・宮崎松記は、これらの流れとは逆行する隔離と懲戒規定の強化を主張している。らい予防法は、三園長発言に沿って成立した。なお、光田は、この直前、ハンセン病医療への功績を称えられて、文化勲章を受けている (1951年)。藤野、pp. 494-519参照。

(35)　竜田寮は、菊池恵楓園在園者の子どもたちが、1942年以来、暮らしてきた生活寮だが、そこからの校区の黒髪小学校への通学はずっと拒否されていた。1953年、園長宮崎松記は、校長及びPTA会長を相手取り、熊本地方法務局に、通学拒否は子どもたちに対する人権侵害であると訴えたが、そのことは一応認められた。しかし、反対派住民の抵抗の中で、この事態はなかなか打開されることなく進行する。1955年、子どもたちは、一年生に関しては、黒髪小学校に通学させることにした。とはいえ、黒髪小学校へ通うことになった一年生の場合、

外での発言と内での行動とは矛盾しているように見えます。当該の子どもたちは患者でないからということもあるのでしょうが、光田にはそういう話はないんですか。

藤野　光田は、ああいう問題にはノーコメントだった。宮崎にしても、患者は強制隔離するけれど、子どもは患者ではないからと言うだけです。

篠原　いままで光田を称揚する人物研究があった。ひっくりかえした人物研究をやってもしょうがないということはありますね。

藤野　小川正子論にしても、賛否両論含めてある[36]。光田健輔のはもっぱら絶賛する伝記ばかりです[37]。例えば、今年(2005年)刊行された末利光の『ハンセン病報道は真実を伝え得たか』(JLM)にいたっては、光田と小川を絶賛するあまり、国賠訴訟の原告を誹謗するひどい本です。

一方、光田個人を客観的に論じた研究はない。人物研究の必要性はあると思うけれど、いまそれを展開すると、彼が悪かったになってしまう。そこにあまり踏み込むと、国の責任が怪しくなる。

今回の裁判でも戦後医務局長として関わった大谷藤郎さん[38]が、裁判で原告側に近い証言をしたわけです。それが裁判の勝利につながったというので、すごい評価を受けているけれど、大谷さんは結局自分が間違っていたと言って、国をかばっている。その意味で、検証会議では、光田の人物検証はしませんでした。結核にはこういう権威はいなかったんですか、光田みたいな。

北里柴三郎の役割は光田とは違っていた

青木　昔でいえば北里柴三郎だと思いますが、確かに結核で北里が果たした役割は大きいと思います。しかし、ハンセン病の光田健輔とは少し違った役回りだと思います。結核の場合、結核菌を発見したコッホの弟子である北里の存在は最初から大きいものがありました。ただ、ハンセン病のような強制隔離とか民族浄化といった話と強い繋がりがあったわけではないですが、全国に予防団体を組織していくときなど、北里の名前が果たす役割は大きかったと思います。発言の中身はありきたりの内容で、むしろ、その弟子である志賀潔、北島多一、宮島幹之助、高野六郎といったメンバーが、日本の結核対策を推し進める上で重要な役割を果たした人達ですから、北里個人よりも北里一門として大きな影響力を誇示し続けたのだと思います[39]。

篠原　ぼくは研究者としてしか知らなかったけれど、行政的な発言もあったのですね。

青木　北里は34歳で渡独、41歳で帰朝しますが、最初のうちは研究一本だったようですが、60歳を過ぎた頃より行政的にも大きな影響力をもつようになります。大日本医師会会長、貴族院議員、大日本私立衛生会会頭、中央衛生会長などの重職を歴任するわけですが、特に政治的に踏み込んだことを発言するようなことはなく、もっと裏方の内務省などの基本施策があって、それを柴三郎の口を通して具体化していくという役割だったと思います。

篠原　どういうことをやりましたか。

青木　細菌学者としての功績を除けば、北里の一番の仕事は、1913年に日本結核予防協会の設立に尽力したのを始めとして、その後全国に結核予防団

竜田寮からではなく、わざわざ熊本商大学長官舎の隣接地に竜田寮分室をつくって、そこから通わせるという妥協を強いられている。さらに、四年生以上に関しては、従来どおり、竜田寮内で授業を受けることになった。藤野、pp. 566-585参照。

(36)　島比呂志『小川正子の虚像―らい予防法の改正を』(岩波ブックレット、1991年)、荒井英子『ハンセン病とキリスト教』(岩波書店、1996年)、pp. 41-134、坂入美智子『潮鳴りが聞こえる―私の小川正子』(不識書院、2001年)参照。

(37)　例えば、内田守『光田健輔』(吉川弘文館、1971年)

(38)　大谷藤郎(1924年-)、厚生省公衆衛生局長、医療局長などを歴任。その間、ハンセン病、精神障害などの法律・政策の立案に従事。現在、財団法人楓風協会理事長、高松宮記念ハンセン病資料館長など。『現代のスティグマーハンセン病・精神病・エイズ・難病の艱難』(勁草書房、1993年)、『らい予防法廃止の歴史―愛は打ち克ち 城壁は崩れ陥ちぬ』(勁草書房、1996年)など。

(39)　北里柴三郎(1852年-1931年)、1885年に渡独、コッホのもとで細菌学を学ぶ。1889年に破傷風菌の培養に成功。帰国後、伝染病研究所や北里研究所の所長、貴族院勅選議員、日本結核病学会会長を歴任。

体を組織することに努力しました。現実的な影響力という点で言えば、北里は理論家いうよりもむしろ運動家であったと思いますね。

藤本松夫の冤罪とハンセン病差別

篠原　5点目に語り合いたいことは、藤本差別事件です[6]。これは、ハンセン病とされた藤本松夫に対する、それゆえの冤罪ですね。彼が事件に巻き込まれるのが1951年、殺人罪に問われたまま死刑になるのが1962年ですが、この十年間、そして今日なお、冤罪であったということは法的には認められていませんね。ただ、今回出された『検証会議報告』では、冤罪であることを認めていますね。この報告書が「国の仕事」とされているのですから、画期的なことと言ってよいのではないでしょうか。藤本差別事件の構造は、女子高校生殺しとされてしまった石川一雄と部落差別問題[40]や、幼児強姦殺人事件の犯人とされた赤堀政夫と「精神薄弱」差別の問題[41]ともつながっていると思いますが、しかし、部落差別には教育や貧困の問題があるだろうし、「精神薄弱」の問題には「常識的判断力がない」とか「人間の感情を理解できない」とかという決めつけがあると思うんです。ハンセン病とされた者が冤罪に追い込まれる事情には、それらと同じ部分と違う部分があるのではないかと思いますが。

藤本事件の場合、ハンセン病に対する強制隔離ということがあって、そのうらみつらみがあるに違いないという憶測が強調されましたね。そして彼がやったにちがいないというところに入っていく。つまり、ハンセン病と冤罪の関係には、強制隔離というキーワードがあるように思いますが。

藤野　この事件は、戦後の無らい県運動が盛んになって、熊本の菊池恵楓園が1000床の増床をやった頃に起きている[42]。熊本県下では、ベッドを増やしたから、どんどん隔離をやるというので、「患者をどんどん摘発しろ」と徹底的に行われていた。藤本松夫はハンセン病だと言うけれど、本当はわからない。

彼自身、突然県の職員が来て、隔離すると言われて、びっくりして、熊本大学医学部に行って検査したら、ハンセン病ではないと言われている。誰か1つの村から1人は出せみたいになって、藤本の家は貧しかったのでターゲットになったようですね。

それで、藤本は、自分の病気を県にもらした村役場の職員にダイナマイトを投げ込んで負傷させ、その後殺したとなった。その上、菊池恵楓園内の熊本刑務所菊池拘置所に収容されるので、通常の裁判が受けられなかった。最高裁の判断で、通常の裁判所

(40)　狭山事件は、1963年、埼玉県狭山市で女子高生が殺されることから始まる。付近の被差別部落の石川一雄が、見込み捜査の中で別件逮捕される。警察の留置所でウソの自白をさせられる。その後、被告側は、脅迫状の筆跡が石川のと違うこと、警察が重要物証をでっち上げたこと、自白内容と犯行が不一致であることなどを論証して無実を主張。しかし、1977年、最高裁で無期懲役判決決定。再審請求を重ねるが、2005年、最高裁は、第2次再審請求・特別抗告を棄却。現在、第3次再審請求に向けて準備中。なお、石川は1994年に仮出獄している。

(41)　島田事件は、1954年3月、静岡県島田市で幼児強姦殺人事件から始まる。同年5月、当時、放浪中の赤堀政夫が窃盗容疑で逮捕され、警察の取調べで、島田事件の犯人であると「自白」。公判では、当初より、「自白」は拷問によるものであり、無実であると主張。裁判中、精神鑑定が行なわれたが、「軽度精神薄弱で感情的に不安定」と診断された。そのため、アリバイの主張は当てにならないとされ、有罪認定にあたっては「悪逆、非道、鬼畜にも等しい」と断ぜられ、1960年、静岡地裁での死刑判決のまま、最高裁が上告棄却で確定。1983年、第四次再審請求の際、東京高裁での請求棄却取り消しで、1986年、やっと再審開始となる。1989年、静岡地裁で無罪、即日釈放。佐藤和喜雄「赤堀裁判と『精神障害者』差別」(日本臨床心理学会編『裁判と心理学—能力差別への加担』所収、現代書館、1990年)参照。

(42)　無らい県運動は、1929年、愛知県の方面委員(民生委員の前身)が長島愛生園を視察したのを契機に始まった民間運動だが、戦時体制の強化に伴って全国化していく。1940年には、厚生省が都道府県に「いわゆる無らい県運動の徹底」を指示している。これは、法律・行政上の公式用語でなく、国家によって鼓舞された国民的スローガンであった。この運動は、戦後も光田健輔や宮崎松記ら、らい医学・行政のリーダーたちによって提唱され、これを第二次無らい県運動と呼ぶことがある。

で裁判ができない場合は出張裁判をやってもよいという規定があるが、その例が、被告がハンセン病患者である場合だった。それが適用されたわけですね。

裁判長自身が裁判に、わざわざ恵楓園に行くわけですが、非常に抵抗があったようで、早々と裁判を終らせちゃった。殺人事件で本人が無実を主張する裁判なのに、裁判官は3回しか審理しなかった。そして、そのまま死刑判決が下ってしまった。

もうひとつ、石川一雄と似ているのは、藤本さんも貧しくて学校に行っていない。だから十分な裁判の知識もなかったまま、検察側の思い通りになってしまったということもあるんですね。

篠原　アリバイ証言もずっとあとで、最高裁段階に入ろうとするときですね。その人たちに迷惑を掛けてはいけないと思っていたようですが。

藤野　殺された人はかなりいろんな人から恨みをかっていた。評判が悪い人だった。恨みを持った人間はいっぱいいたわけだけれど、ハンセン病患者、藤本松夫ということで、みんなも納得しちゃった。そういう点では、石川一雄逮捕でみんながホッとしたという狭山事件と同じようなパターンです。

篠原　真犯人追求という話はなかったんですか。

藤野　怪しい人は他にもいっぱいいたはずですが、彼が捕まったことで、小さな山村ですから、それで済ましてしまったのですね。いまでもほとんど変わっていないと思うけれど、阿蘇の麓の山村地帯で、山を登っていくと集落がポツンポツンとあるところです。被害者も藤本松夫もみんな知っているわけですね。藤本のお墓も被害者のも同じところにある。そういう状況だから、一番村の中で貧しくてハンセン病とされている藤本が捕まれば、丸く収まるみたいな感じだったんですね。

篠原　同じ村に真の加害者もいた可能性もあっただろうに、彼に濡れ衣を着せ続けてしまった。

青木　叔父さん夫婦の証言がすごく重要で、それがある時期から変わりますね。どんな変化だったのですか。

藤野　最初は殺人事件というよりも、身内にハンセン病患者がいるということにすごい身内のタブーがあって、早く藤本は死んでくれというのがあった。だから、死刑でも何でもいいというのがあったと思いますね。当初の彼らの証言自身も誘導されたのも同然だった。まさにハンセン病の隔離政策が生み出した冤罪事件だというのは間違いない。

これだけ大きな問題なのに救援活動が大きく出遅れる。なにせ、最高裁死刑判決が出てから国民救援会内に「藤本松夫を救う会」ができて、再審請求の準備をやっている最中に死刑が執行されてしまった。結局救援運動は本当に後手に回った。

篠原　そんなときの死刑執行というのは他にありますか。

藤野　多分ないと思う。これは本当に口封じみたいなことではないか。

篠原　それは誰の陰謀ですか。

青木　藤野さんの文章でいえば、当時の法務大臣も藤本さんの存在をかなり意識していたわけで、そういうなかで執行してしまったんですね。

篠原　法務大臣は義務的にはんこうを押したみたいな言いわけをしていますけど。

藤野　どうして急にああいうときに死刑を執行したのかわからない。再審請求をするかどうかという段階で。

ところで、今でも、再審請求は可能ですが、いまさら新しい証言や証拠は出てこないので、裁判自身が違憲であるという訴訟になる。これ自身が日本国憲法のもとの裁判を受ける権利を保障していない、裁判そのものが憲法違反だったということで、前代未聞のものになるのではないか。出張裁判というやり方、そこで3回の杜撰な審理自身が憲法違反なのだと。裁判で再審が通るかどうかというよりも、再審をやることに意義があると思います。

篠原　こういう冤罪事件は他にもありますか。

藤野　日本国内で、ハンセン病患者が死刑になったケースは他にないでしょう。

なぜ隔離の違法性を60年以降に区切ったのか

篠原　熊本地裁判決の話に入っていきたいのですが、よろしいですか。私の用意した質問で言えば、6点目ですが、これ以降は、「ハンセン病問題に関する検証会議最終報告(『検証会議報告』)」に記されている事項からです。藤野さんの『「いのち」の近代史』が出版された時点(2001年)では言及できなかった、熊本地裁判決(2001年)[7]とアイスター

ホテル宿泊拒否事件 (2003年)[8] のことです。この検証会議報告に藤野さんは積極的に関わられていますね。この文章は藤野さんのだ、と思って読んだ部分もありました。

熊本地裁判決文では、60年以降の厚生大臣、国会議員の法的怠慢や責任を問うていますね[43]。これについては、藤野さんも、明治近代以降のハンセン病政策を「国の責任」として捉えなおしていないことの限界はあるけれど、それなりにさかのぼって「国の責任」を認めているということでは評価されています。

それにしても、なぜ、せいぜい1953年のらい予防法が間違っていたというところまでいかなかったのか、ここは不思議です。当時から、医学的な観点から隔離する必要はなかったという論理はかなりあったわけですね。国際的な動きから言っても、療養所の患者側の主張から言っても。それを踏みにじる形で、いわゆる三園長発言[34]を弾みにして、強制隔離をさらに強化するらい予防法を新たにつくっていくわけですから、判決文でも、らい予防法をつくったことは間違っていたと言ってもよかったと思うんですね。にもかかわらず、60年以降に区切ったのはなぜかについて、お考えをうかがいたい。

「60年以降に治療法が確立した」という言説の再考

藤野　60年以降で区切ったというのは、ハンセン病に対する治療方法が確立したのが60年代に入ってからであるということです。プロミンをはじめとする複数の薬を多剤併用するとハンセン病が治ると。60年以降は治療法が確立したにもかかわらず、隔離を続けたことは過ちだったというわけです。このように60年で区切ったから60年以降らい予防法は違憲であったという判決です。

5月11日 (2001年) 午前10時に判決が出て、すぐに判決要旨が配られましたが、それをすぐにマスコミが入手して、ぼくにコメントを求めてきた。10時15分に毎日新聞からFAXが来て、10時半までにコメントをくれということで、十分考える時間がなかったけれど、とにかく見た瞬間に60年というのがあったから、これはおかしいと思って、ぼくは「50%の勝利だ」という話をした。毎日新聞にそういうコメントをしたので、あとから他のテレビや新聞がきたときも、同じように「50%の勝利」というコメントをした。それが新聞に載ったときに、弁護団のなかでもよくぞ言ってくれたという弁護士もいたし、それはちょっとおかしいという弁護士もいた。

ぼくが50%と言ったのは、1960年以前はどうするんですかということです。らい予防法自身、あるいは1907年の「癩予防ニ関スル件」から根本的に過ちを犯したと考えるべきところです。

篠原　多剤併用の話が60年以降という話はなるほどと思って聞いたけれど、それ以前に、プロミンの普及や徹底ということで言えば、53年の癩予防法改正闘争のときも全患協のほうは、それを軸にして隔離の強化に反対したという経過がありますよね。多剤併用ではなかったかもしれないけれど、治るとか発症もめったにないとかいうことは昔から経験としてありつつ、50年代には臨床医学的にも明確になってきた

(43) 熊本地裁判決は、1960年以降の隔離の必要性は失われていたと結論している。同判決では、したがって、厚生大臣は、隔離政策の抜本的な変換をする必要があった、すなわち、自由に退所できる相当な措置、療養所以外でハンセン病医療を受けることができる相当な措置、社会内の差別・偏見を除去するための相当な措置を採るべきであったと述べている。そして、厚生大臣は、らい予防法 (1953年) 第六条 (国立療養所への入所)、第十五条 (外出の制限) の下で隔離を継続させたこと、「ハンセン病は恐ろしい伝染病でありハンセン病患者は隔離されるべき危険な存在であるとの社会認識を放置したこと」に対して法的責任を負うべきであると述べている。かくて、それらは、厚生大臣の過失であり、国家賠償法上の違法性があると認定している。

同判決では、国会議員が、遅くとも60年以降にらい予防法の隔離規定を改廃しなかったことは、国会議員の立法上の不作為であり、国家賠償法上の違法性が認められるとしている。すなわち、らい予防法の付帯決議で「近く将来改正を期する」としていたこと、第8回国際らい会議が「無差別の強制隔離は時代錯誤であり、廃止されなくてはならない」と宣言していたこと (1963年)、らい予防法の隔離規定などに反対する全患協の盛んな問いかけがあったことなどから、国会議員も隔離規定の適否を判断することは十分に可能であったとしている。

という話があるので、60年代の多剤併用の話はなるほどと思いつつも、医療的論理から言っても、なぜ53年に戻らなかったのか不可解です。

藤野　そこは裁判官の判断を聞くしかない。現在の治療法に照らしてということが基準だったから、まだ53年段階では完全な治療法ではないということでしょうね。ぼくらは治療法があるかないかが基準ではないと思う。たとえ治療法がなくても隔離したことの人権侵害があるわけです。

熊本地裁の判決は、治療法が確立していたにもかかわらず人権侵害をしてきたと判断しているということで、そこはやっぱり納得できない。それ以前の人権侵害はどうなるのか。治らないと言われていた時代にはやむをえなかったのかという議論になってくる。その辺は熊本判決の一番大きな問題点だと思いますね。憲法違反だと判断したのも一応勝利だけれど、60年以降に限定したのは大きな問題です。

原告と弁護団も、「全面勝訴」と「勝訴」、二つの垂れ幕を用意しておいたが、どっちを出すかというときに弁護団は「勝訴」にした。「全面」とはしなかった。

青木　急性伝染病を除けば、ハンセン病にしても結核にしても慢性の伝染病なのに、結核については強制隔離はない。そういう意味では、二つの病気の対策は、全然違う二つのコースで来ている。それそのものが、憲法に照らし合わせたときにおかしいということにはならなかったんですか。

藤野　それはなかった。らい予防法廃止(1996年)のときの厚生省の謝罪も、根本的に法律が過ちだったという議論ではなく、もっと早く廃止すればよかったということです。

篠原　判決では、53年に遡って自己批判させることは政治的にできなかったという判断があったんでしょうか。

藤野　わからないけれど、原告側は自分たちの生涯の被害に対して1億円の賠償請求をしていたけれど、60年を基準にして被害の賠償金の起算もしたから、判決では最高1400万、最低800万です。金額もすごく下がった。原告は金がほしくてやったわけじゃないからと言って、この額を受け入れたけれど、もしこれが1億円のままの判決だったら、国は控訴したでしょうね。国はこれくらいなら金を払ってもいいと。これは裁判所の判断だと思います。熊本地裁の裁判官が原告に有利な判決を下すにあたって、国が控訴しなくてもいいくらいの金額に抑えたということですね。

「強制」が問題か「隔離」が問題か

篠原　ぼくは、強制隔離、強制隔離と「強制」ということが強調されて「隔離」そのものが二義的になっている感じがしていて、それでいいのかと考えてきました。ぼくには、たとえ「任意」だとしても隔離が問題という感じがあるし、ましてや断種に関しては、「任意」という格好を取り続けるというのが、戦前からのスタイルだったわけですね。ぼくは、ここでも任意であれ強制であれ、断種が問題なんだというこだわり方をしている。

一方、今日では、『検証会議報告』の「再発防止のための提言」[44]でも、任意とか、患者の選択とかが強調されています。医療における自己決定権が流行になっているわけですが、その辺はどうお考えですか。

藤野　強制にこだわるのは、隔離した国は世界にいっぱいあるからで、隔離一般だと、日本だけではなくて、アメリカでもどこの国でもやっているわけです。そこで本人の意思ではなく、強制隔離をやったという

(44) 『検証会議報告』は最後に「再発防止のための提言」(pp. 765-785)をしている。それらは、「患者・被験者の諸権利の法制化」「政策決定過程における科学性・透明性を確保するためのシステムの構築」「人権擁護システムの整備」「公衆衛生等における予算編成上の留意点」「被害の救済・回復」「正しい医学的知識の普及」「人権教育の徹底」「資料の保存・開示等」「『ロードマップ委員会』(仮称)の設置」だが、ここで見るように、その第一は、「患者・被験者の諸権利の法制化」である。その具体的内容として「①最善の医療及び在宅医療を受ける権利、②医療における自己決定権及び『インフォームド・コンセント』の権利、③医療情報を得る権利、④医科学研究の諸原則に基づかない、不適正な人体実験、医科学研究の対象とされない権利、⑤断種・堕胎を強制されない権利、⑥不当に自由を制限されない権利、⑦作業を強制されない権利、⑧社会復帰の権利」を挙げている。

ことにこだわって、それが日本の特徴だということで、ぼくらは「強制隔離」ということにこだわる。強制ということによって、日本の隔離の特殊性が見えてくる。

らい予防法には、最後は都道府県知事が隔離を命じられるという強制規制があるけれど、国は、法律にはそんなふうにあっても強制隔離は執行していないと言ってきた。確かに、戦後は、無理やり患者を捕まえて引っ張ってきた例はない。本人が「ウン」と言うまでずっと説得して、最後に本人が根負けして隔離に応じる。これが国に言わせれば任意だと。追い込んでいったと言うことで、ぼくらは、やはり日本の隔離は戦前、戦後を通して強制だったと言っているわけです。

篠原　確かに日本国家の近代化、ファシズム化の文脈で考えていくときに、強制というテーマはでかい話で、ここは、国の罪過としてきちんと押さえておかなくてはなりませんね。もうひとつ、考えてみたいことですが、隔離という思想、制度の根拠です。それは、うつること、うつすことは絶対悪という前提があって、シャバの世界では「健常者、健康な人中心」が当たり前ということで、そこに病人(ましてや、うつす病人)はいてはならないということだと思います。そこに「ハンセン病隔離」もあったわけです。

そのことと反対の風景として、仕方なくでも結核の患者が家族と一緒に暮らすということがありつつ、結果的にうつしながら家族や村のなかで暮らすといった、隔離も分断もない世界もあったと思います。ある時代のハンセン病患者と非ハンセン病患者との関係にも同様の話があって、それは、いいとか悪いとかいうことではなくて、人々が生き合ってきた、ひとつのリアリティです。

近代になればなるほど、健常、健康が至上価値化して、したがって病気は絶対マイナスになる。いまでも、うつす病気は隔離するのが当たり前ということがあって、ただし人権上これは最低限にする、つまり病気が治ったら(またはうつす可能性がなくなったら)、すぐに社会に戻すべしという話になっていると思います。そういう点で市民社会では健常者、健康な人中心の思想は健在で、分断、隔離そのものを問うという視点はなかなか問題にならない。ぼくは、その辺こそ考え続けなくてはならないと思っているんです。

「うつしあって」「異形の体で」生きるということ

篠原　この辺りと関わって、島比呂志さんとの対談のなか[16]で、こだわってきたテーマがあるんです。らい予防法廃止の主なる理由は公衆衛生上の問題でしたよね。つまり、ハンセン病はめったにうつらないとか、うつったとしてもすぐに治るとかいう話があって、そういう事実があるにもかかわらず、今日までらい予防法を存続させてしまったのは間違いだったという論理が前面に出てきたわけですが、ぼくは、このような医学的理由でいいのかと思ってきました。

強制だからまずかったとか、任意であればよかったではなく、隔離そのものを問う必要があると思うんですね。また、遺伝性ではないのに断種をしたという言い方もありますが、理由は何であれ断種そのものを問うという問題意識があるべきだと思っています。

ハンセン病はもはやうつらない、怖くはない病気なんだという強調の仕方をしたとしても、濃厚接触、微少感染の話はありつづけているわけで、非常に開き直って、人類史的な言い方かもしれませんが、いかなる伝染病も、望まないこと、避けたいことであったとしても、うつしあって結果的にそれはなくなってきた、という認識を持つ必要があると思うんですね[45]。

もうひとつ、ハンセン病患者が結核患者と違って、治っても、なんでいつまでも生涯隔離のまま差別されるのかという問題がある。ここに、病者が「障害者」になるという問題はないでしょうか。「醜い」姿かたちになるとか、手足が萎えて不自由な体になるとか、失明するとかいう話ですけれど。島さんは「異形のからだ」という言葉を使われましたが、生涯隔離を越える課題として、収容した側もされた側も、異形なからだをさらしながらシャバで生きるという問題に直面せざるをえないと思うのですね[46]。

---

(45)「(結果的に)うつしあっても生きる」については、島・篠原『国の責任』[16]pp. 45-47、pp.53-55 参照。この中で、島は「うつる病気のまま、社会の中で」は「自然であたりまえのこと」としつつも、「ぼくの場合、家族の中に『うつさない努力』が全然なかった」と述懐している。また、島は、篠原の問いかけを引き受けながら、「町中で人びとと共に暮らすエイズ患者とつながる論理」を探っている。

(46) ハンセン病が治癒された後に体験する「異形の姿

強制隔離の中の強制断種と強制堕胎

藤野　ハンセン病でもみんながみんな隔離されたかというと、じつは違っていて、結構非入所の方もいます。そういう人たちは普通に暮してきたりしているけれど、ただし、自分の病気が発覚するのを恐れてきた。ということで非入所の方の被害も大きい。国策の側から言えば、その建前としては絶対隔離で患者を全部社会から追い出してきたはずだけれど、現実を見てみると、隔離のお目こぼしがあるというわけです。

戦後は軽快者退所が認められて、法律は変えないけれども軽快患者は出してもいいということを、かなり恣意的に行ってきた。国は、建前は絶対隔離を進めながら、一方ではどう見ても感染するはずがない患者は出している。そういう人たちは自分の過去を隠しながら一般市民生活をしてきている。そのときには、自らの過去の何年間を自分の周囲から隠して暮していた。そんな方が大勢いる。そういう意味では、病気を隠して共生してきた方たちの場合があるんですね。

形」については、島・篠原『国の責任』pp. 26-27①、57-58②、島(エッセイ)・矢部拓郎(写真)『ハンセン病療養所から50年目の社会へ』(解放出版社、2001年)p.15③、p. 130④参照。島は、①で、新聞に自分の写真が載っても、病気で顔の形が変わってしまっていて、母親さえが分からなかったことに触れ、「この姿形では、昔の自分にもはや帰ることができないという、底なし沼に落っことされたような不安と恐怖を体験」したことを想起している。②で、篠原は、これを受けて「出会い続ける日常生活を生き合うことで、やがて、このような『醜い』姿形は、取り立てて大事(おおごと)にならなくなる」と、「障害者」たちとの体験を話している。③で、島は、ご自身の顔写真を公開しながら「八十二歳のこの老人の顔、ハンセン病に見えますか。私の身びいきかもしれないが、これは屈託のない普通の老人の顔に見える」と読者に問いかけている。④で、島は、六十年来の学友K君と再会したときの握手について、ほとんど指のない自治会長が「私の握手は両手で手を挟む。すると、相手も両手を出して、親密度は、片手と片手の握手の場合よりも増した感じがした」と言ったのを思い出して、「私の握手も自治会長の言うのに似ている」と記している。

青木　多分篠原さんと同じような質問だと思いますが、ハンセン病者がシャバのなかで生きてきたということがあるんだけれど、当然「癩予防ニ関スル件」が公布された1907年以前においても、つまり近代以前でも、差別や偏見のまなざしはあったと思いますね。しかし、近代以降の日本の場合は強制が1つの特徴になっている。強制という言葉を使う日本型の隔離と、そうではない外国型の任意な隔離は、差別や偏見のまなざしという点で違いがあったとお考えですか。

藤野さんは、日本近代の強制隔離がハンセン病者に対する差別意識を増幅させてきたとおっしゃっていますが、強制でない形で隔離することにおいてはそういうものはないのか。1907年以前の日本とまったく同じなのか、そこらへんのことはどうですか。

藤野　隔離である以上は偏見、差別があるわけです。ただ、欧米の場合は退所も通院も面会もできるし、わりと住居の近いところに隔離して家族とも会える。ハンセン病だからといって、病状によっては隔離しないケースもある。日本のように山の中とか離島に追い込んでしまうという隔離ではない。日本の場合、病気であれば軽症であろうがみんな隔離した。これで病気に対する恐怖感を作ってきた。もっともアメリカがハワイやフィリピンでやったのはそういう隔離でしたが、それは植民地政策の一環としてやったことで、そこには民族差別も絡んでいたんですね(47)。

篠原　小笠原登は、ハンセン病患者の通院治療を主張し実践した人ですが、欧米では一般化している。ここの話は強制か任意かの文脈でなくて、隔離か通院かということですよね。通院はハンセン病治療の本道である、にもかかわらず(強制、任意は別として)隔離で治療するという方向性は科学的な事実に照らしても、欧米の流れから言っても、間違いだったという論理は成り立つと思いますか。

藤野　そうですね。もう1つは、隔離した上で治療をしたのかです。日本の場合はほとんど治療らしい治療をしていない。むしろ患者を強制労働させたりして、もっと病状を悪化させている。

篠原　隔離と断種という流れは欧米にはあるんですか。

(47)　内務省衛生局『米国癩患者ノ監護及処置法』1919年参照。

藤野　ハンセン病患者への強制断種、強制堕胎といったことは日本特有です。欧米でも精神障害者に対する断種はやりましたが。

篠原　結核との関係では断種の話はないのですか。

青木　それは聞いたことがありません。

篠原　でも体質の遺伝みたいな言い方はありますね。

青木　それはあります。家筋というのはいつでもあると思います。コッホが結核菌を発見したのが1882年です。それ以降日本においても学問的には結核が伝染病であることは明白になります。しかし、生活のレベルとは次元の違う話で、結核にまつわるフォークロアな部分は残り続けます。結核予防運動が本格化する1910年以降においても各地の予防団体がつくるパンフレットやポスターには「結核は遺伝病ではなく、結核菌による感染である」といった文言が繰り返し使われていますが、それだけ結核が遺伝であると考える人が多かったからで、この話は多分戦後まで続くと思います。

うちの田舎でも、小さい頃、あそこの家は結核の血筋だなどとふつうに話していた記憶がありますが、結核の場合、患者の身近にいる家族などが感染する危険性が高いこともあり、これが家筋といった表現を長く生き続けさせた原因のひとつだと思います[48]。

戦後の優生保護法の中でハンセン病も適用対象に

藤野　日本でも1934年に断種法の原案が出ていますよ。民族優生保護法案で、そのとき最初は精神障害、知的障害、身体障害等の遺伝性の病気とか、凶悪な犯罪者、ハンセン病と結核の重症患者が入っていた。それがハンセン病や結核が入るのはおかしいじゃないかということで、3年くらいしてもう1回出たときには消えましたね。

篠原　そんな時の議論には、いつもハンセン病の話が絡み続ける。それが戦後に実現するんですね。

藤野　優生保護法にハンセン病だけ残った。結核は優生保護法に入っていないでしょう。あのときも結局なぜ優生保護法に入れたかというと、ハンセン病は体質的にかかりやすい人がいるからだという説明だった[49]。

アイスターホテル宿泊事件の経過と背景

篠原　7番目の話題に入りますが、熊本地裁判決以降、最近起きたアイスターホテル宿泊拒否事件についてです[8]。『検証会議報告』でも、同情の対象として存在していたハンセン病元患者たちがシャバに堂々と出てきて、しかも生意気なことを言うとみなされたとたんに、人びとは激しく差別的になっていくことを指摘しています。この根性は宿命的な感じがしますが、そう言ってはいけないと言い聞かせなくてはならない深刻な話です。この根性をどう解いていくかの道筋を探してみたいと思います。

とくに『検証会議報告』のなかでは、このことについて、差別・偏見の世代間継承を断ち切るという言い方をしています。これが依然として今日的にあるからですね。ぼくは、この宿泊拒否事件がどうして起こったのかということについて、仮説的な域を出ませんが、東京だったら起こったのだろうかと考えました。菊池恵風園という巨大施設に関わって、熊本という地域で、藤本差別事件のようなことが幾つか起こって来ていて、そのなかで培われてきた差別的な土壌みたいなものがなかったのだろうか。つまり、その地域のホテルであるがゆえに起こったと言えないかということですが、加えて、ホテル業はサービス産業の顔みたいなところがあって、商業的効率を考えるがゆえに、

(48)　家筋も含めた結核にまつわるフォークロアな話は多いが、たとえば、当時、怪しい民間売薬や民間療法が多く出回っていた事実を見てもわかる(詳しくは、青木、pp.271-276)。

(49)　30年代後半、厚生省は「断種法」制定を意図して、議員立法として提案された「民族優生保護法案」を牽制していた。後者では、ハンセン病を適用対象にすることが難しいと考えたからである。結局、後者は国民優生法と称されて、1941年に成立する。このとき、ハンセン病の断種は、癩予防法の「改正」において合法化しようとしていたが、こちらは審議未了となった。こうして、戦前のハンセン病の断種は非合法でありつつ公然と行われたことになる。しかし、戦後の優生保護法は、文化国家建設を標榜して、「不良な子孫の出生防止」という観点から、ハンセン病を断種と人工妊娠中絶の適用対象に挿入している。藤野、pp. 272-284、pp. 474-493参照。

ここでこそ生じたとも言えるかも知れません。

さらに、ホテル側の事態収拾的で表面的な謝罪の仕方に対して、元患者たちが公然と抗議するということになると、今度は、彼らは、同情の対象から攻撃の対象になっていく。そんな、一般人の心性についても考えてみたい。

ところで、今回の『検証会議報告』は、この事件に関して、「再発防止」のために「より一層の啓発活動を」と言っています(50)。「再発防止」「啓発」という言葉に違和感を持ったので、ここでも考えてみたいのですが、まず「再発防止」というのは事象が現われることを止めるということですね。とすると根っこを問わなくていいのかという問いが残ります。再発防止という発想が、下手をすると監視する、管理する、予防するとかいった話になって、顕在する差別的事態を未然に防ぐというイメージで、問題の本質を隠蔽する行為になってしまわないかと心配しています。

つまり「啓発」という言葉は、私には「啓蒙」のように思われる。たとえば子どもたちなどが菊池恵風園に訪ねていくという訪問事業がありますね。これはハンセン病療養所という場のなかで、その場を媒介にして訪ねる者と訪ねられる者、理解する者とされる者という関係があって、前者が後者を観つづける、対象化しつづけることになると思うんですね。交流はするけれど、またそこの場所からお別れをしていくという関係では、「正しい理解」とか「自分の考えは間違っていた」とかいう言い方は生まれるかもしれないけれど、その人と一緒に暮らす展望とか、こんなところにこの人たちを閉じ込めていたのは、もしかすると自分たちではなかったかという実感や痛みは、「啓発」という活動ではうまくいくのだろうかと気になります。

「再発防止」と「啓発活動」は、人権の保障と擁護、それを進めるためのシステム化であるので、これは、国家・行政との関係で非常にリアルな問題提起であるとは思いますが、同時に、今言ったような限界や問題を含んでいると思いますが、この辺についてのお考えを聞きたい。

藤野　熊本だから起こったのかということだが、たしかに熊本には菊池恵楓園という大きい療養所があって、過去にも本妙寺事件(20)、戦後は竜田寮事件(35)、藤本差別事件(6)など、ハンセン病に関わる大きな事件が起こって、隔離もきびしかった県であることはまちがいない。その分、人々の偏見は培われている。

でも、今回、誰の判断で宿泊拒否したかというと、東京本社の指令でしょう。つまり、最初は「本社の命令ですから」と言って、現地の支配人さんが拒否した。批判が高まったら、「私の判断でした」とうそをついて謝罪したから、また問題が起こった。本社の判断であったとすれば、熊本じゃなくても起こるのではないかということです。当初ぼくらも、熊本ということで、過去に隔離がきびしかったから起こったのかなと思ったけれど、一般的にどこでも起こりうる問題ではなかったかと考えますね。

実は、いままでも、同様なことは起こっていたのですね。それが、なぜいままで問題にならなかったかと言うと、県が事前に非公式に、ハンセン病の人が来ますがいいですかと問い合わせて、だめならば他を探すということをやってきている。今回はそれを言わなかったので、アイスターが直前になってから、どういう方が来るのかと聞いたら、恵楓園の方だというので問題になったわけです。

篠原　それはらい予防法廃止後ですか。

藤野　以前からです。だから問題が起きないようにしている。

篠原　『検証会議報告』以上のことはわかりませんが、このときの熊本県知事はかなり自覚的にこの問題を考えている人のようですね。

藤野　塩谷知事の夫のお父さんはハンセン病に取り組んできた方です。クリスチャンで本妙寺で戦前ずっと布教してきた。塩谷さんは福祉出身だったので関心があった。多分塩谷知事はそういう根回しをし

(50) 『検証会議報告』は、「アイスターホテル宿泊拒否」のような事態の「再発防止」を提言しているが、「より一層の啓発活動を」及び「人権救済制度の必要性」の二点を挙げている。前者において、「熊本県知事の回答」がまとめ的に位置づけられているが、それによると、①人権意識の啓発は広汎に繰り返し継続すること、②人権問題を自分自身の問題として捉えるという自覚を持つこと、③偏見は単に正しい知識を与えるだけでは払拭できず、そのため人間的交流、共感を持つこと、④世代間偏見の連鎖を断ち切るために若い世代に重点的に啓発を行なうことの四点である。pp. 759-761 参照。

ないで、「元患者」なんてわざわざ言う必要はないということで、あくまでも県のほうで予約を取った。いままでは前もって恵楓園の人が行きますという話をしてまとめてきたけれど、それをしなかった。

篠原　知事が自覚的であっただけに問題が顕在化したということですね。

藤野　そのとき、知事は、この問題にカチンときて、記者会見をやった。ホテル名まであげて発表したから大きな問題になった。これは県の対応がまずいという批判もあるけれど、むしろこれは当然であって、ハンセン病元患者の方が泊まりますからと、「元患者、元患者」とこだわってホテルを予約するほうがおかしい。ハンセン病に関してだけは、病気が治っている人たちを「元患者」と今でも言っているんですね。

アイスターだけが悪者になっているけれど、もし同じようなことをすれば、他の温泉でも起こりうるし、実際に美容院の入店を断られたとか、床屋さんに行って断られたとか、お酒を飲みに行ったら、スナックに入れなかったとか、ぼく自身も知っていますよ。

世代間の継承と連鎖は両極端になってきている

藤野　問題になるのは、あとで恵楓園自治会が抗議して、支配人が最初は「社の方針です」と言ったのが、途中から「私の判断でした」と言い換えたでしょ。それでそんなうそをつくような謝罪はだめだといって謝罪を受け付けなかったときに、今度は自治会にものすごい非難の手紙が来た。問題はそっちです。まさにハンセン病の人たちは温泉に入れるだけでも感謝しろと言わんばかりの反応ですよね。

篠原　そのような非難は全国からやってくるわけでしょ。

藤野　福岡や地元の熊本など九州が多かったですが、全国、東京からも行っています。「あなたたちは謝っている人間を許さないというのは思い上がりだ」とか、「国のやっかいになっていながら温泉に入ろうというのはおごり高ぶっている」とか、「あなたたちはみんなから嫌われているんだから自覚しろ」とか、すごいのが来ています。アイスターの対応ももちろん問題だけれど、あとから来たそういう社会の反応がかなり堪えていた。

篠原　このような反応に、『検証会議報告』が指摘している「世代間偏見の連鎖」はどのように関わっていると思いますか。ぼくの場合で言えば、十年ほど前、星塚敬愛園に行ってハンセン病の人々と直接的に出会って、その姿形に触れるというということがあったのですが、それまで、そういう体験はない。子どもの頃、親から、怖い、気持ちの悪い顔をした人たちがいるという話を聞いたような気がするけれど、それにしても、この程度の噂話も、今の子どもたちの間にはなくなってしまっているように思いますが。

藤野　今回手紙が来たりしたのも、年齢に幅がある。若い30代の人をはじめいろんな世代から来ている。おそらくいまの若い世代は、戦後間もないころの強制隔離も知らないだろうし、結局、彼らには親やまわりから聞いた情報があるのだと思う。そういう意味では不確かな情報だけが伝えられてきて、それがまた次の偏見を作っていると思いますね。

もう一方では、差別的な手紙ばかりが報道されているけれど、激励文が倍くらい来ている。激励文はほとんどが小学校・中学校・高校・大学・看護学校などの子どもや若者だった。なぜ激励文が来ているかというと、彼らは学校でハンセン病の人権について教育を受けてきた。とくに熊本周辺の学校は、実際に恵楓園に見学に行ったり、あるいは自分の学校に入所者を招いて講演会をやったりして、実際に入園者たちと交流している。

「世代間の継承と連鎖」と言った場合、差別意識を継承していくという面もあるけれど、もう一方では、そういう交流を通してハンセン病に対する新しい理解をもっている世代ができてきているということですね。それが今回の事件で両極端になった。

青木　今回いろいろな電話がかかってきたということを聞いたときに思ったのですが、「新しい歴史教科書をつくる会」の動きのような、権利より義務、個人より国家を強調する大きな時代の流れのなかで、病者がものを言うなどもってのほか、といった反発として、非難の声が上がったと考えませんか。

藤野　そういうのはありました。あなた方は権利ばかり言うけれど、国のやっかいになっている、分をわきまえろと。普通の国民は働いて自分のお金で温泉に行くのに、あなたたちは国の税金で行くのか。断られたら文句を言うのはおかしい、というのはずいぶんありました。

感謝の心を忘れているとか感謝の強制がずいぶんあった。いままではあなた方に同情してきたし、裁判に勝ったときも喜んだ、でもあなた方は図に乗っている、権利ばかり言い過ぎている。そんな論調が一番多い。

青木　それは外部でなくても、療養所内部でもそのような批判はいまでもあるわけでしょ。

藤野　裁判を反対していた人たちは国を訴えるなんてことは感謝の心を忘れているとね。

篠原　この旅行は誰が主催したんですか。

藤野　熊本県が熊本県出身で恵楓園に入所している人たちを県内の温泉に招待した。ふるさと訪問事業で毎年やっているはずです。

篠原　いままでは上手にやっていたんですね。

藤野　温泉ということで、自分の部屋のお風呂ではなくて、みんなが入浴するということで、ホテル側が他のお客さんがいやがるのではないかと、すぐにそういう判断をしたのは間違いない。

病を隠してシャバ生きる

篠原　ここで『検証会議報告』が提言している「より一層の啓発活動」ということを考えてみたい。さっきの訪問事業もそうですが、療養所を訪ねるなかで、ひとつのリアリティに出会いながら、患者さんたちはすごい残酷な被害を受けてきたということを知って、差別に怒るとか義憤をもつとか、ということはあると思いますね。そのときの気持ちは決して悪い感じではないけれど、なぜこの事態が自分たちの関係のなかで起こっているのか、どうしてあの人は東京出身というけれど、私の町にいないのか、そういう感覚までにはどうしたって構造的にならない。このことは、「障害児」とのことでもそうですが、「正しく障害児を理解をする」と言って、何をやるかというと、養護学校や盲学校を訪ねていく。非「障害者」の側は、彼らは意外と明るかったとか、元気だったとか、でもこんな差別を受けてきたと知らされて、いろいろ考えていくけれど、「なんで俺の学級にいないのか」といった問いにはなかなかならない。それが「啓発」という発想の持っている限界だと思いますが。

藤野　ハンセン病でも退所した方は大勢いらっしゃるわけです。でも、多くの方は、退所したあと、自分の過去を全部封鎖して暮している。なかには退所して結婚した方で、自分の配偶者にも自分の過去を語っていない方もいる。そういう方たちは、自分はかつてハンセン病で隔離されて、こんな人権侵害があったということはおっしゃらない。だから、誰も知らずに暮している。

たしかにハンセン病の後遺症が重い方は外見でわかるかもしれないけれど、社会復帰した方は軽症で、障害も軽いのでわからない。本人も語らない。そうなると、私たちは、そのような人が隣りにいるということに気づかない。それでハンセン病の問題を学ぼうとなると、療養所に行くしかない現実が出てくる。

篠原　隣の人が言うほどのこともないと思って、その人が語らないというのはとてもわかるけれど、言っちゃったらやばいという思いでずっと、実はぼくの隣に住んでいるかもしれないという話はあるんですね。その関係を考えてみると、ぼくらは知らない、彼らは知られないように耐えながら生きている、このリアリティは、その人たちにとってつらいことですよね。

青木　戦後の一時期、かなりのハンセン病の患者さんが社会復帰していきましたね。ところが、ある時期から思ったほど戻らなくなった。いろいろな条件はあるでしょうけれど、やっぱり隔離されたところで生活していくと、それなりにそのなかでいろいろな人間関係もできて、戻る契機をどんどん失ってしまう。単に差別意識とかいうことではなく、療養所そのものが隔離されたなかでの天国みたいな話になっていってしまうということはあるでしょうね。

藤野　古い方は昔に比べればいまは天国ですよとおっしゃる。昔みたいに1つの部屋に何人も雑居するような状態ではなく、いまは個室もありますし、昔に比べればはるかによくなったと。厚生省も、53年のらい予防法成立のあと、隔離する交換条件として待遇改善をだんだんやるわけです。予算を増やして、医師や看護師を増やすし、強制労働も60年代くらいに消えますから、らい予防法のもとで患者が喜んで暮せるようにするという建前はありました。

結局社会に出れば、過去をどう隠して生きていくかとか、きびしい差別がある。それよりはここにいるほうがより安全だと説明する。らい予防法があるかぎり、外に出れば、もしまた病気になったときには一般の病院に行っても、診てもらえないので、園に帰って

くるしかない。そんな危ないことをするよりはここにいたほうがいいという状況を作るわけですね。

だんだん入所者の方も高齢化します。癩予防法改正闘争の頃は20代、30代で隔離を撤廃して社会に出るぞと思った方たちも、だんだん高齢化していくと差別がきびしい社会に出て行って、何の仕事のキャリアもないのにどうやって飯を食っていくのか、それくらいだったら、ここにいたほうが保障されるということで、だんだん社会復帰の数が抑えられてきた。社会復帰してもいいと言いながら、客観的条件は社会復帰がしにくい状況に向かってきた。

だから、50年代、60年代まで社会復帰が増えてきても、だんだんカーブが落ちていくわけですね。社会に出るよりは園内にいるほうが恵まれていますよと、国は患者を園内に留めたわけで、私たちは、このようなソフトな隔離を新隔離主義と呼んでいます。

療養所の暮らしの中で社会復帰を探る

篠原　らい予防法廃止から2年くらい経ってから、島比呂志さんはおつれあいと一緒に、養女となられた岸上昭子さん(福岡・北九州市)に招かれて退所されましたよね。ぼくは、らい予防法廃止の前後に二回ほどお会いしているのですが、島さんが、「退所することで日頃の主張の筋を通したい」と言われたときに、「お年のことも考えて、ご無理をなさらなくても」とずい分失礼な台詞を吐いた思い出があります。結局島さんは出て行かれました。そこには島さんを引っ張り出す確かな関係があったのですよね。そこから、それなりの町の暮らしがあって、町の中の島さん夫妻と昭子さんたちの暮らしを描いた写真つきエッセイも出ましたね[46]。

昭子さんは、古くからの島さんの読者で、星塚敬愛園に島さんを敬愛しながら、長年訪問を重ねることで、親しい親子のような関係をつくっていく訳ですが、そういう関係を抜きにして、出たら保障してあげると言っておいて、実際はろくろく保障しないという状況ではうまくいかないのは当然です。

藤野　園を出ても過去を一切隠して誰ともつき合わずに暮すという状況が社会復帰といえるかどうかですね。行政のほうで、園を出た者に県営住宅を提供することがあっても、隣近所、一切誰とも交流せずに暮らす生活が社会復帰といえるかどうか。園内に暮していても、本名を名乗って、どんどん人とつき合って、ハンセン病を隠さずに生きていくのと、どっちが社会復帰だろうかと思うんです。場所が外になったけれど、彼は自分の狭い家の中だけで暮しているとすれば、そこも隔離である。園にいようと出ようと、自分の本名を名乗り、自分のふるさとを語り、自分の過去も語りながら普通に誰とでもつきあえる、そんな普通の社会生活ができるのが社会復帰だろうと思いますね。

篠原　島さんの外の読者から、講演に来てほしいと何回か声をかけられることがあったようですが、結局、そのことはなさらなかった。島さんの推薦で、橿原市の部落解放関係団体の講演会に呼ばれたことがあるんですが、「島さんが行ってくださいよ」と申し上げると、「いや、篠原さん、行ってください」と言われたことがあります。昭子さんのところへ出られるときまで、あの園のなかでは、外に引っ張り出されることに対して、とっても出て行くイメージがなかったようですね。島さんの話を聞きたい人たちは訪ねてきたようですけど。

藤野　いまは皆さんが高齢化しているから、園を出るというよりも、園内で社会復帰する、園自身が普通の町の一角になるという、社会復帰の発想がないときびしいですね。

篠原　ぼくは、星塚敬愛園も人の暮らす町と言ったことで批判されたことがあったんですが、この療養所を最初に訪ねたときに、ここに村がある、町があるという感じを持ったんですね。それに対して、その描き方こそが隔離を正当していると言われて、考え直したことがあります[51]。いま藤野さんがおっしゃった、

(51)　島・篠原『国の責任』(pp. 29-30)で、篠原が「ぼくは、らい療養所の訪問は今回初めてなんですけど、高い塀も検問もあるわけでなく、園のメインストリートにタクシーでスーッと入ってきました。そして、両脇には、住宅街、店舗、集会所などなどがあって、小さな村のような感じですね」と述べたのに対して、島は「確かに、ここは、隔離の中の社会であって、ぼくが小説に書いたように、『奇妙な国』なんですけど、それでも、人間が五〇年、六十年と暮らしていると、いろんなものが生まれてきましたよね。例えば、同じ宗教の者たちが努力して、自分たちの教会やお寺を建ててきたわけですね。村落共同体というか、

そこが村である、町であるというときに、星塚敬愛園の住所、星塚町は、鹿児島県鹿屋市のたんなる一区画というところまでこれから展開できるでしょうか。

藤野　そういう意味で、奄美和光園(鹿児島・名瀬市)があるところが、和光園があるということで、和光町になった。それがどういう意義や効果があるかはまだわからないけれど、和光園は、ひとつの町のなかの一角ですよね。そういう風に療養所がなっていくことが、ひとつの社会復帰だと思う。結核だった人たちは、過去のことを語るんですか。

青木　あまり隠す人はいないですね。いろいろ聞き取りもしましたが、治った人ですから、率直に話してくれます。ハンセン病のように隠すことはないですから、結核とハンセン病というのは、本当に対照的です。

『検証会議報告』は国に釘を刺し市民が引き受ける

篠原　最後に、8点目として伺いたいことは、藤野さんも関わられた『検証会議報告』のことです。これはお国からの委託事業でありお国への提言ですよね。厚生労働省が財団法人日弁連法務研究財団に委託して、日弁連のほうは「お国の干渉を受けないで自由に研究させなさい、この報告は国として反省する材料として十分に尊重しなさい」と迫りつつ、「私たちは単なる国の尻拭いをしているのではない」と宣言していますね。ぼくは、ごく一部を読んだだけですが、政府もびびらざるをえない、すごい報告になっていると思いますね。

この報告は、これからの「国の責任」も問うているのですが、これから、政府は、どのように負っていくのでしょうか。とくに、この報告の最後では、「再発防止」のための法制化や制度化を提言しています[51]。ぼくには、この提言の内容のままでよいのかという疑問がありますが、それはそれで改めて考えるとして、藤野さんは、「国が負う」という点で、どのような展望をお持ちですか。

藤野　検証会議は呉越同舟の会議でしたから、ハンセン病についての関心度もかなりの差があったし、なかには、こういう社会的に注目されている事業の委員になると、自分の業績になるという不純な動機の方もいるわけだから、検証会議の委員全体を見わたすと本当にバラバラです。この会議は、国に対して意見書を出すわけで、なかには最初から厚労省が納得するような意見書にしようという妥協案しか考えない人もいました。でもそういう限界があったわりには、かなり原告の側に立った内容になったのではないかと思います。

ハンセン病隔離に関する皇室の役割についてもかなり書きましたし、提言もいろいろしました。問題はいかにそれを厚労省に実行させるかということですが、たとえば、再発防止の問題で、今後のハンセン病政策についてのロードマップ委員会をつくるとかいうことは、まだまったく具体化していません。いまのところ厚労省は、立派なご意見、ありがとうございます、で終っています。

そこで、この報告書の内容を厚労省に実行させるという次の行動が必要だけれど、残念ながらまだそこまではできていない。報告書を出したので、そこでもう終わりという感じになっている。それをいかに具体化させるかということが、これからの運動として展開しなければいけないことです。

立派なものを書いても、それを出すだけでは自己満足です。それをどう今後の施策に反映させるかということがなかったら意味がない。そこはまだ展望が出ていない。国としては、原告側にかなり近い報告書が出たことで苦々しく思っているでしょうけれど、別にこのまま店晒しでいいわけですね。

篠原　あれだけの膨大な仕事をたった2年半でやれたというのはどうしてか、そのへんの裏話を聞いてみたいですね。藤野さんのエネルギーも、相当でかかったろうと想像しますが。

もうひとつ、厚労省は、この報告書をかっこつけにしろ、日弁連に金を出してやらせて、それでポンと横においておくだけなのかもしれないけれど、それにしても、これを無視して後戻りはできない、でっかい躓

社会の村と似ていますよね」と応えて、「社会の村」と似ているけれど「社会の村」そのものではないと歯止めしている。

松浦武夫は、同書(pp. 60-61)で、篠原のこの発言に加えて、「島さんのこのお家は、新しくて間取りもゆっくりしていますね。そして、書斎が独立した棟になっていて羨ましい」という発言を批判して、「患者を物質的に満足させ、収容を容易にすることが、絶対強制隔離の条件だった」と喚起している。

きの石になったということはありますよね。ひとつのすごい歴史的なエポックメーキングになったと思います。ぼくは、それ以上多くを期待しないし、お国が、この提言に基づいて、変に動かれても面倒くさいと思うものですから。

藤野　最初はこんな1500ページにわたるような分厚いものになるとは思わなかった。あまり一所懸命に取り組まなかった方もいるけれど、その一方で、一生懸命なさった方もいます。全療協や各療養所自治会が協力してくださったことも大きかったと思います。内容を見ると、かなり濃淡があって、徹底的にできている部分と帳尻あわせのようなところもあって、そういう意味では1500ページという量だけでは評価できない。

普通、国がこういう機関を作ると、官僚が全部原稿を書いて、委員たちがこれに権威を与えるというのが一般的です。今回はいっさい官僚は関わっていない。原稿はすべてわれわれが書いたので、そういう意味では前代未聞の報告書にはなったと思います。そういうことができたということに大きな意味があったけれど、個々に読んでいけば、もちろんいろんな穴がたくさんあります。

ぼくらも、国がこれをちゃんと実行するとは思っていないけれど、これを出したことによって、少なくともマスコミも大きく報道したし、厚生労働省にしても今後ハンセン病については、この報告書を無視してはできないと思いますね。報告書には、そのへんの役割があると思います。これだけの事実があって、これだけの過ちを犯したのだから、国にはこれだけの責任があるんだということを明らかにしたという意味で、今後の国の施策はこれ以上後退してはいけないということになる。

それ以上の攻めの武器になるかというと現状ではきびしいと思うけれど、今年、実行せよと迫る世論を作っていくうえで、ハンセン病市民学会を作りました[28]。全療協は高齢化しているし、全療協も、こんな分厚い1500ページの報告書を読むのはなかなかできないでしょうから、そういう意味で、これからは市民たちの運動です。

こうやって話してみると、ハンセン病の問題は結核の問題とはずいぶん違いますね。

青木　もっと具体的に違いみたいなものを明らかにしていきたいですね。ありがとうございました。今日は勉強させていただきました。

篠原　もう一年以上も前から、おふたりとゆっくり語り合いと思っていたのですが、今日はついに宿願を果たせました。ありがとうございました。これからよろしくおつきあいください。(2005/8/6)

(ふじの・ゆたか　富山国際大学、あおき・じゅんいち　東横学園女子短期大学、しのはら・むつはる　和光大学)

〈ここの場所から〉

まか不思議な世界（その2）

－いつの間にか自分の主体性もなくなってゆく－

＜事件を起こさせてしまった！　……衝撃の中でたたずむ＞

赤松　晶子

このシリーズ(その1)の最後に「現在も個々の患者さんの人生に深い屈辱的な痛手を与えかねない抑制的治療を負わせてしまっている」と、記した余韻が覚めやらぬこの夏、2005年8月14日に、病院であってはならない事故に直面した。「前日退院した患者が職員を刺傷」というセンセーショナルな言葉が各新聞記事に載せられた。「やっぱり精神病院は怖いですね」と、近隣の人たちを敬遠させ、「こういうことは、前の足立病院だったら起こらなかった、今の足立病院はおかしいよ！」と、当事者の人たちも憤懣やるせなく訴える。「まさに、病院がやらせてしまった！」私は胸がえぐられる思いで、次の言葉が出なかった……。次第に、次々と浮かぶ言葉が飲み込まれてゆく。

「何も変わらないじゃないか！」……
現医療構造は堅固！……

その人は、長年病院に関わり、当事者の会にも時々顔を出していた。主治医への不満や薬に対する文句などを訴えられていたが、最近は「新薬は副作用がだいぶ減ってよくなったよ」と言われたりもしていた。時にアルバイトもし、出会うと、生き生きと明るい表情を見せていた。私に対しては「赤松さんは病院のヒエラルキー構造を批判し、患者が一番下に置かれているなどと言ってるけど、そんなこと言ったって何も変わらないじゃないか！」と、鋭く突いてきていた。確かに、何も変わらない。「口ばかりで、お前は何をやっているのか！」と、彼が怒りをぶつけたかったのは私にだったのかもしれない。その日は日曜日、相対し、傷ついた職員に申し訳ない思いを抱いた。

その人は、退院前日、「ほかの病院に変わりたい」と他院への紹介状を、主治医に書いてもらっている。そして退院翌日、朝から「主治医はいないか!?」と尋ねて来ていました。そしてその夕方、事件は起きた。

長年、関わってきた元の主治医には反発して、その入院中の主治医は、本人の希望で、別の医師に代わっていた。前からの主治医を批判したりもしていたが、一方的に嫌悪したとは思えない。その感情は微妙に揺れていたと思う。長年に亘る入退院の繰り返しの中で、人生の最も大切な青年期をやり過ごし、やりたいことの希望が何も果たせず、空しくも口惜しくもなっていただろうと思う。その元主治医や親しい職員に薬に縛られ続けていることの不満を激しくぶつけていた。

「ほかの病院に変わりたい」と訴えられた時、おそらく主治医が変わっても何も変わらない……、その人の不満足感は続いており、ここにいても駄目だ、という思いを強めたのかもしれない。その事態をどう受け止めたら良かったのだろう？　その新しく代わって、受け持った医師は、何故、その長年主治医として関わっていた医師に相談したり、他職種の関わっていたスタッフに意見を尋ねたりしたのだろうか、それ以上にその本人と更に話し合う努力をしようとはしなかったのか、何故?!

その後の捉えなおしの勉強会で、その主治医もそのことを反省していたと聞くが、こういう患者さんの言葉の内面を捉えきれず、疎外してしまうことを病院では気づかず起こしてしまうことが多い。医療の中では、全ての医療行為の責任が医師に掛かる、ということが法律的に決められているので、他のスタッフと相談するより担当医師自身の責任で決めてゆくことになりやすい。そして、その担当医の選択・決定は絶対的なものになる。

しかし、薬など専門知識として医師の権限にゆだねられるものは別として、生活上の問題、それに伴う人としての尊厳の問題など生きるうえでの選択、考え方など、医療というより生き方など人生観・哲学の

範疇に広がる問題であることを考えると、より幅広い関係で考えあうことが必要であろうと思う。そこにこそ、チーム医療の必要性が過去から長く説かれている由縁がある。しかし、患者さんの声をも含め、平らな関係の意見交換が努力されるようなチームワークなど考えられないのが今の医療現場の現実である。

個々に対する気遣いより、入退院の流れを途切らせないように!が優先

この事件の3週間ほど前にも、ほかの患者さんとの関係で同じような関わり方の配慮の無さが起こっていた。入院した男性が、夜、禁煙時間にトイレでタバコを吸っていたということで、翌日、病棟医から保護室に入るように言われ、その患者さんは「保護室に入るくらいだったら退院します」と言い、じゃー退院しなさい、と退院の手続きがすすめられていった。主治医は不在の中、精神保健指定医の資格を持つ病棟医は、他に関わっているパラメディカルスタッフがいるにもかかわらず、相談する労も取らず、決定し、家族に伝えていた。直後、私のところにご家族から電話が入り、「今、F先生から電話で、『夜中にトイレでタバコを吸っていたから保護室へと勧めたが、退院するというので退院させました』と言われ、『うちの子は保護室で縛られるのが嫌なので、保護室に入るだけだったら納得すると思います、そのようにお願いします』と言ったんですけど、『もう退院は決めて、本人を外に出しました』と言われた。そんなことってありますか!?」

「『任意入院』だからといって、昨日母親である保護者が一緒について入院したんですよ! 『もう出ました』なんて言われて、帰り道、事故にでも遭ったらどうするんですか? せめて、出る前に家族に相談してくれることじゃないですか!? 病院って冷たいんですねー」と、いつも静かなお父さんが、抑えながらも厳しく訴えられる。

私は時計を見た、昼近く。その朝、私は本人に呼ばれ、本人がその医師と会う前に会っていた。入院したばかりで十分眠れていない、顔を紅潮させたその人の話を聴いて、眠れないときは看護者に話して何とか横になるよう話し、看護者にもその旨伝え、私は外来者との面接に戻った。まさか眠れていないのに、その後診察した病棟医がその本人の状態を診ながら、退院を!など、そんな馬鹿な! ……「トイレでタバコを吸っていたから保護室に! 嫌なら退院しなさい!」…… 入院して眠れてない人に、それでいいの?

夜タバコを吸ったから、罰則として保護室へ!嫌なら退院!? ……私の脳裏に35年前、朝日新聞に連載された「ルポ・精神病棟」の「電パチ先生」(1)という言葉が一瞬浮かんで消えた。…… 当時の精神病棟では、電気ショック療法・保護室隔離が患者の問題行動の罰として施されることがあった。しかし、3、40年前の告発と精神医療の捉え直しの中で、そのような医療のあり方は改められたはずであったが、最近、本当に治療で?…なの!と気になる場に出会うことがある……。

ほんとに事故でも起こったらどうする!……。

われに返って、「探してみます!」とお父さんに伝え、私は走り出した。走りながら、病院で持たされているピッチで入院していた病棟に電話!本人がいないか尋ね、探してもらえないか頼むが、病棟は「次に入院する人を、今迎えなければならないのでそんな時間ありません」と言う。退院と決まった患者はもう病棟には関係ない、入退院を素早く進めるのが、今病院では一番の使命になっている。「速い回転を進めること」、「ベッドを空けないこと」が病院存続の決め手なのだ。そこでは、病院の利益優先のため、個々の患者さんにどのくらいの痛みやダメージを与えているかなどということへの気遣いは、ほとんど持つ余裕がないのが正直なところであろう。

同業者のかばいあいの中で、他スタッフの意見は無視される

医師は「外に出しました」と言い、病棟では「探せません」と言う。退院が決まって、まだ外来受診

(1) 『ルポ・精神病棟』の「電パチ先生」: 1970年、朝日新聞記者・大熊一夫が急性アルコール中毒患者としてある病院に入院、その病棟内の動きを『ルポ・精神病棟』として新聞紙上に連載した。その中に「電パチ先生」という言葉が載り、患者さんが病状というより、問題行動を起こしたということで、その罰として電気ショック療法を受けさせられていたことが記されていた。

もしていない患者さんはどこの所属でもない、外来看護婦に依頼しても困惑されるであろう。私は緊張したまま、実質、「強制退院」になったその患者さんに何かあったら、ご両親に申し訳が立たない!……

誰か手分けして探してくれないかと念じつつも、応援を頼む関係を探すことの時間の無さと空しさを噛み締め、また一人で走り出した。かなり高齢になっている心理屋のおばさんが小走りにうろうろする姿を気にする人は誰もいない。病院玄関から外側を回り、本人の行きそうなデイケアのサークルの場を探し回った。退院に決まったとはいえ、たった一日の入院で、本人が納得しての退院ではないし、今後の相談もせず、帰ってしまうはずはない。もしや!と、授産施設に連絡し、授産の同僚が話し合ってくれていたことが解り、ほっとした。全身の力が抜けるような感覚を受けながらも、とにかくご家族に連絡、すでに心配され、来院されていたご両親と出会い、病院の不始末をお詫びした。休みを取っていた主治医に連絡、今後のことは改めて考えあうことを約束して、その日は一旦、本人も共に帰られることになった。

夜、トイレでタバコ吸っていたということで保護室へ、と考えるなんておかしいですよ、ということを、主治医である院長に伝えると、「タバコを吸っていただけじゃない、ほかの人にもタバコをあげたりして落ち着かなかったそうじゃないか」と、全て、その患者さんの状態に問題があったとし、そのときの治療側の対処の仕方を検討する余地はなく、病棟医の行為を庇う。「落ち着いていなかった」ということなら、ご家族が心配するように、退院を決めるどころではなく、しばらく入院を考えることであろうし、もう少し時間を掛けてその患者さんと話し合うことで、保護室など考えることも無かっただろうことは明らかである。しかも、その後の診察で主治医自身は「入院継続」にしている。けれど、その病棟医の判断には物申さない。もしこれが他職種の考えた行為であればどうだろう?非難ごーごーだろうと、ふと浮かぶが、そんな問いを出すのも大人気ない。とにかく、医師同士は意見交換もせず、何事も無かったように流れてゆく。

そのご家族は、病院の、患者個人に対しても、ご家族に対しても、その馬鹿にされたような治療側の態度に訴えたくなるほどの憤りを抱いて居られたが、主治医である院長には遠慮して伝えられない。その経過と、特に本人の安全をどう保持することに留意したらよかったかを考えるため、気になることを記した文章を院長にわたしたところ、「こんなこと書いてどうするんだ、どこに見せるんだ」と、罵倒とも取れるような言い方で突き放され、そのことは何事も無かったように消えた。病院では、日頃、患者さんにとって、ヒヤッとしたことの見直しをするために「インシデントレポート」を記すことになっている。この件はその範疇ではないということであろうか……。いや!その2～3週間後、今回の事件が起きたことになる。

患者さんの処遇のあり方は医療側のマンパワーの余裕　～ありやなしやで～

精神医療の中では、何が真実か、何が嘘か、どうなっているのか、はっきりしない。はっきりするのは、医師（主治医か精神保健指定医）の指示[2]、サインがあれば、患者さんがどんなに隔離・拘束を嫌がろうが、訴えようが、他のスタッフがもう少し話し合ってなんとかならないかと考えたとしても、医師の専門知識と責任の中で、ほとんど他の職種の思いや考えは詳細に尋ねられる関係も持たれず、実施されてゆくことになる。医師も四六時中患者さんの傍にいるわけではないから、その病棟にいる看護者には状態を尋ねて判断することになる。看護者はそれだけ医師の不在時に生じることに対しては責任があり、看護するということと合わせてより管理的な面を背負わされる。その点で、医師と看護は何らかの問題を生じないように、という治療上であるが、より管理的な視点で処遇のあり方を考えることで一致する。

しかし患者さんの状態や思いは目の前に立つスタッフが自分の今の姿を受け止めてくれるか、に過敏に影響を受ける。緊張しながら注意を集中させ、被害的になりやすい不安の中で、「よく思われていな

(2)　医師の指示：「医師法」〔1948年作成、その後10数回に亘り改正されてきている〕第四章「業務」に「医師でない者の医業の禁止」第十七条「医師でなければ、医業をなしてはならない」と、条文化されており、医業として行うものは全て医師の責任にかかり、病院企業の中では医師以外の他職種の医療従事者はその全ての行為について、医師の指示を受けて動かなければならないことになっている。

い!」、「抑えようとしている!」と、その相対する人の態度から怖さを感じ取ったときは、不安・緊張は癒されるどころか、より強められることになる。そこで、何らかの安心感が得られないと、その不安・怖さが重なっての問題行動を起こさせかねないことになるだろう。

精神科でチーム医療の必要性が言われるのは、まさにそのような人と人の関係のあり方のもたらすものがあるからと思われる。しかし、今、患者さんへの関わりよりも管理面の事務作業などが富に忙しくなってきている精神科医療現場で、関わるスタッフが全員集まって、個々の患者さんへの関わり方のカンファレンスを日常的に持つことはかなり難しい。むしろ、問題行動を起こした人にどう対処するかという時や如何に入退院の回転を早めるか、長期入院者を他の病院に移せるかなど、経営がらみのカンファレンスは必須で、日常的に定例の場となっている。往々にして医師と看護者とその業務に素早く手足として対応できる人で決めることになる。その場合、その患者さんをどう診るかということは、患者さんの状態によってであるはずだが、どのように対処するかということでは、当然のことながら、そのときの看護の手がどの程度足りなくて緊迫しているか、あるいは余裕があるかということに連動して判断されることになる。

スタッフにゆとりがあれば「保護室を出てテレビを見る時間も作りましょう」が叶い、患者さんもスタッフもほっとすることになる。病棟にゆとりがあれば「せっかく慣れてきたから、もう少しここで過ごしていても……」と相互に思っていても、「これから入院があるので受け入れの準備をしてください」と連絡が入ると、保護室の鍵を開けられると期待していた人は、「不穏」と記されたまま、隔離サインが続くことにもなり、反対に入院する人が保護室を必要としていることになると、「誰か出せる人を出してください」ということになる。もう少し個室で静かにしていられればいいのにね!といったきめ細やかな関わりをするゆとりは無い。他方、この病棟にいられると思っていた人が、予告も無く急遽他の病棟に「移動」させられたりすることにもなる。

医療企業維持のため、精神患者・医療従事者、共に疎外関係に陥る

患者さんのほうは、自分のこうして欲しいという思いを受け止められ、病院が安心できる場になるより、「何故ですか?」、「何故出られないんですか?」、「何故ここに来たんですか?」など、問いかけ、その不満に納得のいく説明が得られず、より不安を強めてゆく。気になるのは、問うことも出来ず、後になって、取り返しのつかない事態を迎えることにもなり、治療側の足りなかったことに気付かされることがあるということ。すなわち、隔離・拘束や転棟、退院などは、患者さんの状態で判断することになっているが、日常的に小人数で大勢の患者さんを看ているという病院施設の管理上の矛盾が付きまとい、「精神障害者の人権」を大切にしたいと願っても、精神医療の実態は抑制治療に頼らざるを得ない。患者さん、職員ともども疎外関係に陥ることになる。

1990年代、精神保健福祉法に変わって、いわゆる「インフォームドコンセント」が勧められ、入院する患者さんには「入院計画書」が渡され、診断名、治療内容、入院期間などが説明される。かっての長期入院収容時代のイメージからすると、2～3ヶ月の入院、などの説明に、患者さんもほっとすることになる。職員もかってのように「“チャン”呼び」で患者さんを子ども扱いしないように、「患者様」と呼ぶように指導され、一見平らな関係になってきてるように見えるが、それは、一面的な変化で、肝心の治療上の処遇では、繰り返し触れてきたように、一方向的な指示系統に依拠するしかない。職員間も平らな関係ではないが、あくまでも、患者・職員は対等ではなく、「患者様はお客様」といいながら、「治療」という場は「専門家」である職員が圧倒的に力を持っている。

そのような中で患者さんの疎外感が深められてゆくことが気になり、問題を医師に投げ掛けると、「あなたは看護者の大変さを分かっていない」と言われ、更に「あのようなボーダーラインの患者は呼ばれたからってすぐに応じるのは良くない!」などと、病理(3)を

(3) 病理:「病気の理論・病気の原理」・病理解剖に基付き病気の原因・様態を知る・・(広辞苑)と、記されているが、精神医療の場合、身体の解剖学による解明とは異なる次元の問題があるにもかかわらず、同じように生物学的解明に焦点を当ててゆこうとする科学化・合理

持ち出して批判される。先にも述べたように、看護者の役割は患者さんを受けとめることもあるが、それより観察し管理することが要請されている。その看護の手の一つにもなっていないものがものを言うことは、医療の現場では歓迎されないどころか顰蹙を買うことになる。

しかし、患者さんの側に立って考えたらどうなのか、相互検討を深めてゆくことが必須と思われるが、今の時代、その視点での検討は実現できないと考えたほうが良い。そこでの発言権は病院の医療経営にどこまで役立つ人間でありうるかの評価に掛かっている。かって、40年来、病者の立場の人たちから告発を受け、一生懸命考え続けてきた、患者さんにとって「臨床」ってなんだろう、患者さんに役立つ動きが出来ているか、と自分たち専門家の問題を主体的に自己点検した数々の問いは霧の中に見えなくなっている。

(あかまつ・しょうこ　東京足立病院
2005/12/15)

化が進められており、人格を持つ人間としての基本的な関係作りへのたゆまない努力が軽視されてきている。

〈映画や本で考える〉

善悪の彼岸へ
－『スティーヴィー』からの誘い－

佐藤　剛

『善悪の彼岸』。この作品はその場所へ立とうとしている一つのドキュメントである。より厳密に言えば、立っているのではなく、「立とうとしている」という表現が正しい。現在も進行形の試みだといってもいい。この主人公をめぐる現実は善悪の彼岸に立っているという確信を絶対に許さない。でもカメラはその場所へ「立とうとしている」。

過酷な生い立ちを持つ青年の現在を追う、この作品は、その青年が少年だったころにBBSという活動(1)のなかで支援を行ってきた監督によって撮られているという特殊な状況のなかから立ち上がっている。二人がすでに10年ほど前に出会っているという絶対的な条件がこの作品をユニークなものにしている。

主人公である青年が、過酷な生い立ちであるがゆえに過酷な人生を送ることになるというありきたりの解釈をこの作品は拒み続ける。主人公は確かに犯罪者として逮捕されたり、裁判の被告として裁判に立ったりすることもあるだろう。しかし、それは彼の人生のある側面でしかないことをこの作品は教えてくれる。ありきたりの解釈を許さないという強い意志が画面にみなぎっている。なぜならば彼が生きているからだ。彼はそんな過酷な状況のなかでも笑っているし、恋人と過ごしているし、釣りを楽しんだりしている。その生活を「反省」の色が伺えないと非難することは簡単だ。しかし、その評価は「善」という立場から「悪」へ投げつけられる批判に過ぎない。この作品に触れていると、その非難の軽薄さが反射して自分にやってくる。

作品の後半になると、彼は口を閉ざすようになり、なんと形容すべきか迷ってしまう表情が写し出される。不敵な笑みともいえるし、困りきってしまった状況で浮かべる笑みともいる。それをあえて名づけるとすれば、評価されることへの抵抗である。監督のパートナーである女性が、カウンセラーの立場から彼をカウンセリングへ誘う。しかしカウンセラーの熱心な言葉の連鎖は空回りするばかりだ。彼はその誘いに対して断固として首を立てに振ろうとしない。評価されること。主人公はそれを徹底的に拒否している。実の親に評価され、追い出され、社会的養護（児童養護施設や里親への措置）という枠組みのなかでも評価され続けてきた彼の人生。善くなることも悪くなることも彼にとってはまったく等価である。彼はそこから自由であろうとしたのではないか。彼の無言の抵抗の意味はここにある。最後に待ち受けている裁判という制度も彼にとっては評価する一つの機関に過ぎない。

その一方で彼は評価という機能を止めた他者にだけ心を許そうとする。少年時代に一時期生活をしていた里親への表情や、現在のパートナーである女性との交流。そして、〈評価する〉ことをやめようとした

(1) BBS（Big Brothers and Sisters の略）
アメリカには、様々な児童および若者の指導プログラムがある。「ビック・ブラザース」は、中でもアメリカ全土のコミュニティで昔からよく知られているプログラムであり、各コミュニティそれぞれにビック・ブラザース的プログラムが存在している。全国組織のものとしては、1904年に裁判官事務官であったアーネスト・カルターが始めた「ビック・ブラザース&ビック・シスターズ・オーガニゼーション」が特に有名だが、ビック・ブラザースという名称を名乗らない組織や、また全国規模にしないコミュニティに密着した組織も多く、アメリカでは「ビック・ブラザース」という言い方は、その総称として一般名詞的に使われる。ちなみにスティーヴ・ジェイムス監督は、イリノイ州カーボンデールのメンタル・ヘルス施設に付属するプログラムにボランティアとして参加し、少年スティーヴィーに出会った。（本作品のプレス用資料から引用）

この監督、そしてそのカメラ。評価することをやめたものたちにだけが生きる現実。それらの断片がこのフィルムには焼きついている。

家族。評価することからもっと自由であるはずの場所。彼は少年時代にその自由を享受することができなかった。エンドロール直前に置かれた監督のモノローグのなかで、自分がBBS活動のなかでこの青年と交流をはじめたときに彼を「いい子」にしようと思ったと述べている。彼を「善く」したいという意思。これもまた評価するまなざしである。彼が欲していたものは、「善い」とか「悪い」ということではない。そこから自由である大人たちではなかったか。だから彼のBBS活動は失敗だったといっていい。しかしそのことに気づいた者にはチャンスが与えられる。作品中にこの監督が司法取引を行うように主人公に助言を行うシーンが何度ともなく現れるが、主人公はそれに一切拒否をしてしまう。現実的な判断としては司法取引を受け入れることが妥当だろうけれども、彼は拒否をする。評価したって何も変わらない。彼は彼のままだ。そのことを彼が一番よく分かっている。でも周囲の人々は彼を「善く」しようとする。そのことを伝えようとするほど、彼の拒否は明確である。ここで彼の自暴自棄を読むことが一般的だろうけれども、自暴自棄になったとしたら彼はカメラの前から姿を消したはずだ。彼が被写体であり続けた理由はなんだろう。彼は破れかぶれになったのではなく、評価しないでそばにいてくれというメッセージを出すために被写体であり続けたように思える。それを感じ取れるかどうかは、かかわる側の感受性の問題である。

人はいかに評価することになれているのだろうか。そして、評価することによって他者を分かったようなつもりになってしまうのだろうか。この作品は、分かったようなつもりになることを決して許さない。最後まですべてが分からないままの作品であると言ってもいいように思う。そして私たちはこのような主人公をめぐる現実を自分たちのまわりにも見出すことはできるはずである。いま日本の社会を見るとこれとそっくりの現実が繰り返して現れている。だからこそこの作品は多くの人に見られるべきである。いま私たちに必要なのは、加害者を責めたり、被害者に同情したりすることではない。どうしてそういう現実が引き起こされてしまうのかを一人ひとりが考えなくてはならない。そういう思考を開始するための絶好の機会をこの作品は提供してくれる。特に臨床と呼ばれる領域のなかで、かかわる側という役割を取る人や、かかわりをもたれる側という役割を取る人にこの作品に触れてもらいたいと思う。何か新しい思考の芽を受け取ることができるはずである。

(さとう・つよし　川崎市中央児童相談所
2005/12/23)

注　スティーヴ・ジェイムス監督『スティーヴィー』は、2006年2月18日から3月17日まで、ポレポレ東中野で公開予定。

〈映画や本で考える〉

『自閉症裁判−レッサーパンダ帽男の罪と罰』で考える

四十物　和雄

この間、『セックスボランティア』(河合香織　新潮社)、『こんな夜更けにバナナかよ』(渡辺一史　北海道新聞社)などの読書感想文が、富山の障害者・支援者間において、論議を賑あわせています（後者はともかく前者については私は読んでいません)。そのことに刺激を受けて、私も日頃(といっても、たいした事が出来ている訳ではありませんが)問題にしている「心神喪失者等医療観察法」をはじめとした「精神障害者」関係の問題で、最近注目すべき本『自閉症裁判—レッサーパンダ帽男の罪と罰』(佐藤幹夫著　洋泉社 2005年刊）を読んだので、その紹介を投稿した次第です。性格が「生真面目(?)」なせいか、長文で面白くも何もありませんが、ご容赦の程を!

皆さんは「レッサーパンダ帽男の事件(浅草事件)」を覚えていますか?

2001年4月、東京・浅草で19歳の女性が、レッサーパンダ帽を被った男性に「殺害」された、として報道された事件の事を覚えていらっしゃるでしょうか?当時は大変騒がれた事件でした。しかし今そのことに関心どころか、言われて初めて「そういえば、そんな事があったっけ!」という人が大半だろうと思います。

本書『自閉症裁判』は、元養護学校教師の著者が、この事件を起こした「自閉症青年」を被告とした長期裁判を中軸にして、多面的な角度から取材を重ねて書かれた重大な問題提起の書です。問題が今までほとんど社会に提起されてこなかった事ばかりなので、その全てにわたって紹介する事はできません。私の印象深かった点を中心に、以下紹介して行きたいと思います。

「自閉症」とは何か?彼ら・彼女らの抱えている社会的問題とは?

最近、TVなどで「自閉症児・者」を取り上げたドラマがありましたね。私などは「へそ曲がり」だから、ほとんどそういうものは見ません。最後は、みんな（親しい人）が「自閉症者」の事を理解して「ハッピーエンド」で終る、という筋書きが透けて見えている、いいかえれば、傍観者である自分に対して痛みを感じさせることの少ない、厳しい現状の肯定でしかない!という理由からです。

結局の所、「理解」が社会的な問題につながっていかないのです。学校を卒業した後、彼ら・彼女らを待っているものは一体何なのでしょうか?そのことに答えようとした番組があったら教えて欲しいくらいです。

著者の佐藤さんがこの本で問題にしているのは、(1) おそらくは「殺意」がなかったと思われる被告が、何故、女性を死に至らしめたのか? (2) 何が彼を犯行当時の状態(ホームレス仲間にも入れないほど孤立して、飲み食いにも困る放浪状態)に追い込んでいったのか? (3) そのことに対して、家族・教師・福祉関係者・社会はどう答えればよいのか?ということです。これらの問いは、佐藤さん自らの教師体験から来る、「自閉症」をはじめ「障害」を有している子供たちに対する自責の念から出てきたことに間違いありません。この問いに対して、私は障害者との「自らの関わりの狭さ」と「想像力のなさ（自分の関わって来た人からしか問題を考えない傾向)」を痛感せざるを得ませんでした。

著者は公判傍聴の取材を通して、被告の取調べ調書、公判での検事・弁護士・裁判官との答弁のやり取りの中に、「自閉症」「障害」に対する無理解・偏見を明らかにする事によって、被告のような「障害

者」「自閉症者」の人格を強力に切り捨ててきた過程やあり様を浮き彫りにしようとしています（同時に、被告の「最後の人権擁護の砦」とならねばならない裁判制度が、如何に正反対の役割を果たしているのかについても問題にしているのですが、それは後述します）。「共に生きるためには、どのように被告のような人たちを理解していけばよいのか」という角度からの「自閉症」論を展開しているのです。

その一端を紹介します。

まず、本書7章「『なぜ顔を上げないのか』と男は問い詰められた」から引用します。

…男にはいくつかの著しい特徴があった。そのひとつは・・・顔を上げない、視線を合わせようとしないという点であった。これはおよそ徹底していた。…男は一度だけ、若い検察官より激しく問い詰められた事があった。・・・「顔を上げられますか」と（検察官が）言うと、男がほんの一瞬だけ顔を上げた。

検察官「もっとあげれませんか」
被告人「できないです」
検察官「なぜ上げられないのですか」
被告人「……」
検察官「顔を上げて、裁判官の方を向いて答えるべきではないのですか」
被告人「……」
…
検察官「なぜOさん（被害者）に対して申し訳ないと思っているのですか」
被告人「やっぱり自分としては、やっぱり…ああいうことになってしまって、なんというか…」
検察官「Oさんを殺してしまって申し訳ないということですか」
被告人「はい」
検察官「それでは、あなたとしてはどうするべきだといま思っていますか」
被告人「自分としては…」
検察官「まず顔を上げてしゃべる事じゃないですか」
被告人「……」

……男はこれ以降、証言する時も被告席に座っているときにも、顔を上げることはなかった。

（以上 pp. 91 ～ 93）

このやり取りをどう思われるでしょうか？

おそらく、「自閉症」の人たちとの付き合いの深くない人（かくいう私もそうですが）は、被告人のしぐさを理解できないばかりか、被害者の立場に身を寄せて、イライラし、段々腹立たしくなっていくのではないか、と思うのです。

著者は、このしぐさの原因について、(1) 男が幼少の時からイジメられ，カラカワレて、苦痛に耐え忍んで顔を上げると「文句あるんか！」と因縁をつけられるような事が続いてきた結果のせいであること、(2)「自閉症」の大きな特徴である「知覚受容の大きな偏り」があること、をあげます。

「自閉症」の人々の特徴として

まず、著者は、知覚受容の偏りに着目しています。

著者はその実例として、「私たちに聞えない飛行機の音に驚き、蒼くなって教室に駆け込んでいく子」「電動カンナの音がダメで木工室に入る事が出来ない子」—音に対する著しい偏り。また、「換気扇が好きで、絵を描かせると必ず細部まで漏らさず書く子」「散歩から帰ると、通り道にあった自動販売機を全て記憶して、帰って来てからその一つ一つを書き始める子」—視覚における偏り。「味覚の過敏な子は激しい偏食となって、一つ一つ具材を確かめないと口にしない」などを挙げています。

このことについて著者は以下のような説明をしています（pp. 94 ～ 97）。

私たちは通常、いま、こうして「周囲の光景を目にし」、「周囲の音を聞き」、心も身体も安定を保っている。それを不思議とは感じずにいる。安定を保ちながらここに「いる」ことが出来るのは、もともと私たちに備わった身体の能力のせいではない。視覚も聴覚も、味覚や臭覚その他の知覚の全てが、生れ落ちてから長い時間をかけて、人との関わりをとおして身に備えてきたものであり、それが出来たからこそ何の不安も覚えずに、ここに「いる」ことができるのである。…言い換えるなら精神発達のプロセスの中で次第に分化してきたものであり、文

化的な所産である。そして自閉性障害を持つ人たちに見られる知覚の極端な偏りは、人と関わる弱さからもたらされたものである…。

自閉症の人々に特徴的な「知覚の偏り」がもたらすものは、不安と緊張、そして時には大きな混乱である。私たちは知覚の過半を同時に「意味」として捉えなおしている。…そして意味を通してその知覚情報を「価値」づけ、世界をかたちづくっている…。たとえば、今こうして文字を書き進める私にとって、もっとも大事な視覚情報はパソコンと資料である。本箱の本も視覚には入っているが、いまの私には必要とされないものであり、後景に退いている。のどが渇き、水分を摂りたいと考えていると、今度は机の脇にあるコーヒーが前景に現れてくる。刺激の束をそのように捉えなおすことによって、私の「世界」は安定（秩序化）を得ている。聴覚の情報が…なにか分からないとき、必ず確かめようとする。確かめることによって、不安を解消することができる。確かめるとはすなわち「意味化」である。しかし彼らにあってはそうではない。おそらくは意味以前の「原初的」情報が優先されている。だからこそ(「意味」不在＝他者との共有する「世界」が不在であるため)絶えず不安定で、わずかの変化でさらに安定が脅かされることになる。…

この不安が高くなったとき彼らは混乱する。初めての場所や初めての体験に激しい緊張を示し、その不安と緊張が限界を超えたときパニックを示すのはそれゆえである。男が絵を描かせると驚くほど巧みだったということは、これまで多くの証人が述べていた。…おそらくその視知覚は…それこそチラリと目を向けただけで、相当のものを見て取ってしまうという特性が推測される。…しかし逆にこのことは、顔を上げて正視し続けることは、男に大きな不安と苦痛、場合によっては混乱をもたらす要因となる。

最初にあげた生活史的要因(蔑視と排斥を受け続けた事)と、この視覚作用の独特のありかたが相乗的にはたらき、顔を上げない、目を合わせない、という男の特徴がつくられてきた。そのように推測されるのである。

以上、非常に長い引用ですみませんでした。

「自閉症」の人たちと日頃生活をともにしていない人にとっては、およそ考えもつかない考察だのではないでしょうか？　これと類似した事は、ほかの「精神病」者・「知的障害」者の世界でも存在します。このような彼らの特徴を分からず、あるいは分かろうともせずに、「自分たちから見て変な奴」「分からない奴」として無関心であったり、避けたり、からかったり、排除したりしてきたことが、当該の人々が生きていくうえで如何に困難な事態を引き起こしてきたのか(！)を、想像する事が出来るのではないでしょうか。

以下、男(被告人)の特徴として、既述した(1)知覚受容の偏りに加えて、(2)共感性を欠いた応答、(3)「他者の視点(他者から見た自己の把握)」の欠落、(4)人に対する共感性の欠如や抽象的な理解力の弱さと、アンバランスな社会的行動スキル(技能力＝単純作業を続けるなどの)、(5)一般的な意味が具体的な事物につながらないことがあること（今回の事件に関して言えば、「危険な刃物」と「包丁」が男においてつながっていなかった可能性が非常に高いこと)、(6)既述(4)のアンバランスさのために、他の諸点がつい見逃されてきたのではないのか？ということを挙げています。著者は特に(5)(6)の点において「盲点だった」と反省しています。その結果、「浅草事件」のもっとも大きな不運と不幸、すなわち包丁などの凶器を持ち歩くことの反社会性を、被告人は学ぶ機会がなかったのではないのか!と、総括しているのです。

「自閉症」「障害」を正しく理解するための「翻訳」作業を放棄した司法

「浅草事件」の裁判においては、「自閉症」など多くの「発達障害」が無視されたまま起訴され、有罪となり、刑務所に送られていることへの異議を問題意識とした弁護活動が行われました。

従来の刑事責任能力を争点としたのでは対応できない、訴訟能力・生活史全般の問題や、彼らに対する処遇のありかたを視野に入れた情状鑑定を重視した弁護方針がたてられました。この点について著者は次のようなたとえ話で問題の中心を浮き彫りにしています。

ある国に出向き、言葉がうまく通じないまま取調べが始まり、やがて法廷に連れ出され、理解のできないまま審理が進んでいく。このとき、通訳をつけて欲しいという要求が当然出されるはずですが、その要求者が被告人で殺人という重大事件だったならば、この要求はどのように受け取られるだろうか?まして動機もよく分からない「通り魔的犯行」としてしか受け取られないケースの場合、通訳をつけてくれ、という当然の要求を社会感情はすぐさま受け入れるだろうか?(1) しかし、法廷はわが身を守る最後の場であり、そこにおいては法理を尽くした審理が為されるべきではないのか! (p.313)

裁判所は弁護側の提出した問題提起に対してことごとく無視し、男を「凶悪な通り魔犯」として、「無期懲役判決」を下しました(2004年11月26日)。弁護団は「発達障害のリーディングケースともなる判決を放棄してしまった。これでは、発達障害の人にはどんな取調べをしても良い、虚為自白でも何でもいいから調書を取って起訴する、そしてとにかく刑務所に入れておけば良い、というものになっている」と激しく批判しました。「結局、被告を社会から永久に排除せよ、ということに尽きる」(大石弁護士)。「私たち弁護人は、この裁判の場が反省と責任を被告人に自覚させ、感銘させる教育的更生の場であると考えて」来たが「本人に問題を分からせたい、現実を語らせたい、理解させたい」ということにこだわり過ぎた。「たとえ無理でも、警察のストーリーと食い違う証拠をドンドン出していけば、また違った展開になっていたはずである」(副島弁護士)。

このような弁護団の激しい抗議の背景には、次のような事実がある、というのです(p. 240)。

年間の新受刑者二万五千人中、IQ 49以下の人が千人以上、これに測定不能の人が千人(ここには自ら測定を拒否している人もいるだろうから、割り引く必要があるのだが)、二千人に近い「知的障害者」が受刑者となっているらしいのです。IQ(2)という数値がはっきりと現れる人でさえ、このような数字がでているのに、「自閉症・発達障害」というまだ刑事手続きの中で認められていない「障害者」が、相当数いるだろう事が容易に推測されるのです。

彼らが手を染めるのは、ほとんど(約80%)が詐欺罪(無銭飲食・無賃乗車)と窃盗罪(置き引き・自転車盗)という微罪です。ここにあるのは、福祉の支援からこぼれ、家族も離散したり、家出したりして、食うことに困り追い込まれた挙句の愚行、刑務所を出所しても引受人がない、戻る場所もない、雇ってくれる所もない、ホームレス以下の暮らしを強いられる中で、再び同様の行為をして刑務所に戻っていく、というパターンです。

ここから伺われる事は、「知的障害」を持つ人たちが、事実関係をうまく語ることの出来ないまま自白供述を取られ、裁判にかけられ、訳も分からず刑務所に送られていく、という現実であるということでしょう。

すなわち、これまでの福祉が対象としてきた人々は、しっかりとした家族があるか、一定程度の経済力を有しているか、「支援に値する人」であるか、そのいずれかでしかなかったのではないのか?「触法」の網にかかってしまった人たちは福祉の手を差し伸べられず、またその実態が隠蔽されてきたし、教師たちの多くもまた、教え子が卒業後にどんな半生を歩むことになるのか、ほとんど関心を向けてこなかった、という問題があるのです。

こういう現状のままでは、「浅草事件」の様な痛ましい事件が今後もつくり出される可能性が高い、といわざるを得ません。取調べがビデオ収録・テープ

(1) 「浅草事件」の1審は要求を無視しました。

(2) 私の共感する考えは「自閉症者・知的障害者・精神障害者・身体障害者・健常者などそれぞれの人たち特有の『賢さの形』がある」(ウェンディ・ローソン-下記(4)参照)というものです。そういう立場からは「健常者」(専門家)の一方的な「賢さの形」を押し付けて裁断する「心理テスト」(「知能検査」はその典型)は否定しなければならないものです。しかしながら、訴訟能力-受刑能力(更生能力)についてほとんど問われてこなかった結果として、知的障害者・発達障害者の「再犯の繰り返し」が為されている状況を考えるならば、そのようなことがなくなるようにかれらの刑事責任の自覚と社会的バックアップを促す意味で、上記能力の再考が必要です。その一つのきっかけとして、既存の司法-行刑制度の中において「知的障害」を表すほとんど唯一の指標IQを逆用して、刑事罰の無効性を関係機関に訴えていくことが必要かと思います。

収録などによって可視化されること、あるいはその段階で弁護人あるいは事情をよく知る福祉関係者などの立会いを認めること、出所後の福祉支援を制度化すること、このいずれかでも果たされるなら、事態は変るのではないのか!その問題提起の場としてあった裁判において、東京地裁はことごとくそれらを無視したのです。

著者は弁護団の思いと共有する自らの教師体験を踏まえて、以上の思いを、強く訴えています。

同様のことは「精神病」者・ろう者(3)にも当てはまります。彼らの直面している「世界」をわたしたちが理解できてこなかったし、しようともしてこなかったこと。彼らとのコミュニケーション自体が中々成立しない事。そのことを「通奏低音」とした、差別・偏見、さらには福祉制度からの排除。ほとんど著者の告発した問題が、彼らとの間にも問われているように思えます(4)。

私には、ナチスの迫害によって難民となることを余儀なくされた人々の「声なき声」を「代表」して、ハンナ・アーレント(ドイツの政治哲学者)が強く訴えた「人権の難問は、それが最も必要とされる限界状況で拒否されてきた。人権を実現できるのは、国家や民族によって人権の保障をあらかじめ実質的に約束されている人々だけである、という矛盾!」「『人類に属することが価値であること』。それをもって、人権を現実的に保障する関係を築き上げることが出来るのか否か?」(5)という問いかけと同様のことが、前記の問題において問われているのではないのか、と受け止めました。「優生思想」との対決、そしてその廃絶を訴えてきた障害者運動には、このような重い課題があるように思うのです。

「しっかりと被害者と向き合う事が真の障害者支援」

実は、この本の最大の特徴は、「しっかりと被害者に向き合うことが真の障害者支援。また逆に被害者への支援は、加害者への憎しみを煽る様なことではいけない」(p.132)という姿勢を貫いた取材記録の記述にこそあるのです。

「被害者の両親の苦しみ・無念さ・怒りに向き合うことを避けては、真に根付いた『障害者支援』にはならない。そうやってなされたことだけが、5年・10年後の被害者にとって力となっていくのではないのか?そう願いたい」(p.133)。

そのように述べる著者に対して、私は何よりも共感を抱いて、この本を買ったのでした。

以下、「わたくしごと」を述べさせてもらいます。

大阪教育大学付属池田小殺傷事件(2001年6

(3) ろう者の定義については、木村晴美+市田泰弘「ろう文化宣言—言語的少数者としてのろう者」(『ろう文化』所収 青土社 1996)参照。聴覚障害者(中途・難聴者含む問題)については、上農正剛『たったひとりのクレオール——聴覚障害児教育における言語論と障害認識』(ポット出版 2003)参照)。

(4) 「統合教育」という形で、障害児・者が求めてきた運動、その中で勝ち取られてきた成果については、私は積極的に連帯・評価する立場です。その上で、前述のような当該障害者とのコミュニケーションが自然のままにおいては成立せず、いつの間にか彼らを排除していく過程を、私はこの事件を契機にして問題にしなければならないように思いました。彼らのそもそもおかれている世界が健常者のおかれている世界と異なる事、いいかえれば、私たちが陥ってきた「健常者」の世界受容・世界認識を「当たり前のもの」として、当該障害者の独特の世界を無視・否定してきたこと、および、そのこと自体に無自覚であった事が問われているのではないでしょうか?上記(3)の文献や、「自閉症者」自身の自伝(ドナ・ウィリアムズ『自閉症だったわたしへ』新潮文庫、ウェンディ・ローソン『私の障害、私の個性』花風社)、そして本書で問いかけられている事は、見せかけの「統合」の中で、障害の否定—排除が進行している事にいかに無自覚であるのか?を問いかけている事だろうと思います。「せめぎあう共生」という立場から、「統合教育」を超えようとしている実践においても、この課題が突きつけられているようです。言語的・社会的コミュニケーションの成り立たないところ、成り立たせようとする努力のないところにおいて、「せめぎあい」も「共生」も成立できません。「ごちゃごちゃ居れば相互理解が自然に出来る」という前提が問われているのです。

(5) ハンナ・アーレント『全体主義の起原』(大島通義+大島かおり訳 みすず書房 原書1951)第2巻「帝国主義」第5章〈国民国家の没落と人権の終焉〉2 人権のアポリア 参照。

月)以来、「心神喪失者等医療観察法」反対闘争＝保安処分反対闘争に関わってきましたが、DV(ドメスティックバイオレンス)に抗って女性の権利を守ろうとしているひとから「こんな法律が出来るといいのでは」という衝撃的な意見を聞きました。勿論そこには、池田小T被疑者(当時)を通してしか(それもマスメディアの一方的な情報による)「精神障害者」を認識していない、という問題点があります。しかし、「被害者」の苦しみ・怒り・悲しみ・生活についてどこまで考えた上で「加害者支援」を行っているんだ?という強烈な批判がそこにはあったのです。

私自身は精神病院での暴行事件で亡くした知人の民事訴訟支援をおこなってきましたが、実際の所、加害者(支援)と被害者(支援)との対立的関係について、深く考えてきたわけではありませんでした。しかし、考えれば考えるほど事は重大な問題であると分かってきました。社会の支配的考えとは逆の「命の選別」をおこなっている自分に気付いてきたのです。たしかにマイノリティの側に軸足を置くにせよ、どちらの方にも苦しい過酷な現実があることを無視はできないことに気付いたのです。

「医療観察法」の反対運動の中で、息子さんの心神喪失時に連れ合いを殺され、本人も重傷を負ったにもかかわらず、息子さんを切り捨てずに支えながら運動に参加されている女性を知ることが出来ました(ほとんどのケースでは家族は加害者を切り捨てているらしい)。連れ合いを殺され自分も傷ついた被害者として、現在も「また刃物で傷つけられないかという恐怖」で苦しみながら、しかし加害者の母として「息子の犯した罪と共に向き合おう」とする姿勢に深く心を揺り動かされたのでした。

彼女は「通院していた精神病院側が、息子の『クライシスコール』に気付いた私の訴えを無視した『医療過誤』が前記事件問題の核心」だといいます。しかし、現状の法律上(民法)においては、彼女の主張は「その時点の医療水準において『触法行為[6]の予期一予防可能性』が認められない」状況下で、無視されてきました。しかし同様の事態はほとんどの「精神病」者とその家族が直面してきている事なのです。そのことに対して、少なくとも表立って「精神医学・医療の危機」として受け止めてこなかったと思われるこれまでの医療関係者や、また、その点を課題としてこなかったと思われる「精神病」者の運動(と支援運動)に対して、彼女は反省を迫っているように、私には思えました。

彼女は統計上の問題などではなく、「病者の(『クライシスコール』を受け止めることを真剣に考えてこなかった状況において)犯罪は怖い」といい、「そこを見つめない運動は非現実的で、病者自身にとってもよいことではない」と率直に述べています。

確かに、犯罪防止を医療(のみ)に求めている点で、私の考え[7]とは異なります。下手をすれば「医療観

(6) 正確には「心神喪失」で不起訴または無罪が確定した人は「触法者」ではありません。刑事的責任はない事をしっかりと踏まえたうえで、倫理的責任・人間的責任＝罪(この辺りの考えは、ドイツの哲学者カール・ヤスパースの『戦争の罪を問う』(平凡社ライブラリー、原書1946)を借用しています)としてはどうなのか?を問題にしています。私の強引な解釈＝改釈によれば、自己自身の行為にかかわる倫理的責任も「倫理的自由主体」が前提にされる以上、ないと思うのです。問題は「人間的責任」ということです。ヤスパースは他の責任とは異なった「加害個人」の事後努力では回復できない修復不能な傷を感じ悔いる〈罪意識〉を形而上的責任とよび、個々の生が取り返しのつかない一回性を有していることの自覚において発生・深化されていくものとしています。かれは「人と人との絶対的連帯性が十分に出来ていないこと」を責任の対象としているので、私は「人間的責任＝罪」と名付け直しました。

「他の人間が殺された今もなお私が生きながらえているという場合には、私がまだ生きているという事が私の罪なのだという事を私に知らせる声がこころのうちに聞こえる」という彼の言葉は、同様な思いを抱いたり、感じ入った人全てが、その責任をになうような生を生きていくことを意味するはずです。このような境地で考えていくならば、「目には目を」「歯には歯を」という刑罰思想を超えて、「復讐ではない共通の正義」「復讐の連鎖を断つ」方向性を持つ事にもなるように思うのです。

そういう考えに揺さぶられている私にとって、「人間的責任」をになうべきだし、彼女の一連の問題提起は、加害当事者のみならず、私を含めた多くの人をそのような「罪意識」に導いていくものでありうると思います。

(7) 私は「精神病」(あるいは抗精神病薬の副作用)による「心神喪失」状態による「触法行為」は不可抗力であっ

察法」に取り込まれる可能性もあります。ただ、今まで医療によって何が出来て何が出来ないのか（短期的範囲においてさえ、「病状」から危機の予見を出来ない医療とは一体何のためにあるのか？身近にいる人のSOSを受け止めようとしない専門家主導の医療とは何なのか？を指摘していたのだと思うのです）を、明らかにする努力がなされてきたといえないこと。それは医療上においても、患者運動の多くにおいても、「触法者」としての苦悩や「罪責感」を結果的に放置してきた危機でもあること[8]。新自由主義政策による「社会（的連帯性）」の急速な喪失（そのことの無自覚、今日強調されているバラバラな個人関係＝競争関係を賛美する「自己決定・自己責任」思想の普遍化）、それと一体となった「厄介な人・事」の国家＝専門家への依存＝従属関係の強化が進行している今日、「当事者」「病」という形で責任を課してきた事態に対しての問題を、より直視しなければならない問題でしょう。そのことについて正面から考えている発言や文章の如何に少ないことか！

この問題提起に重みを与えているのは、彼女と息子さんの生が、お互いの間における愛情とすれ違いを常に伴いながら、共に「不条理な触法行為なるもの」に否応なく直面させられ、言い知れぬ苦悩を背負いながら生きることを科せられている現実だろうと思います。いいかえれば、加害と被害という現実の緊張関係と向き合わざるを得ない生（註8）が、〈私（たち）に無責任である事〉を許さない力を秘めているからに他なりません。その点において、私に対し

て、刑事的責任が問えないとする刑法第39条は近代刑法の根幹を成しているものとして擁護しています（この考えについて、「精神病」者を社会の一員と見ない差別的思想である、という批判的な異論は、一時的な急性的「病的状態」に於ける主体性喪失状態を軽視している点において、依然として近代的な主体が全てを決定できるとする人間観にとらわれています。何よりも彼らの多くが置かれている惨状をみていません）。問題は、「精神病」には「完全治癒」はなく「寛解」（病状が安定している事）しかない、という精神医学・医療の常識＝治療ニヒリズムを隠蔽しつつ、「触法者」の個人的治癒に解決をゆだねていることにある、と思っています。これは「治らない人」を「治す」という矛盾した論理であり、行き着く先は、強制力と人体実験による当事者個人に対する「隔離＝監視という治療」しかあり得ないことにあるのです。

そうではなくて、「治らない」ということと「触法行為」を結び付けない形での解決、それは多くの場合、相談できる仲間・安心できる仲間の存在であり、安心して病状悪化が出来る関係づくりしかない、と私には思えるのです。そのヒントは「浦河べてるの家」の営みにあるように思います。「べてるの家」に関してはいろいろな資料が出ています。一つ挙げるとすれば、『べてるの家の「当事者研究」』（医学書院　2005）。

だから、私は彼女の抱えているケースのように「触法行為の原因を病院の側に求める事が困難な場合」でも、その解決を精神医学・医療の「進歩」にのみ持っていくのではなく、患者自身による「病」に対する自主的認識（誤解を恐れずに言えば、プラスにもマイナスにもありのままに向き合うこと、その既存の意味を反転させる営みを探ること）を相互に深め合う仲間作りに求めていく方向において、支えあう関係を作り出して行きたいと思います。

(8)　当事者関係者以外に少数ではあれ、彼らへの不当なレッテル張りと刑罰・処遇に抗して、加害者との交流―支援を続けている人がいます。「触法」時において「心神喪失」状態であったとしても、その後、取り返しのない事態を招いたことで深く傷付き、動転し、更には生死と隣り合わせの状態にいるほとんどの「加害者」に対して、その危機的状態を支える事（医療保障、弁護活動、親近者の支えetc）は火急の課題のはずです。ところが現行法（更には2005年7月から施行された「医療観察法」）下においては、人権保護規定が明記されていなくて、上記の支援活動が非常に困難な状況にあります。

また本書の被告人のように刑事的責任のみならず、人権をはじめとした社会的正義の意味の理解自体を身に付けられなかった人に対する保護規定も存在しないところでの支援活動も大変なものがあると思われます。

こういう状況下では「正義の回復」とは名ばかりの「復讐のための処遇―法的決定」（冤罪を含む）が当たり前のようにまかり通り、社会はそのことに無関心という加担をしてきている現状に目を向けなければなりません。

ほとんど社会的に孤立している人たちの存在そのものが、私に罪意識を存在させます（註6参照）。彼らのために、そして社会的連帯性の回復のために（それは私の救済につながっています）、今熱心に上記の活動を行っている人々と連携しながら、私の出来うる何らかの支援活動をして継続して行きたいと思っています。

て、今までの自らの無知と傲慢さを突きつけ揺さぶる彼女の問いに、いつまでも向き合っていかねばならないのです。おそらくは「氷山の一角」であると思われる事実、しかし現実の強力な重力によって水中奥深く沈められ続けられてきた事実を、「忘却と隠蔽の穴」に抗って明らかにしてきている彼女（親子）は、私にとって「貴重なひと」なのです。私は著者の「架橋の試み」と、以上述べた「わたくしごと」を重ね合わせて共感を抱いたのです。

しかし、「架橋の試み」は手探りの状態から開始されたばかりです。本書の記述にも、その重苦しさが出ています。最愛の子を「何の理由もなく失ったこと」に対する「不条理」「苦悩」「空白感」「怒り」はとてつもなく重いものであることが伝わってきます。とにかく粘り強く取材を続けた著者と、それに応えながら亡くなった子と必死の対話を続ける被害者両親の姿には、心を打たれます。私（たち）はどう向き合えばよいのでしょうか！？

更に、事件被告の妹の「被害者」としての生活史を浮き彫りにした箇所があります。このことを通して、一つの事件として惹起したことのなかに、非常に多くの人たちのドラマが隠されていることを、改めて私たちに知らせてくれます。

彼女は、被告の母が亡くなってから、金遣いの荒い父親（彼も軽い知的障害者で、社会的ルールを身に付けていなかった）と、兄（被告）の放浪と警察沙汰の繰り返しで、自分の癌の治療費まで使い込まれ、病を押しての働き詰めの生活を余儀なくされていました。彼女は「これまで生きていて、楽しかったことは一つもない」と後に語っていたそうです。

「浅草事件」によって、札幌の福祉支援組織「自立舎」が彼女の深刻な心身・生活の状態に気付き、支援に動いてくれたお陰で、やっとのことで福祉制度の恩恵を受ける事が出来たのでした。そして多くの支援者による（自立舎のリーダー格の岩淵氏が被告支援より妹支援を決断した結果）「短い余命（癌が脳に既に転移していた）を楽しいことをして暮らそう」との支援により、病院の制止を振り切って、地域での生活を開始し、半年以上も生き延びることが出来たそうです。

著者は、彼女が事件の直前、青森刑務所を出所した直後に電話をかけてきた兄に対して「二度と帰って来るな！兄ちゃんなんか死んでしまえ！」と初めて怒りをぶつけたことが事件を起こしたのではないかとの悔いの念をもっていたらしいこと、と同時に、被害者のＭ子さんの犠牲があって、いつ召されても不思議ではなかった自分が、これ以上ない優しさと充実の中で生きていくことが出来たことに感謝し続けていたらしいことを著者は最後のページで明記しています。

著者は、最後に本書を「二度とあのような痛ましい事件が起こらないことを最大の願いとして・・・若くして人生を終えた二人（被害者Ｍ子さんと加害者の妹）の御霊に捧げ」ています。

この辺りは私にも違和感が少しはあります。ここは著者との問題意識の違いでしょう。「加害者」自身の無自覚であるが故の「不幸な事件」を強調し、そのことに対する社会の責任を如何に果たしていくのか？という著者の当初の問題意識からすれば、安易過ぎるような気がします。

しかし被害者と向き合うのが真の障害者支援、という彼の思いを表現している所として好意的に解釈して、今後の私たちの試みのアプローチの差異として肯定的に理解しておきたいと思います。この試みは、多くの人の共感を呼ぶにふさわしいものでない限り実を結びません。それがなければなりません。私にとってこういう重い問題を投げかけた本書を広く、多くの人が読んでくださることを期待して、紹介を終えたいと思います。

（あいもの・かずお　富山市在住）

〈映画や本で考える〉

補説－第二の内面化・言語・身体

原田　牧雄

第二の内面化

B　この間の小沢さん、中島さんの共著『心を商品化する社会』の書評(13巻2号掲載)は、長々と語り合ったわりには、細部がスカスカで緻密さに欠けていたと思うね。まあ、第二の内面化だとか、言語の存在定着作用といった勝手な仮説を展開したのに、説明不足だったのかもしれないね。

A　今日は、この間語り切れなかったところをもう少し補足できたら、と思っている。まず二段階の内面化の話なんだけど、その前段で、近代以前の自己の在り方を「世界に向かって開かれた心身合一の自己」と簡単に規定してしまったけど、どうなんだろう?

B　僕もその点が気になっていたんだ。説明不足だったと思うんで、具体的な例をあげてもう少し話してみようか。例えば日本の水田は、場所によっては、千年間毎年耕作し続けられたところもあるそうだ。「生きかはり死にかはりして打つ田かな」という村上鬼城の句があるけど、農業が近代化する以前には、生涯一度も自分の村から出ないで、ずっと毎年同じ田や畑を耕し続けた農民も少なくなかったらしい。実際ほんの7、80年前、民俗学者の宮本常一が、自分の村から一歩も出たことのない老婆に出会っているし、現に僕の住んでいる神奈川県三浦市でも、わずか数キロしか離れていない集落から嫁に来た女性をよそ者扱いする風習が、ごく最近まで残っていたという話を聞いたことがある。つまり昔の農村共同体では、今では想像できないくらい自分の住んでいる場所への帰属意識が強かった、ということなんだ。また、「結」や「講」といった「しきたり」によって、人と人は堅く結び付いていて、田植えや稲刈り、肥(こえ)のつみ出しから茅葺き屋根の葺き替えまで、しっかりと順番を決めて、共同作業で行っていた。四季の移り変わる円環する時間の中で、自分の土地にしがみついて、同じ村の仲間と共に暮らす人々は、文字通り身をもって働き、身に沁みてわかり、自他の身が入り交う、心身合一の自己を生きていたと思う。自己は時間の上でも、場所においても、共同体からも個人として意識的に自立する必要は全くなかったわけだ。ところが近代社会は、これとは全く対照的に、人は常に変化し加速化する直線的時間の中で、空間を移動しながら、様々な人々と生活するわけだから、意識は身体から離れてこれを自律的にコントロールしなければならなくなる。つまり心身合一の共同性から、意識的に自己を切り離して生きるしかないわけだ。

しかしこの間も言ったように、第一段階の内面化の初期においては、意識と情念は強く結び付いており、自己は意志の力と情念の接着力でしっかりと結合されていた。しかも1960年代くらいまでは、農村から離れた者が多かったとはいえ、人と人との相互関係、共感し合い、反発し合う間主観的生活世界はしっかりと生きていて、人々を大きく包み込むように支えていたと思う。けれども当時を振り返ると、多くの若者はこうした生活世界や日常性を抑圧と感じていて、さらなる自立を求めていた。でも貧しさによる欲望の抑制、自他の相互関係の濃密さが、意識の自立性を抑えつけていたから、共同性からの自立には、大きなストレスがかかっていたと思う。

A　でも、古い共同体のしがらみを抑圧と感じていた人たちは、単に個人的生活だけを求めていたわけじゃないと思うんだ。つまり当時は、自立した個人同士の自由な交流の中で真の共同性が生まれると信じられていて、実際今では考えられないんだけど、歌声喫茶なんてのがあって、見知らぬ人どうしが集まってロシア民謡なんかを合唱したり、60年代の終わりに新宿駅前広場で行われたフォークのライブでは、その辺の人たちを巻き込んで、大変な盛り上がりを

見せたこともあった。だから、「連帯」という言葉が熱く語られた時代でもあったわけだ。

B それは同感だね。当時の自立を求めていた人々は、都市空間の中に、見知らぬ人々が出会う新たな共同性を見つけようとしていたんじゃないかな。もっと言えば、農村共同体のような、しきたりやしがらみに縛られた人間関係とは全く異質な、人と人との新鮮な出会いの可能性を都市空間に求めていたのかもしれない。ただこれは今も言ったように、あくまでも個人の自立が前提だったから、人々は貧しさや濃密な日常的人間関係に強い抑圧を感じていたことは確かだね。

A その抑圧を取り除いたのが、高度消費社会の出現だったわけだ。

B その通りだと思う。消費社会が進展すると、抑圧されていた欲望は、逆に増殖させられるようになり、自立を求めていた自己は、共同体から離れて孤立するようになる。人と人との間を充たしていたものや自他の相互主観性は希薄化し、生活世界のリアリティや日常性の持つ息苦しさは、内部から少しずつ空気が抜けるように蒸発していった。

A 自立した個人の自由な交流や話し合いの中で、新たな共同性が形成されるという発想の背後には、やはり当時流行した、一瞬先の未来に向けて自分を企投することで何かを掴もうという、実存的主体性のイメージがあったと思うんだ。でも全共闘運動に代表されるような可能性が、祭りが終わるように終息し、この実存的主体性を支えていた意識の中心性や独裁制が弱まると、個人生活の快適さ、個人的欲望の充足だけが急速にクローズアップされるようになる。そして一人ひとりがプライベートな個人空間で、個人的欲望を消費するような生活が一般化すると、自立した人と人との自由な出会いや連帯の可能性も、互いに気を遣い合い、視線をからめ合う濃密な人間関係も、いつの間にか消えてしまった。つまり求められていた非日常性も、しがらみだった日常性も、ともに消えてしまったわけだ。さらにいわゆるニュータウン建設の郊外化によって、空間の個人化が進むと、人と人との間にはしらじらとした無関心が漂い、無関心であることが不安や不信を生み、子どもにはGPS携帯を持たせ、至るところに監視カメラを設置するような、セキュリティ空間が求められるようになる……

B そうかもしれないね。でも、時間や空間が個人化するにつれ、逆に一人ひとりが身を置く確かな居場所は、見失われていったのかもしれない。そうした中での決定的な変化は、個人の自己統合感が、非常に希薄で不安定になってしまったことだと思う。つまり人々は自分で自分の居場所が確かめられなくなるにつれ、自分で自分が掴めなくなって（自己統合感の希薄化）しまったわけだ。こうして、意識によってコントロールされ、情念によって結び付いていた自己を統合する力は急速に失われ、初めから高度消費社会を生きてきた若者の中には、意識・身体・感情がバラバラに浮いたような状態の者も出てくる。自己が自己というまとまり（自己統合感）を維持しながら世界と向き合うことそのものが、難しくなってしまったわけだ。

A そうなると今度は、自己の再統合が問題になるのかもしれないね。考えてみれば、最近やたらと「自己○○」という言葉が眼につくね。「自己実現」「自己確認」「自己啓発」「自己決定」「自己責任」……「自分さがし」なんていうのも、同じ文脈の中の言葉だろうね。

B 一方で、個性の尊重だとか、パーソナルライフなんていう言葉を逆手にとって、社会が解決すべき問題や矛盾をみんな個人に還元してしまう政治的意図も大きな問題だと思うけど、自己が持続的に安定した状態で世界に対していたら、何も敢えて、「自己啓発」だとか「自己実現」なんて言い出さないと思う。これは君の言うように、自分で自分が掴めなくなり、自分の居場所も定まらなくなってしまった自己を、再び統合したいという願望の表れだと思うね。だからカウンセリングにしても自己啓発セミナーにしても、あるいはある種の新興宗教なども、自己の再統合を求める人々に対する、擬装された「自他の相互主観性装置」と言っても良いと思う。平たく言ってしまえば、人工的な仕掛けとしての人間関係が仮構されるわけだ。本来自己の統合は、生活世界の中の、自分と他者の相互主観的関係の中で、自然に作られるわけで、孤立した個は空回りするだけだから、自己の再統合は人工的な仕掛けの中で作られるしかないのかもしれない。カウンセラーとクライアントの上下関係を前提にした古典的カウンセリングから、仲間同士のピアカウンセリング、演劇的手法を取り入れたロー

ルプレイング、関係性の前提を排した非構成的エンカウンター……全てが人工的に仕掛けられた「人間関係」だと思う。

A　話を少し戻すけど、商品がその経済的属性を超えて「記号」と化し、地に足のついた生活世界から遊離して、一つの虚構の「文化的世界」を作り出していた80年代には、若者のふわふわとした浮遊状態はむしろ許容されていた気がする。ところがバブル崩壊以降、特にこの10年の間に、そうした浮遊状態に強い抑制がかかるようになった。例えば、それまで安定した中流家庭だったのに、不況の中で父親がリストラされ、収入は半分以下になってしまう。あるいは父親の失業が原因で住宅ローンが払えなくなり、両親が離婚して家庭が崩壊してしまうところもある。こうしてこれまで消費の主体として野放しに増殖させられてきた若者の欲望は、急速に抑制されるようになる。これまでは浮遊状態を許容され、自己統合力を失ったままの若者が、一転して自己を啓発し、自己を実現しろと責められ、そのためにまずコミュニケーションスキルを身につけろ、なんて言われる。一方で、様々な矛盾を個人に還元する孤立化が推し進められると同時に、コミュニケーションスキルを身につけて自己実現を、と言われる。だから今の若者は一種のダブルバインド状況に置かれているんじゃないかな。自己統合力を失い、意識・身体・感情がバラバラなまま、孤立化とコミュニケーションのダブルバインドの中で、情報や教育の入力だけあって、現実への出力がなく、「君の夢を見つけよう」「夢があるから頑張れる」といった言葉のたぶらかしのバブルの中から出られない、出口がない……そんなどうしようもない状況に、今の多くの若者は置かれている気がする。

B　自分一人の時間を愉しみ、まったりとしたパーソナルライフを送ってきたような若者は、負け組などと言われ、目先の投機的利益を敏感に察知し、世代の違いを越えて器用にコミュニケーションできる人間、つまり市場原理にうまく自分を依存できる人間が勝ち組なんて言われて、30代の初めには、同期入社でも、収入は倍近い差ができてしまうらしいね。

A　最近は身近に居る若い人に、今何が欲しいと聞いても、特別に欲しい物はないと言われるし、将来何をしたいかを聞いても、何をしたいのか分からないし、あんまり考えたくない、と答える人が多い。こうした消費者としても生活者としても活力を失ったような若者に、今の社会は、さきほども話したような様々な人工的な仕掛けを作って、自己の再統合を強要しているような気がする。

B　その人工的な仕掛けでは、この間話したように、仮構された人間関係と言葉による定位作用が非常に重要な働きをしているんだよね。そのあたりをもう少し詳しく話してくれないか。

言語と身体

A　この間の話、もう少し基本的なところから話すと、まず言葉そのものが存在しなかったら、世界は今のように明解に分節化されたものではなくて、連続した不分明なものだったと思う。言葉による分節化が差異を発生させ、そこに初めて人間にとっての現れ（現象）が出現する。随分前にも同じ話をしたけど、例えば色の世界も物理的に見れば、色と色の間に区分があるわけじゃなくて、すべてが連続した世界なんだけど、我々は言葉によってそれを区分しているから、そこに我々にとっての色彩という現象が現れるわけだ。例えば灰色という色について、日本語は非常に微妙な違いを、言葉によって表現している。ヨーロッパ人から見れば、同じ灰色にしか見えない色も、区分されて命名されることによって、そこに新たな色が出現するわけだ。また「色名忘却」という、色の名前が欠落してしまう失語症の人がいて、そういう人は、例えば紫と赤と茶の区別がつかなくなってしまうらしい。このように世界は本来連続した不分明なものなのに、言葉による分節化（差異の発生）によって、初めて我々にとって意味をもった現象として存在するようになるわけだ。そしてこの間も言ったように、大事なことは、現れ（現象）は同時に存在として定位され、「身体域」に組み込まれるということなんだ。

B「身体域」というのは？

A　感覚－運動図式としての身体は、世界の中に組み込まれているのと同時に、世界を組み込むような、ある広がりを抱え込む存在なので、「域」という言葉を使ったんだ。それは単に身体が道具（例えば車とか望遠鏡）を使うことによって、世界を広げるだけでなく、縄張り意識を持ったり、さらには他者との関係

や人と人との共同性とも深くつながるような広がりだと思う。だから言葉によってコミュニケーションができるのも、この「身体域」の共同性に深く根ざしていると考えられるんだ。昔、「身分け」と「言分け」とどちらが根源的か、という話をしたことがあったけど、この二つはとにかく深いところで分かちがたくからみ合っていると思う。

B　言葉による定位感というものは、身体に深く根ざしたものだと思うけど、言葉は仮想現実の世界を作り出すし、身体はそうした非現実の世界に対しても、リアルに反応してしまう適応性というか、キャパシティを持っている。

A　この間も話したように、言葉はその初めから、世界の現れを人間に見せるものであると同時に、人間の文化を自然から離れた自立性へと導くものだった。だから人間は言葉によって世界を分節化すると同時に、言葉の内部世界に引き込まれ、その中でリアリティを感じるようになったと思う。そこには勿論「身体域」が深く関わっていると思うんだけど、眼の前の素晴らしい情景は、俳句や詩によって、より深いリアリティを獲得するし、恋愛感情などは、その広がりやリアリティのほとんどを、言葉の力が作り出しているのかもしれない。ただ、そこにはやはり深度のようなものが区別できるかもしれない。つまり言葉の作り出す虚構性の深さの度合いと、身体の許容性の深さの関わりのようなものが想定できると思うんだ。この両者の関わりこそが、我々の定位感、リアリティの正体だと思う。ただ深度の深まりは、世界の意味の組み換えであると同時に、もしかしたら希薄化の過程かもしれない。だから言葉の作り出す虚構性の深さと身体の許容性の深さの関わりがバランスを崩したり、身体の許容性が世界の意味の組み換えについていけなくなった時、自己統合感は一気に失われ、場合によっては君の言うように、意識・身体・感情がバラバラな状態になってしまうのかもしれない。

B　君の言う「深度」というのは、僕の考えでは「内面化の深まり」に当たると思う。そしてその過程は、君も言うように、希薄化と、場合によっては分離を含んでいる。ところでこの間も、個別化・個人化ということを何回も言ったけど、それは君の言葉を使えば、感覚－運動図式としての「身体域」の広がりがどんどん狭くなり、ついには内側に退行してしまうことだと思う。内側には虚構を現実化するバーチャルな世界が広がっていて、外部世界と接触しなくても、一種のリアリティを獲得できるわけだけど、さっき話したように、自己統合感、自己定位感はどんどん希薄化してしまう。身体の許容性には外部に向かう許容性と内部へ向かう許容性があり、真の自己統合感や自己定位感は、外部に向かう身体の許容性が他者と出会い、その相互主観的な関わりの中で作られるものだと思う。このことを市川 浩は「自己である（身）はつねに他者とのかかわりにおいてあるという多重帰属性ないし相互諸属性を本質とする関係的存在であり、他者との関係でアイデンティティも確保される」(1) と極めて明解に述べている。

A　身分けと言分けの絡み合いが作り出すリアリティを外部（現実）と内部（虚構）に分けるのか、それともそれを、深度の問題で考えるのか、まだ議論の余地がありそうだけど、個人が他者と切り離され、個人化が深まることがそのまま、言葉の作り出す虚構性の深さ、身体の内部へ向かう許容性の深さにつながっているんだろうね。

ここで、今の話に関わることで確認しておきたいことがあるんだ。僕は昔（1987年）こんなことを書いていた。「丸山圭三郎氏は、人間の身分けはすでに言分けられた身分けであることを強調している。たしかに人間の基本的欲望をふくめてあらゆる過程に言語が関与していることは確かであろう。（言分けという過剰能力をもつことによって、欠乏は欲望になり、本能は無意識になった。）しかしここでは、人間独自の存在了解能力が考えられていない。動物と人間の違いは、言葉を持つ持たない、道具を使う使わない、といった違いだけではない。人間の独自性は、時空の統合能力、つまり「いま、ここにいる」という安定基盤を自覚していることでもある。そして「いま・ここ」を超越できること（時間意識を持つこと）も、「いま・ここ」という安定基盤を人間独自の存在了解として有しているからである。人間独自の能力は、時空を超越できることではなく、時空を統合できることである。丸山氏自身も『〈永遠の現在〉は、自我誕生以前の〈身分け構造〉と〈言分け構造〉のはざまに見出される時間であって、これは正確には〈時間意識〉と

(1)　市川 浩著 / 中村雄二郎編『身体論集成』岩波現代文庫 p. 17

呼ぶことさえできないものである』（『文化のフェティシズム』p.88）と述べている。」[2] ここにみるように、昔は「いま、ここにいる」という時空を統合する能力、存在了解能力は、身体に基礎をもつもので、世界の現れ（現象）をもたらす言語より根源的なものと考えていた。でもパースペクティブを失った身体が果たして定位感を持てるかを考えてみると、やはり身分けと言分けは同時に絡み合っているもので、どちらがより根源的かを考える必要はないのかもしれないね。つまり「いま・ここ」という時空を統合できることと、「いま・ここ」という時間を超越できることは、この身分けと言分けの絡み合いから生じている同じ能力のことかもしれない。

今日の初めに話したような、生まれた村から一生出ないで、外部の人間ともほとんど関わることなく、同じ田や畑を耕し続けた人間は、「いま、ここにいる」という時空統合能力＝定位能力は非常に強くても、時空を超越する能力は弱かったかもしれない、とつい考えてしまうよね。でも例えば遠方から稀に訪れる旅人を稀人（まれびと）とよんで憧れ、歓待する習慣があったことなどを考えると、時空統合能力＝定位能力が強いほど、時空超越願望も強かったのかもしれない、と想像はできるよね。ある意味では我々以上に時空超越能力も強かったのかもしれない。要するに、時空統合能力＝定位能力と時空超越能力は切り離せるものじゃないということなんだ。

最後に、もう一度考え直してみるべき視点を含んでいると思うので、もう一つ同じ断章の中の文を紹介しておこうか…

「隔たり」、人間の存在了解における独自の距離感覚。これはここからあそこまで何メートルというふうに数量化された距離ではなく、数量化すること自体を支えている距離の感覚をさしている。ハイデッガーは「開離」（Ent-fernung）という言葉を使っている。開離は現存在が、存在者との間に距離をとることであるが、単に遠ざけるとか近づけるということではなく、ある距離をもって関係するという実存範疇に属している。距離を測定する場合でも、あらかじめ対象とのなんらかの配視にもとづいた開離関係が前提になっており、これは科学的認識に先立つ現象学的距離関係なのである。今・ここの統合とは、この距離をもつことでもある。この「隔たり」に極めて敏感に反応して表現されたものが日本語の「間（ま）」という言葉であろう。これは「間（ま）をとる」とか「間（ま）が悪い」「間（ま）が持たない」「間（ま）を合わす」といったふうに使われる。もっとも、昔からよく言われる「間（ま）が悪い」という表現は、間（ま）を了解していることが前提になっているが、今では間（ま）そのものが消失しているのかもしれない。現在われわれが居場所がないと言う時、それは切実に身体の置きどころがなく、空間がおしつめられたように感じるからである。そういえば最近「間（ま）をとる」とか「間（ま）を合わす」といった言葉をほとんど聞かなくなったような気がするのだが……。[3]

（はらだ・まきお　2005. 11. 20）

(2) 原田牧雄『自明性の澱み』p. 118

(3) 同左 p. 119

編集後記

第7期運営委員会の編集担当になって、二冊目を出すことになった。この二回とも、ぼくが、著者たちとやり取りしながら編者の仕事を、平井さんが版下作成を分担したが、二人のやり取りもある。例えば、こんなことがあった。山岸論文が引用した文献のタイトル中に「ケァー」という言葉が出てきた。ぼくは、そのままにして(ママ)、とするのもいかがかと思って、直ちに「ケア」と訂正したが、平井さんは、引用文献掲載誌のホームページに当たっても、そのように表記されている、引用者もそのままにしてある、ぼくらが勝手にいじっていいのかと迷っている。ぼくも迷いだして、結局「ケァー」のままにすることにした。正解だったと思う。

ここ二号分の英文目次は、秋葉さんが校閲してくれている。「不登校」を"School Refusal"としたら、当初、彼は、"School Truancy"と直してきた。納得できないと返すと、彼は、英米それぞれの用法の説明と関連論文を届けてきた。やり取りの末、前者に落ち着いたが、関連論文はまだ読んでいない。読まないといけないかなあ。編者、版下作成者泣かせの論文は、秋葉さんのだった。長文の上に、今回のは表が多い。これらの表を軸に論じているので、表をきちんと明示することが、ぼくらの課題である。アメリカから日本に渡ってくる途中で、なぜか表が崩れてしまう。数字を揃えなおして、彼に重ねて確認を求めるのだが、やはり往復している内に、また同じことが起きてしまう。版下作成の平井さんのところでは、急遽、林さんが応援に入っている。また、もっとコンパクトに書いてくれないかなと思うのだが、文献と統計を駆使して、これでもかこれでもかと論証し、そのうえで批判しようとする姿勢と手法になっている。読者の皆さんには寛大につき合ってくだされば幸いと、長年の友、秋葉に代わってお願いする。今回は、編集中の裏話の一部を紹介させていただいたが、これからも、編者たちは、著者たちの思いを受けて、読者の皆さんに読んでいただくために、頑張ろう、楽しもうと思っている。ご協力(特にご投稿!)とご叱正をお待ちする。 (篠原)

今号から「脚注」という新たな試みを行いました。ページを見返すことなくスムーズに読むことができるようになったかと思います。皆さんの読みやすさは、編集作業を行う私の作業量の倍増に繋がっています。

また、今回「Adobe InDesign」という新しいソフトを使って作ってみました。Macintoshというパソコンを使ってこの雑誌を作っているのですが、OSが大幅にバージョンアップしたため旧OSでのソフトの使用が難しくなってきたためです。

まだまだこのソフトを完璧に使いこなせてはいませんが、より読みやすい「社会臨床雑誌」としていきたいと思います。今号では間に合わなかったのですが、脚注の行間をもう少し狭くして下の線すれすれにならないようにしていきたいと思っています。レイアウトといった点でも皆様のご意見、ご感想をお寄せ下さい。 (平井)

社会臨床雑誌 第13巻第3号

◆発行年月日◆

2006年3月5日

◆発行者◆

日本社会臨床学会(代表 三輪寿二)

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.infocul.edu.ibaraki.ac.jp/~sharin/

電話/FAX TEL/090-3143-5988 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

東京都千代田区猿楽町2-5-1

電話:03-3296-7811

新刊　児童文学に見る平和の風景

佐々木赫子著　定価 本体３２００円＋税

内容紹介

①　大人読者にむけて、古今東西、世界各地のさまざまな戦争・紛争・人権侵害問題などを描く海外児童文学作品のうち、本邦未翻訳のものを中心に７４編を紹介したものです。

②　それぞれの作品の主題は、古代ペルシア戦争、中世ヨーロッパの農民反乱、黒人奴隷、アメリカ独立戦争、アイルランド大飢饉、露土戦争、世界大恐慌、失業、スペイン市民戦争、女性参政権運動および女性の自立問題、第一次・第二次世界大戦、強制労働、強制移住、ユダヤ人迫害、南ア人種隔離政策、ヴェトナム戦争、東西冷戦、文化大革命、クルド人、イスラエル・パレスチナ問題、北アイルランド宗教対立、チリ独裁政権、核問題、東ティモール独立運動、ユーゴスロヴァキア解体とバルカン紛争、児童虐待、動物疫病、マフィア、異文化ショック等などです。

③　歴史的、地理的、社会的背景を補い、作品舞台となっている土地の風景・衣食住・風俗習慣の描写をまじえた、ストーリーのあらすじを満載しています。

④　収録作品主題別リストと参考文献を添付。研究資料としても有用と思います。

⑤　宇都宮軍縮研究室発行の月刊『軍縮問題資料』に、足かけ８年にわたって連載、好評を博した読み物を単行本化したものです。

⑥　この本を、戦争を記憶する年長の世代と、戦争を知らない世代の、戦争を起こしてはならないと思っているすべての人々に贈ります。

発行所　株式会社　てらいんく

〒215-0007　川崎市麻生区向原 3-14-7

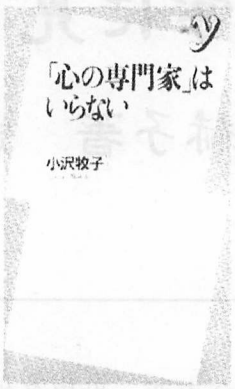
電話 044－953－1828　FAX 044－959－1803

自閉症裁判
レッサーパンダ帽男の「罪と罰」

佐藤幹夫

自閉症裁判のリーディングケースとして位置づけられる浅草女子短大生（レッサーパンダ帽）殺人事件は、なぜ単なる「凶悪な通り魔」殺人事件として処理されてしまったのか？　四年に及ぶ徹底取材を経て、司法・教育・福祉・司法精神医学が問わずにきた問題に迫る。各紙絶賛。

●定価：2310円（税込）

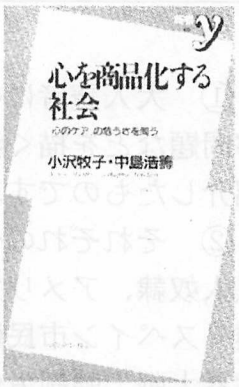


「心の専門家」はいらない

小沢牧子

「心のケア」「心の教育」……ここ数年、こんな言葉が蔓延している。あらゆることを個人の内面にしてしまう心理至上主義のうさんくささ、専門家に依存し逃避することへの警鐘を鳴らす！

●定価：735円（税込）



心を商品化する社会
「心のケア」の危うさを問う

小沢牧子・中島浩籌

何事にも自己解決が迫られ、それゆえに専門家依存が進むなかで、「心」さえモノとして商品化されている。こうした河合隼雄に代表される安易な心理主義の欺瞞を根底から撃つ。

●定価：777円（税込）

株式会社洋泉社　〒101-0052 東京都千代田区神田小川町3-8 Tel 03-5259-0251

『社会臨床雑誌』・『社会臨床ニュース』への投稿のお願い

日本社会臨床学会運営委員会

(1) 日本社会臨床学会は、学会機関誌『社会臨床雑誌』を、各年度三回発行します。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。

(2) 会員は、学会機関誌・紙への投稿は、いつでもできます。その内容は、研究、実践に関するもの、誌・紙上討論などですが、論文、エッセイなど、形式は問いません。〈ここの場所から〉欄は、研究や臨床の仕事、社会での諸活動、日々の暮らしからの報告を掲載するところです。また〈映画や本で考える〉欄も設けていますので、ご活用ください。

(3) 原稿字数は、12,000字(400字×30枚)程度をめどとしてください。〈ここの場所から〉欄、〈映画や本で考える〉欄は、2,000字～4,000字(400字×5～10枚)をめどとします。なお、これらのめどを越える場合、縮小ないし分載をお願いすることがあります。

(4) 投稿原稿の採否については、運営委員会が決定します。

(5) 掲載させていただいた方には、掲載誌・紙を5部進呈します。それを越えて希望される場合、学会事務局にお申し出下さい。なお、抜き刷りを希望される場合、実費負担(郵送費を含む)となります。

(6) 原稿を、パソコン、ワープロなど電子機器を使用して執筆される場合、印刷された原稿とともに、入力した原稿データ(電子メール、フロッピーディスク、CD-Rなどで)をお届けください。

(7) 原稿は原則として返却しません。

(8) 抜き刷りを希望される方は学会事務局までお申し出下さい。

その他、投稿上のお問い合わせは学会事務局にお願いします。

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 6000 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-[2005]」となっていた場合、2005年度分まで納入済、「1-[2006]」ならば2006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.13No.3 May, 2006

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)

"Reports of the '05 Workshop"

What Is the Reform of Social Welfare's Basic Structures?
____ Presented by Iijima,T. & Koga, N. ____ (3)

"Articles"

Changing Theories Concerning the Causes of School Refusal ____ Yamagishi, R. ____ (27)

The Ambivalence of Medicalization in Our Daily Lives ____ Kajiwara, K. ____ (34)

Situational Contexts of the Theories of Euthanasia & Dying with Dignity in Japan
____ Yagi, K. ____ (39)

A Research Note on the Eugenic Movements in the U.S.A. (4): The History and Problems of Eugenic Sterilization in Reference to Statistical Data ____ Akiba, S. ____ (51)

"A Three-Man Talk"

Modern History of Hansen's Disease & Tuberclosis
____ Fujino, Y., Aoki, J. & Shinohara, M. ____ (88)

"Where We're At"

Akamatsu, S.(120)

"Film & Book Reviews"

Sato, T. (125) Aimono, K. (127) Harada, M. (135)

Announcement: the 14th Convention of the Japan Shakai Rinsho Association ____ (ii)

The Editors' Comment ____ (140)

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.