

社会臨床雑誌

1995年4月9日

第3巻第1号

はじめに.....日本社会臨床学会編集委員会 (1)

〈インタビュー〉

いま、なぜ、らい予防法を問うのか.....語る人◆島 比呂志

聞く人◆篠原 睦治..... (2)

生命倫理学の一断面 竹内 章郎..... (22)

「精神医療・過去と現在」(1).....三輪 寿二..... (64)

QOL の概念と理論的諸問題 (1).....山下 恒男・秋葉 聡..... (75)

〈“ここの場所” から〉

給食調理室とそこから見える風景 川見 公子..... (37)

マルタでの思索.....石川 憲彦..... (39)

学校— 地域での国際化のなかで.....青木 松則..... (42)

〈「映画と本」で考える〉

らいの本を読む.....浪川 新子..... (45)

「友だちのうちはどこ？」とアメリカ映画 児玉 亮..... (54)

「人権」・「子どもの権利条約」をほくらのものにするために

.....山野 良一..... (59)

「障害児教育のパラダイム転換」を読みつつ考える (2)

.....林 延哉..... (85)

第3回日本社会臨床学会総会のご案内 巻頭

社臨へのご案内.....寺田 敬志..... (92)

投稿のお願い (93)

編集後記..... (94)

日本社会臨床学会編集

どなたもご自由にご参加下さい!!

●統一テーマ●

「 現代(いま) それでも 春 」

第3回日本社会臨床学会総会のご案内

第3回日本社会臨床学会総会実行委員長

八木 晃介(花園大学)

この早春、関西は阪神大震災によって、なにもかもがカタストロフィ・シンドロームの中につつまこまれてしまいました。学会成員の、ことに神戸・大阪間在住のみなさま、心からお見舞い申し上げます。

しかし、この大災害を奇貨として、危機管理キャンペーンを増幅させる権力とメディアの跳梁に対して、やはり私たちは、私たちの平和と正義の理想主義をかけて異議を申し立てたいと思います。

さて、いよいよ花園大学を会場に学会総会が開かれます。まことにひょんなことから会場校を引き受け、実行委員長をもつとめさせていただくことになりました。肩の凝らない開かれた学会だということで、私も同僚の浜田寿美男さんも「まァ、なんとかなりますやろ。」と気楽にかまえているうちに、その日が目前になってきて、少々あわてているのが現実です。おそらく準備手続きのうえでも当日の運営においてもかなりの失態を演じる予想があり、また、予想はだいたいにおいて悪い方に的中するということがあって、みなさまにはいろいろご迷惑をおかけすると思いますが、どうかご勘弁下さい。

学会運営委員会と私ども現地実行委員との簡単な打ち合わせを経て、なんとか総会の骨格だけはつくりあげることができました。前総会からの引き継ぎ懸案事項に今回の地域性を加味した新しいテーマをくわえ、ある程度まで「社臨」的な全体イメージを打ち出したのではないかと考えています。ただ、今回の日程は2日間だけです。かなり煮詰まった討論が必要になりそうですが、これも皆様のご協力によって「まァ、なんとかなる」と楽観しています。前総会の野本三吉実行委員長もお書きになっていたように、あとは参加して下さるみなさまが、どれだけ、日頃の実践や思いを出し合えるか、また交流できるかにかかっていると思います。

記念講演は日本中世史家・横井清さん(桃山学院大学)にお願いしました。横井さんからのお手紙には「心のありてい」という事に関心のお有りの皆さんに、しばらくお気楽に、しんみりと耳を貸して頂けるのではないかと感じています」とありました。横井さんの中世民衆史家としての蘊蓄と洒脱な京都弁をご堪能いただけるはずです。

京都はまさに春爛漫、とはいえ、うかれてしまう雰囲気でもありませんが、「思想的にはきびしく人間的にはやさしい」議論のあとには、どうか京都の春をご満喫下さいますように。お待ちしております。

総会についてのお問い合わせは、花園大学(075-811-5181)の八木(内線407、409)、又は浜田(内線320)までお願いいたします。

● 日 程 ●

〔第1日〕 4月22日（土）

- 10:00 受付開始
10:30 - 12:00 定期総会
12:00 - 13:00 昼食休憩
13:00 - 15:30 出版記念シンポジウム 『「開かれた病」への模索』を読む
16:00 - 17:30 記念講演 横井 清さん「中世人の心性を考える—生死・恥辱・夢現」
18:00 - 20:00 交流会(花園大学無聖館食堂)

〔第2日〕 4月23日（日）

- 9:30 - 14:30 分科会
I 「同和」教育の社会臨床像
II 学校の現在—「障害児」問題と「不登校児」問題のはざまから
III 福祉の現在—地域と施設のはざまから
IV 事例の報道・発表・研究を考える
15:00 - 17:00 全体会 総括討論★分科会報告をうけて
—今後の社会臨床学会の課題を考える—

● 1 日 目 案 内 ●

定期総会

第Ⅰ期運営委員会活動を報告しながら、第Ⅱ期運営委員の選出など、第Ⅱ期の諸課題を討論し決定する。非会員の皆さんの参加も歓迎する。

出版記念シンポジウム 『「開かれた病」への模索』を読む

本学会は、社会臨床シリーズ第1巻として、本書を発刊した。「地域医療」と「精神病」観を問い返しなが
ら、「病」を関係の中に開くことを模索する。

- 発題：赤松 晶子(東京足立病院) 三吉 譲(三吉クリニック)
山本 真理(「精神病」者集団) 松田 博公(共同通信社)
司会：篠原 睦治(和光大学)

記念講演 中世人の心性を考える一生死・恥辱・夢現実

横井 清（桃山学院大学）

現代に生きる中世史家が、「中世人の心性」を探りながら、わたしたち聴衆に、中世から現代へのメッセージを洒脱な京都弁で語りかける。

交流会

京都総会に、各地、各立場から、いろいろな方々が参加されるのを期待している。出会いと歓談の中で、いろんなテーマが楽しく交換されればと願っている。

● 2 日 目 案 内 ●

分科会 I 「同和」教育の社会臨床像

関西を中心に学校教育、社会教育のなかに一つの制度として食い込んでいる今日の「同和」教育の意味を、その功罪を含めて、いまあらためて問う。

発題：柴谷 篤弘（前京都精華大学） 山下 恒男（茨城大学）
藤田 敬一（岐阜大学） 瀬本 昌久（京都産業大学）
司会：八木 晃介（花園大学）

分科会 II 学校の現在——「障害児」問題と「不登校児」問題のはざまから

「障害児」の統合・共生教育と、「不登校児」のもう一つの間作りは、一見あい矛盾して見える。しかし、そこには子どもたちの生きる「居場所」作りの問題が共通しているのではないか。両問題に通底している現代の問題の根を探る。

発題：宮崎 隆太郎（枚方第二小学校） 谷奥 克己（東大阪市教育研究所）
山田 潤（今宮工業高校・定時制） 岡村 達雄（関西大学）
司会：浜田 寿美男（花園大学）

分科会 III 福祉の現在—地域と施設のはざまから

「障害児・者」が地域でともに生きるということが強く論じられ始めてからもう長い年月を経ている。しかし、構造的にみてなお施設処遇の形態は大きく崩れることなく維持されている。施設と地域の、古くて新しい問題をあらためて問う。

発題：河野 秀忠(障害者問題総合誌「そよ風のように街に出よう」編集長)
松浦 武夫(枚方市在宅福祉センター) 門脇 謙治(がんばった本舗)
加藤 光二(三重県聖母の家指導員)
司会：大谷 強(川崎医療福祉大学)

分科会 IV 事例の報道・発表・研究を考える

「事例にすること・されること」ということでこれまで考えてきたことをさらに押し広げて、報道機関における事例の扱い方、教育や福祉の現場での事例発表の問題、さらに事例研究の意味について考える。

発題：小沢 牧子(和光大学) 浅野 健一(同志社大学)
青木 純一(都立久留米養護学校清瀬分教室) 野本 三吉(横浜市立大学)
司会：佐々木 賢(日本心理センター)

全体会 総括討論★分科会報告を受けて —今後の社会臨床学会の課題を考える—

4つの分科会報告を受けて、それぞれの領域で現在何が問題になっているかの認識をできるだけ共有し、それをふまえて今後の本学会の方向性、課題について討論したい。

報告：各分科会司会者
司会：山下恒男(日本社会臨床学会運営委員会)

日本社会臨床学会(事務局)

☎ 243-04 海老名市中央 2-5-34-703 林延哉気付

Tel&Fax: 0462-34-5447 / E-mail: PBA00140@niftyserve.or.jp

郵便振替: 00170-9-707357 / 銀行口座: あさひ銀行花畑支店普通 472-1032602

(学会事務局は、4月上旬に移転の予定です。転送の手続き、電話番号案内の手続きはいたしますが、
いくらか連絡がとりにくくなるかと思えます。ご了承下さい。)

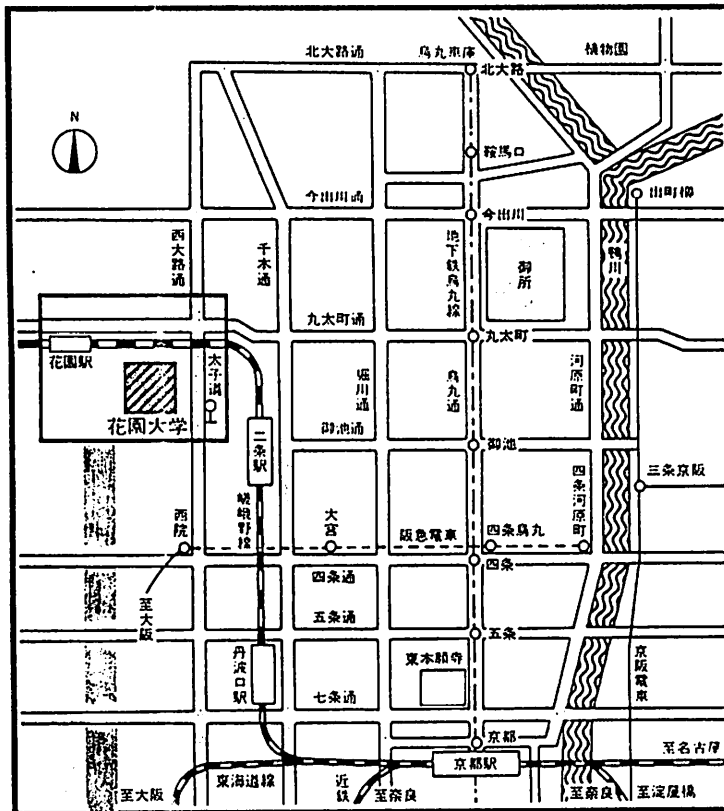
第3回総会の概要

開催の日程：1995年4月22日（土）～23日（日）

会場：花園大学（京都市中京区西ノ京壺ノ内町8の1）

大会参加費：2000円（全期間とおし） 交流会費：3000円

実行委員長：八木 晃介（花園大学文学部） ☎075-811-5181（内線 407 or 409）



〔ご注意〕

車でのご来学はご遠慮
下さい

〔お報せ〕

手話通訳・ベビーシッ
ターあります

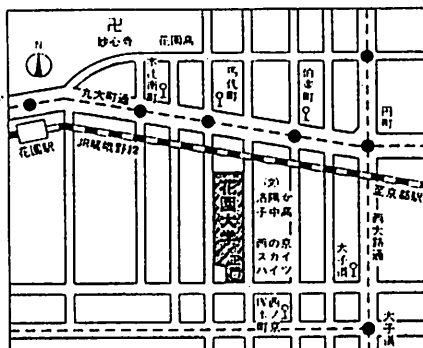
〔交通案内〕

★京都駅から★

- ・JR嵯峨野線で花園駅
約12分）下車徒歩12分
- ・京都市バス26、205系
統（約25分）太子道下
車徒歩5分

★その他★

京阪電車、阪急電車、
市営地下鉄の市内主要
駅からもバス便があり
ます



はじめに

日本社会臨床学会編集委員会

4月22、23日に、第三回総会を京都の花園大学で開く。その案内が巻頭に載っているので、是非ご覧いただきたい。阪神大震災の関西圏での催しであり、何よりもまず被災者の方々にお見舞いを申し上げたい。

今回の総会は、「三重の集会」に続いて、関東を離れた社臨の活動の展開の一環という意義を持っている。古都の情緒を十分に味わいながら、新しい方々との出会いを期待しつつ、社臨のテーマをさらに深化、展開、発掘できればと願っている。京都の実行委員の方々の多くのお骨折りに感謝している。さらに、この総会では、2月に発刊されたばかりの社会臨床シリーズ第1巻「開かれた病」への模索の出版記念を兼ねて、初日のシンポジウムを行う予定でいる。社会臨床シリーズは、今後、続刊され、全4巻完結となる。このシリーズもご購入いただければ幸いである。もっとも、第三回総会はそうした堅いことばかりでなく、京都の春を楽しめれば何よりだと思う。

上で触れた「三重の集会」は2月11、12日に開かれた。多くの参加者を得て、「障害は個性か」というテーマに交錯する諸々の問題が提起された。この集会については、三重の実行委員会の方々とも相談して、いずれ改めて皆さんにご報告したいと思っている。

さて、今号は、いつもより論文・連載が少なくなっている。そのかわりというわけではないが、各々がいつもより少し長めになっている。十分読み応えのあるものと自負している。島さん・篠原さんの対談は、形式としても初めての試みであり、「癩」者に対する国家の強制隔離・断種といった差別的処遇を本質とするらい予防法の諸々の問題性を、「癩」者として生きてきた島さんの生を通して、私たちに語りかけてくる。竹内さんは、日本における生命倫理学(バイオ・エシックス)の動向に触れながら、抑圧的・差別的な社会構造をきちんと押さえた生命倫理学の在り方の模索が必要である、と強調している。山下さんと秋葉さんは、日本とアメリカという海を越えての共同論文となっている。ここでは、昨今、医療、教育など様々な分野で、はやりになりつつあるQOL (Quality of Life) 思想の本質について、早くも問題提起をしている。連載の第一回である。三輪さんも連載の初回となるが、それは、職場の先輩赤松晶子さんの30年余にわたる心理職としての精神医療体験に共鳴と批判を交錯させながら、1970年前後以降の精神医療を洗い直そうとする企画である。

<「映画と本」で考える>では、浪川さんが、島さんの本を中心に「癩」に関する数冊の本の書評をしている。島さんと篠原さんの対談と絡めて読んでみてはどうだろうか。児玉さんは映画「友だちのうちはどこ?」を、山野さんは花崎皋平さんの「アイデンティティと共生の哲学」と浜田寿美男さんの「個立の風景」を通して、ともに「子どもの権利条約」とも関連させながら、子どもの世界を、大人の側の勝手な押し付けとしての世界から解放する考えを示している。林さんの「障害児教育のパラダイム転換」書評は連載2回目である。

<“この場所”から>には、3人の方から文章が寄せられた。川見さんが働く小学校給食調理室は誰もがお世話になった身近な場所である。石川さんは海のはるか向こうのマルタという異文化の場所から。そして、青木さんは、外国籍児童との関わりの経過を語っているが、それはまさに、小学校という身近な場所における異文化との共存というテーマである。

それでは、春の京都でお会いしましょう。

〈インタビュー〉

いま、なぜ、らい予防法を問うのか

語る人◆島 比呂志 (『火山地帯』主宰)

聞く人◆篠原 睦治 (和光大学)

はじめに

ほく(篠原)は、1987年の春に、島比呂志さんの『海の沙』という「らい文学」に出会う。⁽¹⁾ それ以来、島さんとほくは、ほくら子供問題研究会のミニコミ誌『ゆきわたり』、島さんの文芸同人誌『火山地帯』それぞれの読者として、お付き合いをしてきた。そして、現在、ふたりは社臨学会員同士である。すでに『社会臨床ニュース』に「こだわり人生」と題したエッセイをいただいている。⁽²⁾

この間、ほくは、島さんの文章に刺激されながら、らい予防法の「改正・廃止」問題を考えさせられてきた。そのときまでに培ってきた問題意識と重なることが多く、ほくもまた「廃止」を主張するひとりとなった。

ただ、島さんの置かれてきた世界とほくの生活世界とは、同じ時代状況を生きる者同士として、想像・共感の関係を介して繋がることがあったとしても、ふたりはきっとそれぞれに異なった世界を生きてきたに違いないのだ。

そんな中で、らい予防法「改正・廃止」問題についても、島さんの発言でかならずしもすぐに納得できることばかりではなかった。したがって、ほくは島さんに折々にいくつかの問いを提出してきた。⁽³⁾ ⁽⁴⁾ (その具体的内容については、以下のインタビューが明らかにしている。)

ほくは、1994年9月、島さんと直接語り合いたくて、鹿児島県鹿屋市にある、国立らい療養所星塚敬愛園を訪ねることにした。以下は、そのときの記録である。

「ハンセン病」でなく「癩」で語る

篠原：今日は、「いま、なぜ、らい予防法を問うのか」ということで、島さんとじっくり語り合いたいのですが、まず、昨今、「癩」という言葉を使わないで、「ハンセン病」と言い換えてしまっていることについてご意見をうかがいたい。と言いますのは、ほくは、「癩」の歴史と現実を直視するためには、「癩」という言葉とその響きにこだわり続けるほかないと思っています。島さんも、「癩」という言葉で「癩」の問題を語り続けておられますよね。

島：「癩」ということで、差別と偏見が続いてきたのですから、やはり、「癩」ということでその間違いを直さなければならない。名称を変えたから、それらがなくなると言うものではないわけだし、「ハンセン病」で解消できると言うのは錯覚であり逃避だと思いますね。

ほくは、戦後間もなく、ものを書き出した頃に特に意識して、漢字の「癩」という言葉を使いましたね。社会生活をしていた頃、新聞で「癩」という字を見るのも恐ろしいと言うか、そういう新聞があれば隠したくなるような気持ちでした。そういう字を逆に意識して使ってやろう、そのことによって乗り越えなくてはならない、と思いましたね。最近、たまに、「ハンセン病」を使っているかも知れませんが。

篠原：マスコミの使い方がそうになっていますからね。ところで、「癩」ということばは古いんですね。

島：律令国家の時代の古文書に出ているんですが、「癩」という漢字も病氣そのものも中国から朝鮮半島を経て、日本に入ってきたようですね。

篠原：「ハンセン病」は、菌の発見者としてのハンセンの名誉を讃えて、「上」から降りてきた感じがしますが、患者たち自身が、「癩」と呼ばれたくないということもあって、それに代わって、「ハンセン病」と呼ばせようとしたこともあるのでしょうか？

島：そうですね。「癩」という言葉を口にするのは抵抗があるんですよ。昭和27、8年、全患協（全国国立らい療養所患者協議会の略称）のらい予防法改正闘争のときに、「癩」という呼称を「ハンセン病」に改めてほしいという訴えをしました。⁽⁵⁾ ぼく自身は「ハンセン病」だとスラスラ出ると言うのも、逃げみたいな感じがしていましたけれどもね。

今でも、らい予防法とか日本らい学会とか、正式には「らい」と呼んでいますけど、マスコミはほとんど「ハンセン病」ですね。でも、そこでも括弧して、「らい」と注釈してありますから、読む人は、「ハンセン病！？新しい珍しい病気かな？」と思っていると、すぐ後に「らい」とある。「なあんだ、あの病気か」となって逆に二度意識させますよね。

篠原：おっしゃることに同感です。時代に逆行した使い方は、自分のなかでも躊躇がありますが、文脈や歴史を凝視するために、ぼくもあえて「らい」という表現を使い続けます。

発病の頃

篠原：ところで、島さんの発病はいつ頃なんですか。

島：戦争中なんですが、学生時代でした。右膝に赤い小さな斑紋が出来て、それがなかなか消えないんですね。医者にあちこち行って検査するんだけど、梅毒の反応なんかは出ない。将来微生物学を専攻したいと思っていたので、伝染病の本などを集めていた。麻痺していたのでいくらつねっても痛くない。そういった本を読むと、それがらいの兆候だとすぐ分かった。

すぐに、父に手紙を書くと、実は祖母がそうだったと言ってきました。そして、今は薬もある、悲観しないで今まで通り勉学を続けなさい、と書いてありました。ぼくは、らいの特効薬と言われるのを買ってき

て、自分で筋肉注射をしましたよ。

斑紋が出てきたときに思い出したことがあったんですが、それは中学時代のことでした。帰宅すると、玄関のところに、近所の人がいっぱいいて、その前で、父が告訴すると息巻いていた。だれかが祖母のことを「ナリ」（らいのこと）だと言ったので、父が怒り出した。そこで、その人たちがとりなしていたんですね。あのとき父は否定したけど、ひょっとすると祖母はそうじゃないかなあと思いましたね。それが斑紋が出てきたときに浮かび上がってきた。

篠原：ごきょうだいの中では島さんだけが感染されたんですか？

島：そうです。ぼくの妹は双子だったんですが、母は二人も一緒には大変ということで、祖母がその妹のほうを子守していました。妹は感染しているかどうか分からないが、いま、67、8才ですが、発病はしていないですね。

ぼくは、学校を出て4年後に東京農林専門学校（現東京農工大）の教員になるんですが、その頃、顔にブツブツが出てきたんですね。自分ではらいだと分かっていたから、そのブツブツについて人に聞かれるのは辛かった。罪を犯したわけではないんだけど、知られたら大変と、警察からも社会からも注目されている、追われている、という感じでした。

後に、「熊」という小説を『新潮』（1960年12月号）に発表するんですが、これは、らいにかかって隠し続ける、ある大学教員の不安心理を描いたものです。彼が教壇に立って講義するとき、学生たちは彼の斑点のついた顔に注目する。彼は、自分の結節がらいであると見抜かれているのではないかと、居ても立ってもいられない。そこで、あちこちと動き回るのだが、その姿を見て、学生たちは「あれは檻の中の熊とそっくりじゃないか」と言う。そのことを耳にすると、彼ははいよいよ強迫観念に襲われていく。ぼくは、そんな作品を書いたんですね。

田舎に帰る

島：そんな体験をして、昭和21年、ほくは耐え切れなくなって辞表を出して香川県の田舎に帰る。とにかく終戦も大事件でしたからね。目標を失った学生たちから、これからについて聞かれるんですが、ほく自身もどうしていいかわからない。その上、病気を抱えている。

そのときまでは、専門の道を極めさえすればいいと考えていて、国家や社会に対して批判の目がなかった。「上」からのことは、ただ、ハイハイと聞かなければならないと思っていた。敗戦になって、やっとそれが間違いだったと分かるんですね。

その頃、日本童話協会の新聞広告を見て、会員になるんですが、これからのこどもたちは国家・社会に左右されずに、人間として正しい生き方をしてほしい、そんな思いで、童話を書き出したのが、ものを書く動機だったんですね。

篠原：いつ療養所に入られるんですか。

島：昭和22年6月に、大島青松園（香川）に入りますが、らい園に入ると言うことは、らいは不治の病であって、一生帰って来れないということで、大変な決断がいったわけです。

それ以前に、ちょっと話が飛びますが、学生時代、ほくは、和光学園園長をしていた谷口武先生に出会うんです。お宅も世田谷の経堂でした。戦争中なのに、男女共学で、個性を伸ばす教育をしているということでびっくりして、すごい先生だなと思いました。

しかし、それから、先生は、奥さんの病氣療養のために、ほくの田舎とそう遠くない所に引き揚げて来られて、そこで、中学の校長になられた。そして、妹を通してですが、奥さんが亡くなられたと聞くんですね。世話になったのに知らん顔も出来ず、悩んだ末に、父に代理で葬式に出てもらいました。

そうすると、先生は、今度は、お礼に訪ねたいと手紙で書いてきた。この人から逃げたいいけない、うそをついてはいけない、と言いつけて、お悔やみと共に自分の病氣のことを思い切って書くわけです。そのとき、先生は、一晩泊まっていかれたけど、その後、

いろんな本を送ってくれましたね。

また、子供のための聖フランシスの伝記を書かないかとも言われた。その中で、ほくは、彼の生涯にいいよ大きな感銘を受けるんですね。それが、療養所の入所を決断させていくんですが、彼は、「無所有の所有」というのかな、弟子が「先生のバイブル」と言ったときに、その聖書すら棄てたんですね。そして、全てのものを棄てたときに、宇宙が自分のものになる。ほくはそのことに感動しましてね。それから、聖書や内村鑑三全集などを読みながら決心を固めていきます。青松園に入った頃は、熱心に教会に通いましたよ。

青松園には1年ぐらいいて、昭和23年にこっち（星塚敬愛園）に来るんですが、この頃、目がだんだん悪くなりましてね。青松園には砂浜があって、白い砂は反射がきついわけですよ。こちらは、火山灰で黒土、光の反射が非常に柔らかい。それに文化的に進んだ療養所とか言われましてね、それも移った理由のひとつでした。

医者は強敵だった

篠原：話を戻しますが、入園される前には、医者との体験とか格闘とかがありになったんでしょう？

島：医者というのは、この病気で社会生活をしている者にとっては一番の強敵でしたね。医者にはうそがつけないのですし、だから、自分が死ぬ病であっても医者には診て貰いたくないと。

生田長江も晩年に失明するんですが、その前に白内障にかかっているんですね。手術すれば見えるようになったはずだったんですが、医者にはいけなかった事情があったと思うんですね。⁽⁶⁾

篠原：かつての文芸評論家、生田については、島さんのご本の中で、初めて知ったのですが、島さんは、生田が亡妻のかたみの娘を手放したくない一心から、最後まで、医師を拒絶することでらいであることを隠し続ける凄絶な葛藤をリアルに描かれていますよね。

⁽⁷⁾

島：ほくも、40度の熱が一週間以上続いたことが

ありましたよ。氷で冷やしたけど、熱が下がらない。後に、らい性の急性結節性紅斑だって分かったんですが、冷やしてはいけなかったんだな。熱瘤とも言って、皮膚に赤いぐるぐるしたのがいっぱい出来てくる。それで、解熱剤を飲み、自分で葡萄糖を注射して、だんだん熱が下がりましたけどね。

そのときでも、親たちは、生きてほしいばかりに、恥を忍んで、医者を呼ぼうかと悩むんですが、呼べば呼ぶで、医者にはすぐ分かるわけです。らい予防法の中にも、医者は届け出る義務がありますから、やはり呼ばせませんでしたね。

篠原：そうすると、島さんの場合、どういうルートで入園されるんですか。

島：学生時代に、この病気で相談に行ったことがあるんですが、この医者は、自分で治療しているなら、学校は卒業すべきだ、その後についてはまた相談しましょう、と親切に言ってくれました。その後、手紙は出していたんですが、一時、音信が途絶えます。

ところが、この人も縁があるひとでね。戦後、ぼくが東京から田舎に帰ろうとすると、宇高連絡船の中でバッタリ会った。「戦地からやっと復員して来れた」と言ってね。それから、顔に斑点が本格的に出だしたので、この医者のところへ直接出掛けていくんです。このときには、家には治療ができない、療養所に入りたいと言いましてね。

ここは「奇妙な国」

篠原：福地幸造さんに紹介されて、ぼくは、島さんの書かれた『海の沙』に出会うんですが、⁽¹⁾そこで、二つのことに気づきました。一つは、「らい病の撲滅」とは「らい者の滅亡」のことだということです。このあたりに、「らい」はもっとも恐ろしい病だという偏見の根源があると思いますね。もう一つ、優生手術によって子どもを産むことを禁じられたわけですが、これも大変なことですよ。次の世代との関係の隔絶は、もう一つの決定的な差別だと思いました。

島：医学の本道としては、東大の太田正雄も言って

いるように、らい病のことは新しい治療薬の開発で解決すべきなんです。ところが、日本の政策は、断種とか妊娠中絶とかで子どもは産まさない、そして、死ぬまで強制隔離して、そのことで病気をなくしていくということだったわけですよ。

昭和26年だったと思うけど、秋山素男が『新潮』(6月号)で、らい者を「滅亡の種族」と指摘するんですが、そのシンボルとして、どこの療養所も納骨堂の立派なのに驚くと書いている。

ぼくは、このことにその通りだとショックを受けて、その後、たびたび引用してきました。ぼくの『奇妙な国』という小説の中で、滅びることがその建国の理想みたいなへんちくりんな隔離ということで、それを「小さな国家」と言ったわけですけど。⁽⁸⁾家族と一緒に生活できないということが一番の苦痛だったんですね。

ワゼクトミー——建前は選択、実際は強制

篠原：そんな中で、『海の沙』にも出てきますが、実際にはらい園で、子どもたちは生まれているし、そこで学校にも通っていますよね。とすると、断種や中絶を拒否した人がいたり、入所に際して、自分の子どもを連れてきた人もいるわけですね。

島：ええ、昭和24、5年に、この園で、病友の月田まさしが「失われたもの」という小説を書いて、これが『厚生時報』に掲載された。これは断種を批判したのですが、それから問題になったんだが、彼自身も断種の手術を受けていないんですね。その後は、園も本人の意思次第となって、強制することがなくなりました。

なんでかと言うと、23年9月に施行された優生保護法では、本人または配偶者の同意を得て、優生手術ができとなりましたよね。これは3条ですが、また、14条では、同様の手続を経て、人工妊娠中絶ができるようになったですね。つまり、よく見ると、文章上では、強制するとはなっていない。

だけど、療養所の場合は、同意どころか、制度の上

で、優生手術(ワゼクトミー)をしないと、夫婦が共同で生活する部屋をくれない。それで仕方なく受ける。それで、手術を受けた番号順に、この寮舎もなっているんですね。動物的な扱いですよ。ですから、実際には、選択の自由はなかったですね。

篠原：建前は選択、実際は強制ということですね。でも、抵抗する人が出てきたりしてなし崩しになっていくんですね。

島：そうです。

篠原：優生手術をしなくなるのはいつ頃からですか。

島：昭和28年頃になると、ほとんどなくなりましたね。

篠原：その年は、新憲法下の「らい予防法」が成立したときですね。

島：そうでしたね。ほくは、ここに23年6月に来たんですが、手術したのはその年の7月でした。そのときは、優生保護法は成立していたけど、まだ施行はされていなかったですね。しかし、この法律以前に殆どの人が手術を受けていました。

それから、妊娠中絶も戦前からずっとやっていましたよ。当時から、刑法で堕胎罪がありましたけどね。結局、「別の国」の出来事だったんですね。隔離の中でなにか起こっても外には分からなくて、不条理が押し付けられていたわけです。

戦後、断種と隔離がセットで

篠原：らいは遺伝病ではなくて、感染症だということについてはかなり前から言われてきたことですよ。ところが、優生保護法では、これを遺伝病として括っていますよね。当時の医学的知識としても無理のあることをしているんですが、「とにかく子どもを産ませない」という悪意を感じるんですけどね。

島：一方で、条文を見ると、伝染の恐れのある場合、本人または配偶者の同意をえて、妊娠中絶も優生手術も出来るとなっていますよね。つまり、感染の恐れには(論理的に言えば)予防のはずなのに、それだけで

なく、「絶対産ませません」となっているわけですね。議事録を読んでみたけど、そのことの矛盾をつく議論は全くなかったようですね。

新憲法下で、改正された新しい予防法は、家族の援護とか良くなった印象を与えるが、入所など強制条項はかえって強化されていますよ。また、この頃には、新薬プロミンも出てきて、医学的には治る病気と言われ出していた。特に、アメリカでは社会復帰する人たちが沢山出ているという情報が入っていた。にもかかわらず、この法律には、出るための規定がないんですよ。

篠原：本当にそうですね。断種を伴った強制隔離という観点が特に強くなっていますよね。

らい者が家族と一緒に暮らしていた時代

篠原：ここで考えてみたいんですが、医療隔離以前のらい者は、聖書にも出てきますけど、⁽⁹⁾日本でも、昔は、町や村の中で、決して高い身分ではなかったとしても、そして、ときには、乞食をしながらでも、家族とか健康な人たちとなんとか一緒に暮らしていましたよね。らい政策の近代化は、そのような生活を抑圧してきたと言えませんか。

島：そうですね。例えば、昭和15年のときまで、熊本市の本妙寺部落では、らい者が家族と一緒にずっと集団で暮らしていた。その年、警官を導入して、らい者たちを一斉に強制収容したわけですけどね。また、この頃、草津町湯の沢部落に自由療養地区が出来ていて、そこは、自分たちが家を建てて、患者と健康な家族とが一緒に暮らす自然な部落になっていた。このような地区はここだけでしたけれどね。

この病気になって、一番つらいのはとにかく家族と一生別れて暮らさなくてはならなかったことだと思いますね。

身を隠してから30数年後に

篠原：島さんは、ご自分のことをずい分あとまで、

かつての友人たちに隠されつづけていたとうかがいましたけれど。

島：自分がこの病気になったことを学生時代の友人に知られるのは惨めだという意識がありましたよね。新聞の記事や雑誌の広告を見ると、友人の名前が出てきたりして、みんな活躍しているんだなあ、自分はそんな世界から離れた落後者だとか、思いましたね。

もう一つ、自分の病気は知られてはならないという逃亡者の意識がありますよね。だけど、ものを書くなかで人間を主張しながら、そういうことをやっているのはおかしいのではないかと。友だちは自分のことを心配してくれているだろう。そうすると、あの男はどうなったか分からなかったで一生終わってしまうと、心配のかけっぱなしになる。それでいいのかと。やっぱり、人間として、心配してくれている人に本当のことを打ち明けるべきではないかと。そういう自分自身の内面の苦しみというか、煩悶の末に打ち明けるんですけどね。

篠原：どういう切っ掛けがあったんですか。

島：ほかが教員をしていたときに、ほかの教室に研究生がいて、彼にだけは知っていてもらわなくてはならない事情ができて、以前に打ち明けていた。それで、彼は、ほかの同級生などにほかの消息を知っているだろうと聞かれるたびに、苦痛になっていたんですね。

あるとき、手紙を書いてきて、自分にはもう耐えられない、どうしていつまでも隠しておく必要があるのかと。病気になったことは仕方のないことであって、その中でも、努力されて、立派に活躍されておられるのではないですかと。それでほかも決心をした。

篠原：時が熟したという感じでもありますね。それはいつなんですか。

島：それは10年ぐらい前になるかな。都城（宮崎）の学生時代の友人に手紙を書くんですが、彼は早速訪ねてくれました。そのときには、道路の真ん中で抱き合って、喜びあいました。ちょうど、その日は、伊藤律が日本に帰ってきた、その記事が載っていましたね。

篠原：島さんが身を隠されてから、30数年が経ってしまっていたのですね。その記事というのは、30年間消息不明だった伊藤（日本共産党元政治局員）が北京から帰って来た事件のことですね。ご自分のことと重なって、非常に印象的な記事だったわけですね。
(10)

島：そうです。その後、その友人が計画をして、鹿児島市でクラス会を開くんです。その頃も、車に酔ってしまうので乗れなかったので、出席出来なかったんですが、彼らはバスを借り切って家を訪ねてくれましたよ。

乾杯をしたり、学生時代の武勇伝を喋ったりしましたね。ぼくは、学生時代には、飲むほうの大將でしたが、今では、ビールをコップに半分ぐらい飲んだら顔が真っ赤になってしまってもう駄目だね、みんなに冷やかされましたよ。

会ってみると、ヤアヤアと楽しくやれてね、昔とちっとも変わらなかった。間違ったらいの心理を抱いていたということですね。それまで、クラス会の通知とか友だちの近況が郷里に送られてくるんですが、そこから転送されて来る。そこには、彼らの子どものことや活躍している様子が書いてあったりする。そうすると、自分が余計惨めになる。ああ病気にさえならなければと愚痴になっていくわけですね。

マスコミに顔写真が載っても

篠原：「島比呂志」のペンネームで30数年書き続けられて来て、友人たちは気が付かなかったのですか。

島：ええ、都城の友人にしても、「島比呂志」なら、新聞でよく見ていて知ったよ、と言いましたけれど、それが、ぼくだってということは想像したこともない。70万、80万売れる週刊誌に書いても同じでした。

ぼくは、一時、芥川賞にこだわっていて、それを貰ったら、身を明かそうと考えておったことがありました。けれど、簡単ではないし運もある。そんなふう

に、ずるずるしているうちに、隠している期間が長くなってしまったのですね。

篠原：マスコミなんか、島さんの写真が載るということもおありだったでしょう？

島：昭和32年に、講談社から『生きてあれば』を出したときに、新聞社が幾つも来て、写真をパチパチ撮って行ったんですね。その写真が出ても、病気で顔の形が変わってしまっていて、母親さえもわからなかった。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、底なし沼に落ちことされたような不安や恐怖を体験するわけです。

テレビに出ることがあっても、九州には同窓の者たちがずいぶんいるんだけど、だれも気が付いている様子がないし、気遣うものがない。これでは、打ち明けても、すんなり昔の自分に帰れるのかと。「玉手箱」という小説は、浦島太郎のように、誰も知っていてくれる人がいなくなった淋しさや不安を書いたものですけどね。⁽¹¹⁾

篠原：多くのらい者たちは、本名を棄てて通名を使っていますよね。本名を名乗るという動きもあるのでしょうか？

島：今度、『ハンセン病・隔絶四十年人間解放のメッセージ』を書いた伊奈教勝さんがそうですね。⁽¹²⁾ ぼくの場合、通名と言ってもペンネームですからね。お役所の届けなどは本名にしました。ぼくはもはや隠す気持ちがないんですが、家内は東京にきょうだいや甥、姪がいますからね。きょうだいとは付き合いがありますけど、まだこだわっています。そういう家族の意向があれば、わざわざみんなに吹聴することはないと思っています。

ただ、この名前で、新しい人間関係が出来てしまっているんですよね。

篠原：なるほど、それは大きいことですね。

プロミンは大変な革命

篠原：話題を変えさせてもらいますが、プロミンのことです。戦後すぐに、アメリカから新治療薬として

入ってきて、らいを治る病気として決定的に変えていくわけですね。大変な福音だったようですが、実際はどんな具合だったのですか。

島：それは大変な革命が起こったんですね。世界がひっくり返ったと言うか、病気はどんどん良くなっていった。いままで、プロミンのおかげで、3千2、3百人が社会復帰したと言われています。

そんな中で、当時、「人間復帰」とか「社会復帰」とかが叫ばれてね。社会復帰のためのコロニーを作ろうという運動も起こりました。

その頃、昭和32年だったと思いますが、ローマで「らい患者の救済と社会復帰に関する国際会議」が開かれて、ここでは、日本のらい隔離政策が批判されます。そのときに、らいのための特別な法律を作ってはならないし、そのような法律は廃止されなくてはならない、という決議が出るんですね。

日本では、28年に新しいらい予防法が出来たばかりだったので、厚生省は廃止も改正もしないで、運用面で開放的にするとしたんですけどね。

当初、「社会復帰」と言っても、すぐに外に出ていくわけにもいかず、結局、回復者が同じ療養所の患者の介護員になったらどうかという案が出るんです。園には、軽症舎、重症舎、不自由舎というのがありましてね、これらの間には越えられない溝があるんですが、不自由舎の人たちは、自分たちは健康な人に看てもらいたいのであって、同じ病気の回復者などに看てほしくないと反発しました。

そのときは、ぼくなんかも説得にまわるんですが、彼らはどうしても納得しない。人間の感情はなかなか越えられず、結局実現しませんでした。

ところが、沖縄の愛楽園は、占領時代からWHO方式を取っていて、回復者を職員として、どんどん採用したんですね。庶務課長とか管理職にもなりましたよ。また、日本へ復帰してから、沖縄の患者は、どこの医療機関でも利用できるんですね。ところが、内地では、委託治療制度がありますけれど、相手に理解があって、やってくれるときだけ、治療が受けられるんで、どこでもという状況はないですね。

「奇妙な国」だけれど

篠原：星塚敬愛園の人たちはどんな具合に社会復帰していったんですか。

島：特に証明書を出したわけではなく、本人が出たいと言えば、頑張れ、と言って、5万円程の支度金を渡しました。といっても、職場などで自分は治って社会復帰をしてきたのだとはっきり言っているのはごくわずかでしてね、大抵の人たちは隠している。

ですから、皮膚感覚をなくした足で釘を踏んでしまっても、実際は診てくれるかも知れないけど、彼らの意識として、普通の病院には行けない。わざわざ東京から高い交通費を使って、ここまで帰ってきて、治療する場合があるんですね。

篠原：定年などで仕事を辞めて、もう一度、療養所に戻ってくる場合もあると聞きましたが。

島：ありますよ。20年、30年、会社などで働いていても、過去の病気のことをだれにも打ち明けられないまま過ごしてくると、本当の意味で親しい家族関係や友人関係が出来ないわけで、退職とともに療養所が懐かしくなるんですね。そして、帰ってくる。

篠原：故郷に帰る気持ちでもあるんでしょうけど、それにしても、退院者が再発もしないのに戻って来れる制度的保障はどんなふうになっているんですか。

島：はっきりわからないけど、沖縄では、社会復帰者の再入院は認めていませんね。その場合は内地の療養所に入るようです。内地では、大概迎えてくれるようですけど。

篠原：ぼくは、らい療養所の訪問は初めてなんですけど、勝手に描いていたのが悪いんですが、高い塀も検問もあるわけではなく、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。治った人たちもここで暮らさざるをえない、また、暮らしたい、という思いと重なって、このような生活空間が生まれてきたんですね。

もちろん、病棟、外来診療所、管理棟もありますから、そこは普通の村とは違いますけどね。

島：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50年、60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。村落共同体と言うか、社会の村と似ていますよね。

ぼくが、「火山地帯」という文芸同人誌を作ってきたのも、この場所です。あったわけですね。芸能もあります。戦後は、だんだん現代劇をやるようになりましたけど、それでも、戦後のあるときまで、盛んに歌舞伎をやっていましたよ。

昔、九州一円をまわっていた劇団があったんですが、その座長の奥さんがもう目が見えなくなっていたけど、この療養所にいましてね。また、その主人が中風で、彼は、外から大変な足を引きずりながら時間をかけて、よくここまで通っていました。で、この人たちが、歌舞伎の指導をしていました。

今ではゆったりした夫婦舎になって

篠原：なるほど、時代を反映した、折々の文芸や芸能がここにもあったんですね。住居についてもうかがいたいんですが、島さんのこのお家は、新しくて間取りもゆったりしていますね。そして、書齋が独立した棟になっていて羨ましいです。奥様との生活はどんな場所から始まったんですか。

島：最初、この園に来たときには、仮収容所というところがあって、そこは広い畳の間だった。そこで、体温とか血圧とか基礎的な検査をして、それで問題がなければ、独身の者たちは、男舎と女舎にそれぞれ下がって行った。

ぼくの場合、ワゼクトミーをしたくないものだから、なかなか部屋に下げてくれない。自治会の役員までも、君だけそんなことを言って、わがままじゃないかって説得に来る。そうなってくると、家内からも、

2、30分の簡単な手術だし、してしまったらとヤイヤイ言われる。落ち着かない毎日ですね。結局は、手術を受けるんですけどね。

当時は、小さな寮が二つあって、そこに、数組の夫婦の四畳半の個室があった。内縁者たちは、12畳の部屋に3組の夫婦が同居していた。

ここでは知らないけど、ぼくがこの前にいた青松園では、夕方になると、男たちが女舎に泊りに行くんですが、そこは、30何畳で女が15、6人いたもんですから、人数は倍になる。

でも、プロミンが引き金になり、また、全患協が出来て、集団で厚生省と交渉もできるようになって、住居の改善なども行われるようになった。夫婦舎は、昭和27年ぐらいからポツポツ出来はじめて、一つの棟に7室、一室は4畳半でしたけど、みんなホッとして喜びましたね。それから、そこを6畳に改造しました。

園としては、新しい舎を作って、順番に移動していったらどうか考えたのですが、ぼくたちは、新しい夫婦舎は建てないと決めました。だんだん年をとっていくんだし、バラバラにならないで、お互いに助け合っていこうということですね。それで、3年ぐらいかかって、水洗トイレにしたり、前後に建て増したりして、改造しました。

ところが、この改造が終わった段階で、また、新しく夫婦舎を作ろうとなって、出来たのがこれなんです。

篠原：改造完了と新築開始の間はそんなに長くないですね。どういう事情があったんですか。

島：毎年、陳情を繰り返して、整備費などを沢山もらってくる。大きな金ですから、小さなとこをいじくっても間に合わない。勢い、夫婦舎や独身舎の新築ということになる。ですから、改造の費用は無駄だったわけですよ。予算というのは流用できないようだけど、将来を見通して、地域の医療センターのために、ビル式の病棟なんかが出来るといいんですけどね。

篠原：夫婦舎と独身舎を合わせて家族舎ですね。あのセンターと言われるところにはどういう人たちがいるんですか。

島：回復者ですけども、目が見えないとか、手足が不自由とか、障害が重くて、24時間介護の必要な人たちです。

篠原：有菌者で治療の必要ない患者はいないと考えてよろしいですか。

島：いま、園には、600人ほど暮らしていますけど、菌がなんとか発見できる人は二名とされています。彼らにしても治療していますから、もはや感染源ではありません。

「らい医療」は地域の病院で

篠原：つまり、今日、全国の療養所には、元らい患者はいるけれど、現らい患者はほとんどいないという現状になっているわけですね。そんな中で、島さんは「らい医療」の現状をどのように考えておられますか。

島：医療センターというのをご存じですか。全国には、13の国立と2つの私立の療養所があるけど、そこに入っているひとたちが大きな病気をしたり、本格的な手術をしなくてはならない際には、それぞれの療養所では治療を受けられないんですね。わざわざ、菊池恵楓園（熊本）とか長島愛生園（岡山）とかの医療センターに行かなくてはならない。

この考えは、隔離医療の上に隔離医療を重ねることですから、ぼくは議論が始まった当初から反対だった。今では、得しているのは医療センターがある園だけ、これは必要ない、という意見が大方ですね。患者たちは70、80代となっているし、沖縄、青森など遠くの人たちはどうしたって利用できませんよ。そんな状況でも、多摩全生園（東京）にもっと本格的な医療センターを作ろうと言う人もいましたけどね。

各園では、らい患者はいなくなる、人々は死んでいく、というわけで、とすれば、そこでの医師や職員の定員は減らしていくほかない。その中で、老人や病人が平等な医療、最善の医療を受けられるためには、このような医療センター構想ではなくて、地域のどこの病院でも治療を受けられるようにしなくてはならない。そのためには、らい予防法があったんじゃないかな

んでね。それをなくして隔離を解いていかない限りいつまでも駄目です。

戦前から外来治療をした小笠原登

篠原：このあたりで、いま、なぜ、らい予防法廃止なのか、についてのお考えをうかがってきたいのですが、らい予防法の本質は、らい患者の絶対的隔離にあると思いますね。ここに関わっての批判に、らい病は隔離する程のことがない病気であったにもかかわらず、そうしていた、という議論がありますね。さらに、そういった医療上の観点からだけではなく、隔離は差別であり人権侵害である、というもう一つの問題意識がなくてはならないわけですね。

島：らいはもともと隔離しなくてはならない病気ではなかった。最初のらい予防法が出来たのは明治40年(1907年)で、それに先んじて、明治30年に伝染病予防法が出来ている。当時は、うつる病気だとなると、なんでも「伝染病」というひとつの概念でくってしまっ、消毒だ、隔離だとなってしまった。特に、なんでも遺伝とする傾向があった当時の認識を変えるために、伝染ということを強烈に宣伝したようですね。

一方で、戦後の優生保護法は、らい病を対象に入れたのだから、おかしい話です。でも、らい病は撲滅しなくてはならない、らい患者は滅亡すべき種族として、生涯隔離してそこで死んでもらう、彼らには子を作らせぬようにする、という考えがあって、そういう矛盾を平気でやった。

戦前の京都大学医学部に、小笠原登という医者がいきましたが、彼の家は代々お寺で、そこでらい患者の面倒を見てきているんですね。そして、小笠原家の人たちはそこでの知識を引き継いできた。小笠原登は、戦前の学会で、らい病は治せる病気だと主張して、外来治療をし続けていた人ですが、らい園の園長たちからは、非国民扱いをされて大変な弾圧を受けるんだけど屈しなかった。

そもそも、らい病は、コレラなど他の伝染病と違っ

て、大発生も大流行もなく、困ったこともなかった。らい病がずっとなくなることはなかったけれど、あるときまで隔離もしないで、自由な生活をしていたんですね。

それが、現代になるにつれて、急性伝染病と同じ扱いで隔離された。急性伝染病患者は治るにしても死ぬにしても短期に決着がつくんだけど、らい者は、30年、40年と、姿形が変わってもそこに居続けなくてはならないわけでしょう。終身刑みたいなものですよ。

らい予防法は空文化できない

島：いまやっと、厚生省の国立療養所課長などを歴任して、医務局長で退官した大谷藤郎さんは、いまこそ決着を付けるべきだと主張して、らい予防法を廃止して、現在の医療、生活、福祉をそのままスライドさせて、それを保障する特別立法を提案していますよね。⁽¹³⁾

大谷さんは、小笠原登の一医学生として手伝いをし、それを見てきたわけですね。ですから、彼が厚生省の役人として、全患協の陳情を受けるようになってからは、彼らは部屋に通されてお茶の接待も受けるようになりました。大谷さんの存在はわれわれにとって非常に大きい。

篠原：大谷さんのような発言は、全患協など患者側の主張や運動の集約でもあるんでしょう。

島：そうですね。訴えてきたからこういうことになったわけですね。にもかかわらず、全患協が統一した見解に達していないのが残念ですけどね。

篠原：らい患者はみんな治っちゃった。だから、一般の人たちも、らい予防法といったガードはいらないと納得し出しているところはあるかもしれませんね。しかし、それだけですむ問題ではありませんよね。

島：そうです。患者の側にしても、もう空文化している、わざわざ事を荒立てて改正する必要がない、自分たちはもはや自由だ、と言う人たちが結構多いんですね。ほくも一時そんな印象を持ったことがある。

しかし、15年ほど前だけど、一般の市民が警察を動員して、患者の外出をチェックするという話が出て、そのときに、目が覚めたんですよ。法律が存在する以上、市民がそんなことを要望した場合、警察はそれは出来ないと言えないわけですね。今でも、患者は、親族の危篤とか特別の用件があってしかも園長の許可した場合やっと外出できることになっている。あと、裁判とか公けの呼び出しがあった場合ですね。

だから、一端、事件が起こって患者と市民の間に感情的な対立が生じれば、一步も歩かせんぞ、という事態になりかねない。ほくは、そんなことに気づいて、この法律は放っておけないと思いましたね。それがら予防法問題に関わる大きな動機になったんですけど。

癩撲滅は良識となって

篠原：その意味では、らい予防法廃止問題をめぐっては、三つのテーマがあるように思いますね。一つは、国家の責めを糺すということ。二つは、らい者を追い出してきたほくたち、近隣の人々が分かち合ってきた差別と偏見を問い直すということ。そして、三つ目は、ほくの立場から言えるのか迷いますが、らい者自身が隔離に慣らされてしまったこと、場合によっては、それをあえて選んでしまったことを振り返ることだと思うんですが。

島：らい差別というのは昔からずっとあったわけですよ。中世には、穢れたもの、清めなくてはならないものという考えが定着していく。仏教思想には、過去に罪があって、その罰として現世でらい病になったという罪障視があって、それが今でも尾を引いているわけですよ。らい病は中央に置けない、端のほうへ、となってきたわけで、ほくは、『片居からの解放』を書いたときに、この場所を「片居」と呼びましたけどね。⁽¹⁴⁾

その上で、「うつる病氣」ということが重なってきたわけで、となると、「癩はなくさなくてはならない」となる。戦前に、救癩協会（後に、藤槻協会）が生ま

れたときも、「救癩報国、祖国浄化」でしたよね。穢れた血を日本民族からなくして、祖国を浄化するというわけです。

篠原：近代に入ってから風景として、警官や白衣を着た人たちが突如として家を訪ねてきて、消毒をしたり、患者に手錠をはめて引っ張っていったりといったことがあったわけですね。穢れたもの、醜なるもの、恐いもの、というイメージは、こういう風景と一緒に浸透していったとも考えられますね。ほく自身、実際には見ていませんけど、子どもの頃に聞いた母親の話なんかから、こんなイメージが出来あがっています。

島：ほくは、尾崎一雄の作品が好きでよく読んでいたんですが、彼の作品にただ一つ、らいに触れたエッセイがあるんです。⁽¹⁵⁾というのは、彼は栄養失調で禿頭病になって、まゆ毛や髪の毛が抜けたので、可哀しいから鉢巻きをして外を歩いたときがあった。そのとき、近所の主婦が、らい病ではないかと疑って警察に知らせた。そのとき警官と警察医が診察に来たと言うんですね。

尾崎さんは、そのときのことを書いているけど、その中で、彼は、北条民雄の名前を伏せたまま、『いのちの初夜』⁽¹⁶⁾の著者のような病氣だったら、どうしなくてはならないかぐらいの良識は持っている、と言っている。国が宣伝した偏見を植え付けられて、それをもって良識であると認識していたわけですね。社会生活ができない、療養所に行かなくてはならないなどと。

特に、昭和6年（1931年）以来の無癩県運動は国民運動みたいなものでしてね、全国に広がっていった。患者狩り旋風が吹き荒れたわけですよ。⁽¹⁷⁾このことは、小川正子の『小島の春』でも語られていると思うんですが、この本はベストセラーや映画になったりして、偉い人の立派な行為として賞賛されたんですね。⁽¹⁸⁾だが、実際は、長島愛生園で、光田健輔の指揮のもとに忠実に動いた医官だった小川がらい患者を収容する体験を書いた記録ですよ。実は、瀬戸内寂聴が『人類愛に捧げた生涯』の中で、小川について解

説している。⁽¹⁹⁾そこで、瀬戸内が女学生の頃、そこへ小川が講演に来て、「四国の人はお遍路さんに親切で、ある人を泊めて接待したところ、その家の人がらいにかかってしまった。うつる怖い病気だから、皆さんも家の人にこのことをよく話して上げて下さい。」と話した、と書いている。そして、今もそれは正しいように書いてあるんですね。

ぼくは、これは困ったものだと思って、瀬戸内さんに自分の書いたものを送って、このことに抗議したけど、一切音沙汰なしでした。

皮膚感覚に継承されてきた穢れの思想

篠原：そういう話は今でもありますよね。島さんが『海の沙』を出された際に、読者から、らい予防法の廃止に賛成するという手紙が来たけど、ところが、その手紙は匿名だったということがありましたよね。その理由は、返事をもらうことになる気持ちが悪いからということだったわけですね。

島：これをもらったときにはショックでした。頭では、触ってもいいと分かっているけど、感覚はそうはいかない。そういう感覚を変える説得はなかなか難しいですね。どういう文章を書いたらいいか、結局決め手が見つからなかった。何回もトライしたけど未完の原稿のままになっています。

触るのは恐いとか嫌だとかいう感覚は、黒田日出男が言っているように⁽²⁰⁾、中世民衆の皮膚感覚から“遺伝的に”残ってきたものですね。

中世の仏教思想には、らい病を因果応報的に罪惡視する面と、一方で、畏敬するというものもあるんですね。光明皇后の垢擦り伝説があるでしょう。千人目の患者は、皇后の慈愛に感動して、自分が如来だったと明かす話です。また、弘法大師がらい病を大事にするのは、彼自身がもともとらい病であって、そのらい者が弘法大師の姿になっているからだという伝説もありますね。

篠原：大井川の中流に青部村という小さな村があるんですが、ぼくらは、そこで毎夏、沢山の大人と子供

でキャンプをするんですね。そこにも、皮膚病の者を畏敬する伝説があるんです。⁽²¹⁾ひどい皮膚病(らいだったのかもしれませんが)にかかった村人が「私はとうてい治る見込みがない。仏の道に入り、残された日々を苦行することで、後世の人々の同病の苦悩をあらかじめ取り除きたい」と言って、村外れに穴を掘らせ、そこに入って、節を抜いた青竹一本で外界とつなぎ、読経を日夜続けやがて息絶えていくという話です。そして、後の村人たちは、故人の苦行と徳を偲んで、線香の煙を絶やさなかったと。

らい病の人々を畏敬の対象として祭り上げてしまう話には、排除する民衆の免罪符的な感じを拭えませんかだね。

らい行政に加担してきた医者たち

篠原：ところで、今日もぼくらが持っていているらいに対する偏見は、中世以来のことという面があると思いますが、一方で、明治以降、医学や医療の態度や啓蒙もまた、そのことに加担してきたわけですよね。

島：そうです。ぼくは、日本らい学会とか医者や専門家たちは、医の良心があるのかと言いたいですね。今日、療養所にいる人たちは殆ど完全に治った状態ですよね。医学の勝利ではないですか。らい学会が社会に対して誇っていることだと思うんですが、専門家の間では、強制隔離は間違いであったという認識はあるんだろうけど、そのことを決して公にしようとしなくてうやむやにしている。

ただ、今日、そのような中で、全国のらい療養所の所長連盟では、らい予防法の廃止に反対する者はいなくなっていると聞いている。この人たちの多くは、一般の医療機関で仕事をしてきた医者たちですね。療養所の中でずっと医者をやってきた人たちは、医者自身も隔離されているというか、認識が遅れていますね。ですから、所長連盟には期待している。

らい学会はらい予防法を廃止する決議をするか心配ですね。今だに、お前ら若い者の言いなりにさせんぞ

という老獺な先輩がおるらしい。らい学会はいかにもうらい予防法廃止の先頭にいるかのようなポーズを取りながらも本当は厚生省の代弁者なんですね。厚生省は、法律をいじくるのは大事業ですから、そんなことはしたくない。

篠原：それに、自分たちとしても、医者、専門家として、隔離を進めてきたわけだから、自分たちの非を認めることになることをしたくないということもあるでしょうね。

島：と同時に、療養所の医者たちは、厚生省の出先機関として、らい予防法の執行者である一面を持っていますからね。

もう少し前に、邑久光明園（岡山）の原田園長が公然と廃止を訴えたことがあったんですが、あとの園長たちはだれも同意もしないし、一言も応じなかったということがあったんですね。全患協では、廃止の熱弁を振るった園長もいたんですが、彼も園長間では沈黙していた。光田先生の最後の弟子だったりして、光田一族に伝わると具合が悪いというのがあったらしいですね。⁽²²⁾

奄美和光園の「光仰ぐ日あるべし」という50年史を読んでがっかりした。というのは、前に触れた小笠原登はここで10年間医官として勤務していたが、彼がどういうことをしたとか、なんにも一行も出てこない。その記録がまったくないんですね。彼の甥にあたる円周寺の今の住職が、浄土真宗大谷派の機関誌に、そこでの彼は子どもを大事にして、月給も足らん位にお菓子や本を買ってやったと書いているぐらいなんですがね。しかも、50年史を編んだ滝沢園長は京都大学皮膚科特研の助教授だった人で、小笠原は彼の先輩だったんですね。ぼくは、大変不満だった。

全患協は大谷提案で何故まとまらないか

篠原：「らい予防法を廃止して、同時に、元らい患者たちの医療・福祉・生活を保障する特別立法を行う」という大谷藤郎の提案は、そういったはざまから出てきたわけですね。⁽¹³⁾

島：ここ1、2年のうちに、大谷提案でまとまらないと、その後、予防法廃止の運動は進行することはないと思いますね。全患協もみんな年取ってきていて平均年齢70才以上ですからね。弱体化してきている。なんとか組織を維持している状態です。中央執行委員が各園、各ブロックから出ているけど、東京などに交渉に行く人たちも少なくなっている。

篠原：患者間は、必ずしも、大谷提案で一致しているわけでもなさそうですね。この提案は、全患協など患者たちの訴えにつき動かされて出てきたと思うので、その辺、分かりにくいのですが。

島：国の現在の方針としては、施設や病院を統廃合して、経費がかからないようにしていこうとしているわけでしょう。その中で、われわれにだけ特別にしてくれるかというのがあるんですね。廃止とか保障とか言ってみても、一般の障害者などと予算上でだんだん平均化されるだけだと。結局、処遇は低下していくことになるんだから、そっとしておくほうがいいというのが、長島愛生園支部の意見ですね。

そもそも、全患協の第一のスローガンは、強制収容による損失の保障だったわけで、全患協はそれを経済闘争の一つの切り札として、厚生省を攻めてきた。損失を与えてきた元凶である法律そのものはそのままにしておいてね。

ここに来て、強制収容を規定した法律をなくして、その損失の保障を新しく条文化しようと言うのですから、ぼくは、それに反対するのはおかしいと思うんですよ。

そのところ、全患協は、真剣に討論して、早く一つにならないことにはだめで、一つになると、ハンセン病の議員懇談会（100人位）も動いてくれる。そうなってくると、大谷提案も厚生省に対して力を持ってくるわけだから、可能性が出てくる。

とにかく、大谷さんも、一つでも反対があれば、自分はその提案を引っ込めると言っているのですね。一つの支部のために他の12支部の意見は無にされるということになるんで、困ったなあ、むずかしいなあ、と思っている。

なぜ「らい医療福祉法」なのか

篠原：ぼくは、島さんが岩波ブックレットで「らい予防法の改正を」を書かれたときに、⁽²³⁾「らい医療福祉法」ではなくて、「一般の医療・福祉法」、「一般の生活保障」ではだめなのか、とお尋ねしたことがあったんですが、⁽²⁴⁾その節、島さんは、「考えてみる」という丁寧なお手紙を下さいました。改めて、ご意見をうかがいたい。

島：篠原さんののは正論だと思うが、これは実現不可能だと。法律があって経済的な保障があれば生きていけるかと言うと、人間はパンだけで生きられないと。やっぱり人間関係の中に生きていくわけですからね。

ところが、40年、50年、隔離の中にいた人間が例え故郷に帰ってみても、人間関係は完全に失われていて、浦島太郎のような存在にさせられるわけですよ。ましてや、病気が治っても、らいに対する偏見は今も根深くあるわけですからね。特に、後遺症がひどくて、自分の出来ないことが沢山あった場合、それに周囲の人々がどのくらい手を貸してくれるかと言うと非常にむずかしい。

篠原：おっしゃる新法は、強制隔離の歴史の反省も込めて、らい療養所での生活を強いられてきた70、80才になってしまった人々の生活を、今、ここで、具体的、現実的に保障していく時限立法ということですね。だから、今やらなければ意味がない。

島：ええ。ですから、この法律は、原爆被爆者援護法と共通する面がありますね。国が侵略という間違った政策を取ったために連合国から袋叩きにあった。しかも、原爆という人道上絶対使ってはならない兵器ですね。戦災を受けた人たちは他にも沢山いたんですが、被爆者たちは今もいろんな病気を引きずって生きているわけですね。彼らは今も戦争の被害を受け続けているわけですから、国が保障をしなくてはならない。らいの場合も間違った政策でこういうふうな“浦島太郎”を作ったのですからね。

過去の過ちを訂正するという意味で、ぼくはやっぱり

り大谷提案が現実的だし、それは実現させなくてはならないと。そのことによって、らい学会も医学の勝利をもう少し言っていると思うんですよ。また、法律の専門家もこういう法律を黙認してきた責任があると思いますね。日弁連も人権を守る組織として、らい予防法について政府に提言を出してもらいたいですね。

篠原：お話を聞いていて、らい予防法の問題は、従軍慰安婦問題、原爆問題といった戦争責任、戦後保障のテーマと重なってきますね。らい予防法の問題も戦争責任のこととして考えられそうな気がしてきましたが、その点はもう少し考えてみたいと思います。いずれにしろ、藤野豊の『日本ファシズムと医療』⁽¹⁷⁾を読んでも思いましたが、らい隔離と戦争という二つのことは、単なるアナロジーの問題ではなくて、国家の責任を軸に重く響き合っていますよね。

「うつる病気のまま、社会の中で」はどうか

篠原：もう一つ、ご意見をうかがいたいことがあります。らい者の強制隔離を批判する視点についてですが、らい者はすでに治っているし、もともと隔離を必要とするほどのうつる病気ではなかった、にもかかわらず事実は強制隔離であった、という主張がありますね。この主張で大丈夫だったのかということが、その後の事態の中で気になってきたのです。

つまり、エイズのことを考えた場合、もちろん、予防、隔離、差別、偏見の攻勢に抗いながらですが、うつる病気のまま、社会の中で、夫婦、親子、友人、知人の関係を生きているわけですね。わざわざうつしあえばよいとは思いませんが、結果としてうつし合ってしまうということもあるわけですね。つまり、病者や障害者と共に生きるというテーマがあると思うんです。らい問題を考えるときも、幼かった島さんがらい者だったおばあちゃんと一緒に暮らしたように、らい患者、有菌者と一緒に生きるということが自然であったということがあると思うのです。

島：社会復帰をしてきた人たちが社会の中で生きてきたわけだけど、彼らはらいの回復者として生きてき

たのでなくて、そういうことは秘密にして、自分たちは普通の健常者だという顔をして生きてきたわけですね。

例えば、長島愛生園の中に、一般高校に行けないので、県立昌久高校の分校が出来ましたが、ここからは大学にも受験できた。そして、医者や検事などいろんな卒業生がいるわけですが、この人たちは、昔療養所にいたことを絶対に隠しているわけですね。これでは、社会のなかで生活していることにはならない。

徳永進さんが『片居からの解放』の書評をしてくれたときに言っているんですが、戦後同じ頃、結核にもらい病にも根治薬が出来て、二つとも治る病気になった。結核については、回復者を受け入れるコンセンサスが出来たが、らいの場合、そうではないと。⁽²⁵⁾

今のらい治療は、三つぐらいの薬を使う多剤併用になっていて、これをやると、三日目には感染力をなくしてしまうんですね。しかも、治癒の状態にいくのに、昔のように、何年もおかかるといことがなくなった。にもかかわらず、現実には、らい予防法があり、その下で人々のらいの認識は改まっていませんね。

らい予防法を手本にエイズ予防法が

篠原：話は飛びますが、エイズ予防法もらい予防法と似たような認識から生まれ来ているところがありますよね。

島：日本では、1986年の後半から87年の初めにかけて、松本や神戸の女性たちがエイズだと言うので、週刊誌などで騒がれ出しましたね。そうすると、一ヶ月もしないうちに、塩川というエイズ・サーベイランス委員長が、普通の生活をしている人にも危険が迫ってきたという談話を発表している。その裏で、らい予防法を手本にしてエイズ予防法の草案を作っている。草案が出来たのは87年の3月頃ですから、エイズ騒動から数か月も経っていない。この法律を作る段取りが非常に意図的に選ばれた感じですね。

そういうことをやって、世間からいろいろ批判を受けたら、半年ぐらいで、今度は、厚生省が、エイズは

一般の生活をしている人にはうつらないとか、酒の回し飲みをしても大丈夫とか、各新聞に載せましたよね。エイズ予防法をつくる手順がちゃんと出来たから、もうええわみたいな感じですね。

日本人の少数者に対する認識はどういう場合でも、全体のために犠牲になっても仕方がないという考えがあるのではないか。それで、国会ではスースー通っていくわけですね。国民にそれではいけないという認識があれば、国会だって、簡単に通らないわけですからね。大体無関心層が多いところに持ってきて、エイズになったんだから仕方がないというのがありますからね。

エイズ予防法はアメリカにだってないし、ドイツでは、一つの州だけがそういう法律を作って問題になりましたね。アメリカでエイズが問題になったときには、まず、正しい知識を普及することと、そういう人々には援助をしなくてはならないということだったですね。差別もしてはならないんだと。

ところが、日本の場合、なによりもまず法律を作れ、ですからね。そして、法があることによって、偏見を助長していく面があると思いますね。まず、援助することですよ。それと、いい薬を作るなど、研究開発に予算を注ぎ込んで、早く病気を解決することです。

篠原：エイズ予防法は、エイズは淫らな性行為によってかかるというキャンペーンと一緒にやってきましたね。その中で、医療被害としてのエイズということのを忘れさせようとした。一方で、医療被害としてのエイズを同情の対象にし、性行為によるのを非難の対象にする、といった分断キャンペーンもしました。かなり面倒な事態だと思いますね。

先日、授業に招いて学生たちと、同性愛者を公言するHIV感染者の話を聞きましたけど、彼らもまた、彼らの普段の性生活の中で、エイズになっていくことがあるのですよね。⁽²⁶⁾

赤瀬範保さんのこと

島：日本では、エイズ感染者の大部分は、血友病の人たちで血液製剤から感染させられた人たちですよね。それをああいう法律で取り締まろうとする。救済とかは二の次になってるわけですね。

エイズ裁判第一号の赤瀬範保さんとは、彼が亡くなる前、一年ぐらい文通なんかをしたけど、裁判に踏み切るまでには、厚生省とのやり取りがいろいろあるわけですね。⁽²⁷⁾

血友病患者は医療行為として血液製剤を打たなくてはならない。彼らは、アメリカの情報から熱処理をしないと危険だと分かっている、厚生省にそのことを要求したけど、厚生省は製薬会社の利益を考えて延ばし延ばしにしていた。ミドリ十字という会社は血液製剤の専門メーカーで、アメリカから輸入製剤を沢山抱え込んでいた。その重役は厚生省の局長とか天下りの元役人ですが、輸入している血液製剤を全部売りさばってしまったら、そのとき、厚生省が熱処理をしると言ってもいいけど、それまではちょっと待ってくれといった裏交渉があったようですね。そもそも、ミドリ十字の社長は、満州で細菌戦のための人体実験を重ねた、あの石井部隊の研究者だった人らしいですね。⁽²⁸⁾

赤瀬さん自身は書道家でしたけど、感染者たちは、勤めているところにも勤められなくなるとか、いろんな差別を受けるわけですね。厚生省に、生活が苦しい、保障をしてくれ、と言うんだけど埒が空かない。発病するといくらかの金が出るようだが、感染したのがわかって発病するまで8年から10年にかかる。また、発病を防ぐ治療にはずいぶんお金がかかるわけで、そのために、感染者は援助を要求して、陳情を繰り返すんだけど、応じてくれない。それで、赤瀬さんは最終的に裁判に訴えたわけです。

ところで、赤瀬さんは、ぼくあての最初の手紙に、らい患者はなぜ怒らないのか、立ち上がらないのか、と書いてきましてね。ぼくらの場合、明治以来、一人、二人と、療養所にばらばらに入ってくると、それまでの療養所の生活に同化されていくわけですね。今、一斉に隔離の状態がワッと起こったりすれば、みんな立

ち上がって問題になるかも知れんが、歴史の流れの中に飼ひ慣らされてきたという経過があるからね。

赤瀬さんは、大阪の裁判の帰りに、福地幸造さんのグループ（兵庫解放教育研究会）の人たちに連れられて、邑久光明園（岡山）に寄ったが、自分の理解が足りなかったと書いてきましたけど。

「伝染」と「感染」を区別して

島：ここで一つ、大切なことを言い忘れていたことに気づきましたので、追加させていただきます。

それは「うつる」という曖昧なことばのことなんです。一般には「感染イコール発病」という概念で使われていると思います。いや、専門医の中にも、同じ概念で議論している人がいます。急性伝染病の場合は、大体それでいいのですが、らいや結核の場合は、「感染イコール発病」という概念で「うつる」ということばを使いますと、大変な間違いを犯すことになります。なぜなら、感染しても発病することはごく稀だからです。

結核の場合を考えてみて下さい。ほとんどの人のツベルクリン反応は陽性ですよ。ということは、ほとんどの人が感染していることになりますが、ほとんどの人が発病もせず健康に生活しています。らいも同様で、感染しても、発病するのはごく稀なのです。

このように感染しても発病することの稀ならいや結核を、「うつる」という伝染病の概念で考え、それを処理しようとしたところに、日本の感染症対策の根本的な誤りがあり、社会に対して不必要な恐怖心を起こさせてきたのだと思いますね。

つまり、伝染病と感染症を、ハッキリ区別して考えなければならない、ということなんです。

篠原：今日でも、HIV感染者とエイズ患者を一緒くたにして、「エイズ」患者という概念とイメージでくくる傾向は強いですよ。ぼくの中にも、知識としては分かっているけど、イメージや感覚としては曖昧な点があったように思いますね。ただ、直感的に思うんですが、伝染病は怖い、感染症は大丈夫、というコン

トラストで、前者をイメージ・ダウンするのも困りますよね。

文学活動の中で差別のない集団を創る

篠原：最後に、島さんは、長年にわたって、小説、エッセイ、論文などの形で、らい問題をめぐって、ご自分の生活史を語りながら、折々に、大胆な問題提起をされてきましたよね。これらのすごさや重さは、ほくなどには計りがたいのですが、その辺りの話を下さいますか。

特に、1958年に創刊されて、途中休刊の時期もありになったようだけど、36年にわたって、文芸同人雑誌「火山地帯」の主宰をされて来て、近く100号を出されようとしていますよね。この世界では高く評価された文学活動であると伺っていますが。

島：「火山地帯」の20周年のときに、ほくは同人の作品集に「ひとつの世界」というタイトルをつけたんですね。⁽²⁹⁾ これは、ほくの文学活動と、もう一つは、やはり差別のない一つの集団を創るというかね。

昨日も、篠原さんが来ると言うんで、外からあの人たちが来てご飯を一緒に食べていったでしょう。料理も一所懸命手伝ってくれました。「火山地帯」の同人は差別感覚がまったくないわけで、特に松下さんなんかは私の家内を母親みたいに慕ってくれてね。

そういう一つの集団を創れたと言うことは、それを広げていくと、差別のない社会を創れるのではないかと。小さい集団であっても、差別のない文学集団が創れたということですよね。しかも、思想とかそういうのがみんな違うわけですよ。学生も新聞記者も主婦も教員もいろんな人がいるからね。

ヒューマニズムの共通切符というかなんかそういうもので、一つの集団が可能であるということの実践でもあるわけですね。だから、文学だけということもあるけれど、その点、これは芥川賞以上のものだと思いますね。そういうことを「ひとつの世界」のあとがきで書いたわけですけどね。

篠原：元気の出るお話で閉めていただきました。あ

りがとうございました。(了)

この日は、1994年9月5日であった。午前9時半から始まったインタビューは4時間に及んだ。そろそろ終わる頃、奥様が心配されて、一休みしたらと声を掛けてくださった。それほどに、島さんは熱心に語ってくださった。そして、ほくは夢中で話に耳を傾けていた。

島さんご夫妻には、前日から歓待していただいた。前日の夕食、対談後の昼食と、奥様の手料理と共に、すっかり楽しませていただいた。また、その際、鹿屋市在住のおふたりの友人、松下徳二、糸恵さんご夫妻、鈴木美保子さんにお会いできたこともうれしいことであった。

星塚敬愛園には、園生活者の家族や友人が安く快適に宿泊できるゲストハウスがある。ほくはそこに泊まって朝食のお世話を受けた。また、その朝、同園園長今泉正臣さんにお会いできた。短い時間だったが貴重なお話をうかがえた。ありがとうございました。なお、今泉さんも社協会員である。

インタビューを振り返って

ほく(篠原)は、島さんとの語り合いの中で、幾つかのことを整理することができた。また、今後、島さんや読者のみなさんと一緒に考えていきたい課題も見えてきた。以下、4点について述べる。

(1) 島さんは、ご自分の体験の中で、「うつる」「治らない」らい病ゆえに強制隔離し、優生手術まで強要した、らい予防法下のらい政策を批判している。らい病は「めったにうつらない」「はっきり治る」病気であるにもかかわらず、らい予防法はあり続け、その政策はあり続けているとも語っている。

ほくは、一般社会の中で、治療しながら、結果として隣人に「うつす」こともある病む人々の世界を思い描きながら、島さんの強制隔離批判はそれだけでいいのだろうか、と問うてきた。

このたび、ぼくは、「うつる」「治らない」を“正当なる”理由として強制隔離した国家と社会を告発し続ける、島さんのリアルな肉声に触れながら、その主張の重さを実感することが出来た。また、島さんは、対談の中ではさほど明確に話していないが、ぼくの問い掛けを引き受けながら、町中で人々と共に暮らすエイズ患者とつながる論理を探している。その後の電話でも、「町中でのらい治療」を模索してきた歴史と現実をそこの関連でもっと述べておくべきだったと語られている。

島さんは、家族、友人から引き裂かれる苦痛を最大のものとして語っている。実は、日本のらい政策の最大の犯罪は、関係の断絶の強要ということであった。この強要は、たとえ「うつす」「治らない」ことがらい病の事実であったとしても、そのことによって、決して正当化されるものでない。

ぼくは、「らい者が家族と一緒に暮らしていた時代」を「時代遅れ」として、これを否定し、強制隔離へと全力疾走した近代医療政策の過ちを指摘していくためにも、逆にその時代に遡って、このインタビューでも触れた「自由療養地区での生活」、「町中でのらい者とイエスの出会い」、「戦前から外来治療をしてきた小笠原登とその祖先たち」などを改めて丁寧に学びたいと思っている。

(2) 島さんは、大谷提案に同意をして、「らい予防法を廃止して、同時に、元らい患者たちの医療・福祉・生活を保障していく特別立法」を主張している。ぼくは、それでは「元らい患者」たちを特別な法律・制度の中に依然として囲い続けることに変わりがない、彼らに対する生活保障は「一般の医療法・福祉法」「一般の生活保障」の適用ではだめなのか、と島さんに問うてきた。

このたび、島さんは、故郷などでの人間関係を奪われてしまっている現実をぼくに想起させ、そのような事態で人はもはや生きることができないのだと語った。なるほど、島さんたちは、「共生」の土台を奪われてしまっていて取り返しのつかない現実を、いま、ここで、負っているのだった。こうして、ぼくは、上記の

特別立法は、このような現実を生み出した国家と社会の自己批判であり、贖罪の証しでなくてはならないと気づいた。藤野豊は、日本ファシズムとらい医療の関係を論証しているが、⁽¹⁷⁾ ぼくも、島さんの話を聞きながら、今日における「らい」問題を戦争責任と戦後保障のテーマとしても取りくまなくてはならないと考えるようになった。つまり、他国への侵略と国内での差別の表裏性をここでも確かめたいと思うのだ。

(3) ぼくたちは、日常のひとびとのらい者に対する差別と偏見の根源についても考えてきた。島さんは、中世仏教に淵源を持つ穢れの思想の（今日も続く）根深さを述べた。ぼくは、近代医療が強調した「遺伝から感染へ」の言説とそれゆえの予防・隔離の強調が、かえって、人々の中に、らい者に対する差別と偏見を重ねて新たに生み出してきたと考えた。ふたりとも、そのいずれをも否定しているのではない。ただ、島さんは、新薬プロミンの開発など、近代医療がらい病の治療に大きく貢献してきた現実をご自分のところで直々に体験されているだけに、らい者を中世的な差別思想から解放する近代医療の可能性を期待しておられるようである。といって、ぼくは、近代が差別を産む分だけ、前近代がその差別を越える手立てを提供してくれると単純に考えているわけでない。また、近代が前近代の差別を越えつつあるとも言いきれない。いずれにしろ、今日のらい者差別の仕組みに、前近代の遺物と近代の産物がどの程度に、そして、どのように組み込まれているのかについて、いよいよ考えてみたい。

ところで、近代におけるらい者に対する強制隔離は、その論拠として、まずは「遺伝から感染へ」という認識を採用した。しかし、追って、「遺伝も」という考えを取り込んだ。こうして、感染も遺伝も、強制隔離・優生手術を正当化するものとして、国家と社会によってご都合主義的に使われてきた。ぼくらは、「遺伝か感染か」の議論から自由になる必要がある。

ぼくは、「遺伝も感染も」ある自然世界・人間世界を必然かつ不可避な現実として寛大に引き受け合っていくという、壮大なロマンと真摯なリアリズムが投げ

掛けられていると思えてならない。

(4) 島さんは、小説家「島比呂志」のペンネームで、島さんの写真がマスコミに載っても、それがわが子であり、わが友人であることを知ることがなかった現実を語っている。らい病が引き起こした「異形」「奇形」の世界である。この世界は、かつて出会った人々との場から隔絶された別世界から再登場する“浦島太郎”的な衝撃を人々に負的に与えてきた。それは、かつての「正常な姿形」とはまったく異なってしまったものであり、関係世界において「自分が自分でなくなる」事態である。島さんたちの苦悩はここにもあった。

問題は、「健全」者側とこのような「異形」「奇形」の人々がどのように再会しうるかである。ほくは、この際、身体障害や病気のゆえに「醜い」姿形とされた人々とのことを想起する。「健全」者側はこれを敬遠し、当の人々はそのことを察してわが身を隠そうとする。審美的な差別・被差別の関係を越えていく筋道は簡単ではないのかもしれない。

一方で、出会い続ける日常を生き合うことで、やがて、このような「醜い」姿形は、取り立てて大事にならなくなる。つまり、これもまた普段に生起している現実であるのだ。ほくは、ここでも「せめぎあう共生」ということにこだわる。

島さんと語り合いながら、いろんなことを学んだし、考えさせられた。特に、ほくは、島さんたち、「火山地帯」同人同士が「差別のない関係」を創りながら、ここを基点に、全体としての「差別のない社会」を展望していることに励まされた。そして、このインタビューを振り返って、上記のような4つのテーマを、島さん、読者のみなさん、そして、ほくの間に置くことができた。島さんと出会い、語り合えたことに重ねて感謝し、島さんと読者のみなさんに、これからもよろしくと申し上げて、筆を置く。

<注> (以下の注は、すべて篠原が負っている。)

(1) 島「海の沙」(1986. 9、明石書店)

(2) 「社会臨床ニュース」11号(1994. 1)

(3) 「火山地帯」76号(1988. 10)、pp. 85~87

(4) 「火山地帯」100号(1994. 10)、pp. 21~23

(5) 全患協は、現らい予防法への「改正」に反対する運動体として1951年1月に組織された。この法案は衆議院で1953年7月、参議院で同年8月に可決された。なお、全患協の要求は、付帯決議の形でのみわずかに盛り込まれた。なお、この間の経過については、山本俊一「日本らい史」(1993. 12、東京大学出版会)にくわしい。

(6) 島「宿命への挑戦—生田長江の生涯」(島「らい予防法」と患者の人権」所収、1993. 8、社会評論社)

(7) 生田長江(1872~1936)は島根県出身。文芸誌「反響」を創刊し(1914)、その編集に従事。傍ら「資本論」の翻訳。また、晩年に「釈尊伝」を書き出すが、未完。このような文壇活動の中で、生田はらいという「宿命への挑戦」をしている。

(8) 島「奇妙な国」(1980. 7、新教出版社)

(9) 篠原「聖書における「障害者」観を点検する(3)—「らい病」の場合」(『ゆきわたり』200号、1990. 5) なお、マタイによる福音書8章1~4節、マルコによる福音書1章40~45節、ルカによる福音書5章12~16節参照

(10) 伊藤律が帰国したのは1980年8月3日。

(11) 島「玉手箱」(文芸誌「作品」1980年12月号別冊「九州・沖縄の文学」)なお、「火山地帯」100号に転載)

(12) 伊奈教勝「ハンセン病・隔絶四十年—人間解放へのメッセージ」(1994. 8、明石書店)

(13) 大谷藤郎「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」(1993. 4、勁草書房)

(14) 島「片居からの解放—ハンセン療養所からのメッセージ」(1985. 9、社会評論社)

- (15) 尾崎一雄「ハゲとゴシップ」(『都新聞』1938.12.28~31)
- (16) 北条民雄「いのちの初夜」(『文学界』1936年2月号、12作品集『いのちの初夜』創元社)
- (17) 「無癩県運動」など、戦前のらい隔離政策の強化過程と帰結については、藤野豊『日本ファシズムと医療』(1993.1、岩波書店)にくわしい。
- (18) 小川正子『小島の春』(1938、長崎書店) 同題名の映画(東京発声映画社、豊田四郎監督)は1940年7月に封切られている。なお、この映画をめぐる反響については、上記(17)の「『無癩県運動』の徹底(二)」(pp.219~236)にくわしい。
- (19) 阿部光子「小川正子」の解説(瀬戸内晴美編『人類愛に捧げた生涯』、1984.3、講談社文庫)
- (20) 黒田日出男「中世民衆の皮膚感覚と恐怖」(『歴史学研究』別冊・特集「民衆の生活・文化と変革主体」pp.4~15、1982)
- (21) 沢田亀男「青部の言い伝え、『道しるべ』のこと」(『ゆきわたり』147号、1985.7)
- (22) 光田健輔(1876~1964)は、明治以降、1907年、1931年、1953年と、三度にわたって制定、改定された「らい予防法」に一貫して影響を与えてきた「らい医療」従事者である。すなわち、光田は東京市養育院内回春病室の医官として出発し、やがて、1931年の「らい予防法」成立とともに設立された、初めての国立らい療養所、長島愛生園園長になった。以後、同園長退官(1957年)まで、「らい医療」界のトップとして、らい隔離の理論と政策を提示し続けた。また、その功績のゆえに文化勲章を受けている(1951年)。
- (23) 島「らい予防法の改正を」(岩波ブックストNo.199、1991.6)
- (24) 篠原「ジョージアの最初の3日間」(『ゆきわたり』213号、1991.7、篠原「フィールド・ノート1991年、アメリカ合州国の夏」所収、1994.3、自主出版)
- (25) 徳永進「静かな叫び—恥部と恥部でないもの」(『日本読書新聞』1984.11.5)なお、徳永には、『隔離—らいを病んだ故郷の人たち』(1982.12、ゆみる出版)がある。
- (26) 「同性愛とエイズ」については、井田真木子『同性愛者たち』(1994.1、文芸春秋)と稲葉雅紀「日本の精神医学は同性愛をどのように扱ってきたか」(『社会臨床雑誌』2巻2号、pp.34~42、1994.8)などを参照。前著は、「動くゲイとレスビアンの会」(略称アカー)活動に関わる人々のドキュメントで、後著が、そのメンバーが著した論文。これらの中で、「同性愛者=エイズ患者」と括って、両者を「普通の世界」から排除しようとする社会的意図に気づかされる。また、多数者としての異性愛者は、少数者としての同性愛者との関係の中で、相対化される必要があると学んだ。かくて、両者の性愛行為はいずれも「普段の生活」の中でなされていることになる。
- (27) 赤瀬保範さんは、1991年6月17日に逝去された。享年64才。なお、赤瀬保範『あたりまえに生きたい—あるエイズ感染者の半生』(1991.6、木馬書館)がある。
- (28) 池田房雄『白い血液—エイズ上陸と日本の血液産業』(1985.1、潮出版社)
- (29) 「火山地帯」20周年記念・同人作品集「ひとつの世界」(1978.2、火山地帯社)

生命倫理学の一断面 —日本の学会動向にふれて—

竹内 章郎 (岐阜大学)

はじめに

日本では生命倫理学と訳されるのが慣習となった感のある Bioethics (バイオエシックス) という言葉の創設者は、ポッターとされているが、周知のように、彼は、その著書『バイオエシックス』(原著1971年)で、バイオエシックスを、「人類が今後生存し続けるための科学」と規定している。もちろん、70年半ば以降バイオエシックスが流入した日本を含めて、生命倫理学がこの規定のように理解され続けているわけではない。実際、<より善きいのちを目指す人権運動> や<生物・生命科学実験に対するガイドラインの設定>といったものから、<生命操作を自明視するイデオロギー>といった類に至るまで、バイオエシックスの理解は多種多様である。しかし、最も一般的な生命倫理学の理解は、日本でも、<先端医療技術がもたらした医療分野における生命の「取扱い」への問い>、という理解だろう。米国でも多くは、是非はともかく、「倫理学領域における一分科」だが、Medical ethics (医療倫理学) と同義であり、「コンセンサスや通常の経験に頼っては確定し難く、詳細な生物学的・医療的知識が必要となるヘルスケア分野で研究される行為の道徳的性格を考察する」⁽¹⁾、とされる。

尤も、医療倫理学としての生命倫理学の理解も、「生存」の解釈次第では、また、価値規定を包含した科学を考えれば、先のポッターの規定に含まれる可能性もある。更にポッターの規定は、「人類とその生存」の了解次第では、ゴルトンによる優生学の定義、「人種の生来の質を改良するあらゆる影響に関連する科学」に親近性すら持ちうる。実際、レイチェルズ、フレッチャー、ブランド、シンガー等⁽²⁾、生命倫理

を論じながら、事実上優生思想の普及に「貢献」している米豪系の論者は多々存在する。

以上だけからしても、生命倫理学を厳密な規定に基づいて問うことは不可能に近い。ここでは、生命倫理学の理解の多様性、従ってまたその一義的な定義等々に言及しようとするのではない。因みに、日本の講壇的学会的な生命倫理学において時折見られることだが、現段階で普遍的な定義を与えようとする試み自身に、後述のような核心内容を回避しがちな生命倫理学の一定の性格が現れているように思われる⁽³⁾。ここで確認したいのは、その理解がどうであれ、日本にはバイオエシックスの輸入に端を発する生命倫理学が何らかの形で存在し、これが社会的文化的に一定の地歩を占め、人間「生命」と社会を問う際には無視しえなくなっていること、この一点である。

以下本小稿では、米豪からの輸入議論という性格を持ち続けている、上記の医療倫理学としての生命倫理学に関する日本の学会動向のほんの一端を、私なりの観点から整理し、若干の論点を考えたい⁽⁴⁾。ただ本小稿は、かの動向のほんの一端に論及するにすぎない上、論点の詳細な展開ではなく大まかな輪郭に触れるに留まっている。が、註を含め、意図するところを汲んで頂ければ幸いである⁽⁵⁾。

1 ベッドサイドストーリーと社会的文化的議論との間

大雑把で相対的な比較でしかないが、数年の準備期間を経て1988年に正式発足した日本生命倫理学会⁽⁶⁾の89年の第一回年次大会(以下「第一回大会」と略)と、94年の第六回年次大会(以下「第六回大会」

と略)とを見比べた場合、殆ど変化していない事柄もあるが、著しくはないにせよ一定の変化も伺える⁽⁷⁾。

第一は、ベッドサイドストーリー、もしくは「生死の決定」⁽⁸⁾を初めとする臨床の場面の取り扱い方を巡ってである。「第一回大会」では、出生に対する人為的介入・末期医療と生命の質といったワークショップ題名や、胎児の減数術の臨床倫理的問題・臓器移植の現状と問題・予後不良な新生児に対する倫理的観点からの医療方針決定といった論説ないし報告題名が散見される。これらの題名が端的に示したことは、基本的には、臨床的場面を、人間の問題としては、胎児なり新生児なり末期患者なりといった個人及びその個別実体的生命に限定したことである。そして、かの論説等々は、個人及び個別実体的生命に対する医療的侵襲や医療的保護の是非や正当性を、医療技術の発展と日常意識を大前提に整理するものに終始していた。

例えば、中絶問題に関して、社会的文化的な問題を生命に内在させることなく、特に、何故中絶が生じるかといった議論抜きに、胎児の個別実体的な生命の把握如何に問題を収斂させて論じることが典型であった。別角度から言えば、「脳死」と臓器移植を端的な例とする「先端で議論されていることの背後には、莫大な社会構造がある」が「その先端しかみない議論とか、それ自体は抽象の産物でしかない技術的必然といったものに依拠する議論」⁽⁹⁾でしかなかった。因みに、この「先端」と「莫大な社会構造」に関して言えば、移植推進派によって喧伝される、ドナー・移植医・レシピエント等々間での人類愛や菩薩行に基づく対等平等な「先端」の関係は（これが万が一あり得ても）、既存の日常的な権力的医療空間等の「莫大な社会構造」の変革抜きには、実現しえない、ということである。この単なるベッドサイドストーリーのみを取上げる傾向は、「第一回大会」の主テーマが「科学技術と生命倫理及び臓器移植と生命倫理」であったことを反映しているとも言える。

生命倫理学のこの傾向を当然だと思われる向きもあるかもしれない。しかし、「バイオエシックス公共政策の形成をめざして」を主テーマとした「第六回大

会」は、かなり様相を異にしていた。それは、医療・看護とバイオエシックスという題名を初め、分科会やワークショップの、女性とバイオエシックス・家族とバイオエシックス・環境文化とバイオエシックスといった題名に現れていた。つまり、ベッドサイドストーリー自体を、より大きな人間的諸関係や社会的諸関係・社会構造、更には文化の在り方に「接続させて」把握しようという試みが端緒的にせよ、見られたのである。この内容の一部は、第3節でも触れるが、「第六回大会」と同じ年の日本医学哲学・生命倫理学会第一三回大会のシンポジウムテーマが、在宅ホスピスや病の受容を重視する「病とは何か・癒しとは何か」であり、また、相互主観的プロセスにおける病むことの意義を把握しようとした個別研究報告⁽¹⁰⁾があったことにも、同様の傾向が現れている。

この傾向の内容をいまい少し且つ簡略に言えば、一つに、胎児の生命の処遇はもとより、キュア（治療）が不可能な場合や著しい重症者の処遇等の問題群に対して、当該者個人や個別実体的生命に対する狭い技術的措置に頼る何らかの決定を当然とはしなくなった、ということがある。更に言えば、治療のみを意図するキュアに対してはケア（介護・看護・世話等々）を、また、病気や障害の受容といった観点を重視し、当該者を取巻く諸個人、更には社会・文化の問題性をも把握し、少し誇張して言えば、端緒的にせよ共生を志向する試みすらが、否応なく生命倫理学の中に登場したのである。また二つには、単なる臨床的場面に限ってでは、生命倫理固有の問題を論じたことにもならず、臨床的場面自体を、女性問題や家族問題、更には社会福祉や国家の医療政策と「接続すべきだ」という意識が当該学会の中枢にも、ある程度浸透したように思われる。事実、私が聞いた、主テーマに基づく「第六回大会」シンポジウムでは、厚生省の上級官僚をパネリストに招いての官僚組織内での医療政策の対応の相違を取上げる報告や、近年の国の医療政策・福祉政策の問題点を詳細に批判した暉峻淑子報告、スエーデン型の福祉国家の必要性を説く報告⁽¹¹⁾が行われ、こうした議論を生命倫理学の本来的のものとし

て位置付ける志向さえ見られたのである。

尤も、先端医療を扱ったワークショップでは、「第一回大会」と変わらず、人格の程度に応じた「生死の決定」論（パーソン論）を倫理委員会の介在を通じてやや穏やかに論じる報告もあった。しかし、このワークショップでも、単なるベッドサイドストーリーとして予後不良な新生児への医療的対応を問うことを超える志向が見られた。私が聞いた玉井真理子報告「告知と意思決定」は、ダウン症候群児誕生の告知及び出生前診断の問題を、家族による障害受容を重視しながら、更に、出生前診断の問題を当事者や家族の「不幸」とその回避というレベルを超えて、社会的文化的な障害受容の価値観にまで迫って捉えようとするものであった。但し、障害受容の価値観の内容にまでは至っていなかったが⁽¹²⁾。また、日本医学哲学・倫理学会第一三回大会では、臨床的場面の生命倫理にはパーソン論は相応しくないという主旨から、パーソンという道德的主体に対して社会的存在としての主体を重視する研究発表もみられた⁽¹³⁾。

しかし、ベッドサイドストーリーや個別実体の生命に社会文化的内容を「接続させる」傾向も、生物学還元主義ないし個体還元主義を脱していない。また、トゥーリーやファインバーク以来の米国生命倫理学の、「単なる肉体的生命」に「人格的生命」を対置し、「人格的生命」なき生命を人とすら見做さない優生思想的パーソン論⁽¹⁴⁾を真に克服しているわけでもない。換言すれば、生命自体の内に真に社会・文化を内在させるものではなく、また、「重度障害者」等の排除を真に免れているわけではない⁽¹⁵⁾。

2 社会的文化的問題としての生命

上記のベッドサイドストーリーの取扱いと相関的なことで今一つ、「第一回大会」と「第六回大会」との違いがある。「第六回大会」では、社会的文化的な議論を、臨床的場面に「接続させよう」とする傾向が見られたが、これに対して、「第一回大会」では、概して、社会的文化的議論がベッドサイドストーリーと切

断されたままである。端的には、死生観の文化比較が、古典的な哲学や文化人類学的知見及び科学史、更には宗教史等にそくして行われながら、それらが現代日本の臨床的場面の問題の解決にとっていかなる意味を持つか、といった問題群は直接には扱われなかったのである⁽¹⁶⁾。

「第一回大会」の医療紛争と法律という表題の法的議論は、確かに、先端生殖医療・「重度脳障害児」等々にそくして、しかも公平な司法的救済の在り方を構想してはいる。これは、法律面からの生命倫理への接近といえ、それまでのことかもしれない。しかし、「比較可能な外面的なものの量が人間の価値を決定する基準となって・・・人間は孤独で利己的な個人として、究極的には物質的快楽の大小によってその価値が決定されるのだ、という思想・・・と結びついて生命倫理の議論がきわめて法律的・技術的な次元に限定されてしまいがちだ」⁽¹⁷⁾、という根本的な難点への考慮が殆どない。また、医療事故予防システムに言及することは若干あるが、現に生じている民事医療紛争や刑事責任追及等々にいかに「合理的な決着」を与えるか、といった論点に終始しがちだった。つまり、既存の社会構造を前提にした実定法の適用論に留ることが多く、これらは、現に生じている生命の処遇の問題に内在しているとは言いがたい。ごく一部に、医療事故等に関する国家的救済制度を、損害賠償法理の枠を超えて提起するものはあっても、医療過誤や医療紛争が「現に生じている事実」としてのみ議論され、「何故、そうした医療過誤等が生じるのか？」という論点の法律の追及がないのである。

しかも、興味深いことに、公共性を問う点からすれば、除外出来ないはずの法的議論が、「第六回大会」では、完全に姿を消している。以下はあくまで主観的な推定だが、この原因の一つに、「脳死」認定を巡って典型的に現れることがあるように思われる。日本の実定法上では存在しない法的な死の規定を与えようとしている移植推進派からしても、実定法を前提とする法的議論に依拠しては、自らに有利とはならないという思惑がある。これと同じく、生命倫理全般に関し

ても、法的次元に依拠しては一定の解決策すら見出されえない、ということが当該学会主流にも意識されたのではないか⁽¹⁸⁾。更により一般に、米国ほどには訴訟文化が行渡っていない日本の実情に加え、既に古典的に、法的な「権利は、社会の経済的形態およびそれによって制約される文化の発展よりも高度であることはけっしてできない」⁽¹⁹⁾、と言われている問題がある。つまり、バイオエシックス公共政策の形成を目指すとは言っても、生命倫理の問題の大きさからすれば、実定法に依拠しえるほど問題が甘くなく、社会構造や文化の在り方に踏み込むことが先決だ、という点が自覚されたのではないか。

生命倫理に係わるこうした社会的問題の扱いは、医療資源ないし医療経済にも該当する。「第一回大会」では、医療資源の配分という題名のワークショップがあり、エンゲルハートの配分論の紹介も含めて、国民経済一般の中で医療資源配分はどの程度かという問いが、議論全体の基調となっていた。しかも、その配分率が基本的には現行制度を大前提とするものでしかなく、その枠内での医療費の効率化を論じるにすぎない。従って、例えば莫大な軍事費の問題等が全く省みられないことを初め、医療費の人間社会にとっての意味や位置づけ等を問う姿勢が殆どなく、単なる経済学的な医療資源論に留まっている⁽²⁰⁾。よしんば、軍事費云々が省けても、医療費高騰批判の背景にある政治的問題に全く触れないのは問題だし、更には、臨床的場面の問題が医療資源論として論じられてないのも、「第一回大会」における大きな問題だろう。

例えば、日本でも既に85年頃には、「植物」状態や「脳死」状態における入院維持費用や腎臓透析費の高額化とその保険支払を典型とする臨床的場面に直結した医療経済の問題（医療費削減への志向としての「脳死」認定や臓器移植の低額さの強調）が、一般思想誌でも議論されていた⁽²¹⁾。が、これらへの言及が、「第一回大会」には全く欠けている。しかも、臨床的場面に若干触れた議論は、「日頃から健康を害するような生活をしている人々に対して社会保険等の利用が制限されることがあっても良い」⁽²²⁾、という差別的

結論なのである。これが差別的であるのは、「健康を害する生活」を社会的文化的問題として問う視角を完全に欠落させた個人還元主義的自己責任論に陥っていると同時に、健康至上主義を衝く視角も欠いているからである。なお、「第六回大会」と同年の日本医学哲学・倫理学会第一三回大会には、自己責任論を、次節で触れる自己決定権の問題点とも関連させて把握し、「自己責任論＝犠牲者非難論」を批判する研究発表が登場している点には注目してよいと思われる⁽²³⁾。

因みに、法的議論と同じように、予稿集を見る限り「第六回大会」の分科会等は、既述の政策批判を行った暁峻報告以外では、医療資源問題を殆ど扱っていない。これ自体の理由も別途考察すべきだろう。が、当該学会中枢においても、既存の国民経済枠組みを前提にした「第一回大会」の論調では、生命倫理の公共性にとって不十分なことが自覚され、謂わば思想的に医療資源を議論し直す必要性が予感されながらも、この必要性が主題となるまでには至らなかったのではないか。この議論を本格化するには、例えば、地球より重い人の命とか、経済的価値に換算できない人間生命、といった常識の難点を明らかにし、医療資源と人間生命との関係を差別・抑圧を廃棄する方向で新たに考えるべきだろう。そのためには、医療資源と生命や病氣・障害の価値付けとの関連⁽²⁴⁾の批判的検討が、価値の内容の吟味と共に必要となろう。

3 生命と広義の意味での福祉

生命の問題に社会的文化的な議論を「接続させよう」とした「第六回大会」の中で私が聞いた分科会の一つに、出産に関する女性の自己決定権を主張する芦野報告⁽²⁵⁾と共に、この自己決定権及びプライバシーの主張に一定の疑問を呈した森岡報告⁽²⁶⁾があった。周知のように、「産む産まないは女の自由」というフェミニズムの主張は、その個人主義的問題点や出生前診断による「障害者」差別との関係で、現在では、以前ほどの支持を得てないが、種々の意味での家父長制下におかれ差別されている女性の自由や自立を推進

する主張として、依然として影響を持っている。また、この主張を超えて、更に「産める社会、産みたい社会」論が主張されることもある⁽²⁷⁾し、この主張自体に、産む性への強制を問わない問題点が指摘されることもある。

しかし、私が最も興味深かったのは、自己決定権の主張に対して、出生前診断が可能な現代社会においては、自己決定権だけでは、子産み子育ての責任一切を個人や家族に押しつけることになる、という問題提起の森岡報告である。そしてまた、この問題提起が広義の意味での福祉的もしくは福祉国家的内容⁽²⁸⁾にまでは一切至らなかったことである。森岡報告は、事実上、通常は非難されるだけのパターンリズムとの対置で全面的に賞揚される自己決定権を、個人責任論を通じての差別を招来しかねないとして批判している。しかし、もしこの差別の克服を真に展望するなら、社会的文化的な代替提案が登場するはずであり、その際暫定的にせよ現段階で重要なのは、広義の意味での福祉や福祉国家の形成なのである。何故なら、自己決定権による子産みや子育てを承認しながら、この営みを個人・家族責任論や自助自立論から解放するには、所謂生存や生活の保障を、個人や企業福祉等によらず、何らかの形で広義の意味での公的福祉の充実に求めざるをえないからである⁽²⁹⁾。つまり、かの問題提起は、個人主義と広義の意味での福祉国家との関連への問いに繋がるはずなのである⁽³⁰⁾。

自己決定権の問題を衝き、当該学会の中で地歩を占めつつある森岡氏が、バイオエシックス公共性政策を主題とする学会においても、広義の意味での福祉国家的内容にまで至らないことには、既存の生命倫理学全般の狭さが現れていよう。と同時に、留意すべきは、森岡氏が、『生命学への招待』や『脳死の人』から、『生命観を問いなおす』に至る自らの著作活動を省みて次の原理主義的発言を行っていることである。＜最初の頃は、ニューサイエンスやエコロジーの影響下で、人間中心思想から、人間相互の又人間と自然との共生・調和を説く人間非中心思想への転換が重要だと考えていたが、『資本主義システムは、それを批判する思想

をもまたひとつの『商品』として流通させ、そこから利潤をあげてゆ」くし、『生命』とは、『調和』とか『共生』などの美しいことばだけで捉えきえるような単純なものではないので、『生命』の奥底に・・・内在する様々な（他の生命を犠牲にしながらも調和を求める・・・竹内）矛盾や、葛藤や、妥協や、悪や、愛などをつかみとってゆく作業＞⁽³¹⁾。

この原理主義的発言の重要性は、積極的に承認されるべきである。しかし、この矛盾を把握する原理主義的作業は、既存の社会・文化の只中にある「生命」に対する差別・抑圧の解決への志向や、彼自身も指摘する資本主義システムの諸問題の解決を目指す志向と繋がってこそ、意義を発揮する。さもないと、原理主義的発言や斬新な問題提起という「美名」の下での、屋上屋根を重ねる議論のための議論、或いは、現状克服のために必要な首尾一貫性を否定する融通無碍の話題提供に陥りかねない⁽³²⁾。このことは、原理主義的発言だけでは、また、現存の差別・抑圧の廃棄を内在させた原理的発言でなければ、現に差別・抑圧を被っている人々の解放に接続しない、ということである。先の、自己決定権の難点を衝く森岡報告が、広義の意味での福祉国家的内容にまで至らないことの背景には、こうした問題が伏在しているのではないか。

尤も、後述の木村利人氏が、米国事情の紹介及び原則の確認に留るにせよ、87年に次の点を述べたように、当該学会周辺においても、広義の意味での福祉的内容と生命倫理との結合の必要性は、以前から意識されてはいた。＜エイズウイルスに感染した子供の出産・養育を初め、弱者や被差別者のためにコミュニティが病院等によって十分な看護・医療を保障することは、『自己決定権を尊重する公共政策の成果の一つ』であり、これが日本でも『バイオエシックスの原理の一つとして再確認されなくてはならない』⁽³³⁾＞。しかし、この再確認もかの意識も単なる御託宜どまりなのだが。

ところで、『第六回大会』分科会でも見られたが、広義の意味での福祉の実現や差別・抑圧の廃棄志向から乖離すると、大きな問題が生じる。例えば、＜染色体

異常児を既出産した夫婦が、出生前診断をしなければ次子を諦める場合が多くなるが、診断結果が「良ければ」、「安心して次子が産める」という観点から、出生前診断を位置付ける報告であり、これが「親の自己決定権」の賞揚となりもする⁽³⁴⁾。現在の出生前診断が優生思想と繋がる差別的なものである点はこの省くが⁽³⁵⁾、この報告者は、ベトナム戦争時の枯葉剤によるベトナム人民への差別・抑圧を告発するために、詳細な調査研究を行ったのみならず、以前には遺伝学に基づいて、一定頻度で必然的にヒト集団に生じる遺伝病等の発生を、早期発見や排除等によって減らす目論見は無効である、と主張していた⁽³⁶⁾。その彼ですら、出生前診断について、基本的には「楽天的に」発言するに至るのだから、現代社会の優生思想の根深さは相当なものと言わねばならない。因みに、出生前診断に関しては、テレビ報道ですら、現在の出生前診断が内包している「障害者」差別を指摘している。と同時に、出生前診断を受けて胎児の「異常」を知りながら、ダウン症候群児を出産した米国夫婦の実例をカウンセラー制度と共に取上げ、出生前診断を「障害児」の子育てに対する準備としても捉えている⁽³⁷⁾。この点に関する限り、生命倫理学会はマスコミ水準にも達していない。

この問題点は、「第六回大会」のワークショップでも見られた。そこでは、「はぐくまれた一つの生命に対して敬意を表し」とは言われつつも、「重度障害新生児」への手術・治療適応が、選択的な治療停止の基準を明示した米国例⁽³⁸⁾に近い形で、この基準の差別性への言及は何らなく議論されていた⁽³⁹⁾。これらには、社会文化的議論を臨床的場面に「接続させよう」としても、「障害胎児」を嚆矢とする謂わば「弱者」を巡っては、「障害者」差別を自明視する現代社会に適合的なベッドサイドストーリーに逆戻りする、という学会動向が示されているのではなかろうか。

広義の意味での福祉国家的議論にまでは至らない点に関して、今一つ興味深かったのは、私も聞いた分科会報告、秋田昌子・松田正己・藤田雅美「家族のかかわり合いとQOLの向上」⁽⁴⁰⁾である。これは、在宅

ケア研究を進めてきた報告者の一人が、狭心症及び寝たきりと痴呆を持った老親を、学齢期の自分の子供と共にケアした実例の丁寧な報告であった。報告の主旨は、ケアの社会システム作りと家族の係わりとの関係が在宅ケアの向上に繋がる、という点だった。が、強調されたのは、常識を持っているが故に既成の価値観に縛られケアに際して躊躇がある大人に対して、老人を受容する際の「子供の人間的な素直な感性と行動が、在宅ケアの展開に重要な機能を持っている」ことである。この内容は、微笑ましいだけでなく大きな意義を持つが、報告者は、この子供の感性等について、これを大人が学ぶべきだとしながら、ある種の「感動的で名人芸的」なものとしてしか描かなかった。子供の行動等が在宅ケアにとって意義があるなら、それは、「名人的で感動的」なものに留めておいてはならないだろう。というのも、「名人芸」は、社会・文化的な広がりをもった普遍的なものにはならず、従って、広義の意味での福祉に展開しないからである。この報告の結論や司会者の分科会まとめが、子供崇拜的で情緒的なもの以上ではなかったことには、広義の意味での福祉への関心の薄さが現れているように思われた。

4 近代主義的議論を巡って

自己決定権等の近代主義的議論が問題含みでもある、という指摘が既述のようになされたが、その他にも、最近の当該学会では、インフォームドコンセントの問題点の指摘や、プライバシーと対立するパターナリズムへの一定の評価が登場しており、これも興味深い。というのも、日本でも、米豪系の生命倫理学導入の当初には賞揚されてきた近代主義的諸議論が、日本で独自に再検討されていることになるからである。また、この再検討は、近代主義的議論全般への異義申立てと新たな理論形成に向かう可能性すら持っている。勿論、この可能性の現実化は、また別問題ではあるが。

＜患者が理解できるように医師が説明し、患者が納得・選択した医療行為を行う＞、という意味に了解さ

れ、対等で近代的な医師—患者関係の実質をなすとされるのが、インフォームドコンセント（納得同意）である。これに関しては、既に、医師による情報や技術の独占が大前提となっているため、相互に自立した医師と患者との対等平等な関係が生じることは原理的にない、という指摘をする論者もいる⁽⁴¹⁾。しかし、この問題点は、単に情報等の独占によるというより、国家権力が資格及び権力を医師に付与し、これに伴って権力としての知を医師に体现させるからなのである。逆に、こうした把握をしなければ、知識や技術の「差」が必然的に不平等（差別・抑圧）をもたらすという結論に至り、現状の権力関係に対する諦念のみが残りがねない⁽⁴²⁾。

実際、この論者は、現状の権力関係の変革という視点が希薄であり、既に、「『権力＝知識』の視座を欠いたままで現代の科学技術を論じようとするものだから、『人間の自然を見極めて、技術の限界を自ら定めなければならない』という御託宣しか引出せない。・・・加藤が『知的戦略家』であろうとするのなら、自らの言説の効果や権力関係における位置に関しても（せめてシンガー以上には！）自覚的であってほしい」⁽⁴³⁾、と批判されてもいる。なお、シンガーは、「動物の権利」を説きつつ、イルカのような動物よりも「知的能力劣る重度障害者」像を描きだして差別昂進に肩入れし、他方で男女・人種等の平等を説いて、優生思想の日常化を計る豪国の論者である⁽⁴⁴⁾。ところで、確かに、医師—患者関係を権力関係と位置づけ、「インフォームド・コンセントをもってしてもこの関係は解消されない」と論じた、日本医学哲学・倫理学会第一二回大会の研究発表報告及び論文もある。しかし、そこでも権力関係の克服への言及がなく、「インフォームド・コンセントなどにおける患者の自己決定、自律を語る際には、安易に医師と患者との非対称性を無視したり、文化的社会的コンテクストを捨象できないことを念頭に置く必要」を指摘するに留まっている⁽⁴⁵⁾。

権力関係としての医師—患者関係の廃棄を目指すには、少なくとも、フーコーの生権力概念⁽⁴⁶⁾を踏ま

える必要があろう。現に、例えば翻訳文献の中にも、フーコーの生権力概念を踏まえた生命倫理に関する主張がある⁽⁴⁷⁾が、この議論が当該学会では無視される。尤も、臨床的場面における権力問題を全てフーコーの議論に依拠させてよいわけではない。生権力概念を基礎にしたフーコーの論理の中に、「安楽死」への安易な傾倒やナチズムへの同調傾向がある点は既に指摘されている⁽⁴⁸⁾。また、近代主義的な自立概念の重視の中に伏在する権力性を暴くフーコーの反近代主義の中に、近代主義への陥穽がある点も指摘しなくてはならないのだが⁽⁴⁹⁾。

バターナリズムにかかわっては、無限定なプライバシー賞揚の問題点を指摘する形で、バターナリズムの正当性が一定主張され始めている。例えば、日本医学哲学・倫理学会第一二回大会では、「患者の無能力さ」及び「放置が患者に危害を与える」という二つの条件を満たせば、バターナリスティックな医療的介入は正当化されるという「弱いバターナリズム」を主張する報告がある。しかし、この報告は、また「患者に最善を尽くすことと患者の自律を尊重することが衝突している」から「医師はこの両者を同時に考え」「何が患者にとって最適な医療であるかを求めて行くしか道はない」という結論に留る⁽⁵⁰⁾。これは、医師—患者関係に限定した、また現状を超える方策にまでは至っていない議論ではある。だが、患者の延長上に庶民一般の自由意思や自己決定を、医師の延長上に医療政策や広義の意味での福祉を想定すれば、患者等の当事者とその自己決定が必ずしも自らの利益の最良の判定者とは限らない、という論点も介在して⁽⁵¹⁾、個人主義的議論と福祉国家的議論との媒介を計る議論に繋がってゆく。尤も、「無能力者」か否かといった点につき、「自ら自身の身体と精神に対しては、個人は主権者である」といったJ. S. ミルの議論に安易に依拠して、この主権者のみを「能力者」とする近代主義的枠組みでは、「重度障害者」を考えれば直ちに了解されるが、プライバシーとバターナリズムとの適正な関係を論じることとは不可能である⁽⁵²⁾。

ところでより一般に、生命倫理においては、ミルの

みならず、カント等々を含めた古典近代の諸思想を持出して、問題の解決に至らないことはほぼ自明だと言ってもよい⁽⁵³⁾。そして、こうした判断と日常意識的な生命観を踏まえて、しばしば一挙に、生命倫理による「伝統的な価値観、人間観、世界観、をくつがえすほどの衝撃」⁽⁵⁴⁾、という指摘がなされる。確かに、この原理主義的指摘は一面では正鵠をえている。しかし、こうした指摘の多くが、他方では、個別実体的な生命把握や、「単なる肉体的生命」と「人格的な生命」との対置といった、米豪系の生命倫理学が定式化し常識ともなっている近代主義的議論に囚われたままである。更には、近代主義の土台ともなってきた権力関係や支配構造とこれらによる差別・抑圧への問いを避けがちである。そのため、かの指摘は、近代主義が強化しもある差別・抑圧の現状の克服や、近代主義を如何にまた具体的に超えるか等の論点に手が届かず、現状への諦念と表裏一体となった単なる「衝撃語り」に留まることが多いように思われる。

そして、こうした衝撃の指摘及び現状への諦念と相關して、丁度、古典近代の自然法論に見られたような、空中樓閣でしかない手続論の「幻想的実体化」と啓蒙主義的な精神主義との抱き合せが登場する。実際、権力や支配等の要因を一切省みない空想的空間の中での手続論に、医師や患者の心構えの「悔い改め」を付加した議論が近年増えつつある。その典型は、一般的用語としての合意形成論、特に、具体的な権力や支配の問題を捨象した合意形成論の隆盛である。例えば、「第六回大会」シンポジウム「バイオエシックス公共政策」の司会を務め、大会全般を主導したと推定される木村利人氏⁽⁵⁵⁾は、確かに一方では、「生命科学や遺伝学における臨床の問題を徹視的にとらえるのみならず、更に大きい視野から国際的・国内的な政治権力や支配構造をふまえ、生命をめぐるのあらゆる問題に巨視的に検討をくわえる」⁽⁵⁶⁾ 生命倫理を言う。

しかし、肝心の日本の医師-患者関係については、「医療処置の確認を求める患者を好まない風潮」や「患者の側も依頼心が強く、医師に判断を任せる態度

のあること」⁽⁵⁷⁾ といった、風潮や諸個人の心理や態度の問題の指摘に終始する。その解決としても、「独立した人格の主体として、みずからの尊敬を主張するという姿勢が患者に必要とされる」⁽⁵⁸⁾ と心構えを指摘するのみで、先の権力や支配構造の話が、医師-患者関係論には一切生かされない。その結果、また、恐らくは米国の被抑圧者を真には省みないが故の事大主義的な米国追従も働いて、米国各州の「患者の権利章典および宣言」から作成した「患者の権利の章典要綱」なるもの、市民を含んだ米国倫理委員会の構成方式、更には、「国民参加型-専門家と市民との平等な立場での対話と市民の政策決定への参加」⁽⁵⁹⁾ 等々の御託宣によって、合意形成が可能な医師-患者関係を初めとする合意形成論の骨格が与えられる⁽⁶⁰⁾。これに、「医療従事者は、権威を持った万能の癒し人であるとのイメージを極力さけねばならない」「謙虚に共有体験」等々の精神主義的な要素が付加されて、非現実的な合意形成論が啓蒙主義的に結論づけらる。私には、現に存在する差別・抑圧等の克服抜き、こうした抽象的構想に基づく合意形成論に意味があるとはとても考えられない。

勿論、生命倫理学におけるこれら非現実的な合意形成論の隆盛は、より一般的な思想状況と繋がっている。というのも、功利主義的リベラリズムの流れを汲みコミュニケーション論や通常の合意形成論自体をも非難して会話的方法を説く議論⁽⁶¹⁾ や、ハーバーマスのコミュニケーション的行為論⁽⁶²⁾ の過大評価に依拠する次のような主張が増えているからである。それは、「第一義的に差別や抑圧の廃棄の志向や理念を掲げることが、『他者』に対する押しつけとされ・・・、『一切のより善き生』の内容は個人的判断に任されるべきで・・・、その内容についての意見交流を可能とする会話(合意)のルール設定があれば充分とする」主張である。「これは、事実上差別・抑圧を巡る分岐や対立の克服を、従って、特に被差別・被抑圧の側の存在を無視する動向でしかない」⁽⁶³⁾。勿論、私は、合意形成論や、合意形成のための手続論の重要性自体を否定しているのではなく、現在の合意形成論の多く

が、現に存在する差別・抑圧の克服に見合った形になっていない点を疑問視しているのである⁽⁶⁴⁾。

5 「生命の質」論及び差別・抑圧論の様相

以上、日本の生命倫理学に関する学会動向の一端とこれに付随する若干の論点を見てきたが、個々の論点全体に関わる特徴として、また、日本の生命倫理学会の中核において殆ど変化せずに続いている傾向として、少なくとも、次の点が指摘できるように思われる。近代主義的な生命把握の生物学的還元主義ないし個体還元主義は、至る所で連綿と続いているが、この点と深く関連して、「生命の質 (Quality of Life = QOL)」という事柄及び用語を、日本の当該学会中核は、患者等の善き生活や「生活の質」(QOLはこうも訳せる)という肯定的な意味合いとしてのみ取上げる、という問題がある。周知のように、その出自からして、QOLはまずは「生命の質」として、個人還元主義的に問われ、QOLの「低い」生命の抹殺や劣等処遇の根拠にされるのであり、「障害胎児」の処遇を嚆矢とする差別的な基準である⁽⁶⁵⁾。

日本の当該学会が、米豪の議論の紹介の場合を除き、日本の現状に関しては、全くといっていいほど差別的なQOLに言及しないのは、決して、日本において、既に差別的基準としてのQOL問題が解決されているからではない。確かに、QOL基準に等しいパーソン論につき、「胎児を実験することも・・・自由に認めなければならないといった、なんとも身の毛もよだつような露骨な功利主義」⁽⁶⁶⁾、といった情緒的非難が、学会周辺でも見られるはする。しかし、差別的基準としての「生命の質」であるQOL問題を情緒的に扱うことは、結果的には、能力主義や優生思想と直結しているQOL論の社会的文化的な深刻さ、その差別・抑圧性を見逃すことになり、それだけQOL論に対して洪手傍観を決め込むことになる。直截すぎる推測かもしれないが、差別的基準としてのQOL論が放置されるのは、「自然なもの」として、また労働者の自発的受容に支えられて強力に作用している日本の労

働現場に端を発する能力主義⁽⁶⁷⁾が、生命倫理学会にも貫通しているからだ、と私は考える。というのも、論理的には、「生命の質」としてのQOLの差別性と、能力主義における「能力に応じた処遇」という差別性とは同じことを意味するからである⁽⁶⁸⁾。

以上のQOL論の問題とも関連して、日本の当該学会とその諸文献において殆ど変化せずに続いている傾向は、既に示唆したが、見事に一貫して、日本の医療空間という現実に関して、「差別という表現」が、従ってまた「差別問題」としての言及や「差別・抑圧の克服」といった議論が、殆ど見られないことである。そこには、日本の多くの学会なる「もの」を色濃く支配している学問研究の「中立性」という名の下での深刻な現実問題の回避傾向が、一般的に指摘できよう。しかしそれに留らず、生命倫理に関しては、時折、ナチズムを典型とする海外の過去の事例等に関しては、差別問題に言及することがあるだけに、余計に問題がある。言うまでもなく、こうした言及の仕方は、権力関係や支配構造やこれに基づく差別・抑圧の一般的存在は認めている。しかしそれだけに、現代日本の医療空間においては、恰も、こうした存在とは無関係に生命倫理が語れるのだという印象を、更にはナチズム的傾向が一切存在しないかのような印象を、極めて強力に与えるからである⁽⁶⁹⁾。

例えば、現在の日本生命倫理学会代表理事として、この学会全体をリードしていると推定される星野一正氏は、自著において、医師-患者関係の差別的問題や権力関係に一切言及せず、「医師への不信を話題にする人の中にも積極的に『私の先生 (医師・竹内) は素晴らしい先生で、私はとても信頼しています』と・・・語る人々が比較的高い割合でいる」⁽⁷⁰⁾、という身近な経験のみから、医師-患者関係の将来展望を見だし、医師個人への信頼性を高めることをもって医師-患者関係が改善出来るかのように捉えている。この例を初め、差別問題としての把握が見られないことの事例は枚挙にいとまがないが、「脳死」と臓器移植に関しては、この著書が91年という、既に所謂「脳死臨調」がスタートし、また「脳死」と臓器移

植に関する多くの批判が出ていた時期の出版であるだけに、見過ごすことはできない。例えば、「死の現象などについての法制化は好ましくないと考える」⁽⁷¹⁾と言いながら、続けて、「安楽死」容認に通じる「脳死」推進のためのリビング・ウィルについては、「誰かの一つの意見そのものを法制化するのではなく、『個人の意思の尊重』自体を法制化するのであるから、事情は当然変わってくる」⁽⁷²⁾と述べる。言うまでもなく、この論述は、個人の意思の尊重のこうした法制化が、社会構造的に個人に死の選択を差別的に強制する側面に全く無頓着である。これは、個人還元主義に陥っているということだが、住民投票による米国オレゴン州の「安楽死法」可決報道に際して、一般新聞ですら、次の米国医師の発言を掲載しているのである。「『安楽死』乱用の犠牲になるのは・・・社会的弱者」、「末期患者は家族や社会への気遣いから、『死ぬ義務』を感じるようになっていくのではないか」⁽⁷³⁾。かの論述も、この新聞報道程度の内容は踏まえるべきだろう。

しかも、星野氏は、単なる医療技術的な「脳死」や臓器移植の説明と、「私が個人的にも尊敬している信頼のできる専門家たちが『脳死は医学的に判定できる』と断言しているのであるから、専門家でない私は、個人的には脳死は判定可能であると信じている」、「不十分な理解や誤解による発言はつづまなければならぬ」⁽⁷⁴⁾、と庶民の口封じとも取れる発言による「脳死」肯定論を、「脳死」に係わる社会的文化的また差別的問題には一切触れずに説く。臓器移植の章などは、いきなり「臓器移植とは――ドナーとレシピエント」「臓器移植を医療として定着させるためには」といった項目から入り、そこでも現実の臓器移植の抱える問題点には一切触れず、権力や差別の廃棄志向と相即しなければ無意味となる「人類愛に基づくボランティア行為としての臓器移植」、既述のリビング・ウィルと同様な問題を抱える「ドナー本人の意思の確認」が述べられ、後は、臓器移植を効率的に推進するための「移植コーディネーター制度の確立と普及」「臓器移植ネットワークの制度の確立と普及」等⁽⁷⁵⁾

が説かれるにすぎない。

社会的文化的また差別的問題を踏まえて「脳死」と臓器移植を把握する第一歩として、私自身は、問題多き臓器移植推進のために「脳死」なる規定が作成された点を捉えるべきで、本来は「脳死」なる規定も必要なく、「進行性脳不全」でよいと考える⁽⁷⁶⁾。が、百歩譲って「脳死」規定を認め、免疫関係等の移植手術後の諸問題を除いて散見するだけでも、「脳死」と臓器移植に関しては、差別を嚆矢とする幾多の問題がある。

第一に、例え移植コーディネーターが介在しても、「脳死」判定後に臓器提供を求める説得には、移植側の強制が働き、これはドナーの生命を差別することになるから、「自発的な」臓器提供申し出後にのみ「脳死」判定をすべきだ、という主旨の提案が、救急医療医師からされている⁽⁷⁷⁾。第二に、米国が「脳死」及び臓器移植推進国であるのは、公的国民皆医療保険制度がなく、一週間で凡そ100万円となる医療費の個人負担に「無保険者」が耐えられず、貧困者等がいわば「脳死」受容を強制される、という差別による面がある。第三に、既述のように、日本でも、医療費削減政策の一環として、保険費払いが高額となる腎臓透析に代えて、より低額で私費払いを多くできる腎臓移植⁽⁷⁸⁾が推進されようとしている現実がある。これは、結局は財力に応じた医療処置実施に繋がる露骨な差別であり、初期の腎臓透析に際して実際に米国で生じた透析患者の選別と同じような、「生命の質」に応じた差別や、人の死をあてにする差別的社会が、現在の能力主義を凌駕する勢いで出現しかねない。第四に、69年の和田心臓移植事件以来、84年の筑波大学脾腎同時移植事件におけるドナーとしての「障害者」の選択と自発的意思の無視、90年阪大腎臓移植事件における蘇生努力放棄の可能性等々、「脳死」が絡む現実の臓器移植は、社会構造的な殺人（差別）である疑いが極めて濃い。付言すれば、心臓学会を初め脳外科等の「信頼できる専門家」の集団たる医学関係学会の多くが、諸条件の不備から、臓器移植に反対か消極的だという現実もある。

恰もこうした問題点一切がないかの如くに、「脳死」と臓器移植を論じ、その推進を説く論者にこそ、「不十分な理解や誤解による発言はつつしまなければならない」という言説が相応しいのではなからうか。また、このようになるのは、差別・抑圧問題に対する当該学会中枢の感性が極度に貧困だからだ、と言えば、それは言い過ぎだろうか。

結びにかえて

私自身は、輸入学問に端を発する生命倫理学全体を鳥瞰し、これを更に意味あるものに変えていくには、別稿で指摘したように、以下の整理が一定有効だと考えている。

生命倫理学は、「(ア) 個人の自律権＝自己決定権(プライバシー)とバレンスバトリエによる父権的介入(パターナリズム)との関連という権利論的軸と、(イ) 生命の価値の評価に係る生命の質・・・というQOL論的軸の二つによって整理しうるし、これら二つの軸を整合的に一貫した観点をもてれば—もし可能ならばだが—、生命倫理全体にも及ぶ一貫した展望を与える」。しかし、こうした二つの軸を整合させようとしても、「(ア) が例えば胎児や<障害児>や不可逆の昏睡状態・・・の患者等に関する代理的プライバシーを含むことになる点を、また(イ) が「生きるに値する」QOL自体が本来的には社会・文化によって規定される点を考慮せねばなら」⁽⁷⁹⁾ ない、という難点が生じる。そして、これら難点は、一言で言えば、全て、患者や胎児や「障害児」等々に対する差別・抑圧という問題に直結している。

従って、差別・抑圧の廃棄を志向するならば、何が差別・抑圧か? という論点の明確化を含めて、自明で平凡なことだが、上記の二つの軸全体を差別・抑圧論という観点の下に置き、この二つの軸上における生命倫理上の諸内容が、差別・抑圧ベクトルを昂進させているか、それとも反差別・反抑圧ベクトルを推進しているか、という点を問いつける構えが必要だと思われる。そして、こうした構えを単なる心構えに終わらせ

ず、現実の差別・抑圧の克服に接続させてゆくには、個々の生命自体を巡る一見狭そうな生命倫理の議論自体の中にも、現代社会万般に行き渡っている能力主義や日常意識をも強力に支配している優生思想の具体的様相やその克服のための論点を取入れる必要がある。そして更に、将来社会の構想からすれば暫定的なものでしかないにせよ、広義の意味での福祉や福祉国家的内容をも含み込みつつ、社会・文化全般の変革との繋がりの中で、生命倫理を捉えていく必要があると思われる。

こうしたことが必要なのは、より一般に、「世界のラディカルな批判は個人の生活のラディカルな批判でもある。視点をずっと高い位置にもっていくことと、個人の内面を深くえぐることもが非常に近い作業となる、そういう時代にわれわれはいる」⁽⁸⁰⁾ からではなからうか。

註

- (1) W.A.Wallace, "Nature and Human Nature as the Norm in Medical Ethics"; in PHILOSOPHY AND MEDICINE, ed. by H.T. Engelhardt, JR. and S.F. Spicker, vol. 34, Kluwer Academic Publishers, 1989, p. 23.
- (2) レイチェルズ/加茂直樹監訳『生命の終わり』晃洋書房、1991年。フレッチャー及びブランドについては、エンゲルハート、ヨナス他著/加藤・飯田訳『バイオエシックスの基礎』東海大学出版会、1988年を参照。シンガーについては註(44)を見よ。
- (3) 例えば、土屋貴志「わが国における『バイオエシックス』『生命倫理』の概念」日本生命倫理学会編『生命倫理を問う』成文堂、1991年を参照。
- (4) ここでは、生命倫理学の内容を、主要には当該学会の年次大会に登場する報告やこれに関連する「公認」論文等の一部に限っている。他の傾向については別途論じたい。
- (5) 紙幅の関係上、以下では、当該学会の一末端会員でもある私が既に生命倫理学に關説した論稿「ビ

- オスの中のソキエタス」『思想と現代』第9号、「『弱者』の哲学」大月書店、1993年、「『脳死』論の一つの帰結」『思想と現代』第35号や、註に挙げるその他の拙稿を前提に論述する場合もあるので、これらも参照頂ければ幸いである。
- (6) 日本で最大の生命倫理学関係の学会で、多方面の研究者や実践家からなる。学会役員選挙人名簿から推定して、正会員数は凡そ700名。若干の学生会員等も存在する。
- (7) 「第一回大会」については、私は未参加だが、大会の内容を中心に発行された予稿集及び論文からなる、前掲の日本生命倫理学会編『生命倫理を問う』がある。「第六回大会」については、私は、幾つかの分科会及びシンポジウムに参加し、また予稿集がある。本稿以下では、後出の日本医学哲学・倫理学会を含めて、予稿集や論文等と私が参加した際の知見とを交えて論じるという正確さを欠く手法に頼るが、御容赦願いたい。
- (8) この表現の安易な頻出に、既に、深刻な差別問題を回避し、「殺す」と「死なせる」との相違等々の枝葉末節を議論しがちな生命倫理学の輸入性が現れている。
- (9) 佐藤和夫・伊坂育司・竹内章郎『生命の倫理を問う』大月書店、1998年、212～213頁。
- (10) 池川清子「身体性としてのケア」『日本医学哲学・倫理学会第一三回大会報告集』を参照。また、関連する同氏の『看護』ゆみる出版、1991年も参照されたい。
- (11) 岡沢憲夫氏による。但し、私は、現代帝国主義として編成されている日本を問わない氏の福祉国家論（『スエーデンの挑戦』岩波新書等）には賛成しない。現代帝国主義論と福祉国家論との不可分性につき、後藤道夫「戦後の平等の転機」『賃金と社会保障』第1132号、同氏「現代帝国主義と大衆社会の再収縮」同氏編『ラディカルに哲学する 第4巻 日常世界を支配するもの』大月書店、1995年を参照。
- (12) 「第六回日本生命倫理学会年次大会予稿集」（以下『第六回予稿集』と略）を参照。なお、例えば既に「第三回大会」では、ターミナルケアにおける福祉援助・看護からみた医療問題といった形で、諸個人間の関係性を問う問題設定があった。このように「第六回大会」に至るには、途中経過があるが、これらは割愛せざるを得ない。
- (13) 黒崎剛「人格論はバイオエシックスに適合するか」『日本医学哲学・倫理学会第一三回大会報告集』（以下『第一三回報告集』と略）を参照。
- (14) Cf. M. Tooley, "Abortion and Infanticide"; in MORALITY AND MORAL CONTROVERSIES, ed. by J. Arthur, Prentice-Hall, 1981. / J. Feinberg, "The Problem of Personhood"; in CONTEMPORARY ISSUES IN BIOETHICS, ed. by T. L. Beauchamp and L. Walters, Wadsworth Publishing Company, 1982.
- (15) 個別実体的生命把握の問題点と、社会・文化を内在させた生命把握の意義の指摘につき、前掲拙著『「弱者」の哲学』の第3、12節を参照。
- (16) 前掲『第六回予稿集』を参照。この点では、米国の生命倫理学に一日の長がある。結論には反対だが、例えば、自死に関するトマスアキナス等を扱いつつ、現代的問題意識に貫かれたものとして、cf. J. Boyle, "Sanctity of Life and Suicide"; in PHILOSOPHY AND MEDICINE, ed. by B. A. Brody, vol. 35, Kluwer Academic Publishers, 1989.
- (17) 前掲、伊坂・佐藤・竹内『生命の倫理を問う』、56～57頁。
- (18) 前掲拙稿「『脳死』論の一つの帰結」を参照。
- (19) 『マルクス＝エンゲルス全集』第19巻、大月書店、1968年、21頁。
- (20) 前掲『生命倫理を問う』、184～187頁を参照。
- (21) 例えば、長野敬・中島みち「生命観の新しい課題」『理想』第631号等。
- (22) 飯野靖四「医療資源の有効利用について」前掲『生命倫理を問う』185頁。
- (23) 佐藤純一「現代医療思想における＜犠牲者非難イデオロギー＞」前掲『第一三回報告集』を参照。

- (24) Cf.G.J.Agich, "Economic Cost and Moral Value"; in THE PRICE OF HEALTH, ed. by G.J.Agich and C.Begley, D.Reidel Publishing Company, 1985.
- (25) 芦野由利子「産む産まないの選択と女の自己決定権」前掲『第六回予稿集』。
- (26) 森岡正博「産む産まないは女性の権利」はどこまで有効か?」同上『第六回予稿集』。この報告には、胎児の人格や生死の境界問題等の問題提起もあったが割愛。
- (27) 金井淑子「ポストモダン・フェミニズム」勁草書房、1989年、54頁以下を参照。
- (28) 「よくやっていく(生活する)」という、原義としての福祉(welfare)を捉えた上での話である。福祉をも「企業福祉」や個人責任に還元することが、古典的帝国主義とは異なる現代帝国主義によって編成されている企業主義国家としての日本の現実だから、私は、広義の意味での新たな福祉国家形成に、暫定的にせよ意義があると考ええる。
- (29) 新たな福祉形成には、国家を謂わば「壁として利用する」高度な戦略と共に、共生的関係を軸とする対抗社会圏・文化圏の新たな創出が必要となる。この点につき、中西新太郎「文化的支配に抵抗する」前掲『ラディカルに哲学する 第4巻』を参照。
- (30) この論点は、現代社会の変革をめざす北米系の社会哲学の中でも近年中心的論点の一つであり、この点は、Edward Elgar Publishing Limited 刊で、現在第9巻まで政治哲学文献のアンソロジーを出しているSCHOOL OF THOUGHT IN POLITICSから伺える。
- (31) 森岡正博『生命観を問いなおす』ちくま新書、1994年、198~200頁を参照。
- (32) 私は賛同しないが、首尾一貫性よりも融通無碍な論点の変容を重視する議論として、佐藤和夫「『連考』— 転形期における哲学の試み」同氏編『ラディカルに哲学する 第1巻 考える営みの再生』大月書店、1994年を見よ。
- (33) 木村利人「いのちを考える」日本評論社、1987年、245~248頁を参照。
- (34) 木田盈四郎「胎児診断とバイオエシックス」前掲『第六回予稿集』を参照。木田氏は、「『何を目的として検査するか』充分話し合い」という条件を付加するが、「妊娠初期の胎児に対する『親の決定権』を認め・・・、親に自信を持たせ得る施策をとるのは社会の責任である」とまで述べ、親の決定権賞揚に伴う差別性に無頓着となっている。
- (35) 日本臨床心理学会編「『早期発見・治療』はなぜ問題か」現代書館、1987年、特に第3章を参照。
- (36) 木田盈四郎『先天異常の医学』中公新書、1982年、80頁及び193頁以下を参照。
- (37) NHKテレビ「人権の時代、第二回先端医療」1994年12月6日放映。この位置付けによっても、勿論、出生前診断の持つ差別性がなくなるわけではないが。
- (38) これは周知のダフとキャンベルの報告(1973年)であり、イエール大学ニューヘブレン病院の2171人の「重度障害新生児」の内、70年初頭から72年半ばまでに死亡した299名中43名が、医学的と言われた選択的治療停止によって死なされた、というものである。Cf.R.S.Duff and A.G.M.Campbell, "Moral and Ethical Dilemmas in the Special-Care Nursery"; in THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, NO.289, pp.890-894.
- (39) 坂田泰子「医師の立場から予後不良の児に対する対応の現状と意見」前掲『第六回予稿集』を参照。
- (40) 前掲『第六回予稿集』を参照。
- (41) 加藤尚武「新時代の学問「バイオエシックス」とは何か」PHP研究所、1990年を参照。
- (42) 但し、私は、この「差」が差別・抑圧を惹起しないものとなるには、「能力の共同性」(前掲拙著「『弱者』の哲学」第16、17節を参照)が必要だと考えている。
- (43) 川本隆史「応用倫理学の挑戦」『理想』第652号、30頁。

- (44) シンガー／山内・塚崎訳『実践の倫理』昭和堂、1991年を参照。
- (45) 馬込武志・村岡潔『医療と権力』日本医学哲学・倫理学会編『医学哲学 医学倫理』第12号、36頁以下を参照。
- (46) フーコー／渡辺守章訳『知への意志 I』新潮社、1986年、171頁以下を参照。
- (47) エワルド編／菅谷・古賀・桑田共訳『バイオ』新評論、1986年を参照。なお、この点で、鋭い問題提起の特集を組み続ける月刊誌『技術と人間』も重要である。
- (48) 市野川孝容『生－権力論批判』『現代思想』第11巻第12号を参照。
- (49) 竹内章郎『日常的抑圧を把握するための一視角』前掲『ラディカルに哲学する 第4巻』を参照。なお私自身の近代主義の取扱いの一端は、『生活指導』第475～478号に連載の拙稿「個人と共同性をめぐって」を参照されたい。
- (50) 谷本光男『パターナリズムの正当化論』前掲『医学哲学医学倫理』第12号。谷本論文が指摘するように、米国にも、パターナリズムの正当化論は結構ある。カルバ、ガート／岡田雅勝訳『医学における哲学の効用』北樹出版、1984年を参照。
- (51) これは功利主義「論」からも出てくる論点である。竹内章郎『役に立つこと＝功利性について』名古屋哲学研究会編『哲学と現代』第11号を参照。
- (52) この点でも、私は、「能力の共同性」という論点が不可欠だと考えている。
- (53) 前掲拙稿「ビオスの中のソキエタス」を参照。
- (54) 飯田亘之『可能なことと望ましいこと』『理想』第631号、180頁。
- (55) 彼は、前掲『いのちを考える』で、既に「バイオエシックスとは、医療・医学のみならずビオス(生命・生物・生活)のすべてにかかわりを持つ、人間の尊厳に根ざした人権運動であり公共政策づくり」(11頁)と述べており、「バイオエシックス公共政策の形成をめざして」いる「第六回大会」は、彼の元来の主張の実現でもある。
- (56) 同上書、215頁。
- (57) 同上書、93～94頁。
- (58) 同上書、94頁。
- (59) 同上書、253頁。
- (60) シンポジウムでも、司会者木村氏の米国礼賛の声は際立っていたが、＜人口の2～3割が医療資源の8割近くを消費する米国で育った生命倫理学を重視する必要はない＞という主旨の分科会発言もあった。米国では、公的な国民皆健康保険制度がないため、昨年来「不安階級」とも命名される「全く医療保険を有しない『無保険者』が3700万人に及ぶ」(広井良典『アメリカの医療政策と日本』勁草書房、1992年、34頁)。この米国だからこそ、「不安階級」の排除と表裏一体になって、WASP的な「市民」参加型の倫理委員会等が機能する、という逆説的事情がある、と私は推定している。
- (61) 例えば、井上達夫『共生の作法』創文社、1988年。
- (62) ハーバーマス／河上他訳『コミュニケーション的行為の理論』未来社、1987年。
- (63) 竹内章郎『先鋭な対立を隠蔽しない柔軟な協力のために』『思想と現代』第38号、42頁。
- (64) 例えば、「障害者」差別の克服を内在させたコミュニケーション論は不可能ではないと私は考える。前掲拙著『「弱者」の哲学』第12、15節を参照。
- (65) 前掲拙稿「ビオスの中のソキエタス」では、Rachels, THE END OF LIFE, Oxford University Press, 1986.を中心にQOL問題を整理したが、QOL論自体につき、前掲、エンゲルハート、ヨナス他著『バイオエシックスの基礎』、特に第1部を参照。
- (66) 前掲、飯田『可能なことと望ましいこと』、184頁。
- (67) 熊沢誠『新編 日本の労働者像』筑摩文庫、1992年、105頁以下を参照。
- (68) 生活の質論には、個別実体的生命把握を凌駕する要素もありうる、と思われる。
- (69) 註(33)等の木村氏の著書も、優生保護法

という法の存在についてのみ、「健常者中心の発想で差別のイデオロギーに基づいて・・・」(232頁)と述べるだけで、差別イデオロギーの社会的現実には何ら触れない。勿論、超医療管理体制による現代社会とナチズムとの親近性の議論等は、以前からある。優生思想の位置付けに疑問はあるが、米本昌平「優生学的強迫から老トピアへ」『中央公論』1986年12月号を参照。

(70) 星野一正『医療の倫理』岩波新書、1991年、97頁。

(71) 同上書、45頁。

(72) 同上書、46頁。この点につき、前掲拙著『弱者』の哲学』第3節も参照。

(73) 「安楽死法に戸惑う米国」『朝日新聞』1994年12月31日朝刊。

(74) 前掲、星野『医療の倫理』、50頁。

(75) 同上書、176～184頁を参照。因みに、この

続きには、「脳死」なるものに依拠した臓器移植と角膜移植や輸血等との大きな違いを隠蔽するかのよう、死体臓器移植、脳死臓器移植、生体臓器移植が並列して登場する(同上書、186～195頁を参照)。

(76) 「脳死」に関する私見は、前掲拙稿「『脳死』論の一つの帰結」を参照。

(77) 濱邊祐一「臓器提供の承諾の持つ危うさ」『朝日新聞』1993年7月10日朝刊。

(78) 腎臓透析患者に比べて、「脳死」体からの腎臓移植者の生存率の高さについても、透析患者は全世代に及ぶが、移植者は若年層に偏っており、単純比較はできない。

(79) 前掲拙稿「ビオスの中のソキエタス」84頁。

(80) 前掲『ラディカルに哲学する』(全5巻)の各巻冒頭の「刊行にあたって」。

＜“ここの場所”から＞

給食調理室とそこから見える風景

川見 公子（学校給食調理職員）

私が小学校の給食調理員として働き始めて、すでに14年が経過します。今までいろんな仕事をしてきた経験があるけれども、この仕事が一番長く続いています。篠原先生（和光大学）からお電話があったとき、この欄への寄稿を簡単にお引き受けしてしまって、あとでずいぶん後悔しました。なぜなら、自分が職場のことを殆ど意識化せずに過ごしているので、何を書けばいいのかあまり思い付かない状態だったからです。

ここでは私の経験した事を中心に、仕事の紹介という感じで書いてみたいと思います。

行革の波が押し寄せる給食現場

小・中学校の給食は、その町の自治体によって供給のされ方が違います。それぞれの学校に給食室がある自校（単独校）方式であったり、10校分ぐらいがまとめて作られる給食センター方式であったり、あるいはそれらが民営化されているところなど、さまざまです。私の勤める東京都江東区では、すべての学校で、給食を作るには一番条件がよいといわれる自校方式を取っています。23区内でも、センター化や民営化が実施され始めた区もあり問題になっていますが、幸い江東区では、今のところ、そうした方向は出されていません。

給食室はこんな所

給食室には、100kg余はゆうに入る大きな釜がずらりと並び、シャベルのようなへら、直径1m近い大ざる、一度に7kgの米が炊ける炊飯器……すべて

大きくて重い物ばかりが整然と置かれています。初めて給食の仕事をしたとき、「これは台所での土方だ」と思ったものです。調理が始まると、大釜にお湯がぐらぐら常に沸き、夏場は室内の温度が40度にもなります。逆に冬は靴下を3枚はき、カイロを貼り付けて仕事をしています。給食調理員の仕事には、力とスタミナ、丁寧さとスピード、大量の野菜の中から、虫や異物を見つける目、味を見分ける舌など、いろいろな能力が要求され、数年間はふうふういったものです。学歴や資格は関係ないけれど、経験とそこで培った勘と腕が要求されます。

国の政策も給食室から見える？

献立も、私が経験したこの14年間だけでもずいぶん変わりました。学校給食には国の食料政策がそのまま反映されるというか、よく見えます。戦後学校給食が始まって数年の間は、アメリカから配給されるコッペパンと脱脂粉乳だけの給食だったと聞いています。その後もしばらくはコッペパンと脱脂粉乳は続き、鰯を使った料理などが良く出たそうです。米余りが問題になってから、給食に米が利用されるようになりました。現在では週5回の給食のうち、米飯給食が3回行なわれています。そして今、予算から米の援助が削除される方向が出されています。そうなれば、今後は安い輸入米が使用されるようになるのかもしれませんが。

食品の安全性が叫ばれ、農業に汚染された野菜の問題や輸入野菜・果物の安全基準が問題になっていますが、給食でもより安全な原材料を、ということなのでしょう、時々有機野菜を使用しています。しかしこれ

もまた何と言ったらいいのか、しなびれた5 cmほどの小さな人参がどさっと届けられたり、どろんこのホウレン草が35 kgなんていうと、さすがに排水口が詰まらないかと心配になったりして、こういうのはちょっとやめて欲しいと思うこともたまにはあります。

献立には、厚生省の栄養基準(?)も即反映されません。将来の成人病を予防するためと名うたれ、最近では肉から魚料理への転換、生野菜から茹でた野菜(おひたし)へ、あるいは具だくさんのスープ類などが良く入るようになりました。本当にお昼御飯にこんなにいろいろな食品を使い、手の込んだ・時間をかけた料理はなかなかできないだろうと思いながら、毎日給食を作っています。

画一的ではなく一人一人の個性を重視した教育をと謳われていますが、学校給食も例外ではありません。私の勤める学校ではアレルギー食を4人分作っています。一人は卵ととり肉のアレルギー、もう一人は卵と魚(主に白身魚)アレルギー、あと二人は卵アレルギー。卵と一口にいても、つなぎに卵を使った食品、照りに卵を塗ったパンなどもすべてだめなわけです。同じ人員で、いつもの仕事のほかに、多い時には3種類のアレルギー食を作らなければならず、慣れるまでは、とても大変でした。

また最近、バイキング給食やセレクト給食、青空給食(お弁当)なども作る方向にあります。前者は、例えば主食-お握りを3種類、サンドイッチを3種類の中から1つずつ、主菜-肉料理・魚料理・卵料理の中から1つ、副菜-いも料理3種類、サラダ3種類の中から1つずつ、果物6種類から2つ、というふうに幾つか料理を準備して子供に選択させるものです。これはまた、子供に自分の好み・エネルギー・栄養価を考えさせ、自分で判断し選択できるようにするという

目的もあるのだと聞きました。後者は、お弁当を児童数分(勤務校は710)作るものです。こういう日は私たちの仕事も本当に大変ですが、「個性を重視する教育としての給食」というのも、なかなかのものです。将来は、小・中学校の給食も大学の学生食堂のようにカフェテリア式食堂になるのでしょうか?

食べる人の顔が見える給食作りはできないか?

私は14年間ずっと小学校に勤務していますが、小学生は中学生に比べて、人なつっこいというか、給食室に顔を出す子どもが多いようです。毎日、「おはようございます。がんばって下さい。」と、声をかけていく子、その日の献立が気になって聞きにくる子、たまには、学級新聞や給食委員会のインタビューだといってくる子供もいます。時には、「今日のスープちょっと味が濃かったよ」と辛口の批評をしていく子も。しかし私たちおばさんと毎日話して仲良しになる子は、先生方に言わせると、少し落ち着きがなかったり、大人の中で育って、子供の友達ができにくかったりと、いわゆる「問題児」が多いそうです。「問題児」大歓迎です。どんどん給食室の窓から話してほしいです。

なぜなら、私たちはアレルギーの強い2人とあと3~4人を除いて子供の名前を知りません。集団としての子供は分かっても、一人一人の顔が見えない中で、700食も作っているのです。「個性云々」と言いながら顔も名前も分からない人の食事を作るのは気持ちの上でちょっとしんどい、と思うこともしばしばです。

「給食室は穴蔵」とよく形容されます。そんな言葉は返上できるような学校給食室の在り方を模索したいものです。

＜「この場所」から＞

マルタでの思索

石川 憲彦（東京大学）

この文章を書くにあたって、自問する。果たして自分には、今、この場所からと、語り始めるような、「ここ」があるのだろうか。

目の前には、ただ海が広がっている。この海は何時見ても、魅惑的だ。今日は曇っているのですがその輝きはあせているが、昨日の元旦は、真っ青に晴れ渡った空を映して、濃い蒼、深い青から、淡いブルー、輝く緑と、この世の物とは思えぬ神妙的な変化を見せてくれた。この海を一度でも見たことのある人なら、クレタ人も、フェニキア人も、アーリヤ人も、みんなこの海に魅せられて遥かな航海に出掛けたと語る、識者の言葉に同意するにちがいない。泳ぐのが大好きな私など、地中海を訪れるたびに、この海に抱かれ溶け込みたいという誘惑にかられてきた。

6年前の夏、1ヶ月の絶対安静を命ぜられた。小さな窓から見えるのは、空と木だけ。それから2年の間、同様の安静を何度か繰り返した。同じ寝込むなら、あの海を見つめながらにしたい。そんな空想に耽ったものだった。

いま、私は、憧れが高じて、この海を眼前にする「ここ」に住んでいる。すでに8ヶ月が過ぎた。しかし、「ここから」と語り出すことには、今のところ、大きな抵抗がある。

当たり前だ。ここはほんの一時を過ごしている、外国に過ぎない。

そんなふうに説明すれば、常識的だろう。しかし、国家とか民族とか、或いは時間の長短の故に、「ここ」と語り出すことに抵抗があるのではない。なぜなら、抵抗は、既に日本を離れる前から存在していたのだから。

大地にしっかりと根を張り、今ここに生きる。そういった農業的な、或いは疑似植物的な地縁、血縁の生き方は、もともと大変苦手だ。その意味では、日本にいても、私は異邦人であった。だが、異邦人にだって、異邦人としての「ここ」という存在が定かになって不思議はない。ある時期まで、私もまがりなりにも自分の「ここ」を語っていたと思う。

ところで、ゲーテはファウストに、次のように語らせる。

「こうして薬はできた。患者は死んだ。誰がなあったか、とは聞く人もいない。このようにして、われわれは恐ろしい煮つめ薬を持って、山々谷々をめぐり歩き、疫病そのものよりも遥かにひどく猛威をふるったものだ。」

多くの命を救ったと賞賛される、医師・科学者ファウスト。彼は、自分を詐欺的な錬金術師に過ぎないと告白する。あらゆる知識（それは、彼の人生を、そして近代ヨーロッパをも支えてきた確固たる中心なのだが）に絶望した彼は、自らの命を絶ち切ろうとして果たせない。

ファウストは「ここ」を失った人間である。それでも悪魔の誘惑に出会うと、未練たらたら人間の威厳や尊厳をちらつかせる。そしてそのあげく、結局メフィストフェレスに魂を売り渡す。曰く、

「私がある瞬間に対して、留まれ、お前はいかにも美しい、と言ったら、もう君は私を縛り上げてほしい、私は喜んで滅びよう。」

契約が成立し、二人は旅立つ。

20歳の時から構想を練り、60年近い歳月をかけて書き上げたゲーテの言葉。それを借りて語ろうと言

うのだから、全くずうずうしい話だ。しかし、日本で医者をしている間常に私を不安に駆り立てたのは、臨床科学の根底に潜む錬金術の魔術性ではなかったかと、未だに思う（拙著『治療という幻想』現代書館）。

科学の魔術性は、更なる魔術性を求めることによってしか、自らの欺瞞性を解消できない。常に止まるところを知らず、自らを解体し消失させていく。とりわけ資本という、やはり止まることを知らず自己拡大するバトロンと結び付いたとき、この解体は加速される。私は、この魔術性に脅え、しかしなお専門家として批判的にこの魔術性に止まろうとし、結局魔術が解ける前に自己解体しようとしていたように思う。

「ふと気づいたら、ここにはとてもいられなくなっていた。」

登校拒否をしている子どもたちが、よく口にする言葉だ。科学、資本に加えて、排他的競争。それらが主役を演じる学校には、留まれる「ここ」がなくなって不思議はない。子どもにとっての社会、いや小宇宙でさえある学校に居場所がないなら、世界のどこに「ここ」を求めればいいのか。このところ、2日遅れで手にする朝日新聞が、彼岸に「ここ」を求めるいじめのニュースを運んでくる。（「ここ」を持たない日本社会のこと、この雑誌が出る頃には、既に別のニュースがブームとして消費されているかもしれないが。）

さて、マルタに話を戻すと、1月から4月まで、不登校に関するアンケート調査と称して国中の学校を巡る。昨年予備調査のため6年生の教室を訪れ、いろいろな質問を試みたのだが、いじめの話になると、クラス中からどっと拍手と歓声がわき上がった。反応がやたら明るい。みんなくすくす笑いながら、指で一人を指し示す。指された方は、ふんとそっぽを向いて、ちょっと悪びれながら胸を張る。そう、あの古典的な、ガキ大将が弱い子をいじめるといいう、今ではちょっぴり微笑ましさを感ぜられる構図が、ここではまだいじめなのだ。

少し気兼ねしながら、成績について尋ねてみた。B案の定、日本と違ってみんな大威張り。ほとんどの子が、自分は優秀な成績を取っていると主張する。見栄もないわけではないだろうが、たいていの子はごく素直にそう信じていると見受けられた。とりわけ、成績が悪いとされる子が楽天的で堂々としている。

いかにも地中海。和辻が見通したとおり、風土は人を変える。きっと北ヨーロッパの人から言わせれば、お調子のり。現実認識や客観性を欠く教育ということになるのだろう。

この楽天的傾向は、さしずめ大人なら、運転に認めることができる。「自分は運転が上手だ」。そんなどっちでもいいようなことを得意がって横に同乗している人に自慢したがる。それも運転中に、ほらごらんとばかり、熱心に身振り手振りでするものだから、「上手だろう」と言った瞬間、脇見と不注意で事故を起こしかねない。北の人々に同意したくもなるが、学校は、そして成績は、これでなくてはと思う。

ただ、そのような学校でも、不登校はけた違いに多い。別に学校に行かなくても、どうと言うこともない。そんな風に大人たちが信じられる環境が豊かに残っている。日本は、今のところ、世界中で稀な、不登校が非常に少ない国の一つだ。きっと、人々が、「国家の」ではなく「個人の」存立という点で、学校なしにはとてもやっていけないと感じる感じ方のありようがきわめて特殊な国ゆえのことと思う。

不登校の調査をしてみようと考えたのは、この特殊性と、私における「ここ」の喪失とが、どこかで深く結び付いていると考え、高学歴社会にも関わらず、なお「ここ」を豊かに保有する地中海の小島に私にないものを見ようとしたためだ。

ファウストは、近代合理主義のドイツ的啓蒙思想と実践的に出会うことにより、最後に「ここ」を回復していった。しかし、科学がより科学性を確立していくことに希望のあった2世紀前とは異なり、私たちは近代に深く傷つけられている。もはや、私は、メフィス

トーフエレスに売る契約の言葉さえ持ち合わせていないのが実状だ。いや私に限らず、今日、世界中が科学の啓蒙性に深い疑問と不信を示している。

アラブと、アフリカと、ヨーロッパとが出会い、植民地主義に蹂躪されながら、それでもしたたかに独自性を守り、ヨーロッパの砦でありつつ、日本のように簡単にヨーロッパ・アメリカ化しない国。この国には、まだ、終末の予感を感じられない。この2000年ばかり、200年ごとに支配が変わり、様々に混血し、宗旨を大胆に変え、若者の大半を移民させた記憶も生々しいのに、楽天的で柔和な人生観に包まれている。そして、それにもかかわらず、その一方では、扎扎实ち現実的にECに加わろうとしている。

公立学校の、ごく平均的な30人くらいのクラスにさえ、国語の話せないボスニアとイランからの難民が一人づついる。決して世界情勢に無頓着な故に楽天性

を維持しているというわけではない。日本から見ると、家族が国家を生きているとでも形容すればよいような国である。

同じクラスに、日本なら知的障害児、LDなどと分類されるであろう子が二人、ずっと学校に来ない子が一人。しかし、クラスは底抜けに明るく開放的だ。教員が大変だと思うのは、両親がいないため、一日中後をべったりと付いて回る子だそうだ。

「ここから」語り出せるのかどうかは自信がないが、少なくとも、いま奇妙に楽天的な国の「ここ」で、もう少し「私を今ここに運び、このように考えるようにさせてきた時代の流れの正体」について考えてみたいと思っている。

ふらっと遊びに立ち寄ってくださる方があれば、歓迎します。

(1995. 1. 2)

< “この場所” から >

学校一地域での国際化のなかで

青木 松則(横浜学校労働者組合)

横浜市立の公立学校には、1993年5月1日の調べで、2096人の外国人児童生徒が在籍しています(小1435、中602、高55、盲聾4)。学校で、地域で具体的な出会いとして国際化が進んでいるのが現状ではないかと思います。

横浜の片田舎とも言える地域にある、いま私が勤務するS小学校も例外ではありません。5年ほど前、2人の韓国籍児童に加えベトナム籍児童が転入してきました。以来、複数のベトナム籍児童とフィリピン籍児童が在籍するようになりました。現在、韓国籍児童は卒業し、ベトナム籍児童5名、フィリピン籍児童2名と一緒に生活しています。こうした中で、私にとっての“学校一地域での共生・教育”の課題は必然的に外国籍の子どもや家庭の問題も抱えこむことになりました。以下、そうした中での取り組みを少し書いてみることにします。

先にも書いたようにS小にベトナム籍の子が最初に入ってきたのは5年ほど前のことでしたが、自分が直接担任することなかったのです。意識することはありませんでした。ところが、92年7月、2年半ほど前に一つの事件が起きました。以来S小においては外国籍児童の問題が人権教育の取り組みの軸に据えられることになりました。

夏休みも間近なある日の放課後、地域の方から怒り心頭の電話が入りました。S小の子どもが、玄関先につくられたツバメの巣を鉄の棒のようなもので中に入っていた卵もろとも破壊してしまったのです。やった子どもはすぐ近くに住むベトナムの子ふたりでした。俗に「ツバメ事件」と呼んだこの出来事に

対し、「人権教育の立場からの問題」として私はおよそ次のような問題整理をしました。

Hさん(家主)の怒りは、破壊の様子とともに、失われた卵と巣を探し何度も何度も行き来する親ツバメを憐れに思う気持ちから来ている。Hさんは野鳥の会の人たちとともにツバメの巣立ちの様子を見守ってきただけにそうした思いをより強くもたれたものと思う。

またこの間、校内でもいくつかの生き物にかかわる事件が起きている。これらの件にもふたりの子がかかわっていたと思われる。生き物への強い関心とその行動の結果としてあり、ふたりの子の問題として対応されるべき問題をもっている。

今回の問題のもう一つの側面は、ベトナムの子たちだったということである。Hさんの憤りの背景には、この間地域の中でふたりの子により「わるさ」が繰り返されてきたことと、言葉や生活習慣の違いからベトナムの人たちを地域の中で異質な存在として違和感をもって見てきたことがあるように思う。

「生活排水をたれ流している。」

「夜、大勢で、下着のままで大きな声で話をしている。」

「文化の違いだけでは片付けられない。」等、

結局、苦情を直接言うこともできず、同じ地域の中で一緒に生活するという関係がもてないまま事が進んできたように思う。学校へ連絡される背景には、こうした事情があると言える。地域の中での直接的な関係をどうつくっていくかこそが課題であろう。

また、文化の違いということについても具体的に理解が深められる必要がある。例えばツバメ一つにして

も、その関わりや思いはわたしたち日本人のものとなり違うのではないかな？

この「ツバメ事件」から2年半が経過しました。1年目、2年目は異文化理解やアジアの視点から講演会を軸に取り組んでできましたが、肝心のベトナムの人たちとの出会いになかなか結びつきませんでした。というよりも渡らなければならぬいくつかの橋があったとも言えます。そして3年目の今年、ベトナム籍の子を私自身が担任することも重なり、ようやく前へ一歩進むことができました。

それは、「人権教室」の取り組みを通してでした。昨年までは、講演会だったのですが今回はベトナムの人たちとの直接的な出会いの場として企画されました。まず、大和難民定住センターの所長さんより紹介していただいたハットさんとの出会い。次に、ハットさんと一緒に在日ベトナム人仏教協会で活動するティエンとの出会い。ティエンさんの家はS小のすぐ隣の地域で何度か訪ね、企画の立案過程から相談にのってもらいました。そしてS小に通うベトナムの家庭の人たちとの出会いです。企画の中に「ベトナム春巻」の試食を入れ、その調理の協力をお願いすることにしました。

とは言っても私には企画の意図を十分に伝えることはできません。そこで私の担任する子の家で、ハットさん、ティエンさんにも参加してもらって話し合う機会をもちました。日本語で書かれた家庭向けの案内を事前にハットさんにベトナム語に訳したものを手渡ししておきました。趣旨は理解され、全面的に協力を得ることができました。しかも嬉しいことに、同じアパートにいながら余り行き来がないと聞いていた家庭間で話し合いながら協力してくれるというのです。言葉の壁を逆の意味で改めて考えさせられました。

さらに当日にも、素晴らしい出会いがありました。家庭を訪ねてもほとんど話すことのない担任する子のお母さんが、お父さんが都合がつかなくなったために

代わって「ベトナム春巻」をつくり始めて学校に来てくれたのです。40名ほどの参加者（教員と保護者）のなかでははじめは端から見ていても申し訳ないくらいに緊張していたお母さんでしたが、「ベトナム春巻」の試食のときには、緊張も少しずつほぐれたようで、進んで食べ方や作り方を通訳してもらいながら教えてまわってくれました。最後に見られるようになった笑顔がとても印象的でした。

また、「人権教室」にはティエンさんの娘さん（高1）が参加し、法務省の人権作文で最優秀賞に選ばれた作文を読んでくれました。「いまでもベトナムだけでなく、中国やアフリカなどで苦しんでいる人がいる。」から始まり、「あなたは、町の中でみかける外国人たちの心がわかりますか。悲しみ苦しみそして不安をもった外国人のことを考えてみたことがありますか。あなたは外国人に会ったり、しゃべったりすることがありますか。学校のクラスがいっしょだったり、店やデパートなど町の中でもよく見かけませんか。その外国人たちのことをあなたはどのようにみているのでしょうか。どう思っているのでしょうか。その外国人とどうつきあっているのでしょうか。もう一度考えてみてください。」で結ばれる【考えて下さい、私達外国人のことを】の作文は参加者の心を強く打ちました。

後日この作文を5年生の担任する学級の子どもたちにも投げかけてみました。やはり、強く訴えかけるものがあつたようです。メモ程度の感想でしたが、そこには真摯な問いかけに対し正直な振り返りが書かれていました。

「ぼくは、いつも外国人に会うと、変な目でみてしまします。話しかけられるとにげてしまします。ぼくは、いつも手うちをやっているんだけど、T君といっしょになりたくないと思ってしまうので、これからはH君やT君、そとで会った人たちともなかよくしたり、親切にしたいです。」

「(略) 私のクラスのH君とは、べつに差別、区別はしていないつもりです。H君は、2年生のときにS小

学校に来ました。2年生のころの私は、H君をたぶん差別していたと思う。でも今は5年1組のひとりとしてH君をみています。」

「(略) 私はそのような人たち(外国人)の気持ちを考えたことはありませんでした。ひとごとだと思い新聞の記事やニュースでやっていることをいつも目にしませんでした。今つくづく、あーそんなかわいそうなのに私たち日本人はこんなぜいたくなくらしでいいのかと思いました。私たちに何かできそうなことがあったら協力してあげたいです。そして、区別・差別はもうやめてみんな平和にくらせたらいいなあと思います。」

こうしたS小での取り組みはささやかなものであるかも知れません。しかし私は、小さくとも人と人の具体的な出会い、つながりを大切にしていきたいと思います。そこから一緒に学校―地域で共にくらししていくことの問題を考えていきたいと思います。

早速1つ具体的な課題をかかえることになりました。外国籍児童生徒の家庭に対する相談員制度の確立です。横浜市は国際都市を自ら名乗り、「民族共生の教育」を重要な指針として打ち出しています。しかしその内実は、子どもたちへの日本語指導が重点とさびしいものです。最低それぞれの外国人の母語で対応できるような制度が必要とされていると言えます。

<「映画と本」で考える>

らいの本を読む

浪川 新子（神奈川県 小学校教員）

私がらいについて知っていたこと

子供の頃、祖母におびんづる様に触ってはいけないといわれた。「らい病になるけん」「らい病ちゃんね?」「顔やら手やら足の腐るとよ。鼻も落ちると。」「鼻くえになるとね?」と私は聞いた。近所の人に鼻が極端に低くてまるで穴が二つあいているようにしか見えない小母さんがいた。祖母たちはひそかに「鼻くえの小母さん」といっていた。

とても、働き者だったようでよくいろんな仕事を頼まれてしていたように思う。でもその顔付きは今でも覚えているくらい印象的だったが、その小母さんのようになるのはちょっといやだったけど、そんな恐怖はなかった。ただ知ったかぶりに友達なんかには、おびんづる様に触ると鼻くえになるげな。うちゃ触らん。」とかいっていたがとうのおびんづる様がどのようだったかほとんど記憶に無い。しかし、らいとおびんづる様との関連ははっきりあるのだ。その後いつのころか忘れたが、母にらいについてまたおそわった。「らい病は加藤清正が朝鮮征伐に行つてうつてきてから、顔が腐つてな。そいけん加藤清正の絵は顔に垂れをつけとるやろ。最初はな、皮膚に赤い点々が出来るとげな。そいから、段々腐つてから鼻やら指やらのうなってしまうとげな。加藤清正はそいじゃけん日連宗の信者になりよつてから日連宗はらいの人が多かげなよ。らい病になったら一生どこかの島に入れられるとよ。」この話は徹底的に怖い話だった。子供の癖に私はそれこそ、らいノイローゼのようだった。不思議なことにわたしにとってらいの徴候は私の腕の内側にあって、他のところはちっとも気にならなかったが腕の内側を

いつも眺めては赤い点々ができてないか調べたし、またちよつとでもあると心配で毎日どうなったか確かめたりしていつの間にか消えるとほっとしたりした。でも子供のこといつか忘れてしまった。小学校6年の時東京に出てきた。池上の本門寺の近くに家が合ったのでそのお会式は盛大なもので、全国から日連宗の信者さんが集まるということだった。1956年のときである。初めてのお会式の時私は万燈の列についていながらこの中にらい病の人もいるのだろうかと思ったことははっきり思い出す。中学時代はほとんど忘れて暮らした。ただ私はときどき教会に行っていたので癒しの話で触れたぐらいで、こんなに嫌われている病氣の人に近づいたイエスというふうに感じていて癒しの部分は「ふんふん」というくらいの感じしか残っていなかった。らいのこの部分については聖書における差別の話に必ず出てくる話であるが、私の教会の神父は癒しの強調は全くせず、当時のらいの差別的状況におけるイエスの行動に重きを置く。私自身ゆっくりこのことについて考える余裕がなく彼のこの考えに現在では納得している。むしろ、聖書の日本語訳に問題が存在するのではないかと考えているくらいだから。1960年中学3年生の頃から世の中は安保で大騒ぎだった社会問題に目を向けるようになり、私はほぼ正確にらい病についての知識を得るようになる。正確といっても「らい病が今では完全に治ること、現在の患者さんからはほとんど伝染しないこと、伝染するとしても伝染力がとても弱くなかなか染らないこと。しかし、社会の理解がないために社会復帰がむづかしいこと。」などなど。その後は、新聞の報道でらい社会復帰者の子供が学校に行くのを周りの人が反対しているという

ことを知った時、(どこの事で何時のことかはっきりしないのだが、熊本県黒髪のことだったと記憶している)「おかしい、ひどい」と思い怒った覚えを確かに記憶しているのでこの時点では正しい知識をもっていたと思う。

ただ、それはあくまでも「知識」としてであって、自分の問題としては考えていなかった。この時点だったら先頃のらい予防法の撤廃にむけての報道や島比呂志さんの主張に全く身を寄せて一緒に撤廃に向けて戦いましょうなんて気楽に言えたかも知れないと思う。

このことについてはあとで述べるつもりだが、私にとって「らい病」の認識を徹底的につくりかえさせたのはなんといってもインドでのある光景である。31才の時私はインドへ旅した。海外は初めてでしかもそれがインドだったのにはわけがあったが、私は真夜中に着いたカルカッタの空港で泣いた。私の浅はかさである。私は酔わないはずの飛行機で酔ってしまってもしや「妊娠?」と自分の体に思い当たることがあったのだ。私は3人の子があり離婚していた。カルカッタの空港を一步出たところで私は真っ暗闇の中でうごめいてる人々に出会った。インドに来てしまった浅はかさを嘆いた。到底私のようになまじっかのインド理解ではどういうふうに分かっていいか分からなかった。飛行機の中で出たハンバーグの残りは戸惑っている私の手からあつというまに奪い取られた。

多くのらいの人に出会った。染る心配やその「障害」についてはなんとも感じなかった。また、知人がいた救いセンターの中に治療に来る人が少なく、しかし病院の前にはらいの人で一杯だったのを見ても、ガンジス河での沐浴に来ている人に会っても、「インド全体」の風景として見られたように思う。だから物乞いのらいの人が私の通訳に追い払われても、その分「ココハインド」の風景であった。しかし帰国前のカルカッタの町中で私は箱車に乗り手に布をまいた女の人が赤ん坊を抱いた光景に出会ったとき「本当、生きていることってそうなんだ。」と思った。その人が本

当にらいだっただろうかはこの際まったく問題ではない。重要なことは私が「らいのいざりの女の人の子供を育てている」と認識したことだ。

この光景は今でもしっかりと私の心にきざみつけられている。それまでにも私はいわゆる「障害」のある人が子供を産んだのを知っているし、身近かにもいた。しかし、こと伝染病で子供を産むのに支障はないにしても育てるのは、という思いがあったに違いない。小賢しい自分のせいぜいの「正しい知識」に愕然としたらしい。はなはだ、ロマンチックな感想に過ぎないかもしれないけれど、このことは忘れないのである。

それから、その年に非婚のまま父親の異なる三男を産むことになる。もちろん私は中絶する勇氣は自分のためになかったし、この光景に出会わなくてもこの事に関する強い拘りがあったので、産んだに違いないが、この光景はいろいろ考えあぐねている私にはなにかパツと開けるものを与えてくれたのは確かである。このときからほとんどらいに関して思い患うことはなかった。出会いの時の私自身に確かに確かに自信を持たせてくれていたから。自分が最初に「障害児」といわれている子に出会ったときに全く予感しなかった時のような感じには襲われることはないだろう。それは自分が差別的な態度を取るかもしれないということも含めてである。私はこの日本でらいの人に出会ったことがない。それほど日本の隔離政策は徹底していたということか。『ゆきわたり』(子供問題研究会ミニコミ)のエイズの問題のときに私が感じたのは「らい」と同じだということである。少くとも政策的に「差別」の方向にもっていったりはならないし、自分自身や回りで一緒に生きていっている人の問題のような気がしたのだ。「国家」の出す政策は私たち自身が内包している問題を具現化しているといつも思うからだ。そこから出発しようと思った。

『ゆきわたり』で島さんのことを知った時もなんか「当然」の出会いという感じがして取り立てて出たいとか考えた事はない。紹介された本はいつか読も

うと思ったくらいであった。

今回、篠原さんに頼まれて、それも私は本を読むのが苦痛でない人間と見られているらしい理由だけで島さんの本の紹介を頼まれた。私は本が好きというより活字中毒で字だったら広告から風呂屋の張り紙までなんでも読むが書評なんてしたことはない。

不安である。しかし、人の本を読んで紹介を書くについては、自分のそれまでのスタンスのようなものを述べないと一方的に評する失礼になってしまうのではないかと思います書いてみた。もう一つ『文学界』の同人誌批評で『火山地帯』のことを知っていたし、島さんが『生田長江』のことを書いていられるのも知っていたがこれはいつか読みたいと思っていたので読む機会を与えられたと思い、思い切って紹介と自分なりの感想を書いてみることにした。

まず、友人の司書、田村雪子さんをお願いして本のリストを作ってもらった。彼女は大型ノート約3枚分のリストを作ってくれ、他に何冊かの本を借りてきてくれた。その中にスーザン・ソングクの本があった。この本は直接らしいには関係ないけど訳者が富山多佳夫だからと言って借りてきてくれた。彼女は『ゆきわたり』紙上のエイズについてを知っていた。島さんの本の中にスーザン・ソングクを見付けたときは嬉しかった。訳者の富山多佳夫という人は私が最近読んだ本の中でとても面白かったなんて彼女に話していた人で彼女に他になにを書いているか調べてもらっていた関係から彼女の目に留まったのである。バラバラと捲ることから始めて、出来るだけ島さんに遠いと思われるところから読み始めたのである。

まず読んだ本は次のリストになる。

- 1 徳永進『隔離』岩波書店 (1991年)
- 2 スーザン・ソングク 富山多佳夫訳『エイズとその隠喩』みすず書房 (1990年)
- 3 林力『癪者の息子として』明石書店 (1988年)
- 4 澤野雅樹『癪者の生』青弓社 (1994年)

- 5 森幹郎『差別としての癪』京都法政出版 (1993年)

- 6 島比呂志『奇妙な国』新教出版社 (1980年)

- 7 島比呂志『片居からの解放』社会評論社 (1985年)

- 8 島比呂志『来者の声』社会評論社 (1988年)

- 9 島比呂志『海の砂』明石書店 (1986年)

- 10 島比呂志『らい予防法と患者の人権』社会評論社 (1993年)

- 11 島比呂志『らい予防法の改正を』岩波ブックレット (1991年)

『隔離』(1)

人の語りというものはどの人がやっても奥深く、人の生様を映し出す。聞き書きする方の思い入れもさる事ながら、どんな聞き書きも人の生きていることそのものの美しさといったようなものを感じる。この『隔離』は故郷を追われた「ハンセン病患者たち」とサブタイトルがあるように作者徳永進と故郷を同じくするらい者からの聞き書きである。作者徳永進氏は医者であり自分の好きな故郷「鳥取」をらい者との接点にし、鳥取県出身の人達を尋ね歩いたのである。どの話もらいに罹ってから収容されるまでの話が含まれている。読んでいて悲しくて仕方がない。とくに戦後の話ではその年号が私が同時代になにをしてなにを思っていたかを思い出させ、悲しくなるのである。私が祖母かららいの話を知っていた頃に、そうだったからこそ『隔離』の道はらいを病む人に開けていたのだと。作者が序で述べているように理由のない理由で半世紀あまりも隔離の中で暮らさねばならなかった人達の言葉はあまりにも重い。その中で私が救われたことは、らいが遺伝病とされていた時はたとえ、村の人、近所の人、家族に嫌われていてもそこに居れたこと。それから嫌

われていても村の人達や近所の人や家族の中にはらいを病む人に対して「親切」な人もいたこと。そして、いろんな形で助けてくれた人がいたことである。国家が介入することによって、つまりは遺伝病ではなく伝染病であり、隔離の対象になることが分かってからその人達の態度は変化するのである。この本に出てくる人で昭和12年、13年に隔離の道を歩ませられた人は多い。鳥取県が無らい運動を起こした年である。「私は子どもがまだ六つでしたし、行きたくありませんでした。なんば山奥でも、生まれて育って働いてきた自分の村を離れるのはいやでした。親もはじめは『そんな所にはようやらん』と言って反対しました。でも、衛生課の人は『子供さんのことは必ず面倒を見るから、島へ行ってくれ』って言いました。『専門の薬が向こうに行ったらあるから、二年もしたら帰れるということだから』と衛生課の人に何度も言われて、反対していた親も『仕方ない。行けっ』って言いました。私は強制収容されました。今は強制って言ったらいけんって言われたけど、行きたくなかったのに無理に連れてこられたんです。」と話す生木を裂くように息子と別れて「強制」収容された女の人が語るように「強制」収容されなかったとはいえ、また、「自分から進んで入った。」とはいえ、「県の人」や「衛生課の人」や「駐在さん」や「巡査さん」が取り巻けば守るべき家族も、また当の本人さえ「やはり、行くか。」と承知せざるを得なかっただろう。「本人の意思」はその時、その時点だけの「意思」にすぎないのだ。この強制収容にいたるまでの道程は今現在の話である。「特殊学級を選びました。」という親子、「臓器提供します。」「尊厳死、安楽死を望みます。」しかり。「意思」は「意思」にいたるまでに、様々な想いを飲込むのである。この辺りのところを作者は「赤いウサギの目」の榎本さんの意思についてこう語る。「榎本さんは自分の意思で長島に来たのではなかった。目に見えないいくつもの力の強制で、島にいかせられた。(略)全てが自分の意思など貫くことができない強いられる場

面だった。その場面を榎本さんは、自分の意思が小さくてもあったのだと話す。そう思わずには耐えることの出来ないぐらいの、存在にかかわる悲しみだったに違いないと思う。」

伝染病という知識が普及し「うつる」ことが喧伝され患った人自身、家族に染つる事を恐れ、自ら隔離への道を歩いたようである。この伝染病という知識を普及させるにあたつての国家のやり方はらいに限らなかったであろう。コレラ、赤痢、ペスト、結核、梅毒、etc. そして、今エイズ。国家が衛生を説くとき「衛生啓蒙の中心課題は自己と他者との間に厳しく一線を画すことを教えることだった。」(田中聡『どこまで歩けば病気のない国』現代思想 青土社)暮らしの中に、生活の中に衛生啓蒙の思想は割り込んだのである。

しかし、らいは結局「障害者」の問題(体が醜くなる)であったからこそ一番強烈にやられたのではないかと私は思う。らいが強烈な伝染力や急速な死も伴わないものであるのは生活の中で人々はわかっていたにちがいない。「私の父は私が小さいときかららいでした。」「父親がどうも普通の病気ではない、と子供ながらにも分かっていました。顔が変形しておったです。」「ところがおやじがこの病気になった。(略)それでも結構生計がたつとんだらうな。」「私が子供のとき、父の病気はそんなにひどくはありませんでした。」「父はわたしと同じ病気でした。」「私は発病してからごくたまにでしたが、友達と妹を連れてバスに乗って鳥取の町に行き……」「私たち三人で田植えをし、近所の人がようしてくれて私ら三人を助けてくれました。」「九才のころ発病して……二十二さいのころ結婚して……」

「私は三十才で子供を産みました。この病気の人はお産をすると病気が悪くなると言いますでしょ。……」「遺伝って言われていたから田舎では嫌われなかったらうっておもいます。」「閉じ籠りっきりということはありませんでした。人も家によろ来てくりよ

うました。」「おやじにこの病気がでて鳥取に帰りました。」

これらの言葉から、この語られた言葉の当てはまる時点では、それぞれのらいの人はかなりの進行まで、差別されていたとはいえ、人々の暮らしの中に共にあったと想像される。共に暮らす者は病気の進行にさえくわしかったに違いない。おそらくはかなり「正しい知識」をもっていたのではないか。父や母や兄弟たちがらいと共にあるとき、本人でさえらいと共にあって、その病気の進行に一喜一憂した暮らしの日々があったに違いない。ここで語られる「病気が騒ぐ」という言葉は「病い」や「死」を恐れて日々暮らす現代の私たちに今再び取り戻したい言葉であると思はれる。

この本ではすさまじいばかりの国家政策としての「隔離」がたんたんと語られている。その点で私は「らい予防法」の問題が新聞紙上で大きく取り扱われるようになって「昔あった病気」で済まされようとしている「今、現在」とても貴重な聞き書きであると思う。「今現在」多く読まれねばならないと思う。が、ちょっといいがかり的な事を言わせて貰えば「聞き書き」であるにもかかわらず、この作者の思いがあまりにも書き込まれていないのを残念に思う。患者さんの話にも何人かの医者がでてくる。私が印象に残ったのは、診察すれば「らい」と診断しなければならないからと診察を拒否した医者がいたことである。この医者は自分の仕事の意味を分かっていたのだ。私は「伝染病」にかかわる医者になすべきことが、結局は「隔離」の道を開いたのではないかという懸念を持っていた。この点を作者は医者としてどのように考えたのかはつきりしないままの「聞き書き」に終わっているような気がする。作者が患者の側にたった医療を行う医者であるのはこの本を書いたということからも十分察せられるが、「隔離」は近代国家にならんとする日本がとった政策であり、そのことの科学的根拠となったのはまさしく19世紀に姿をあらわす近代医療であったと私は

思うのであるが、そのあたりのことを「今現在」医者として「暮らしのたつき」を得ている作者に是非語って貰いたかったように思う。

『奇妙な国』(6)

このように行われた「隔離」の道の果てに「奇妙な国」ができあがる。この国では「滅亡こそが国家唯一の大理想だということだ。」

しかし、この国に生きる人にとってはどんな国であつても、そこに、「暮らし」があり、日々があつたのだ。人は産まれた途端、必ず死ぬことを定められる。限られた命の束の間といえは束の間なのだがその間をどうしようもない定めを振り切るかのように男と女が叫びかけ合い、再び矛盾に満ちた生を産み出す。性は限られた命をながらえる幻想にすぎないかも知れない。しかし、たいいてい人は気付いてはいても、地球上の生命が動き始めるときになるとお互いに引かれ合い子をなし、子の成長を楽しんだり悲しんだり苦しんだりしながら、もしかすると、死に向かう自分をもう一度生き直そうとしていたりするのかもしれない。性はそういうものでいくら「快楽の性」と「生殖の性」が別れようとも、やはり、生き物の法則は人にも通用するであろう。ところがこの「奇妙な国」は滅亡が理想なのであるから、ここでは、「生殖の性」は認められないのである。しかもそれは「滅亡の虫」をわが日本にのさばらせないためであった。

そして、戦前、戦中、戦後いつもわが国日本の都合により、左右させられてきたのである。『奇妙な国』作者が描くこの国の住民は、かつての日々の暮らしを断ち切れ、突然その暮らしが「社会」と名付けられる遠い存在になってしまったのだ。そして、新たな共通項「らい」で括られた人達の中での、つまりは「奇妙な国」での生活が始まったのである。

作者はこの作品の中で執拗に「奇妙な国」で生き続ける人の生＝性を追い続ける。

子を産むことを最初から否定された夫婦の葛藤(『カロの位置』) また、この国では恋愛や結婚の自由は認められていても結婚は断種手術が条件になっている。また恋愛や結婚が認められていても男と女の比率は極端に不均衡なので、どうしても、男達の「性的不満」は激しくなる。(『女の園』) そこで、いわゆる「性的に不道德」な事件が起ってしまうが主人公は「人間を根本的に欺く罪に比べればはるかに軽いし、エロスの名において許されるのではないだろうか」と男子寮に一体ずつ女体人形を備え付けようと提案する保健所長の言葉に、思うのである。(『栗の花の匂う島』)

これらの作品から私には作者の「らい」ゆえに「生=性」を断ち切れなければならなかった人達のそれでもそこで生きている証しの苦しみが伝わる。しかし小説の形が取られているためか、ダイレクトな伝わり方がなかった。また生=性のとらえかたがあまりにもステレオタイプの書かれていて同じ作者による評論などに比べて繊細さが伝わらなかったのは残念だった。すっきりと一人称で書かれた方が良かったのではないと思う。

『らい予防法と患者の人権』(10)

まず、私は人権という言葉が嫌いなのでふと読みたくないなと思ってしまったが捲るとなんと三分の一はⅡ部「宿命への挑戦 生田長江の生涯」であった。まずここから夢中で読んでしまった。実は生田長江ではなくて生田春月は私が中学生の時好きだったブーデルマンの『猫橋』を訳した人なのである。しかも『猫橋』は彼の死後出版された後書きにあったので、ここに出てくる春月はもしかすると『猫橋』を訳しているころの彼ではないかともうわくわくしてしまう。

ところがそのわくわくした気持ちはすっかり長江の方に移ってしまった。「宿命への挑戦」の中で書かれているのはらいを病みながら「隔離」への道を断固拒否した長江のすさまじいまでの生き方である。また作

者が同じらいを病む人であってみれば、そのときどきの長江の気持ちへの迫り方はびたりと視点が決まっていゆるぎない。しかも作者は「隔離」の中に追い込まれた人なので、長江の生き方に比しながら自分の過去を振り返っているのが一層、長江の生き様を浮かびあがらせることになった。

徳永進『隔離』の中で私は「隔離」されなかった人がどうだったのかを知りたいと思った。少し、脱走の常習犯の人の話があるが「浮浪らい」の人なんかの話を知りたいと思ったのだが、しょせん「隔離」された人からの聞き書きで望むべくもなかった。しかし、生田長江という明治大正昭和にかけて文壇の支配的位置にいた人がらいを隠し堂々と世間を欺き通したことにまずは感嘆の声をあげた。彼はどうやら妻亡き後の一人娘が気になって仕方がなかったらしく、らいを隠すために医者にかからず、らいによる「障害」がひどくなり結果として箸に手をくりつけて食事をしていたというのだが、「共に暮らしたい」思いは文壇の権威なぞはじきとばしてしまっただろう。作者はこのような長江の気持ちに沿いながら自らが二度も失明の危機に見舞われながら視力を確保できていることに比べ残念でならないとしている。「医学的」に避けることが出来たものを「隔離」の道を拒否したがゆえに多分晩年は失明していたであろう長江にとって、それでもなお口述筆記によって作品を出し続けることは、それこそ「この世で娘と共に生きる事」以外のものではなかっただろう。私は作者と同様に「『廃人同様』の肉体的変貌にも絶望することなく、最後まで宿命に挑戦して書き続けた、そのバイタリティ」を讃えたい。生田長江のらいは噂だけでなく、知る人ぞ知るものであったと私には思われる。しかし「隔離」の道を取らないと決めた長江にとって、マルクスの資本論の誤訳をめぐる論争のように真正面からの攻撃以外はあまり気にならなかったのではないか。それこそ、なりふりかまわず居直っていたのではないかと思う。箸を手にくくり付けての食事などは人目に隠そうと思えば思え

たと思う。その辺りの彼の凄さが伝わってくる。彼は作者が述べるように「癩という宿命に挑戦して負けなかった、ただ一人の勝者なのである。」しかし、本当にただ一人の勝者だったのだろうか。私には長江のように「まっとう」に世の中の権威者の地位を獲得し「隔離」への道を歩まなかった勝者でなく、「人の道を踏み外し」「無法者」になって「隔離の道」を歩まなかった「浮浪らい」の人の姿が見え隠れする。どうも、長江に心服してしまうにつれて、その姿は大きくなってしまったようである。どうして、「無法者」なのかというと、わが日本国の取った「隔離」政策の凄さから察するに「法」と「世間の常識」から逃れるには「無法者」である以外にないような気がするからである。

「遺伝病」と言われたときには「遺伝してなにが悪い」、伝染病だって「うつったってなにが悪い」と言いながら「娑婆の暮らしに拘った」「普通のらいの人」に繋がりたいと思う。それにしても、国立療養所在在者の平均年齢が65才以上である事を思うと私は菌嚙みしたい思いだ。作者の思いはいかほどか。I部「憲法はお飾りか」の中で作者はらい予防法を「患者皆殺しの法」と呼ぶ。そして、今現在この法律が生きていて「エイズ予防法案」に引き継がれていくのは恐ろしいことである。「憲法はお飾りか」の部分は作者の丁寧ならい予防法の批判でありその批判は十分人を納得させるものがあり私もまったくその通りと思う。ただ、今現在もらいに対する差別があり、自らをきちんと問うことなしに、らい予防法撤廃にすんなり身を寄せることはできないような気がする。とくになぜ必要ないかを差別の側にたっている者として十分考えたい。

III部「厚い壁」では『赤い高粱』のらいに対する差別的表現の問題に寄せた作品が興味深かった。作者は『赤い高粱』の原作にも映画にもらいに対する差別を煽りたてるものは見つからないといっている。表現の自由の問題についてこのことを考慮し過ぎて、台湾のフェミニズム文学『夫殺し』が日本で訳されるのに時

間が掛かったということを知っている私は、この『赤い高粱』にたいする作者の文学作品等における差別的言辞のていねいな考え方に深く同感した。

『片居からの解放』(7)

らいは古くは「天刑病」といわれ天罰として受ける病ということで外観が「醜くなる」上に罪悪視され病人はひとまえに出られなくなり家族としても他人の目に触れさせたくない。そこで病人は家の片隅で生きることになる。らいの別名「片居」である。

そして「片居」をおおがかりに強制したものが日本がとってきた「隔離政策」であり、「らい予防法」と「優生保護法」である。作者はこの二つの法律を丁寧に探る。「隔離政策」によって隔離させられ優生手術を受けさせられた作者の叫びは作者だけでなく、多くのらいの人達の叫びでもある。とくに死んだ人達や今生きていても、もはや「社会復帰」もかなわず、また断種のため子をなさず、つかの間の夢もなくしている人達にとって、今更、としか思えなくなっているだろうことも含めて、私は共に怒り、共に祈りたい気持ちである。優生保護法を論じた「日本の恥部」では、私たちは優生保護法が伝染病と分かっていた1948年に成立し、国民優生法にも存在しなかったらい条項が盛り込まれたことを知る。

私はこの事を優生保護法「改正」問題のときに知った。私は「産む産まないは女が決める」に懐疑的だったし、まず、女が「障害児」を手に掛けた歴史から振り返りたいと思っていた。「女が決める」というのは「お上」に物申す上での止むに止まれぬ言葉だったであろうが、今では生殖技術の進歩により女の「意思」は追い込まれたすえの「意思」に過ぎぬものになってきているように思う。刑法堕胎罪と優生保護法の撤廃が正当な運動の方向だろうがその中身はさらに検討していかなければならない問題として私の中に大きく残っている。らい条項にしても、伝染病ということが、大き

くなればなるほど、らい条項の撤廃にはなるだろうが、遺伝病条項や精神病、精神薄弱条項の撤廃にはならないし、より補強してしまうのではないかと私は懸念する。なぜらい条項が論議もなしに加わったかと言うことは、やはり、らいが忌み嫌われた理由に究極には「障害者」になる病気であったからと思われる。ここではらいは伝染病である以前に「障害者」であったのではなからうか。「障害者」は不幸である。だから「障害者」が親であるのも「不幸」である。らいは「不幸」である。だから、らいの人が親になるのも「不幸」である。らい条項が簡単に取り入れられたのは国家のらい絶滅政策だけでなくこういった私たちの日常感覚だったと思えてならない。

エイズの人の出産をだれが歓迎したであろうか。

今では、私はどんな子であろうと闇のままにしているよりは光の中にいるほうがよいと、ほんとうに単純に思っている。どんな子であろうとお日様の光にあたるのは生き物として喜ばしいことではないのか、と思いたい。

私は優生保護法の問題に限って言えば、やはり女は女で最初の出発点にかえて「富国強兵」政策で産まれ、「健全者」の女の「障害児殺し」にいたる経過を振り返り、「障害者」は殺された側として差別の二重構造をなす男と女の問題を改めて見詰め直す必要があるように思う。また、らいの人はやはり「障害者」差別ゆえに隔離の道が他の伝染病より近かったことをかみしめる必要があるのではないだろうか。

私たちはお互いにこの事をつきつめていったとき、「お上」に歯向かっていけると思うのである。「日本の恥部」を読むことによって私は以上のことを改めて強く思ったのである。私はだから簡単にいまさららいの人に身を寄せることをしたくないし、もちろん「障害者」に対しても同様である。「健全者」の「女」として私は差別されるのを感じてきたし、その分「障害者」差別をしたし、これから具体的にらいの人と関係が出来たときに「らい差別」をするだろうと思うから

である。そこを私自身どの様に超えられるだろうか。

『来者のこえ』(8)

当初この本の感想も書くつもりであった。例えば私たちが言っている「本人の選択」ということと、島さんが言ってる「本人の選択」などという人並みのことはらい患者には存在しなかったという部分などは、「社会」の中でいろんな人と共に生きる関係から決して「本人の選択」が人並みの事ではないということや「医療保護法の制定」の関する私の考えなどについて書きたいことはたくさんあった。ここにきて私は一つの話聞いた。

私の沖縄の友人が尋ねてきてビールを飲みながら、島さんの話にあった沖縄の療養所だけが病気に応じてどこの病院でも入院治療が受けられる、アメリカの占領によってらいの強制隔離が解かれ解放医療へ修正されたため復帰後もそれが続いているという話をしたのである。その話から彼は意外な話をしてくれた。彼がまったく偶然に療養所の付近に遊びに出掛けまったく偶然にそこにらいの療養所があったことを知り、家に帰って奥さんに話したところ奥さんの顔色が真っ青になり、その後打ち明けていうには実は親戚の一人がそこにいること、このことを彼と結婚以来隠し続け、一年に一度は彼には内緒で訪問しているということだったそうである。彼は自分自身がどういう態度をとっていいかわからなく本当に驚いてしまったそうである。私は是非奥さんと一緒に訪問したらどうかと言った。彼はそうだそうだいいながら「一月には訪ねるよ。それからだ。」といって帰っていった。この原稿の締切りまじか、12月24日のことだった。具体的な関係の中らいの人の話が出てきたのは初めてだった。改めて私自身考えなければいけないようである。彼の奥さんは彼と一緒に療養所に行くことを承知するだろうか。彼等には子供が三人いるが子供も一緒

にキャンプ地があるという療養所にいけるだろうか。いろいろなことがあたみに浮かんできてしまう。

本を通して馴染んできたらいという病気が具体的になった。いつか、彼の所へ遊びにいったらその時までその人と彼は関係が深まっていて私にまで広がるだろうか。

いろいろ考えていたら、本はどこかにいってしまっただ。新しい関係の広がりには比べたら本なんてつまらない。とはいふものの島さんの本に出会わなかったらこんな話は決して出て来なかっただろうし、島さんの思いがほんのちょっとだけ私に伝わったようだ。

<「映画と本」で考える>

『友だちのうちはどこ?』とアメリカ映画
—「子どもの権利条約」とアメリカの子ども観に関する一考察—

児玉 亮

I 先生へ

お元気ですか。

早いもので先生が児童相談所を離れられてもう半年以上経ってしまいました。ぼくは相変わらず皆さんの足を引っ張ってばかりですが、少しは余裕が持てるようになりました。一時保護所もずいぶん様変わりし、「先生」と呼ぶことも呼ばれることも随分少なくなりました。一度また遊びにいらしてください。北部療育センターにもいつかみんなでおじゃましたいです。

少し前になりますが、子どもが重要な役割を果たしている映画を三本観ました。

一つはイランのアッバス・キアロスタミ監督の『友だちのうちはどこ?』、あとの二つはアメリカ映画で、ケビン・コスナーとクリント・イーストウッドの共演が話題を呼んだ『パーフェクト・ワールド』、メル・ギブソン監督、主演の『顔のない天使』です。

これら三本の作品を観て、それぞれの作品、あるいは作品を生み出した社会のなかに流れている子ども観の違いを感じることができてたいへん興味深い思いがしました。

以前、先生より「アメリカはなぜ“子どもの権利条約”を批准しないのか?」という問いとともに「アメリカの子ども観」についての宿題をいただいていたので、これらの映画をヒントにしてはくになりその問いについて考えてみたいと思います。

『友だちのうちはどこ?』は、友だちにノートを返すために奔走する少年の非日常体験を描いた作品で

す。この作品が全世界で高い評価を得ているのは、その描き方が、今までにないほど限りなく「子どもの視線」に近いからだと思います。そこに展開されるのはまさにおとなのそれとは明確に隔離されている「子ども独自の世界」です。この作品を観たおとなは、そこにおとなとしての「子どもの無垢さへの期待」を感じるのではなく、自分がかつて体験したことのある子どもの秘密とか、ずるさ、したたかさといった「世界」を、そのままの形で自身のなかに再現するのだと思います。ぼくも自分自身が知らぬ間に主人公の少年に同化していき、ラストシーンではえもいわれぬ不思議な気持ちになりました。驚かされるのは、思わず「そうそう!」とひざをうってしまうような、子ども特有の微妙な気持ちの“ひだ”が描かれているところです。

監督のアッバス・キアロスタミはこのようなタッチで子どもを描くために、さまざまな手法をこらしています。例えば、作品の配役はすべて素人です。しかも台本どおりに「芝居をさせる」のではなく、監督を始めスタッフが出演者の子どもにシチュエーションを用意するだけで、あとはその子どもの動きをフィルムに収める、といったように。

この作品の評価は日本でもかなり高く、ロングランされました。このような子どもの描き方が遠いイランという地でなされ、それが国際的にも、そして日本でも高い評価を得ていることにどのような意味があるのでしょうか。

Sさんはこの作品を観て、河合隼雄の『子どもの宇宙』(岩波新書)に通ずるものがある、と言っていました。(正直なところぼくはまだそれを読んだことがないので今度是非借りようと思っています。)ぼくは

村瀬学が『子ども体験』(大和書房)のなかで次のように子どもを理解しているのを思い出しました。

私が思う「子ども」は時期的なもの、世代的なものとはちがっている。世界体験の様式として私は「子ども」のあり方を考えたいと思っている。つまり類型として世界体験のあり方を大きく分けたとき、そこに「子ども」と呼ばれてしまうような世界体験があるのだと。

学校という<制度>によって<子ども期>が生まれ、マス・メディアの発達によってそれが揺らいでいる、と言われています。そこを踏まえて、子どもがおとな(社会)との関係のなかで了解されていかなければならない、ということはあると思います。そのうえで、いま揺らいでいる<子ども>をどうとらえ展開してゆくかが問われており、「子どもの権利条約」はそこに投げかけられた問いのひとつのような気がします。

この作品を通じて強く感じるのは、従来の<子ども期>の心的(あるいは身的)世界を大切にしながら、新しい存在としての「子ども」を模索する息遣いともいえるものでした。従来の子ども観と「子どもの権利条約」のもつ新しい子ども観を止揚している、その視座の新しさゆえに、世界的な高い評価を得ているのだと思うのです。

『パーフェクト・ワールド』は不遇な少年期を送った脱獄囚と、人質になった少年との間に生まれる友情を、『顔のない天使』は暗い過去を背負った元教師と、愛に飢えた孤独な少年との間に生まれる友情を、それぞれに描いた作品です。

子どもを“主題”としていた『友だちのうちはどこ?』を観た直後だったからでしょうか、これら二つの作品が同じ方法で子どもをおとな社会を描くための“手段”としていることがとても印象的でした。社会

から異端と認定され、「それにふさわしい」生活を強いられているおとな(『パーフェクト・ワールド』ではケビン・コスナー演ずる脱獄囚、『顔のない天使』ではメル・ギブソン演ずる元教師)が、子どもとのかかわりのなかで、心の傷を癒し、自分を見つめ直してゆく。つまり、子どもを手段として社会とつながってゆくという設定になっています。そこでの子どもは、純粹無垢で、おとな社会の「偏見」から自由であるがゆえに、排除されたおとなの「よき理解者」となり得るのです。

当然のことながらこれらの作品を観るおとなは(あるいは子どもでさえも)、おとなとして子どもの「無垢さ」に期待を寄せてゆきます。しかしそれはおとな社会を描くための手段でしかないように思えるのです。おとなと子どものかかわりのあり方を描いている、といういいかたもできなくはないのですが、それはあくまでおとなが一方的に「こうあってほしい」と願うところの関係性に過ぎず、所有(手段)としての子どもという視座を脱しきれていないのではないのでしょうか。

また、登場してくる異端としての存在のおとなと、彼らと交流をもつ子どものすべてが家庭の愛に飢えている、という設定は「アメリカ型家庭主義」の典型を見る思いがします。家庭(家族ではなく)への理想を追い続けるためには、保護されるべき子どもという存在が必要不可欠なのではないでしょうか。

アメリカ映画で『友だちのうちはどこ?』の子どもの描き方に近い作品を探すなら『スタンド・バイ・ミー』が挙げられるでしょう。この作品も子どもの世界を描いてたいへん話題となりました。しかしそれでもやはり『友だちのうちはどこ?』のなかの子どもの世界とは異質のものを感ずます。なぜでしょうか。

ひとつには、登場する子どもたちが家庭のなかでの不幸や、そこから逸脱しつつあるという不安を抱えていることを前提に描かれているからだと思います。彼らは一時的にそこから逃走し、そのなかで培った「成

長」を携えて再び家庭に帰ってゆく。そしてそういった不幸や不安を乗り越えて「立派な」おとなになってゆきます。子どもの世界は存在しますがそれはあくまでおとなになるための通過儀礼であり、おとなの世界に従属したものに過ぎないのです。つまり、子どもはありのままでは決して受け入れられない存在なのでしょう。

もうひとつ、この映画が原作者の回想という形でまとめられていることも重要なポイントだと思います。つまり一種の子ども期へのノスタルジイであり、現在おとなとしてある自分の子どもへの思いを多分に含んでいるのです。この作品を観るおとなは、かつて子どもだった自分に思いを寄せながらも、そこに完全に回帰することができない。ある意味でそれは、おとな社会の現実をリアルに捕らえているともいえ、それがこの作品の主題なのかもしれません。しかしその結果、従来の子ども観にしがみつくと、「あきらめ」にも似た印象を受けざるを得ません。

アメリカにおいて日本やヨーロッパのような外国人問題が起きないのは、アメリカという国のそもそものが、外国人（異民族）のせめぎあいのなかで成立してきた歴史をもっているからだ、ということを知ることがあります。いくら流入する外国人が増え、それが原因で社会的な問題が発生しても、流入の制限や禁止、外国人にたいする追放や排斥を叫べないのはおおくのアメリカ人が「比較的新しい外国人」であり、「民族として」それを叫ぶ「権利」は先住民族にしか認められないからだ、ということです。

そう考えてみると、アメリカ国民のアイデンティティの拠りどころとして、しばしば家庭がとりあげられる理由がわかるような気がします。例えば、アメリカ大統領の資質の一つに、必ず「家庭的」であることが挙げられるのを見ても、それははっきりしているようです。これはアメリカ型家庭主義を考えるうえで、大切な視点だと思います。

ここで“家族”ではなく“家庭”としたのは、制度

としての“家庭”の機能性が追い求められていると考えるからです。“家族”は民族をうけて<血>を重んじつつも、社会への拡がりや世代間のつながりを断続的にもっています。それにたいして“家庭”は社会を形成する共同体の最小基盤として、社会からさまざまな役割を要請されている、近代の比較的新しい単位といえると思います。日本でいわれている家族の崩壊も、“家庭”がそれにとって代わろうとしていることの現れではないでしょうか。

“家庭”に任されているのは、人を社会のなかで生かすための再生産の機能であり、家庭もまたそのありのままの存在では受容されることはないように思われます。そこではおとな社会への適応に向けての垂直的な発達だけが成長であり、子ども期独自の世界を、おとなの世界と同じ地平で許容できる可能性は見いだせないように思います。またそのような“家庭”の機能のあり方は、国が子育てを含むさまざまな社会保障の環境整備を怠ったときの隠れみのとしての意味ももつでしょう。

アメリカはその歴史的な背景から“家庭”を失うことの恐れにとらわれ、それゆえに“家庭”を構成する重要なファクターである「保護されるべき存在としての子ども」観を捨てきれずにいるのではないのでしょうか。

アメリカがいまだに子どもの権利条約を批准しない（できない）理由のひとつは、「子どもの権利条約」がうたっている、「経済大国から第三世界の子どもへの経済的な援助」について、アメリカの財政がそれを許さないという事情にあるようですが、その本質は根本的な子ども観の転換と、それに伴う大幅な法改正への不安と拒絶なのだと思います。

このような政府の姿勢に対して批判の先頭に立っている Children Defense Fund が、1993年9月にアメリカの子どもの現状を分析した報告書をまとめています。（樋口範雄「子どもの権利条約とアメリカ合衆

国』『法学セミナー』1993年 No 457) それを見て、アメリカの子ども観が「保護」を前提とした受動的なものであることがよくわかります。

そしてそのような問題群は日本の抱えている問題と実によく似ているのです。

またこの Children Defense Fund がクリントン大統領夫人を擁しているという事実は、大統領が変わればそれで状況が変わるという希望的観測が、幻想に過ぎないことを暗に示しているような気がします。

そしてそれは条約を批准しさえすればすべてが変わるものでもないということをも示唆しています。

余談ですが二つのアメリカ映画のラストがこれまた同じように、異端とされたおとなへの更なる（社会からの）排除で締めくくられていることも、たいへん興味深く思いました。彼らと心を通い合わせた少年たちは、その思いを大切にしながら成長し、やがて社会の一員としておとなになる。一方で異端としてのおとなたちは社会に戻ることを許されず少年たちの前から姿を消すことを余儀なくされるのです。（『パーフェクト・ワールド』では死を、『顔のない天使』では地域からの追放を強要されます。）異端としての人間の存在と、彼らとの共存の可能性に気づきつつも、そのために社会が変わるのでなく、彼らが社会に適応することを要求し、それができなければ共存を拒否してしまう。それを暗に告発していると言えなくもありませんが、全体として憔悴感が漂っているのは否めません。ここにアメリカの苦悩が読みとれる気がします。『レインマン』のラストなどもそれに近いものを感じました。もちろんアメリカに限らず、日本も同様の問題を抱えているのかもしれませんが。

以上、先生からいただいたヒントをもとにぼくさんの考えをまとめてみました。

現在、「子どもの権利条約」に署名も批准もしていない国はアメリカを含めて22カ国となっています。

国連の常任理事国ではもちろんアメリカ以外の国がすべて批准しています。

「子どもの権利条約」が国連総会で採択されてから4年半が経過した、1994年5月22日、日本もようやく「児童の権利に関する条約」を発効し、世界で158番目の条約批准国となりました。

日本は子どもの権利条約をようやく批准しましたが、先生の危ぐしていた通り、権利条約や権利意識を根付かせてゆくための方策は、現場の人間に一手に背負われた感があります。政権はころころ変わりましたが、どの政権も「批准すれども実施せず」という姿勢にはあまり変化がないようです。

ぼくは、これからも『友だちのうちはどこ？』で感じられたような、新しい子ども観の可能性に期待しつつ、「子どもの権利」というものをさらに読み解いてゆきたいと思っています。そしてもっと生活とか日常のリアルな部分にリンクした形で「子ども」というものに触れてゆきたいと思います。

これからもご指導、ご批判よろしく願いいたします。

そういえば今、『友だちのうちはどこ？』のアップス・キアロスタミ監督の新しい作品『オリーブの林をぬけて』が上映されていますね。もうご覧になりましたか？『友だちのうちはどこ？』に勝るとも劣らないすてきな作品でした。前作、『そして人生はつづく』と三本あわせて観ると、より一層深みが増すのでは。

奇しくも『そして人生はつづく』『オリーブの林をぬけて』では、実際にイランでおきた大地震のつめ跡が大状況と映画の全編覆っていて、今回の阪神の震災とダブるところがありました。

“ジグザグ道シリーズ”とも呼べるほど、この三本の映画はあの象徴的な“ジグザグ道”を通してさまざまなことをぼくらに問いかけてきます。大学で美術を学び、デザインの仕事もしたことがあるキアロスタミ

監督が、映画のためにわざわざつくったという斜面のジグザク道を、『友だちのうちはどこ?』では少年が友だちにノートを返すために、『そして人生はつづく』では映画監督がその少年を探すために、『オリーブの林をぬけて』では青年が思いを寄せる女性を追って行き来します。「何かを追ひ求める道のりはまっすぐで平たんなものではない」ことを、これほどまでにストレートに、しかも自然に表現したキアロスタミ監督には脱帽です。しかしそれは決して、人の生きかた、在りかた、というような説教がましいものでなく、むしろ、人の生きざま、在りさまとしての“ジグザグ道”という印象を受けました。

そして一作ごとに登場する映画監督が増えるのも、キアロスタミのマジックのひとつです。『オリーブの林をぬけて』では実に三人もの映画監督が登場します。キアロスタミによれば、現実と虚構の境界という

のは実はそんなにはっきりしたものではないんだということを示したかった、ということだそうです。もちろん現実を虚構に近づける意味ではなく映画という虚構をより現実のリアルに近づけるという意味でしょう。つまり「映画を映画する」キアロスタミの独創性がこの作品を成功させているのだと言えます。

先生はどのような感想をお持ちになったのでしょうか。

それではこのへんで。

またゆっくり子どもや映画の話したいですね。

それから、今度のスキー楽しみにしています。

お体にお気をつけて。さようなら。

1995年1月20日

児玉 亮

＜「映画と本」で考える＞

「人権」・「子どもの権利条約」をぼくらのものにするために
— 浜田寿美男『個立の風景』・花崎皋平『アイデンティティと共生の哲学』を読んで —

山野 良一 (神奈川県中央児童相談所)

BEACHさんへ、FLOWERさんへ

昨年末のちょうど人権週間にあった愛知の中学生K君の事件は、やっぱりショックでしたね。

でも、あれだけ騒いだマスコミの論調は、教師や学校がどうしていじめの事実気付かなかったのかという犯人捜しにばかり往来しているように思えてならないんです。K君は遺書で気付いて欲しかったなんて一言も言っていないんですよ。K君は大人たちを優しく拒否しているだけなんです。

僕らが気付かなければならないのは、K君のように追いつめられた子どもたちが、僕も含めて鈍感な大人たちとの回廊を優しく閉じようとしていること、それほどに学校や子どもたちの世界がやばい状況にあるってことなんじゃないかと思うんですけど。

でも、やっぱり死んじゃだめですよ、それだけは、ゼエツエエですよ！

昨年は、また「子どもの権利条約」が批准された年でした。

権利条約の内容と、K君の事件を並べて考えるとちょっと複雑な気持ちになります。

もちろん、僕もこの条約の画期的な意義を認めないわけではないのです。

しかし、「子どもの最善の利益」尊重という原則を持つ条約とK君のように追いつめられた子どもたちの存在、その間にあるギャップをなんとかしなければならぬと思うんです。そいつが僕らの課題だと考えるわけです。でないと、「子どもの権利条約」は絵に描いた餅になってしまう。

そのためにはもちろん、この条約を踏まえ、国内法の整備や、学校や福祉施設での人権侵害の改善を求めていく運動も大切ですが、もう少し、別の視点から権利条約やその根っこにある「人権」そのものを捉え直す必要があるのではないかと。

ということに気付かせてくれたのが、BEACHさん、FLOWERさんの本だったわけです。

『個立の風景』(BEACHさん著)を読む

BEACHさんも、子どもを単に「保護」の対象とみるだけでなく、「自己決定の権利」を持つ主権者として捉えなければならないというこの条約の積極的な特徴に触れることから出発しています。

その上で、現代の大人—子ども関係におけるこの「保護」と「自己決定の権利」との間に横たわる大きなずれや矛盾を指摘するわけです。

たとえば、今日ほど大人たちが子どもたちの世界に関心を寄せ、時間的にも場面的にも手厚く保護的に介入している時代はない。そう、大人たちは優しくいっぱい目をかけてくれる。しかしこうした優しい状況は実は「保護」という名の「管理」になっていないか。

一方で子どもたちも、もちろんこの「保護」に抵抗するが、この「保護」という「管理」を越えて自分たちの生き方を模索して行ける力を持ち合わせているわけではない。結局、「自己決定」の行使も消費・娯楽文化(テレビ熱、ファミコン熱)に浮かされたままの「自己決定」でしかなかったりするとBEACHさんは言う。そうした子どもたちの姿は、大人には「身勝手」にしか映らない。

「問題の核は、大人—子どもの関係のあり方にこそある... 大人の保護が管理になり、子どもの自己決定が身勝手になってしまうような関係のあり方そのものが問題なのである」

もちろんここでいう「関係のあり方」とは、例えばカウンセリングルームのなかでだけ結ばれるような抽象的な人間関係を言っているのではない。むしろBEACHさんは大人と子どもとの間の具体的な生活の共有のあり方を言っているようなのだ。

現代社会における食い方（物質的な豊かさ）、稼ぎ方（貨幣）、それらを含めた生活全般のなかで大人と子どもが生活を共有せず、「互いに土俵を異にして、違う土俵の上で争っているために、結局すれ違うしかない」関係。

例えば、BEACHさんは今日の教師—生徒関係において、こうした関係は典型的にあらわれているとしているようです。

本来、生きていく上で意味のあることを「教える」—「教えられる」関係で成り立っていた教師—生徒関係は、いま成績、単位、学歴、といったもののだけが貨幣のように一人歩きし、しかも学校や世の中という制度や組織的な流れから抜け出すことはできなくなっている。こうした関係の中では、教師と生徒は「教育制度を間にはさんでお互いすれ違っているだけ」になってしまう。

「やはり、教師が生徒の前で一人の生活者として登場してこないかぎり、そして生徒が教師にとって一人の生活者に見えてこないかぎり、お互いの生活の共有はありえない...」

K君の事件も、「子どもの権利条約」を単にいまの学校状況にぶつけることだけで解決できる事件ではないようです。

一方でまた、BEACHさんの議論からは、以上のような大人と子どものすれ違う関係や、K君の事件を始めとするやばい子どもたちの状況が存在するからこ

そ、子どもを権利の主体者とみる「子どもの権利条約」が制定されたのだし、BEACHさんが取り上げたような「保護」と「自己決定」の関係性（バランス）の問題も注目され得るのだというちょっとひねくれた読み方も可能になるように思います。

僕はいま、児童相談所という場で、一方で大人たちから「放任」されながら、同時に他方で虐待という「過保護」を受けてきた子どもたちに出会うことがあります。「放任」と「過保護」という正反対のものがいっしょに存在する大人—子ども関係。

そうした子どもたちにとって大人との関係における「自己決定」と「保護」のバランスは悩みの種になっているようです。「大人に決めてほしい!」「でもほんとは自分の意見は違う!」

しかし、この「自己決定」と「保護」の問題は、実は大人たち自身の問題でもあるのです。

僕自身、まわりの人の評価（保護）ばかり気にして生きてきたように思います。そういう僕にとって、自分の生活体験にこだわりつつ、本当に僕がやりたいこと、言いたいことを表現し、生身の人間として子どもと向き合うことは非常に困難な作業です。

また、「不幸」な生活体験を越えて、身体の底から自分を表現し、ぶつかってくれる（それこそ本当に殴りかかってくる）子どもたちを受けとめるのはより難しく、「やってらんねー」と逃げることに四苦八苦する毎日なのです。

しかし、本音をぶつけ合い、互いに「生活者」として向き合える関係によってこそ、はじめて「子どもの権利」も「人権」も生き生きとした本来の姿を再生するのだと思えてくるのです。

だから、K君には「ごめんなさい」とも「ありがとう」とも書いて欲しくはなかった。どんとぶつかってほしかった。大人や僕らの状況に。K君は優しくかった。しかし、それは一番大事なことを避けていただけなんじゃないのか。もちろん、K君のぶつかりを受けとめる力が僕ら大人にはなかったのかもしれないけれ

ど……

『アイデンティティと共生の哲学』(FLOWERさん著)を読む

この本の前半のひとつの柱は、「人権」思想や「民主主義」を生み出した「普遍主義」(それは、西欧自由主義や近代科学といったものの流れにある、普遍的な価値を求めていく立場や制度。特殊主義、民族主義といったものと対概念にあるもの。僕は消費文化もその流れにあると思いますが)の批判と継承がテーマになっています。

この「普遍主義」は、今日、少数民族や先住民といった人々を強制的に「同化」させるという形で「民族差別・人種差別」をもたらしている。

例えば、アイヌ民族にとって、「人権」とは日本民族になることでしか保障されえない。

また、FLOWERさんは触れていないのだが、障害者にとって、「人権」とは健常者になる努力をすることではじめて不十分ながら保障されるものでしかない。

子どもの権利というのも、大人の期待に沿う形で発達した子どもだけに与えられてきたもの、と考えるのは深読みすぎでしょうか。

ともかく、この場合「人権」－「民主主義」は多数者(日本民族、健常者、大人)の特権と成り果ててしまうわけですね。

一方でFLOWERさんは「普遍主義」の深化・発展をあらわすものとして国際人権思想のあゆみを概括しています。その歩みとは、人権の思想と理論が、その前提としていた西欧近代の価値観を克服する流れだったのではないかと。

『子どもの権利条約』もこの流れに位置するものですよね。だから、ここらへんの話は非常に大切なのですが、紙数の関係上省略します。ただ、FLOWERさんはこのように「普遍主義」の両面の姿を浮き彫り

にし、その止揚を、ひとつにはエスニシティという概念に注目するなかで試んでいます。また、その流れのなかで「人権」－「民主主義」の思想も再生されている。

FLOWERさんは、政治哲学者ハンナ・アーレントを援用し次のようなことを語っています。

無国籍者、難民の大量発生という戦後の出来事は、「人権」というものが実は「国家」(国民国家)という存在と密接に結び合い、かつ矛盾するものだという事実を我々に知らせた(難民は無権利者だ!)が、またアーレントは、自らユダヤ人という亡命者(難民)であるという体験に基づき、「少数民族や無国籍者や亡命者(難民)は、一人一人の個人に生まれながらにそなわる人権なるものを信用できない。どんな特殊な政治的身分を持つともそれに関わりなく、人間であるというだけの『身分』に由来する権利などというものがそもそも存在するのか」(下線は筆者)と鋭く指摘している。

その上でFLOWERさんは「すべての人間は生まれながらにして自由であり、かつ尊厳と権利について平等である」(『世界人権宣言』)という近代の人権思想は、「社会的な関係のもとで具体的に保障され、かつ、発展するものとしての人権という観点を欠いている。なぜなら、人間という類のカテゴリーに属する個体は、「生まれながらにして」、つまり誕生と同時に、自動的に「人権」の個体所有者となるという^{カテゴリーカル}定言的(無条件的)な判断に立っているからである」と整理しています。

やや硬質なFLOWERさんのまとめを補うものとして、星子さんという重度の障害のある娘さんと共に生きている最首悟の思索があります。

重度の障害の子の権利というものを考えるとき、たてまえ上はみんな権利を認めるが、ここ具体的な葛藤例になると権利は狭められてしまう。そういうことから考えると、一人一人に人権が与えられているなんていうところから出発することはできない。

「人間がここまでやってきたのは、人間が人間に向かっていく親和力みたいなものがあつてのことだと思う。星子と学級の友だちを見ていて、そう思う。かりに親和力というとして、そのへんを出発点として、ついに権利までいく長い道筋があるのだろう。」

FLOWERさんの論点は、BEACHさんが取り上げたような子どもと大人の生活関係、ひいては人と人との「個立の風景」という疎外関係を根源から問う視点と、「子どもの権利条約」-「人権」との間にある溝を越える、橋渡しのきっかけを幾つか提供してくれているように僕には思えます。

ひとつには、「人権」が、社会的な状況によっては、多数者の特権にもなってしまうということ（大人から見て「良い子」にだけ権利が与えられるなんて話はないよな）。そこでは、持つ人と持たない人を分けることで、「人権」は人と人との関係を壊す道具にもなってしまう。

さらに、あたかも個人の所有物として人権が消費されるようになるとき（「おまえにはそんなことを言う権利はない」）、人間疎外をのり越えるために登場したはずだった「人権」は、かえって疎外関係を生み出してしまふ。

3点目には「人権」が「国家」と密接に関係しあっているということ。これは1点目との絡みもありますが、例えば、日本人が人権というものを意識するとき、天皇制とのからみを埒外に置くことはできないんじゃないかと思うんです。こいつは、目に見える制度的なものだけでなく、僕らの人間関係に内部疾患のようにしつこくしつこくこびりついていますね。

そいつをのりこえるための歴史的な総括を抜きにして「人権」を語ってはならないと思うんです（戦後50年という年とK君の事件の関連性、天皇制といじめの関係）。

最後に、「人権」がその内部にふくんでいる歪みや偏り（例えば僕が上で取り上げたような）をひきはが

し、その本来ある姿をきちんと取り戻し受けつぐ必要があるのではないかということ。

僕なりに整理した議論の後半がそこに当たると思うのですが、人権とは「人間の複数性、人と人との関係の中で成り立つ性質のもの」という根本的な観点です。

しかし、「個立の風景」という現代に生きる僕らが、それを身に纏っていくことはなかなか難しい。

「ほんらい人は一人であって、一人ではありえない。にもかかわらず、相互依存の形が制度化し、無機化して生身の目には見えにくくなるにつれて、やがて『一人である』ことのみが本質であるかのように見えてくる。そこでは人が一人ではないこと、人が人と共生し相互依存していることが、あたかも二次的で派生的なことであるかのごとく見えはじめる」（「個立の風景」より）。

そんな面倒だよ、現に人権を侵されている人や抑圧されている人がいるんだから、もっともっと権利を主張すればいいんだと言う人もいますね（実は僕もそう思っています）。しかし、その場合、「権利」がよって立つ人間の類性や、具体的な疎外状況を根源からふりかえる作業を抜きにしては、そうした権利の主張も主体的に僕らの生活に生かされていくことには繋がらず、結局宙に浮いたものにしかならないのではないかな。

BEACHさんが言うように、確かに時代は「暗い」のだと思う。いまの時代に人間の類性や相互依存性を取り上げようとするのは、「遠い過去を引きずった未練」なのかもしれない。

「しかし過去を引きずっているその未練にこそ、しっかり自分のいまに根差した希望がひそんでいるのではないかな」

FLOWERさんは言う。

「こうした理念と現実の落差の間に立って、私たちが国家との対決をつうじて、短期にではなく、長期に取り組まなければならない課題は、普遍的な人権秩序

を確立していくためのボディ（政治体、自治体）を自分の足許のところで築くことであろう」

このボディ（そいつは、もちろん僕ら自身の「からだ」でもあるはずだ）をめぐるFLOWERさんは、この本を論じているのだと読むこともできる。

それは、もちろん、まだヴィジョンの段階にあるものでしかないのかもしれない。しかし、FLOWERさんはまた僕らにこう伝える。

「ヴィジョンと意志という精神的契機が、行動の相

にむすびついてはたらきだすとき、あたらしい希望がうみだされる」

最後に、2冊の本は、視点や雰囲気（ポジとネガ）を異なるものとしながら、そっと寄り添うものとなっていると感じられたのですが...

（どちらの本についても、僕の読み方は非常に部分的で歪んだものになっているなあと思います。「ごめんなさい」。前書、ミネルヴァ書房。後書、筑摩書房。ともに93年刊）では、MOUNTAINより。

「精神医療・過去と現在」 ～赤松晶子さんに聞きつつ、問いつつ～ (1)

三輪 寿二 (東京足立病院)

はじめに

私は現在心理職として精神病院に勤めている。私がこのしごとに就いたのは精神保健法が施行されて2、3年目の頃で、ちょうど丸4年になる。私が従事している精神医療の世界のほんの一部を覗いてみると、外の世界(物理的にも社会的にも)を遮断する鍵、ほとんど変わりなく続けられる多量の薬の処方、10年、20年と入院生活が続き自力で退院していく力をもちづらくなっている患者さん(そうすると、家族との関係などもすっかり縁遠くなくなってしまっている)の現実、廊下から便器がまる見えになっている保護室の窓の外側にはめられている鉄格子…。私は、一般企業からの転職であったためか、これらの状況に驚き、ある種の怒りとやりきれなさをも覚えた。

私が最も気になったのは、医療者が、「わけのわからない」「何をするかわからない」「危険な」「職員の言うことを「きく」「きかない」といったまなざしを「精神病人」者に露骨に向けていることであった。その人間関係あるいは、いわゆる「治療関係」は支配的、管理的、一方的といった言葉で表現されるものである。しかし、私自身、精神医療の「する」側と「される」側の関係(治療関係)が「される」側の主体性を奪っていることを批判的に見つつも、「される」側と「ともに」歩む関係性の内実が充分に消化できないでいる自分を日々見いだす⁽¹⁾。「私と「病」者の関係」は、他とは無関係にそれ自体で成立するものではない。国の財政措置などの精神医療施策、精神保健法などの法的規制(精神保健法施行は1988年で、それ以前は精神衛生法が精神医療を規定していた)、病院経営戦略(日本の精神病院の約85%は民間病

院、すあわち企業なのである)など、数えあげるときりがない諸々の社会的な関係が、直接的・間接的にはねかえてくる場として、「私と「病」者の関係」は存在するのである。そして、その関係は、ただ現在としてのみでなく、これまでとこれからを含みながらの現在として存在するものであろう。こうしたことから、現在の精神医療をつくってきた歴史というか経過をもう一度振り返ることで、いくらかでも精神医療の問題性を明確にし、そのなかから、今後の自分の方向性の一端でも見つけられれば、と考えるようになった。

過去から現在というのは、おおよそ1970年前後から現在に至るまでの時期を指している。というのも、現在の精神医療の諸問題を考えるにあたっては、1970年前後の精神医療改革の動向とその思想をもう一度把え直すことが重要なポイントになる、と私は考えているからである。1969年、精神神経学会金沢大会で精神医療改革への叫びが始まった。それは、それまでの「隔離・収容の精神医療」の変革(これは、別な言い方をすれば、「精神障害者の解放」ということである)を旗印に、そうした精神医療をつくってきた根源的母体としての医局講座制の打破を目標にした学会改革を追求していた。ほぼ時を同じくして、他のさまざまな分野の学会や諸団体でも改革への動きが活発化していた。精神医療に関連する学会としては、日本臨床心理学会(以下、臨心)における学会改革もその一つである。

これら精神医療に関係する諸々の改革の動きの本質を大まかに図式化すれば、「自らの営為とその営為を成立させている諸制度・諸規範を批判的に点検し、「する」側と「される」側の新しい関係を模索するこ

と”であったと言えると思う。その新しい関係の模索は、「する」側の構造・ありかたの変革、「される」側の状況の変革、そして、それまであまり疑われることもなかった「する」側・「される」側の関係を背景で支え続けてきた精神医療総体の構造と状況の変革へと向かうべき模索でなければならなかったはずであるが...

ところで、精神医療に限らず、医療という世界は、大雑把に言えば、資格を前提とした封建社会である。事務職の人やヘルパーさんなど無資格者もいるが、医療の中核は、医師、看護婦といった資格者であり、看護婦は高看・准看・補助看（正確に言えば、補助看は無資格者であるが多くの場合、看護学校などに通っている資格者の卵である）といった具合に序列化されている。これらの資格を前提にして、医療行為は医師の指示の下に行われなければならないという法的規定に基づき、医療は医師を頂点とするヒエラルキー構造が支配している。もちろん、それはさらに制度によって官僚機構に取り込まれて国家管理の下に置かれている。

一般的には、私のような心理職という立場は、無資格者でありつつ、心理テストや心理療法の諸技術などの「専門的」な行為を、医師のオーダーによって行うという立場にある。しかし、私の日常では、こうした「専門的」行為をあまりしているという自覚はない。たとえば、心理テストは、入職以来4年間に数件のみである。安易な心理テストのオーダーに対しては、医師にその問題性を話し、オーダーを受けないからでもあるが、オーダーそのものがきわめて少ない。こうした私の日常は、同じ職種（ソーシャルワーカーを含めて）の先輩たちが「専門家的」な関わりを批判的に自己点検し、患者さんにとっての心理テスト等「専門家」「する側」の管理性、暴力性を自覚して、医師との、医療との緊張関係を持ち続けてきた歴史に負っている。その先輩の一人が赤松晶子さんである。

赤松さんは、心理職として30年余、精神医療に従事してきた。赤松さんは、臨心の学会改革のなかで、それまでの「心理専門家」としての自分のあり方への

自己批判から、「[病]者の立場に立つて」「ともに」歩む実践を手探りしてきた。その姿勢は、精神医療のありように危機感と批判を持ち続け、「病」者への自分の関わりを批判的に自己点検しつつ、「病」者の求めるものから出発する、というものだと思う。周囲から見ても、赤松さんのその考え方と実践は徹底的なものである。

こうした意味で、赤松さんは私自身にとって困った時の手本となるべき人であり続けている。しかし、他方、30年余の赤松さんの歩みは、精神医療の改革とともにあり、それゆえにこそ、赤松さん自身が希望したか、しないかに関わらず、現在の精神医療のありようをつくってくることに荷担してしまった可能性もあろう。そうした歩みが、わずか4年たらずの私の目にどう映るか、赤松さんの歩みに共鳴、同化するだけでなく、私なりにそれを対象化して私の実感をつづつ、この連載を綴ってみたいと思う。普段、仕事場で顔を合わせているのだからいつでも出来そうなことなのだが、日常業務の多忙さのために、いつも先送りにしてしまい、これまで過ごしてきてしまっている。だから、この連載は私にとっては願ってもない機会である。さらに、赤松さんの歩みは、私が見直したいと思っている1970年前後以降の精神医療の流れとちょうど重なっており、この連載の問題意識にぴったりあっている。

さて、今後の話の流れを理解していただくために、この第一回は、1970年前後の精神医療界の動向に焦点を当てておきたい。今回は、精神医療の現在を考えていくにあたって必要かつ重要と思われる精神医療改革の主な論点を押さえることになる。そこで、この時期の精神医療の全体的状況の流れを射程に入れるため、精神医療改革の動きのなかから創刊された『精神医療』を利用する。そのため、赤松さんとの対話は、次回以降になることを断っておきたい。

I. 精神医療改革の論点

1. 告発の原点⁽²⁾

まず、精神科医師による最初の学会告発から。「学会が政府厚生省の医学の帝国主義的再編の実務官僚機構としての役割を果たし、医局講座制に依拠しつつそれを強化保持する機能をにない、真の学術研究の場であることを放棄し、製薬資本との癒着によって退廃の極に達しているとするならば、病識なく精神医療の荒廃をむざむざ許し推進している学会を、ここに鋭く告発しなくてはならない」(P13)。少々いかめしい表現ではあるが、当時の時代状況が反映されていると思う。

さらに、当時の精神医療への告発の内容と射程をもう少し拾ってみよう。「一方では大学講座制内における臨床不在に対する告発がこめられていた。医学教育における真の臨床の不在、研究における生物学偏重と研究業績主義、そして臨床場面における権威主義と研究優先による患者の人権無視とセクト主義」が反省の対象とされ、他方、「全体的な医療政策の矛盾と市中病院の貧困とが充分の検討を経ないながらも問題とされ、このような矛盾を根底において支えていたのが広義における医局講座制であった」(P13)と把握された。さらに、こうした視点の下に、「健保体制、国公立病院の独立採算化、看護体制案の諸問題から、認定医問題、精神衛生法問題、障害者対策基本法問題、保安処分問題、中間施設問題、科研配分問題、研究の臨床からの遊離問題等」が提起され、問題は出揃った、と森山公夫は述べている(P13)。

ここには、さまざまな位相の諸問題が羅列されている。それらは別々の無関係な問題群ではなく、当時の精神医療構造から生じる、相互に関連する問題群である。そして、驚くべきことに、そこに示されている問題群は、現在の精神医療の諸問題と重なるものが実に多い。そこで、これらのうち、現在の精神医療を考える上で特に重要と思われる論点を取り上げつつ、当時の問題意識とともに私から見た問題性を説明しておきたい。

2. 保安処分新設問題

保安処分問題は、精神医療改革における重要な論点

のひとつであった。保安処分とは、「犯罪その他これに準じて考えられる反社会的行為への危険性が予想される場合、これに対し社会の安全を保持する目的、または危険性のあるものを改善する目的をもってなされる国家的処置」⁽³⁾のことである。この時期、この問題には2つの案があったようだ。ひとつは、治安目的を中核とした保安処分で、法務省系の施設に入所するものであり、もうひとつは、治療矯正処分で、法務省と厚生省双方に関わり医療施設に入院する場合もあるというものである。そして、保安処分案採用が有力であった。

後者の案に治療的見地が入っているからといって、2つの案は本質的に変わるものではなかった。第一に、「精神病」は、まず何よりも治安に関わる問題として司法の管轄下に入るという考え方がそこにはある。つまり、「精神病」と犯罪には深い関係があると前提しているわけである。犯罪と「精神病」の関連は、ほとんど歴史的な冤罪テーマとさえ言えるが、その際、特に「精神病質」者⁽⁴⁾がその対象とされてきた。「精神病」者の一部は犯罪者である」という前提で、ことの始めから「精神病質」者概念が構成されていたのである。だから、「精神病質」者が犯罪の危険性をもつとするのは、その前提を繰り返しているだけで馬鹿げているとしか言えないのだが、これがまかり通るのが現代社会の意識である。こうした根本的に問題をはらむ犯罪と「精神病」の関連についての経緯は検討されることもなく、その関連のみが必然的な関係のように流布されるのである。

第二に、治安対策の重要な一環として、いずれの場合も「隔離・収容」を目論んだものであること。すなわち、収容期間はいずれも2年ごとの更新で最高7年までであるが、保安処分案の場合では無期限に延長できる場合がある、ということになっていたのである。それは、「精神病」者の社会への出口をふさぐということであり、結局、「精神病」者の「隔離・収容」のための国家的処置なのである。ただ、この無期限的な「隔離・収容」を結論するには、「精神病」者は危険である」という取り決め(これは、現代精神医学の暗

黙の取り決めでもある) 以外に次のような前提が必要である。すなわち、その危険性が個人に内在するもの(人格の問題)であること、そして、それが改善しないこと(完治しないということ)である。なぜなら、個人の外(環境とか状況)に原因が求められるならば、その外側の問題の解決が要請されるのが当然であるし、また、改善の余地があるならば、そのための方法を考えることが根本的な解決であるはずだから。そして、これら2つの前提はいずれも現代精神医学の前提でもある。

つまり、こうだ。まず、「精神病」者を危険人物として定める。そして、「精神病」は個人に内在する人格の問題であり、改善の余地のないものである。こうしておけば、後は論理もへったくれもない。危険性は常にあるから、社会不安除去＝治安維持のために「精神病」者は「隔離・収容」しなければならない。そして、この場合の“危険性”とは、環境とは無関係に個人に内在しているものであるから、行為の結果ではなく、行為の“おそれ”という可能性によって法的処遇が決定されて然るべきである、といった具合である。「精神病」者の「隔離・収容」政策は、医学の論理を根拠にしながら、医療による「隔離・収容」だけでは不足で、司法による「隔離・収容」をもって「精神病」をいよいよ閉じ込めていくわけである。まさに、社会からの排除の論理に他ならない。

もちろん、改革派の医師たちは保安処分に強烈に反対し、その影響で精神神経学会総体としても圧倒的多数で保安処分新設反対の決議を採択することにはなった⁽⁵⁾。

石川義博は、保安処分新設が根本的に「精神病」者への差別・偏見に基づくスケープゴートの思想に貫かれていること、特に、精神科医による差別・偏見が保安処分導入を許してしまう背景になっていることなど、その本質をきちんと指摘、批判している。一方、保安処分への具体的批判においては、例えば、保安処分の主な対象となる「精神病質」者の「責任能力」の判定には科学的根拠がなく、精神科医により判断が異なることから、その判断が裁判官の主観に左右されて

しまうことを批判する。その他にも、保安施設内において、人的不足などからきちんとした医療が保障できないだろうこと、保安処分の対象となる犯罪の種類に限定がないこと、それと絡んで政治運動弾圧につながる可能性があることなどを挙げている⁽⁶⁾。

確かに、当時の政治・社会状況を考えれば、保安処分が、その目的を「精神病」者の取締りから、さらに政治運動弾圧のためにも適用されていく可能性を危惧することは当然である。また、司法に信用が置けないことも、当時の情勢からすれば理解できることのように思われる。言葉じりを把えるつもりはないが、保安施設内の医療の保障について、医療がきちんと保障されるならば保安処分はいいのか、「責任能力」に“科学的”根拠が与えられれば保安処分はいいのか、そして、その“科学的”根拠に基づいて裁判官ではなく医師が判断できるなら保安処分はいいのか、などと反論したくなるのは、私だけであろうか？ つまり、現実的・具体的批判では、“保安処分を現実化するための条件”を逆に提起してしまっているような印象を受けるのである。

私の印象では、石川に限らず、精神医療改革を担った人たちの多くは、当時の精神医療に対する理念的なレベルでの反論と現実的・具体的レベルでの反論との間にどうも整合性がないのである。具体的批判になると、どこか論調がおかしくなるのである。それが、時代の限界なのか、現実の動きをその本質からくりぬいて原則的に否定することでは不十分と認識していたためなのか、私には少々はかりかねるところである。

そうした私の疑念はここでは棚上げにしておいて、保安処分新設についての当時のマスコミの論調を見ておきたい。というのも、保安処分に対する社会一般の見方を知る上で、ひとつの材料になると思われるからである。1969年、朝日新聞の大熊記者が精神病院に偽装入院して『精神病棟ルポ』を紙上連載し、精神病院・精神医療のあり方を告発し、精神医療の問題性が社会問題化した。ところが一方では、現在でも同じなのだが、当時も「精神病」者の事件は新聞紙上ににぎわせていたようだ。他の場合ならば取り上げないよ

うな自動車事故も「精神病」者が起こすと大見出しで取り上げ、アメリカ大使館放火事件では、「精神病」者の仕わざか、と予測記事まで出す始末であったようだ。だから、保安処分新設についての論調が、“精神衛生法による強制入院の措置では不十分で、裁判官、検察官の判断が入らなければ市民生活防衛の効果は上がらない”とか“日本の精神障害犯罪者対策は極めて寒心すべき状況で、刑法の一部改正の措置をとってでも早急に実施すべき”といった具合であっても驚くには当たらないかもしれない。

マスコミの姿勢は、一方で「精神病」者の「隔離・収容」を声高く唱え、他方で、精神医療の問題性を暴くといった具合に、いささか異なるベクトルを内包していたと言える。しかし、マスコミの論調の影響は世論操作へとつながっていくのである。「精神病」者に対する危険視を前提としたマスコミの論調が報道の中立性などといって行われるだけに、その報道倫理の低さと報道姿勢はそれこそ殆ど犯罪的なものとさえ私には思われる。このように、マスコミは保安処分新設のコンセンサスづくりに、積極的に一役買っていた。

3. 精神衛生法問題

当時、精神医療を規定する法律は精神衛生法であった。精神衛生法は1950年に制定されたが、それは、1919年施行された「精神病院法」下においても残っていた「家牢」の撤廃を目指し、ある意味で「精神病」が医療のなかで取り組まれる方向に向かうものであったとも言える。にもかかわらず、その医療の内実、すなわち、精神衛生法は、「精神病」者に対する「強制的隔離・収容」を基本的性格としていた。改革派の医師たちが批判の焦点としたのも、この精神衛生法の基本的性格であった。まず、その方向を支える精神衛生法の条文を見ておこう。

第33条には次のようにある。「精神病院の管理者は、診察の結果精神障害者であると診断した者につき、医療及び保護のため入院が必要であると認める場合において保護義務者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる」⁽⁷⁾。

さらに、第29条の措置入院条項がある。第29条には「都道府県知事は、第27条の規定による診察の結果、その診察を受けた者が精神障害者であり、且つ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人を害するおそれがあると認めたときは、その者を国若しくは都道府県の設置した精神病院又は指定病院に入院させることができる」⁽⁷⁾とある。第27条の規定とは、ある人が「精神障害」者あるいは「精神障害」が疑われる場合、警察官、検察官、矯正施設の長、さらには市民などによる通報や届け出によって調査の必要があると認める時は、精神衛生鑑定医の診察を受けさせなければならない、といったものである。また、その際の入院費用については国が10分の8、都道府県が10分の2を支払うことが定められている。

国の「精神病」対策の基本方針がこの措置入院規定に重点を置いたものであることは、措置入院費の流れをみればすぐに理解できる。措置入院費は、精神衛生法の一部改正があった1961年より年々増加され、1968年度には精神衛生関係予算額の96%を占めるに至ったのである。つまり、措置入院条項こそ精神衛生法の基本的性格のひとつなのである。この措置入院の本質は、1961年改正時の施行通達に明確に表現されている。すなわち、「今回の改正は措置入院費に関する国庫負担の引き上げ等により、自身を傷つけ、他人に害を及ぼすおそれのある精神障害者は、できるだけ措置入院させることにより、社会不安を積極的に除去することを意図したものである」とされている。この論調は、保安処分の思想と本質的に同じものである。保安処分では医療の保障が危いが、措置入院は病院に入るのだから医療が保障される、というわけにはいかないだろう。まさに、こうした病院医療の構造こそが問題を次々に生み出してきたのだから。精神衛生法の基本的性格と保安処分が本質的に同じであることからすれば、精神衛生法下で医療実践をしてきた者たちは、保安処分新設の議論以前にすでに、多かれ少なかれ保安処分的実践をしていたとさえ言えるのかもしれない。

これらの法的条文が、本人の意思とは無関係に「精神病」者を強制的に「隔離・収容」することを許すものになっていることは明らかである。「強制的隔離・収容」の主体は、第33条における医療者から第29条の都道府県知事といった行政へと拡がってゆく。しかも、それは一般市民までも含めた周囲の人間の通報や届け出によって発動されるといった具合に、「精神病」者の「強制的隔離・収容」を行う主体と協力者は社会全体に裾野をもつ構造になっている。

精神衛生法下における精神医療の中身は、「隔離・収容」を「精神病」者に強制していたということ以外の何ものでもない。そしてこの「隔離・収容」こそが、社会からの精神医療（精神病院）の疎隔化を結果し、外部への窓口のない密室性をつくりだした。そして、疎隔化や密室化は、「精神病」者に対するありとあらゆる非人間的行為とその隠蔽を引き起こす条件のひとつとなるのである。

4. 中間施設問題

1960年以降、精神医療界のなかでひとつの新しい流れとなっていたのは、「精神病」者の社会復帰への試みであった。それは、「隔離・収容の精神医療」からの「精神病」者の解放というベクトルをもっていた。

社会復帰は、精神医療状況から見れば、薬物療法の発展に沿って進められていったとされているが、それを支えるもっと大きな背景があった。それは、高度経済成長を支える労働力確保という日本社会の事情にあったと思われる。つまり、「精神病」者も労働力として期待された。それまでの「精神病」者への社会の対応からすれば、きわめて安価な労働力として要請されても、「精神病」者にとってはひとつの望みであったのかもしれない。しかし、その意味は、社会復帰＝「安価な労働力としての社会適応」を「精神病」者に強いるということであった。

1969年、厚生省から「精神障害回復者社会復帰センター（以下、センター）」構想が提出される。このセンター案は、「精神障害回復者の社会復帰の促進を図る」ことを目的として、「精神病院において比較

的長期の治療を受けた結果、入院の必要はなくなったが、社会適応の困難な者および在宅精神障害者」に適切な訓練を行うとされており、社会復帰を謳っているが、実際の狙いは、医療費削減の方針のもとに打ち出された安上がりの施策であり、「精神病」者の状況の変革を第一義としたものではなかった。寺島正吾はこのセンター案について、「患者から医療を剥奪する安上がりの収容所であり、治安的再編である」⁽⁸⁾と断罪する。結果的には、この厚生省案は崩壊し、すぐに動き始めた川崎と、後に岡山にできたのみであった（予定は5か所であった）。

1969年の精神神経学会決議案における厚生省のセンター案に対する批判的論点は、センターの性格があいまいで医療施設なのか福祉施設なのかかわからないこと、社会復帰のための医療的指導が行いえるか疑問であること、といったレベルのものであった。ここでもやはり、具体的批判になると、センターの存在を前提にしまっている。この時点で把握しなければならなかったことは、第一に、「隔離・収容の精神医療」状況のなかでのセンター案（さらには中間施設そのもの）をどう考えるか、という改革派精神科医の一部から出ていた批判である。第二には、「精神病」者にとって社会復帰とはどういうことなのか（高度経済成長のなかで、賃金など差別的ではあれ、「病」者の就労の機会が存在しはじめた当時の状況のなかでは、この設定は少々難しいかもしれないが）といった問題設定ではないかと思う。

このセンター構想に対する具体的批判が、こうしたレベルにとどまったことには理由があった。1967年、精神神経学会「中間施設に関する小委員会」は「中間施設」案をまとめ、一般の精神病院とは別に、「精神障害者社会復帰医療センター（以下、小委員会案）」という社会復帰のための専門病院を設けることを構想している。そして、この小委員会案の医療的性格を除いたものが厚生省のセンター構想の原案となっていたのである。さらに、「中間施設」待望論は根強くあり続けていた。この待望論に根拠を与えたのは、1962年、社会復帰についての精神神経学会のシン

ポジウムにおける西尾の発言であった。西尾の主張は、社会に「精神病」者を受け入れる土壌がなく、また、精神病院で社会復帰活動を推進するのは現実上負担が大きすぎて無理がある、したがって、精神病院と社会の「中間」に施設が必要となる、という論理である。これらのことが、センター案に対する批判の鈍さにつながっていたのではないだろうか。

ただ、ここで押さえておきたいことは3つある。第一に、小委員会案が、この時期すでに、病院（医療）の「機能分化論」を主張していることである。この「機能分化論」は、この後、現在に至るまで一貫して続く多数派になるのである。第二は、「機能分化論」が、「精神病」者の選別・分類を必然化する論理であることに、どれほど自覚的であったのか、という疑問である。第三に、社会復帰訓練（リハビリ）をあくまで医療の傘下におこうとする自分たちの志向をどう抱えていたか。私が気になるこれら3点については、今後、連載のなかで検討していく予定である。

ここで、“1. 告発の原点”のくだりに戻ってみると、羅列されていた問題群のつながりがそれなりに見えてくる。それらの問題群にひとつの筋を織りなしてみると、次のような具合になるだろうか。

まず、国家は医療費を抑制したい。だから、医療費はできるだけ自己負担（家族負担を含めて）の方向に持っていき、さらに、中間施設論に見られるように、医療から福祉などの他分野に医療費負担を振り分けていく。また、「精神病」者は危険な種族と規定する。だから、精神衛生法など精神医療に関する法律のなかで、社会総体による「精神病」者の「強制的隔離・収容」を規定するとともに、治安対策と称して、さらに司法による「隔離・収容」までも考えてゆく。さらに、本論の中では取り上げなかったが、当時の保険医療体制は入院治療に関する医療点数が外来に比べて高かったことが、精神医療を支える民間精神病院が外来治療へ向かう経済的根拠を奪っていった。精神医学や精神医療は、そうした国家の方針を支える学として要請され、「精神病」の遺伝研究やそれに連なる優生思想の

強化、「精神病」者と犯罪の関係についての理論・実証研究などとして立ち現れる。それは、まさに、知が権力に奉仕する姿を示しているのである。

5. 「隔離・収容の精神医療」をどうするか～新しい精神医療の礎をどこに求めるか～

精神科医たちがこうした諸問題を抱えた精神医療に對してどう考えたか、どこに新しい精神医療の礎を求めようとしたのか、『精神医療』（1970 創刊号）より抜粋、紹介しておく。

おかだやすおは、当時の精神医療状況について、「薬物療法も所詮薬しぼり」（P9）、であり、「精神病院に入院した看板を背負って社会生活を生き抜くことはできない」（P10）と述べ、精神医療は、「病」者の「生活全体を破壊」（P10）しており、「精神病院のいまの姿は、私宅監置の現代版」（P9）と酷評しつつ、こうした事態に對して次のように語る。「わたしたちの出発点となるものは臨床医学の方法論でなくてはなりません。最近“狂気の復権”などいわれると、治療すべき疾病としての精神障害を否定しようとする動きもでているようです..（中略）.. 再検討の基盤は文化論や哲学や社会科学でなく、臨床医学の立場でなくてはなりません... 医療が生命の回復・保持を目的とするということは基本前提ですが... 病気とか治療について論ずるさいにも、社会生活が基準になります。そして、人間の社会生活を障害するものとしての精神障害は、たしかに病気として存在しています。問題は、その社会生活をどんな立場からみるか、にあるのではないのでしょうか?」（P11）。

同じ論調のものとして、樋田精一は、「既成の理念・概念を日常的な活動をとおして打破していかなければならない... それらの理論と實際を根底的に批判しつくすことをとおして我々の精神医学を構築するという課題をも我々は担い抜かねばならない」と述べている。（P45）

もちろん、これらが精神医療改革時の医師たちの一致した意見というわけではない。しかし、『精神医療』創刊号に取り上げられたものとして、当時、改革へ向

かう医師たちにある程度、コンセンサスが得られた意見であったらと思う。これらと異なる考えや動きについても、次回より折りに触れ、紹介し、考察していく予定である。

II. 「隔離・収容」の実情

1. 病院入院治療の状況

I では、精神科医を中心とした「する」側から提起された精神医療の批判的論点を取り上げてきた。そこに見られる精神医療状況は、「強制的隔離・収容」の精神医療（病院医療）を基底として、社会復帰を促進していくための「医療システム」づくりが課題となっていたと言えそうだ。ここでは、「される」側にとっての病院医療状況はどうであったかをもう少し具体的にみておこうと思う。

まず、1969年の大和川病院（旧安田病院）事件を取り上げておきたい。これは、典型的な「強制的隔離・収容」の病院医療のなかでの事件であり、当時の精神病院医療の問題性を尖鋭に表現していたと言える。最初に、当時の大和川病院の入院規則の一部を紹介しておく。朝夕点呼、全館終わるまで患者は全員無言で正座。名前は使わず呼称番号がつけられる。間食費週1回200円。たばこ1日4本。面会時看護人立合。郵便の発信禁止、受信の検閲抹消、筆記用具所持禁止、外出・外泊禁止、新聞禁止、選挙投票禁止、異性患者との交話禁止、就寝時間まで横臥禁止。そして、あらゆる規則違反には懲罰が与えられ、保護室監禁や暴行などがまかり通っていた。

こうした病院医療のなかで、入院患者が看護者の集団リンチによって撲殺されるという事件が起きる。病院側は事件を隠蔽しようとしたが、一部職員と患者の訴えで、5か月後になって発覚した。圧倒的な権力を握る職員と社会全体から差別と劣等視を被る「病」者との関係性が社会から疎隔され密室化した精神病院という状況のなかで、極限的にエスカレートしていった結果として、この事件を捉えれば、これは殆どの精神病院にとって他山の石ではなかったであろう。

そして、1970年代、こうした職員による患者暴行事件や精神病院の諸問題が相次いで告発されてゆく。

もうひとつ、社会復帰を含めた「医療システム」を模索した病院医療の例を挙げておきたい。それは烏山病院の生活療法に代表されるような病院治療状況である。烏山病院の生活療法は、1959年から1962年にかけてつくられたもので、生活指導を中核として、その他にレクリエーション、作業（袋はりなどの簡単な手作業が多い）を合わせた3本柱で構成されていた治療法である。薬物などの純医療的側面より、「病」者の生活的側面に目を向けたことはある意味で新鮮なものであったと思われる⁽⁹⁾。

そして、この生活療法を機能させていくために、病棟を、治療病棟・生活病棟・作業病棟・社会復帰病棟の4つの「機能別」に分け、治療病棟から順に社会復帰病棟まで段階的に構成していた。しかし、たとえば生活病棟の患者さんの入院生活は、全患者を正座させての朝の“おはようございます”・歯磨き・排尿指導・爪切り・ロッカー整理・掃除・22項目の院内関連業務を問答無用で強制することが生活指導、マット・なわとび等のしごきの運動がレクといった具合であった。さらに、これらの指導項目をさらに細分化した評価表にもとづいて各「病」者を逐一チェック・評価して、その評価が良ければ、次の段階である作業病棟に「病」者を移すわけである。

入院規則は、家族は病棟内入室禁止、面会は時間制限、通信の許可制・検閲制、男女間の自由な交流禁止、そして安易な保護室・保護衣使用、特殊電撃療法による威嚇。

烏山病院の生活療法について、烏山病院に勤務し、後に烏山病院裁判闘争を起こす、野村満は「生活指導と表裏一体をなすものは、患者に対する低格視、危険視・差別感... 分刻みのスケジュールを作り、患者を枠のなかにはめ込み... 生活療法は、実は、隔離収容をより合理的におしすすめるための技術体系でしかなく、反治療的であった」⁽¹⁰⁾と述べる。

烏山病院の生活療法の下では、強制的な生活療法に乗り切れない「病」者と社会復帰へ滞りなく進んでゆ

く「病」者の選別が進む。それは、病棟の機能別にともなう「病」者の選別・分類を内包していた。そして、この生活療法を支えた医師たちの一部が、保安処分新設に賛意をもっていたことも事実である。「病」者の社会復帰を目指して考えられた精神医療システムも、「病」者への差別視を根底にした強制治療や「病」者の分類・選別を抱え込んでいたのである。

それは、2つの病院の入院規則の驚くほどの近似性によっても明らかである。入院規則というものは、治療以前に入院患者の生活や行動を拘束するものであり、そこには患者に対する基底的な観方が存在する。これらの入院規則が精神衛生法下では当たり前であったことが、“社会復帰のための「医療システム」”という一見進んだ治療の根に、「病」者への劣等視・差別視という前提があったことをはっきりと示している。

さて、話を大和川病院事件に戻すと、この事件に対して、ある元患者が次のように糾弾し、病院精神医学会総会に討議を呼びかけている。「療養のために入院したのに、その病院によって殺されるということ、このことは一体、何を意味するのでしょうか。それは精神病患者を、人間として取扱わないという基本的な病院の姿勢に、この事件の原因があることはあきらかです…。精神病の治療は、医師と患者の人格的接触が中心であることはいまでもありません。看護人が保安官化し、虐殺されるということについて、かつて患者であった私は、この問題を徹底的に追求したいと思います」⁽¹¹⁾。ちなみに、病院精神医学会総会はこの呼びかけに応えなかった。

この時期、「される」側からの提起や告発も始まっているが、それはどちらかと言えば、個的なもので、組織的なものではなかったと言えそうだ。1973年、「病」者の一通の新聞投書を機に患者「友の会」がつくられ、「病」者のさまざまな声を集め、会報によって全国の「病」者の仲間づくりを目指していく。そして、精神医療状況に対して鋭く厳しく反省と改革を迫る「病」者の連帯は、1974年の「精神病」者集団の発足を待たねばならなかった。

2. 「精神病」者への差別・偏見

ここまで論じてきたことからわかるように、「精神病」者への劣等視・差別視は、劣悪な精神医療状況にとどまらず、「病」者の苦渋に満ちた生をもつくってきた大きな要因であると言える。

「精神病」者への劣等視・差別視は社会構造に根深くあり続けている。精神医療に対する財政的措置の貧困さ、法による条文化に代表される制度上の差別、そして私たちの心に根づく差別視…。

法律上、「精神病」者に禁止されている職種や資格は山のようにあったし、現在でも多々ある。刃物とか危険物を扱うような資格や職種は特に対象になりやすい。これは欠格条項と言われるもので、絶対的欠格条項と、裁量の余地が残っている相対的欠格条項に分けられる。もっと生活に密着したところで例を挙げれば、1988年の精神保健法施行まで公衆浴場法第4条によって「精神病」者の公衆浴場利用が禁止されていたことだけでも、いかに法が差別的処遇をなしてきたかが理解できるであろう。

しかし、法の差別が、今日に至るまでなかなか変わらないというのは何を意味するのか。上に述べた保安処分新設に対するマスコミの論調は何を意味するのだろうか。そこに潜むものが、私たちのなかに根強くある「精神病」者への差別・偏見であることはまちがいないだろう。それは、日常的な差別・偏見である。たとえば、「精神病」であることを明かせば、アパートを借りることも難しい。隣人に白眼視され、「きちがい、馬鹿」と言われることさえある。就労に差別され、住むことに差別され、存在自体を愚弄され、と言った具合に、法的差別と日常的差別は相互に補完しあう。「精神病」者は、差別と偏見に取り囲まれて、生きることを疎外される日常がある。

さらに、「精神病」者が自分の苦痛の軽減を願って医療を訪れても、医療従事者もまた日常的差別の意識を内に根付かせたまま、社会からの隔離と強制的性格をもつ法を背景に、「精神病」者の休息を保障する関係とはならない。

そして、「隔離・収容の精神医療」は、「精神病」を

社会から疎隔して隠してしまうことで「精神病」からの申し立てを封じ込め、差別・偏見を助長したのだと思う。

私は、1970年前後を“「隔離・収容の精神医療」から「社会復帰の精神医療」へ”の端緒の時期と捉えることができると思う。この「社会復帰」への展開は、「精神病」者にとって社会参加への切符であるがゆえに、まさに「社会復帰の精神医療」は精神医療改革の土壌であった。マスコミにおける保安処分新設への賛同的な論調と精神医療告発の動きという矛盾した局面もまた、隔離から解放へ向かおうとする時代の流れのなかの断片ともいえそうだ。

しかし、この端緒の時期は、決して精神医療総体の構造的な変化とは言えないのである。つまり、「社会復帰の精神医療」は、経済大国へ向かう高度経済成長を支える労働力確保という国家の要請を前提とするものであり、そのために精神医療改革はその出発点から足をすくわれていたのである。批判の対象である国家そのものに寄り掛かる形でしか果たせない変化は、必然的に「精神病」者に「社会適応」を強いることになるのである。

さらに、もう一点。この変化は、一部の「精神病」者に、社会のなかで暮らす糸口を与えたかに見えたが、それは「精神病」者への根強い劣等視・差別視を根底に抱えたまままでのものでしかなかった。

今回は、1970年前後の精神医療状況を、改革派医師たちの論点を中心に話を進めた。それは、現在の精神医療の問題を考えるに当たって必要な作業であると考えたからである。次回からは、赤松さんの30余年の精神医療の実践をめぐって、私自身の思うところをぶつけながら異同を明確にしつつ、精神医療の現在を捉え直していきたい。

脚注

(1) このあたりの議論については、共著「『開かれ

た病』への模索」(1995 社会臨床学会編 社会臨床シリーズ第1巻 影書房)の第4章「治療関係の問題性と展望」および、拙論「精神医療と心理治療」(1993 社会臨床雑誌 創刊号)を見て頂ければ幸いであるが、恥ずかしいことに、それらのなかで、筆者としては“共生”の論理にどうしても手が届かず筆をおいていることが読者におわかりになると思う。

- (2) 森山公夫「精神病理学会批判」1970「精神医療」創刊号
- (3) 刑法改正準備会「改正刑法準備草案、付同理由書」1961 大蔵省印刷局
- (4) 「精神病質」は、「異常人格」とも呼ばれ、先天的あるいは幼少期より性格が異常に偏っている人を指すとされている。この概念には、明らかに、「迷惑で」「厄介な」といった価値判断が含まれており、社会的規範からの負の逸脱として定義されている。こうした逸脱として「精神病質」を捉える以上、犯罪に結びつけられるために用意された概念であることが容易に推察される。
- (5) この精神神経学会の保安処分反対採決について、宇都宮は次のように述べている。「... 賛成446、反対2、保留5をもって、保安処分の反対決議が採択された。しかし、この圧倒的多数の賛成をもって採択されたことに、最大の問題点を含んでいる。端的にいえば、「右」も「左」もこぞって賛成したという点である... 保安処分は... 治安政策の核心であり、決して「右」も「左」もこぞって反対できる性質のものではないからである。」(宇都宮泰英「分解から再編段階に突入した学会体制」1971「精神医療」2巻1号P80)
- (6) 石川義博「保安処分と精神医療の危機」1970「精神医療」創刊号
- (7) 精神医療編集委員編「精神保健法・資料」1988 悠久書房
- (8) 小沢 勲「『中間施設』構想の流れー『精神衛生社会生活適応施設』(厚生省案)の批判的検討」1980「精神医療」9巻2号

- (9) 生活療法の源流が、ロボトミー(1950年代半ばまで行われていた“精神外科治療”で、前頭葉に傷をつける方法：筆者注)の後治療にあることを鈴木龍は明らかにしている。つまり、ロボトミー“治療”の結果生じた「病」者の人格水準の低下に対して、さらに“治療”をしなくてはならなくなったのである。すなわち、ロボトミーから「必然的に帰結した欠陥と人格水準の低下... この人格の再構成・復元は無気力で受動的な存在を、外部からしつけ、働きかける生活指導にゆだねられることになった。」(鈴木龍「生活療法における生活の拘束」1972【精神医療】2巻3号P26)
- (10) 野村 満 「烏山病院裁判」終結の報告 19

80【精神医療】9巻2号

- (11) 樋田精一「精神病院批判の視点(□)」1970【精神医療】創刊号P44

参考文献

- (1) 精神科医全国共闘会議書記局 報告－「大阪大和川(旧安田)病院」事件 1980【精神医療】9巻2号
- (2) 広田伊藤夫「中間施設をめぐる諸問題」1970【精神医療】創刊号
- (3) 小澤 勲 「『中間施設』構想の流れ－『精神衛生社会生活適応施設』(厚生省案)の批判的検討」1980【精神医療】9巻2号

QOL の概念と理論的諸問題 (1)

— 概念登場の背景と現状 —

山下 恒男 (茨城大学)・秋葉 聡 (コーネル大学)

はじめに

本稿の目的はクオリティー・オブ・ライフ (Quality of Life) という言葉 (概念) が主としてアメリカ等で生じた背景と、わが国で用いられるようになった状況を概観しながら、この概念のもつ本質について考察するものである。

さらに、この概念が脳死や臓器移植等に関する医療倫理の問題とも深い関連があることから、これについてのいくつかの論争点を明確にしながら、我々の立場を明らかにしようとするものである。なお、医療倫理の観点からのQOLの検討には、J. J. ウォルターとT. A. シャノン編の「クオリティー・オブ・ライフ—新しい医学的ジレンマ」(1990)に収められた32篇の論文から見ていくことにしたい⁽¹⁾。

QOLの日本語訳をめぐっては様々な訳語があり、多様に使われている。またそれが様々な立場や問題領域を反映している。

秋葉は、(1) 日常の会話におけるQOLは暮らしが楽になった、生活が楽になった、経済的には楽になったがゆとりがない、犯罪が減少した、公害が改善された、といった経済的、環境的、精神的「生活」を意味する。(2) 医療の分野では臨床における予後ないし治療の結果を意味する。(3) 医療倫理においては「生きるに値しない生命」を合理化する概念として使われて、特に障害児への治療を放棄して死なせる (殺す) 理論として1970年代に使われ始めた。とQOLの意味するところを3つに分類している⁽²⁾。

秋葉の関心は「脳死社会における諸問題」であり、したがって、医療倫理に重点を置いたものとなっている。しかし、(1) に関する研究、あるいは文献は後

でもふれるようにさらにいくつかの領域に分れ、また量としても最も多くなっている。

山下は、QOL概念がよく使われている領域として、日本の実態をも含めて、次の4つを指摘している⁽³⁾。

- (1) 治療中の患者、あるいは終末医療等に関連してのもの (臓器移植とは直接の関連はない)
- (2) 職業生活や職場環境に関してのもの
- (3) リハビリテーション、障害児・者問題とのからみ
- (4) “生命の質” 論あるいは医療倫理との関わりのもの

(1) はサイコオンコロジー等の中で用いられているものである⁽⁴⁾。

この他、心理テスト (特に知能テスト) との関係についても指摘したが、これは現在“よく使われている領域”とは言えず、むしろ今後の問題であるので、本稿ではQOLの測定の問題との関連で少しふれるにとどめたい。

なお、参考までに筆者らが心理学関係の学術論文のデータベース (1987年1月～93年6月) を用いて検索した結果は、QOL関係の論文は73件であった。

このうち、医学的なものはかなり多かった (臓器移植に関連したものは1件)。純然たる医学誌を含めれば相当な数になるであろう。しかし、加齢や知恵遅れ、自殺や社会的不適応に関するものも多かった。さらに、職業やビジネスに関するもの (QWL, Quality of Working Life)、コミュニティーや環境に関するものも目についた。その他、動物の問題 (Animal Welfare) など、あらゆるテーマの中でこの概念が用いられていることがわかった。

また、単行本について、日本の書籍輸入会社で検索してもらったところ、QOL 関係は60冊であった。この中には、『加齢とクオリティー・オブ・ライフ』(Aging and Quality of Life) のようなものも含まれており、秋葉の分類(1)とやや関係しているが、この種の文献は今回は無視することにした。

1. QOL 概念の登場の背景と諸領域

(1) 終末医療・リハビリテーション医学・障害者問題・職業生活と QOL

日常生活の中で、私たちがクオリティー・オブ・ライフとかクオリティーという言葉を書くのは、TVコマーシャルや新聞広告などの中で“快適な生活”とか“品質の良い高級な商品”という文脈の中のことである。もう一つは、やはり医学関係であろう。新聞の記事などにも、“医療と宗教を考える会は(中略)「ガン治療におけるQOL(クオリティー・オブ・ライフ、生き方の質)」と題した勉強会を開く。”などというのを見かけるようになった⁽⁵⁾。

柏木哲夫は「1970年代のアメリカにおける消費者運動の一環として出てきた考え方」としているが、彼自身は終末医療との関連で、このQOLを取り上げている⁽⁶⁾。

彼は、内科医としての研修を受けながらターミナルケアに関わっていた時の体験として、主治医として関わった57歳の女性の場合を書いている。肺癌の末期状態で残された日もわずかであろうと思われたある日、長男が「母を家に連れて帰りたいと思います」と言った。母もそれを望んでいると言い、彼女も「先生、私を家に帰して下さい」と言った。柏木はその場で退院を決めた。病院を出てから三時間ほどして電話があり、駆けつけたがすでに亡くなっていた。

その女性は、住み慣れた自分の部屋で三人の孫を枕元に呼んで、手を握って、別れの言葉を言ったという。そして、「自宅における三時間は、病院における三日間より、母にとっても家族にとってもずっと貴重

でした」という長男の言葉を紹介している。柏木はこの言葉を聞いて救われる思いがしたという。

柏木は「最近では、WHO(世界保健機関)が、Adds life to years(年[生きている期間]に命を付け加える)という言葉の下に、QOLのキャンペーンをしている」とも書いている。

また、柏木はQOLの主な要素として次の3点をあげている。

- ① happiness(幸福感)
- ② satisfaction(満足感)
- ③ harmony(調和)

このような分類あるいはQOLという概念を要素に分けて説明しようとする試みは枚挙にいとまがないといつてよいくらい行われている。次に柏木は「末期癌患者のQOL」について①痛みや他の不快な症状のコントロール、②身体的活動の度合い、の二点から説明している。後者では、「すなわち、摂食、移動、排泄、衣服着脱、入浴などの日常生活動作(ADL: activity of daily living)がどれほどできるかがQOLを決める」とも書いている。

ADLと言えはりハビリテーション医学の領域でよく用いられてきた言葉である。

上田敏は、1984年に「『人生の質』(Quality of Life, QOL)を求めて—リハビリテーションにおけるADLからQOLへの目標の転換—」という論文を書いている⁽⁷⁾。ADLとはactivities of daily living(日常生活行為)のことである。

彼は、欧米の「自立生活思想」からインパクトを受けたとして、「以上述べたようにADL自立が必ずしもhandicap克服のための必要条件ではないとなると、それに代るべきリハビリテーションの共通目標は何かが問題となってくる。」と言う。そして、「このような考えに立って、ADLに代るべき目標として注目されるようになったのがQOLである。QOL、すなわち「人生」または「生」の全体としての質を高めることこそがリハビリテーションの目標でなければならず、ADLはその一部を占めるものでしかないという考え方である。」と主張する。

「そうなると当然「QOLの構造」が問題とされなければならなくなる」として、第二回筑波会議（後述）での二人の発言者やアメリカの論者などの分類、要素をあげている。

ところが、それから10年経過した1993年の雑誌『総合リハ』の特集に「ADLとQOL」があり、そこで上田は「ADLとQOLを考える—特集にあたって」という巻頭の文章を書いている⁽⁸⁾。ここで、彼は次のように、明らかに軌道修正を行っている。

ただこのような背景を抜きにして「ADLからQOLへ」ということがスローガ的に受け取られると、筆者の意図とは逆に「ADLはもはや重要でなく、ADLを抜きにしてもQOLの向上はありうる」という主張のように誤解される危険も生じた。そのため改めてADLの重要性を再確認し、「QOL向上のためADLレベル向上」を強調することも必要となった。

なぜ、上田がこのような軌道修正を行ったのだろうか？具体的なADLに比べて曖昧なQOLというものの限界を悟ったのであろうか。それとも、QOL思想が「社会」や「自立」を重視し、ラディカルな障害者運動などの理論的支えになることを警戒したのだろうか。

このことを考えるうえで翌1994年に同じ雑誌で「高次脳機能障害」の特集をしていることは重要である。上田自身がこの中で「高次脳機能障害とADL—QOL向上のためのADLの視点から」という論文を書いている⁽⁹⁾。つまり、医学者である上田は最近急速な進歩をとげつつある「脳研究」にあらためて関心を向けたのである。実際、「能力障害に直接働きかけるアプローチ、すなわち、視覚失認を言語機能や補助的なサインで代償するような健全な知的機能を活用して、それによって高次脳機能の機能障害を「代償」する（能力障害レベルでは「回復」として現われる）ことも場合によっては必要になる」とまで書いているのである。

そうは言っても、リハビリテーション医学に関連して、QOLは現実には障害者問題、あるいは障害者運動の領域にも影響を及ぼしつつある。

三沢義一は「障害者のQOL（生活の質）がはじめてテーマとして取り上げられたのは、一九八〇年、カナダのウィニベグで開かれた第一回RI世界会議であった。」と述べている⁽¹⁰⁾。

小島蓉子は「障害者が求めるもの—QOLとアメニティの権利をめぐる—」の中で、「人権」「ノーマライゼーション」の思想を核とした障害者自立運動の文脈の中で、「QOLとアメニティに関する社会リハビリテーションの課題」を提起している⁽¹¹⁾。彼女は、「人間存在を環境との相互作用のシステムとしてとらえるエコロジー（生態学）の立場に立てば、QOLは、人間的要件から無機質の自然的要件までも含む生活のあらゆるエレメントの総括とみることが出来る」とQOLをとらえようとしている。

そして、前記のカナダのウィニベグ（ウィニベグ）市での会議のウィルキー牧師の主題講演の中で明らかにされた「障害者の求めるQOLの要素」を次のように紹介している。

その第1は、障害者が消費者運動へ参加すること、第2は障害者が人間として当然の性生活を享受すること、第3は精神生活の充実（宗教的経験を含めて）により、障害者が障害と共に生きる主体としての哲学を持つこと、第4が第2次障害の拡大を予防すること、第5は法があげる人権を実生活の中で具体的に実現し確立することである。

また、一般的には注目されていないが、職業生活との関連でQOLという概念を用いている研究は数多く存在する。この場合、特にQWL（Quality of Working Life, 職業生活の質）という言葉が使われることも多い。前記の三沢によれば、「QWLが公式に使われることになったのは、一九七二年、アメリカのコロンビア大学で開かれた第一回QWL国際会議以後であると言われる」⁽¹²⁾。

三沢は「QOLからみた進路指導」という論文を書いているが⁽¹³⁾、肢体不自由児(者)の進路指導の文脈でQOLを考えている。そこでは、「肢体不自由養護学校高等部は、生徒の数からみても小・中学部に対して逆ピラミッドを形成し、いわゆる「出口」問題の深刻さは、従前の比ではなくなった。生活者としての重度肢体不自由児のQOLをどう論ずるか、また学校における教育活動としての進路指導はいかにあるべきか。率直に言って、こうした問題へのアプローチは、極めて難しい」という認識を示している。

わが国の場合であるが、上記の諸論文には1981年の第二回筑波会議がよく紹介されている⁽¹⁴⁾。そこから考えると、一般的に用いられるようになったのは、この会議以降のことではないかとも考えられるが、はっきりと確認しているわけではない。

いずれにせよ、日本ではQOLに対するポジティブなイメージが支配的であるように思われる。しかし、一方で「生命の質」的な考え方も潜在的には存在しており、また、我々も含めてそれを警戒する人たちも存在する。次に、「生命の質」という考え方について見てみることにしよう。

(2) 医療倫理とQOL

医療倫理の問題としては、朝日新聞に連載された曾野綾子の小説「神の汚れた手」において、以下のようなフレッチャーの「人間の資格」への言及がある⁽¹⁵⁾。

●フレッチャーの「人間の基準」(1972)

- (1) 最小限の知性。スタンフォード・ビネー式知能検査で四〇以下、またはそれと類似したテストで知能指数四〇以下、は人間であるかが疑わしい。二〇以下は人としては通用しない。
- (2) 自己の認識。
- (3) 自制。もし状態が医学的に矯正できなければ、自制のない人は人間ではない。
- (4) 時間の感覚。時の経過の意識と、時間を配分するのに必要な感覚。
- (5) 未来についての意識。来たるべき時について

の感覚、期待と計画。

- (6) 過去についての意識。過ぎ去った時についての意識、記憶。
- (7) 他人との係わり合いを持つ能力。個人相互間および広く社会との関連を含む。
- (8) 他人への関心。この特性が実際に果たす役割については議論のあるところであるが、それがないければ精神病理学的検討が必要となる。
- (9) 意志の伝達。気乗り薄なために意志の伝達ができない状態を指すのではないが、意志の伝達ができない完全に孤立した人は、人間ではない。
- (10) 存在の調節
- (11) 好奇心
- (12) 人の心と行動の、変化と変化し得ること
- (13) 理性と感情の平衡
- (14) 個人の特質。本人であることを認識しなければならない。
- (15) 新皮質機能、他のすべての特性はこれによって決まる。死を決める場合に、脳の機能が正常か否かが問題になる。

フレッチャーはプロテスタント系の神学者であるという。一方、それを紹介している曾野はカソリック信者の保守派として知られている。この現象だけをみると、日米で一種の“ねじれ現象”が起こっているということになる。

しかし、秋葉もふれているように、アメリカでのカソリックは少数派である⁽¹⁶⁾。プロテスタント系の功利主義が幅をきかせ、医療のさらなる「合理化」を行おうとしているのが実情であろう。

ところで、曾野の紹介の中にはQOLという言葉は出てこない。この時点で、フレッチャーがQOLという言葉を使っているのかどうかを確かめるために原著論文を読んでみた⁽¹⁷⁾。すると、QOLという言葉は使っている。すなわち、自己の認識(Self-awareness)についての説明の中で、大脳皮質の非可逆的浸襲で意識が回復するのがほとんど不可能という神経外科学

的ケースを例として、QOL 判定 (quality of life judgements) という表現をしている。フレッチャーはその後第2の論文を書いているが、それについては次回にゆずりたい⁽¹⁸⁾。

なお、曾野は省略しているが、フレッチャーは上述の15の基準 (Positive Human Criteria) とともに、Negative Human Criteria というものもあげている。それらは、次の5点である。

- (1) 人は非—人工的あるいは反—人工的ではない。
- (2) 人は本質的に親としてあるのではない。
- (3) 人は本質的に性的なものではない。
- (4) 諸権利のかたまりではない。
- (5) 崇拜者ではない。

前記のように曾野は小説の中で、QOL という言葉を用いていないが、「人間の基準」とか「人間の資格」ひいては「生命の質」といったものが、一般的に知られるようになった契機であったことは考えられる。

また、前節でふれた筑波会議の開かれた時期ともほぼ一致していることも意味があるかもしれない。

森岡正博は、『生命観を問なおす—エコロジーから脳死まで』(1994)の中で、生命倫理についてふれている⁽¹⁹⁾。彼は、生命倫理・事例年表 (海外・日本…表1) と生命倫理・文献年表 (アメリカ、日本) というものを作成している。

アメリカの文献は1970年にまで遡るが、森岡の表2の日本の文献で最初に掲げられているのは雑誌『理想』の特集「バイオエシックス」(1981)である。中村桂子が「バイオエシックス試論—生物科学・技術と社会の関係」という論文を書いているが、ライフサイエンスの主張としての「生物としての人間」という側面を強調したバイオエシックス (それはフレッチャー等の流れとは違うものである) について言及している⁽²⁰⁾。

つまり、それまで日本では「生命科学」ということは一部の専門家や遺伝子操作などに危機感をもつ市民などの関心の対象となっていたのが、この頃から生命

倫理が相補的なものとして登場してくるのである。

この特集の中で、唄孝一が「バイオエシックスと法的作用 — 「社会的合意」探求と表裏して」という論文を書いている⁽²¹⁾。そして、「生命の質」(QOL) とフレッチャーについてもふれている。唄は次のように書いている。

その間にひそむ実質問題が「生命の質」Quality of Life 問題であることは特に注意されていい。「生命の質」論は、元来、環境問題などの文脈で用いられることが多く、その場合は、単なる「命の長らえ」とは異なるいわゆる「健康で文化的な生活」の保障をかちとるための積極概念として用いられているのではないか。しかし、ここの文脈では、むしろ、「生命の神聖」への対抗概念として登場してくる。すなわち、それは「生命の神聖 Sanctity of Life に基礎をおく伝統的倫理は、生命の質の倫理コードに席を譲らねばならぬ」(J・フレッチャー) というのであるが、この論者によると、生命の質を問わず生命を伸長しようというのは生命至上主義 a vitalistic outlook だとして排斥されるのである。

ここでの文章からは、QOL が“元来、環境問題などの文脈”で、“健康で文化的な生活”の保障をかちとるための積極概念”として用いられていたのが、「生命の質」としてフレッチャーが“「生命の神聖」への対抗概念”として使いだしたということがわかる。

2. QOL の定義について

(1) 事典等から

すでに QOL 概念が用いられている諸領域を概観する中で、この概念のいくつかの事実上の定義を紹介してきた。しかし、ここであらためて最近の事典等の中でどのように説明されているか見てみることにしたい。

まず、1988年の『世界大百科事典』では、戦後

のGNP至上主義から、日常生活の満足感・充足感を重視する方向への価値観の転換が求められている状況をふまえ、次のように述べている⁽²²⁾。

このように<より多く>よりも<より良く>という価値観として、世界的には1965年ころからクオリティ・オブ・ライフという言葉が使われはじめ、日本でも70年から経済企画庁が社会指標として<生活の質>の指標化にとりくんでいる。72年ローマ・クラブ報告書《成長の限界》の中で使われて以来、広く使われるようになった。生活の質を個人の意識の問題として満足感・充足感として定義する見解、個人生活をとるかこむ社会的環境の問題として暮らしやすさとして定義する見解、その両者を統合する見解があり、社会指標として使われる場合は第3の見解がとられている。

1993年発行の『新版精神医学事典』では、「クオリティ・オブ・ライフ」の見出しで、次のように記述されている⁽²³⁾。

慢性疾患や慢性機能障害を持つ者、癌患者、老化による機能低下を来した者など、完全治癒または回復が困難な状況にある者の生活の改善をはかる際に用いられる評価指標。

ここでは、医学的な場面、しかも回復困難な患者の生活に焦点が与えられている。しかも、「評価指標」とはっきり書かれていることに注目しておきたい。

次に、同年に発行された『現代福祉学レキシコン』では、「生活の質 QOL = quality of life」という項目のもとに、「定義」としてつぎのように述べられている⁽²⁴⁾。

人びとの生活内容を主として物財的側面から量的にとらえる生活水準と異なり、非物財的側面も含めて質的にとらえる概念。生活の質とは生活の

快適性ともいえる。人びとの生活が真に豊かであるかどうかは、モノと心、他人と自分、生産システムと生活システムなどの調和とバランスを前提として目的概念として論議されねばならない。

この本では、「定義」以外に、「展開・内容」と「現状」にも紙数がさかれており、「1970年代以降、生活の質についての関心が高まってきた」として、「国民生活指標」（経済企画庁国民生活局）の生活領域で、収入生活の満足感や仕事、交際の充実感などの主観的指標も示されている。

しかし、これらも生活の質の表層しかとらえられていないとして、「生活様式の質を、どの位自由に、どのように個性的に行うことができるかに焦点がある」と述べている。

なお、ここでも、筑波会議の報告書が唯一の「文献」としてあげられている。

やはり1993年の『ブリタニカ現代用語』では、社会福祉の分野に次のように書かれている⁽²⁵⁾。

「生命の質」「生活の質」あるいは「人生の質」といわれるもの。医療や福祉に関連するリハビリテーション分野では、1960年代末からそれまでの健常者をモデルとする単なる身体機能の回復やADL（日常生活動作）の拡大、または就労を目標とするリハビリから、それらになじまないほど重度の障害者をも含むことのできる全人的、包括的なリハビリの在り方が模索されてきた。その過程で生まれてきた概念がQOLで、一人一人の生命と多様な生活形態を尊重し、その質的な向上と機会の保障を強調するものである。

ここでは、QOLを一応「生命」「生活」「人生」という三つの様相でとらえている。しかし、「社会福祉」ということの文脈もあってか、「生活」を重視した説明となっている。また、文中の「全人的、包括的」という表現にも注意しておきたい。この点はQOL思想の“双刃の剣”、あるいはそれ以上のものとして次回にふ

れるつもりである。

このように見てくるとこの概念が一般には、比較的最近知られるようになったものであると同時に、用いられている領域の違いがそのまま反映された説明となっていることがわかる。

しかし、てんでにバラバラで果たして「定義」と呼ぶのかという疑問も生じてくる。そこで、具体的な定義を試みたショウのそれについて見てみることにしよう。

(2) ショウの定義について

QOLの定義の問題は前節で扱った概念や、その使用領域の問題と切り離すことはできない。つまり、多様な問題領域に共通する普遍的な定義そのものがQOLという概念の性質上困難なのである（だからといって、共通する思想性が見られないということではないが、この点については次回に譲りたい）。しかし、前述の「クオリティー・オブ・ライフ—新しい医学的ジレンマ」では、その定義を試みた短い論文も収められている。これについては、秋葉もすでに紹介しているが、ここでは少し詳しく見てみよう。

A. ショウ (1977) は、医師や医学の専門家が $QL = NE$ と考えがちであることを指摘したうえでこれを批判する⁽²⁶⁾。すなわち、この公式の問題性はというわけでショウはQOLを（ここではQL）を次の式で表現する。

$$QL = NE \times (H + S)$$

NE : the patient's natural endowment (physical and intellectual), H : the contributions made to that individual by his home and family, S : the contributions made to that individual by society

ここで、QLはもちろんクオリティー・オブ・ライフであり、NEは患者の生得的資質（身体的及び知的）、Hは患者の家庭と家族によってなされる援助、そして、Sが社会によってなされる援助である。つまり、簡単に言えば、患者のQLは家族と社会によって与えられる援助と個人的諸能力を掛け合わせたもので

ある。

次にショウは、どのような条件下でQLが0になるのかについて言及している。彼が示す例は無感覚で反応を示さない無脳症の新生児である。つまり家庭や社会がいかに働きかけようと本人のNEが0であればQLも0になってしまうというわけである。逆に、正常に生まれはしたが、都会のゲットーで10代の未婚の麻薬常習者が親であれば、社会的サポートがないとやはりQLは0になるという。

従来の患者本人と家族の援助、という図式から言えば社会的要因が加わったという意味で新味があるという見方もあるかもしれない。しかし、いままでも社会的援助はまったくなかったわけではなく、とりたてて公式に表現するほどの意味がないという批判もあるかもしれない。それだけでなく、Sを強調するのはよいが、逆に社会的にある線を引いてしまえば、そこでQOLが決定されてしまうという危険性も秘めているということも忘れてはならないだろう。

(3) 幸福感、アメニティー等との違い？

A. ショウの定義を紹介したが、そこでは二つの問題がある。一つは、ショウ自身が述べているように医学的判断の場面に限定してQOLが考えられているということであり、もう一つはQOLと「幸福」という概念の違いについてふれられていないということである。

L. ノーデンフェルトによる「クオリティー・オブ・ライフ、健康、幸福」(1993)という本がある⁽²⁷⁾。書名にもQOLと幸福(happiness)とあるが、著者自身が「この研究で提案されるクオリティー・オブ・ライフの概念は主観的なもので、事実上、人生(生活)の幸福—不幸の次元と同一視されるものである」と冒頭に書いている。

この本は二部に分れていて、一部は「クオリティー・オブ・ライフとハッピーネス」である。ここでは「二つの古典的理論」として、哲学者アリストテレスとベンサムの理論をあげている。

アリストテレスについてはフレッチャーも前述の論

文(1972)の中でふれている⁽²⁸⁾。条件(7)他人と関わる能力、の説明で、“アリストテレスの社会的動物(zoon politicon)としての人間の特徴付けはインベントリーの中に必ず入れるべきものである”と書いている。

ノーデンフェルトの本に戻ると、アリストテレスによれば、人生における究極的善はユーダイモニア(eudaimonia)と呼ばれる。文字どおりにはこれは、“善なる神に祝福されていること”を意味する。この言葉は今日の西洋の言語へ翻訳することは難しいとしながらも、英語の伝統的な訳は“ハッピネス”であるという。しかし、今日私たちがハッピネスで意味するものとはまったく違う。重要な違いは、ユーダイモニアが人間のある状態ではなく、活動であるということである。

一方、現代の功利主義者の倫理との間に重要な類似性もある。ユーダイモニアも個人及び他者のために達成されるべきものである。両方とも人間の活動の目標である。

また、ベンサムは功利主義者として有名であるが、彼はすでに18世紀末に“快樂計算”(Hedonic Calculus)というものを試みている。それは、強さ(intensity)、長さ(duration)、近さ(proximity)、確かさ(certainty)という成分から構成されていると考えた⁽²⁹⁾。

彼が、罪刑法定主義を唱え、死刑と拷問に反対したイタリアのベッカリーア思想に影響を受けたのはよく知られているが、同様に関心は「立法」にあった⁽³⁰⁾。つまり、清水幾太郎によれば「立法者の任務は、国家における幸福の総量を出来るだけ増加するところにある。幸福の総量の増加は、快樂の総量の増加か、苦痛の総量の減少かによって行なわれる」のである。「幸福」「快樂」「苦痛」の客観的評価が目指され、それが罪刑を決める根拠ともなったのである。このような考え方は今日のQOLのそれと共通する部分がある。当然のことながら、ノーデンフェルトは自分の考えはアリストテレスよりもベンサムに近いと言っている。

彼の本を丁寧に読んだわけではないので何とも言え

ないが、ハッピネスとQOLとの関係についてはあまり明確にならなかった。しかし、はっきりしていることもある。それは、第二部のタイトルが「医学的文脈：健康とQOLを測定する」となっていることである。様々な概念的検討も結局は「測定」の問題に帰着する。

言うまでもなく、quality(質)はquantity(量)と対立的な概念である。それにもかかわらず、上記のノーデンフェルトの本の構成にも見られるように、初めはQOLを“主観的”なものとしながらも、それを規定したり、それが実際に機能する場面では“客観的”な測定を要求するようになっていくのである。そういう意味では根本的な矛盾を抱えた概念であるということが言えよう。

注

- (1) James J. Walter and Thomas A. Shannon (Ed.) ,1990 *Quality of Life-The New Medical Dilemma*, Paulist Press.
- (2) 秋葉聰 1993 脳死社会における諸問題(一)、【社会臨床雑誌】1巻2号、p.52の注(5)を参照
- (3) 山下恒男 日本社会臨床学会第2回総会(1994)第5分科会「いま、発達・能力、そして、クオリティ・オブ・ライフを考える」における発題。
- (4) サイコとは精神、心理、オンコロジーは腫瘍学と訳される。しかし、通常はオンコロジーのままで使われている。末期がん患者への全人的ケアが課題とされている。国際サイコオンコロジー学会の第一回総会は86年にコーネル大学で開かれた。同年に日本サイコオンコロジー学会も結成されている。
- (5) 「がん治療のQOL」というお知らせの記事(【毎日新聞】95年1月8日付け)。
- (6) 柏木哲夫 1994 QOL(生命の質)(「デス・エデュケーション」連載九)、「書斎の窓」。
- (7) 上田敏 1984 「人生の質」(Quality of Life,QOL)を求めてーリハビリテーションにおけるADLからQOLへの目標の転換ー、『社会福祉研究』、35、14-20。

- (8) 上田敏 1993 ADLとQOLを考える—特集にあたって、『総合リハ』、21巻11号、915-916.
- (9) 上田敏 1994 高次脳機能障害とADL—QOL向上のためのADLの視点から、『総合リハ』、22巻2号、97-103.
- (10) 三沢義一 1990 QOLからみた進路指導、『肢体不自由教育』、第96号、4-12.
- (11) 小島春子 1988 障害者が求めるもの—QOLとアメニティの権利をめぐる—、『社会福祉研究』、43号、34-39
- (12) 前掲論文.
- (13) 前掲論文.
- (14) 都留重人・佐橋滋編 1983 『クオリティ・ライフ』、弘文堂.
- 筑波会議は第一回が1978年に「新しい社会に向けて—経済価値と文化価値の調和を探る—」というテーマで開かれ、この1981年の第二回のテーマは「人間の相互理解に向けて—情報革命と文化創造の可能性を探る—」だった。
- この本は三部から構成されており、第二部が「クオリティ・オブ・ライフの認識と展開」で、全5章のうち第1章「クオリティ・オブ・ライフをいかに理解するか」(星野克美)、第2章「クオリティ・オブ・ライフの改善に向けて」(島田一男)、第3章「QWLとしての「労働の人間化」」(奥林康司)が関連する章である。
- (15) 曾野綾子『神の汚れた手』(朝日新聞社、1979-80) .
- (16) 前掲論文(2)で秋葉は、“キャソリック教徒は黒人、ユダヤ人、東洋人と並んで、クー・クラックス・クラン(K.K.K.)による迫害の対象になり、今日でもネオ・ナチの攻撃的になっている。特に、人口移動の少ない伝統と因習で結びついた貧しい地方のコミュニティにあっては、キャソリック教徒は異端者として白眼視される例が未だにみられる”(p.56)と書いている。
- (17) Joseph F. Fletcher 1972 Indicators of Humanhood: A Tentative Profile of Man, *The Hastings Center Report*, 2:5,1-4.
- (18) Joseph F. Fletcher 1975 Four Indicators of Humanhood: The Enquiry Matures, *The Hastings Center Report* 4,4-7.
- (19) 森岡正博 1994 『生命観を問いなおす—エコロジーから脳死まで』、ちくま新書012.
- (20) 中村桂子 1981 バイオエシックス試論—生物科学・技術と社会の関係、『理想』第579号、2-8.
- この論文の中で、フレッチャーの論文の掲載誌を発行しているヘイスティング・センター等について次のように書いている。
- バイオエシックスと呼ぶべき仕事として、もう一つの流れが米国にある。これは、ヘイスティング・センター(社会・倫理・ライフサイエンス研究所)やケネディ研究所に代表されるもので、一九六〇年代末から活発な研究活動を行なっている。この流れは、人間を生物として見るとか人間の生存を考えるという視点はなく個人の生命の尊重という面から医学、自然科学、行動科学、社会科学などの進歩にともなって起きてきた新しい問題をこまかくとりあげていく立場である。具体的課題としては、臓器移植、人体実験、行動コントロール、遺伝病など医学の問題が多く、遺伝子組換えもとりあげられたが、あまり大きな課題にはなっていない。
- (21) 唄孝一 1981 バイオエシックスと法の役割—「社会的合意」探求と表裏して、『理想』、第579号、53-64.
- (22) 『世界大百科事典』1988 平凡社.
- (23) 加藤政明他編 1993 『新版 精神医学辞典』、弘文堂.
- (24) 京極高宣監修 1993 『現代福祉学レキシコン』、雄山閣出版.
- (25) 『ブリタニカ現代用語』1993 ティービーエス・ブリタニカ.
- (26) Antony Shaw 1977 Defining the Quality of Life, *The Hastings Center Report* 7.
- (27) Lennart Nordenfelt 1993 *Quality of Life*,

Health and Happiness, Avebury.

ト(六) 一、『思想』、No.541.

(28) 前掲論文(12)、p.2

(30) C.B.ベッカリーア(風見八十二・風見二葉訳)

(29) 清水幾太郎 1969 幸福計算—倫理学ノ—

1764 (1959、改版)『犯罪と刑罰』、岩波文庫.

＜「映画と本」で考える＞

『障害児教育のパラダイム転換—統合教育への理論研究』を読みつつ考える (2)

林 延哉

自己決定は絶対の真理と言えるだろうか

前回は、第1部第3章までしかたどりつけなかった。今回は、第1部「障害者問題認識における視座の転換」の最終章である第4章「ノーマライゼーションと障害者自立」から始めることになる。

前章で「ノーマライゼーション」を「同化としてのノーマライゼーション」と「異化としてのノーマライゼーション」の二つの側面に分けてみせた堀さんは、次いでアメリカに端を発した「自立生活運動」に目を向ける。

現在、「ディスアビリティ当事者の国際市民権運動」として発展しつつあるというこの「自立生活運動」の発端は、1972年のパークレー自立生活センター (center for independent living, CIL) 開設であるという。この20年以上にわたって続いている運動の主張することは、「障害を理由とした差別の禁止」、「当事者主体、当事者管理の思想」、「自らの障害や健康を自己管理するという思想」、「脱施設の思想」等であり、「自立生活運動の本質は、障害者を健常者と同等の主体として位置づけ、健全者と同等の生活を追求していくことを求めたものであり、その中心にあるのは自己決定という考え方」(111頁、以下括弧内の数字は、本書の頁を示す) だという。

「障害を理由とした差別の禁止」とは、具体的にはADA法にみられるような、障害者に対して障害を理由に健常者と平等の機会を与えないことを禁止することであり、能力を持つ者には同等のチャンスを保障せよという主張である。

「当事者主体、当事者管理の思想」は、具体的には、

障害者自身による情報提供や自立生活技能訓練の提供、ピア・カウンセリング等を意味する。

堀さんは自立生活運動の本質であるところの「自己決定」について詳しく見ていく。その上で、「障害者の自立生活の基本を自己決定に置くことが今日の障害者運動の基本的な考え方になっている。・・・知的障害者や精神障害者には自己決定は不可能であると考えるのは、こうした人びとに対する偏見や差別意識に基づくものである。」(119)と指摘する。がすぐに、次のようにも指摘する、「このような意味での自立概念の拡張は限界に直面せざるをえないのも明白である。重度の知的障害や精神障害者の場合、自己決定の能力そのものに大きな制約を受けている」(120)。そして、アメリカの自立生活運動では、「彼ら(重度の知的障害や精神障害者—引用者注)が自己実現するように自己決定を支えていくことこそ、自立生活の支援」(121)であり、「その意味で、自己決定そのものへの介助者による援助、『共同の自己決定』など個人主義的な自立観とは異なる、『共生』をめぐる問題が提起されることになる」(121)とする。「重度の障害者の場合、・・・通常とされてきた社会と人間関係のあり方を問い直すことこそ重度障害者の差別からの解放、健常者との共生の課題となる。いわば、異化としてのノーマライゼーションの側面が前面に出てくることになる」(124)という。

堀さんは、ノーマライゼーションの理論を、「障害者問題を徹底的に社会的な問題としてとらえ、社会の変革を通して問題の解決を図ろうとする実践な理論として成熟させていく必要がある」(124)と言う。ここには、ノーマライゼーション思想を「異化としての

ノーマライゼーション」へと育てていこうという堀さんの考えが現れていて共鳴できる。けれども、その前段において、堀さんは、「認識障害」や「知恵遅れ」の障害者にとっては「彼らが自己実現しうるように自己決定を支えていくことこそ、自立生活の支援」(121)なのだという考え方を受け入れているように見える。そして、そこでは「個人主義的な自立観」とは異なる「共生」というあり方が問題になってくるのだ、と期待している。

けれども、僕は、この辺に関しては疑問に思う。障害者本人による当事者管理としての自己決定と、自己決定が出来るように健常者が支える、というのは明らかに違う次元になっているのではないかと思うからだ。まして、「共同の自己決定」というのは既に言葉としては意味を失っているように思える。

あらゆる自分の希望や必要を、「障害者」であることを理由に無視され、抑圧され、(医者や教育者や親やといった)他者の管理に屈伏する事を強いられてきた障害者本人が、自分自身の事を自分自身が決めて何が悪いのだ、「健常者」達はそれを当然のようにやっているのではないか、何故自分達はそうすることを認められないのか、という抵抗の中から、「当事者による自己決定」という言葉が生み出され、力を持っていくことはよく分かる。そして、その主張は、それまで彼らを抑圧し管理し続けてきた社会に対して変更を迫る「異化としてのノーマライゼーション」としての意味を持っていたとも言えるだろう。

けれども、にもかかわらず、「自己決定」という論理自体は、個人を「自己決定」出来る人間と出来ない人間に分けていく論理を胚胎していて、出来ない人間は出来るように援助をするというのは、能力の欠如によって管理が行われることを正当化していく構図ともなっていく可能性を持っている。ある状況の中である特定の意味と力を持った「自己決定」という言葉を、その文脈を捨象して使用するとき、通念として一般的に流通している「自己」とか「決定」とかいう言葉の

持つイメージと合流して、状況や時代性を持たない、個々人の能力としての「自己決定」というものを浮かび上がらせてくる。

「重度の障害者の自己実現の為に自己決定を援助する」ということは、僕には、優れて個人主義的な自立観のように思えて、堀さんの言うように「共生」の問題とはなっていないように思えてしまう。「自己決定」の能力のない者を「自己決定」の能力があるとされている者が援助するのである、そしてその目的は、「自己決定」の能力のない者の「自己実現」の為である、まさに個人主義的とは言えないだろうか。

ところで、そもそも、「自己実現」とはどういう意味なのだろうか。「自己」が「自分」という意味であるならば、例えば僕は今ここでこうやって存在してキーボードを叩いているのだが、これは「実現」なのだろうか。辞典を引いてみると、「人格が全体としてもっとも分化し、かつ統一のとれた発達をすること」「生活体の基本的な動因として考えられ、自己を拡大し、分化し、自律的になること、より成熟すること」と書かれている(『心理学辞典』誠信書房)。「自己を拡大、分化」するというのが、ではこの「自己」とは何なのだろうか。同じ辞典で引いてみると、「自分を一個の対象として経験し、意識すること」「現実の人の心理的・身体的総体」等と書かれている。それを「拡大、分化」するって?・・・僕には、「自己実現」という言葉の意味はよく分からない。「自己実現」という言葉は、“なんとなく”分かるような気にさせる言葉で、かつ、肯定的なイメージを持っている感じがして、聞くと「いいこと、大切なこと」とつい思って検討もなしに承認してしまうのだけれど、結局のところ、自己実現した人間とは、具体的には、社会的に承認され、十分に機能している人間(個人)を指しているのではないだろうか。「他者」との関連を言っているのではなく、その個人が発達し成熟するのである。そのこと自体を否定しているのではない。その様に自分や他者を評価するという人間に対する視点の取り方

があるのだというにすぎない。ただ、この発想は、優れて個人主義的ではないかな、というのが僕の思ったことなのだ。

重度の障害者の問題が、既存の社会の人間関係のあり方を問い直す問題であることは異論がない。それが、「共生」の課題であることも同感である。しかし、それは「自己実現」や「自己決定」というところから始まるのではないように思う。堀さんが、問い直し変革することを求めている今現在「通常とされてきた社会」こそが「自己実現」や「自己決定」を尊重しているのである。その中で、障害者は差別されてきた。だからこそ障害者にも「自己決定」を、というのは、堀さんも指摘しているとおり「同化としてのノーマライゼーション」である。しかし、そこに一人では「自己決定」出来ない人の存在を指摘して、だからその人の「自己決定」を介助者が助けるのだ、と言っても、それはやはり「自己決定」の問題であって社会の異化へと繋がついていない。僕は、読み取り違いをしているだろうか？

どのように拡大解釈をしても「自己決定」と「共生」ということは、どこかで必ず対立せざるを得ない概念なのではないだろうか。では、どうすればいいのか、と問われてしまえば答える言葉を持っていないのだけれど、例えば「束縛」とか「不自由」とかとして僕達にとって現象するような「倫理」とか「しきたり」とかいうもののうちこそ重度の障害者との「共生」というあり方が存在するのかもしれないという予感もする。現在の社会を異化して重度の障害者とも「共に生きる」社会へと変革をしていこうと言うとき、変革された社会とは、個々人が自らの思うままに自由に飛び回り活躍するというような、今の社会に生きている僕達が往々にして思い描くような社会ではないことは想像がつくだろう。現在の社会を異化するとは、「自分」「自己」という存在は強固なものであるという確信をまず溶かすことに繋がるのではないだろうか。それは、「自分は自分であって自分でない」ということに

もなろうし「自己と他者」という二極対置の否定ということにもなるだろう。思想的には中道を、現実生活では中庸を、というのが僕の取れる道だろうか。

WHOの「障害階層構造論」は障害を社会的に捉える考え方の基底となった

第4章で随分思いをはせてしまった。先へ進まなければならない。

第二部は「社会的問題としての障害者問題」と題され、「第五章 障害認識の転換—関係としての障害」、第六章「障害の社会的理解」、第七章「社会的障害構造論」の構築、「第八章 障害者問題と人間疎外」の四つの章を含んでいる。章を追って見ていこう。

「第五章 障害認識の転換—関係としての障害」では、その冒頭で、日本における障害概念の根底として「障害問題を個人の属性として理解していこうとする“個人還元主義”の障害観がある。言い換えれば、社会的な視点の欠落である」(129)と指摘する。そして、現在の標準的な障害の定義として1980年に世界保健機構(WHO)が発表した「国際障害分類試案」についての検討に入っていく。この分類はとて有名なものであるが、ここでも、引用によって再掲載しておこうと思う(135-6)。

IMPAIRMENT：保健活動に関連して用いられる場合、Impairmentとは心理的、生理的または解剖的な構造または機能の何らかの喪失または異常である。

DISABILITY：保健活動に関連して用いられる場合、Disabilityとはある活動を、人間にとって正常と考えられるやり方または範囲において行なう能力(Ability)の(Impairmentの結果起こった)何らかの制限または欠如である。

HANDICAP：保健活動に関連して用いられる場合、HandicapとはImpairmentあるいはDisabilityの結果としてその個人に生じた不利益(disadvantage)であって、その個人にとって(年齢、性、社会・文化的

諸因子から見て) 正常な役割を果たすことを制限あるいは妨げるものである。

堀さんは、この障害の分類の功績を、「医学関係者が多数を占め、また、各国の政治的利益が錯綜するWHOにおいて、社会的不利という医学レベルを越えた障害の社会的レベルを明確に抽出し、規定した点にある」(136)と評価する。「『試案』の障害についての認識の最大の意義は、障害を社会的な観点から問題にする枠組みを作り上げたという点である。」(137)

このように評価した上で、この障害の三層構造の理論のもっとも大きな問題点として、「Impairment, Disability, Handicap の関係を、先のが後のものの原因になるという因果の枠組みでとらえる点」(138)を指摘する。この枠組みでは、「障害者問題は究極的には生理的なレベルの問題に還元され、障害者の存在そのものの否定にまで行きついていかざるをえないのではないだろうか」(138)。そして、この問題点を修正する案として、「障害者インターナショナル」(DPI)による定義と、「カナダモデル」、そして岡田武世の理論を検討していく。

DPIの定義とは、「Handicap は物理的・社会的障壁という環境要因のみから生まれてくるものであり、Impairment や Disability は Handicap 発生のメカニズムに位置を占めない」(140)というものであり、DPIの一部では、Disability も環境要因によって発生するという主張も存在する。堀さんは、このDPIの定義について「『個人の属性としての Disability』への論及がない点が不十分ではあるが、『試案』の持つ医学モデル・個人還元主義という問題点を乗り越えて、環境の改善こそ障害者問題解決において特別な位置を占めるということを明確にした点で大きな貢献を示した」(142)と評価する。

ここで出てくる「個人の属性としての Disability」というのは、Disability を二つの側面に分けたひとつで、その二つの側面とは、「個人の認識や活動にか

わり、周囲のあり方とは相対的に独立に抽出される能力」と「社会的な役割の遂行、目的の達成にかかわり、周囲のあり方に深く規定される能力」であり、「個人の属性としての Disability」とはこの内の前者である。堀さんは、「『個人の属性としての Disability (機能制限)』こそが障害者の独自の個性、体験世界を特徴づけている要因なのであり、これを『社会の仕組み』の問題性に還元してしまえば、障害者の個性はネガティブなものとしてしか意味づけられえないであろう」(141)と言う。具体的にはそれは、聞く・見る・握る等の活動を指している。これは、いわゆる「障害＝個性論」に連なる発想であろうと思うが、やはり、ある活動、行為が Disability として現れるというのは、その「社会の仕組み」によるのではないかと、僕などは思ってしまう。Disability には二つがあつて、一つは個人の属性で、今一つは社会の仕組みによるのだよ、で、個人の属性の方は、それによってその個人の個性が出てくるのだよ、だから Disability を否定的に捉えてはいけない、という論理は、やはりどこかに危ない匂いを感じてしまう。例えばこれは、「目が見えないという機能制限こそが、彼女の独自の個性、体験世界を特徴づけているのだよ」というような言い方になるのだと思うが、それはそうだろうけど、だからと言って「目が見えないという機能制限＝彼女」ではないだろうし、目が見えないことで彼女が負わされた Handicap がそのことで免罪されるわけでもないし、わざわざ二分して「個人の属性としての Disability」と賞揚するだけの価値があることなのかどうか、よく分からない。僕などは、Disability とは、Handicap あつての Disability であつて、Handicap というものから抽象され想定されたものが Disability という概念なのだろうと思っているので、それが「社会の仕組み」によるのだとされても、「障害者の個性」がネガティブに評価されるというふうには繋がらないのだが……。ここところは、もっときちんと読まなければならないのかもしれない。

次の「カナダ・モデル」とは、『試案』において欠落していた環境要因を明確に位置づけ、障害 (Handicap) が環境との関係の中で生じることを明確に (142) したもので「このモデルの最大の特徴は、『環境因子』を導入し、Handicap の発生原因を Impairment・Disability と「障害物」との相互作用に求めている点」(144) である。しかし、このモデルは、「医学モデル・個人還元主義というWHOの階層モデルの問題点が払拭されて」おらず (145)、健常者と障害者との「格差の克服と同時に、障害者を含んだ新たな人間社会をつくり出すという課題が存在しており、それこそ障害者問題の提起したもっとも本質的な意味である」(146) にも関わらずその視点が欠落しており、『異化としてのノーマライゼーション』の追求という課題意識が明確ではない点に根本的な問題がある」(146) と、堀さんは指摘する。

そして、堀さんは次に、岡田武世の理論を検討していく。この理論は、「Handicap を歴史的社会的不利と解するとすれば、Impairment および Disability のほとんどが Handicap に起因すると考えるのが正しい」(150) と主張する。「障害者を含む共同社会をどのように構築するかということこそ障害者問題の究極の解決だという観点からすれば、岡田の論は、社会的要因を強調しつつ、再び『障害の発生予防』という器質的なものに障害者問題の究極的な解決が求められるという点で矛盾がある」(153) との指摘をしながらも、堀さんはこの岡田武世の論を検討しながら次のような結論を述べている。

従来の Impairment → Disability → Handicap という因果系列を前提として、それぞれに、医療→教育→福祉を位置づけていく図式はつくりかえられなければならない。Handicap の問題を障害者問題にとって主導的な問題ととらえ、それとのかかわりの中に、Disability も Impairment も位置づけることが必要なのである。

しかし、堀さんは、自分と岡田との違いとして次のような指摘をする。

私は、岡田と重大な点で見解を異にする。それは、岡田が障害を貧困・差別・公害と同様に社会的原因において発生したものであり、社会的に克服すべきものとしている点である。それに対して私は、障害を人間存在の多様なあり方のひとつであり、むしろ人間社会に対して積極的な貢献をなす、かけがえのない存在であると考ええる。

この後、Handicap ということについての検討を「第六章 障害の社会的理解」一章を当てて行った上で、「第七章 『社会的障害構造論』の構築」に於いて「階層モデル」に替わる「相互関係モデル」を提唱する。これは、「Impairment, Disability, Handicap を独立の要因としてとらえ、その三つの要因の組み合わせにおいて障害の問題をとらえていく」(188) ものである。「Impairment, Disability, Handicap は相対的に自立したものであり、むしろ、それぞれが相互に関係しあっていると理解するほうが生産的であろう」(191) と堀さんは言う。

このモデルでは、三者の間に6つの関係が生まれる。① Handicap が Impairment を生み出す関係、② Impairment が Handicap につながっていくという関係、③ Handicap が Disability を生み出す関係、④ Disability が差別につながるという関係、⑤ Impairment が Disability につながるという関係、⑥ Disability が Impairment を生み出すという関係、の6つである。「この三つの項は、Handicap を主導的なものにしながら相互に関連しあっているのであって、障害のあり方はこの三者の関係のあり方によって規定されるということが出来る。そして、このモデルが従来の階層モデルよりも優れた点は、障害の問題を徹底して社会的な問題として認識する視座に立ち、医学モデルや個人還

元主義を払拭している点である」(193)。

この相互作用モデルの示していることは、「たとえ Impairment が克服されても Disability や Handicap は残るし、また、Disability が克服されても Handicap が残る。つまり、Impairment や Disability の克服がストレートに Handicap の克服につながるわけではない」(194)ということであり、「Handicapこそが障害者問題の本質であり、直接に Handicap を克服しようとする社会的なとりくみが、Impairment や Disability をめぐる障害者当事者の「制限」をも克服することにつながる」(194)ということである。

この相互作用モデルが、従来の線形の因果モデルにくらべて、数段改善されていることは明らかだろう。様々な角度からの解釈(問題構造の指摘)を可能にし、ひとつの解決が全ての解決にはつながらないという輻輳的な関係性をはっきりと示している。にもかかわらず、問題の基点は、「社会」なのだということもきちんと提示する。これは、原理的には「障害者の根絶」論へと連なる従来の「障害階層構造論」の解釈を超えている。

この相互作用モデルは、先に検討した岡田武世の理論の基本的な部分を受け継ぎ、と同時に、その理論が持っていた「因果性」を払拭してしまったところに特徴がある。ある時点である側面を見れば、確かにそこには時系列に伴うひとつの因果関係が成立しているように見えるが、それはより広い関係構造の中の一部に過ぎず、例えその部分における「問題」を「解決」したとしても、それは全体の「問題」の「解決」へとつながらない、ということを示している。だから、岡田が結局のところ陥ってしまっている「障害の発生予防」による障害者問題の究極的な解決という発想へと至らない。確かに、障害者教育・福祉の「現場」においては、明らかに「退歩」であるような結果が、現実的には「解決」になっている場合が多いし、その「解決」の方向性も「現場」においてまちまちであったりする。「目先」の問題の解決は、障害者問題全体

の解決にはつながらず、というよりも、「現場」における「目先」の問題の解決は、障害者問題を構成している大きな要因であるとも言えるだろう。例えば、多くの「現場」において当然のように行われているボランティアの利用はそのひとつであろう。

第七章では、ここまでの部分がまとめられている記述がある。それを、僕が勝手に表的に書き直すと次のようになる。

障害者問題認識のパラダイム

優生思想パラダイム

リハビリテーション・パラダイム

ノーマライゼーション・パラダイム

近代社会を前提にして障害者がその中に参加していくことを目指す立場からは、

障害者の社会への同化の側面(障害者の生活の常態化)

例) 自立生活運動

社会の異化の側面(社会変革)

例) 障害者の障壁となっている環境条件の除去

介助などのサービスの社会的保障

障害者の障壁となっている環境条件の除去

介助などのサービスの社会的保障

病者役割や欠陥役割を強要するイデオロギーを克服して障害者を権利の主体として教育し、処遇する

健全者の持つ差別意識の変革を迫り、障害者に貼りつけられたスティグマを除去する

重度障害者の場合は、

障害者の社会への同化の側面(障害者の生活の常態化)

障害者が場所的に社会の中に存在していると

ということと、障害者の生活をできるかぎり通常のあり方に近づけるということ

社会の異化の側面（社会変革）

他者との関係のあり方をどのように変えるか。重度障害者が「共に在る」ということを契機として、人間と人間の関係のあり方を問い直し、つくり変える

ノーマライゼーションには同化の側面と異化の側面がある、同化の側面は具体的には「自立生活運動」のような運動として現実化しているし、異化の側面では、障害者の障壁となっている環境条件の除去や介助者の公的保障を求める運動として具体化される。が、このどちらの側面も「近代社会を前提にして障害者がその中に参加していくことを目指す立場」からの発想であり、言わば広い意味での同化の側面である。しかし、重度障害者について考えはじめるとき、ノーマライゼーションの同化の側面とは、「障害者が場所的に社会の中に存在しているということと、障害者の生活をできるかぎり通常のあり方に近づけること」であり、異化の側面は、「重度障害者と『共に在る』』ということを契機として、人間と人間の関係のあり方を問い直し、つくり変える」という意味を持ってくる。

堀さんは、「重度障害者」を鍵として、次のように述べる。(196-197)

重度障害者にとっては、自己の存在は、現代資本主義社会の基本の原理である能力主義・効率主義の原理の対極に立つことは明らかである。障害

者が存在することによって効率が落ちるとかコストがかかるとかという側面が必然的に出てくるからである。こうした矛盾した関係にどのように対応するかが問われてくる。

結局、重度障害者の共生の問題を考えようとするならば、効率や能率とは異なる価値基準を優先するという選択を受け入れることが求められてくる。この異なる価値基準とは、人間の孤立を克服して共同性を実現することであり、また、生産性やテストの点数などを競う効率重視のあり方を改め、労働や学びの一人ひとりの人間にとっての意味を重視するということである。

そして、この「社会の基本原理の組み換え、人間と人間関係をつくり変えを迫る」「障害者と共生する社会」(197)を構想するのである。

その構想の足掛かりとして堀さんは、第八章において、初期マルクスの疎外論に依拠しつつ議論を始める。今回は、この「第八章 障害者問題と人間疎外」から読み続けていきたい。

2回で終わる予定の「書評」であったのに、どうしたわけか、2回を終えた時点で半分に達していない。読者の皆さんは、望みうるならば、各自ご自分で『障害児教育のパラダイム転換：統合教育への理論研究』をお読みいただきたいと思う（僕が願うまでもなく、ここまで読まれた方は既に、この本が欲しくなっているかと信じている）。

社臨へのご案内 (4)

寺田 敬志

93年4月、「日本社会臨床学会」(以下、社臨)を設立して、今、その第1期を終えようとしている。会員数も、学会設立時の倍に拡大し、400名近くになっている。設立準備委員会当時は、100人規模の学会になれるかどうか、大きな関心事の一つだった。勿論、歓迎すべき事態であることは言うまでもない。

私自身、今年3月から、齢、半世紀の折り返しを開始したところである。だからというわけでもないのだが、'92年2月、私たちが「社臨設立準備委員会」を発足させた当時の、あの熱気が想い起こされてならない。社臨設立に至った契機と経過については、機関紙・誌や総会・学習会などの場で繰り返し語られていることなので、今更ここでは繰り返さない。でも、齢のせいであろうか、自分自身、今、何故こうして社臨と関わっているのか、振り返ってみたい衝動に駆られている。

私立の精神病院に心理職として勤務するようになってから、早25年が経過した。当初は、心理職としての自身のアイデンティティ確立のために、知識や技術の研鑽に励んでいた。そうしながらも、こんなことをやっていて、果たして「される側」のためになれるのかという疑念は、漠然とではあるが抱いていた。'84年3月、「U精神病院事件」が発覚した。これを契機に、当然のことながら、我が国の精神医療は国内外からの厳しい非難に晒されることになる。当時、精神医療現場では、『わが内なるU病院』などという言葉が囁かれたものである。この事態に触発されて私も、自分が働く現場を見つめ直さざるを得なかった。更に、折しも、仲間の看護婦からは、「心理というのは、医者のお太鼓持ちか」などと揶揄されたりもしていて、私の職業的アイデンティティはいたく傷ついていた。『「される側」に学び、「される側」と共に』を掲げる日本臨床心理学会(以下、臨心)にひかれ、足しげく集会に顔を出すようになったのは、この頃からである。そしてとうとう、'89年には第9期運営委員にも立候補してしまった。

この臨心も、'91年の第27回総会で、心理職の国家資格制度化を容認する路線を僅差で採択した。この採択に至る1年の間には、運営委員会内部で、国家資格化に反対する私たちと、容認派とが激しく対立する論争が続いた。ここでは、表面上の論点は資格化問題であったが、反対派の私たちは、『「される側」に学び、「される側」と共に』を軸に、「資格・専門性」を問う臨心の基本路線が危うくされることをおそれた。横浜港で華やかに花火大会が催される季節に、私たちは横浜開港記念館に手弁当で集まって、厚生省が出してきた資格化に関する資料を批判的に検討し合った。その帰り道、ガラス張りの高層ビルに映える花火が、私には何故か、無性に侘しく、虚しく見えた。

こうして、反対派の私たちは、新しい活動の場を求めて、社臨設立へと向かったのである。その際、私たちは、「臨床心理学・心理臨床」ということの枠を越えようとした。枠を越えて、多様な領域・立場の人々と、「臨床」ということとその背景の「社会」ということを語り合おうとした。船出して2年がたった今、社臨は順調に帆を進めているように見える。しかし、利害集団からの抵抗の前で進行は遅々としているが、資格化実現に向けた歩みは確実に続いているし、精神医療現場ではかつての改革派専門家たちだけではなく、「される側」をも巻き込むという巧妙なやり方で、国家による「される側」の支配・管理政策は一層強化されている。阪神大

震災では、カウンセラーとボランティアの活躍ぶりがマスコミを賑わし、その必要性が強調され、そういう私自身も、「嫌だなー、悪いなー」と自責感と葛藤しながら、相変わらず、精神病院の中で心理テストとカウンセリングをやっている。

この時代状況の下で、『私』・『臨床』・『社会』を語り合うのは、これはとても難しい。それでも、やはり、いろいろな人々と語り合い、深め合って、新たな視点と展開を模索したい。その際、もしも許されるならば、「学会」ではなくて「楽会」ならいいのだが…と、密かに、虫のいいことを願っている。

(てらだたかし、学会運営委員)

投稿のお願い 日本社会臨床学会編集委員会

1. 日本社会臨床学会は、学会機関誌「社会臨床雑誌」を当分の間、年3回発行します。また、学会機関紙「社会臨床ニュース」を必要に応じて随時発行します。
2. 学会機関誌・紙への投稿はいつでも広く募っています。別に、特集などを予告して、それにそった投稿をお願いすることもあります。研究発表、実践報告、エッセイ、問題提起、討論、意見交換などの場として活用していきたいので、どしどしご投稿下さい。
3. 原稿枚数は、400字詰め原稿用紙30枚程度とします。それを越える場合には、編集委員会にご相談下さい。なお、く「映画と本」で考える欄及びく“ここの場所”から欄については、5～10枚程度とします。
4. ワープロ原稿の場合、プリント・アウトしたものに加えて、フロッピーを届けて下さい。その際、ご使用の機種により調整が必要ですので、編集委員会にお問い合わせ下さい。
5. 投稿原稿の採否は編集委員会で決定し、その結果をお知らせします。
6. 掲載させていただいた方には、掲載誌・紙5部を贈呈します。それを越える部数を希望される場合には、編集委員会にご相談下さい。
7. 投稿原稿は原則として返却しませんので、コピーをお手許に保存してください。
8. なお、編集委員会へのお問い合わせは、学会事務局を通してお願いします。

編集後記

社会臨床シリーズ第1巻「開かれた病」への模索」が2月に出版された。著者のひとりとして、僕はわくわくしながら自宅近くの大きな書店に出かけたが、見当たらず、残念な思いだった。そんな時、仕事場で熱心にこの本の営業している著者のひとりが、サインを求められ、「サインなんかしてあると、古本屋に売りにくくなる」と言って、サインをせずに済んだという話を聞いて、大笑いしてしまった。

そのエピソードから、学生時代、古本屋で、マルクスの「経済学・哲学草稿」を買ったときのことを思い出した。たしか、その本には以前の持ち主の名前と購入した日付、そして“私が政治に近づこうとしているのではなく、政治が私に近づいてくるのだ”とかいうユーゴ（だと思うのだが）の言葉が記されていた。その持ち主の時代の学生意識を見た思いがして、漠然とした共同感をもったことを今でも覚えている。

さて、その古本が特に安かったという記憶はなくて、ついでに近所の古本屋で確かめたところ、「さっと見て面白そうなものなら、何でも買うよ」と、そこのおやじさんは言ってくれた。出版を引き受けてくれた影書房には申し訳ない気もするが、僕としては、古本屋に自分たちの著作がひっそりと放り出している姿を、どうしても好ましくイメージしてしまう。

もっとも、古本屋に自分たちの著作があるためには、誰かが定価で買ってくれていることが前提となるのだけれど、...。（三輪）

僕は古本の書き込みが結構好きだ。素敵な書き込みに惹かれて買った本もある。多くの古本に引かれた傍線は、はじめの頁の方は密度が濃く、本の後半になるとどこにもない。後ろの方をめぐって、そこにもきちんと線が引いてあったりすると、「この人はちゃんと最後まで読んだんだなあ、えらいなあ」なんて思ってしまう。裏表紙裏の隅に、前の持ち主の名前が書いてあったりすると、その隣りに自分の名前を書いてしまう。「開かれた病」への模索」が古本屋の隅で、傍線だらけになりながら、表紙の裏には持ち主の名前が5人ぐらい並んで書かれてありながら6人目の読者を待っているという光景に出会ってみたいと思う。

旅に出ると、つい本屋に入ってしまう。それが、古本屋であればなおさらだ。旅先の古本屋で、彼女とふたりして時間の経つのを忘れてしまう。どうしたわけか、旅行ガイドには古本屋は載っていない。（林）

「三重の集会」が終わって、今度は京都総会。その間に、「現代社会とカウンセリング」を考える学習会と運営委員会が入っている。そう言えば、「社会臨床ニュース」17号と本誌の発送のしごがある。もちろん、ぼくの毎日とて、これだけではない。急かし、急かされる日々になっている。誰を恨むことなく、ありがたいことと思っている。

書いては編み、で、本号で、第7冊目になる。日臨心学会改革20年の私的総括を終わって、今号には、島比呂志さんへのインタビューを載せさせてもらった。これでしばらく筆者としては一休みと、自分に言い聞かせている。あつかましい編者にあやかっただけで、どなたもご寄稿下さらないだろうか。「論争」がほしいと願っているが、これは仕掛けのものではないと自戒している。どうぞ、よろしく。（篠原）

社会臨床雑誌 第3巻第1号 Vol.3, No.1

発行年月日◆1995年4月9日

発行者◆日本社会臨床学会（代表 寺田敬志）

事務局：神奈川県海老名市中央2-5-34-703 林 延哉気付

電話&FAX：0462-34-5447

E-Mail（電子メール）：PBA00140@niftyserve.or.jp

郵便振替：東京7-707357（または、00170-9-707357）

銀行口座：あさひ銀行花畑支店普通472-1032602

印刷所◆有限会社ケイエム・プリント

東京都文京区白山3-3-13

電話：03-3813-7921

社会臨床 シリーズ 全4巻 刊行開始

日本社会臨床学会編

臨床心理学・心理臨床の自己検証と「資格・専門性とは何か」——「人間・臨床・社会」にかかわる今日的テーマを新たに多様に掘り起こす新シリーズの誕生！

【第1巻】『開かれた病』への模索

発売中 /
¥2800+税

精神医療の現状を現場から報告しながら、「精神病」を「開かれた病」へとするための実践と思索の過程を呈示。

序章／第Ⅰ章：精神医療状況は何故かわらないのか／第Ⅱ章：閉鎖的精神病棟を越える動きと限界／第Ⅲ章：生活の中での精神科臨床を問う／第Ⅳ章：治療関係の問題性とその展望／第Ⅴ章：「開かれた病」への関係を求めて／精神衛生・保健対策年表

【第2巻】学校カウンセリングと心理テストの現状とゆくえ

第3回配本

【「生涯学習路線」を問いつつ】生涯学習社会を出現させようとする国家の意図の中で、学校におけるカウンセリングや心理テストはどのように位置づけられてゆくのか。未来への予測と現状への警告。まえがき／第Ⅰ章：学校教育相談と生徒指導の戦後史／第Ⅱ章：学校カウンセリングの現状と問題／第Ⅲ章：心理テストと教師の心性／第Ⅳ章：生涯学習路線とカウンセリング

【第3巻】施設と街のはざまで “ノーマライゼーション” のいま

第4回配本

“ノーマライゼーション”が叫ばれている今日、20年前「府中テント闘争」を行い、脱施設と施設改善を訴えた彼らは今何を考えているのだろうか。第Ⅰ章：「府中テント闘争」とはなにが／第Ⅱ章：施設から地域へ／第Ⅲ章：“開かれた”施設づくりへの参加／第Ⅳ章：街の生活から施設改善運動へ／第Ⅴ章：障害者と共に／第Ⅵ章：“ノーマライゼーション”のいま

【第4巻】人間・臨床・社会

第2回配本

人間のこころを対象とする「臨床」をさまざまな角度から捉え返し、その現代的意味、生活における臨床、社会的分脈における臨床を考える。第Ⅰ章：情報資本主義のなかの臨床の知／第Ⅱ章：社会臨床論序説—生活における臨床とは何か／第Ⅲ章：「高齢化社会」の反教育学／第Ⅳ章：「臨床」の歴史性と社会性／第Ⅴ章：「若者世代」の心意識／第Ⅵ章：＜少年＞という装置

■執筆者：赤松晶子・我妻夕起子・井上芳保・小沢牧子・斎藤寛・佐々木賢・篠原睦治・武田秀夫・寺田敬志・戸恒香苗・中島浩籍・根本俊雄・野本三吉・波多江伯夫・林延哉・平井秀典・広瀬隆士・古井英雄・三輪寿二・山下恒男（50音順・敬称略）

全国の住民・市民運動をむすび、くらしを足元から見つめる

月刊 むすぶ

定期購読者大募集中!

本文80頁/年間購読料8400円(送料込み、1冊700円)

倉り干りは1970年。それから25年、一貫して住民・市民運動を担う人たちの声を掲載しています。『月刊むすぶ-自治・ひと・くらし-』の輪に、是非あなたも加わって下さい。そして一緒に考えて下さい。一体どんな国が、人が、暮らしが「やさしい」のか。あなたの考える「やさしさ」と、私の考える「やさしさ」は同じかも知れないし、違うかも知れない。あなたと私、そして全国とをこの雑誌を通してむすびます。

◇今年の特集予定

- 95年1号 ムダなダムをなぜつくる? ダムと水源開発のあり方 (既刊)
- 95年2号 外国人労働者に人権を! (既刊)
- 95年3号 ダイオキシン、フロン/「脳死」を考える (既刊)
- 95年4号 いじめ=学校社会のひずみから (3月下旬発行予定)
- 95年5号 人にやさしい住宅を (4月下旬発行予定)

◇昨年の特集内容(一部)

- 94年8号 関西発 障害者の働く場・生きる場-関西の作業所から
林淑美(ハンター) 田淵史郎(林業センター) 白杉滋朗(ほんご新聞) 西定春(つばし) 他の皆さん
- 94年9号 裁判所は市民のモノ? - 任官拒否から考える
神坂直樹 寺西和史(編集) [対談]折田泰宏・中北龍太郎 羽山彰男(翻訳) 他
- 94年11号 差別? 表現の自由? - 「断筆」騒動からみえたもの
楠敏雄(編集) みなみあめん坊(監修) 湯浅俊彦(監修) 斉藤正美(メディアの正義社) 他

お問い合わせ ——— シンサンテ社
お申し込みは 郵便振替01080-6-42151

〒606 京都市左京区田中門前町96-2
☎ Fax 075-721-0647

他者への眼ざしと臨床

日本社会臨床学会編

2400円+税

第二回横浜総会全記録

第一部「異文化」問題の現在 「シンポジウム」 出会いとしての「異文化」
共生・創造のフィールドへ/「記念講演」 異質な他者と共生関係を
ひらく・花崎卓平/心と身体を使って他者や世界と出会う・楠原彰
第二部 学校化社会のゆらぎの中で、「分科会」 学校って何だろう、もう
いらないのか? 関係を求める中で考える/「分科会」 いること、逃
げること/「居場所づくり」を考える
第三部「臨床」を問う視線 「シンポジウム」 「心理臨床」から「社会臨床」
をめぐる——しごと、専門性をどう考えるか/「分科会」 事例にする
こと・されること/「分科会」 精神医療の場は人を癒し・生かしている
か——再び「病」、「治療」とは/「分科会」 いま、発達・能力、そしてク
オリティ・オブ・ライフを考える——「脳死・臓器移植・尊厳死にかかわって

近代日本児童生活史 序説

野本三吉著

2500円+税

江戸末期から第二次大戦までの子どもの生活史
子どもは時代の鏡だ! 日記、綴り方などナマの資料を駆使して、戦争
や大震災、乱世にあっても逞しく生きる子どもたちの記録から読む近代
日本の相貌。

天上天下「病」者反撃!

地を這う「精神病」者運動

2000円+税

「病」者の本出版委員会編 閉鎖病棟から開放へ、そして街で自活し始め
ようとした「精神病」者たち。が、福祉の名の下、またも生きる権利が奪われ
ようとしている。多くの仲間の自死を、あふれるパワーで乗りこえる、
「病」者たちの声。

島比呂志 三部作

「らい予防法」を告発するハンセン病
療養所からの熱いメッセージ。

片居からの解放

1700円+税

来者のこえ

2000円+税

「らい予防法」と患者の人権

2500円+税

社会評論社

東京都文京区本郷2-3-10 呈図書目録
☎03(3814)3861 Fax.03(3818)2808

— 精神医療／総合誌（心・身体・医療・社会をむすぶ） —

季刊『ら・るな (La Luna)』

1995年 1月創刊／B5判／約130頁／2000円

〈月〉は他者を想うはるかな、かそけき恋愛。狂気（ルナティックス）を、寂寥を、否定的なものをこえ、異和を包み、静けさとやさしさを漂わせ、欲望ではなくすでに充溢を実現しているような……。

季刊『ら・るな (La Luna)』は心と身体に、社会に関わり、死と荒廃と終焉、生命と人間と希望を語り、明らかにするもの……。

精神医学・精神医療をひとつの軸として、学際的な理論誌、そして実践・活動的（臨床的）な誌面とする。



予約購読受付中

◎特集： 第1号「心と身体」

第2号「芸術と精神（医学）」（1995年4月）

第3号「子どもと学校の現在—この時代の病理—」（1995年7月）

第4号「精神医療における個と共同性」（1995年10月）

◎連載

・「交錯する科学・経験・信心の世界—通俗的精神病観の形成と変遷(1)」

川村邦光（宗教学・民俗学）

・「〈生理〉のゆくえ—感情を論じるということは何を考えることなのか—感情論(1)」

村瀬 学（評論家）

・往復書簡「恋・映画・嘘と現実……」生村吾郎（精神科医）×井上荒野（小説家）

・「子ども—まるで月のような絶対的遠さ」浜田寿美男（心理学）

・「性・エロス—境界はどこにある？」芹沢俊介（評論家）ほか

◎月をめぐるエッセイ・月学

・「月遊民—月に遊ぶものの系譜」松岡正剛（編集工学研究所）

・「月伝承と経験—アマゾン・月の民族より」山本誠（文化人類学）

地球の子ども舎ブックレットシリーズ① 文学フォーラム—太宰治『人間失格』—

『規範と逸脱をめぐる』

私たちをとりまく規範とそして逸脱を、
時代とその可能性を考える

村瀬学（評論家）+門眞一郎（児童精神科医）

1月刊行／A5判／48頁／定価500円（送料込み800円）

お申し込み・お問い合わせは

地球の子ども舎

〒565 吹田市千里山西1-3-3-203

TEL/FAX 06-338-0277



さいろ社

〒567 大阪府茨木市中津町4-31

TEL・FAX (0726) 37-8850

ぼくがうけたいがん治療

— 信じる医療から考える医療へ —

近藤 誠 (慶應大学医学部放射線科講師) 著

「名医」リスト・家庭医学書・医学論文にたまされるなっ！
医学界のタブーに挑戦し続けるがん専門医が教える、おトクな治療法とは？ 思案にくれる患者さんにとって心強い1冊。
■四六判／256頁／本体1600円＋税48円（合計1648円）

まちがいだらけの予防接種

— 子どもを愛するすべての両親へ —

藤井俊介 (予防接種情報センター) 著

予防接種法改正で「義務」から親の「責務」に変わった予防接種。「受けさせようか？ やめようか？」、親たちのとまどいに答える必読書。知られざる予防接種の真実が今、明かされる！
■A5判／156頁／本体1300円＋税39円（合計1339円）

四つの死亡時刻

トリートメント 編集部編

A5判／212頁
本体1600円＋税48円
（合計1648円）

阪大病院「脳死」移植殺人事件の真相

子どもが

決める時代

佐藤幸男 (相談家庭教師) 著

A5判／233頁
本体1600円＋税48円
（合計1648円）

学校へ行っていない子との新しい関係

看護婦は

なぜ辞める？

トリートメント 編集部編

A5判／309頁
本体1800円＋税54円
（合計1854円）

■お申込は…「地方小出版流通センター取り扱い」とご指定の上、書店で注文下さるか、または、当方へ直接ご注文ください。

現代書館

東京都千代田区三崎町2-2-12
電話03(3261)0778 振替東京2-83725

* 定価は悪税込み

武田秀夫

セイレーンの誘惑 — 漱石と賢治

賢治の心の闇に差す漱石の影。賢治は漱石の影響をどれほど受けたろうか。これまでほとんど気付かれていなかった漱石の影を綿密な考証によって明らかにした好エッセー。両者の同心象を見る。

重版出来！ 3000円

子どもという不安 — 情報社会の「リアル」

現実の子どものオトナが抱えている子ども親との亀裂が修復不可能なほど拡大し、オトナに不安を生じさせる存在となっている子ども。その変貌の背景をみつめ子どもとオトナの関係を再考する。

2000円

共生・共学が発達保障か

80年代日教組全国教研の争論
障害児の「発達保障」論一元支配から「共生・共学」の理論・実践との激しい論争の場へ揺れ動いてきた障害児教育分科会の総括。

K・アールストレーム他著／二文字理明訳編 4120円

スウェーデンの障害児教育改革

特別指導の歴史と現状

障害をもつ児童・生徒の特別なニーズに対応するとされる、「特別指導」こそ、学校内での選別・差別に奉仕してきた。その歴史的展開と教育全体における特殊教育改革を再考。

■障害者・保育・教育の総合誌

季刊福祉労働66号 編集長 石毛鏡子

特集・世界の統合教育と日本の現状

アジアの国々の統合教育… 中西由起子

レイチエル・ホランド勝訴にみるアメリカ統合教育の現状と課題… 秋山愛子

アメリカ・モンタナ州ミズーラを訪ねて… 片桐健司

転換する福祉国家スウェーデンと障害児教育… 二文字理明

社会統合を進める92年基本法とイタリアの統合教育… 嶺井正也

共に学ぶはほんとうに進んでいるだろうか… 北村小夜

12000円

山下恒男 著

テレビゲームから見る世界

子どもはテレビゲームから何を学んでいるのか？ テレビゲームをプレイする側の人間性と現代の社会状況を考える。名作ソフト紹介から次世代ゲーム機の話題まで、ゲーム未体験者にも読める文化論。B6判 定価一六〇〇円

紀田順一郎 著

日本博覧人物史—データベースの黎明

『群書類従』『牧野日本植物図鑑』『キネマ旬報』『南方熊楠画誌』など、学者・出版人が一生をかけた大事業の足跡を豊富なカラー写真で紹介する。A5判 定価四六〇〇円

久保田晃弘・藤井浩美 著

異分野コラボレーション

新時代の科学技術を求めて、既存の枠組みを超えた「モノづくり」への旅。異分野の視点の出会いがシナジー効果を生む。A5判 定価二四〇〇円

近刊予定

《対話》生命・科学・未来

森老孟司・森岡正博 A5判 定価一八〇〇円

心とコンピュータ

利根川進・広中平祐ほか 四六判変型 定価一六〇〇円

マルチメディア宣言

藤幡正樹・奥出直人 A5判変型二冊組 予価二三〇〇円

小児医療とヴァーチャルリアリティ(仮題)

二瓶健次 七月刊行予定

ジャストシステム出版編集部

〒107 東京都港区北青山1-2-3 青山ビルディング

TEL 03-5412-3933

FAX 03-5412-3936 (定価は税込)

世織書房

〒240 横浜市保土ヶ谷区天王町1-12-12
☎ 045-334-5554 振替 00250-2-18694

●森田尚人・藤田英典・黒崎勲・片桐芳雄・佐藤学編による研究者必読の書 教育学年報3 教育のなかの政治

黒崎勲教育と教育行政／片桐芳雄小学校と国民統合／森田尚人発達観の歴史的構成／佐藤学教室という政治空間／藤田英典「教育の政治性」に関する覚え書き／S・ポール教育、メジャー主義、そして「死者のカリキュラム」／D・ホール市場と教育要求／刈谷剛彦能力主義と「差別」との遭遇／田原宏人「不自然な偏差値」／神山正弘シカゴ教育管理改革の研究／青柳宏「読み書き」における物語性について／立山明アブダクションと授業／松下良平「他者」との共生のための道德教育／島光美緒子「メトード」試論／田辺敬子イタリアの教育と教育学研究／審野西平直著「エリックソンの人間学」田中毎実評 付・公募論文要領 A5・三八二円

●戦後教育学の枠組を問う

教育学年報1 教育研究の現在

天野郁夫／寺崎昌男／安川哲夫／田原宏人／廣田照幸／高木雅史／大田直子／今井康雄／タイヤック 他 A5・三六〇五円

●学校の公共性を論議づける

教育学年報2 学校Ⅱ規範と文化

佐伯胖／M・カツ／寺崎昌男／竹中暉男／清川郁子／森重男／今井康雄／矢野智司／村山史世／柿沼秀雄／森田伸子 他 A5・三八二円

佐藤学監修 幼児教育記録集①

ウォーリーの物語Ⅱ幼稚園の会話

V・ペイリー著／ト部千恵子訳 A5・二七八二円

子どもたちが語る登校拒否

四〇二人のメッセージ

石川憲彦／内田良子／山下英三郎編 菊・三九一四円

先生の現象学

小浜逸郎著

《最新刊》

四六・二二六六円

開業日記

赤石本二・著

私が這っている精神医療の道

ほとばしる精神科医の本音！

『開業だけはすまい、と心に誓っていたのに、さっさと開業して二年が過ぎた……』

神経科医院には、今日もまたいろんな患者さんがやってくる。胸を張って歩けばいいのだけれど、患者さん達に振り回されて這うように進むが精一杯。この道をどこまで行けばいいのだろう……

現役の精神科医が、日々の診療の中で出会った様々な出来事を丹念に綴った、哀しくもユーモア溢れる「怪作」。

『新刊2月25日発売』

四六判／208頁／定価1700円

精神医療

☆編集☆「精神医療」編集委員会
*定価各1700円

◎7号 特集＝エロス

1995年3月下旬刊行予定

【巻頭】野口昌也

村瀬学◎エロスの出自としての家族
杵淵幸子◎エロスの病理から見た摂食障害

【座談会】◎エロスの病理現象

野口昌也＋松本雅彦＋仲野実＋崎尾英子
【連載】

◎開業日記②／生村吾郎

◎ルポ地域作業所を歩く⑤／西澤利朗

◎保健・医療・福祉をめぐる

動向⑦／朝日俊弘

◎わが国における「社会復帰」

論争批判⑦／浅野弘毅

批評社 〒113 東京都文京区本郷2-6-15
☎03-3813-6344 振替・東京8-84363

THE SHAKAI RINSHO REVIEW

The Japan Shakai Rinsho Association

Editorial and Publication Office :

c/o N. Hayashi, 2-5-34-703, Tyuo, Ebina-Shi, Kanagawa-Pref. 243-04, JAPAN

CONTENTS

Prologue _____ **The Editorial Committee, The Japan Rinsho Association** _____ (1)

Interview: Why Should We Discuss Leprosy Prevention Act Now ?

_____ **Shima, H. by Shinohara, M.** _____ (2)

Some Current Problems of Bioethics in Japan _____ **Takeuchi, A.** _____ (22)

The Past and Present of Psychiatry (1) _____ **Miwa, S.** _____ (64)

The Concept of QOL and the Theoretical Problems (1)

_____ **Yamashita, T. & Akiba, S.** _____ (75)

“Where We're At”

Kawami, K.(37) Ishikawa, N.(39) Aoki, M.(42)

Film & Book Reviews

Namikawa, S.(45) Kodama, R.(54) Yamano, R.(59) Hayashi, N.(85)

The Announcement of The 3rd Convention of the Association _____ (0)

An Invitation to the Association (4) _____ (92)

Guidelines for Contributors _____ (93)

The Editor's Comment _____ (94)

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