

A S S B

(オルタナティヴ・システムズ・スタディ・ブレティン)

第3巻第5号 (1996年4月30日発行)

目次

- | | |
|---|------|
| 1. 環境経済学と協同の経済システム (上) | 安藤一夫 |
| 2. 精神医学の現場から
<i>BORDER/LINE (26)</i> | 平野 啓 |
| 3. ボランティア小論 | NG生 |
| 4. 解放理論形成のために——回顧と展望 | |
-

編集人 安藤一夫

発行所 ASSB編集委員会
京都市左京区田中門前町42 共生舎

会費 正会員 : 年間1口 10万円
賛助会員 : 年間1口 3万円
購読会員 : 年間1口 1万円

会費振込先 (郵便振替) (口座名) 資本論研究会

(口座番号) 京都9-67283

01090-5-67283 (当分の間上記旧番号も可)

環境経済学と協同の経済システム（上）

安藤一夫

1) 問題の所在

植田和弘他著『環境経済学』（有斐閣、1991年）は環境経済論には次の五つの類型があるとしている。

①ジョージエスク：レーゲンのエントロピー論や玉野井芳郎の生命系のエコノミー論が属する物質代謝論アプローチ。

②環境を資源と捉え、持続可能な開発の処方箋を考える環境資源論アプローチ。

③マーシャルに始まる外部不経済論アプローチ。

④カップに代表される社会的費用論アプローチ。

⑤都留重人や宮本憲一に代表される経済体制論アプローチ。

植田らによって、経済体制論アプローチに分類されている宮本憲一『環境経済学』（岩波書店、1989年）は、②～④の類型を「非マルクス環境経済論」として一括し、その理論内容を次のようにまとめている。

「経済活動が環境という外部から資源をひきだして、排出物によって汚染する行為は、『市場の失敗』によるもので、社会的効率を引き下げ資源配分を不適正にする『社会的費用』である。汚染物を防除・削減あるいは環境の質を保全することは私人では不可能であって、行政の介入＝『公共的介入』がなければならない。公共的介入が社会的効率を最大にし、資源配分を適正にするという条件で、私企業の利潤や消費者の効用の最大を維持して、かつ、公的支出を最小限にしてすすめるには、『費用便益分析』による選択がおこなわれなければならない。政策の手段としては、直接規制よりは『課徴金』が有効である。」（36頁）

この理論の欠陥を宮本は、「体制論を欠いた機能論」である点に求めている。つまり、「市場の失敗」とは、単に商品経済一般ではなく、資本制蓄積と独占体の存在によるものであること、また「公共的介入」にしても、自動的に行われるのではなく、住民の運動があつてはじめて行われるのだから。

他方、マルクス経済学にもとづく公害論は、公害の原因を資本制蓄積に求めたが、しかし、この立場だとソ連などの「社会主義」諸国での公害を解明できない点で限界がある。都留重人は、素材面と体制面とを統一して考察する立場を提案した（『公害の政治経済学』岩波書店、1972年）が、この立場をふまえ、宮本は素材と体制の中間にある中間システムに注目して、中間システム論を提唱した。この中間システムが環境を規定しており、環境経済学の独自性は中間システム論にある、という。その内容を以下に引用しよう。

〔(1)資本形成（蓄積）の構造（国民総支出の構成、公私両部門を通ずる安全や自然保全のための投資の質と量）

(2)産業構造（資源消費量や汚染物、騒音などをふくむ。広くは公害因子の質と量に直接関連する業種ごとの構成、リサイクリングの状況）

(3)地域構造（国土における都市と農村の配置、都市化、大都市圏の広がり地域

ドーナツ化現象の状況＝都市内地帯構造、臨海部などの公共用水域の利用計画、過密と過疎の状況)

(4)交通体系 (3)と不可分であり、ここにいう交通は広く人流・物流・情報流のような流通全体をさす。とくに自動車中心の交通体系が決定因)

(5)生活様式 (アメリカ型大量消費生活様式、コミュニティの協同生活のあり方など)

(6)国家の公共的介入の態様 (環境政策という経済へのリパーカッション (反作用)のあり方であるが、とくに次の諸要因が政策の規定要因となる)

(a)基本的人権の態様 (基本的人権が財産権だけでなく、生存権さらに公害防止や環境保全に有効な社会権までもふくめて、どの程度まで法制化され、現実の行政・司法が認定しているか。社会権と財産権の比較優位性)

(b)思想・言論・表現 (出版、放送など)・結社の自由 (公害反対の世論や運動の権利がどこまで保証されているか)

(c)民主主義のあり方 (三権分立とくに司法の自立、議会制民主主義、分権と参加の地方自治の制度がどこまでみとめられているか)

(d)国際化のあり方 (国民国家のナショナリズムとの度合い、米ソ超大国の軍事力と各国のそれとの依存関係、多国籍企業と国民国家の関係、国家間環境保全協定のあり方など)

これらの中間領域が環境を決定する政治経済構造 (1)から(5)までは経済構造)であるとしておくと、これらは資本主義体制のみでなく、社会主義体制の場合でも、公害やアメニティを規定する政治経済的要因である。」(47～8頁)

ところで宮本は、この中間システム論の提唱の他に、自らの著書での目的を、「公害とアメニティ問題の総合」と「市場の失敗と政府の失敗の双方をのりこえる新しい政治経済学の提唱」にあると主張している。ここではこの三番目の点に関して検討したい。

2) 市場の失敗と政府の失敗

宮本の新著『環境と開発』(岩波書店、1992年)で宮本は、環境破壊をもたらす際限のない経済成長が続く要因として「今の政治経済システムが、環境破壊のようなあやまった行為を自動制御する装置を欠いている」(4頁)ことをあげ、「企業や政府・自治体の反社会的な態度が、公害を生みだしたのですが、それだけでなく、いまの市場経済のシステムの中に、公害を発生しながらそれを制御できぬ仕組みがある」(5頁)と述べている。これが市場の失敗と政府の失敗のことだが、それぞれについて、『環境経済学』によって、もっと詳しくみてみよう。

宮本によれば、市場の失敗とは、非マルクス経済学が環境問題の主原因としているもので市場の欠如と市場の不完全さの双方をさしている。

市場の欠如とは、例えば大気や水が市場では供給できないことであり、市場の不完全さとは、ある財やサービスの生産・流通・消費には外部効果があつて、そのため市場経済では最適供給が達成できないことを指しているという。

宮本はこれを認めたくえで、さらに商品経済を最高度に発達させた資本主義体制を問

題にしなければならないと主張している。つまり資本主義の工業化は剰余価値の法則が貫徹することによって、公害防止や環境保全の費用をあとまわしとし、環境破壊を増大させる。

「(1)労働者の貧困問題、(2)都市問題、(3)独占、(4)環境問題は、資本主義の経済法則の生み出す基本的な矛盾であつて、この社会の経済制度の内部にはこれも自動的に解決する装置はない。」(74頁)

他方政府の失敗とは何か。宮本は現代資本主義の下では国家の経済的力はきわめて大きく、国民所得の1/3～2/3以上を財政支出として支出しているのでその影響力が大きいことを認めている。しかし現実の政府が介入している仕方は次のようになっている。

「現代資本主義の政府は、かつてない公共的介入を行っているのだが、それは資本蓄積の助成、市場の開拓、労働力の管理、そして資源の開発の順にすすめている。公害防止や環境保全は、社会問題がおこり、公害反対などの住民の世論と運動がつよくなり、政治的な不安がおこるまでは放置している。」(86頁)

さらに政府と官僚機構が産業と癒着しており、また三権分立も形骸化しているので公害予防や環境保全については失敗せざるをえない、とつけ加えている。

3) 2つの失敗をどのように超えるか

2つの失敗についての宮本の言説は歯切れよいが、これをどうのりこえるか、ということについての提言となると、とたんにあいまいになる。

『環境と開発』によれば、次の4つの課題がいま人類の歴史的課題となつてきており、これを実現する社会の仕組みをどうつくるかを提案しようとしている。

「(1)環境と資源を保全し、地球を人間環境として持続すること。

(2)戦争を防止し、平和を維持すること。

(3)貧困を克服し、社会的経済的な不公平を除去すること。

(4)基本的人権と民主主義を確立すること。」(245頁)

新しい政治経済システムとは「環境保全の枠の中で経済発展をするというもので、これを地域—国民経済—世界経済全体の中で実現していこうというもの」(251頁)で、これは市場制度だけでは実現されないことが強調されている。

その具体的イメージとしては公共部門と民間部門が並存し相互に影響しあう混合経済が続くなかで、公共部門と民間部門の中間のような公私混合部門の役割が大きくなり、公共部門を拡大させていくことになる。その際政府の欠陥を生まないため、三権分立や自由と民主主義が保証されねばならない、というものである(252～3頁)

ここで特徴的なことは協同組合の意義と役割についてふれられていない点である。協同組合に、「環境保全の枠の中で経済発展をする」ことを期待するのは無理なのだろうか。

協同組合に多くを期待するということではなく生協や農協が環境保全にはたしてきた役割、あるいははたせなかった役割を冷静に判定しておくことが必要である。

誤診・乱療

1. 精神科医に成り立てのころは、誰もが陥るように、「積極的治療主義」になる。善意とヒューマニズムがやがては患者の心に届くだろう、そうして閉ざされている患者の心が開かれる日が来るだろう、というわけである。

研修病院で出逢った一人の青年は、緊張病状態にあった。彼は一日じゅう同じ姿勢を保ち、食事を口まで運んでも嚥下しようとせず、ほかっておけば食事は口の中にいつまでも残っていた。まるで人形のように、手は一定の位置にあり、脚の力がないので、歩くことはできなかった。彼は中卒後、ある会社に就職したが、そこで上司にきつくいわれてから高熱を出し、寝込んだところを両親が発見されて救急で入院したのだった。その時既に緊張病の症状が現れていた。緊張病は、内科的・脳外科的疾患、例えば、脳腫瘍、脳炎、代謝障害、あるいは薬剤などで起こり得るので、その可能性を一つ一つ除外しなくてはいけない。それらの可能性を全て除去した後で、精神分裂病の一つの亜型としての緊張病という診断が下せる。幸か不幸か、彼の場合そうした器質疾患の可能性を示唆する所見がなかった。今ではあまり使われていないが、致死性緊張病という概念があって、その病像は、緊張病に加えて激しい自律神経症状(高熱、頻脈、発汗、振戦等)が合併し、やがて死に至るものである。現在では、昔致死性緊張病と診断された人々の多くが、実は薬物による緊張病であつたらしいことが明らかになっている(「悪性症候群」)が、それでも薬物と関係なしに起こったいくつかの例を経験している。劇的だったのは、パート病院で勤務していた時に出逢った例で、その人はもと患者で当時、その病院の勤務者となっていた。激務からか、次第に緊張病が発生し、衝動的行為のために保護室に収容された(緊張病では、前記の無動な時期と、めくらめっぽう衝動的に行きして自分を傷つけたり、他人を傷つけることがある時期がある。後者が激しいと、自殺に至ることが多い)その後、本人の希望していた近親者への面会が都合によりできなくなってから、一挙に自律神経症状がでて、40度以上の高熱が引かず、そのまま死亡した。

最初の例では、なんとか高熱は治まったものの、緊張病の「慢性」状態が続いたのである。話をしようとしても、黙りがちで、まれに夢の報

告をしてくれるが、自動車に轢かれたカエルの夢を見たとか、なんともやるせない内容だった。薬物は効かなかった。病前の内向的でおとなしい性格、社会にでてすぐの発病、緊張病の持続の長さ(床擦れがひどく、骨盤が見えるほどになった)を考えると、当時アンリー・エーがそのマニュアルで述べているように、精神分裂病のなかでも特に予後の悪いタイプ=破瓜・緊張病に属する、と思われた。アンリー・エーは、その中で病期を5-6年とし、その多くは死亡する、としている。たぶん、中心静脈栄養などのサポート手技がなく、栄養障害や脱水などで死亡したのだろう、と軽く考えて「積極的」に治療しようとしたのが間違いだったのだろう。毎日、車椅子で病院中を廻り、話しかけ、電気ショック療法(ES)も試みた。最初のESは劇的に奏功して、何日かは、緊張状態が軽快し、食事もとれるようになった。それも束の間で、やがて同じ状態に戻った。こうなると、患者への怒りがわいてきて、冷静な判断が下せなくなる。もう一度ESを施行したら、一時的な脳内出血を起こした。

毎晩彼の夢を見るようになった。その中で彼は私の方へ微笑みながら歩いてくる。

毎日、遠方から付添い介護に来ている母親のことを忘れていたのに気がついたのは、その病院での研修が終わる直前のことだった。母親もおとなしい人で、介護の苦勞やグチを一度も聞いたことがなかった、というか、母親とのリラックスした関係を持つという発想がなかった。母親の目からみたら、かけがいのない一人息子である。色々な「治療」はもうたくさんだ、と考えてみえたかもしれない。何故、このままの治療でよいのですかと、一言言えなかったのだろう。彼への関わり、彼の家族との関わりで、悔やまれることは大きいですが、後悔先に立たず。

2. 緊張病は精神疾患だけでなく、色々な病態で発生する。甲状腺機能低下、ビタミン不足、などの代謝障害だけでなく、脳腫瘍、脳出血などの脳外科的疾患、ないしは脳炎、テンカンでもみられる。だから本来は緊張病様の症状が見られたら、かなりの数の疾患の可能性を考えなければならず、臨床検査も膨大になる。しかし、実際には、臨床症状や経過、から判定することが多い。

脳外科からよく精神症状の出た脳腫瘍の人や脳出血後遺症の患者さんを紹介されることがある。しかし一般に考えられているのとは違い、精神科医は器質論者であり、他の科の医師が心因論者であることが多い。つま

り、精神科医は、精神症状があってもまず身体疾患を疑い、最後に精神疾患を疑う。一般科の医師は了解できない症状にであうと、大抵精神疾患のせいにしてしまう。

18才の女性が脳外科から紹介されてきた。脳腫瘍の手術後、脳外科でフォローされていたが、この一週間ほど口がきけず、体が硬直してきたのでなんらかのストレスによる精神疾患ではないか、と紹介された。極最近のCTでは異常がないという。本人は口がきけないので家族から話を聞いたが、本来明るい子で友人も多く、ストレスなどはないと思う、恋人ともうまくやっていたし、と首をかしげられた。当方も、病前性格、素質、社会関係などを総合すると緊張病になる要素がないので首をかしげたが、一旦は外来で少量の精神安定剤を投与しながら経過をみることにした。しかし軽快の兆しがみえず、次第に体全体の硬直がひどくなり、食事もとれず、脱水のために発熱してきたので、緊急入院してもらった。内科医に全身管理を依頼した。その時点で念のためにCTをもう一度撮っておけばよかったが、脳外科医の判定(脳腫瘍の再発等は考えられない)を正しいと思っていたので、精神分裂病の緊張病タイプと考えて家族にその旨を話し、精神安定剤を点滴の中に入れて様子を見たが、軽快しない。緊張病の多くのケースでは、精神安定剤を投与すれば1-2週間のスパンで軽快するはずである(1で紹介したケースは、分裂病のなかでも重症の破瓜型を併発していたのでこのケースと同列に扱えない)。しかし幸いなことに1週間後の週末、脳外科医が偶然この患者にあって緊急のCTをオーダーして所見を見たところ、水頭症だった。つまり何等かの理由で脳室の脳脊髄液が停滞し(脳脊髄液は脳室内で産出されるが又吸収もされ、バランスをとっているがこのバランスが障害されると一例えば脳腫瘍によって吸収過程が阻害され水頭症になる場合がある)その結果急速に水頭症になったと考えられる。2日後緊急手術が行われ、次第に彼女は軽快した。

当然管轄は脳外科に移った。手術後、家族と本人に誤診をしたことを誤ったが、家族はどうして脳外科で分からなかったのでしょうか、と尋ねられた。たぶん、発症の時点で、CTでは判定できない微少な異常があったと思う。CTは単純レントゲンを何回も重ねてコンピューターで計算した値を反映しているのだから、計算値が微少に違うならば、肉眼では識別できない。いずれにしても、一步間違えれば死に至るところだった。

同じく、脳外科から、幻覚があるようなので見て欲しいと依頼のあった中年の男性は、脳梗塞の後遺症で脳外科でフォローされていたが、一週間

の間に急速に幻視があらわれた。黄色い線がスーと横切ったり、小さな虫が壁をつたうのが瞬間的にみえるという。今度は独自にCTを撮り、脳波を緊急に検査した。CTで側頭葉の委縮(脳梗塞による)があり、脳波で当該部位に突発性異常波が見られた。つまり、脳梗塞によって脳の委縮がおこり、二次的にテンカンが起こったのである。特に側頭葉のテンカンは、幻覚や朦朧状態、あるいは発作性に衝動行為(自殺ないし他者への攻撃等)をおこすので精神疾患と間違えられやすい。抗テンカン薬の処方脳外科にアドバイスして終了した。

脳外科から内科を経由して当科に回ってきたケースもある。その男性はある日突然、車の運転がしづらくなり、田に車を落したり、駐車場で車をうまくいれることができなくなった。こういうケースでは、系統だった精神機能検査で認知機能、記憶機能、および大脳皮質機能を検査する。15-30分で大脳の機能が問診だけで分かるので便利だが、他の科の医師はこの検査の存在すら知らないことが多い。このケースの場合、記憶、計算力、理解力は正常だったが、本の表題を読ませると、左半分が読めなかった。どのように本をひっくり返しても左半分を無視してしまう。これは大脳の右頭頂葉に重篤な変化が急速に起こった証拠であり半側失認という。CTを至急とったら、大脳右半球の広範な梗塞だったので、脳外科に結果を伝え、緊急入院となった。一日遅かったら生命が危ぶまれた。

3. 色々な科の病棟からも診察依頼があるが、一番多いのが、薬物大量服用とか、飛び降り自殺未遂のケースである。次は、夜間に増強する意識障害と幻覚を特徴とするせん妄である。せん妄は手術後、あるいは何等かの理由で脳機能障害を起こしたときに発生する。その多くは老人である。老人は多くの慢性疾患を合併しているのでよほど全身状態がよくないと精神安定剤を使えない(使うべきでない) この原則を踏み外すと、最悪の結果に至ることがある。ハルシオン(睡眠薬) 1錠だけで呼吸抑制を起こし死亡させてしまったことがある。この時は、まさか、と思った。呼吸抑制が起こったときは直ちにレスピレーターを装着すれば助かる。しかしICUの超多忙な日常の中で、患者の状態をきめ細かくチェックするのは事実上不可能である。ICUから内科病棟に転科するだけで軽快するせん妄のケースもあるが、時間がかかる。せん妄も放置すれば、点滴やレスピレーター等ライフライン(普通はルートと呼ぶ)を外したり、栄養障害で死亡につなが

ることがあるので、環境整備などを待てない事態の方が多く、どうしても薬物に依存してしまう。

ICUルームに夜間行くと、せん妄の患者さんどうして掛け合いの口げんかになっていることがある。「来た、来た、又おじいさんが来た、早く消えてくれ」—「うるせえなあ。だまれこのばあさん、ここはホテルだぞ。じいさんには他の部屋に泊まってもらいな、おい。ねえちゃん、あのばあさんだまらせろ」

だまらせるのは簡単だが、永久にだまらせるのは都合が悪い。だまらせて、かつ意識が戻るのを助けること、これは非常に難問である。特に最近では、DOA(Death on Arrival = 到着死)で運ばれてくる高齢の患者が多く、治療熱心な若くて優秀な研修医が救急ルームで救命するのだが、その後が大変である。一昔ならば、老衰とか、自然死ということで、めでたくあの世に行けた人が、「臨死体験」をしながら、この世に戻らされる。だが家族の介護ネットワークは崩壊していることが多いので、家族のもとに帰ることもできない。そこで救急病院が老人痴呆病棟に変質していく。DOAで運ばれた80歳の屑鉄業者さんは、危機は脱したが、心不全・腎不全の治療ということで入院が継続されている。毎日大声で叫ぶが、意味がよく分からないということで、精神科に紹介されたが、この男性はせん妄でなく、単に、もう病院がいやになっただけだった。急性腎不全だから、ある程度回復が期待できる、と主治医は言う。その後は?透析を外来で続けたい.....誰が自宅から病院まで、週に2-3回つれてくるのか。別れた奥さん.....。透析専門で、主治医から透析を依頼された内科医は言う。この男性の透析には反対した。本来透析は延命のためにやるのではない。一過性の急性腎不全で腎機能の回復が見込まれたり、他の急性疾患で腎機能が悪化したとき、および透析で社会生活を維持できるケースだけが適応である。この男性の場合、急性腎不全から脱しても腎機能の回復は困難だろうし、もし万が一腎機能が少し回復したとしてもそれから先の治療方針がたたない。しかし主治医の意向が第一なので協力はしているが、と。腎機能が回復するかどうかの判定は当科ではわからないが、分かることは本人の闘病意欲がゼロということだけである。誰のための治療なのか。主治医に「もうあの人がいやになっているんです」と告げて、暗に退院を勧めたのだが、それが「解らない」!。医師は患者のためがあるので、患者のニーズに反してまで治療する必要はない、と思うが。こういう現場をみていると、臓器移植とか、遺伝子治療などの先端医療が本

当に患者のために行われ得るのか疑問になる。必ずしもというわけではないが学会論文が多ければ多いほど、その医師のやることは患者のニーズと反比例すると考えてもらった方がよい、というのが経験的結論だ。死体腎移植は一般的になっているが、移植学会の理事長が、アメリカで使われなかった腎臓(肝炎ウイルスの保菌者の腎臓)を輸入して問題になったことは記憶に新しい。にたような事態は日常的だろうと思われる。胃癌の手術で、手術中に死亡したケースで、腎移植コーディネーターが移植医から圧力を加えられたことがある。この死亡した患者さんは、癌が転移している可能性があったので、コーディネーターがためらっていたら、移植医から「お前、移植やりたくないのだろう」と言われたのである。コーディネーターは、本来、移植医からも、利害関係者からも独立していなければならぬ。だが現実には、移植医の部下だったりする。移植に協力しない部下は学会で評価されない。このケースの場合、移植の意向が明らかになった後、猛烈な反発が外科医からあがったので幸いにも移植は実施されなかったが、秘密に実施することは十分可能だった。

4. 話題を変える。アメリカの患者団体、患者の家族団体は議会で盛んなロビー活動をしている。精神科関係では、診断にも影響を与える。顕著な例は、同性愛を精神障害とみなさないように圧力を加えて、ついに精神科診断から外したことである。だが一貫した傾向として、自分たちの陥った事態を心理的な原因であると認めない風潮があるようだ(Shotter 「From Palalysis to Fatigue」)

一例として、周知のことだが、「慢性疲労症候群」の原因をウイルスとか、遺伝に求めて研究費の増額を求めたのは、第一に患者団体である。だが社会学者Shotter(バーガーなどの社会構成学派の一員)の研究によると、「慢性疲労症候群」に陥りやすいのは、一人住まいで、孤独な寡婦であるという。彼は、この「症候群」の「構成」を、ポスト・モダンの家族に特有として、その「医学化」に反対している。「従属帝国主義」日本の大学は当然のことながら、この「症候群」の解明と治療に積極的である。

知合いの精神科クリニックの医師が、大学から、この症候群の一例を紹介されフォローを頼まれているがどうしたらよいか、と尋ねてきた。メガビタミン療法と称して、その患者は口に含めないほどのビタミンを処方されていた。一人で中年か、と尋ねたら、そのとおりだった。shotterの批判的研究などを紹介して、薬を止めてあたらすさわらずにした方がよい、と

忠告しておいた。アメリカの患者団体が、症状の心理学化に抵抗を示す理由の一つは保険会社の裁量にあるのかもしれない。症状が心理的なものであれば、保険金のおりる可能性は低くなるのだろうか。最近気になる動向は、アメリカの精神障害の家族会が、精神分裂病は脳の病気だから、脳の研究費を増額するようにと圧力をかけていることである。この動向は日本の精神障害者家族会の雑誌にも紹介された。

精神障害の「生物学化」の危険については既に述べてあるので繰り返さないが、実践的には、要するに「社会」を省略しても治る脳疾患の有無を判定することが精神科医の第一の仕事になる。

ある四十代の男性が麻酔科から紹介されてきた。顔面の痛み等を訴えるので三叉神経痛を疑い、神経ブロックなどをしてフォローしてきたが、痛みが「非定型的」で、ブロックに反応するのが通常なのに反応しないので「おかしい」と考えて、当科の意見を求めてきた。診察では、確かに定型的な三叉神経痛と違い、さらに顔面から頸部にかけてのチックがあった。各科のカルテを照合すると、色々な科で、不定愁訴を訴えていることがわかった。外科のカルテには、或る外科医の字で「I cannot understand!」とかかれてあった。病歴をたどると、ある自動車販売業の販売担当でかなりの好成績をおさめていたが、かなりの激務だったことが背景として浮び上がる。妻にきてもらって話を聞いた。「彼は、猪突猛進型なのだが、細かくて、地道なことは苦手であり、づさんなところがある。見かけと違って、ストレスに弱く、すぐに悲観的となる」と指摘された。当初は、妻も、彼の痛みやチックが「心理的」とは考えておらずとまどいぎみであり、私も「ヒステリー性疼痛」と断定することにためらいがあったが、鎮痛効果のある抗鬱剤の少量と特殊な抗癲癇薬(クロナゼバムといい、情動不安をも鎮静化するという特殊な作用を持つ)を処方しながら、目標を現在の会社勤務を維持することにおいた。

最初の数カ月で痛みはとれたがチックがひどくなった。ホメロスはオチユッセイアで、主人公が海の神を取り押さえるのに、その神が色々な姿に形を変えるので難儀したというエピソードを伝えているが、ヒステリー性の症状はこれに似ている。ある症状が消滅すると、他の症状があらわれる。フロイト的マジックは通常通じないし、厳密にフロイト的にアプローチしようとするれば、患者は治療のためにほとんどの社会生活を放棄しなければならない。

しかし、彼はチックがひどくなったので、会社を一時休みたいと希望し

た。この選択は得策でないと思われた。というのは、社会的活動からの引き籠りは一時的には彼の苦痛を軽減するとはいえ、長期的には、彼が自分で葛藤の源泉と戦うことを放棄するので彼の行動可能性を制約することにつながり、結局は自分で自分の首を絞める事になる。そういう予想を立てたので、その旨を彼に話し、短期の休養の診断書を書きながら、一方では会社の上司に会い、配置転換等の配慮をお願いした。上司の、彼に対する観察は、妻の観察と驚くべくほど一致していた。上司によれば、一番の問題は、配置転換ではない。それは比較的容易にできるし、彼の販売実績から考査しても、直ちに首ということにはつながらない。問題は、彼自身が販売部門にこだわっていることにある。事務部門に一時いて、症状が軽くなったら又戻ればよいと彼に既に提案したが、彼自身が拒否した、ということだった。結局、妻や周囲の慰留に反してずるずると会社を休んでいたから、私の知らない間に解雇になった。解雇された事を告げにきた時、チックは全身にひろがっており、すぐに直してくれと涙顔でせがまれた。不可能である。四十才で、二人の子供を抱え、ゼロからの生活の立て直し、プラス不可解な症状の治療。彼は告げることなく、わらをもすがら思いで東京の有名な大学精神科に受診し、「世界的にまれな疾患」である特定のディストニア(脳機能障害に起因する筋肉の不随意運動疾患)である、と告げられ、薬を処方され、一カ月後に来院するように指示された。それでかれは全く意気消沈し、自殺したいと妻に毎日いうようになった。妻と一緒に久しぶりに来院したときには、みるもあわれな格好だった。東京で出された薬を飲んだら筋肉が緩み、歩けなくなったというのでのんでいない、と言われたので、調べてみたら、驚くべきことにダントロレンだった。この薬は、上記に述べた致死性緊張病だけに使用されるが、要するに非常に強力な筋肉弛緩剤である。

一般的に言えば、病院を患者が自分で選択できるような情報が多い方がよい。そして、その病院で診察してもらえばよい。問題は、その後である。彼のようなケースを考えると、東京の病院は診断して、処方するである。その後何が起ころうと関知しないし、できない。救急車は、管轄以外は走ってくれない。結局、救急も含めて後始末をするのは当方である。今では、特定の疾患について、研究・治療のセンターが各地にできて、それが全国に宣伝されている。例えば、癲癇であれば静岡にセンターがある。精神障害であれば、東京にある。こういうセンターの存在は色々なメディアを通じて有名となるから、患者が全国から集まる。そして詳細な検討を

して、主治医に「帰される」。「帰された」方は、「ありがたい」処方とそのほかの治療を「指示」される。だが失礼な言い方だが、経験上、色々なセンターに行った患者で、恩恵を受けた人は一人もいない。むしろ当方には迷惑である。センターでは、勿論詳細な検査と厳密な処方コントロールがなされる。しかし、センターの医師が見ているのは、いわば熱帯雨林から研究室に持ち帰った花のようなもので、熱帯雨林自体は見えていない。当方は、熱帯雨林のまっただなかで病んだ花を回復させなければならない。性格障害と癲癇のために東京のセンターに行った(彼のかよっていた授産所と家族の希望で)患者は、入院しながら、グループ・セラピーと、最適治療濃度の三倍の精神安定剤を処方されて当方に帰された。一般的に言って、薬物は多すぎても、少なすぎても効果がないし、又グループ・セラピーといっても、具体的な生活の文脈にフィード・バックできる保証は何もない。いじわるく言えば、密室でおしゃべりしているだけのことである。結局彼の場合には、授産所では、以前のように暴力行為は減ったが、眠りこけているだけとなった。そこで授産所の職員と家族が相談にきた私は当初、東京の病院で指示してもらったらといった。懇願されて、最終的には、以前の私の処方に戻った。

だが上に挙げたチックのケースでは、薬をもとに戻すだけでは収まりがつかなくなった。生活が根本から脅かされるようになったから。日増しに状態が悪くなり、毎日外来に来るようになった。妻も同伴したが、妻は当然にもしっかりしてくれという。彼自身は、しっかりせよといっても筋肉が思うように動かないのだから仕方がないという。冷却期間を置くために知合いの有床の精神科クリニックに入院してもらった。そこは神経内科もいて、ディストニアとはとても思えない、とやや怒りの感情の籠った回答書が寄せられた。退院したあと、妻が働いている工場で試用されることになった。販売という一見はなやかな仕事から、黙々として鉄板を加工する仕事への転向。最初はとてもできない、とこぼしていたが、周囲が支えて維持させた。だがチックが、又ひどくなった。この人は、ストレスがかかるといつもチックが再燃する。それでめくりめぐって最初の麻酔科にいった。麻酔科では、もう原因はいつでもよいでないか、要は顔面の痙攣が止まればよいのだろう、とって神経ブロックを主張する医師と慎重に考えた方がよいとアドバイスする医師の双方がいて、彼はブロックを選択した。神経ブロックは、抹消神経の機能を麻痺させる、という単純な考え方に基づいて施行される。だが今回はブロックが無効だった。麻酔科的思考

では了解できない事態である。それで又、当科に紹介となった。彼は、最後の頼みの綱がきれたとって外来で大きな声をあげて泣いた。妻がきたら、全身の痙攣発作をおこした。全身の痙攣発作の場合には、まず癲癇、ないしは急性の脳内疾患(出血など)を疑うべきだが、癲癇の場合ならば、意識が消失するので、眼球の運動が緩慢になる。意識がある場合には、眼球の運動は急速である。意識障害で救急に運ばれた患者で、真に意識障害があるのかないかを即座に判定できるのは目を開いて眼球運動を見ることである。これは医師でなくてもできるから、応用して欲しい。彼の場合には、痙攣発作の最中に、眼球運動を見たら急速だった。意識がある証拠である。つまりヒステリー性の大痙攣である。念のために脳波をとったが当然正常だったが、妻は、始めて見る発作に動転していたし、ストレスから痙攣が起こるとはにわかには信じ難いようだったので、泣き出した。外来で待っている他の患者には、申し訳なかったが、本人と妻をなだめて、従来の路線で行きましょうと申し合わせに至るまでに2時間かかった。それで次の患者さんに、予約の時間からもう3時間遅れている、どうなっているとおしかりを受けた。泣き面に蜂とはこのことだろうか。内科では、数時間待つことは常識となっているが、中には、待機が長すぎる、と文句をいう患者さんがいる。さて、彼はその後、懲りずに京都の大学の神経内科に行った。反対したが、そこで再び、ディストニアの診断を受けて、ボツリヌス毒素の注射をすることになったが、アメリカから毒素を取り寄せるために半年待つことになった。京都には妻も同伴した。そしてディストニア友の会のパンフをもらってきた。そのパンフを読ませてもらった。書痙までが扱われていた。書痙では、人前で書くことができなくなる。我々の理解では、対人緊張が基礎にあるので、そこに自己分析の目を向ける。ところがこのパンフだと、書痙はディストニアの一種であり、ブロックの対象となる、とある。根底にある考え方は単純で、原因は問わず、現象を止めればよい、ということだ。これは精神障害にロボトミーを施行するという考え方と一致する。彼は待機の半年が待ちきれず、仕事も乱雑になってきて解雇された。妻はもはや彼を支えきれず、アルコール中毒になった。彼が半年後、ブロックを施行されて戻ったとき、チック(ディストニア?)は確かに軽快しており、例のパンフを当院でも置いて欲しい、と頼まれたが拒否した。だが、その数日後、又全身痙攣を起こし、かつチックが再発して、搬送されてきた。妻に離婚されたのである。その上、妻は子供を残しておいたので、その面倒もみることになった。

これ以上関っても無駄だ、と考えて、今でもディストニアと考えているか、とただしたら、そう思う、というので、それでは神経内科に紹介するので、こちらは終了と告げた。カウンセリングはどうなるのですか、と言われるので、話し合うべきことは何もない、と答えた。あとでスタッフが、内科の待合室で泣いている彼を見た、と報告してくれた。このケースは、ある意味では、医療の矛盾に巻き込まれたといえる。患者団体も、これから成長していくだろうが、アメリカやディストニア友の会のような傾向にはなあってほしくない、と希望する。

4.最後に、心因性疼痛の患者さんに対するmal practice(乱療)の例を報告する。一度、この小論で照会したケースだがその女性患者は、臍石(臍臓に石が発生する)で入院していた。臍石自体は、感染を合併しないかぎり、疼痛はない。だがこの患者の場合、感染も炎症の所見が何もないにもかかわらず、夜疼痛のために眠れない、ということがつらいのだった。そこで鬱病を疑われて、当科に照会された。鬱病を疑われた理由は、他にもあって、彼女の息子が臍石で他の病院にかかっており、近く手術を受けなければいけないというストレスがあり、外科医はこのストレスと何等かの関連はないかと、疑ったのである。更に、鎮痛薬と称して、生理食塩水を注射したら、きまって痛みがうすらぐという事実も、照会の理由になっていた。面接では、確かに息子の手術、それに伴うストレスの増大の予測などで、おちこんでいたが、むしろ、この患者の場合、小学生の時から、何かストレスがかかると、すぐに腹痛・吐き気という身体的反応で応じていたことがわかった。これが彼女の、ストレスに対する反応様式として固定化されたパターンだった。

彼女は、とにかく寝たいというニーズがあったので、抗鬱薬を投与した。通常の睡眠薬が、比較的大量に外科から処方されていたが、無効だったので、使用することにした。ところが、抗鬱薬を、通常量だしても、全く無効だった。同じ量を健康人が服用すれば、二日はふらふらで歩けないような量である。ということは逆に推測すると、隠された鬱状態に陥っている傍証となる。そこで、処方量を徐々に挙げていったら、少し眠れるようになったという。腹部の痛みも徐々にとれた。だが、心因性疼痛の場合、病院から退院させるのが非常に困難である。ある高齢の女性で、退院の日取りを決めたら、その日から、収まっていた疼痛が増悪し、病室中を駆け回るようになったことがある。病院に対する隠れた依存欲求が、こう

いう形で現れる。だから今回のケースも、入院が長引けば、それだけ病院に対する依存が強まり、ますます退院が困難になることを外科医に告げて、一旦退院してもらうことにした。退院後、案の定、毎日救急に来て鎮痛剤を注射してほしいと言う。次第に、疼痛が増悪し、入院を依頼されたが、それでは前と同じ事態になり、長期的には、あなたの為にならないと説得したが、痛みが切迫して、説得できるような状況ではなくなったにもかかわらず、依然入院を回避した。そのうちに、外来にこなくなったと思ったら、夫の知合いを頼って、北海道の大学病院に入院されたと聞いた。先方から、問い合わせがあったので、ありのままを書き、患者に厳しくあたりすぎたかも知れませんが、と但し書をつけた。

心因性疼痛は多くの疾患でおこる。神経症でも、鬱病でも、精神病でも起こりうる。特に鬱病で、気分が沈む等の精神的訴えをせず、頭痛、腹痛、手足の異常感覚だけを訴える患者さんが多い。これを仮面鬱病、又はSMILING DEPRESSION=呼んで字のごとく、「笑う鬱病」という。或る中年の男性で、頭痛と腹痛で当科を照会された人がいるが、彼は自分の経営する会社が危機に瀕してから、身体的症状を訴えるようになった。色々な抗鬱剤をためしてみたが無効で、抗精神病薬をだしたら少し軽快した。勿論、会社は諦めて、他人に渡した。しかし、病像は一進一退で、救急にかかることもあり、腹痛がひどくて内科に入院したこともある。強度の鎮痛剤が効かず、内科医が困惑した時に呼ばれて、抗精神病薬を注射すると、ピタリと痛みがおさまった。

今でも、時々頭痛、腹痛、腹部膨満(これは見るからにひどかった)が交代に現れて、彼を悩ませるが、日常の生活をきちんとできるようになってからは、痛み屈服することはなくなった。外来に来ると、「治りませんねえ」「そうですねえ、治りませんねえ」「しかたがないですねえ」という会話で終わる。(続く)

解放理論形成のために——回顧と展望

(1986.4.5.付パンフレットより)

(解題)

この論文は10余年前に持たれていた部落解放運動の理論についての研究会での研究成果をまとめたものである。ここで結論として提起されている事柄は、「住民を市民意識から解放」することであり、そのために市民社会批判と市民意識批判の観点をつくりだすことだった。以降解放運動との具体的かかわりを持たなくなったので、運動の現実についてはわからない。

だが、協同組合の時代がおとずれ、協同組合地域社会を構想しようとするとき、その運動は今日の市民社会のたてなおしをめざしており、これは市民社会批判と市民意識批判の具体化としての意義をもつのではなからうか。そこでこの論文を公開し、新しい地平での議論が起こることを期待したい。

(安藤一夫)

(一) 論争に見る方向性

1980年代初頭、部落解放運動は一つの岐路に立っていた。

師岡裕介氏は、新たな解放理論の創造の必要性を強調した報告で、次のように述べている。

「部落差別とは、出自をかつての穢多、非人身分にもつ部落民に、加えられる不当極まりない差別であり、たとえ部落に居住するその他の部落住民に、同じような賤視があったとしても、前者を核としている。このように把握してこそ、部落解放運動の中心に、部落民の自主的、自立的な闘いを置くことができるのであり、差別事件は、部落解放運動にとって第一義的に取り上げねばならない核心なのだ。この認識の上にたてば、差別事件の解決を、法律や行政の手にゆだねるという考え方は、生まれうべくもないのである。」(A、15～6頁)

師岡氏は当時の理論状況を「私たちは、いま理論的には中途半端な過渡期にある」(A、10頁)と見ていたが、この過渡期はまだまだ続いているだけでなく、解放同盟中央が、部落解放基本法制定を積極的に進めようとしていることを考慮すれば、理論的にもこの間退化が進行したのではなからうか。

当時、沖浦和光氏は解放同盟中央委員会で、運動主体の側の危機について次のように述べた。

「私は水平社運動の歴史を調べるために各地の古老からききとりを行ってきたが、その古老たちの声としてきこえてくるのは、最近の運動には、とくに若い世代には熱気と情熱が薄れつつあるのではないか、燃え立つような論争もなく、自分たちみんなできつきの闘争の目標とたたかいの方向を討論したような作風が失われつつあるのではないか、つまり、一口でいえば、地区の全員による手づくりの運動ではなく、しだいにお仕着せ

の運動になってしまっているのではないか、ということであった。」(B、51頁)

ここで描かれている状態は、今日もっと深刻になっている。この状態は単に活動家個人人の怠慢や、また、解放理論が確立していない、といった問題によってもたらされたものではない。はっきり言って、80年代に入って、差別糾弾闘争を組織することが極めて困難になった、ということに象徴的に示されている、いわば時代の変化というべき事態があった。

そして、糾弾闘争展開の困難性、自主的な運動の停滞ということと、基本法制定路線の登場とは軌を一にしている。

とはいえ、運動主体の危機の継続は悪い事ばかりをもたらしたわけではない。この危機を危機とは見ず、活動家の自主的活動の停滞に慣れ切って、基本法制定に解放運動の展望を見出すような方向性が支配的になればなるほど、良心的な活動家にとっては、それを反面教師とすることによって、自主的な解放運動再建の実践的展望もまた明らかになってくるであろうから。

活動の実践的方面とは別に、その理論的方向については、80年代初頭において、すでに新しい解放理論の萌芽が形成されていたとみてよい。

沖浦氏は、運動主体の危機をもたらしている時代の変化について、「高度成長のさなかに満面開花した今日の市民社会において、たんに部落の青少年だけではなく、すべての若者たちがそれを意識するかしないかにかかわらず、大きい精神的な危機状況に陥っている。子供たちは自然のなかで自由奔放に仲間づくりをする機会を奪われ、個性を抑圧されながら早くから競争社会のなかに投げ込まれる」(B、50頁)と述べたあと、市民社会について次のように批判している。

「これまで先進的社会とされてきたこの市民社会は結局のところ砂のようなバラバラの個人の寄せ集めであり、そこには人間と人間との心底からの交流はなく、市場自由競争という資本の利潤原理に支えられた冷たい利己的な競争社会にすぎないのだ。解放運動の終局目標は、こんな市民社会のなかに融合することでは決してないのだ。さらにその先を展望するものでなければならぬ。」(B、50～1頁)

ここには、市民社会を自由・平等な社会と見る見解への批判があり、それを利己的な競争社会とみなして、市民社会への融合を解放運動の終局目標とすることを批判している。

それにとどまらず、沖浦氏は、資本主義自体のなかにある差別を見抜くべきだと主張している。

「それと、資本主義自身が、タテマエは自由平等だが、本質的に搾取を基礎として、人間を格差づけ差別する構造をもっている、ということ。経済的には搾取、政治的には抑圧、人間的には差別の構造をとる。資本制の原構造として、それらを内包している。それを明確にしておく必要がある。資本主義は封建制と違って、本来的には差別はないんだ、経済外強制として差別が出てくるのはあくまで封建制なんだ、というのは誤っている。」(A、121頁)

ここには、「身分と階級との弁証法的統一」をとまえ、身分を封建制に、階級を資本主義に帰した上で、両者を階級支配の必要という点から結びつける大賀正行氏の理論の

限界を突破する方向性が示されている。

さらに社会学者の青木秀男氏によって、差別を資本主義の属性と捉える視点が提起された。

「身分・階級闘争の概念の整理という点でみていくと、本質としての階級原理は民族的、歴史的、身体的な諸条件に媒介されて、具体的な人間関係の諸関係として現れる。それを階級原理の現実形態と呼ぶ。この階級原理が身分の原理として転化してゆく。階級原理は具体的な階級関係と、いわゆるドミナントグループ=差別するグループと差別されるグループの二つの現実形態をとる。被差別関係は階級関係と貫通する経済的な合理性に対しては、非合理的な競争物として現れる。それは、搾取と被搾取との支配統合、つまり、本質的には階級関係だが、しかしその階級関係が表に現れる時には、階級関係として現れるのではなく、差別、被差別の関係で現れる。この社会的立場の軸のところに差別の機能がある。」(B、86頁)

重要なのは傍線を引いておいた部分である。ここで青木氏は、階級関係が社会の表面に現れるときには、階級関係がそのままの形であらわれるのではなく、差別、被差別の関係という形をとることを指摘している。

もっとも青木氏は、市民社会の階級関係である資本家と賃労働者との間の経済的関係の特質から、この階級関係のあらわれ方における特徴を述べるまでには到っていない。

同じ頃、社会学者の福岡安則氏は、差別意識を追求して、いまのはやり言葉でいえば、ディコンストラクション(脱構築)をマルクスに対して行って、つぎのように述べている。

「マルクスの叙述には、資本制的市民社会の編成構造を下から支える心的位相とでもいべきものが想定されていたように思われる。……(中略)……

資本制的生産様式は、『商品』『貨幣』『資本』の範疇なしには存立不能である。これらは、単なるモノ、自然資料的定在ではない。一定の社会的諸関係を下敷にして成り立つところの、単なるモノ以上の何ものか、社会的形態既定性をおびたところの『物象』である。諸生産物が『商品』であり、一定の貴金属片や紙片が、『貨幣』である、等々ということは、それらをそのようなものとして自明性のうちに感得する心性が、社会の構成員のうちに貫かれてあるということだ。

かかる心的位相を、他に名づけようのないまま、ぼくは共同主願的感性構造と呼ぼうと思う。もちろんこれ自体、生成過程論的には一つの歴史的所産ではあるけれども、存立構造論的には、一つの所与として社会意識の基底部に構造化されてあると見なければならぬ。この意味で、マルクスのいう『土台』は、単なる諸物質の組み合わせではなく、それ自体のうちにわかる人間諸主体の感性構造を不即不離のものとしてかかえこんでいるのだと思われる。

あるいは、意識は『土台』を反映するというばあい、そこには多少ともこみいった機制が働いている。たとえば、資本制的市民社会の成員たちによって無疑問的・没反省的に信奉されているところの、『資本—利子』『土地—地代』『労働—労賃』という収入諸源泉をめぐる『三位一体的範式』の問題をめぐる、マルクスが解明してみせたのは、一定の社会的諸関係が或る物に付与する社会的性格が、あたかもその物にもともとそな

わる自然的性格であるかのように、人びとに錯視される心的機制であった。

このようなマルクスの論理の展開は、差別意識の内的構成を再構成しようとするばあいの手がかりの一つになるように思われる。」(C、137~8頁)

ここで提起されているのは、市民社会の経済生活をなしている商品交換と資本主義的生産という経済的関係そのもののうちに、人々の意思関係となってあらわれる要素を発見しようという試みであり、この観点から市民社会の物神性を解読して、市民社会における差別意識を解明することである。

(二) 糾弾斗争の困難はどこにあるか

糾弾斗争は部落解放運動にとって魂であった。国や地方自治体に教育や雇用を保証させ、さらに住区改善等のための財政援助を実行させる、といった改良斗争は、糾弾斗争が展開されている限りは、主体の危機に結びつきはしなかった。

主体の危機は、時代の変化によって糾弾斗争の展開が困難になり、たとえ斗われたとしても形式的なものとなってしまふ、といった事態の招来とともにもたらされた。

時代の変化は、日本社会の住民たちが、自由・平等な社会に住んでいる、という市民意識をもつにいたったことに象徴されている。

1960年代、いわゆる日本経済の高度成長期には、住民にとって、自由で平等な社会は自分たちが労働運動や市民運動を展開して斗いとらねばならない目標であった。このような時期に、解放同盟が展開した差別糾弾斗争は、住民の自由・平等な社会の建設という意識と共鳴し、住民の共感を得ることができた。

糾弾斗争の論理は、被差別者である部落民が差別者を糾弾して自らを差別から解放することが同時に差別者たる一般民が差別者から自らを解放することでなければならない、というところにある。

この論理が貫かれない限り、差別糾弾斗争で、差別者と糾弾者との間の共感、精神の高揚はつくりだすことはできない。

今日、住民たちは、自由・平等な社会に住んでいるという市民意識をもつに到っている。(例えば、この意識は、日本が、アメリカやヨーロッパ等の民主主義国や、ソ連や中国よりも、自由で平等な社会だと住民の多数が考えているところにあらわれている)。にもかかわらず、部落差別は全然解消されていない。

そうすると、今日の差別糾弾斗争では、部落民が自らを差別から解放しようとする時に、住民に、自由で平等な社会に住んでいるという市民意識が差別者としての自己の意識であることを説得し、住民を市民意識から解放しなければならない、ということになる。

これは大変な課題である。これまでの世界の階級闘争の経験をふりかえってみても、住民の大多数を市民意識から解放することは未決の課題に属する。従来の労働者階級の階級闘争は、市民社会が十全に成立していず、それゆえ、住民は市民意識をもっていないか、あるいは、市民意識に照応した社会の獲得をめざしていた社会では勢力を得るこ

とができたが、市民社会が発達し、住民がその社会を市民意識に照応した社会とみなすようになった社会で住民をこの市民意識から解放することは成功していない。

これは困難な課題である。しかし80年代初頭の論争にはすでに市民社会批判の観点があった。新しい解放理論の創造のためには市民社会批判が不可欠である、ということが、論争当事者たちに意識されていた。ということは、いいかえれば、住民の市民意識からの解放ということがもさくされはじめたということに他ならない。

住民の市民意識からの解放を、市民社会批判にもとづいてなしとげること、この課題から目をそむけるならば、必ず、差別者の市民意識への同化を説く「国民的融合論」に足をすくわれてしまう。というのは、そもそも「国民的融合論」は住民の市民意識に対する批判を放棄し、むしろそれに迎合するところから生まれているからである。

(三) 市民社会批判と市民意識の批判の観点

市民社会とは、人格が物象化し、物象が人格化している社会である。ここでいう人格という言葉の意味は、人がら、という意味ではなく、法律行為の主体、という法律上の意味である。

市民社会とは私的所有者たちの社会であり、私的所有者たちはお互いに独立しているので、社会生活を営むためには商品交換を行わねばならない。商品とは、生産者がつくった自分の生産物を社会に通用するようにするための形態で、市民社会は、基本的には商品生産者たちの社会なのである。

商品生産には色々あるが、今日最も支配的なのは、資本家による商品生産、つまり資本主義的商品生産である。大企業が生産した生産物も、価格がつけられ、市場に出されなければ誰もそれを消費できないのだから、市民社会では、人間の労働を社会に通用するようにしているものは商品形態である。このことから、市民社会では人々は商品交換のない手であるときに、社会人になっていることがわかる。なぜなら、そのとき、人々は自分の私的労働をお互いに社会に通用するものにしており、ここに人々の社会関係があるのだから。

商品交換は経済的関係である。ところが、この経済的関係が人々の社会関係となっているので、この経済的関係における意志行為が法律行為となる。法律とは、人々の社会関係が意識的に形成しえない一歴史的時期にのみ存在しているものである。市民社会では人々の社会関係は商品交換によって実現されているので、この社会は自然発生的に形成されており、この社会でどのような社会関係を形成するかについて人々が合意してみたところで商品交換を廃止できない。このような自然発生的な社会では、人々が社会関係を結ぶ際の意志行為が法律行為となる。市民社会では人々は商品交換という経済的関係でもってお互いの社会関係を結んでいるので、この経済的関係における意志関係が法律関係を形成する。

法律関係では人間は法律行為の主体とみなされ、人格となる。商品交換では商品自体は物であるので意志をもたず、売買の意志をもっているのは人間である。こうして

商品所有者は人格となる。

ところが市民社会での人々の社会関係は、人と人との間に直接に形成されているのではなく、商品交換を媒介している。なおかつ商品交換は独自の法則に従っていて、人間は商品交換をする場合には、自分の意志を商品にやどさねばならない。

こうして人間はたしかに自分の意志で社会的行動をしているのだが、その行動は商品の行動の代弁となり、こうして労働生産物は単なる物であるにもかかわらず、それが商品となると人がそれに従って意志行為をしなければならぬ社会的力をもった物となる。このような物は物象であり、市民社会は人々の社会関係が物象と物象との社会関係としてあるような社会なのである。

商品の行動の代弁をしているような人格は、もはや法律行為の主体としての人格ではありえない。市民社会では法律行為の主体は商品をはじめとする物象であり、こうして物象が人格化し、人格が物象化する。

商品交換という経済的関係に含まれている意志関係は、商品所有者の間の自由で平等な私有権者という内容となってあらわれる。

自由で平等な私有権者という基本的人権、これは商品交換にもとづく法律関係であるが、市民社会における人々の社会関係が商品交換によって形成されている以上、この法律関係は法律の原理となり、国家の原理となる。

市民社会は商品生産者の社会であるが、人々間の経済的関係は商品交換関係にとどまらない。資本主義的商品生産にあつては、労働者はある時間を無報酬で資本家のために働く限りで自分の生活のために働くこと、つまりは生きていくことを許されるという経済的関係がある。労働者は市民社会では資本家に経済的に服従させられている。

この資本家と労働者との間の経済的支配・服従の関係はしかしながら市民社会の法律関係とはならない。何故なら市民社会では、商品交換関係だけが、私有物を社会に通用するようにできる、という意味で、人々の社会関係の内実をなしており、人々の社会的生産関係の中心をなしている資本主義的生産過程での人々間の関係は、私有物の自由処分の領域に属して、刑法や民法という法律の適用を受ける対象にすぎないのであるから。

こうして市民社会の自由・平等という法律的原理は、資本家と労働者との間の経済的支配・服従の関係を切り捨てた上で、労働者を労働力という商品の売り手という意味での商品所有者に歪少化して、一般に普及する。だからそこには経済的関係における差別が含まれている。

それゆえ、今日の市民社会を自由・平等な社会と見る市民意識は、経済的関係における差別を見失ったイデオロギーであり、この意味でそれは差別者のイデオロギーとしてたちあらわれる根拠があるのだ。

(四) 長期にわたる地道な学習運動からはじめよう

部落民の部落差別からの解放は、差別者である一般民にとっては、自己の差別意識の

もとである市民意識からの解放であること、糾弾斗争のこの論理は、新たな解放理論形成の方向を予告している。

住民の市民意識の具体的なあらわれは多様であり、意識の批判にとらわれると筋道を見失うが、多様なかたちであられる市民意識は、みな共通に市民社会を土台としているので、市民社会の批判が、住民の市民意識からの解放のための前提となる。

市民社会の批判のためには、何よりも、商品・貨幣・資本、というこの社会の諸物象が人々の社会的生産関係であることを理解しなければならない。

商品の価値形態と、商品の物神性についての定見を活動家は理論家、学者の研究にまかせてしまわず、実践活動の指針とするために、わがものとしなければならない。

また資本主義的生産がどのような階級関係を生産しているかを明らかにして、市民社会の自由・平等という法的原理のもとには、その原理の内容とは反対の、労働者の経済的服従が実在していることを知り、そして、この階級差別がそのままの形であられず、種々の差別という形をとってあらわれるところまで読み切らねばならない。

これらの内容を、経済学についての知識をまるでもっていない人々にも理解されるように展開できるかどうか、これが第一の関門をなしている。解放運動が、長期の学習運動を自らの助けとして、この関門を突破したとき、新たな解放理論の形成と解放運動の発展は、目に見えるかたちをとるにいたるであろう。

〈文献〉

Aは『部落解放理論の創造に向けて』

Bは『中央理論委員会報告』

Cは『現代社会の差別意識』明石書店

編集後記

発行が大幅に遅れたことをお詫びします。

3年間続けてきましたが次号で一応の区切りをつけ、新しい体制で刊行を継続したいと考えています。

次号は5月末に刊行します。以降の企画については次号で明らかにします。

16頁に戦後経済成長の図表を入れてあります。空白ページが出来てしまったのです。何かの参考にして下さい。

