

岡山県人権教育推進委員会第12回会議

日 時： 平成14年9月2日(月)
13:30~16:19

本日は4名の委員にそれぞれの分野における問題の所在，それに対する取組の在り方についてプレゼンテーションしていただきます。

最初に「女性」についての，プレゼンテーションをお願いいたします。

女性差別はあらゆる差別の中で最後に残る差別であると言われていています。差別の深さや深刻さは比べることはできませんが，男と女は元々身体の構造も違うということで，女性差別については，差別と認識されにくい面があると思います。

女性問題のキーワードはジェンダーにあると言われてますが，生まれてから自分の性を認識するのは大体2歳くらいだと言われてます。それまでは自分が女の子であるか，男の子であるかという認識はしてなく，周囲からの「女の子よ」，「男の子よ」という言葉がけなどにより，自分は男の子に生まれたんだということを認識する。それまで手を伸ばして取るおもちゃにも男女の差はないと言われていています。その後遊びの行動様式が分かれてくるというのは，やはり小さい頃からの一つの環境，与えられるおもちゃであるとか，目から受けるメディアの影響であるとか，周囲の大人の言葉がけなどから行動様式に違いが出てくると思うのですが，これをやはり特性と理解され，認識してしまわれがちだということがあると思います。

次に，資料の中で，分野別の課題として「女性」があげられているのは，小学校・中学校においては，7%前後という状況になっています。学校の先生方に，女性問題は取り組むべき大きな課題だという認識が，他の分野に比べると今ひとつである。差別問題ではなくて特性として扱われるというところがこの分野での大きな課題だと思います。

平成8年ごろから男女共同参画社会の形成は最重要課題という表現になりました。これは国及び県も同じだと思うんですが，最重要課題という表現に対して学校教育での課題の把握にギャップがあるのではないかというのが2点目の課題です。

男女平等を促進するためには，一般の教職員もちろんですが，やはりトップの姿勢が変われば随分変わると思いますので，管理職を含めてジェンダーとは何かという，その研修を繰り返していただきたいと思います。

また，人権教育推進状況報告書の報告様式を工夫していただいて，女性問題に限らず，どの問題についても取り組まざるを得ないような書き方になるよう工夫をお願いできたらと思います。

3点目は，学校教育の中では特性と理解されて，なかなか男女平等教育というのは推進されてきていませんので，その分野を研究されている方というのは非常に少ないと思います。ですから推進のための学習プログラムもあまりないのではないかと思います。

埼玉県にある国立女性教育会館では、毎年夏休みに「教師のための男女平等教育セミナー」を設けていますので、ぜひ性差別の分野でのリーダーを育成する学習プログラムを作っていくというためにも、ぜひこの分野でのリーダーを育成していただけたらと思います。

4点目は、昨年県内の児童を対象に実施した意識調査で、3年生と6年生とを比べましたら、低学年ほどジェンダーの意識が強いんですね。さきほど述べたように、2歳ぐらいで自分の性を自認して、ジェンダーを身に付けるのは6歳くらいまでといわれていますが、いったん身に付いたそのジェンダーも、少しずつ学校教育や家庭などいろんな場で学習することによって、多様性に気付いていくんです。しかし多様性に気付くと同時に、不合理なものも感じて自分を否定する傾向が出ていますので、そうなる以前に幼児期からしっかりジェンダーにとらわれない様な取組をしていただけたらと思います。これは学校教育に限らず、家庭教育でもだと思しますので、家庭教育にぜひ男女共同参画の視点を強く持っていただきたいと思えます。

また、メディアの影響というのが随分あると思えます。メディアリテラシーという言葉がかなり広まってきていますが、これは性差別だけでなくいろんな面、いろんな分野でいえることなので、メディアリテラシーの学習をぜひ、学校教育の中に取り入れていただきたいと思えます。

また、先ほどの意識調査で「自分の性に生まれて損をしたことがあるか」という質問に対して、性に関する記述も非常にたくさんみられました。「女の子は生理があるから嫌だ」とか、「赤ちゃんを産むのが痛そうだ」とか、それで「女は嫌だな」という捉え方をしている子も随分見られたので、性に関して、命を生み出せる性なんだと誇れるような、そういう性教育も非常に大事だと感じました。

今でも学校の名簿というのは男女別なんですか。

男女混合名簿のことですが、市町村によって調査されてるところとしてないところがあります。県として全体の調査はしておりません。

このことは、先生方の相互理解が進めば、そう難しいことではないと思えます。

中学校では、男女分かれた名簿をだいが使っているのでしょうか。技術家庭科はもう一緒ですので別に問題ないけですが、体育の実技の時にはやはり種目の関係で分かれまますので、分かれた名簿を使わざるを得ない部分がありますね。

町内の小学校はずっと以前から混合名簿です。中学校が一時男女別の出席名簿をついている時期がありましたが、暫時これは解消していくということです。それから家庭科は一緒ですね。でも科目によって分かれなければいけないときもあるようです。

混合名簿にするというのも、流行でやったんじゃあまり意味がないという気がします。何のためにやっているのかということに一貫性がなければいけないと思えます

男と女は違うと思いますし、その区別ということと差別ということと、これをきちっと分けていかないと本当の人権尊重につながらないのではないかと思います。

性の役割分担，男性の役割と女性の役割という言い方をしたときに，実はそれがジェンダーになっていることがある。セックスの違いとジェンダーというのとやっぱり分けた方がいいと思います。

男子が先でも良いんです。でも女子が先の時であっても良いし，一緒の時であってもいい。いつも男子が先で女子が後となると，男の子も過剰な重荷を背負うことになる。不登校の子の割合が圧倒的に男子が多かったり，それから今中高年の男性の自殺が交通事故の死者数よりも多いとか。社会の中で「強くあれ」「逞しくあれ」とずっといわれて育ってきた男性が，その荷物を少し降ろしてもいいんじゃないかというのが，ジェンダーの考え方なんです。

資料の中で「リーダー役は男子が多くて，作業的な役割は女子に多くみられる」ということが挙げられています。PTAの役員をされてるのもお母さんが多いんですけど，PTAの会長さんとなりますとお父さんが多いようですね。そういうふうにもむしろ子ども取り巻く家庭環境や社会を，子どもは非常に敏感に受けとめながら大きくなっているんであって，学校教育で単なる理念として言ってもなかなか難しい面があるのではないかと思います。社会教育と学校教育の連携も男女共同参画社会作りでは非常に大事になってくるんじゃないかと思います。

私の町は，町部局の方も毎年男女共同参画についての研修会をもっております。それから人権・同和教育の推進の年間計画の中にも，男女共同参画の研修計画も入れております。学校教育においても先生方の研修，子どもの指導，実践等に向けていろいろ取り組んでおります。

次に「障害のある人」についてのプレゼンテーションをお願いします。

障害ということ，そしてよく耳にする障害者という言葉，これが福祉の現場にいるものにとって，そして家族にとって非常に重いものがあるということを常々感じています。

福祉の基礎構造改革ということで，福祉の見直しが今行われております。来年はまさに障害のある方の施策についても，措置から契約という形になってくるわけです。1990年に福祉の基礎構造改革の前段として，福祉関係8法が改正されました。その時に福祉の援助・育成・構成という言葉が福祉サービスという言葉に変えて，福祉の必要なサービスを提供するんだというように考え方が変わってきたわけです。いわゆる自分の必要なサービスは自分で選ぶという時代になってきたわけで，決して更生や措置や育成というふうな，上から下への方向でなくなってきたということになるわけです。

では，どんなところが見直されたかといいますと，まず，障害のある方のノーマライゼーションや自己決定の理念の実現が求められている。利用者の方が選択権を保障され，

利用者とサービス提供者が直接的に対等な関係を確立するんだという形になるんです。いわゆる個人の尊厳を尊重した形への見直しが成されたわけです。

次に障害ってなんだろうということですが、1980年に世界保健機構WHOは障害を3つに分類いたしました。それは機能障害、能力障害、社会的不利ということで、機能障害というのは顕在化された部分、手足がないとかですね、脳血管障害による機能障害がある。そしてその次に、機能に障害があるために、能力障害が起こり、そのために社会的な不利を被っているということです。それをハンディキャップという言い方をするわけですが、しばらくの間、障害のある方を呼ぶときに“ハンディキャップのある人”なんて言い方をしたわけなんですけれども、これすら本当は使うべき言葉ではないとなるわけですね。

そこで、世界保健機構WHOは1999年にこれを改正いたしました。WHOが変えたのは活動への参加の制限や制約、そして能力障害のところですが、ハンディキャップ、社会的不利のところは、社会への参加や、そういうものの制限や制約をもって障害というんだという言い方に変えてきたわけです。

そして基礎構造改革、その他福祉の分野で今一番のキーワードになっているのが、基本理念の“自由最大化状況”というもの。これは最も制限の少ない中での選択という意味がありまして、「あなたは障害があるからこれはできない」とか云々ということではなくて、できるものを探していこう、そして制限を極力少なくしていこうという考えです。それは、インフォームドコンセント、そしてインフォームドチョイス、インフォームドディシジョンという、本人が自ら選び自己決定できるシステム、そういうものをきちっとしていけないといけない。それが社会の責務だということですね。今までそういう場面が少なかった。そして文部科学省が言っている言葉ですが、自己選択と自己決定そして自己責任という言葉に変わっているわけです。

私たちが関わってきた知的障害の人たちがどのような言葉で言っているかということ、「障害のある人とかない人とかいうことではなくて、まず人としてわれわれを理解してほしい。」そこから“people first”という言葉が出てきました。私たちはまず、障害があるとかないとかという前に、まず人であるということから考えていかなければならないということです。私たち福祉を仕事としている者とか、教育をする人たちはアドボカシー権利擁護という概念を理解していく必要があるのではないのでしょうか。アメリカではリーガルアドボカシーといって、お医者さんや人権にかかわる人たちが、人権侵害や自分の権利擁護の役割を果たさなかったらインターネットのボードに掲載されます。私たちは障害のある方に対してアドボケートにならなければならない。そしてその次にセルフアドボカシー。「障害者が声をあげ自分の意見を表明したいと思ったとき、『待って。私の言うことを聞きなさい』と言われたものだ。もしその障害者の望むことを知っている人がいるならば、それはその人自身なのだ。」という言葉です。

もう一つ大切な言葉として、エンパワメントという言葉があります。「能力をつける」とか「権限を与える」とかいう意味がありますが、今は本人自身が自己決定が可能になるように、自分自身の人生の主人公になるように側面的に支援するということがエンパワメントということになるわけです。今までの福祉の支援の概念から踏み込んだことになるわけですが、障害のある方の自己決定権と自己決定能力が理解できない方々が、い

ろいろな場面で障害のある方が持っている自己決定権を侵害するような行為が多々あります。「彼には理解能力が少ないから」「彼女にはそれを遂行する能力が低いから」ということで制限をしてきた、そういう状況があったと思うんです。たとえば知的障害の重い方で表現することに他の方よりも非常に時間のかかる人たちであるとか、高齢者の方など、要するに意識、判断ができにくくなってきた人の自己決定を可能にする5つの原則というのがあります。それはさきほどの最小限度の制約の中の最大限度の自由と同じように、「もっとも制限をしない環境をつくる」ということですね。たとえば施設や教室の中で、ここ行っちゃダメあそこ行っちゃダメというんじゃなくて、ここへもあそこへも行けるような環境を保証していくということ。

そして次がwishの原則。その人が本来望んでいることが何か、そしてそれがどうなのかということをしてできるだけ探求しようという考え方です。例えば、毎年共同募金に1万円なり3万円なりを寄付していた方が判断できなくなったときにどうするかということ。周りの人がいままで通りにしてあげて、本人がそのことを望んでいるということ、それがwishの原則。客観的に誰が見ても一番よい方法をとる、その人にとって一番利益のある方法をとるということ。そして、民主的な手続きを守る。

では、このような福祉の中で、障害のある方、持った方の差別事象や権利が侵されることをどうしたらいいか。これは、福祉の普遍化と福祉教育ということで、教育の中に福祉が系統的に取り込まれる必要があるだろうということになります。それは「福祉事業を営む者は、地域住民等の理解と協力を得るように努めなければ成らない」ですとか、「国民の社会福祉に関する活動への参加の促進を図るための措置に関する基本的な指針」の中に、福祉教育、福祉学習というものが位置付けられたということになります。

そして社会福祉基礎構造改革の中で、利用者主体の原則が位置づけられました。これは「自己選択・自己決定・自己責任」という「自立」が問われるようになってきたということです。そしてこの「自立」という言葉は、自ら立つと書いてありますけど、厚生労働省が言っている定義は、自律は自ら律するの「自律」です。かつての自分で立つというのは生活をする資金であるとか、身体を自由に動かして自分で行くというのが自立であったわけですが、体は自由に動かなくても誰かのサポートを受けながらそして、お金を自分で稼げなくても補助やサポートを受けながら自分らしく生きる。このことを自立と言っているわけです。そして、教育の中でも自己選択、自己決定ができる力を育てていくという事が重視されるようになってきました。

1996年の中央教育審議会の答申では「生きる力」という言葉を出してこられました。その次の答申で具体的に説明しているわけですが、ここで言っているのは単に高齢者とのふれあいを重視するというだけでなく、そのことを通して生きることの尊厳、命の尊厳や老いること死ぬということについての意味を自分の課題として取り組むように、そしてそのために学校だけではなくてさまざまな関係機関や団体などと連携して実践をすることが大切であるとまとめています。そして、福祉教育の目標は次の4つ、自らの欲求を統合し、自ら決定できる力を育む。統合された欲求を社会の中で実現する力を育むこと。相手に共感し支えあう意識を持つ、そういう力を育む。そしてそれを助け合うための実践力として発揮するという事を言っているわけです。

しかし、今いろいろなところで福祉教育がなされていますが、きちっと今述べた目標とか理念を踏まえた上で実践がなされないと、貧しい福祉観が再生産されると指摘しています。それはどんなことかといいますと、障害がある人はすべて不自由な人だと思ってしまう。いろいろ疑似体験をしますが、ただ体験だけして終わってしまうと、障害をもっている人はみんな不自由なんだと思ってしまう。そして一人暮らしの高齢者はすべて寂しい人になってしまって、一人暮らしの高齢者の方に一方的に年賀状をだすという風な授業をしてしまう。そして施設に行き行って励ましてあげようという、そんな慰問という形で施設を訪ねると、施設にいる人はかわいそうな人になってしまう。体験学習をいろいろしていますが、今まではこの体験だけが重視されて経験に結びつかない。体験をしたら、そこで感じた事そしてどうしたらいいという事を指摘して、考え、分析をする。そして応用力をつけて、仮説をたててそれが行動力となっていかなければいけないのに、ただ単に車椅子を押してみましょ、アイマスクをして歩いてみましょ。そんなことが非常に多い。そして非常に誤解を生んでいるということがあるわけです。ですから私たちは、障害のある方に対する偏見や差別をなくすためには、こうした目的意識のある体験学習であるとか福祉教育をしていただければ、ずいぶん変わってくるのではないだろうかと考えています。そしてこの体験学習というのは子どもだけではなく、大人も含めて考えていかないとよくなりません。

これは私の所によせてくださった親ごさんの声なんですけれども、4項目あります。「子供の状態に合わせた適切な教育がなされるように、先生の体制を整えてください」と書いてあります。2番目が「特殊学級には知的、情緒、難聴、自閉症、学習障害、身体不自由などさまざまな障害を持つ子どもたちが通っています。その障害に応じた適切な指導がなされるよう、障害児教育の専門家としての先生の養成を進めてください。」3番目が「教育内容の充実をはかってください。」4番目に「その他」として、「義務教育終了後の進路、進学についての情報を提供してください。高等学校にも障害児学級を設置してください。」このような声が寄せられています。

最後に私たちが福祉をすとか人とかかわりをするとき、日本国憲法11条と13条、14条、25条、26条のあたりをいつも頭に置いておきたい。そうすれば、物事を考えた時にどうあるべきかということは理解できるのではないかと考えます。

障害体験が教育の中で安易に使われているという御指摘があった点について、私が特別老人ホームで施設長をしていたおりに、そのような体験をしました。寝たきりで4時間、夏の暑いときにダンボールで足を固定して、そしてもちろんおむつをして経管栄養も入れてと、ハードなものだったんですけども。体験された方は、たとえば自分がつらいことを職員に訴えるシーンを想像したら、たいへん気兼ねなものだろう。つらさが一定以上になった時は、思考する余裕がないとか、その時は一番つらいことを取り除いて欲しいとか理解してほしい、示してほしいだろうと言っておられました。教育に取り入れられる場合に、ぜひ先生方が子供さん方と一緒に何か議論ができる。ただ体験じゃなくて、そこから何か話ができる。体験そのものが悪いんじゃないで、それを取り入れようとする先生方の姿勢かなという気がしました。ぜひ体験を活かして欲しい。活かすためには、やはりそれ相当の努力が必要だと思います。

自己責任ということについて教えていただきたい。

例えば具体的な例を出してみますと、大人の方がおられて、仲間のお医者さんとその患者さんと誰かがいたとして、お茶を飲んでるときにケーキが出てきたということですね。そのケーキをですね、お医者さんはその患者さんの主治医の方ですから、これを食べると糖尿病が悪化しますと言うわけです。そうすると本人もいろいろ悩むんですね。しかし、今これを食べたいと自己決定したわけですね。食べると糖尿病がちょっと重くなる。これが自己責任ということですね。自己選択、自己決定というのは、必ずしも周囲がみていい状況になるとは限らない。その結果によって自分が苦労する選択をするかもしれないが、「選んだのはあなたですよ」ということを「自己責任」と言っているわけです。ただ施設において、この人の生命とかいろんなものが危くなる時には、危機管理ということで「それはやめましょう」と。これは介入という技法があつてするわけですが、極力そういう介入をしないというのがこれからの福祉のあり方です。そのためには日頃十分な説明をしなければいけません。そして自分で選べる選択肢がたくさんなければいけないかもしれません。そういう事の中でやはり自分の人生を自分で決めるというのが、本当の本人の幸せなんではないだろうか。ですから福祉の概念の中でいろいろ福祉を定義づけるわけですが、ある言い方をすれば福祉というのは自己選択、自己決定ができていくかの問いかけなんだ、繰り返しなんだという言い方をする部分もあるわけなんです。

「生きる力」という言葉について、学校現場ではこうなんだというイメージはあったんですけど、今の自己選択、自己決定、自己責任ということと関連して「生きる力」をどう考えていけばいいのでしょうか。

「生きる力」というのはまさに自己選択をし、自己決定をする。自分の人生を自分で考え行動する力を持つことだ、というふうに私はとらえています。これは、障害がある方も誰もが共通した事ではないかと思えます。7月29日の中教審の答申の中で福祉教育についてしっかり言っていただいて、福祉のサイドはありがたいと思っています。それは、福祉と教育と医療とそういうものが1つになって、主体者たる者が誰なのかということをも明言してくださっているわけで、我々福祉のサイドも我が意を得たりという感じがしているわけです。

体験については、事前に「なぜそれをするのか」ということを話をした上で体験をする。そしてそれはどうだったのかという事をまとめていく作業が、最近きちんとしてくるようになりました。以前は車椅子を押したらそれっきりで、中には車椅子に乗るのが楽しいんだみたいな感じの方がおられたり、僕はこんなことができると言って段差を乗り越えたりする子どもがいたりして、何のための体験かなと思ってたんですけど。今はちゃんと事前に手足の不自由な方の生活はどうですよ、目のご不自由な方はどういう状況ですよ、そして、どのくらいの率でどんな状況ですよという様な話をして、体験いただいた後でどんなでしたか、といった話がきちんとしていく指標を作ってください。

この福祉教育が進んでいけばいろいろな面でのいろいろな偏見や差別も少なくなっていくだろうと私は思うんです。これは、たとえば福祉施設を作るときに、総論は賛成だけでも自分の近くには作ってほしくないと思う。これは福祉教育がちゃんとできていないからです。そんな事もずいぶん解消されるだろうなと感じました。これからどんどんそういう体験を経験に結びつけていけるような取組がなされるべきであろうと感じています。

次に「高齢者」についてのプレゼンテーションをお願いします。

老人福祉施設で今何が起きているのかというか、どうなっていくのかという所を、ビデオを中心に報告という意味あいでも聞いていただければと思います。

現場で福祉、人権教育という教育的なものが何があるのかと考えたとき、例えば生徒たちが老人ホームなどに来たときに、老人ホームから問題を感じて、そして考えて行動する。むしろそういう意味あいでも施設を捉えていただく事が、一番適切かなと私は感じております。なぜそう思うのかというのは、老人ホームを建設する中で一番私が引っかけたことは、老人ホームが世の中で騒がれていても誰が入るのかと。そこに入る人は、望んでいないという事実なんです。施設を必要としている人がいるから施設を作るのですが、実際施設ができあがるとそこでは施設の逆転現象がおこる。施設を利用する人が施設を利用するのではなくて施設によって利用されるという感じがしております。どういふふうに私たちが間違ってきたのかという事を中心に、今日はビデオで現場から申しあげますとともに、その中で起きているユニットケアについてご報告申し上げます。

まず最初に、一つの話を紹介させていただきます。「介護福祉の実習へ始めて行ったとき大変驚きました。利用者がずらりと廊下に並ばされて、しかもみんな無表情でした。そして、流れ作業的な業務といわれる、介護とは呼ぶにも呼べないもの、業務の一方的な押しつけやこれは軽い虐待ではないかと思わせるような行動の数々、そういったものを見てきました。学校では教えることのない、教科書に書いてあることとまったく違う、理想とは遠くかけ離れたものでした。理想と現実その違いに驚かされました。」これは私の所へ訪ねてきた学生さんが手紙でくださったものです。多くの実習生の方はこういう事を現場に語ることもない。そして現場の中に入って行って結果的にどうなっているかという、人を悪く言い、そして自分を正当化して一生懸命しているけどもしょうがない、”しょうがない教”の中にうずもれていくというような現状があるのではないかと感じております。

【ビデオ視聴】

老人問題から考えてみますと、仕方がない、あきらめというのが一番大きな原因としてあるのかなという気がします。そのあきらめがとても強いなという感じが老人の中にいて感じております。子どもたちにとって、あんなお年寄りにはなりたくないとか、老

人問題の暗い不安や嘆きや悲しみではなくてですね、あんなお年寄りの姿になってもらいかなと、そんなことが語られて行くような状況にできたらという感じが一方でいたします。来年度の厚生省の概算要求では、地域分散型サテライトケアの推進ということで15億計上されるという動きが出てきました。地域の出口ということで、施設にいながら、日中、地域の借りた一軒家に出向いて行ってそこで生活を共にし、その生活から施設の内部変革をもっとしよう、施設の居場所、居心地を作っていく動きと地域の中で暮らしていくその可能性を探っていく。地域での居場所作り、居心地作りを進めていく、そんな動きをサテライト事業という形でいろいろ試行してきています。

ユニットケアというのは、小さくしてそこにお年寄りを閉じこめるわけではなく、施設を利用されているお年寄りの気持ちをまずそばにいて知ろう、と。そばにいて聞いてその実現を図っていくということです。なぜ小さくするのか、それは小さな声をよりよく聞こうとするからに他ならないんですね。しかしながらさきほど体験学習と同じように、形だけが成功している現状があります。それは、ユニット化であってユニットケアではないという言い方をあえてさせていただいてますけれども。そう言った意味ではいいことするという意識よりも、今その現場にたって問題をきちんと感じとる力、そういうものが大事です。このことは、先般から皆様方の中で議論されていたことの問題と通じる事かなという気がいたします。

感じて考えて行動して改めていく力。こういう力を目の前の問題から職員が自らのもののできるかどうか、ここがカギだと思います。できればそういうことは職員個人の問題だけではなく、その地域にお住まいの子どもさん方、それからみなさん方が気付いてどういうふうにしていくのか。施設をどう教育的な場として見ていくかということ、私はお進めしたいなと思っています。

「かつてハンセン病を病んだ人々」についてのプレゼンテーションをお願いします。

岡山県には日本でもっともたくさんハンセン病をかつて病んでいた人がいます。今日は「ハンセン病問題をどう教えるか」に焦点をあててお話をします。

私がいつも感じますのは、病気の問題というのは、なかなか正しく啓発できていない。これは大きな問題だと思います。そのことをどう教えるかを岡山から発信してほしいという気がいたしております。

まず病名に関してきちっとおさえる必要がある。この病気はご存じのように「癩病」と言われてました。「癩病」という言い方は良くない言い方です。医学の世界では、漢字で「癩」と書いていました。それが昭和51年にはひらがなで「らい」と書くようになりました。平成8年に、ハンセン病と病名が変わりました。このような疾患は、他には見あたりません。最近では、皆さんご存じのように精神分裂病という病気がたぶん今年の秋に統合失調症と変わるであろうといわれておりますが、これは第2番目です。なぜこういうことが起こったか。これは、ハンセン病を特徴付ける現象だと思っております。どういう事かと申しますと、ハンセン病にかかった人たちの中の方から自分たちの病名を変えて欲しいという運動が起こりました。もうすでに60年前からぐらいから起こっております。それに対応いたしまして、昭和51年には日本癩学会という学会がひ

らがなの「らい」にしましょうと決めました。しかし、「らい」という音の中に悲惨なイメージが残ってしまう、と言うことでこれも変えてほしいという運動が続きました。そして、平成8年に「ハンセン病」と変わるんですね。平成8年はどういう年かと申しますと、皆さんご存じかもしれませんが、それまで存在した“らい予防法”という法律が4月1日で廃止になったわけでありまして。それにちなみまして、この岡山でこのハンセン病学会というのが、偶然に開かれたわけですね。ここで病名を「らい」から「ハンセン病」にかえましょうと決議がなされました。このときでもかなり抵抗があるんですね。「らいをハンセン病にかえて、なぜ偏見が解消できるのか」さらに、「らいで生まれた偏見はらいで解消するべきである。」と、何となく頷ける議論をいうわけでありまして。で、その挙げ句は「偏見誤解がなくなって始めてらいをハンセン病にすべきだ。」ということが蕩々とハンセン病学会で述べられるわけですね。私はその中で非難されながらも強引に「ハンセン病」にもっていった方なんですけれど。こういう理論は一見正しように頷けるんですけど、おかしんですね。もっとひどい意見は「私は『らい』という言葉を使って、『らい』という病気を差別したことはありません。」学者がそういうことを言うんですね。本当に残念でありました。

私はこういう質問、意見が出たときにどういう言うかということ、「それでは、まあ、なんとなく頷けます。じゃあ、らいで生まれた偏見がなくなったと、いつどこで誰が判断するのか」という質問をします。そうすると、大体みんな黙ってしまうんです。こういう問題でもっとも大事なものは、「癩」もしくは「らい」と呼ばれて、とても嫌な気持ちになる人が沢山いる。こういう現実をしっかりと捉えるべきだということ。こういうことが根本だと思います。

Point 2のところの「ハンセン病とは」の文章は、私が新しく書いた文章なんですけど、概ねこういうことでハンセン病というのは捉えたらいいんじゃないかと思えます。その下に、間違っている例というのを何例か書きました。間違っている例の1は「ハンセン病の新しい治療方針」という論文です。ずっと読んで行きますと、「今では発病しても抗ハンセン病剤で治療可能であり」、ここからが問題ですね、「なんら特別視する必要はなくなっている。」この一文で執筆者の偏見がちょっと表れてくるわけでありまして。だから本人は今までずっと特別視してた。こういうことを明らかにここで物語っているわけですね。この文章がなければ、この全体の文章もそれほど問題はないんですが。こういう文章が有名な方の論文の中に出てくるわけです。残念だという例です。

間違っている例の2。これは「ハンセン病国賠訴訟に連帯しましょう」という文章です。執筆者は国賠訴訟の原告団の支援者で、東京で非常に活躍している方です。この人がいなければ、今度の訴訟もなかなかうまく進まなかったんじゃないかというようなキーパーソンであります。で、この人の歴史観ははぎれよく私は大変好きでとても尊敬をしているのでありますが、病気のことを書きますと若干問題が出てくるんですね。「あるいは生体以外の人工培地での増殖がむずかしい」こういうことを書いてしまうんですね。一般の人は「ヒト以外の人工培地では増殖は難しい」ということは「感染力が非常に弱い」ことに結びついて何となく納得してしまうんですね。しかし、科学的には全く論外で、増殖できないことと感染力が弱いことは全く別なのであります。例えば、マラリア原虫は非常に強毒なのに培養できていない。また結核菌の強毒菌というのはなか

なか培養できないんです。逆に弱毒結核菌は容易に培養できます。

こういう事実から考えても、人工培地の増殖と人体への感染とはまず無関係なんですね。なぜこんな間違いが起きるのか。これは、執筆者が悪いのではなく、こういう文章を引用したところに問題があったわけですが、事実であるようだと書いてしまうと、このことが流れてしまうわけでありませぬ。

間違っている例の3は、ハンセン病を啓発する政府に近い団体が出している文章です。ハンセン病の啓発においては影響力がある団体と思います。ここが出している「ハンセン病を正しく理解するために」というパンフレットの中に、必ずこういう項目が7つ書かれるんです。遺伝病ではありません。伝染力の極めて弱い病原菌……。こういうふうに書かれるわけです。各々の項目はそれほど間違いはありません。しかし、果たしてハンセン病を説明するとき、こういうことをいちいち上げるべきか非常に疑問なんですね。

意地悪くこの文章を読むと、遺伝病ではありませんと主張しているわけです。なら、その裏を考えてみればよい。遺伝病であれば隔離はいいのかとなる。伝染力が弱いも同じ事。伝染力が強ければ、何も考えずに隔離していいのかとなる。結局ハンセン病に関して分かりやすい説明をしているつもりなのですが、実際には本質を逃しているんです。この文章の中に、人権とか社会的配慮とか、そういうことが配慮されてないんですね。病気の特徴だけを取り上げて、ハンセン病の特徴だけをプロパガンダしてしまうと、これだけが歩いていってしまう。そういう間違いをするわけです。

point 3は、私が新たに書いているパンフレットの頭のところなんですけど、やはりハンセン病はこういうふうに捉える必要があると思います。基本は「どんな病気であっても、患者の人権は守らなければなりません。病気で苦しむ人を社会から排除して、関心の外に置くことは、病気そのものだけでなく病気にかかった人にまで偏見や差別を生むことに繋がってしまいます。1つの法律を作って、その病気とその病気にかかった人たちを社会から排除し、長い間放置してしまいました。その病気とはハンセン病です。1つの法律とは、明治40年法律第11号『癩予防ニ関スル件』をもとにした、『らい予防法』です。この法律は89年間も継続され、その結果、ハンセン病患者の人権は無視され、数えきれない悲劇が生まれました。」という風になります。こうした立場でぜひ、学校教育でも教えていただきたい。学校の現場でどう教えるかが重要であるし、岡山県がこのことを発信しなければならないんじゃないかとの思いで書きました。

ありがとうございました。この法律がどういうふうな人権侵害をやってきたかという視点で一方を抑えながら、ハンセン病に対する正しい認識の両面を教えなければならないし、我々も勉強しなければならないと思います。

家族の問題で、課題になることがありましたら御指摘いただけますか。

今までの福祉や制度の流れは、本人以外の第三者が作り上げたものであり、私たちが今立たなければならないのは、当事者の人たちの立場だという気がするんですね。親や家族という立場は、一つの代弁者であっても、その人たちの声だけで物事を進めるといふことに関しては、曲がり角に来ているという気がする。もっと言えば、介護保険は、

そういうものを払拭する意味合いで積極的に読めば、当事者の人たちの1つの状況を考へて行く法律として、読めないこともないかという気がするんです。それは自己決定とか、さきほどお話があったような意味がたくさん散りばめられておりますので、その意味を積極的に解釈するなら、積極的に実現するのも方法かなと思います。

ビデオには、10年前とその前との比較があるんですが、視てますと古い方の状況は人権が無視されてますが、すべての施設でそうであったと誤解があっては困ると思うんですね。10年、もっと前の施設の状況でも、施設によってはもっと人権に対する取組がされていたように思うんです。

ところで、スウェーデンではだんだん施設で生活するという形態はなくなっていますね。確かそこで生活する人は0になった。国の方針でそうなったということなんですが、出口は地域という中で、具体的な出口。家族はどうかというところと関連づけて考えると、現実の問題として、ユニットケア、グループホーム、そして地域はどういう位置付けになるのかお尋ねしたいと思います。

あのビデオは外部者の人に撮っていただいたのですが、悪いものだという認識で撮っていたのではないのです。その時々に応じて、そういう生活ができなかったものが生活できる場所ができて良かったとか、ナレーションの中にもそういうことが残っています。1つ大事なことは、自分たちの施設が一生懸命であったけれども、あれは間違いだったという、自分たちの姿勢を明らかにしたいということですね。

出口と言うことでは、地域サテライトケアサミットを準備しておりますけれども、これはいろんな人たちがいろんな場所での実践を持ち寄って、知恵と方法を共有しながら地域でいかに生かされるか、老人だけでなく知的障害とか、子どもさんとかいろんなものをクロスして、取り組んで行きたいというものです。まだそういった意味で出口というものは言葉だけで、実態が薄うございます。

おっしゃる通りに、知的なハンディキャップを持つ障害のある人たちの施設は、本人たちが求めて作ったものではない。どの施設も本人が欲しくて作ったものではない。その出口がどうなのかということが基本的な福祉の考え方につながると思います。高齢者の分野でもそのようなことをお進めいただいて、施設は本当に必要なのか、どうあるべきかといった議論が、障害のある方や高齢者やいろんな方の差別や偏見をなくする手がかりになるのではないかと思います。

ハンセン病の方なんですが、国の施策の誤りというのが大きい問題であるわけですが、同和問題は人権学習プラス歴史学習で、正しい理解を進めてきた面があるんですけれども、ハンセン病施策を歴史上の問題として位置付けることは社会科の授業ではないのでしょうか。教科書に記述はあるのでしょうか。

ハンセン病も歴史の問題として大きなものですが、真相究明がなされていないんですね。揺れ動く部分があり、非常に難しい問題があって、真相究明にはなかなか難しい面があ

るんじゃないかと思います。この面でも岡山県は独自の真相究明委員会を打ち立てています。国の真相究明委員会に追従するのではなく、岡山県独自の真相究明をやってもいいんじゃないかという気がしています。

発病される方が減ってきた理由なんですけど、今まで聞いた話では栄養状態と衛生状態が良くなってきたというのが1つの理由で、療養所があったからではないんだという理由を聞いてきたんですけど、それが正しいのかどうか分からない。誤解を生んでいないかと気になって、そう聞かれたときにどう答えたら良いのでしょうか。

結局、発病される方が減ってきたのは、隔離したから減ったんじゃないかという誤解の質問を受けたときに、「そうじゃないんだ」と私も言いますが、私も確実な説明ができてないんです。

隔離が患者の減少に貢献していなかったかどうか、これも検証するべきだと思います。例えばノルウェーは隔離をするんですが、日本的な隔離じゃない。病気が騒いでいるときだけ、一時的に家族から離す。こういう隔離をしたことによって、患者数は完全に減ってるんですね。ではノルウェーで減った時期はいつかということ、1800年後半から1900年の前半にかけて減って行くわけです。その時期は、薬はないんです。薬が発見されるのは、1943年ですから。それ以前に減ってしまっている。そうしますと特効薬の発見も、統計的には減少と関係ないんですね。そういう理由から、隔離はまず関係ないだろうと言われていました。

もう1つ私が注目しているのは韓国です。韓国も日本と同じように隔離をしました。日韓併合してしまいますから日本は韓国でも癩予防法を作って隔離をするわけです。ところが戦後、韓国は日本から独立をしますから予防法はなくなって、隔離ができなくなって行くわけです。日本は予防法が残りますから隔離を継続するわけです。韓国は隔離をやめてどう減ったか、日本は隔離をしてどうなったか。これを比べると、明らかに韓国でも患者は減っている。こういう事実から隔離は全く有効でなかっただろうと、私は思っています。

ありがとうございました。色々な課題を今日は積み残しまして、今日限りではなくまたこういう機会を事務局の方で設定していただきますよう、宜しくお願いします。それでは議事の方を終わらせていただきます。