

Title	優生思想と「別のまなざし」：宗教・いのち・障害と共に生きること
Author(s)	安藤, 泰至
Citation	宗教と社会貢献. 2018, 8(1), p. 3-23
Version Type	VoR
URL	<a href="https://doi.org/10.18910/68255">https://doi.org/10.18910/68255</a>
rights	
Note	

*Osaka University Knowledge Archive : OUKA*

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

## 優生思想と「別のまなざし」

—宗教・いのち・障害と共に生きること—<sup>(1)</sup>

安藤泰至\*

### Eugenic Thought and an Alternative View of Life Religion, "Inochi" and Living with Disability

ANDO Yasunori

#### 論文要旨

優生思想は、私たちが「障害と共に生きる」ことを難しくしている。それは、けっして一部の人々の偏った思想でも、過去の国家政策でもなく、私たちの日常的意識に深く浸透したものの見方に根ざしている。本稿では、優生思想が障害者を排除するだけでなく、私たちすべてを生きづらくしていることについて、いくつかの生命倫理問題に焦点を当てて解明する。そして、宗教の役割はそうした優生思想に対抗する「別のまなざし」を提示することにあることを論じる。

キーワード 障害 生命倫理 いのち 優生思想 宗教

Eugenic thought makes it difficult for us to live with disability. It is not merely one-sided thought believed by a few people and is not merely past national policies, but rather sinks its roots deep into our view of everyday life. In this paper, I clarify that eugenic thought decreases every person's value of life, not just of those with disability, focusing on some problems in bioethics. Finally, I argue that the role of religion is to provide an alternative view of life that goes against the prevailing eugenic thought.

Keywords: disability, bioethics, inochi, eugenic thought, religion

---

\*鳥取大学医学部・准教授・kara\_an28@ybb.ne.jp

## 1. はじめに

本稿は、2017年の日本宗教学会で筆者が企画したパネル「宗教・障害・共同体—障害と共に生きることの宗教性—」における筆者の発表「「人間になる」こととしてのスピリチュアリティ」が基になっている。このパネルの副題にある「障害と共に生きる」という言葉には、次の三つの意味を含ませていた。一つは「障害のある人（当事者）が自らの障害とともに生きる」という意味、もう一つは「（障害のある人もない人も含め）すべての人が社会のなかで障害のある人々と共に生きる」という意味、そしてもう一つは「人が自らの有限性や弱さと向き合いながら、それと共に生きる」という意味である。それぞれにおいて、宗教や宗教的なものの見方というものがどのように関わっているのか。あるいはそうした営みから生まれてくるような宗教性というものがあるのか。筆者が上記のパネルを企画した際の問題関心はそこにあった。

現実に宗教が障害や障害者をどのようにとらえ、障害のある人たちが生きる上でどのような働きをしてきたかについては、多面性がある [Schumm, Stolzfuß 2016]。一方で宗教は、ひどい差別を受け、身体的・精神的な障害そのものがもたらす困難をはるかに超えた生きづらさのなかで生きてきた障害者たちにとって、一つの大きなセーフティネットを提供してきた。歴史的に見ても、イエスをはじめ、宗祖と呼ばれるような宗教者たちが障害のある人々を一人の人間として遇し、彼らを「救いの共同体」のなかに引き入れた様子はしばしば描かれている。障害のある人々の生活を支えようとするさまざまな社会福祉事業において、宗教が大きな役割を果たしてきたこともまた言うを待たない。また、障害者は「本来あってはならない存在」だとする「健全者」社会に対する強烈な自己主張を主軸とする独特の運動を展開し、日本の障害者運動に大きな影響を与えた「青い芝の会」（脳性まひの人々の運動体）の思想には、浄土真宗僧侶・大仏空おさらぎあきらの宗教思想と彼が脳性まひの障害者たちと共に開いた自立生活コロニー「マハラバ村」での実践と経験が大きな契機となっていることもたびたび指摘されてきた [荒井 2017]。

その一方で、宗教や宗教的観念が障害のある人々への差別に加担し、それを正当化したり、強化してきたりしてきた負の側面もまた否むことはでき

ない。障害を罪や穢れと見るような観念は多くの宗教に存在している。日本の仏教では因果応報の考え方を適用して障害は前世の業の報いとするような見方が長らく一般的であったし、それを親や先祖の業へと転用した「親の因果が子に報い」というフレーズは憐れみとともに障害者を差別視して語る際の常套句でもあった。

本稿は、こうしたことをふまえながらも、広い意味での宗教がどのように障害や障害者と関わるかという問題を、障害や病気、誕生や死をめぐる現代の医学・医療のあり方と関連させつつ、現代の生命倫理やそこにおける「いのちへの問い」という背景のもとで問おうとするものである。

ただし、パネルでの筆者の発表タイトルに含まれていた「スピリチュアリティ」の概念をめぐるやや複雑な議論については、準備中の別稿にゆずることとし、本稿では先に述べた複数の意味での「障害と共に生きる」ことを難しくしているもの、広い意味で「優生思想」と呼ばれるもの、すなわち「生きる価値のある生」と「生きる価値のない生」を峻別するような考え方について批判的に検討することを主眼におく。

はじめに、これまで人間の生と死をめぐる生命倫理問題がはらむ宗教的、スピリチュアルな次元について研究してきた筆者が、障害や障害者の問題に関心をもつようになった背景について紹介する。次に日本で「優生思想」ということが盛んに口にされた三つの事件、問題をとりあげ、優生思想のもつ多様な側面についての整理を試みつつ、それが何か特殊な人々の抱く「思想」というよりは、私たちの日常性に広く深く根を張っているものであることを明らかにする。そして、そうした優生思想が、特定の病者や障害者を差別し、排除するだけでなく、常に強く、自律的ではいられないすべての人間を生きづらくさせているのではないかと問いかける。最後に、能力主義や効率主義に深く染まった社会のなかで私たちが本当に、「人間として生きる」ためには、容易に克服できない優生思想に対して、「別のものさし」「別のまなざし」が必要であり、そこにこそ広い意味での宗教の意義があることを、いくつかのテキストをもとに示す。

## 2. 生命倫理問題と「いのちへの問い」

筆者は特定の信仰をもたない宗教学研究であるが、障害というものについて多くを知っているわけではない（自分自身には表だった障害もなく、障害者福祉や障害者教育についても、障害者運動や障害学についても素人である）。そんな筆者が障害の問題に関心をもったのは、現代の医療をめぐる生命倫理問題がもつ広い意味での宗教的な次元についての筆者の研究の中からであった。本稿でとりあげる優生思想の問題もそうした筆者の年来の問題意識に深く関わっているため、まずはそうした背景をざっと説明することから論を始めてみたい。

現代の医学・医療の急速な進歩は、それまでには不可能であった病気の治療を可能にし、多くの人を病いの苦しみや死から救ってきた。しかしこうした「治すための医療」が進展する一方で、というよりも「治すための医療」が進展すればするほど、「治すことができない、治らない患者」はどんどんその蚊帳の外に置かれていったことも否めない。よく「病気を診ずして病人を診よ」というような言葉が語られるように、医学がどんどん専門化、細分化していくにつれ、病気だけを診るような医療が幅を効かせ、「悩み苦しむ患者に手を差し伸べ、彼らを助ける」という医療の原点がともすれば見失われがちになってきている。「病気」と「障害」との関係は一様ではないが、先天性のものであれ後天性のものであれ、障害もまた「治すことのできない」ものであり、障害のある人の生活や人生をどのようにサポートするかということもまた、「治す」ことを至上目的とするような現代の医学・医療の視野からは抜け落ちてしまうことが多い。

さらに現代の医学・医療における生命への介入、とりわけ出産・誕生（生のはじまり）や死（生のおわり）における「生命操作」技術の進展は一見私たちの生きる上での選択肢を広げているように見えて、私たちを必ずしも幸せにしていないばかりか、それまでにはなかったような困難な選択を強要したり、新たな苦悩を生み出したりしている。

たとえば、40年前に「試験管ベビー」という呼び名でセンセーショナルに登場した体外受精という技術は、現在では標準的な「不妊治療」として多く行われており、日本ではいまや新生児の約20人に1人が体外受精によ

て生まれている。しかしながら、体外受精の成功率は低く、多くの女性が長期にわたって辛く苦しい「治療」の下に人生の一部を捧げた末に、(ある種の「敗者」として) 子どもをもつことをあきらめているのが実情である。また、夫婦間の「不妊治療」では子どもをもてない人々が、精子提供や卵子提供、代理出産といった夫婦以外の第三者を巻き込んでそうした技術を利用することも増えてきている(生まれてくる子どもに深刻な影響を及ぼすという重大な倫理問題があるだけでなく、こうした行為がどこまで「治療」と言えるのかを疑問に思う人は多いだろう)。いわば、こうした技術があることで、逆に不妊はますます「病気」として「医学的治療」の対象となり、子どもがほしいのにできないという苦悩をそのままに受け止めること(それだけをとれば「子どもをあきらめること」や「養子をもろう」ことなどもありうる選択肢の一つになるはず)ができにくくなっている。

また、後述するように、出生前の胎児をめぐるさまざまな検査技術の発展は、病気や障害をもって生まれてくるであろう子どもを産まないという選択(選別的中絶)を可能にした。さらに、近年話題になっているゲノム編集技術などが応用されれば、自分の望みの子どもをオーダーメイドで作る(デザイナー・ベビー)ことも容易になってくるだろう。このような人の誕生をめぐる生命操作は、私たちが「授かりもの」としてきた胎児＝子どもに対する意識を徐々に浸食し、本来私たちが問うべき「いのち」への問いを後退させているように思える。

同様のことは、人の死をめぐる生命操作においても言える。たとえば脳死臓器移植という技術は、臓器を受け取る側の人(レシピエント)の救命のために、臓器をあげる側の人(ドナー)のいのちやその最期の時間・空間を侵食する。それまで「超昏睡」や「不可逆的昏睡」の名で呼ばれていた状態の人が「脳死」と呼ばれ、その人の身体だけでなく、多くは家族と共に過ごされるその看取りの時間・空間が臓器移植という技術によって支配され、管理される。「いのちの贈り物」や「いのちのリレー」といった臓器移植を美化するキャッチフレーズが、むしろそこで「いのち」がどのように扱われているのかを隠蔽する働きをする[安藤2018]。

このような問題は「生命倫理」問題として知られ、それらについて議論し、答えを与えようとするのが「生命倫理学」という学問だと(一般には)信じられている。しかし、既存の生命倫理学のほとんど(少なくとも米国に発す

る学問化され、制度化された bioethics) はこうした技術の本質やそれが受容される社会のあり方を根本的に問うことなく、こうした問題をもたらす「いのちへの問い」を棚上げにし<sup>2)</sup>、ほとんど形式的とも言える情報提供に基づいた「自己決定」を強調することで、いわばこうした技術が社会に軟着陸するよう技術推進の旗振り役を務めてきた、と言っても過言ではない [安藤 2014]。

広い意味での宗教的・スピリチュアルな観点から生命倫理問題を問い直し、上記のような「生命倫理学」における「いのちへの問い」の欠如を批判的に問題にしてきた筆者は、そこには大きくいって二つの問題点があるととらえている。一つは、そこで生命や健康、病気や障害をめぐる医学的・医療的なものの見方が十分に相対化されていないということ。もう一つは、生と死をめぐる意思決定において一定のプロセス(手続き)を踏んだ上であれば個人の自己決定にほとんどすべてをゆだねることで、さまざまな人々が「共に生きられる」社会のあり方への希求が薄くなっているのではないかということである。

筆者が障害の問題を本格的に取り上げようと思うようになったきっかけは、2014年に児玉真美とともに、米国の生命倫理学者・法学者であるアシア・ウーレットの『生命倫理学と障害学の対話—障害者を排除しない生命倫理へ—(原題: Bioethics and Disability: Towards a Disability-Conscious Bioethics)』を翻訳刊行した経験にある [ウーレット 2014]。詳しくは同書およびその訳者あとがき(筆者による)をお読みいただきたいが、同書でウーレットが描いているような生命倫理学に対する米国の障害者運動や障害学からの批判には、上に述べた二つの批判点が共有されている。そうした批判の矛先は、「病気や障害は人を不幸にするものであり、なければい方がよいものである」「病気や障害が非常に重い場合、『死なせる』あるいは『生まれてくることを阻止する』ことはむしろ倫理的だ」という考え方に向けられている。後で述べるように、これは広く言えば「優生思想」と呼ばれる考え方の圏域に属するものだ。

### 3. 優生思想 は特殊な人の「思想」か？

優生学や優生思想をめぐる問題は歴史的にも文化的にもたいへん複雑であり、本稿のような小論で正確な記述をすることは不可能である。ここでは、最近日本の報道でそれらをめぐって「優生思想」という言葉が頻繁に語られた三つの事件、問題を取り上げることで、説明の手がかりにしてみたい。

その一つは、旧・優生保護法（1948年～1996年）の下で知的障害を理由に強制的に不妊手術を受けさせられた宮城県の60代女性が個人の尊厳や自己決定権を保障する憲法に違反するとして国を提訴したことをきっかけに、これまであまり触れられてこなかったこうした不妊手術の実態<sup>(3)</sup>をめぐる記録や証言が徐々に明かされつつあるという事態である。もう一つは、本誌本号における他の論考でも取り上げられている、相模原市の障害者施設「津久井やまゆり園」における障害者殺傷事件（2016年7月26日、入所者19人が殺害され、入所者および職員26人が重軽傷を負った。以下本稿では相模原事件と称す）。そして、もう一つが、妊婦の血液を採取し検査にかけただけで胎児の染色体異常を高い精度で発見できるNIPT（非侵襲的出生前検査、通称「新型出生前検査」）の登場とその（臨床研究としての）臨床現場への導入をきっかけに再燃した出生前診断と「いのちの選別」をめぐる議論である。

まず、これら三つの事件や問題をめぐって「優生思想」という言葉が語られるときに、そこはかなり大きな位相の違いがあるということに注意しなければならない。「優生思想」という言葉の定義は難しいが、ここではとりあえず障害学者・野崎泰伸による次のような定義を挙げておく。優生思想とは、「望ましい生とそうでない生とを峻別し、望ましい生を奨励し増やそうとする一方、望ましくない生を忌避し減らそうとする思想であり、またその思想に基づいた知の体系、運動である」[野崎 2011: 50]<sup>(4)</sup>。

「優生学 (eugenics)」という語は、イギリスの科学者フランシス・ゴルトンが「良い血統」を意味するギリシャ語“eugene”をもとに「(人の) 血統改良の科学」を指して作った造語であり、現代の優生思想の源流はそこにあるとされている。同時期にドイツでは優生学が「人種衛生学」として提唱され、その後20世紀前半にその研究は世界的に普及するが、そこで「優れた子孫」



を増加させるための「促進的優生学」に対して、「劣った子孫」を減少させる「抑制的優生学」によって推奨されたのが、「劣った子孫」の出生防止のための断種（不妊手術）である。こうしてさまざまな障害のある人々など、「劣った人間」というレッテルを貼られた人々に対して国が不妊手術を行うことを合法化する「断種法」が、米国インディアナ州（1907年）を皮切りに、米国の他の州、カナダ、北欧、スイス、ドイツ、日本などで制定されていく〔松原 2013〕。先に述べた日本の優生保護法下での障害者への強制不妊手術は、直接的にはこうした国家政策としての優生政策（国家的優生思想）によってもたらされたものであり、障害者に子どもを産まさない（子孫を絶やす）ことを目的にしたもので、現に生きている障害者を殺したりするものではなかったという点には注意が必要である。

他方、相模原障害者殺傷事件をめぐって（少なくとも直接に）引き合いに出されたのはナチスドイツによる「安楽死」政策（T4作戦と呼ばれる）とそれに基づいた障害者の大量殺害である。被告の植松聖が実際にあのような残虐な犯行に及んだ原因を「障害者は不幸を作り出すことしかできない」といった彼の優生思想だけに求めるのは飛躍があるが、彼自身が措置入院中に「ヒトラーの思想が降りてきた」と語り、衆議院議長に宛てた手紙では「私の目標は重複障害者の方が家庭内での生活及び社会的活動が極めて困難な場合、保護者の同意を得て安楽死できる社会です」と書いていることからすれば〔朝日新聞取材班 2017〕、植松の考えとナチスのそれとのあいだに関係があること自体は否定しがたい<sup>5)</sup>。ドイツの法学者カール・ビンディングと精神科医アルフレート・ホッヘによる 1920 年の著書『生きるに値しない命を終わらせる行為の解禁』がその思想的起源とされるナチスの「安楽死」政策についても単線的に語りうるものではないが〔ギャラファー 2017〕、ここで注意しておくべきは、ドイツの優生学者（人類衛生学者）たちが、既に生きている病者や障害者たちを「安楽死」の名のもとに殺害し、社会から抹殺するという方法には反対していたという事実である〔市野川 2000:102-103〕。優生学とは、「劣った人間」とされる人々が生まれないようにするために、遺伝学的な研究とそれに基づいた技術を開発することにあり、そうした人々を生後に殺害によって排除することが許されるなら、優生学者の存在価値はなくなってしまふからである。

さらに、新型出生前検査と選別の中絶<sup>6)</sup> (selective abortion) に対する批判

が「いのちの選別」や「優生思想」と関係づけて語られるのは、これらとはまた別の文脈である。何よりもそこで問題になっているのは、国家的な優生思想（優生政策）ではなく、（少なくとも表面的には）個人の選択に基づいた「個人的優生思想」（「新しい優生思想」「リベラル優生思想」「裏口からの優生思想」などとも呼ばれる）だという違いがある。出生の阻止という点では不妊手術と似た点はあるものの（優生保護法下では半ば強制的な人工妊娠中絶も行われていた）、両親の病気や障害が問題になっているのではないし<sup>(7)</sup>、「中絶イコール殺人」といった考えをとらない限りは障害者の殺害とも言えない。もちろん、妊娠中絶自体が個人の選択として認められているなかで（ただし日本の現在の母体保護法では「胎児の障害」を理由とした中絶は厳密には違法である）、障害をもって生まれてくるであろう子どもを産まないという選択は、「障害者は不幸だ」とか「障害者は生まれてこない方がいい」といった優生思想とは無関係だと主張する人々もいる。しかし、果たしてそうだろうか。

ここでは、選別の中絶が優生思想あるいは障害者の差別や排除になるのかどうかという問題について、森岡正博が「内なる優生思想<sup>(8)</sup>」をめぐる初期の考察[森岡 1998]で用いた分類に近い形で以下のように整理してみる。

- (1)生まれてくる子どもには障害がない方がいい。五体満足を望むという親の希望
- (2)（出生前検査で）実際に胎児が障害をもって生まれてくることがわかった場合に、中絶を選択するという行為
- (3)そういう場合、自分であれば中絶する（と決めつける）という考え
- (4)そういう場合はみんな中絶した方がよい、それが子どものためでもあれば親のためでもあるという考え
- (5)「障害者は不幸だ。生きていく価値はない」という考えに基づいた社会をつくる

明らかに(1)～(5)にはレベルの差がある。少なくとも(1)を「障害者を抹殺する思想」とするとまでは言えない。下に行くにつれ、そう言える度合いは高まり、(5)は明らかにそうだと言える。しかし、(1)～(5)は連続的につながっており、私たちはこの中のどこかに「ここを超えれば障害者差別である」とか「ここを超えれば優生思想である」といった線を引くことはできない。

このように、「障害はできればない方がいい」というそれ自体としてはな

かなか否定しにくい希望から、あからさまな優生思想や国家的優生政策までは地続きである。「障害をもって生まれてくるであろう胎児を中絶すること（選別の中絶）は実際に生きている障害者に必要なケアやサポートを充実させることとはまったく矛盾しないので障害者差別ではない」という主張はこうした観点からは疑わしいし、実際の現実によっても否定されている面がある。たとえば、英国で医療費削減のために出生前検査に対する費用を自治体が肩代わりするようになり、ほとんどの妊婦が出生前検査を受けるようになってから、（出生前検査で判明する）二分脊椎症をもって生まれる子どもの数が激減するとともに、二分脊椎症の子どもが大人になるまでに受けなければいけない手術を執刀した経験のある医師がたいへん少なくなったという [坂井 1999]。このような状態が進み、実際に生まれてきた二分脊椎症の子どもがよりマイノリティになり、より医療サービスを受けにくい社会状況のなかで、それがわかっていてあえて「産む」ことを選択する親は非常に少ないに違いない。このように、出生前検査の普及や選別の中絶の増加は、単に実際に障害のある人々に「もし今の時代に自分がいたら、自分は産んでもらえなかったかもしれない」と自分の存在を否定されたような感情を引き起こすだけでなく（これだけでも「障害者差別ではない」とは言い切れないが）、実際に障害のある人々をよりマイノリティにし、より生きにくい社会を現出させてしまう。出生前検査を受けることが当たり前になり、障害が見つかったらほとんど全員が中絶をしてしまう世界とは、それがいかに「個人の選択」という見せかけをもっていようとも、あからさまな優生思想に基づいた国家的な優生政策によってもたらされるのと同じ世界なのである。

このように、個人の「選択」は真空中で行われるのではなく、特定の社会の価値意識や制度の下で行われる。ある選択をしてしまったら社会的なケアやサポートが受けにくくなるような状況の下では、選択は特定の方向にドライブがかかった「いのちの選別」となり、容易に強制に近いものとなる。

このことは、出生をめぐる選択だけではなく、死をめぐる選択、すなわち安楽死や尊厳死の問題にも同じように当てはまる。もちろん、現在その合法化の是非が問われているような広い意味での安楽死（医師が致死薬を注射する積極的安楽死、医師が致死薬を処方し患者がそれを飲んで自殺する医師幫助自殺（PAS）、延命治療の手控えや中止を含む）は、基本的には本

人の意思に基づいたもの（死の自己決定）であり、ナチスの「安楽死」のような病者や障害者の抹殺ではない。にもかかわらず、障害者運動にかかわる人々の多くが安楽死や尊厳死に反対するのは、「障害をもって生きること」が実際以上に不幸なものであるという偏見<sup>9)</sup>や、そうした障害とともに人間らしく生きていくのに必要なケアやサポートの不備という状況のなかで、個人が「選択」させられることは、障害者を「死なせる」方向へ追いやってしまうということを彼らが熟知しているからである。

いま日本で問題になっている延命治療の手控えや中止（日本では「尊厳死」という言葉で呼ばれることが多い）について、拙論 [安藤 2016] で挙げたALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の例を挙げてみよう。全身の筋肉が徐々に衰えていくこの病気によって、自力呼吸が困難になったとき、人工呼吸器を装着して生きるかどうか、という選択についてである。「死の自己決定権」という考え方を肯定的にとらえる人々は、こうした場合、人工呼吸器をつけて生きるか、それともつけずに死ぬか、という選択は「人工呼吸器をつけて（まで）生きることに意味や価値があるかどうか」についての個人の価値観や死生観に基づいた選択である、ととらえる。しかしながら、もしあるALS患者が人工呼吸器の装着を拒否し（死に至った）としても、それがその人個人の価値観や死生観に基づいていたとは必ずしも言えない。その人は、人工呼吸器をつけて24時間介護が必要な状態であっても、さまざまな制度を使いつつケアやサポートを受け、十分に人間らしい活動ができるということ（そのような人は少なからずいる）ということを知らなただけかもしれないし、そうしたケアやサポートが得られない環境のなかに置かれていただけかもしれない。少なくともそうした情報提供やサポート環境を整備することなしに生死の選択を「自己決定」にゆだねることは、多くのケアやサポートがなければ生きられないような重度な障害をもった人々を死に向けて追いやることになる。

したがって、「劣った人間」や「生きる価値のない命」というレッテルのもとで国家的な優生思想に基づくナチスの強制的「安楽死」と、「死の自己決定」という考え方に基づく現代の安楽死・尊厳死はまったく別の問題であるとは言えない。個人が「自分がこのような状態になったら死にたい」と思うことと、個人の権利として社会がその死を是認することとの間には少なからぬ差がある。後者には少なくとも「そのような状態になったら死にたく

なって当然だ」という社会的な価値判断が入り込んでいる。安楽死・尊厳死もまた優生思想とは地続きなのだ。

ここで注意すべきことが二つある。一つは、積極的安楽死や医師幫助自殺が合法化されている国々の状況を見ると、人々が死を選ぶ理由として「激しい（肉体的）苦痛」といったものはそう多くなく、「自律、自己コントロールの喪失」や「人間としての尊厳の喪失」がかなりの割合を占めるということだ。このことは、自己コントロールを強く課せられたり、自力でできることが少なくなること（他人に多くを依存せざるを得なくなること）が極端に自尊感情を低下させるような社会のもとでは、「このようにして生きていることには意味がない、人間としての尊厳がない」と感じる閾値が低くなることを意味する。人間の価値を「自力でなにかができる能力」だけに置くような社会は、そうした能力を欠いた障害者たちの生の価値を低めるだけでなく、「健常者」もまたそうした能力を失うことへの極度の不安に苛まれる社会でもあるのだ。

もう一つは、優生思想というものが、障害者運動が「医学モデル」として批判するような障害についての見方、すなわち障害があるということを「その人個人の性質」にのみ帰すような見方と強い親和性をもっているということである<sup>(10)</sup>。最近の拙論で筆者が述べたように、現代の医療をめぐる私たちに張り巡らされている「生命操作システム」は、一方では死や有限性の否認（より長命に、より健康に（病気や障害がなく）、よりできることが多く）に向けられているように見えて、他方で、医学・医療ではどうすることもできない重病患者や重度障害者をよりすみやかに死へと誘導するようなベクトルを同時に内包している [安藤 2018]。

先に体外受精をはじめとする「不妊治療」について瞥見したように、私たちの生老病死の苦悩について、それを医療技術によって解決しようとするような方向（医療化）は、そうした苦悩を医学・医療によって対処可能な問題に還元することであり、そこでは医学・医療によるものの見方ではとらえられない「いのち<sup>(11)</sup>」への問いがこぼれ落ちてしまう。重要なのは、こうした生命操作技術とは一見逆に見えて、医学・医療による対処が不可能になったときに、人をすみやかに死なせるような言説や実践のシステムもまた、そうした医療化された生命操作システムの一部であるということだ。そうしたシステムを支えているのは、自分の生を自分の思うようにコントロール

したいという私たちの願望である。そうしたシステムにがんじがらめになっていくことで、私たちは自分が「自由に選択」し、自分の生の可能性を広げているように見えて、実は私たちが会える多くの可能性を閉ざしているのではないだろうか。そこでは、私たちがコントロールするのではなく、むしろ私たちがそれに気づき、そこから学ばなければならない「いのち」への視線、私たちが予期せぬものに出会ってそれを「いのち」の恵みとして受け取るようなあり方が見失われていくのではないだろうか [島菌 2016]。そうしたあり方こそ、人間が「宗教」という形で伝承してきた重要な態度であるように思われる。

#### 4. 優生思想に穴を開ける「別のまなざし」

ここまで述べてきたように、優生思想というものの根は非常に広く深く、私たちの日常的なものの見方にまで浸透している。それは、本質的にいえば、何か特殊な一部の人が信奉する「思想」でもないし、何か特殊な社会において人々がとる「行動」でもなく、私たち一人一人を、そして私たちの社会全体を駆動させているようなある種の動力に関わっている。生産至上主義や能力主義、効率主義に深く染まった現代社会において、それを根こそぎにしようなどということは、社会そのものの存立を不可能にするような夢想かもしれない。にもかかわらず、いったいそれで私たちは本当に「人間として生きている」と言えるのだろうか。

相模原事件の被告である植松聖は、殺害のターゲットとして「意思疎通のできない」障害者を選んだという。そうした人々を、植松はその獄中での手記のなかで、「心失者」と呼んでいる。「人の心を失っている人間を私は "心失者" と呼びます。心失者は人の幸せを奪い、不幸をばら撒く存在です。今の言葉では重度・重複障害者がこれに当てはまると考えています」 [篠田 2017]。

これを読めば、多くの人には『人の心を失っている人間』とは植松自身の方ではないかと思うだろう。しかし、それは同じ悲しい現実の表と裏であるように、筆者には思われる。植松が「心失者（人間の心を失っている）」という表現を用いたのは、彼が「意思疎通ができない」と見なした人々につ

いて、彼らとの関わり、交わりが植松自身の「人間としての心」を根っこから崩してしまうような存在として意識されていたということではないだろうか。そこには、植松自身のそれまでの人生におけるさまざまな挫折経験や、（おそらく）ある種の人格障害や、施設職員としての辛い体験など、さまざまなものが影響していると考えられるが、何より植松は、そうした人たちの交わりのなかで、彼らと「共に人間として生きており、生かされている」と気づくような経験をもつことができなかつたのではないだろうか。

障害の中でもとりわけ、重い知的障害や精神障害、認知症のような障害のある人との関わりは、私たちに「人間が人間であるとはどういうことか」という問いを突きつけることが多い<sup>(12)</sup>。「生み出すこと」「できること」「無駄のないこと」へと絶えず駆り立てられている現代の私たちは、「何も生み出せないこと」「できないこと」「無駄なこと」に対する不安や恐怖を抱いている。そういうことを失ってしまったら、人間とは言えないのではないか、人間として尊重されないのではないか。そうした不安や恐怖は、自分自身の価値の否定にも（自分がこんな風になったら生きている価値がない）、そうした障害をもった他者の価値の否定にも向かう。「生きる価値のある人間」と「生きる価値のない人間」の峻別（優生思想）を乗り越え、そうした人々と共に生きる（同時に自分自身の有限性や弱さと共に生きる）には、「生み出すこと」や「できること」を「人間である」ことの条件とするようなものさしやまなざしとは「別のものさし」「別のまなざし」が必要であり、そこにこそ広い意味での宗教の役割があるように思われる。

以下、こうした「別のものさし」「別のまなざし」について、驚くほど同じことを語っている三つのテキスト<sup>(13)</sup>の断片を一切の解説を加えずに引用・紹介することで本稿の結びとしたい。一つ目は、本誌本号における寺戸淳子の論文のテーマでもある「ラルシュ」共同体の創始者であるカトリック思想家、ジャン・ヴァニエの著書『人間になる』。二つ目は、イヴ・ジネストとロゼット・マレスコッティという二人の体育学教師の著書『「ユマニチュード」という革命』。三つ目は精神障害者の生活共同体・働く場としての共同体・ケアの共同体として大きな注目を集めてきた浦河べてるの家のソーシャルワーカー・向谷地生良による『精神障害と教会』である。三つのテキストではそれぞれ、知的障害者、認知症高齢者、精神障害者が主たる対象

になっている。

(1) ジャン・バニエ<sup>(14)</sup>『人間になる』

奇妙に聞こえるかもしれませんが、私が人間になることの重要性に目覚めたのは、知的障害のある人たちと一緒に暮らし始めた時でした。……彼らとの生活を通して、私は、頭と心をひとつにした時に初めて自分たちが人間として成熟できるのだということを知り始めたのです。……彼らとの生活を通して、私は、他人に、特に自分とは異なる人たちに、心を開いて自分をさらけ出せるようになったのです [バニエ 2005: 4]。

私たちの人生は、一つの神秘、つまり弱さから弱さへと——小さな赤ちゃんの弱さから老人の弱さへと——成長することです。……弱さが人生の一部であることを否定するならば、死を否定することになります……人間であるとは、自分たちの現実の姿、この強さと弱さの混じり合ったあり方を受け入れることです [同書: 56-57]。

心を弱さの住みかとしてしか見ない人は、自分自身に心があることを恐れます。そういう人にとって、心は痛みや苦しみ、不安や一時的感情の宿るところです。だから、そういう人は、本質的に心で生きる人、他人と同じだけ知的・理性的能力を発達させられない人を拒絶します。知的障害者が排除されるのです [同書: 66]。

皮肉なことに、恐れという人間的感情から私たちは、真に人間であることができない、即ち変化し成長することができないのです。恐れは何の変化も望みません——現状維持を要求します。そして現状の維持は死に通じています [同書:101]。

自分と異なっている人や社会の片隅にいる人につき合うようになった時、私たちが自分の文化をいかに批判的に見ることができるかは驚くほどです……そして私は以前にも増して、人間であることから霊性が自然に生まれる、あるいはむしろ霊性とは真に人間であることであり、それが私たちの人生と人間性を形作るべきだと思っています [同書:132-134]。



(2) イヴ・ジネスト、ロゼット・マレスコッティ 『「ユマニチュード」  
という革命』

自分が自己の尊厳をどう感じるかは、相手から自分に向けられている眼差しによって定まります。生きている状態で体が切り刻まれる。いつもうめき声ばかりあげている。立ち上がることもできない。そういった尊厳に値しない状態に高齢者を置いていたら、誰がその人に話しかけたりするのでしょうか。そこで尊厳を失うのは私たちの社会です [ジネスト、マレスコッティ 2016: 38]。

依存は価値のないもの、回避すべきものとして捉えられがちです。しかしユマニチュードにおいては、高齢者が依存する状態をマイナスとは捉えず、依存こそが力になると考えています……あなたは、あなたの自律を実現させるために助けてくれる人に依存するのです [同書:104-105]。

適切な距離感を保つとき、相手は私の所有物となり、私の一部とみなされています。適切な距離感があるがゆえに、私は相手を一方的に操作し、管理します。……それに対し、「哲学的な距離」を置くとき、相手は歴然とした個人です。その距離があるからこそ愛情を持って近づいても大丈夫なのです [同書:133]。

(3) 向谷地生良 『精神障害と教会』

忘れてはならないのは、大切な人とは、私たちがもっとも受け入れにくいかたちで出会いが用意されるということです [向谷地 2015:15]。……そこで思い出すのが、トルストイの「靴屋のマルチン」の話です。……私は、精神障害をもった人たちとかかわる中で、教会を訪ねてくる人はすべてイエス様ご自身がおいでになっていると考えるようになりました。……今、べてるで活躍しているメンバーの多くは、かつてはトラブルの主人公でもありました。神様は不思議と、私たちと仲間との出会いを「愛しやすい」かたちで用意されません。ですから、愛するとは、もっとも愛しにくい人と、愛しにくい状態で出会うことなのだということを学んできました [同書:57-58]。

私は、当事者の相談に乗るという姿勢ではなく、“相談をする”というスタンスを大切にしています。「力を貸してほしい」とか「ちょっと、相談に乗ってほしい」というところから関係づくりをするようにしています。その人は「問題をかかえている人」ではなく、困難を生き抜いた貴重な経験と目に見えない可能性<sup>(15)</sup>をもっている人であると考えからず [同書:71]。

「人とつながる」ということは、寂しさや人恋しさからくる欲求ではなく、人間として生きるためになくしてはならない「いのちとつながっている実感」であると言うこともできます。人ととのつながりの断絶は、自分がこの世に必要とされていない絶望感を生み出します。そんな時、もっとも手っ取り早く人とつながる手段が、人を困らせること、心配されること、自分を傷つけることなのです。……つまり、病気や問題で人につながるのでなく、人とのありのままのつながりが回復のポイントになります。そこで「いらだたない」、「がっかりしない」という態度が重要になってきます。それは、「私はあなたが社会的な自律や回復ができるか否かで一喜一憂しているのではなく、あなたという存在を大切にしたいと思っている」という表明でもあるからです [同書:74-75]。

べてるでは、「病気も回復を求めている」と考えます。つまり、「病気が自分の生活を邪魔している」「病気さえなかったら」と捉える生き方ではなく、自分が“病気の足を引っ張らない生き方や暮らし方”を見いだす点に着目します。……その意味で、和解というのは「病気との間」にも必要なのです [同書:211]。

## 5. おわりに

こうした「別のものさし」や「別のまなざし」によって私たちが優生思想を乗り越えられるか、と問われて、「そうだ」と答える自信は筆者にはない。しかし、少なくとも（障害のある人もない人も含め）私たちを「人間として」生きにくくさせている優生思想の桎梏に風穴を開けることはできるのではないだろうか。

最後に挙げた三つのテキストは、現代において私たちが宗教やスピリチ

ユアリティの問題を考えるときの二つの課題を示しているように思われる。一つは、宗教やスピリチュアリティをめぐってはこれまで人間の「成長」や「完成」が強調されすぎてきたのではないかということ。もう一つは、そこで「自然な死」や「よい死」が強調されすぎてきたのではないか<sup>(16)</sup>ということである。これらの点については、準備中の別稿にて論じたい。

## 註

- (1) 本論文は平成 28 年度～31 年度科学研究費補助金・基盤研究 (C)「生命倫理問題に対する宗教的アプローチと障害学のアプローチに関する比較研究」(研究代表者・安藤泰至)による研究成果の一部である。
- (2) 日本語の「生命倫理学」という言葉が得てして「いのちを問う倫理学」「いのちを守る倫理学」といった誤解を引き起こしているように思われる。米国をはじめとして学問化、制度化された **bioethics** にはそうした意味はなく、むしろ内容的には **biomedical ethics** (生物医学 (**biomedicine**)) をめぐる倫理学)に近い。
- (3) この問題が日本で一般的な話題になる前になされた先駆的な研究として、利光恵子による強制不妊手術を受けた当事者たちへの聞き取り調査がある [利光 2016]。
- (4) 野崎は「優生学」と「優生思想」を区別せず同義に使っているため、この定義は、やや「国家的な優生思想」に偏っていると批判されるかもしれない。しかし、筆者の観点からは、この定義が「望ましい人間とそうでない人間の峻別、前者の奨励と後者の忌避」ではなく、「望ましい生とそうでない生の峻別、前者の奨励と後者の忌避」となっていることの利点は大きい。この定義だと、(現在は健康な人々による)自発的な安楽死への希求のようなものもそこに包含でき、優生思想が重い病者や障害者を排除するだけでなく、すべての人を生きづらくするものであることをわかりやすくするからである。
- (5) 植松には、ナチスの優生学や優生思想はもとより、その安楽死政策(広い意味での優生思想とは深く関係するが、ナチスドイツの優生学者たちはそれに反対であった)についてもきちんとして自分の考えのなかに取り入れたという形跡は見られない。植松が自分の考えとナチスやヒトラーのそれになぞらえたのは、直接的には彼の脆弱で不安定な自己をヒトラーとの同一視によって偽装し、自分を英雄視する妄想の一部であるように思われる。
- (6) **selective abortion** の訳語としては「選択的中絶」が一般的であるが、**choose** と **select** の語義の違いを考えれば、やはり「選別的」とするのが適切である。
- (7) 親のどちらかが単一遺伝子疾患(たった一つの遺伝子の異常によって引き起こされる病気、ハンティントン病、デュシャンヌ型筋ジストロフィーなど)をもっており、同じ病気の子どもを産まないことを両親が望むというケースはある。この場合は出生前検査よりも着床前検査(受精卵遺伝子検査)を行うことが多い。後者を用いると、その病気(になる)子どもだけでなく、その病因遺伝子をもつだけで発病しない子どもの出生も避けることができる。

- (8) 「内なる優生思想」をめぐる、森岡はその後の著作でより緻密な考察を展開している [森岡 2001]。
- (9) キャンベルとストラモンドは最近の論文において、「障害が人間にとって悪いものである」という標準的な考えについて、詳細な批判的分析を行っている。論文では、「障害は悪いもの」という言葉について、「それ自体が悪い (intrinsic badness)」、「何か他の悪いものを引き起こすから悪い (instrumental badness)」、「(障害がない場合と比較して) 悪い (comparative badness)」と、「他の何にも増して悪い (overriding badness)」という四つの異なった意味に分類した上で、障害は第一の意味ではよくも悪くもなく中性的であり（「それ自体として悪い」ものの例としては激しい痛みが挙げられている）、他の三つの意味ではよい場合も悪い場合もあり複雑であることを指摘し、「障害が人間にとって悪いものだ」という考えはどの意味においても間違っている、と結論づけている [Campbell, Stramondo 2017]。
- (10) 優生思想と「医療化」との密接なつながりを問題にしたものとしては、八木晃介の著書 [八木 2016] が挙げられる。
- (11) 日本語の「生命」「生活」「人生」「いのち」という言葉の語義の違いについては、特に拙論 [安藤 2018] の冒頭を参照のこと。
- (12) 少なくとも、こうした障害をもつ人々と「共に生きる」ためには、障害者の「権利」という考え方や、ケアやサポートの環境さえ整えば、障害のある人々も「このような充実した人生を送ることができる」といった言説だけでは十分でないように思われる。[ウーレット 2014] の訳者あとがきを参照。また、もっぱら機会の平等を重視する米国の障害者支援政策が、知的障害者をはじめとする人々をかえってそこからはずき出し、障害者の二極化を引き起こしているという広井良典の指摘もここに関係する [広井 1996]。
- (13) 三つのテキストのうち、ジネストとマレスコッチェの著書は特に宗教と関係なく語られているにもかかわらず、他の二つのテキストとの視線の共通性は驚くほどである。
- (14) 本稿の本文中では「ヴァニエ」と表記しているが、ここではこのテキストの訳書の表記（パニエ）にしたがう。
- (15) この「可能性」という言葉の含みについては、以下の向谷地の回想的文章と照らし合わせてみれば、非常に興味深い。  
 「(私は) とにかく「先生」と名のつく人とうまくいったためしがないという習慣がありまして、それが中学の時からずっと私のテーマになりました。……先生というのはある種の専門家ですよね。「こうすべきだ」とか「こうしなきゃならない」という、ある種の正しさという知識や教養をもっている。ところがそういう人と私はなかなかうまく行かない。私がそういう意味で浦河に来て「これだ」と思ったのは、一般的な社会常識とカルルールから逸脱せざるをえない、辛い立場に追い込まれて孤立するのが精神（ママ、精神障害の意か？）の当事者たちだと。私はその人たちに、先生たちにうまく立ち向かえない自分自身の可能性を感じたということがあります」 [向谷地他 2004]
- (16) 宗教的「いのち」言説をめぐる拙論 [安藤 2013] において筆者は、宗教的な「いのち」言説に共通して見られる三つの要素として、「いのちの有限性／無限性」

をめぐると、「与えられたいのち」をめぐると、いのちの相互依存性をめぐると、言説を挙げた。そして、ますます生と死の医療化のもとで「いのちの有限性」が説かれた場合、そこでは人間が死すべき定めにあるという「本来の有限性」と、ケアやサポートの不備によって重い病気や障害をもった人々の生の可能性が奪われているという「人為的有限性」の区別があいまいになり、宗教がそうした「人為的有限性」を運命として甘受させるような「諦念の装置」と化すことで、後者のような人々に死に追いやる危険性があることを指摘した。

## 参考文献

- 朝日新聞取材班 2017 『盲信—相模原障害者殺傷事件』朝日新聞出版。
- 荒井祐樹 2017 『差別されてる自覚はあるか—横田弘と青い芝の会「行動綱領」現代書館。
- 安藤泰至 2018 「生命操作システムのなかの〈いのち〉—生の終わりをめぐると生命倫理問題を中心に」、香川知晶・斉藤光・小松美彦・島菌進・安藤泰至・轟孝夫・大庭健『〈いのち〉はいかに語りうるか?—生命科学・生命倫理における人文知の意義—(学術会議叢書 24)』公益財団法人 日本学術協力財団。 153-186
- 安藤泰至 2016 『「延命治療」と「尊厳死」をめぐると問題』川口有美子・小長谷百絵編『在宅人工呼吸器ケア実践ガイド—ALS生活支援のための技術・制度・倫理』医歯薬出版。 129-137
- 安藤泰至 2014 「いのちへの問いと生命倫理—宗教にとって生命倫理とは何か?」『宗教哲学研究』第31号 1-17
- 安藤泰至 2013 「宗教的『いのち』言説の陥穽—いのちを蹂躪する社会のなかで」渡邊直樹編『宗教と現代が分かる本 2013』平凡社。 172-177
- 市野川容孝 2000 「ドイツ—優生学はナチズムか?」米本昌平他『優生学と人間社会—生命科学の世紀はどこへ向かうのか』講談社現代新書。 52-106
- アリシア・ウーレット 安藤泰至・児玉真美訳 2014 『生命倫理学と障害学の対話—障害者を排除しない生命倫理へ』生活書院。
- ヒュー・G・ギャラファー 長瀬修訳 2017 『(新装版) ナチスドイツと障害者「安楽死」計画』現代書館。
- 坂井律子 1999 『ルポルターージュ 出生前診断—生命誕生の現場に何が起きているのか?』日本放送出版協会。
- 篠田博之 2017 「植松聖被告がしたためた『獄中ノート』の中身」『創』2017年10月号 64-70
- イヴ・ジネスト、ロゼット・マレスコッティ 本多美和子日本語監修 2016 『「ユマニチュード」という革命—なぜ、このケアで認知症高齢者と心が通うのか』誠文堂新光社。

- 島菌進 2016 『いのちを "つくって" もいいですか?』NHK出版。
- 利光恵子著、松原洋子監修 2016 『戦後日本における女性障害者への強制的な不妊手術』立命館大学生存学研究センター。
- 野崎泰伸 2011 『生を肯定する倫理へ—障害学の視点から』現代書館。
- ジャン・バニエ 浅野幸治訳 2005 『人間になる』新教出版社。
- 広井良典 1996 『遺伝子の技術、遺伝子の思想—医療の変容と高齢化社会』中公新書。
- 松原洋子 2013 「優生学」玉井真理子・松田純責任編集『シリーズ生命倫理学 1 1 遺伝子と医療』丸善出版。 125-142
- 向谷地生良 2015 『精神障害と教会—教会が教会であるために』いのちのこば社。
- 向谷地生良他 2004 「べてるの家の自己研究」『論座』2004年6月号
- 森岡正博 2001 『生命学に何ができるか—脳死・フェミニズム・優生思想』勁草書房。
- 森岡正博 1998 「生命と優生思想」竹田純郎他編集『生命論への視座』大明堂。 115-133
- 八木晃介 2016 『生老病死と健康幻想—生命倫理と優生思想のアポリア』批評社。
- Campbell, S.M. & Stramondo, J.A. 2017 The Complicated Relationship of Disability and Well-Being, *Kennedy Institute of Ethics Journal* June 2017, 151-184.
- Schumm, D.Y. & Stolfus, M. (eds.) 2016 *Disability and World Religions: An Introduction*. Baylor University Press.