

## 医療の現実と生きることの自由

皆さん、こんにちは。東京大学で社会学の教授をしている、市野川容孝(いちのかわ・やすたか)と申します。

まず、簡単に自己紹介をします。私の専門は、第二部でお話しになる上野千鶴子先生と同じ社会学ですが、その中でも、医療の歴史社会学(と自分で呼んできたもの)に取り組んできました。今日の話に関係するものとしては、今、ご覧いただいているような本を書いてきました。生命倫理とか、障害学という領域にも関わってきました。優生学の歴史についても本を書きましたが、その関係で、皆さんも、あるいはご存じの旧優生保護法の下での強制不妊手術に対する国賠訴訟にも、原告側の証人として関わってきました。

私は感染症の問題に、直接、関わったことがないので、コロナ禍についても大したことは言えませんが、可能な範囲でお話ししたいと思います。

学者の会・Choose Life Project 第3回オンライン・シンポジウム(2020年8月19日)  
 〈自由な社会のつくり方〉  
**医療の現実と生きることの自由**  
 市野川容孝

1. 社会的な自由: どういう自由が大事なのか?
2. 国家の役割: 規制と再分配
3. 社会的不平等とコロナ禍
4. 社会関係資本と健康
5. コロナ禍と生きるに値しない生命



### 【1】社会的な自由

今日のシンポジウムは「自由な社会のつくり方」と題されているので、まず、自由に関する私なりの考えを述べます。私自身は、自由な社会というものについて、次の2人の言葉を出発点として考えたいと思います。

1人は、ファニー・ルー・ヘイマーという、アメリカの黒人の女性で、公民権運動の活動家だった人の、「Nobody is free until everybody is free (すべての人が自由にならないかぎり、誰も自由ではない)」という言葉です。もう1人は、皆さんご存じのネルソン・マンデラで、彼は1979年6月2日、終身刑を言い渡されて収監されていた刑務所の中で、カレンダーに「The purpose of freedom is to create it for others (自由は何のためにあるのか。他の人びとを自由にするために、である)」と書き記しました。

ファニー・ルー・ヘイマーも、ネルソン・マンデラも言っていることは基本的に同じで、人は自分の自由を、他者の自由につながる形で行使すべきだ、というのが、2人に共通した考えです。こういう自由の概念は、「社会的な自由 (social liberty)」と呼ばれてきたと思います。ファニー・ルー・ヘイマーとネルソン・マンデラの、この社会的な自由の考え方

1. 社会的な自由: どういう自由が大事なのか?

© The King Center

Fannie Lou Hamer (1917-1977):  
 すべての人が自由にならないかぎり、誰も自由ではない

© Nelson Mandela Foundation

Nelson Mandela (1918-2013):  
 自由は何のためにあるのか、他の人びとを自由にするために、である

にもとづいて、次のような歴史的事実をふりかえってみたい。

今、見てもらっているのは、1946年12月9日から47年8月20日までおこなわれたドイツのニュルンベルク医師裁判の被告たちです。ニュルンベルク裁判というのは、日本の東京裁判にあたるものですが、この医師裁判では、強制収容所での人体実験や安楽死計画が、戦争犯罪としてではなく、人道性 (humanity) に対する罪として裁かれました。この裁判の判決文で、人体実験——「臨床試験」とか「治験」と言われるものを含みます——に関する、10項目からなるニュルンベルク・コードというのが示され、それがインフォームド・コンセントなどの倫理原則に一つの基礎を与えたと言われています。

いきなり話の腰を折って恐縮ですが、私は、学問の自由や、思想・表現の自由が、何よりも大事だとは考えていません。それらより大事なものがあって、これらの自由はその大事なものを守るために制限されて然るべきだと考えています。強制収容所での人体実験を「学問の自由」によって正当化する人もいかもしれませんが、この人体実験は、被験者となった人たちの自由の否定、それどころか、その人たちの健康と生命の否定の上に成り立つものであって、ファニー・ルー・ヘイマーやマンデラが説いた自由とは全く相容れない。

学問や研究の名の下に、何をやってもいいわけではない。日本にも七三一部隊による人体実験という大きな問題がありますが、それはニュルンベルク医師裁判のように厳しく裁かれませんでした。おそらくそういうことも一因となって、日本では1970年代まで、医学研究が服すべき倫理原則に対する意識が、相対的に弱かったと思います。

思想・表現の自由にも、私は一定の制限が必要だと思います。ヘイトスピーチに対する規制がその一例で、日本でもそういう規制がなされるようになりましたが、もう一つ、ドイツの話をしみると、ドイツ基本法は、今でもその第18条で「意見表明の自由」「出版の自由」「教授の自由」などの基本権は、「自由で民主的な基本秩序」に敵対して濫用される場合、否定される、と明記しています。具体的に言うなら、ヒトラーの『我が闘争』という本は、日本では今でも角川文庫で手軽に買って読めますが、ドイツではそうはいかない、ということです。

思想・表現の自由も、学問の自由も、絶対ではありません。しかし、そう言って、これらの自由を恣意的に、また無制限に、制限していけば、先ほど廣渡先生がおっしゃった2つの「イズム」のうちの1つである「全体主義」がもたらされる。だから、自由の制限そのものに、当然、制限がなければならない。ファニー・ルー・ヘイマーとマンデラの言葉がとても優れていると思うのは、自由の制限にも、歯止めをかけるものだからです。すべての人を自由にしなければならないのだから、自由を恣意的に、あるいは無制限に制限し



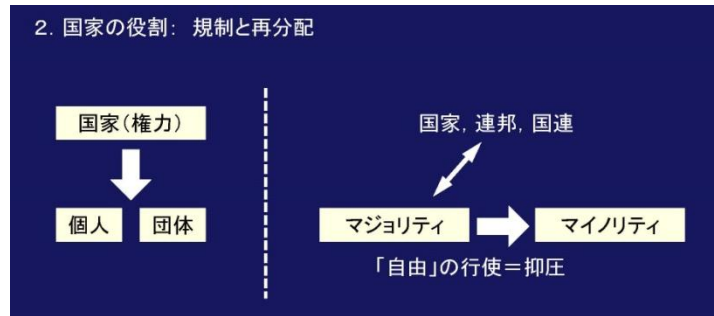
てよいはずがありません。

## 【2】国家の役割： 規制と再分配

もう一つ、「自由な社会のつくり方」について言っておきたいことがあります。

自由については、次のような考え方が一つあると思います。すなわち、一方に国家を、他方に個人や団体を置き、前者が後者を抑圧する、と捉えて、国家を批判する、そういう考え方です。

冒頭で、旧優生保護法下での強制不妊手術に対する国賠訴訟のことについてふれました。国家賠償請求ですから、ここでは、個人の自由、正確には日本国憲法の第13条が定める「生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利」を不当



に侵害したとして、国家が批判されています。今、見ていただいているスライドで言えば、左側の図です。ファニー・ルー・ヘイマーも1961年、44歳のときに、腫瘍の摘出手術を受けた際、同意なく子宮を摘出されました。当時、ミシシッピ州は、貧しい黒人女性には、子どもを生ませないよう不妊手術を実施していましたが、ヘイマーのこの子宮摘出手術もその一つではないかとされています。

自由な社会をつくるためには、憲法その他によって国家の活動に一定の制限を加えなければならない。しかし、私はそれだけではなく、国家にも一定の積極的な役割を果たさせるべきだ、とも考えています。

ファニー・ルー・ヘイマーやネルソン・マンデラが闘わなければならなかったレイシズムというのは、国家による個人の抑圧という図式だけでは、正しく理解できないと思います。すなわち、レイシズムというのは、力をもつマジョリティがまさにその自由を行使することで、マイノリティを抑圧するものでもあるからです。スライドの右側の図を見てください。アメリカであれば、南北戦争の時からそうでしたが、奴隷制や人種差別の撤廃に向けた連邦レベルの諸決定に対して、南部の白人たちが「これが俺たちのやり方だ」「連邦は口を出すな」と言って、奴隷制やレイシズムを正当化した。南アフリカであれば、アパルトヘイトを非難する国連その他からの圧力に対し、南アの白人たちはそれを、主権の侵害として斥け続けた。

マンデラは1994年に南アフリカの大統領になります。国家権力の頂点に立ったと言ってよいと思いますが、だからと言って、彼が反アパルトヘイトの闘いを捨てたと言えないでしょう。

ある人たちの自由の行使が、他の人たちの自由の否定にならないようにするためには、国家による規制や介入が、私はある程度、必要だと思います。

感染と重症化のリスクが高い人たちと、それほどでもない人たちという形で、社会はコロナ禍によってもマジョリティとマイノリティに分けられます。そのマジョリティの側が

「新型コロナ・ウィルスはただの風邪と変わらない」「私たちの自由を侵害するな」と言  
 って、感染拡大につながることをしてゆくことが、自由な社会なののでしょうか。あるいは、  
 医療従事者や感染者に対して、偏見を抱き、それをまき散らすもつことが「思想・表現の  
 自由」なののでしょうか。「すべての人が自由にならないかぎり、誰も自由ではない」とフ  
 ァニー・ルー・ヘイマーは言いました。感染や重症化のリスクが高い人たちの生きる自由  
 を奪ったり、脅かしたりする社会が、自由な社会だとは、私は思いません。

ただし、感染拡大防止のために、経済活動が制限される結果、生きてゆくのに必要なお  
 金が手に入れられなくなった人たちもいます。そういう人たちに対して、国家は「再分配」  
 というもう一つの役割を、より積極的、またより適切な形で担う必要があります。

### 【3】社会的不平等とコロナ禍

疫病は人を平等に襲わない——。これは医学史の常識で、特に 19 世紀以降のヨーロッパ  
 では、コレラやチフス、あるいは結核といった病気に罹患して命を落とす人は、富裕層よ  
 りも貧困層に圧倒的に多いという事実が注意が向けられてゆきました。ここから、病の社  
 会的な要因に注目する「社会医学」や「社会衛生学」が生まれてきます。ドイツのルドル  
 フ・フィルヒョウという医学者は、「医学は一つの社会科学である」と言いました。

病と貧困、あるいは社会的不  
 平等の関係は、二通りで考えな  
 ければなりません。一つは、病  
 の結果、人びとが収入等を失っ  
 て貧困に陥るという流れ。もう  
 一つは、病の原因としての貧困  
 や社会的不平等です。

#### 3. 社会的不平等とコロナ禍

- 社会医学, 社会衛生学
- 「医学は一つの社会科学である」(R・フィルヒョウ)
- 病の原因、また結果としての貧困や社会的不平等
- アメリカ: 人種によって異なる感染率・死亡率
- 日本: ジェンダーという格差(女性の自殺率の上昇、等)

アメリカでは人種による違いが、コロナ禍でもあらためて浮き彫りになっています。今、  
 見てもらっているのは、JAMA に掲載された論文をもとに作成した表です。アメリカでも新  
 型コロナ・ウィルスの感染率は、地方よりも大都市で高い。この研究は、ニューヨーク、  
 ボストン、シカゴ、シアトル、等、計 10 の大都市に属する計 158 の郡 (county) について、

1. これら 158 の郡の (相対的) 貧  
 困率の最頻値 (=10.7%) を基準  
 に、貧困率がそれを下回る郡を「富  
 裕郡」、上回る郡を「貧困郡」と  
 し、また、2. 人口に占める非白人  
 の割合に照らしてこれらの郡を 4  
 グループに分けた上で、各郡の新  
 型コロナ・ウィルスの人口 10 万人  
 あたりの累計感染者数ならび累計  
 死亡者数を算出したものです。表  
 の ( ) 内の数字は、非白人人口

➤ アメリカ: 人種的不平等とコロナ禍

非白人人口率	感染者数		死亡者数	
	富裕郡	貧困郡	富裕郡	貧困郡
3.0% ~ 17.9%	169.3 (1.0)	83.7 (1.0)	8.2 (1.0)	3.3 (1.0)
18.0% ~ 29.4%	321.7 (1.9)	321.7 (3.8)	14.8 (1.8)	15.4 (4.7)
29.5% ~ 44.5%	541.8 (3.2)	433.4 (5.1)	31.2 (3.8)	16.2 (4.9)
over 44.5%	474.0 (2.8)	663.7 (7.8)	21.3 (2.6)	30.7 (9.3)

2020年5月11日現在。人口10万人あたり。

S. Adhikari et al., "Assessment of Community-Level Disparities in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infections and Deaths in Large US Metropolitan Areas" in: *JAMA Network Open*, 2020; 3(7): e2016938 (July 28, 2020)

率が一番低い最上行の各数値を「1.0」とした場合、当該列の各下行の数値がその何倍になるかを示したものです。

一言でいうと、経済的な格差よりも、人種の違いが大きく影響していて、非白人、具体的には黒人とヒスパニック系の人たちの感染率、死亡率が、白人のそれらよりも有意に高い。そうなる原因として、居住環境（密集度）、職業（エッセンシャル・ワーカー等）、公共交通機関の利用度、医療へのアクセスの度合い、等があげられています。

日本はどうか。日本でも、経済的な格差がそのままストレートに、新型コロナ・ウィルスの感染率等に関係しているというデータは、私はまだ見たことがないのですが、2020年度の女性の自殺率の急上昇のことを考えると、新型コロナ・ウィルス感染拡大の結果、男性よりも女性たちに大きな不利益がもたらされている可能性が小さくないと思います。

#### 【4】社会関係資本と健康

先ほど言及した、病の社会的原因を探る「社会医学」「社会衛生学」の延長線上に、今日「社会疫学（social epidemiology）」という分野が登場しています。そこでは、貧困等も問題になっていますが、これまで以上に注目されているのは、社会関係資本（social capital）と健康の関係です。社会関係資本というのは、すごく簡単に定義すれば、モノやお金という形をとらない、目には見えない人びとのつながりや絆です。他者や社会に対する人びとの信頼感として定義されることもあります。

社会疫学の諸研究は総じて、社会関係資本がより豊かな人、つまり他の人たちといろいろなつながりを持っている人たちの方が、そうでない人たちよりも健康の度合いが高いと主張してきました。

社会疫学のある論文が、その冒頭で引用していたチャールズ・ダーウィンの言葉を、ここでも引用しておきます。『人及び動物の表情について』という

#### 4. 社会関係資本と健康

・「父は私に観察力のすぐれた或る人について語ってくれた。その人は間違いなく心臓病を患っていて、実際それが原因で亡くなったのだが、自分の脈は普段はとても不整なのだと訴えていた。しかし、彼をいつも口惜しがらせたのは、父が部屋に入ってくると、すぐにその脈が正常になってしまうことだった」(C・ダーウィン『人及び動物の表情について』1872年、第8章)。

本の中で、ダーウィンは父の友人についてこう書いています。「父は私に観察力のすぐれた或る人について語ってくれた。その人は間違いなく心臓病を患っていて、実際それが原因で亡くなったのだが、自分の脈は普段はとても不整なのだと訴えていた。しかし、彼をいつも口惜しがらせたのは、父が部屋に入ってくると、すぐにその脈が正常になってしまうことだった」。

このダーウィンの言葉、また社会疫学の主張を一言でまとめると、人は信頼できる人たちと一緒にいることで健康を保つ、裏返せば、病気というのは人が一人ぼっちにいるときに襲ってくるということです。私が気にしているのは、社会疫学のこの主張が正しいとすると、新型コロナ・ウィルスというのは「ソーシャル・ディスタンス」を人びとに広げさせることで逆に、健康にとって大事な「ソーシャル・キャピタル」を人びとから奪っている可能性があり、それがどんな結果を生むかの（生んでいるのか）ということです。

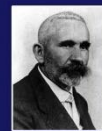
## 【5】コロナ禍と生きるに値しない生命

もう一つ、気になっていることがあります。

ヒトラーは、ドイツ軍がポーランドに侵攻した1939年9月1日の日付で、安楽死計画の実行命令書を出しています。その2日後の9月3日に第二次世界大戦が始まります。しかし、ナチの安楽死計画を理解するためには、第二次大戦だけを見てはダメです。それには、第一次大戦中におきたことが深く関係している。第一次世界大戦中、ドイツ国内の精神病院では、約7万人の患者が餓死したと言われていました。その大量の死には、スペイン風邪も関係していたでしょう。そして、この約7万という数は、T4計画と呼ばれる成人を対象としたナチの安楽死計画で殺害された精神病患者の数とほぼ等しいと言われていきます。つまり、第二次世界大戦とほぼ同時に開始される安楽死計画というのは、第一次大戦中の大量死の人為的な反復という側面があるということです。第一次世界大戦時には、生活物資が枯渇して、誰もが為す術もなく、黙って見ているしかなかった死が、第二次大戦の開始とともに、今度は積極的、人為的にもたらされたという側面があります。

精神医学者のエミール・クレペリンは、ドイツの敗戦直後の1919年に、次のように書いています。「決して愉快なものではないが、戦争という荒々しい暴力は、私たちのところにいる精神病患者の数を減少させるための手段を生み出した。生活物資のあらゆる輸送路が、慈悲のかけらもなく遮断された結果、周知のとおり、抵抗力のない人びとの罹患率は高まり、死亡率もあがった。このことは、他の誰よりも精神病院にいる人たちに見られ、その多くが飢餓水腫、結核、その他の病気になって死んでいった。経済的なお荷物である不治の精神病患者の数が減ったとしても、他方で、敵国がおこなった食糧封鎖が、健康にはマイナスなあらゆる影響に対する私たち国民の抵抗力を減退させることで、長期的なダメージを与えていく可能性は大いにありうる」。

### 5. コロナ禍と生きるに値しない生命



「決して愉快なことではないが、戦争という荒々しい暴力は、私たちのところにいる精神病患者の数を減少させるための手段を生み出した。生活物資のあらゆる輸送路が、慈悲のかけらもなく遮断された結果、周知のとおり、抵抗力のない人びとの罹患率は高まり、死亡率もあがった。このことは、他の誰よりも精神病院にいる人たちに見られ、その多くが飢餓水腫、結核、その他の病気になって死んでいった。経済的なお荷物である不治の精神病患者の数が減ったとしても、他方で、敵国がおこなった食糧封鎖が、健康にはマイナスなあらゆる影響に対する私たち国民の抵抗力を減退させることで、長期的なダメージを与えていく可能性は大いにありうる」。

— E. Kraepelin, "Psychiatrische Randbemerkungen zur Zeitgeschichte" (1919)

「決して愉快なものではないが、戦争という荒々しい暴力は、私たちのところにいる精神病患者の数を減少させるための手段を生み出した。生活物資のあらゆる輸送路が、慈悲のかけらもなく遮断された結果、周知のとおり、抵抗力のない人びとの罹患率は高まり、死亡率もあがった。このことは、他の誰よりも精神病院にいる人たちに見られ、その多くが飢餓水腫、結核、その他の病気になって死んでいった」。そうすることで「経済的なお荷物である不治の精神病患者の数が減った」とクレペリンは続けます。

第一次大戦中の食糧不足、さらにスペイン風邪は、平時にはありえなかった命の選別を、ある種、自然の摂理のようなものとして、誰もがなす術を何も持たない中で、残酷に遂行していった。しかし、やがて人びとは、その選別を事後的に正当化しながら、生きるに値しない生命という考えを作り上げてゆく。ナチの安楽死計画に一つの根拠を与えたとも言われるK・ビンディングとA・ホッへの『生きるに値しない生命の抹消の解禁』（森下直貴・佐野誠編著『新版「生きるに値しない命」とは誰のことか』中公選書）は1920年に出版されています。

これと同じことが、今回の新型コロナ・ウィルスの感染拡大で繰り返される可能性は、決して小さくないのではないかと。そういう危惧を私は抱いています。

私からは、とりあえず、以上です。

(了)