

書評会 『生命というリスク』／『分別される生命』を読む」

昨年、川越修・友部謙一編『生命というリスクー20世紀社会の再生産戦略』（法政大学出版会、2008年）と川越修・鈴木晃仁編『分別される生命ー20世紀社会の再生産戦略』（法政大学出版会、2008年）という二冊の論文集が刊行されました。編者の川越氏によると、二冊を通して「生命リスクという概念を手がかりに、二〇世紀社会の生成と展開の歴史的過程を照射する」ことが意図されています。前者ではもっぱら「再生産」をめぐる諸問題が、そして後者では「医療」をめぐる諸問題が、合計15人の執筆者によって論じられています。こうした研究領域において、明確な問題設定の下にかかる多数の研究者が集うというのは、画期的とも言えることではないでしょうか。

本書評会の趣旨は、このような試みに敬意を表して、二冊を一つのプロジェクトとみなしつつ、「全体まるごと論じてみよう」というところにあります。ただし、四人の書評者には、それぞれの切り口から、この二冊のうちの一冊についてコメントをしていただく予定です。したがって、編者（および執筆者）のリプライを交えつつ、全体討論においてこのプロジェクト総体の意義を論じることができたら幸いです。そのみならず、二冊を出汁（だし）にして、この問題領域をめぐる研究の未来を語るができたらと思う次第です。

なお、書評会終了後、交流を目的にした懇親会を開催しますので、こちらの方にも是非ご参加ください。

日時：3月1日（日）午後1時～午後5時

場所：同志社大学今出川キャンパス・光塩館・地下会議室

〒602-8580 京都市上京区今出川通り烏丸東入

光塩館は、正門近くにあります。以下を参照。

http://www.doshisha.ac.jp/access/ima_campus.html

プログラム

- ・書評1 『生命というリスク』 瀬戸口明久（大阪市立大学大学院経済学研究科）
- ・書評2 『生命というリスク』 廣川和花（大阪大学総合学術博物館）
- ・書評3 『分別される生命』 市川智生（総合地球環境学研究所）
- ・書評4 『分別される生命』 田中祐理子（京都大学人文科学研究所）
- ・編者よりのリプライ1 川越修（同志社大学経済学部）
- ・編者よりのリプライ2 友部謙一（大阪大学大学院経済学研究科）
- ・編者よりのリプライ3 鈴木晃仁（慶応義塾大学経済学部）
- ・総合討論

問合せ先：脇村孝平（大阪市立大学大学院経済学研究科） wakimura@econ.osaka-cu.ac.jp

主催：医療・社会・環境研究会（代表者：市川智生）

科研費・共同研究「日本の近代化と健康転換」（代表者：鈴木晃仁）

2009/03/01

@同志社大学

書評会 『生命というリスク』 / 『分別される生命』を読む

書評：川越修・友部謙一編著『生命というリスク 20世紀社会の再生産戦略』（法政大学出版局、2008）（後半）

廣川和花（大阪大学総合学術博物館）

hirokawa@museum.osaka-u.ac.jp



本報告では表題著作の後半の三論文（荻野美穂「生命のはじまり」をめぐるポリティクス、中山まき子「出産のリスク回避をめぐるポリティクス」、川越修「生命リスクと近代家族」）について評してみたい。

荻野論文は、避妊／墮胎（／間引き）の線引きをめぐる言説の通時代的分析である。青鞥の女たち（1915）の主張は、必ずしも墮胎＜避妊ではない。産児調節運動（1920's-30's）において、避妊＜墮胎の規範意識へ（胎児存在の有無で序列化）。しかし戦時下にどちらも禁圧される。敗戦後、優生保護法（1948）が制定され、敗戦後の非常事態下で中絶はなし崩し的に自由化される。戦後の人口過剰緩和への貢献は大きかったと評価できる。家族計画関係者（50's末-）・宗教勢力（60's前半-）は「胎児の生命尊重」を強調し中絶への嫌悪感を喚起、規制強化を図る。メディアにおいてはビジュアルによる「胎児」虐殺イメージの量産（60's-70's）、水子供養ブーム（70's-80's）がみられた。女性たちの到達点は、「胎児」は「人間」「生命」、だが中絶は手放さないというもの。

60's～リスク社会の「家族と職業」は、「個人化」（←女性の教育と職業的キャリアの追求）により動揺した（pp.6-7）。

「胎児」「中絶」をめぐる言説は、その動揺のプロセスそのものであり、「政治」そのものである。一方で現在に至るまで一貫して「サブ政治」の広大な領域を抱えている。母体保護法への帰着にこれほどまでの＜克服＞の存在があることにはあらためて驚きを感じる。

中山論文は、「どこで産むか／産ませるか」の政策史的変遷をたどり、現状の問題点を指摘し、提言を加える。戦前には助産師が妊産婦の自宅を訪問し出産（9割）していたのに対し、戦後は農山漁村の乳幼児死亡率／新生児死亡率／妊産婦死亡率を低下させるため施設出産が促進された。母子健康センター助産部門がその中心となるが嘱託医師が確保できず、1960後半からは市町村保健セの設置により閉鎖されてゆく。この過程で人々の意識変革が進行し、病院・診療所での出産、医療的処置の常時提供（過剰？）が当然のものとなってゆく。しかし施設化の「ほころび」が明らかになりつつあり、堀病院事件で黙認されてきた「産科看護婦」による「助産行為」が綱紀粛正される。著者は周産期医療における諸問題において、助産師の偏在を緩和することに活路を見いだしているようである。

著者の紹介する限りにおいて、これまでの研究史において出産の施設化の歴史的な原因は説得的に明らかにはされていない。また、妊産婦本人の「出産の主導権」を重視し、助産師による自宅出産を医師による施設出産に比してその主導権が強く発揮されるものという価値基準が全体を貫いているように思われる。出産における「主導権」「多様性」とは何なのか。「つつましい医療とあたたかいサポート」(WHO)は「医師主導の医療による身体管理体制」(日本)と対立するものであろうか。無意味に対立させることに不幸があるのではという印象を持つ。また、通時的分析の中でも、産む側に起因するリスクの変容(高齢出産、生殖医療など)を考慮する必要があるだろう。その点を踏まえると、2007年以降の助産所運営の「ハードル」は「驚嘆すべき高さ」(pp.245)といえるのであろうか。

川越論文は、生命リスクという観点からみた20世紀後半の工業化社会の特質を明らかにすること(pp.259)を目的とし、下記の4点にわたって検討される。①近代=伝統家族の近代化をもたらす西ドイツ家族の変化。「個人化」の進行と、1960・70'sに夫婦+子ども2人の家族像にゆらぎが生じた。②1970'sの西ドイツ家族政策の展開とそのフランスとの比較。60's末まで「主婦婚」政策がとられ、中絶合法化が遅れた。70's半ばに工業化諸国は「包括的家族政策」へ転換してゆく。③家族政策をめぐる政治上の言説状況。1975『第二家族報告書』は、女性の主体的就労のための保育施設充実を勧告している。一方で三歳児神話は根強い。すでに家族は機能不全を起こしているにもかかわらず、新たな枠組み形成がなされ得ない状況にあった。④男性の意識変化。「啓蒙された保守性」という表現で説明される。

③で評価されている報告書においてすら、女性の就労促進政策を「子どもの社会化に役立つ範囲で」求めること自体に限界性があると感じられる。フランス(指標にならない?)、東ドイツとの比較によって、「遅れた西ドイツ」については明らかであるが、そもそも西ドイツに「伝統的社会規範」の根強く残る理由は何であるのか。家族言説の分析によって明らかにする工業化社会、都市社会化の特質とは何なのか。

3点の論考は、いずれも1960-70'sのリスク社会のなかでの「家族」の変容に関する言説を、歴史的に形成された現在とのかかわりを重視しつつ分析・叙述するものであるといえる。しかし、「リスク」の内実が絶えず変化する以上、「20世紀の再生産戦略」の歴史を現在において直接的に参照することには大きな困難があると感じられる。ベックは「家族と職業」の概念をセットで提示するが、これらの論考には「職業」が不在である。「家族」の「再生産」(生命の再生産に限定された)の側面のみではなく、再生産と不可分な「職業」を組み込んだ議論が今後必要なのではないか。

川越修・友部謙一編著『生命というリスク』 1～4章を読む

瀬戸口明久（大阪市立大学）

本書は「生命リスク」という概念を手がかりとして、多様な執筆者が20世紀の医療が出産・育児をめぐる諸問題とどのように対処したのか明らかにしたものである。以下では本書の前半（序章～4章）について簡単に紹介した上でコメントしたい。

序章「生命リスクと二〇世紀社会」（川越修）では、ウルリッヒ・ベックのリスク社会論を足がかりに理論的な問題設定がなされている。ベックは近代化の帰結として、科学技術によるリスクが生じ、家族の個人化がもたらされると論じた。だがそうした「リスク社会」において、現在の日本政府による少子化対策のような「国民運動」というきわめて20世紀的な手法がもちいられている現状をどのように考えればよいのだろうか。そこで本書では20世紀社会における生命リスクへの対処を歴史的にとらえ返そうとしている。

第1章「人口からみた生命リスク」（友部謙一）では、近世・近代の日本における花柳病リスクへの対応が検討される。著者はまず徳川時代の産子養育資料から、すでに当時から乳児死亡が切実なリスクとして認識されていたことを指摘する。そのうえで大正期群馬県の花柳病統計をもとに、花柳病リスクと出生リスクとの関係を明らかにする。その結果、全国的に見れば公娼のある地域の方が無い地域に比べて、花柳病罹患率が圧倒的に高いこと。公娼をもっとも早く廃止した群馬県の場合、私娼である「乙種料理店」を中心として農村部に花柳病が伝播していること。そして花柳病が「死産率の上昇と出生力の低さ」というリスクにつながっていることを明らかにしている。

続く第2章と第3章では、20世紀前半のドイツと日本を対象に、乳児死亡リスクにどのように対処したか検討している。第2章「乳児死亡というリスク」（中野智世）は、1907年に設立されたデュッセルドルフ県乳児保護協会の活動を取り上げる。本章では20世紀諸島のドイツにおいて「農村」の女性の育児が問題となり、ときには地域の人々や助産婦と対立しながら啓蒙活動が進められたことを明らかにしている。一方、第3章「農村における産育の『問題化』」（吉長真子）が取り上げているのは、1934年に日本で設立された「恩賜財団愛育会」の活動である。ここでは日本でもドイツと同じように農村の「迷信」「陋習」が批判されたことが明らかにされる。興味深いのは、柳田国男が愛育会の活動に積極的に関わっており、農村の「伝統的」な産育習俗を評価した点である。ここには「伝統」を再創造しながら「近代化」をすすめていく20世紀社会のありようを見出すことができる。

第4章「戦時『人口政策』の再検討」（高岡裕之）では1941年1月に閣議決定された「人口政策確立要綱」が検討される。その結果、戦時期の人口増殖政策が、明治以降の人口増加政策の延長線上にあるというよりも人口学的な認識にもとづいていたこと。戦時人口政策が「農業人口＝農村社会の保全」を目的としていたこと。さらに人口増殖政策は「大東亜共栄圏」への人口流出を前提としていたことが明らかにされる。本章で指摘されているのは、人口政策と農業政策、さらには帝国日本の拡大との関係という、これまであまり注目されてこなかった重要な論点であ

る。

上記の4章には、おもに20世紀後半をあつかった本書の後半3章にはない共通するキーワードがある。それは「農村」である。第1章では「農村」への花柳病の伝播が取り上げられる。第2章と第3章で問題とされるのは、「農村」の女性の育児である。第4章では戦時人口政策が「農村」人口の確保にはかならなかったことが明らかにされる。これまで「再生産」の医療史では、おもにジェンダーやセクシュアリティが注目されてきたのに対し、本書は「農村」というもう一つの問題領域が存在したことを明らかにしている。だがここで「農村」の側は、都市の専門家の側から「問題」として「発見」されたのであって、自ら主体的に生命リスクに対処したわけではないことに注意しなければならない。その意味で、戦前期の農村は「上からの農村医療」のまなざしにさらされていたといえよう。

最後に本書全体の枠組みについてコメントしたい。本書はベックのリスク社会論から20世紀医療をとらえ返そうとする試みである。ベックの議論は、環境リスクについては盛んに援用されているが、医療を取り上げた研究はそれほど多くはないように思う。その点で本書は野心的な試みといえる。とはいえ本書の前半が「リスク社会論」とどのようにつながってくるかは、必ずしも明確ではない。また、各章の執筆者が使っている「リスク」の定義も一義的でないと感じた。本書のキーワードである「生命リスク」という概念がきわめて広く定義されているため、各章でリスク概念にズレが生じてくるのも致し方ないのかもしれない。だがベックの枠組みを医療史に生かすためには、「生命リスク」の理論的な分析をすすめることが必要と思われる。

川越修・鈴木晃仁編『分別される生命—二〇世紀社会の医療戦略』（2008年、法政大学出版局）

市川智生・総合地球環境学研究所

川越修・友部謙一編『生命というリスク』（2008年）が主として生命の再生産の問題に焦点をおいたのに対して、本書は「病気と死をめぐる職業的・社会的不平等」、とくに医療の問題に着目した論考を収録している（個々の論考についての位置づけは、序章「二〇世紀社会の生命と医療」（川越修）に説明されている）。第1章から第4章はいずれも日本の事例を扱ったものである。

第1章「リスク・パニックの21世紀」（美馬達哉）は、U.Beckのリスク論を下敷きに、新型インフルエンザのリスク管理について検討したものである。筆者は冒頭で、新型インフルエンザが実際には大流行していないにもかかわらず、病気自体が非常に危険なものとして扱われていることに注目している。このことから、現代社会では、「富」だけでなく、「リスク」の生産および分配の構造が争点になるうることを指摘している。つまり、インフルエンザをめぐる「社会的な恐怖」こそが問題であり、言葉を換えれば、リスクを認知する人間の側に注目することが必要ということになる。（筆者によれば、新型インフルエンザが人類にとって危機的存在として認知されたのは、2003年のSARS騒動が「リハーサル」の役割を果たしたからである。）

筆者は、突発的な事件が社会にとっての「悪」として過度に報道される事態を「リスク・パニック」と読んでいる。新型インフルエンザの場合でいえば、ウィルスの突然変異の可能性に象徴される不確実性と、過去の事例に基づくリスク認識が混在することで、その新奇性にもかかわらず計算可能な危機として認識されることに特徴がある。そのため、リスクの要因を冷静な判断で見極めることの必要性が指摘されている。20世紀社会は、リスクを国民国家の集合的身体に包摂（リスク・マネジメント）する一方で、リスクに対応できない人間を排除しているとされる。

本章で筆者が指摘しているのは、新型インフルエンザを事例に、リスク・マネジメントが展開することで、却って新たなリスクが発生しているという点である。したがって、必要とされるのは、リスク管理の際に、そこから発生するリスクに如何に対処するかということである。

第2章 「近代日本における病床概念の意味転換」（猪飼周平）は、現代の医療制度改革を念頭に置きながら、病院をめぐる歴史的変遷を通して日本の医療制度を論じたものである。筆者によれば、現代では「病人は病床に、老人は介護」という前提があるが、歴史的には病床は「病人が寝る床」として、休息、保護、隔離など多様な機能を持つものであった。つづいて、戦前日本の特徴として、1)伝染病床の多さ、2)一般病床は私立病院が提供、3)欧米と比較して一般病床が少ない、ことが指摘されている。これは、イギリスでは、病院が *voluntary hospital* と *workhouse* のようなネガティブな収容施設と連動しているのに対し、日本では西洋文明の象徴

としての「病院」が存在したこととの関連性が指摘されている。その意味では、日本の病院は治療機能以外に存在意義が見出されていたともいえるだろう。

一般的には世紀転換期に「プライマリ・ケア」と「セカンダリ・ケア」（先端的・専門的な医療）の分離がみられ、「病床の一般病床化」（病床の量的拡大を伴う）、「一般病床の治療化」（治療以外を排除）が進展したとされる。しかし、日本では一般病床の増加は私立病院によって供給される傾向にあった。これは、小規模で建設コストの低い病院（安上がりな入院施設）が農村部にも広く浸透し、多様な病床利用へとつながり、戦後の高齢者による利用へと継承されていった。

本章では、戦前の隔離病院（いわゆる、避病院）について、やや一面的な叙述がみられた。未帰還率が高く、監獄のようなイメージは、明治初期から中頃までの、主としてアジア・コレラ患者を対象としたものである。実際には、明治中頃から、入院期間の長い赤痢などを中心に広く治療の可能性が模索された場所でもある。また、筆者のいう多様な病床の維持が、日本でなぜ可能だったのかという点については、ここでは理由が明示されていない。

第3章「明治期日本における看護婦の誕生」（山下麻衣）は、戦前日本の看護婦について、制度的変遷を検討したものである。戦前の日本では、「看護婦規則」（1915年6月、内務省令第9号）が最初のまとまった法令であった。そのため、課題として、1)それ以前の看護婦資格がどのような状況にあったのか、2)明治期の看護婦養成の動機づけがどのようなものであったのか、3)資格既定が明治後半から大正前半にあいつで制定される理由はどこにあるのか、設定されている。

福井県では、明治期に大日私立衛生会と医師会が看護婦養成所を設立した。背景には赤痢の蔓延による看護婦需要の拡大、隔離病舎での看護勤務の義務化が指摘される。また、大正期以降、県立病院や私立病院で看護婦養成が開始され、そこには旧態依然たる「お礼奉公」が存在した。

一方、福島県では、1896年から日本赤十字社福島支部が看護婦養成を開始した。彼女らは、県立病院や日赤本社へ勤務する、いわば看護エリートであった。1900年前後から、各郡で3か月程度の訓練による速成看護婦が養成された。背景には赤痢対策があり、当然ながら技量面の問題が指摘されていた。また、賃金が高い水準にあり、批判の対象であったが、これは一種の危険手当であった可能性が高い。公立病院では1900年から養成所を設置したが、実態としては掃除から調剤までこなす「何でも屋」であった。これとは対照的に、伝染病看護と医療施設の増加を背景として、派出看護婦も存在した。

戦前の日本では、1)速成看護婦（伝染病看護）、2)病院看護婦（入院看護）、3)派出看護婦、4)日本赤十字の看護婦（戦時救護）の4種類の看護婦が混在していたことが論じられている。しかも、4)以外は資格基準が不在であった。そのため、1900年前後から府県別の看護婦規則が制定された（計29府県）。

本章を読んだ疑問は、第一に、赤痢流行の地域性をどのように考えるかという点である。おおまかにいえば、赤痢の流行地域は、年を追って西日本から東日本へ移動しており、さらに都市に比較すれば農村での発生が顕著であった。もし、看護婦需要の増大の理由として赤痢対策をあ

げるのであれば、このような疾病自体の推移と地域性についての考察は不可欠であろう。第二に、看護と診療の区別は、本当に明確だったのだろうか。例えば、無医村で、一定の訓練と経験を経た看護婦が、医師の代替をしていたということは考えられないだろうか。

第4章「治療の社会史的考察」(鈴木晃仁)は、戦前東京で行われた健康調査を事例に、人々の医療に対するスタンスを論じた論考である。冒頭では、医学史の分析が、垂直的アプローチと水平的アプローチに大別できることが指摘されている。そして、多様な現象を分析するには水平的アプローチこそがふさわしいと述べられている。本章で言及される滝野川健康調査(以下「調査」)は、1938年5月から翌39年4月にかけて、354世帯2215人を対象に行われた組織的なものである。ここから、昭和戦前期の医療をめぐる人々の戦略について検討を行い、リスク論に視点を置いた医学史研究の可能性を探っている。

「調査」の結果から、第一に指摘されているのは、医療の多元性である。一口に医療といっても、医師、調剤、売薬、民間療法、療術行為、信仰療法など、実にさまざまな形態があった。これは、従来の研究で「医療の危機」、「医療の社会化」と述べられてきたのは、あくまでも正規の医療を対象とした議論であった。なかでも、昭和初期に療術行為は広く普及しており、背景には医学研究の過度な専門化・学問化が、却って明治以来の科学信仰に陰りを招来したとされる。

第二は、地域住民の受療のパターンが数値で明示されている。すなわち、医療行為のうち32.2%が医師により、62.9%が売薬によるものであると指摘されている。「調査」によれば、高所得層ほど医者にかかる比率は高かった。たしかに低所得層のそれは低いが、売薬で代替していたのであり、民間療法が主流であったわけではない。しかも、代替できない重篤な疾患は低所得でも医者にかかるし、死亡に至るまでの診療にはとりわけ高額な費用を負担していたのである。

以上、本章は、「水平的アプローチ」により、医療サービスの多元性、消費者としての患者の行動を明らかにしている。筆者によれば、戦前の住民が病院にかかるか否かを選択する基準としての所得格差は、たしかに診察を受ける頻度に違いがみられるが、従来言われていたほど決定的なものとはいえない。とくに、致死的な傷病において低価格な代替は不可能であり、医師が独占状態にあった。言葉を換えれば、治療をうけることは、恩恵であると同時に経済的にはリスクが生じていたのである。これを筆者は「受療するリスク」と読んでいる。

これまで、医学史研究では、急性感染症の集団感染や細菌学上の画期的な発見などが、多く検討されてきた。しかし、本章は、一見してドラマ性のない史料から、戦前の地域住民が如何に多様な医療形態のなかから自己選択をしていたのかを、活写している。通説の修正していることなども含めて、今後の医学史研究の方向性に一石を投じる、画期的な論考といえるだろう。()

書評会『生命というリスク』／『分別される生命』を読む」（2009年3月1日 於・同志社）

書評4：『分別される生命』第5章～第8章を中心に

報告担当者：田中祐理子（京大人文学研究所）

はじめに・本書の大きな狙いと「生命リスク」概念の意義

「現在の私たちの生命・身体の置かれた状況はどのようなものか、現在を二〇世紀社会の展開過程のなかに歴史的に位置づけるとどのような問題が見えてくるか」（序章：1-2）という表明からは、「二〇世紀社会」という語が示す射程と、その三つの重要性を読み取れる。すなわち、①「二〇世紀的なもの」を問えるという認識、②この「二〇世紀的なもの」と「現在」との関係への意識、③これを問うための指標として「生命」という「リスク」を設定すること、の三点である。

本報告が主に担当する『生命というリスク』後半四論文の共通の主題としては、以下を確認しておきたい。十九世紀後半に起こる変化の内容の検討、そして、「近代医学」が勃興・確立を進める時期に、その影響下にある人間の生はどのような変化を経験し（その結果生まれる新しい「生」モデル」cf.第7章：245）、やがて、どのような現代に行き着いたと言えるか、という問いである。そこでは恐らく「生きている」状態が問われるようになった（生と死の二項対立から、生の内部の「リスク」の前景化へ）のであり、「生命リスク」を管理する審級として医学が突出していく（各セクトの争いと棲み分けの過程）とともに、身体における「個人化」と「カテゴリー」の錯綜が発生する。

各章の議論に即して

第5章 服部伸「世紀転換期ドイツにおける病気治療の多元性——ホメオパシー健康雑誌の記事を中心に」

ここで基本的な時代背景を描き出すのは、1870年代から二〇世紀前半にかけてのドイツの疾病構造の変化 - 帝政期からナチ期の死因統計であり、そのなかで生きられた経験をあぶりだすものとして、ホメオパシー患者たちの関心の所在が辿られる。ここでは二種類の変化が確認できる。家庭治療・自己治療の推奨についての変化と（その際には『ホメオパシー月報』と『民衆雑誌』の違い、すなわちより専門職的抑制が働いている後者のもつ史料的価値が注目される）、伝染病と成人病における態度における変遷である。これは科学的医学との争いの過程を反映するが、外科における「痛み」の主題と、種痘への反対の終息というエピソードは、同時期の複数の「医学」の、「治療」の領域での棲み分けの過程を語るもので興味深い。

なお、上記の時代性はもうひとつ別の背景、『健康小本』『ガルテンラウベ』という、より「一般的」な雑誌における健康記事との対比からも照らされている。『健康小本』における伝染病克

服の強調と「遺伝病」への関心（「人種学」）、『ガルテンラウベ』における精神疾患・先天性異常（「異常な子ども」）・成人病への関心と対比されたとき、『民衆雑誌』のガンの外科手術への疑義と、先天性異常・遺伝疾患への関心の不在は面白い。筆者は「一九世紀末以降、一般には強い関心をもたれるようになったこの問題に関して、ホメオパシー患者は関心を示さなかった。彼らはもって生まれた身体機能は甘受したうえで、有機体としての身体の向上に努めることを理想とし、根本的な問題解決をはかろうとはしなかった」（201）と記しているが、「医学」によって「あるべき身体」の観念が異なりうるというこの指摘には、今後さらなる議論につながる意義がある。そこに逆照射されるものとしての、「医学の近代性」を探る端緒となるものである。

第6章 大谷誠「世紀転換期イギリスにおける『精神薄弱者問題』——上流・中流階級と『公』的管理」

ここでは世紀転換期イギリスにおける精神薄弱者問題 - イギリスという国にふさわしい国民の形成という要請、すなわち優生学的文脈だけではない「市民」選別という文脈を背景としながら、そこで生きられた経験として、1913年精神薄弱法にいたるまでの議論に浮かび上がる、「支配者層」である上流・中流階級の精神薄弱者の処遇（管理）をめぐる闘争（私と公／家族・国家・専門家）が論じられている。

この主題の「新しさ」としては以下の二点が確認される。まず「精神病」と異なる「精神薄弱」＝「慢性疾患」という経験自体の新しさ。次に、福祉国家形成への包含か排除という選別においては単なる「対象」でしかありえなかった下層階級の精神薄弱者とは決定的に異なる位置づけにある「支配者層」の精神薄弱者問題を取り扱うという、この議論自体の新しさである。これは今日の福祉国家を考える重要な視座を与えるものとなりうる。

この論文で辿られる出来事の道筋としては、まず狂気委員会(1845年-)による公的アサイラムの管理と私的アサイラムの支配の試みが確認され、そこから「真の貧困原因」としての精神薄弱への着目(1875年以降)へとつながる。ここで下層・下層中流階級に向けて開始された取り組みが、1904-08年王立委員会での「慢性疾患」としての精神薄弱についての議論に行き着くが、そこでは極めて入り組んだ専門家間の交渉がなされる(自分で処遇できる上流・中流階層には強制収容は不要との主張と、正しい処遇がされているとはいえないという主張との綱引き等)。最終的には「コロニー」を「全階級が異なる方法で」(226)利用するという、曖昧な落としどころが採用されることとなるが、そこに至るまでのポリティクスからこの結論が読み解かれるとき、そこに見えてくる意志のようなものがある。

それは「軽い精神薄弱者」という問題の解決をめぐるって考えると最もよく浮かび上がる。これが「一番の問題だが、ただし解決は可能」とされたことが示している意味、つまり、ここで新しく、且つ柔らかく排除された人間存在が示すところを見る必要がある。「下層階級の場合、とにかく家庭から施設へと知的障害者を『強制的』に連れ出すことに全力が傾けられていたのに対して、上流・中流階級では、家族の『主体性』を尊重しつつも、公的機関によるケアと管理を利用

しやすい環境をつくり出すことであった」(238)という指摘は、ここでもやはりひとつの「あるべき身体」という問題が取り扱われていたことを明らかにする。

第7章 原葉子『危険な年齢』——ドイツにおける『更年期』をめぐるポリティクス

この章で背景となるのは、ドイツ二〇世紀初頭における医学の近代化と、女性医師の登場による医学言説内の女性の取り扱いの変化である。そこで辿られる生の経験とは、「閉経／更年期」概念の確立と女性にとってのあるべき生の姿の変化である。この変化には二つの道筋が確認される。第一には、「生」モデルの変容(245-)が指摘されるが、これは医学による「人間の『生』の連続性／プロセスに対する関心の増大、『老年期』として一括されていた人生後半を再構成しようとする機運」(247)と、人口動態的に確認できる「閉経」前後の期間の延長の影響で女性の身体上に生じた新たな領域を指し示す。第二にこの変化の源とされるのは、女性への「知」の開放(248)であるが、これは専門職という制度への開放と家庭の健康管理者としての一般女性に対する啓蒙という「二重の『知』の開放」(249)によって生じているという。「再帰的／内省的近代化」の端緒に「知」との接触があるということは重要な指摘である。

「啓蒙」の体现者フィッシャー-デュッケルマンの既存医療批判と「より積極的な役回り」への意欲(258)は、「更年期」という「不調」を対象としたとき、治療よりも予防に新しい特徴を示すこととなる。女性を客体としてのみ扱ってきた医学言説の「早く老いる女性」という固定像から女性の身体を解放しようと試みる言説は、「そのため、逆にどのような人生を送ってきたのかということが、『更年期』やエイジングの大きな鍵となる」(264)ことに帰着する。このようにして「更年期」「エイジング」の主体化と個人化が進行したが、そこに起こったのは、「女性が構築する側に加わることによって『健康な更年期』や『美しいエイジング』が規範的なものになると、個人はそれを達成する義務を負う」(272)ことに他ならない。「個人」の「内部」でのリスクとの戦いの出現、いわゆる「自己管理」と「自己責任」の言説というきわめて二〇世紀的な状況が、女性個々人の身体内部に生まれる過程が描き出されている

第8章 柿本昭人「誰が『生きている』のか——痴呆・認知症・心神喪失」

背景となるのは二一世紀初めの日本であり、そこでは「痴呆」から「認知症」への名称変更が遂行される。ここでは何が経験されたのかは大変掴みづらい。筆者は「『痴呆』が『認知症』と言い換えられても、〈痴呆〉をめぐる構造は——『心神喪失』として法的主体として社会に登場しえない——手つかずのまま残っている」(305)と述べているが、言い換えるならばここではこの経験の不在、不全こそが主題となる。

文脈と道筋は以下の通りである。在宅の高齢者が増える状況で「痴呆」の問題が前景化する。

そこに「痴呆」の人を「精神障害者」から分離させようとする意図が強まり、上記の遂行につながる。ここにあるのもまた「生きている人びと」の管理・取扱という問題といえるだろう。

実際の名称変更の手続きは、「痴呆」の語が侮蔑的だという論理、あるいは「痴呆」の語はそもそも誤っているという論理によって主張される。しかし、いずれの論理で「痴呆」の語を変更しても、語が指示していた内容自体は実は保存される。そしてその内容は名指される人びとの生とは合致しないという抗議は真には受け止められない。

ここで回避されつづけるものとは、現在の「痴呆」の語が内包している歴史的な問題性である。「痴呆」という語の使用においては、ある種の(病的)状態一般を指す言葉でありながら同時に特定の病いの名称であるかのように扱われている。「正気の喪失」*demens*としての「狂気」内での曖昧なあり方から、「器質的な病」としての「痴呆」*dementia*が分離されようとする過程で、名称としての「痴呆」には「理性の残存」と「理性の喪失」の両方の意味づけの力が混在することになっているのである。西洋医学思想史を辿れば明らかなこの事実が、二一世紀の日本において名称変更が検討されるときに、確認されようもしない。このことへの筆者の批判は、「二〇世紀社会」が持つ「近代性」そのもののねじれを示唆する。

そして、もうひとつの回避されつづけるものとして指摘されるのが、「認知症」を患う者の生それ自体が問いかけてくるはずの問いというものである。「『心神喪失』あるいは『何も分からない』とは、外からの、誰それは『理性の欠如』状態にあると断罪する者からの申し立てではなかろうか」／「それを打ち破っていくのは、『この人を見よ』であるし、『心神喪失』の状態が実在するという認識の徹底的な破棄ではなかろうか」(305)と筆者は述べているが、ではなぜそれがなされないのか(回避され続けるのか)という問いは、例えばM・フーコーの「異常者たち」をめぐる思考がたどりつくことになるタイトルが«*Il faut défendre la société*»(1976)であったことと無関係ではないだろう。

追記・今後の議論に向けて

「生命」という視角のもつ可能性は大きく、今後さらに議論を続けられたい。「すなわち近代化とは、近代が内部化した伝統と外部化した自然という『対立物』を『呑み尽くす』ことによって近代そのものに行き着く連続的なプロセスであり、近代のもつこの動態の帰着点が『再帰的近代化』という概念で捉えられているのである」(『生命というリスク』序章:5)とあるが、この「呑みつくされる内部と外部」という主題を「生命」と「身体」を切り口として考察する道行のためには、例えば以下のようなふたつの入口を思いつく。

「苦痛はみせものでありうるか。しかり、それはありうる。しかもある微妙な権利の力によって、そうならなくてはならない[ものでさえある]。その権利とは、だれもひとりではないということの中に在る。とくに貧乏人は、富める者の媒介によってのみ、援助を与えられうるのだから、なお一層そう[=ひとり]ではない」(フーコー『臨床医学の誕生』神谷美恵子訳、みすず書

房、1969 [1963] : 122)。「身体」であること、「生命」であることによって、社会的な空間に接続される「個人」という問いをフーコーは問うた。これは「生命」と「リスク」の「社会学」的視角であり、本書はこの問いを共有しているだろう。

「その場合しかし、生きた有機体は、その生の目標 [= 死] に短い道のりで (いわば、ショートカットで) 到達させてくれる働きかけ (すなわち、危険) にはあらん限りの力で反抗するという逆説が生ずるが、そうした反抗の振舞いは知的追求の努力などではなく、逆に純粋に欲動的な追求の努力の特徴を示すものである」「死はむしろ、合目的性の仕掛けなのであり、外的条件に対する生命の適応現象なのである。なぜなら、体細胞がソーマと胚形質とに分離されて以来、個体が無際限な寿命を持つなどということは、まったく非合目的な豪奢となってしまうからである」(フロイト「快原理の彼岸」須藤訓任訳『全集』17、岩波書店、2006 [1920] : 93、101)。

「二〇世紀社会」が生成するまさにそのときにフロイトがこのような思考をしたこと自体が示すところとは何か。ここでは、「身体」であること、「生命」であることによって、「無生命」の空間に接続される「個人」というものが出現してはいないだろうか。「生命」と「リスク」の「生物学」的視角とでもいうものがあるのだとしたら、本書の問題意識はここにさらに分け入ってみることができるのではないか。