HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	子宮頸がんワクチン事業を通してみる日本の「第二の近代」化 ： サブ政治と個人化の概念を軸に
Author(s)	市原, 攝子
Degree Grantor	北海道大学
Degree Name	博士(学術)
Dissertation Number	甲第13627号
Issue Date	2019-03-25
DOI	https://doi.org/10.14943/doctoral.k13627
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/74407
Type	doctoral thesis
File Information	Setsuko_Ichihara.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

平成 30 年度博士学位論文

子宮頸がんワクチン事業を通してみる日本の「第二の近代」化

－サブ政治と個人化の概念を軸に－

北海道大学大学院国際広報メディア・観光学院

国際広報メディア専攻

市原攝子

目　次

第１章　はじめに ……7
1.1　研究の背景 ……7
1.2　研究の目的 ……9
1.3　期待される成果 ……11
1.4　本論の構成 ……12

第２章　リスク社会論 ……14
2.1　リスクという概念の多様性 ……14
2.1.1　リスクの語源と起源 ……15
2.1.2　リスクの定義と不確実性 ……16
2.2　リスクをめぐる多様な見解と主張 ……18
2.2.1　「リスク」と「危険」の区別 ……18
(1) ベックにおける「リスク」と「危険」の揺れ ……21
(2) ギデンズにおける「リスク」と「危険」 ……23
2.2.2　近代についての認識 ……25
(1) ベックにおける「第二の近代」―「再帰的近代」 ……25
(2) ギデンズにおける「第二の近代」―「高度近代」 ……26
(3) 「第二の近代」化を媒介するもの－ベックとギデンズの相違 ……27
2.2.3　科学という知が生み出すリスク ……29
(1) ベックのリスク解釈―空間と時間を超えて共有される不可逆的な脅威 ……29
(2) ギデンズの２つのリスク－外的リスクと製造されたリスク ……30
2.2.4　科学という知とそれを分配される個人 ……33
(1) リスクと信頼 ……33
(2) 個人と科学知の間における信頼 ……36
(3) 無知と信頼 ……37
2.2.5　文化により異なるリスク認識 ……39
2.2.6　意思決定と責任の問題 ……41
(1) 決定の帰属の有無 ……41
(2) 「リスクと安全」と「リスクと危険」 ……42

2.2.7　本論が依拠するリスク概念 ……43
2.3　ベックのリスク社会論－サブ政治論と個人化論 ……45
2.3.1　サブ政治論 ……45
(1) 2 つのサブ政治―政治を超える新たな政治性と「下からの」社会形成 ……46
(2) 司法とメディアのサブ政治性 ……47
(3) 医学というサブ政治 ……48
(4) サブ政治論に関する先行研究 ……50
2.3.2　個人化論 ……52
(1) 個人化の変遷 ……52
(2) 個人化という概念と自己責任という規範 ……54
(3) 中間集団の役割変化 ……55
(4) 客観的個人化と主観的個人化 ……56
(5) 個人化論に関する先行研究 ……57

第 3 章　日本における予防接種制度の概要と子宮頸がんワクチン ……60
3.1　ワクチンと副反応 ……60
3.1.1　ワクチンのコンセプトと分類 ……60
3.1.2　ワクチンによる副反応 ……62
3.2　日本の予防接種制度 ……63
3.3　日本の予防接種行政の特徴－手塚洋輔の政治的分析 ……65
3.3.1　「社会環境リスク」と「制度組織リスク」－2 つのリスク・トレードオフ ……66
3.3.2　行政の責任の変化 ……67
(1) 1994 年の法改正における 2 つのリスクへの対応 ……68
(2) 接種義務の廃止に伴う 2 つの問題 ……69
3.3.3　自発的服従への誘導手段 ……70
3.4　子宮頸がんとワクチン ……71
3.4.1　子宮頸がんという疾病 ……71
3.4.2　子宮頸がんワクチン ……72
(1) ワクチンの概要と日本での実施経緯 ……72
(2) 欧米製ワクチンの日本での適用 ……74

3.4.3　重篤かつ多岐にわたる副反応 ……75
(1) 副反応被害の大きさ ……75
(2) 多岐にわたる重い副反応症状 ……76
(3) 副反応被害に対する救済システムと救済状況 ……78
(4) 訴訟提起の決断 ……79

第 4 章　子宮頸がんワクチンの接種対象者である女性―その近代化の歴史 ……81
4.1　女性と個人化 ……82
4.2　教育理念における女性性－「他者のために生きる」 ……83
4.2.1　教育おける女性の存在―ドイツ ……83
4.2.2　日本の女子教育－ドイツとの類似性 ……84
(1) 第二次世界大戦まで ……84
(2) 第二次世界大戦後－教育制度の改革 ……87
4.2.3　男性優位性からの「解放」と自己実現への土台形成 ……88
4.3　「他者のための存在」から職業による自立と社会参加へ ……89
4.3.1　労働におけるドイツ女性 ……90
(1) 主婦から労働者へ、労働者から主婦へ ……90
(2) 新しい働き方 ……91
(3) 権利と要求の拡大とその現実 ……92
4.3.2　労働における日本女性 ……94
(1) 時勢に翻弄される女性労働 ……94
(2) 特徴的な M 字形成 ……96
(3) 男性との格差 ……97
4.3.3　「男は仕事、女は家庭」からの解放と自己実現への障害 ……100
4.4　家族形成における男女の個人化 ……101
4.4.1　変わる男女の共生―ドイツ ……101
(1) より主観的な結びつきへ ……101
(2) 仕事の継続を支えるもの―家事の分担と国の政策 ……102
(3) 離婚と女性の自立 ……104
4.4.2　男女の共生関係における 2 つの近代の混在―日本 ……106

(1) ライフコースの変化と晩婚化、晩産化、少子化 ……107
(2) 夫の家庭への貢献の低さと現実に合わない制度 ……108
(3) 未婚、非婚、離婚という選択 ……110
4.4.3　男女の共生における女性の「解き放ち」と自己実現 ……113
4.5　日本とドイツにおける女性の個人化の現状 ……113

第 5 章　子宮頸がんワクチン事業における医学というサブ政治 ……116
5.1　サブ政治と政治 ……117
5.1.1　製薬というサブ政治 ……117
(1) 製薬という市場 ……117
(2) 新薬開発に費やされる時間と資金 ……118
(3) サブ政治としての製薬という領野 ……119
5.1.2　医薬品の提供における政治の役割 ……120
(1) 国内で製造される新薬の承認 ……121
(2) 海外において既に承認されている医薬品の承認 ……122
(3) 医学という政治に集められる専門性 ……123
5.2　追求されたベネフィットと分配されたリスク ……125
5.2.1　一致をみたベネフィット、認識されなかったリスク ……125
5.2.2　出現した危険により崩壊するベネフィット ……127
5.2.3　政治の選択……129
5.3　医学というサブ政治の帰結……132
5.3.1 医学というサブ政治のリスク ……132
5.3.2 子宮頸がんワクチン事業における医学というサブ政治……134

第 6 章　子宮頸がんワクチン事業における選択と責任……138
6.1　個人化という概念における選択の「自発的強要」とその責任 ……138
6.2　子宮頸がんワクチンをめぐる選択……140
6.2.1　副反応を発症した接種被害者における選択経緯 ……141
6.2.2　子宮頸がんワクチンをめぐる推奨活動 ……143
(1) テレビ CM「しきゅうのお知らせ」 ……143

(2) 新聞紙上の 2 つの全面広告 ……144
(3) 接種対象者を囲い込む Mirai Happy Project とリボンムーブメント ……145
(4) イギリスおよびスコットランドにおける推奨活動 ……146
6.2.3　被害者の訴えとその抵抗 ……148
6.2.4　努力義務接種における接種無償化という措置 ……149
(1) 努力義務である定期接種 ……149
(2) 無償化という措置の二面性 ……150
6.2.5　ワクチンの選択に影響を及ぼす中間集団 ……151
(1) 制度における中間集団 ……151
(2) 日常生活に関わる中間集団 ……152
6.2.6　子宮頸がんワクチンの選択をめぐる市場、制度、中間集団 ……153
(1) 医学というサブ政治が支配する市場 ……154
(2) 子宮頸がんワクチン事業の問題点 ……154
(3) 「非知」である中間集団からの情報伝達 ……157
6.3　子宮頸がんワクチンの選択に対する責任－客観的個人化と主観的個人化 ……158
6.3.1　客観的次元としての予防接種制度 ……158
(1) 国の責任縮小に伴う 2 つのリスクへの対応 ……159
(2) 国家と個人－責任の二重構造 ……160
6.3.2　主観的次元にある選択主体としての女性 ……162
(1) 「敢えてリスクを取る人」か「被影響者」か ……162
(2) 「非知」からの選択の妥当性 ……164
6.3.3　2 つの個人化の齟齬にみる近代化の差異 ……165
(1) ねじれを生じる客観的個人化 ……165
(2) 制度の個人化に遅れる主観的個人化 ……167
(3) 子宮頸がんワクチンの選択における現実の責任 ……169

第 7 章　おわりに ……171
7.1　サブ政治勢力に対する認識の欠如と「下からの」サブ政治形成 ……171
7.2　子宮頸がんワクチンの選択を通してみた個人化 ……172
7.3　日本の女性が置かれている社会的状況 ……175

7.4　日本の「第二の近代」化の様相 ……177

あとがき ……181
謝辞 ……182
付録 ……183
参考文献 ……185

第 1 章 はじめに

1.1 研究の背景

日本では、子宮頸がんワクチンのサーバリックスが 2009 年に、ガーダシルが 2011 年に厚生労働省により承認され、導入に至った（斎藤 2015:10）。これらのワクチンの接種対象者は、男性との性交渉が始まっていないと考えられる、中学 1 年から高校 3 年相当の若い女性である。当初、任意接種[1]であったこれらのワクチンの接種費用は個人負担であり、それが約 5 万円と高額であるため、公費助成が行われ、ほとんどの自治体で無料接種が可能となった（厚生労働省 2010b）。しかしながら、これらのワクチンの接種後に、その副反応と思われる症状が報告され始めた。その症状は、全身の痛み、意識喪失、記憶障害など多岐にわたっており[2]、通学はもとより、日常生活にも支障をきたすほどの重篤な症例が多数含まれていた。このような症状を抱えた若い女性達とその保護者は、その治療を求めて医師や病院を訪ねているが、ほとんどの場合、「ワクチンのせいではない」と拒絶され、中には詐病扱いを受けた家族もいたとされている（全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会他 2014）。

子宮頸がんワクチンと接種後の諸症状の因果関係について、厚生労働省と 2 つのワクチンを製造した製薬会社は、当初、積極的にそれを究明しようとする姿勢を示すことはなかった。しかし、このような状況は日本だけでなく世界にも共通するものであることが、インターネット上のニュースや SNS での情報交換を通じて、しだいに明らかとなる。同時に、これら 2 つのワクチンの効果についても、「新しいワクチンであるためその効果は保証されていない」（厚生労働省 2010a,2013c; 安田 2013:11; 黒川 2015:75,147-151[3]）という事実が周知されるようになり、マスメディアからの注目も高まった。2013 年 3 月には、「全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会[4]」が結成され、子宮頸がんワクチンの接種後に深刻な症状を発症した被害者とその保護者を取りまとめ、これらのワクチンの廃止を求める

---

[1] 任意接種ワクチンとは、基本的に健康保険の適用がなく、接種の選択は受ける側に任されるもので、水痘、おたふく風邪、A 型肝炎などが該当する（大谷・三瀬 2009:16-17）。

[2] その症状とは、注射針が注入された腕の部分の腫れや痛み、頭痛、嘔吐、倦怠感、不眠を始めとして、家族の顔が解らない、計算が出来なくなったなどの記憶障害から、身体が勝手に動く、突然意識を失う、全身が痛いなどの、一過性ではない、極めて重篤なものを含む（全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会他 2014）。

[3] 黒川（2015）内の隈本邦彦による「証言二」参照。

[4] 全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会 HP, http://hpvv-danger.jp/archives/date/2013/03, 2015 年 11 月閲覧。

一方で、救済の要請や有効な治療法の探索を行うなど、積極的な活動を展開している（黒川 2015:100−117[5]）。

日本では 2012 年末までに、約 340 万人の若い女性がこれら 2 つの子宮頸がんワクチンのいずれかを接種したが、2013 年 4 月の改正予防接種法の施行に伴い、子宮頸がんワクチンは、接種を行うよう努めなければならない努力義務を伴う、原則無料の定期接種となった。そのわずか 2 か月後、厚生労働省は、「子宮頸がんワクチン接種後に発症した諸症状とワクチンとの因果関係を否定できない」という理由から、これらのワクチンの接種を、希望者は接種可能だが、積極的に推奨はしないという決定を下した（厚生労働省 2013b）。続いて 2013 年 9 月、同省は、治療体制の整った病院を全国 11 ヶ所に指定し、子宮頸がんワクチン接種後の健康被害への対応に当たった。しかし、その一方で、2014 年 1 月、同省のワクチン合同会議は、子宮頸がんワクチン接種後の諸症状は、「心身の反応が慢性化したものである」という報告を行い、ワクチンと健康被害の因果関係を否定する姿勢を示した（黒川 2015:165-166[6]）。

2015 年 8 月、子宮頸がんワクチンを推奨する日本産婦人科学会は、「このまま子宮頸がんワクチンの接種率が低迷すれば、将来の日本での子宮頸がんによる死亡率は世界のどこの国よりも高いものとなり得る[7]」として、ワクチンの積極的推奨の再開を訴えた。対して、厚生労働省は、2015 年 9 月、子宮頸がんワクチンと接種後の健康被害の因果関係は「心身の反応」とする見解を維持しながらも、2 つのワクチンの積極的推奨の再開は行わないという方針を示した。

このような状況下、子宮頸がんワクチン接種後の副反応被害は、新聞、テレビなどのマスメディアでも報道されるようになり、関連する書物なども出版されるに連れて、社会的な関心も高まりを見せるようになった。これらのワクチンと諸症状の因果関係の解明が困難を極める中、ワクチンが実施されてから 6 年が経過した 2015 年 9 月、ようやく、国による救済の方針が固められ、子宮頸がんワクチンが定期接種になる以前に遡って、被害者を救済することが決定された[8]。しかし、その手続きは煩雑で時間と労力が求められるものとなっており、症状の治療は被害者それぞれが試行錯誤で行うものが多く、効果の高い治

---

[5] 黒川（2015）内の池田としえによる「証言一」参照。
[6] 黒川（2015）内の隈本邦彦による「証言二」参照。
[7] 日本産婦人科学会 HP, http://www.jsog.or.jp/statement/statement_150829.html, 2015 年 9 月閲覧。
[8] 毎日新聞 2015 年 9 月 4 日（東京朝刊 11 頁）、9 月 18 日（東京朝刊 30 頁）参照。

療法も見つかっていないのが現状である（黒川 2015）[9]。また、同年 11 月には、子宮頸がんワクチンに関する相談窓口が全国に設置され[10]、加えて、ワクチンを接種していない場合にも同様の症状が発生するかどうかの調査が開始されている[11]。

2016 年 7 月、子宮頸がんワクチン接種後に重篤な副反応に遭った 64 人の被害者は、国とワクチン製造元の GlaxoSmithKline 社（以下 GSK 社）と Merck Sharp and Dohme 社（以下 MSD 社）に対し、損害賠償を求める集団訴訟を起こすことを決定した[12]。それは、ワクチンを承認し、公費助成や定期接種化を行った国に対して、安全配慮義務違反を主張するもので、その責任を法的に問うことを意味する[13]。この提訴がどのように展開していくのかは、今のところ不明である。しかし、過去の薬害訴訟では、結審または和解までに 20 年以上の歳月がかかった例もあり（手塚 2010:246; 秋山他 2007）、訴えを起こした被害者自身はもとより、その家族にとっても法廷での長い闘いとなることは必至であり、その人生の大部分が、子宮頸がんワクチンによる副反応被害に対する責任追及に費やされることになる可能性は、非常に高いと考えられる。

1.2 研究の目的

日本では、1948 年の京都・島根ジフテリア予防接種禍事件（栗原 2007）[14]を始めとして、1993 年の 3 種混合（MMR）ワクチン[15]接種の中止および訴訟（秋山他 2007; MMR ワクチン薬害事件弁護団 2007）など、過去に多くのワクチン禍が経験されている。しかしながら、21 世紀において、再び、子宮頸がんワクチンによる深刻な副反応被害が拡大しており、その一方で、同ワクチンの男性への接種開始や、新たな子宮頸がんワクチンの承

---

[9] 子宮頸がんワクチンによる被害は、日本だけでなく、それらが実施された世界の国々で発生している。本論 2 章の注 22 および 3.4.3(4)を参照のこと。
[10] 朝日新聞 2015 年 11 月 3 日（東京朝刊 36 頁）参照。
[11] 毎日新聞 2015 年 11 月 28 日（東京夕刊 6 頁）参照。
[12] この提訴は当初、12 人で行われる予定であったが、全国に呼びかけたところ 64 人に増加したため、集団提訴としては戦後最大の規模となる。今後も追訴が予定されており、原告の人数はさらに増えると予想される。朝日新聞 2016 年 7 月 13 日朝刊 参照。
[13] 北海道新聞 2016 年 3 月 31 日朝刊 37 頁参照。
[14] 京都・島根ジフテリア予防接種禍事件とは、1948 年 11 月、京都市および島根県で実施されたジフテリア予防接種において、乳幼児 84 人の死亡を含め、1000 人規模の被害を生んだ、戦後初めての薬害事件である予防接種事故を指す（栗原 2007）。
[15] MMR ワクチンは、1989 年に開始された麻疹（measles）、流行性耳下腺炎（mumps）、風疹（rubella）の 3 つの感染症に効果があるとされた混合ワクチンである（永井 2013:206）。日本では実施から 4 年間で 1500 人以上に副反応被害が発生し、1993 年から訴訟に発展し、2006 年まで継続した（MMR ワクチン薬害事件弁護団 2007）。

認申請も行われている[16]。

本博士論文の目的は、ウルリヒ・ベックが構築した「リスク社会論」に基づき、産業社会である「第一の近代」の後に続くとされている、「リスク社会」としての「第二の近代」が、現代の日本ではどのような状態で進行しているのかを明らかにすることである。そのために、第二の近代に顕著に現れる特徴であるサブ政治および個人化という状況に注目し、これら 2 つの概念を分析の中核に据えて、子宮頸がんワクチン事業という事例に応用する。

具体的には、第一に、子宮頸がんワクチンという新しいワクチンが、国、国民および製薬という分野を含む医学という領野のそれぞれに分配した、ベネフィットとリスクを明らかにする。そこから、ウルリヒ・ベックのサブ政治論に基づき、日本の現行予防接種制度における医学というサブ政治の実像を導き、日本において子宮頸がんワクチンを選択した結果もたらされた副反応被害に対する責任は、誰に、どのように帰されたのかを検証する。

第二に、ベックの個人化論に基づき、子宮頸がんワクチンの推奨活動および予防接種制度における経済的措置等と中間集団の機能に注目し、子宮頸がんワクチンの選択の経緯についての分析を行う。さらに、ベックが提唱する、客観的レベルの個人化と主観的レベルの個人化という視点を用いて、前者に予防接種制度を、後者に子宮頸がんワクチンの選択主体を置き、2 つの個人化の進展状況を検討する。また、この子宮頸がんワクチンの選択主体が女性であることに注目し、日本の女性の近代化がどのような状況にあるのかについて、ジェンダー論の観点から、ドイツの女性との比較により把握することを試みる。

これら分析は、ウルリヒ・ベックおよびアンソニー・ギデンズのリスク社会論をその土台とするが、その充実を図るために、ニクラス・ルーマンおよびメアリー・ダグラス等のリスク概念とともに、手塚洋輔の予防接種行政に対する政治的分析を援用することとする。これらの分析結果および考察から、日本の子宮頸がんワクチン事業を通してみる、日本の女性の個人化はどのような状況にあるか、そして日本における「第二の近代」化は、ベックがその論議の対象とした西欧先進諸国に比べて、どのような特徴および径庭を有し、いかなる問題を包摂しているかを考察するという、本論の目的を達成したいと考える。

---

16 ガーダシルの製造元である MSD 社は、2015 年 7 月、新たに 9 価型ワクチンの日本での承認申請を行っている。ミクス Online, https://www.mixonline.jp/Article/tabid/55/artid/51896/Default.aspx, 2018 年 7 月閲覧。

1.3　期待される成果

1.2 で述べたように、本論の目的は、「リスク社会」としての第二の近代が、現代日本において、どのような状態で存在し進展しているのかについて、サブ政治と個人化という概念を、子宮頸がんワクチン事業という事例に用いることにより、明らかにすることである。そのために、サブ政治としての医学と政治がどのような構造を形成し、その構造において子宮頸がんワクチンが、国民すなわち個人に、いかなるリスクとベネフィットを分配したのかを示し、第二の近代に拡大するとされているサブ政治、政治、そして個人の関係を明らかにする。さらに、ワクチンの選択という行為を通じて、その選択主体である日本女性の個人化の状況を明らかにすることにより、現代日本の近代化がどのような位置にあるのかについて、時代診断的な知見を提供することが可能となると考える。

ある専門知がサブ政治権力を得て、市場および制度を大規模に、また強力に支配することは、社会の多くの領域で成立していることであり、エネルギー分野（糸川 2015）や国際基準（長島 2015b）などに関して、すでに研究対象とされている。専門知が日々進歩を遂げる現代社会において、我々諸個人は、その専門知が創り出した成果を選択することを常に迫られる状況にある。しかし、専門知識が凌ぎを削って創り出したものについて、それが真に有効なものなのか、いかなるメカニズムにより有効なのかを正確に理解し裁定することは、一般人である個人には大変難しいことである。

たとえば、医学が生み出す新しい医薬品が、どのようなメカニズムで人間の身体上の問題を解決するのか、それらの新薬はいかなるプロセスを経て個人に提供されるのか、それらを個人が選択することでどのような帰結がもたらされるのかについて、一般人である我々は、十分な理解を得る適切な機会が与えられているとは言い難い状況にある。このような環境において、ワクチンを接種せずに感染症に罹るか、またはワクチンを接種して副反応被害に遭うかという不確実性の高いリスクを選択することは、個人にとっては煩労を伴う意思決定であり、だからこそ、選択の問題が重要となると考える。

本論が対象とするのは、医学という広い領野の予防医学の分野における、数多くのワクチンの中の子宮頸がんワクチンという一例にすぎない。しかしながら、ワクチンは感染症を予防するというベネフィットの裏に、一定の割合で副反応を発生するというリスクを内包している。そして、それが医薬品であるがゆえに、感染症から自分を守り健康を維持することと、副反応という健康被害を受け、場合によってはそれまでの健康を失うかもしれないという、究極の選択になり得る可能性を備えている。ワクチンを提供する医学という

サブ政治および政治において提供される選択に実際に参加するということは、個人に選択の自由が与えられる個人化という現象が進む社会において、専門知識・技術が提供するモノやシステムを選択した結果分配されるリスクとベネフィットを見極めなければならないことを意味する。そのためには、自らが生きる社会が、近代という時代にどのように存在しているかを知ることが、重要かつ不可欠であると考える。

すなわち、子宮頸がんワクチンを例に、近代化が生み出す「進歩」が提供される環境を知見し、潜在的にリスクとベネフィットを兼ね備える対象を選択するという行為がいかなるものかについて示すことにより、我々の生きる社会が近代のどこに位置しているかを判断するという意味に於いて、本研究は十分な研究価値を持つと考えるものである。

1.4　本論の構成

本論文は、本章を含め、全 7 章で構成される。第 1 章では、研究の目的、研究の背景、期待される成果、本論文の構成について述べる。

第 2 章では、まず、リスクという概念がどのように成立し、発展してきたかについて述べることから始める。そして、ウルリヒ・ベックおよびアンソニー・ギデンズのリスク論を土台として、ニクラス・ルーマンの主張を参考にしながら、リスクの解釈をめぐる諸状況を解説する。そして、ベックとギデンズの近代の定義を確認し、本論が依拠するリスクについて定義する。さらに、本論が子宮頸がんワクチンを事例として日本の「第二の近代」化を分析する上で拠り所とする、ウルリヒ・ベックのリスク社会論における、「第一の近代」と「第二の近代」という時代区分、サブ政治論、そして個人化論についての確認を行う。

第 3 章では、ワクチンという医薬品と予防接種制度、そして、本論が事例として取り上げる子宮頸がんと、それを予防するとされているワクチンについて概観する。また、手塚洋輔（2010）の予防接種行政の分析から、本論が援用するリスク分類、予防接種制度における国の責任の変遷、ワクチン政策における行政措置について確認する。最後に、子宮頸がんという疾病と子宮頸がんワクチンについて解説し、その副反応被害の状況を被害者の発言からまとめを行う。

第 4 章では、第 6 章において個人化する社会における選択と責任の問題についての分析および考察を展開することに先立ち、子宮頸がんワクチンの選択主体が女性である事実に注目し、ジェンダー論の観点から、日本の女性とドイツの女性の比較を行い、日本女性の一般的な社会状況における近代化の様相について述べる。

第 5 章では、ベックのサブ政治論に基づき、また手塚洋輔の予防接種制度についての政治的分析を援用して、子宮頸がんワクチン事業において、サブ政治、政治、個人に分配されたベネフィットとリスクを明らかにすることにより、子宮頸がんワクチンを提供した医学というサブ政治の実像を示す。

第 6 章では、同じくベックの個人化論に基づき、子宮頸がんワクチンの推奨活動、接種の無料化という政治的措置、そして選択主体の周囲にあって決定に影響を与える中間集団に焦点を当て、個人が子宮頸がんワクチンを選択した経緯を分析する。加えて、予防接種制度における客観的個人化と主観的個人化の状況を把握し、ワクチンの選択主体である日本の女性の個人化の状況を判断することを試みる。

第 7 章では、これまでの分析および考察を基に、本論の事例である子宮頸がんワクチンの対象であり、選択主体である日本の女性の近代化の状況についてまとめを行い、そこから日本の「第二の近代」化の様相について、本論の結論を導くこととする。

第 2 章　リスク社会論

本博士論文の目的は、子宮頸がんワクチン事業を事例にリスク社会論の諸概念に基づいて、日本の「第二の近代」化の様相を探求することである。本第 2 章においては、本論が分析の礎石とするウルリヒ・ベック、アンソニー・ギデンズのリスク概念を中心に、ニクラス・ルーマンおよびメアリー・ダクラス等の見解も参考としながら、本論の分析に重要かつ不可欠とされるリスクに関する概念および見解について、確認および検討を行う。本章は以下のような構成で展開される。

本論の理論の要である、リスク社会論における主要概念を理解するためには、リスクという概念の解釈および定義を明確にすることが肝要であると考える。そこで、まず 2.1.において、リスクの起源と語源を簡略に示し、現代社会の広い範囲に浸透しているリスクの定義の多様性と、その根底にある不確実性という概念について検討する。

次に 2.2 においては、リスク社会論におけるリスクと危険についての見解を整理し、ベックとギデンズによる近代の定義を確認する。次に、リスク社会論の主要な概念および主張を、子宮頸がんワクチンを提供する医学の源泉としての科学知と、ワクチンの選択と責任の問題に関わる諸要素に関連付けて整理することを行う。これについては、科学という知におけるリスクの定義の問題、科学知とそれを分配される個人の関係の問題、個々人のリスク認識の相違の問題、そして、ベネフィットとリスクを併せ持つ科学知に対する意思決定の問題という、4 つの局面からの検討を行う。以上を踏まえた上で、本論が依拠するリスク概念を整理して示すこととする。

最後に、2.3 においては、本論の分析の主柱である、ウルリヒ・ベックのリスク社会論におけるサブ政治論と個人化論について、本論文の主張を構築するための詳しい解釈を展開し、それぞれについて先行研究を概観する。

2.1　リスクという概念の多様性

リスクという概念は、現在では実に 100 を超える専門領域に導入されており、それぞれにおいて、リスクとは何かを明確にしようとする努力が払われている（Cline2007:3)。リスクという語彙は、生命保険や自動車保険だけでなく、昨今では、食品宣伝のキャッチ・

フレーズにも使用されており[1]、日常生活において耳慣れたものとなってきているが、本節ではまず、リスクという言葉の語源および起源について簡潔に整理する。

2.1.1 リスクの語源と起源

日本語の「リスク」という言葉は、英語の Risk を音節文字のカタカナで表記したものであり、小学館発行の『大辞泉　第二版』によれば、その意味の 1 として、「危険、危険度、結果を予測できる度合い、予想通りにいかない可能性」とあり、2 としては、「保険で、損害を受ける可能性」とされている（松村 1995:3797）。その用法の「全身麻酔による手術は患者に一定のリスクがある」、「ベンチャービジネスに投資することは、高いリスクを取ることである」などの例に示されるように、リスクという言葉は「予想通りにいかない可能性」または「損害」というネガティブな意味において、日常的に使用され、耳にする言葉である。

英語の risk という言葉は、海洋貿易を中心とする商業における、「危険（hazard）」を意味するラテン語の resicum および risicum が、「損失の可能性および望まない結果」を意味するイタリア語の risco となり、それがフランスで「危険や不都合」とを現わす risque となった後、16 世紀にイギリスに到達したというのが、現在の一般的な理解とされている（長島 2015a:4-6）[2]。中継地のフランスにおいて、1611 年に出版された *A Dictionarie of the French and English tongue*[3]という辞書では、risque の意味として peril、jeopardie[4]、danger、hazard、chance、adventure が併記されているが、同じフランスの 1661 年の *The Glossographie*[5]という辞書においては、最後の adventure が欠落している（Cline2007:3）。これは、この時代に発達した保険、工学、医学などの分野において、「危

---

[1] 明治プロビオ LG21 というヨーグルトは、「リスクと闘う乳酸菌」というキャッチコピーを使用している。株式会社明治 HP, http://www.meiji.co.jp/, 2017 年 12 月閲覧。また、AIG 損保は、日常に潜む様々なリスクを把握して事前に備えることを促す「Active Care」を事業戦略コンセプトに採用しており、一般向けの保険商品のキャッチ・フレーズにリスクという言葉を使用した、「リスクを知れば、運命は変わる」を用いている。AIG 損保株式会社 HP, https://www.aig.co.jp/sonpo, 2018 年 2 月閲覧。

[2] ただし、長島（2015a）も述べているように、この説は、文献的に十分検証されたものではなく、推論も含まれている（長島 2015a:5）。

[3] *A Dictionarie of the French and English tongue* は、Randle Cotgrave が 1611 年に出版した仏英辞書である（Cline2007:3）。

[4] この jeopardie のスペルは引用文献（Cline2007）からそのまま掲載したものである。同文献において 1661 年に発行された辞書 *The Glossographie* では、現代英語と同じ綴りの jeopardy が記載された辞書の写しが掲載されている（Cline2007:3）。

[5] *The Glossographie* は、Thomas Blount が 1666 年に出版した英英辞書である（Cline2007:3）。

険を承知で敢えて行うこと」という意味の adventure が、risque の訳語としては不適格または不必要と判断されたことを示すものである。1884 年に *Oxford English Dictionary* が出版された際にも、この *The Glossographie* にあるリスクの定義が採用されたと考えられており、それ以来、リスクという言葉の経済学的な側面が、「損失の可能性」という意味に収束していったと考えられている（Cline2007: 3-4）。

現代社会において、リスクという言葉を聞く場合、この「損失の可能性」ばかりに注意が集中しがちであるが、人は通常、リスクを求めて物事を行うのではなく、自分の利得となるもののためにその行為を行う。たとえば、子どもが自転車に乗れるようになりたいと思えば、そのために練習をするが、そこには、転倒してけがをしたり、人にぶつかったりするリスクが存在する。この場合、自転車の乗り方を習得することはベネフィットであり、けがをするかもしれないというリスクの「報酬（rewards）」となる（Adams1995:14-22）。

つまり、物事には、ベネフィットとリスクがコインの裏表のように対になっており、人はベネフィットを求める時、その裏側にあるリスクを認識しなければならない。そのリスクを最小限に抑えて、いかにベネフィットを獲得するかについては、交通事故や旅行、疾病に対して保険をかけたりするだけでなく、病を得た場合にどのような治療をするか、また病気を未然に防ぐためにワクチンを接種するか否かなどの選択の問題として、現代社会に生きる上では、無視することのできない課題となっている。

次の 2.1.2 においては、リスクの学術的な定義と、その根底にある不確実性について検討する。

2.1.2　リスクの定義と不確実性

日本リスク研究学会は、リスクをその源泉によって、自然災害、都市災害、労働災害、食品添加物と医薬品、環境、バイオハザードや感染症、化学物質、放射線、廃棄物、高度技術、グローバル（化）、社会経済活動、投資と保険の 13 に分類している（日本リスク研究学会 2006:3）。この分類が示すリスクの源泉は、近代に生きる人間の生活に密接に関わるものばかりであるが、それぞれの源泉に対応するリスクの定義は、その学問分野あるいは研究者によって少しずつ異なっている（日本リスク研究学会 2006:13）。

最も古典的なリスクの定義は、「生命の安全、健康、資産および環境に、危険や傷害などの望ましくない事象を発生させる確率、ないしは損失の見込み（期待損失）」というものである。しかし、研究者によってはこれをリスクとは呼ばず、「不確実性」という概念を採用

し、リスクと明確に区別する場合もあり、生物や医学などを中心とする科学は、この定義に依拠することが多い。また、最も一般的な定義は、前述の望ましくない事象または損失を発生させる、「確率と発生した損失および傷害の大きさの積で表す」ものであり、環境科学や巨大技術などの複雑性の高いリスクを対象とする分野では、これが標準的な定義とされている。さらに、経済学の分野では、「望ましくない」という価値判断を排除して、事象の不確定な変化（たとえば株価や為替の変動等）を指してリスクと定義することもあり、この場合は、望ましい変化も含めてリスクとしている（日本リスク研究学会 2006:13）。

このように、リスクの定義には、いくつかの異なる解釈が成立しているが、その本質は、最も古典的なリスク定義で言及された不確実性にこそあると考えられている。その不確実性の元になっているのは、第一に、Giddens（1999=2001）が論じているように、リスクは未来の出来事であるがゆえに、その不確実性を完全に予想および回避することは不可能であり、従って、100%確実に起こると判明している危険性をリスクと呼ぶことはないとされている[6]（日本リスク研究学会 2006:13）。

第二に、前述のリスクの定義に含まれる「望ましくない」という表現に内包される、「何が望ましく、何は望ましくない」のかという問題は、Mary Douglas 等の研究が示すように、その人の価値観を反映するものであり、文化の差や個人差が大きく、すべての人間に共通ではないため、不確実性も高まることになる。災害などの大きさも、その範囲や程度に何をどこまで含めるかによって、つまり、それを決める個人や文化的価値観により異なるため、不確実なものである（日本リスク研究学会 2006:13, Arnoldi2009:38-40）。

本節 2.1 では、リスクという概念が、16 世紀にすでに近代という時代を投影しており、その源泉も社会の様々な分野に及んでおり、そのため、リスクの定義も、一般的な認識から学際的に多様な領野へ拡大するに従って、独自性を形成することを示した。そして、その根本には、リスクが未来の事柄であることに伴う、また、文化や個人の価値観により振れ幅が大きく異なるという、不確実性があることを確認した。

次の 2.2 では、リスクというものが、社会学という大枠においてどのように解釈されているかについて、基本的なリスクの概念の解釈を確認する。

---

[6] 例を挙げると、現在の日本の保険法では、死を目的として自らの命を絶つことは、その目的成立の確率が 100%に近いため、通常、自殺の場合には死亡保険金を支払う必要がないとされているが、保険金目当ての自殺でない場合、または正常な判断ができる精神状態でなかった場合については、保険金が支払われる場合もある。「いつでも保険相談ナビ」HP, http://www.hoken-buffet.jp/news/knowledge/suicide_death_insurance, 2017 年 9 月閲覧。

2.2　リスクをめぐる多様な見解と主張

本節では、本論の分析と考察に密接に関わる概念を提供する研究として、Ulrich Beck（1986＝1998）、Ulrich Beck and Elisabeth Beck- Gernsheim（2002）、Anthony Giddens（1990=1993）、Ulrich Beck, Anthony Giddens and Scott Lash（1994=1997）を中核に据え、Niklas Luhmann（1991=1993=2014,1988）、Mary Douglas（1982,1985）および Jacob Arnoldi（2009）の見解を参考としながら、リスクの解釈についての検討および考察を行う。

まず、リスクに関する基本的な理解を得ることが、本論にとって肝要であると考えるところから、2.2.1 では、ルーマンの見解を仲介として、ベックとギデンズのリスク研究におけるリスクと危険の区別について検討し、2.2.2 では両者の近代についての認識を確認する。続いて 2.2.3 から 2.2.6 では、リスク社会論における、主要なリスク概念およびリスクに関する主張を整理する。これについては、科学知が産出するリスクとはどのようなものか、科学知とそれを分配される個人はどのような関係にあるか、個人のリスクの認識がすべて同じではないという問題、そして、ベネフィットとリスクを内包する科学知を選択する際の意思決定の問題という、4 つの側面からのアプローチを展開する。最後に 2.2.7 において、本論が分析と考察に用いるリスク概念を整理して示すこととする。

2.2.1　「リスク」と「危険」の区別

「リスク（Risiko）」と「危険（Gefahr）」については、ニクラス・ルーマンが、『リスクの社会学』（1991=1993=2014）において明確な区別を提示している。それは、「場合によっては起こりうる損害が決定の帰結と見なされ、従って、決定に帰される場合にはそれをリスクとし、場合によってはあり得る損害が、外部からもたらされたと見なされる、つまり環境に帰属される場合は危険と呼ぼう」とするものであり、未来の損害に関する決定に当事者が関わったかどうかという決定の帰属が、リスクと危険を分けるとするものである（Luhmann 1991=1993:1-31 =2014:17-48）。

しかしながら、ルーマンによるこの主張に関しては、注意が必要である。それは、ルーマンにおけるリスク概念は、あくまでも社会におけるコミュニケーションという次元において議論されるべきであるという理解が存在するからである。確かに、ルーマンは、「厳密に社会学的アプローチとはつまり、リスク現象を、コミュニケーション―当然、個々人の下した決定についてのコミュニケーションも含めて―の意味のみを手がかりにして捉えよ

うとするアプローチである」（Luhmann 1991=1993:5=2014:21）と述べている。つまり、ルーマンが対象としているのは、原子力の脅威や大気汚染などの現実の被害ではなく、その対象が分配する損害が、社会において人々によりどう語られていくかということである。人がある対象から損害を被った場合に、それに関わる人々が、その損害に対して感じたことを言葉で表現する時に（それは、たいていの場合、損害に対する苦情や補償問題などであるが）、その損害は、自らの責任によるのか、または外的なものによるのかの言説が形成されていく。たとえば、当初は、災難としてしかたなく受け入れた「危険」が、それに関してのコミュニケーションが進むに連れて、その「危険」は、実は回避可能な「リスク」として考えられるようになり、リスクという概念が形成され得るというものである。

このような損害に対するコミュニケーションが成立して初めて、その損害を被った人々はその損害を招いた決定の責任の所在について考えることを行う。つまり、ありうべき損害が自分の決定に帰属できる（自己帰責）なら、それは「リスク」であり、他の要因に帰する（外部帰責）のであれば、未来における損害の可能性は「危険」であるというものである。この場合、将来起こるかもしれない損害の可能性を、あらかじめリスクとして描写することで、その損害の責任を決定者に帰属させることも可能となるのである（小松2003:32）。

本論は、ルーマンのリスク概念が、上述したように社会におけるコミュニケーションという次元におけるものであり、ベックおよびギデンズが、リスクか危険かを現実の現象や状況に即して論じている次元とは、それが異なるものであることを認識することに異議を唱えるものでは決してない。しかしながら、本論では、それぞれの概念の次元の違いを理解した上で、両者を敢えて分析に共存させることとする。

その根拠としては、第一に、以下に展開されるように、ベックおよびギデンズのリスクに対する議論は、ルーマンに対して、このような次元の相違を超えたところで、すでに展開されているという事実が存在することである。加えて、本項の(1)で展開する伊藤（2017）のベックにおける「リスク」と「危険」の揺れにおいても、ベックのリスク概念をルーマンと比較することが行われている。ルーマンと、ベックおよびギデンズのリスク概念を次元の違いを超えて比較する試みは、ベックおよびギデンズのリスク概念を明確にするために必要であり、なおかつ、これまでに多くの有意義な議論が形成されていると考えるからである。

第二に、これらの理論研究に加えて、本論がサブ政治研究の好例として挙げている小島

（2007）の研究も、現実に起こった事例を対象としながら、ルーマンの責任の帰属に関する概念と、ベックのサブ政治という概念を併用してその論を構成していることから、このように次元の異なる概念も、その用い方によっては、その対象とする事例をより明快に解読することが可能であると考えるからである。

本論は、子宮頸がんワクチンを事例に、このワクチンを接種して副反応被害に遭った若い女性とその保護者における選択と責任の問題を通して、日本の女性の、延いては日本の第二の近代化の様相を診断することを目的としている。ルーマンにおける、決定と責任の帰結に伴うリスクと危険の区別は、本論における子宮頸がんワクチンの選択の問題、つまり、子宮頸がんワクチンの選択主体のリスクに対する認識を明らかにし、また、この選択主体がその選択の責任に関してどのような存在であったかを解明する上で、大変有効な手段となると考える。従って、本論の場合も、ベックおよびギデンズのリスク概念と、ルーマンが用いているリスク概念を、敢えて、併せ用いることとした。この責任の帰属と「リスク」と「危険」の区別については、6.3.2(1)において子宮頸がんワクチンの選択の問題に応用する。

一方で、本論が分析の理論的な拠り所とするウルリヒ・ベックは、リスクの概念を用いて近代を「第一の近代」と「第二の近代」に分けている。それは、科学技術の進歩により、生産の増大を目標とした産業社会を「第一の近代」とするもので、そこでは貧困の解決を目的として、「富」の分配が優先された。しかし、この富の追求に産業社会の発展の基となった科学技術が創りだした「リスク」の分配が加わる「第二の近代」は、「リスク社会」として認識されるものとなる（Beck 1986＝1998:23）。

しかしながら、ベックの研究においては、必ずしもリスクという言葉の定義が確立されていないという批判が存在する（伊藤 2017:56）。また、ベックにおける「リスク」と「危険」という 2 つの言葉の使用の曖昧さについては、早くから議論が展開されている。たとえば、東廉は『危険社会』（Beck 1986＝1998）の「訳者あとがき」において、また、三上剛史は『社会の思考』（2010:44）において、ベックはリスクと危険を積極的に区別する意志を見せていないと主張している。しかし、Arnoldi（2009:47）のように、ベックは『危険社会』の英語版[7]において、危険は自然を原因とするものであり、リスクは人が創った、あるいは組み立てた不確実性であるとして、その区別を行っているという主張も存在する。

[7] *Risk Society－Towards a New Modernity*, London, Sage（1992）を指す。

(1) ベックにおける「リスク」と「危険」の揺れ

上述したような見解の相違に対して、伊藤美登里は、『ウルリヒ・ベックの社会理論』の「ベックにおける「リスク」および「危険」の語の用法について」（伊藤 2017:41-62）において、ベックによるリスクと危険という語の用い方の揺れについて議論を展開している。本項では、伊藤の議論を基に、ベックのリスクと危険の区別をめぐる議論を整理することにより、本論の理論的中核を成すベックのリスク定義を理解するとともに、本論におけるリスクの定義をより明確なものにしたいと考える。

ベックは、1988 年に出版した『解毒剤』[8]において、伝統社会における危険と産業社会におけるリスクについては、社会科学において国際的に合意している用語法に従っているとしながら、それらを「人が決定や計算をすることができ、産業的近代自体が副次的帰結の形で作り出した不確実性として定義する」としている。伊藤は、この定義は国際的に社会科学で合意されている理解と原則的に類似するものであると判断している。伊藤は、さらに、国際的に社会科学で形成されている合意に沿って、伝統社会における自然災害やペストなどの疫病は危険であり、それらは技術的または経済的な決定によるものではなく、神や自然が起こした運命として甘受されるが、産業社会で起こる仕事中のけがや交通事故などは、社会的な決定の産物としてのリスクであり、リスク計算が可能なものであるという理解を、同著作においてベックが示したことを挙げている（伊藤 2017:42）。

ベックの「リスク（Risiko）」と「危険（Gefahr）」の区別の曖昧さは、伝統社会、産業社会（第一の近代）の後に出現する、リスク社会（第二の近代）について論ずる時に顕著になるとしながら、伊藤はその混在の状況を追っている。

伊藤は、『危険社会』（1986=1998）では、全体を通して「リスク」と「危険」が共存していることを踏まえた上で、ベックは、リスク社会における「文明化リスク（Zivilisationsrisiken）[9]は、通常、知覚できるものではない」（Beck 1986:28=1998:27）」として、「リスク」という表現を用いているが、その 2 年後の著作『解毒剤』では同様の内容を「大いなる危険（Großgefahren）」と表現し、「危険」を用いているとしている（伊藤 2017:44）。しかし、1997 年の「世界リスク社会、世界公共性、グローバルなサブ政治」

---

[8] この文献は、1988 年に出版された *Gegengifte. Die organisierte Unverantworlichkeit* を指している（伊藤 2017:文献一覧 *v*）。

[9] 但し、この「文明化リスク」という表現は、は東廉・伊藤美登里訳の『リスク社会』の日本語版では、「文明生活の危険」という表現になっている（Beck1986=1998:27）。

[10]では、この「文明化リスク」は「危険というものは、わたしたちの意識とは独立して『それ自体』として存在するようなものではない。危険というものは、（中略）戦略的に規定されたり、隠されたり、演出されたりする社会的な構築物である（Beck 1997:18=2010:79）」として、「危険」に変わっている（伊藤 2017:45）。

さらに 1999 年の『世界リスク社会』の「グローバルな危険がグローバルな相互関係をつくりあげる（Beck 1999:20=2014:32）」では、「グローバルな」という形容詞により限定された「危険」と表現されている（伊藤 2017:43-45）。また、2007 年に出版されたドイツ語版『世界リスク社会』のリスクについての記述では、「リスクの意味論は、現代においてテーマ化された未来の危険に関係しており、この危険はしばしば文明の成功にその原因を持つ。（中略）リスクの持つ 2 つの顔―チャンスと危険―は、産業化が行われている間に（中略）テーマ化される」として、「未来の危険」およびチャンスと組み合わせて「危険」を用いているが、ここでのリスクと危険は、ルーマンのようにはっきり区別される概念として用いられてはいないと伊藤は主張している（伊藤 2017:51）。

このように、ベックにおいては、1988 年に成されたリスクと危険の定義が継続しているわけではなく、用語の混乱が続いていることを確認した上で、伊藤は、なぜこのような事態が起きたのかについて、リスクや危険の上にくる「危ないもの」という上位概念を設定し、その理由を解明しようと試みている（伊藤 2017:48）。この上位概念を用いることにより、伊藤は、ベックにおいては、産業社会における「危ないもの」に対しては、職業上のリスク、交通事故のリスクなどの従来の社会科学の用法に従った定義が用いられているが、産業社会より後の時代について論じる際には、用語の統一が崩れていることを指摘している。つまり、個人化にかかわるリスク、リスクの緩衝材としての機能を持つ家族や職業集団などの中間集団が弱体化し、リスクが個人に及ぶという文脈においては、「危険」ではなく「リスク」の語が使用されているが、同じリスク社会においてでも、科学や技術とその応用によって生み出された「危ないもの」について論じる時には、「リスク」と「危険」の使用の混乱が見られるということである（伊藤 2017:49）。その結果、その時々の著作において、リスク社会のどのような「危ないもの」に言及するかにより、「リスク」、「文明化リ

[10] この 1997 年のベックの文献は、島村賢一訳の『世界リスク社会論』（2010）の中の 67-146 頁に相当する、「世界リスク社会，世界公共性，グローバルなサブ政治」のドイツ語文献である、*Weltrisikogesellschaft, Weltöffentlichkeit und globale Subpolitik* を指している。伊藤（2017）の文献一覧 *vii* 頁参照のこと。本論の参考文献では Beck,Ulrich, 2002, *Das Schweigen der Wörter*, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.（＝2010，島村賢一訳『世界リスク社会論』筑摩書房．）に含まれる。

スク」、「グローバルな危険」、「危険」、「大いなる危険」などの混在が起こったと、伊藤は結論づけている（伊藤 2017:50）。

ベックが、このような「リスク」と「危険」の用法の問題を積極的に解決することなく、両者の混在を自ら容認した理由を、伊藤は 2 つ挙げている。その 1 つ目は、ベックは、従来の社会科学では扱うことが不可能であり、かつ産業社会のリスクとは異なる帰結をもたらす、リスク社会における新しい「危ないもの」を表現するために、それまでにはなかった言葉を探索する過程にあったということである。2 つ目は、「ベックは、リスク概念を曖昧にしておくことでその自由度を確保した」という Mythen（2004:14-15）の推論を引きながら、ベックにとって重要であったのは、リスクとは何かを定義することよりも、産業社会とはその構成の目盛や原理が異なる新しい社会、「リスク社会」の概念の構築であったとするものである（伊藤 2017:57-58）。

伊藤によるベックの「リスク」と「危険」の区別に関する議論は、「ルーマンのいう確率計算、つまり決定権者（リスク）と、その影響を受けて、より大きな社会グループを包摂しようとする党派（危険）との社会的差異が、大惨事に対処していく場合にどのような意味を持つというのか。そのような場合に、だれが決定をおこなう正当な権利をもつというのか（Beck 1999:137=2014:238）」という、ベック自身の言葉によるルーマンへの批判で締め括られている（伊藤 2017:60）。この言葉からも理解されるように、ベックにとって重要なことは、「リスク」と「危険」に明確な区別を与えることではなく、計算も補償も不可能である、新しい「危ないもの」が出現するリスク社会という近代の姿を描くことであり、それが「リスク」であっても「危険」であっても、そこで生み出される「危ないもの」に対して、我々が常に向き合わねばならないという現実を示すことであったと考えられる。

(2) ギデンズにおける「リスク」と「危険」

ベックがリスク社会という概念を描き出すことに集中し、また、リスクと危険を区別する概念を模索しながらも、積極的にはそれらを区別してこなかったことに対して、ギデンズは、ルーマンがリスクと危険を区別していることに異議を唱える形で、持論を展開している。

ギデンズは、リスク（risk）という概念は近代になって生まれたものであるが、それは近代以前の社会の人々がリスクと危険（danger）を区別できなかったからではないとしている。ギデンズによれば、前近代の人々がその身に起こる幸運や降りかかる災難について、

運命や神に託していた状態から人間の認識が大きく変化し、リスクと同時に、神や運命に代わる近代的な意味での偶然の好機という概念も生まれたとされている。（Giddens1990:34=1993:51）。それは、近代という時代における人間が人間同志の災難を避けるために、法や道徳的規範を整えて災害を回避したり、その被害をなるべく小さくしたりするために、自然への理解を深め、そして危険を冒すことで「偶然の好機（chance）」に恵まれることがあることを、経験を通して理解するようになったことを指している。つまり、第一の近代の人々は、自分達が下す決定と起こり得る偶然の結果の関係を認識するようになり、近代以前では運命として諦めていた危険を、経験だけではなく計算することにより、回避または縮小できる可能性を持つリスクというものに置き替えたと解釈することができる。

さらに、ギデンズは、リスクと危険は同じものではないが、また互いに引き離すことのできない密接な関係にあり、リスクと危険は、ルーマンが考えたように決定の帰属により区別できるものではないとしている。危険は、リスクということを想定する状況において生じるものであるのに対し（Giddens1990:32=1993:49）、リスクは、未来における可能性との関係において積極的に査定された上で、敢えて冒す危険を意味しており、それは克服可能な領域であるとしている（Giddens1999:22=2001:52）。そして、未来の行動における危険を認識する人は「予測されたリスク」を認識する人として、「敢えて」リスクを冒すことになり、結果として危険が起こった場合には、それは望んだ結果に対する脅威として受け止められるのである。（Giddens1990:34-35=1993:51）。

ギデンズの危険とリスクについての見解は、危険はリスクという枠の中に内包されている、当事者が望んだ結果に対する脅威であり、危険に対応する概念は、ギデンズ自身が対比させているように「安心」であり（Giddens1990:7-10=1993:19-23）、それは一連の危険（danger）が減少または最少とされている状態を指す（Giddens 1990:35-36=1993:52）。つまり、人が未来において行動を計画する時、そこには危険と安心が併存しており、その全体がリスクを構成する。一般的にリスクを予測するという時、そこには起こるかもしれない危険が懸念されるが、同時に危険が起こらないという意味での安心も含まれている。決定の結果として常に危険が起こるわけではなく、危険が出現せずに安心することもあるわけであり、予期しないチャンスに遭遇することもある。つまり、ギデンズは、リスクは危険と安心、時には偶然の好機を内包しているものと考えており、この意味においてギデンズは、ルーマンが主張する危険とリスクを決定の帰属により区分することに同意してい

ないと考えられる。

加えて、ギデンズは、ルーマンのリスクと危険の分別に寄与する決定の帰属について、「行為を差し控えれば、リスクをおかすことはない」（Luhmann1988:100）という主張に対しても反論している。それは、何もしないこと、つまり決定に関わらなくてもリスクに満ちている場合も現実には多々あり、また、生態系の崩壊や核戦争などの個人が望まなくても対峙しなければならない「リスクをともなう環境」が存在しているとしているという主張である（Giddens 1990:32,35 =1993: 48,52）[11]。

このような決定に関わらない状況、その時間や空間に居合わせない状態におけるリスクに対して、ギデンズは「信頼」という概念を提出しているが、それについては 2.2.4 において詳しく論ずる。

本項 2.2.1 では、ルーマンのリスクと危険の区別を媒介に、ベックとギデンズにおけるリスクと危険の分別に対する見解を検討した。ベックにおける「リスク」と「危険」はその用法に揺れがあり、第一の近代における対象には「リスク」を用いているが、第二の近代における対象に対しては 2 つの言葉の用法が揺らいでいる。その理由は、ベックの興味の対象が用語統一よりも、リスク社会とはどういうものであるかという概念構築にあったのではないかというものであった。一方、ギデンズは、危険はリスクに内包されるものであり、「危険」に対するものは「安心」であり、時にチャンスをもたらすものであるとしていることを確認した。

続いて以下の 2.2.2 においては、ベックとギデンズが、近代をどのようなものとして捉えているのかについて見分する。

2.2.2　近代についての認識

(1) ベックにおける「第二の近代」―再帰的近代

2.2.1 でも述べたように、ベックは、リスクの概念を用いて近代を「第一の近代」と「第二の近代」に分けている。第一の近代は、科学技術の進歩により生産の増大を目標とした産業社会を指し、そこでは貧困という問題の解決を目的として「富」の分配が優先された。

---

[11] ルーマンは、「行為を差し控えれば、リスクをおかすことはない」（Luhmann1988:100）という主張を、後に「近代世界においては、決定しないこともまた 1 つの決定である」（Luhmann1991=1993:28=2014:44）、また「リスクの形式が告げているのは、こうした静観もまた 1 つのリスキーな決定になるということである」（Luhmann1991=1993:72 =2014：90）として、ギデンズに同意している。

しかし、第二の近代では、この富の追求に産業社会の発展の原動力となった科学技術が創りだしたリスクの分配が加わり、それは「リスク社会」として認識されるものとなる（Beck 1986＝1998:23）。第一の近代である産業社会では、発展する技術力や経済力により、自然を支配し開発することに主眼が置かれた。人々は伝統的な慣習から解放されるようになり、移動や仕事、結婚や生活様式の自由を手に入れるようになった。この第一の近代においては、科学や技術の発展による生産の増大がもたらす、物質的な豊かさを分配することが最重要事とされた。そして、産業社会における発展が継続し、科学技術や経済がいっそう進歩することにより、また、さらに発展させようとする課程において、進歩を続ける技術が危険を生み出し、そのような危険に対してどのように対応するかという問題が出現する（Beck 1986＝1998:24-25）。

ベックは、このように定義した近代を「リスク社会」と呼ぶとともに、さらに「再帰的近代」という概念をそれに与えている。第一の近代である産業社会の止むことのない変化および発展は、その裏側で、それ自体では解決できないような危険を副産物として生み出していくようになる。しかし、第二の近代である再帰的近代において生産される危険は、第一の近代のそれとは異なり、社会や環境への影響の度合いも大きく、それまでの対策は役に立たなくなるため、その危険の回避や対処の方法を新たに見つけ出さなければならない状況となる（Beck et al.1994=1997:17）。すなわち、再帰的近代とは、近代化が進むに連れて、行為主体が自らの社会的状況を省みてそれを変えて行くという省察という知識や意識を媒介せずに、産業社会の基盤が解体され、変化し、危機にさらされるという「自己の解体」を意味しているのである（Beck et al.1994=1997:322）。

この再帰的近代化において生み出された危険や悪影響は、人々が知らない内に増大して深刻化していき、最終的には、第一の近代である産業社会が築いてきた労働や雇用、家庭の在り方や、何を安全とみなすかという社会通念、危機に対する防御壁としての階級や共同体などを縮小させ、変化させ、最後には破壊してしまうような脅威を生み出すものである。

(2) ギデンズにおける「第二の近代」―高度近代

一方で、ギデンズもまた、ベックと同様に、我々は認識論や個人、倫理が終焉した時代にいるのではなく、これまでの近代の継続がもたらした帰結がこれまで以上に徹底化し、普遍化していく時代に移行しようとしていると考えている。ギデンズは、第二の近代に相

当する近代を「近代が徹底化される時代」（Giddens 1990:149-150=1993:185-187）として、ベックが分類した時代区分の第二の近代（＝リスク社会および再帰的近代）を「高度近代」(high modernity) と名付けている (Giddens 1990:150,163,176= 1993:187,202,218)。近代という時代は、ある領域においてリスクを削減してきたが、この高度近代は、これまで見たことのない深刻な結果をもたらすリスク、すなわち「製造された不確実性」を生み出し、それは自然環境の破壊だけでなく福祉、経済および財政システムの崩壊や全体主義の台頭へ繋がると、ギデンズは述べている（Giddens 1991:4=2005:5)。その源泉や影響範囲が後期近代以前とは全く異なる、「製造された不確実性」を解明するために、ギデンズは、高度近代におけるリスクを「外的リスク」と「製造されたリスク」の 2 つに分類してその違いを説明しているが（Giddens 1999:26=2001:58)、これらのリスクについては、2.2.3 の(2)において検討する。

(3) 「第二の近代」化を媒介するものーベックとギデンズの相違

本項の(1)で論じたように、ベックは再帰性という概念を、近代社会またはその成員が自分の行動に対して反省的であるという意味とは区別して、社会が意図せずに自ら招いた諸問題と対決することと捉えている。ベックは、再帰的近代化を媒介する、すなわち、その作用を誘導し促進するのは、一般的に認識されているところの科学的知、専門的知、日常的知のような「知」ではなく、それと対極にある、見えないもの、意思によらないものであるとしており、後で言及するギデンズの考えとは異なる主張を行っている（Beck et al.1994=1997:319)。つまり、ベックは、再帰的近代においては、リスクに曝されているか否か、そして、その程度や現れ方について、人々は原則として他者の知識に依存しており、知るという権利の重要な部分を失っている「非知」の状態にあると主張する（Beck 1986=1998:81-82)。この非知の状態とは、社会の近代化に伴って副作用として生み出される意図せざる結果が増えていくに連れて、誰が、どのような根拠に基づいて、その意図せざる結果について知り得るのかという問題を指している。そして、これに対して様々な立場からの解釈が示され、それぞれが持論を合理的なものとして主張することで、対立（コンフリクト）の状況が生まれる。この対立とは、意図しない結果に対する多様な理解や解釈の乱立の状態であるが、そこから、この意図しない結果について非知の状態にある人々や集団、制度などを擁護し、それを克服するべく制度的な専門家の擁立が必要となると、ベックは主張している。(Beck 1999=2014:207-209)。

このようなベックの見解に対して、ギデンズは、近代における「時間と空間の分離」を1 つの特徴として挙げることで議論を展開する。機械時計が発明される近代以前においては、時間はその人がいる場所と結びつけられており、また自然界の周期により特定されるもので、その測定は不正確で不安定なものであった。しかし、時計が発明され、世界地図や交通網の時刻表が整備されると、自分の存在しない時間や空間に対しての認識が形成され、それらは標準化されていく。人々の社会の活動は、ローカルなものや目の前のものから解き放たれ、時間と空間を超えた調整に依存するようになる（Giddens 1990:17-20=1993:31-34)。ギデンズは、このような変化が起こるためには、様々な体系化された「知」が必要となるとしている（Giddens 1990:27-29=1993:42-44)。ギデンズは、個人の存在する世界が､自分自身が存在する場としてのローカルというコンテクストから、それに限定されない時間と空間にまで拡大されることを「脱埋め込み」という概念で説明しており、この「脱埋め込み」が成立するための条件として､「象徴的通標」の創造と「専門家システム」の確立を挙げている。象徴的通標とは､「貨幣」を代表とする、個人や集団の特性に関わらず流通させることができるものであり、専門家システムとは、我々が今日生きている物質的および社会的環境における「知」を体系化する、科学技術の成果や専門家知識を指す（Giddens 1990: 21,29 =1993:35,44)。

ベックとギデンズ両者の考えを比較すると、ベックにおいては、再帰的近代化を媒介するものは「非知」、つまり、知らないことであり、意識できないことであったが、ギデンズが高度近代化を媒介すると考えるものは「知」、すなわち、科学的知、専門的知、日常的知ということになる。ベックにおける再帰的近代は、人々が文明の意図しない結果について知らない、気づかないという「非知」が出発点となり、そこから、それを知覚し、認識し、意図しない結果に対抗するための有益な「知」を得ようとする状態を意味している。しかし、ギデンズの高度近代では、人々は、自分が存在するローカルという枠から解放され標準化されていくため、その共有を支えるためには、物質的および社会的環境をまとめて体系化する科学技術や専門家知識が重要視されている。この専門家知識はそれを消費する個人へと分配されるものであるが、ギデンズはその関係を、専門知が意図しない結果として生み出すリスクと、専門知への信頼という視点から説明を行っている。これについては2.2.4 において解釈するが、それに先立ち、次の 2.2.3 では、ベックおよびギデンズが主張する、第二の近代または高度近代におけるリスクの特徴を整理しておくこととする。

2.2.3　科学という知が生み出すリスク

(1) ベックのリスク解釈―空間と時間を超えて共有される不可逆的な脅威

ベックによれば、近代以前の伝統社会においては、地域間の争いや領土間の戦争、洪水や干ばつ、嵐などの自然災害、家族員の死などは、神や自然のなせる業であり、人間の力ではどうすることもできない運命として受け取られ、個々人が責任を問われるようなものではなかった（Beck1986＝1998:268)。産業社会が成立して、列車や飛行機の事故、増え続ける自動車や工場からの排ガスによる水または空気の汚染が発生するが、これらはいずれも特定の場所に一定の時間継続するもので、いわば限定的で局所的な脅威であり（Beck　1999=2014:2,56; 長島 2014:38[12])、人間の視覚、臭覚、感覚に訴える知覚可能なものであった（Beck 1986＝1998::27)。

しかし、ベックが第二の近代になって加わるとするリスクは、生産力の発達の最先端で生じ、人間が直接的に知覚することが不可能なものであるため(Beck 1986＝1998:28-29)、科学的な知覚器官として機能する科学の知を必要とする（Beck 1986＝1998:35-36)。この科学という知が生み出したリスクを、科学という知をもってしか知覚できないということが、ベックのリスク社会、すなわち再帰的近代の特質であり、科学が社会全体に対して大きな権限を持つようになる状態を、ベックは「サブ政治」という概念により説明している。さらに、第二の近代におけるリスクは、時間がたてば消滅するものでも、ある一定の地域だけに限られるものでもなく、人間、動物、植物に対して、短期的にも長期的にも影響を及ぼし、多くの場合、一度被害を受けると元へ戻すことが不可能な、不可逆的な被害をもたらす。(Beck 1986＝1998:28-29)。

つまり、第二の近代のリスクは、社会や国家という枠組みや地理的な境界に捕らわれることなく拡大し、森林の枯渇や動植物の絶滅、土地の砂漠化などの自然破壊、放射能や有毒物質による汚染は、国境だけでなく、人種や人の地位の上下、先進国であるか発展途上国であるかに関係なく、そこにいる人間を脅威にさらすことになる。そして、このような危険状態に対しては、国境や人類における様々な差異を超えた、世界社会としての対処が必要とされるのである（Beck 1986＝1998:69-72)。このような事象が起こり得る状況においては、それまで産業社会で構築されてきたリスクの予測や保険の原則、事故の概念、災

[12] Beck（1999=2014）は、リスクだけでなく、第一の近代における社会関係、ネットワーク、コミュニケーションも、基本的に領土内において行われるとしている。また、長島（2014）は、四日市喘息や水俣病などの公害病の名前が地域と連関している例を挙げ、第一の近代のリスクの局所性を指摘している。

害対策や予防的措置などの制度や規範が機能不全となる。つまり、産業社会で培われてきた、1 つの国民国家または地域内において、保険により補償するというリスクへの対処法は、成立不可能となるのである（Beck 1986＝1998:51-58）。

ベックが考える第二の近代のリスクとは、産業社会の発展に伴って発達した近代科学の技術が生み出したもので、それを理解し、それに対応するためには、科学の知に依存しなければならないという再帰的な特徴を備えている。あるリスクに対処しようとして、新しい科学知または科学技術を開発すれば、それは最初のリスクへの対応策になり得るが、それが新しい知であるがゆえに、また新たなリスクを生み出すことを避けられないという、果てしない循環に陥ることになる。三上（2010:46）が指摘するように、それは、最終的に科学によって、予測し解決することが不可能なものとなる。

(2) ギデンズの 2 つのリスク－外的リスクと製造されたリスク

一方、ギデンズは、近代化が徹底される高度近代（high modernity）においては、これまで見たことのない重大な帰結をもたらすリスク、「製造された不確実性（manufactured uncertainty）」が生み出されるとしている（Giddens 1994:4=2002:14）。この不確実性には、自然環境のリスクに加えて、福祉、全体主義的立場の台頭や経済および財政の崩壊への危惧も含まれている（Giddens 1991:4=2005:4-5）。そして、これらの重大な帰結を持つリスクがグローバルな性質をもつという点において、ギデンズはベックと認識を共有している（Arnoldi 2009:62）。

古代ローマや伝統的な中国社会を含む近代以前のすべての文化は、主として過去という概念により存続しており、人生で遭遇する様々な成功や不幸は、運命、幸運、神の意志などにより定められ、受け入れざるを得ないものであったため、伝統的文化はリスクという概念を必要としなかったとギデンズは述べている[13]。近代資本主義が発展する過程において、天候による作物被害や病気など、人にとって可視的な範囲で起こる不幸や災難は、金融における相場の変動や投資の結果を確立的に計算することを通じて、未来という時間の中で思考されるリスクという概念を生み出すようになる。つまり、リスクは空間に密着した志向性から、次第に、時間という流動性において成立する概念となったのである

[13] このような神や魔法や運命という考え方や占星術に頼ることは、近代でも完全に消滅したわけではなく、現代人の中に未だ影響力を持っており、自分が直面する不確実性を心理的に軽減するために、現代でもこのような儀式に頼っている人々は多くいると、ギデンズは指摘している（Giddens 1999:23=2001:53）。

（Giddens1999:21-22=2001:50-52）。

近代的資本主義は、未来の利益と損失を、そして、それゆえ成立するリスクを継続するプロセスとして計算することにより、未来という土壌に成立するものとなる。このような過程において、人々は、健康に影響を与えるようなものを含めた多くのリスクをできるだけ減らしたいと考え、そこから、リスクの概念は、悪いことが起こるかもしれないが敢えて行う行為に対して準備をするという意味で、保険と歩みをともにするようになる[14]（Giddens 1999:24=2001:55）。

保険は、人々が未来と積極的な関与を持とうとする場において、神や運命の代わりに安全の基盤として機能するものであり、それが私的な保険であろうと、福祉システムであろうと、本質的にはリスクを再配分するものである。それは、実際の損害よりもずっと少ない保険料を同じリスクを共有する複数の人間から集めることにより、誰かが損害を受けた場合、集めた保険料をその損害の補償に充当し、自分は損害を受けなくても保険料を払い続けることで、他の人のリスクを共有することを意味する。つまり、保険料の支払いを行うことを通じて、保険会社にリスクを引き受けてもらうという交換（trade off）を行っているのであり、この交換という行為を通じてリスクという重荷を下ろすことなしには、資本主義は上手く機能しないものとなる（Giddens 1999:24-25=2001:55-56）。

このように、第一の近代である産業社会においては、資本主義の発展とともにリスクが認識され、保険という対応策が発達してきたが、ギデンズは、高度近代においてリスクとして認識されるものは保険で対応することが不可能であるような、新しい、また特異な重要性があると主張している。（Giddens 1999:24-25 =2001:57）。第一の近代におけるリスクは、人間が統計を取り、計算して保険をかけることで制御可能であり、また、人間が、統一的に支配することができるものと考えられていた。しかし、高度近代においては、人為的に製造された不確実性の出現および増大により、以前の予想をはるかに裏切るような結果がもたらされるようになり、それに対して何か別の取り組み方を探さなければならなくなったのである。

ここにおいて、何が起こっているかを理解し、説明する最良の方法として、ギデンズはリスクを 2 つのタイプに分別することを提案している（Giddens 1999:25-26=2001:57-58）。

---

[14] ギデンズによれば、近代的な保険の形式が整うのは海洋貿易が盛んとなる 16 世紀であるが、イギリスのエリザベス朝時代にも、病気、損害、失業や老いなど、かつては神の領分であった危険（hazard）から人々を守るための、保険的な意味の福祉政策が存在していたことが指摘されている（Giddens 1999:24-25=2001:55-56）。

その１つは、伝統や自然など、かつて不動とされたものから発生する「外的リスク」であり、もう１つは、世界で生み出される知識の、まさにその成果により「製造されたリスク」であり、後者は、我々が歴史的に直面した経験をほとんど持たない「重大な帰結（high consequence ）」をもたらすものである（Giddens 1999:26=2001:58; Giddens1990:131-134=1993:163-167）。

伝統的文化および産業社会においては、人類は、自分達の外にある自然からもたらされる作物の不作や洪水、ペストの流行や飢饉などのリスクを恐れ、それに翻弄されてきた。しかしながら、ある時点、歴史的にはごく最近において、我々はこのような自然が我々に何をするかという「外的リスク」への関心を失い、我々が自然に何をしたかという「製造されたリスク」により関心を寄せるようになった[15]（Giddens 1999:26=2001=59）。製造されたリスクは、新しい脅威を持って拡大しており、それは、交通事故に遭う可能性と結び合わされた保険によって保険料と交換するようなものではなく、それがどんなレベルのリスクであるかについて、多くの場合、それが手遅れになるまで知ることができないものであると、ギデンズは主張している（Giddens 1999:28=2001:63）。そして、地球温暖化という例から理解できるように、製造されたリスクは、誰か特定の人間にその責任を追及できるものではないという点において、また、第一の近代で培われたリスクの対応策が第二の近代では役に立たないものとなるという点において、ギデンズはベックの主張と共通の視点を持つと考えられる（Giddens1990:131= Giddens1993:163）。

さらに、ギデンズは、社会と自然に対する人為的介入により生産される製造されたリスクは、それまでにないような脅威をもたらす一方で、それは常に革新と結びついて偶然の好機をもたらすこともあり、近代経済においては富を生産するエネルギーの源泉であると、リスクを肯定的に捉える面も示している。この点は、ベックが、2007 年の著作において「リスクはチャンスと危険の二面性を持つ」[16]としている点と、ギデンズは視点を共有していると考えられる。（Giddens1999:3,22=2001:6,52）。

ギデンズは、第二の近代におけるリスクというものが、人間が作り出した科学や技術か

---

15 このように書くと、近代においては「外的リスク」への関心が低下するほど、その源泉となる問題が解決されてしまったように聞こえるが、経済的に貧しい国では、未だに、多くの伝統的リスク、つまり「外的リスク」が存在しており、そこに新しいリスク、すなわち製造されたリスクが重なる状況となっている（Giddens 1999:27=2001:59-60）。

16 本論の 2.2.1(1)において言及した、ベックの 2007 年出版のドイツ語版『世界リスク社会』からの引用（伊藤 2017:51）を参照のこと。

ら生まれる脅威であり、これまでにない深刻な結果として出現するという点において、また、そのような事態が起こった場合、誰かに責任を問うことが不可能であるという点については、ベックと同様の見解を示している。しかし、ギデンズは、このようなリスクを、未来に起こり得る脅威ではあるが、基本的には努力により統制可能なものとして、リスクの肯定的な側面も主張しており、また、リスクと積極的に向き合うことが、近代経済において富を生産するエネルギーの源泉となるとしている。リスクの解決が新しいリスクを生み、取り返しのつかない結果となるというベックの論調と比べると、ギデンズはあくまでも、リスクにポジティブに向きあうことを示唆している。その違いは、ベックが、第二の近代を媒介するものとして「非知」を挙げ、その非知の状態にある人々を救済するシステムが必要であると述べていることに対し、ギデンズは、第二の近代を媒介するものとして「知」に言及しており、基本的に科学的知、専門的知というものを尊重している態度の違いではないかと考えられる。

このような両者のリスクに対する見解の相違は、本論において、医学という科学が提供する知識により生産されたワクチンと、その副反応の問題を考える上で、何を信頼してその科学知を選択するのか、また選択の結果、危険を受けとってしまった場合の責任の問題に深く関わっており、6.2.6 と 6.3.3(3)において分析と考察を行う。その前に、以下 2.2.4 においては、ギデンズが主張する「知」への信頼について検討を展開する。

2.2.4　科学という知とそれを分配される個人

2.2.2 の(3)で論じたように、ギデンズにより近代が徹底される時代とされ、高度近代と呼ばれる「第二の近代」化を媒介するものは、ベックの非知という概念とは対極を成す、科学的知、専門的知、日常的知というものであった。さらにギデンズは、近代の特徴としての「脱埋め込み」が起こるためには、貨幣のような「象徴的通標」の創造に加えて、「専門家システム」が確立されることが必要だとしている。この専門家システムとは、我々が生きている物質的および社会環境において共有される、統一的な科学技術がもたらす成果や、専門家知識そのものを指している（Giddens1990:21-29=1993:35-44）。このような「専門家システム」とその知を分配され消費する個人との関係について、ギデンズは、「信頼」という概念を設定して議論を進めている。

(1) リスクと信頼

ギデンズは、危険とはリスクに内包される概念であり、望んだ結果に対する脅威として現れるもので、「安心（security）」という概念との対比を構成すると論じた（2.2.1(2)参照）。この安心というものについて、ギデンズは、一連の危険（danger）が減少または最少にとどめられている状態であり、対象とするものへの信頼と受け入れ可能なリスクのバランスが取られている時に実現するものであるとしている（Giddens 1990:35-36=1993:52）。そして、この「安心」を説明するために、ギデンズは、我々は家の中の階段が原理的には倒壊することがあることを承知しながら、家の設計者や建築業者が用いる専門家知識を信頼しているので、普段は心配することなく階段を上り下りしているという例を挙げている（Giddens 1990:27=1993:43）。この例は、日常の生活において、我々が専門家の知識や技術に一定の信頼をおいて生きていることを意味している。我々は、日常に様々な潜在的な危険があることを知っているが、たとえば車を運転する場合でも、車が壊れないということを信頼しており、道路においても道が陥没していたりすることがなく、通行人も他の自動車も交通規則を守っていることを、信頼している。つまり、我々は車や交通システムを設計し製造した専門家知識を信頼しているので、車を運転することで事故を起こすという危険な行為を受け入れ可能なリスクに変換して、安心を享受していることになる（Giddens 1990:27-29=1993:42-44）。

この「信頼（trust）」という概念について、ギデンズは、まず「人や物や何らかの特質や属性を、あるいは述べられたことがらの真実性を確信したり、それらに依存すること」という辞書の定義を挙げ、ここで言及されている確信（confidence）や依存（reliance）をゲオルグ・ジンメルの主張と関連付けている。ジンメルは「信頼は、われわれが誰かを何かの原理を「信じる」場合に生じる」として、「あるモノにたいしてわれわれがいだく観念とそのモノ自体との間には一定の結びつきや一体性があるという感情や、そのモノに対するわれわれの概念形成が首尾一貫していること、そうした概念形成にわれわれは安心して抵抗なく自我を委ねていること、を示している」[17]と説明している。ここから、ギデンズは、信頼とは信仰（faith）の一形態であり、生じる結果に対して人々が寄せる信頼は、単なる認知的理解ではなく、何かあるものに対する傾倒（commitment）を表すものであるという主張を導き出している（Giddens1990:27-30=1993:42-46）。

続いて、ギデンズはルーマンの見解について言及している。ルーマンは、確信と信頼が

[17] Simmel, G（1978）,*The Philosophy of Money* の 179 頁（＝元浜清海他訳,1981,『貨幣の哲学』:242 頁）からのギデンズによる引用（Giddens 1990：182 = 1993:223, 注 24）。

類縁関係であると認めながら、危険とリスクを責任の帰属の有無によって区別したように、ここでも、確信と信頼に区別を与えている[18]。ギデンズによれば、ルーマンは、信頼は、近代になって登場したリスクという概念と特に関連付けて理解する必要があり、我々自身の意思決定の帰結が、かつて運命として受け取られたことから、リスクにとして認識されるようになったことと同様に、信頼はリスクを伴うことを認識しているものであるが、確信はリスクの認識を前提としていない、としている（Giddens1990:30=1993:46）。ルーマンはここにおいても、「起こりうる損害が決定の帰結と見なされ、従って、決定に帰される場合にはそれをリスクとし、あり得る損害が、外部からもたらされたと見なされる、つまり環境に帰属される場合は危険と呼ぶ」（Luhmann 1991=1993:21-22 =2014:38）という、危険とリスクを区別した際の決定の帰属の有無を連関させている。それは、損害が決定の帰結と見なされるリスクを前提とする信頼は、それが裏切られた場合には、リスクと同様に自らがその責任の一端を負わなければならないが、確信の場合は、結果が期待外れに終わったことについて誰かにその責任を負わせることで対処できるというものである（Giddens 1990:30-31=1993:46-47）。

ギデンズはさらに、意思決定をする際に他に選択肢があることを認めて、リスクを敢えて取る人は相手を信頼しようとするが、他の選択肢が考慮にない人は確信の状態にあるというルーマンの主張を、次のような例で説明している。それは、予算がなくて中古車しか買えない人は、他に選択肢を考慮できない状況にあることで確信の状態にあり、買った中古車に欠陥があった場合、その人は中古車を販売した相手にその責任を追及する。しかし、予算に余裕があり、新車でも中古車でもどちらでも買えたのに、敢えて中古車を買う場合、その人は、中古車を売る人や会社の評判に対して信頼を置くことで購入を決定する。この場合、買った車が欠陥車だった時には、新車を購入する経済的余裕があったにも関わらず、敢えて中古車を買った自分にも責任の一端があり、また、車を売った会社や相手を信頼してしまったことを後悔するかもしれないとしている（Giddens 1990:31=1993:47-48）。

しかしながら、ギデンズは、危険とリスクを区別したように、信頼と確信を区別するために行われた概念化についてはルーマンの見解を評価しながらも、信頼は確信と異なるものではなく、ルーマンが示すように、選択肢がある場合とかない場合というような特定の

---

[18] Niklas Luhmann, *Trust and Power*（1979）（＝大庭健・正村俊之訳,1990,『信頼』）における“Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives,”を指す（Giddens 1990 =1993：224,注 27 参照）。

状況と結びつけて捉えるべきものではないとしている。ギデンズは、信頼は、より継続的な状況で成立する確信の特殊なタイプであり、それは時間的にも空間的にも自分がそこにいないこと、つまり対象に対する情報が欠如していることが成立の条件であり、相手または対象物に大きな権限を与え得る白紙委任状のような、絶対的な信任であると結論している（Giddens 1990:32,33 =1993:48,50）。

本項では、リスクと信頼、そして信頼と確信について、ルーマンとギデンズの見解を対比することで検討を行った。ギデンズのリスクと信頼の関係は、我々は潜在的なリスクを知りながらも専門家知識を信頼することでリスクを最小化し、一応の安心を日々享受しており、信頼とは「信仰（faith）」の一形態であり、単なる認識や理解ではなく、「何かあるものに対する傾倒（commitment）」、すなわち、対象を知らないからこそ成立する、強い信任であるというものであった。対して、ルーマンは、危険とリスクの区別をしたように、決定の帰属という概念を媒介に信頼と確信を区別している。この信頼と確信の問題は、本論が事例とするワクチンの提供と選択の問題にとって重要な要素であり、6.2.6 において分析に応用する。次項では、科学知とそれを消費する個人の間にどのような信頼の関係が構築されているかについて、ギデンズの主張を続けて知見する。

(2) 個人と科学知の間における信頼

前述したように、ギデンズは、信頼（trust）が成立する条件としては、目の前にいる人やあるシステムが何をしているかという情報が「ないこと」であるとしており（Giddens 1990:33=1993:49）、また、近代という時代における信頼は、近代の社会制度とともに、人間の行為の変容可能性が甚だしく拡大するという状況で、成立するものであるとしている。そして、このような近代的な制度の本質は、2.2.2 の(3)で示された象徴的通標と専門家システムをひとまとめにした「抽象的システム」（Giddens 1990:80=1993:102）に対する信頼、とりわけ専門家システムに対する信頼と密接に関係する（Giddens 1990:34=1993:50-51）。

近代社会において非専門家である一般人すなわち個人は、専門家の知識に頼らずに生きて行くことは不可能であるが、専門家の知識は、専門家である人により現されるため、非専門家である個人は、その知識そのものではなく、その知識を代弁する人を信用しがちである。この知識を語る人が「顔の見える」知識の代理人であり、個人は抽象的システムに存在する知識そのものを理解することができないので、そのアクセス・ポイントで出会う

専門家や代理人および代行者の影響を大きく受けることになる（Giddens1990:83-85=1993:107-108）。アクセス・ポイントとは、上述した抽象的システムにおいて責任を持つ専門知の代理人と、一般の人々や集団との出会いの場としての接合点であり、ギデンズは、このアクセス・ポイントは抽象的システムにとって攻撃を受けやすい地点であると同時に、信頼を確立し維持していくことが可能な場所であるとしている（Giddens 1990:83,88=1993:106-107,112）。

ゆえに、意思決定を行う場合は、これらの代理人が生身の人間であり、誤りを犯す可能性があることを､頭に置いておかなければならない（Giddens 1990:83-85=1993:107-108）。つまり、個人と特定の抽象的システムとの関係が信頼なのか信頼の欠如なのかは、情報源を通じて専門家および一般人に供給される最新の知識に加えて、アクセス・ポイントでの経験によって左右される（Giddens 1990:90-91=1993:115）。従って、人間に対する信頼が相手の「顔の見える」関わり合い（commitment）を必要とし、人は相手の誠実さの表れとなるものを、その行為において求めるのに対し、抽象的システムに対する個人の信頼は相手の「顔の見えない」関わり合いであり、一般の人々にとってほとんど未知である知識が実用的に機能することにおいて支えられている「信仰」であると、ギデンズは主張する（Giddens 1990:88=1993:111-112）。

(3) 無知と信頼

さらに、ギデンズは、自分の専門的知識や技術が貧弱または皆無である場合の、社会の営みやメカニズムに対して、人はなぜ信頼を抱くことができるのかという問いに対して、多様な解答が可能であるとしながら、専門技術的知識に対する信頼にとっては､「社会化」が重要であると主張している（Giddens 1990:88-89=1993:113）。

近代の教育システムにおける理科教育は、ほぼ疑う余地がないと見なされている知識としての「第一原理」から出発しており、科学における知においても、絶対的に確信できない可能性や異なる意見があることは、科学をずっと勉強し続けなければ認識することはできない。それは、誰にでも可能なことではなく、科学教育を継続して受けた場合にのみ可能なことである。対して、基本的な理科教育しか受けていない人間は、ほぼ疑う余地のない科学的原理は理解するが、それ以上のことは知らないので、科学を信頼することが可能となるのである。

なぜなら、信頼は、無知（ignorance）である場合にのみ、必要とされるものであるか

らである。科学は、このように専門家の努力により、専門家に比べて知識が少ない個人からの信頼に足るというイメージを、長い間維持してきた。しかし、同時に、一般の人々は、科学および科学技術的知識に対して相反する態度、科学に対する抵抗も示してきた。それは、抽象的システムに対する信頼であれ、個人に対する信頼であれ、あらゆる信頼関係の奥底にある、相反する（ambivalent）感情である。 なぜなら、その対象を知らないということは、常に懐疑的な態度や警戒心の原因ともなるからである。ギデンズが重要であるとする、専門技術的知識が信頼を得るための「社会化」とは、教育が単に科学技術的な知見を与えるだけでなく､それらに対する敬意を育むような状況を指している｡だからこそ、大半の人々は、科学を知らないということにより専門家に信頼を寄せ、一方では、科学や科学技術的な知識に対して、懐疑的になり警戒する傾向を持つのである（Giddens 1990: 89-90=1993:113-114）。

このように、専門技術知識に対する敬意は、抽象的システムに対する懐疑心やそれに対して距離を置く姿勢と共存しており、多くの人は、抽象的システムに信頼を託すことで、敬意と懐疑心、安楽さと懸念が入り混じった感情に支配されながら、日々、近代の諸制度の中で折り合いをつけて暮らしているのである。このような状況において、個人が、抽象的システムにおける専門家の知識を無視して生きることは不可能である。ギデンズは、信頼とは、他の選択肢が大部分排除されてしまっている状況を、暗黙の内に受け入れることであるとしているが、そのような状況を受け入れる場合にも、アクセス・ポイントでの経験により、それが信頼となるか、信頼の欠如となるかが左右されると結論している（Giddens 1990:90-91=1993:113-116）。

本論では、子宮頸がんワクチンを接種して副反応被害に遭った若い女性とその保護者達は、その選択において、何を信頼あるいは確信したのかという問いに答える必要がある。つまり、科学知により製造されたワクチンと、専門的科学知の外に存在する接種対象者のアクセス・ポイントおける接触がどのようなものであったかを明らかにすることで、科学知を提供され消費する個人が、第二の近代におけるリスクにどう対応しているかを理解したいと考える。この問題については 6.2.2 および 6.2.5 において、詳しい分析を行う。

これまで論じてきたように、ギデンズは、リスクは危険と安心から成り立っており、信頼は、人間の活動が直面しやすい危険（dangers）を、緩和あるいは最小化するのに役立つものであるとしている。専門知に対する信頼が成立している時、リスクが内包する危険は最小限に抑制されている状態であるが、信頼と許容可能なリスクの見積もりは、実際に

は常にバランスを保っており、何を許容可能なリスクとみなすか、つまり危険（danger）の許容範囲が大きくなり過ぎると、信頼は成立しないことになる（Giddens 1990:35=1993:51-52）。この科学知との信頼を維持するために重要となる、何を許容可能なリスクとするかという問題は、2.1.2 で言及したように、その個人が帰属する文化の差、あるいは個人的な価値観により大きく左右されるものであるが、次の 2.2.5 においては、文化とリスク認識の関係についての見解を見分する。

2.2.5　文化により異なるリスク認識

2.1.2 および前項(3)において言及したように、何を許容可能なリスクとするかは、性別や、生まれ育った国の歴史、文化、宗教や政治体制に加えて、その家族・家庭および共同体内の道徳観念や気風、さらに、教育程度や経済状況などにより形成される個人的な価値観により、異なる見解が存在すると考えられる。本項では、人類学研究から発展したリスクに関する文化理論から、リスクと文化の関係について基本的な概念の理解に努める。

メアリー・ダグラスを代表とする人類学的研究は、すべての時代におけるすべての文化が、多様なリスク概念とリスクを管理し共有するために、それぞれ異なる方法を持っていたことを示している（Arnoldi 2009:23[19]）。ダグラスは、人に認識されるものは何でも、その認識による制御を通過するものであり、ある事象を認識可能なものにしようとする時、あるものは認められ、あるものは拒絶されたり、補足されたりするが、このプロセスは主に「文化」的なものに依拠していると主張している（Douglas1982:1）。

ダグラスは、人間の行為やその人が従う原理や価値は、公の制度と結びついており、制度に沿った生き方を支えるものであるとして、文化とは、その行動を正当化することができる原理や価値を、自分の社会における公のものとして共有することであるとしている（Douglas1985:67）。すなわち、文化とは、自分がある事柄について、それが世界の根本であると信じることや、ある物事に対して価値があると感じることが、他者とも共有されていることで成立するものということになる。従って、その信じることや感じるものが、他の人と全く異なるものであれば、その人は同じ文化を共有してはいないことになる。

たとえば、アフリカのヒマ族は、もし部族の誰かが、牛乳を飲んだ後 12 時間以内に農産物を食べると、彼らの主要な食糧源である牛が死ぬと信じている。畜産をその生業とす

---

[19] Bollig, M, 2006, *Risk Management in a Hazardous Environment: A Comparative Study of Two Pastoral Society* からの Arnoldi による引用。

るヒマ族は、農耕を行う他の部族との接触を禁忌としている（Douglas and Wildavsky1983:41-43）。共同体において禁忌を犯すことは、その文化を共有する輪が切れることであり、共同体が崩壊するリスクとなり得る。つまり、何を自分達にとっての禁忌とするかは、その共同体の歴史や信仰に基づく文化に根差して決められることであり、禁忌自体は実際に危険であることも、そうでないこともあるが、その禁忌を犯すことは、その共同体の存続にとってリスクとなると考えられているのである。

一方で、アーノルディによれば、文化とは、人類がどのように世界を理解し描写するかに影響を及ぼす、一種の解釈上の「フィルター（ろ過装置)」として働くものであるとされる。その「フィルター」は、固定されたものではなく、言説や相互作用、政治的および法的手続き、芸術的表現、研究などを通じて、絶えず交渉されるものであり、また、経済的、技術的そして政治的な発展により影響を受けるものでもある（Arnoldi 2009:105)。つまり、文化は、それが形成される場所により異なり、たとえ同じ場所においても社会状況に応じて変化するものであり、それを通して得る物事の認識、すなわちリスクの解釈もまた、場所と時間により異なったものとなるのである。加えて、人々は必ずしも同じ文化の「フィルター」を共有する必要はなく、それゆえ、不調和が起こる。また、人は唯 1 つの「フィルター」を持っているわけではなく、価値や思考は 1 つの集団の中で、また組織や社会において共有されるものである。このため、リスクをどのように扱うかについては、国が違えば異なりを見せ、同時にその国独特の文化的差異が存在するのである。同様に、どんな文化も時を経て変化するものであり、結果として、それはリスク解釈の変化としても現れる（Arnoldi 2009:106)。

たとえば、伝統的な社会において、そして極めて近年まで、西欧においても、日本においても､女性が法的に結婚する前に妊娠することは､社会的規範から逸脱することとして、道徳的に歓迎されなかった。日本を例に取ると、このようなケースは、1980 年には約 11%であったのが、2004 年には約 27%まで増加しており[20]、それまで禁忌として社会的リスクであったことが、次第に許容されるようになってきたと考えられる。これは、同じ文化圏においても、時とともに、その価値や規範が変化することを示している。

[20] 1980 年のデータは厚生労働省,2001,「出生に関する統計」の概況　人口動態統計特殊報告, http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyu/syussyo-4/syussyo3-2.html から、2004 年のデータは厚生労働省,2005,「出生に関する統計」の概況 人口動態統計特殊報告, http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyu/syussyo05/syussyo4.html#4-2 からのものである。2018 年 2 月閲覧。

何がその個人にとってリスクであるのかというリスク認知が、その個人が所属する文化や規範に結びついているというこれらの主張は、本論が事例とする子宮頸がんワクチンの問題において、西欧で開発されたワクチンが、異なる文化圏において使用されることと、切り離せない問題である。つまり、性的活動の開始がその文化により異なり、グローバルなレベルで同一ではないこと、子宮頸がんは、性交渉により男性が持つウイルスに感染することで発病するガンであるにも関わらず、まず女性がワクチンの接種対象とされたことと関連付けて考えることが可能であり、この点については、3.4.2 においてより詳しく解説を行う。

2.2.6　意思決定と責任の問題

ここまで、リスクをめぐる多様な見解および主張について、科学という知におけるリスクの定義の問題、科学知とそれを分配される個人の関係の問題、リスク認知と文化との関連性について検討してきたが、最後に、生産される科学知の分配、それを選択する際の決定の問題から見た帰責の問題を、ルーマンの見解を通して検討する。

(1) 決定の帰属の有無

2.2.1 で言及したように、ルーマンは、決定と責任の関係に注目し、リスクと危険の区別を主張している。それは、未来において起こるだろう損害（hazard）が、その影響を受ける者の決定の結果であれば、それはリスクであり、その影響を受ける者がその決定に関与していない場合、つまり損害がその個人の外部である環境からもたらされる場合は、それは危険と認識するとするものである（Luhmann 1991=1993:21-22=2014:38）。

これを説明するための身近な例では、喫煙と受動喫煙の問題がある。現代では喫煙者のほとんどが、その行為による将来の健康被害を認識した上で、喫煙を決定しているので、彼らにとっての未来の健康被害はリスクである。しかし、喫煙者の吐き出す副流煙により、非喫煙者が健康被害を受ける場合には、誰かの煙草の煙を吸い込んでしまう当事者の決定がそこに存在しないため、それは非喫煙者の外部環境からもたらされた損害となり、危険ということになる。この事例において健康被害が発生した場合、喫煙者は自らの喫煙行為に対する決定者であり、その被害者であり、責任者であるが、非喫煙者が受動的に健康被害を生じた場合は、彼らは被害者ではあるが、決定者でも責任者でもない。言い換えれば、前者は「敢えてリスクを取る人（risk taker）」であり、後者は単に「被影響者」であり、

一般的認識では被害者（victim）となる。このような構図は、危険ドラッグなどの薬物を吸引して車を運転し、それを使用していない人に対して交通事故を起こす、または、錯乱して人に危害を加えて死傷させるという例にも当てはまる。

この敢えてリスクを取る人であるか、被影響者（＝被害者）であるかについての考察は、本論が事例とする子宮頸がんワクチンが製造され、日本で認可された過程において、誰が決定者であり責任者であるかという責任の構造の問題と深く関わっており、この問題の考察を深めるためには、ルーマンの「観察」の概念について検討する必要があると考える。

(2) 「リスクと安全」と「リスクと危険」

前述したリスクと危険の区別は、ルーマンによる「観察」という概念に基づいたものであり、それは、「一次観察（observation of first order）」と「二次観察（observation of second order）」という 2 つの観察の次元から成り立っている（Luhmann 1991=1993;14-15=2014：30-31）[21]。

一次観察の段階においては、その観察対象に対して、それがリスクを有するのか、すなわちリスキーなものであるか、または安全なものであるかが判断基準となり、観察の対象物はその判断により区別され、指示される。リスキーであるか、安全であるかという考え方は、人間が古くから培ってきたものであるが、この場合の安全には、いかなる損害も起こらないという意味と、リスクを取ることによって得られたはずのチャンスを失うという 2 つの意味があり、このような選択は、一般的に人を惑わせるものである。それゆえ、この一次観察においては、同じ事実についての多数の意見や解釈が発生し、人はより良い情報をより多く求めようとするため、情報が不十分であることを実感することになる。ルーマンは、この状態を「所有したり、所有しなかったりできる[情報]が存在するかのようである」と述べている（Luhmann 1991=1993: 19-23 =2014:35-38）。言い換えれば、一次観察における観察は、それが自分にとって損害を及ぼすか否かを判断の基準として、周囲からの情報を求めながら、個人がその対象に対峙し主体的な決定を試みる次元ということができる。

対して、二次観察においては、一次観察の段階で様々な観察者により同じだと見なされ

[21] 2.2.1 の冒頭において、すでにことわり置いたように、ルーマンのリスク概念は、あくまでも社会におけるコミュニケーションという次元におけるものであることを踏まえた上で、この 2 つの観察次元を用いることとする。

ていた事項が、この次元では全く別の情報を生み出すことになる。それは、二次観察においては、対象に対峙する観察者が、対象のどの側面を見ているのかが明らかになり、従って、その観察者の誰がどこに、どんな集団に帰属しているかという情報が得られることになる（Luhmann 1991=1993:21,24 =2014:38,40）。それはあたかも、舞台上で繰り広げられる一次観察というパフォーマンスを客席から見ることに似ており、一次観察の時には得られない、観察者の情報や、対象との関係性の理解が可能となる。

そして、どの次元で対象を観察しているかという問題は、ワクチンにより分配されるベネフィットとリスクの対象が誰であるのか、つまり、国のワクチン行政が誰のためのものであるのかという問題と関わっており、第 5 章の 5.2.2 において考察する。また、本項(1)で述べたように、選択者が「敢えてリスクを取る人」であるのか、「被影響者（＝被害者）」であるのかという問題は、子宮頸がんワクチンの選択主体における、選択という行為に対する認識を推察する上で重要な視点であり、6.3.2(1)において論じる。加えて、子宮頸がんワクチンが製造され、日本で認可され実施された課程において、誰が決定者であり、責任者であるのかという責任の構造の問題も考える必要があり、この問題については 6.3.1 において検討することとする。

2.2.7　本論が依拠するリスク概念

以上においては、ベックおよびギデンズを主軸とし、ルーマンの見解を援用しながら、ダクラスおよびアーノルディの見解も参考することにより、リスク社会論におけるリスク概念およびリスクをめぐる主張について確認することを行った。ここでは、2.2 節の締め括りとして、本論がその分析に適用する、リスク概念およびリスクに対する解釈を整理することとする。

ベックが、第二の近代になって加わるとするリスクは、生産力の発達の最先端で生じるため、科学的な知覚器官として機能する科学知を必要とするものである。また、それは時間がたてば消滅するものでも、ある一定の地域だけに限られるものでもなく、人間、動物、植物に短期的にも長期的にも影響を及ぼし、多くの場合、一度被害を受けると元に戻すことが不可能な、不可逆的な被害をもたらすものである。（Beck1986=1998:28-29,35-36）。この特性は、ワクチンという、必ず副反応が伴う医薬品を人体に取り入れるという問題に、まさしく該当する概念である。どんなワクチンにおいても、その副反応に遭うか遭わないか、また、それがどの程度のものになるかについては、予測が不可能である。加えて、子

宮頸がんワクチンは生物由来の新しいワクチンであり、その副反応症状については情報が不足しており、現在のところ、効果的な治療法も見つかっていない。このような事実は、まさに科学の最先端で生まれた知識が危険をもたらした際に、その対処を科学知自身に頼らねばならないということと、その困難さを示している。さらに、子宮頸がんワクチンは、西欧で開発されて世界各地で販売されており、その副反応被害も地球規模で起こっているものであり[22]、被害者は長期にわたり重篤な症状に苦しんでいる。その 1 人 1 人にとっての被害は、人生の最も輝かしい青春時代を失い、その後も健康な人生を取り戻せていないという意味で、不可逆的なものである。ワクチンはジェンナーにまで遡れば 18 世紀の発見であるが、子宮頸がんワクチンに限らず、ワクチンによる薬禍は、ベックの主張する第二の近代のリスクとしての特性を、十分に備えていると考える。

次に、危険はリスクに内包されているというギデンズの主張は、医学という科学知により生産されるワクチンが、危険（副反応）と安心（副反応がなく、その疾病の予防を達成すること）を併せ持っていることに該当する。ワクチンを接種しても副反応を発症しない人もいれば、軽い症状だけで済んでしまう人もおり、そのような人達は、そのワクチンの効果に期待することができるだろう。しかし、それは完全な安全を意味してはいない。子宮頸がんワクチンの場合は、接種後から 1 年以上たってから副反応症状が見られるケースも多数存在する。しかし、接種後一定時間が経過すると、その症状はワクチンの副反応ではないとされ、補償の対象外とされるなどの医学的また政治的な問題もあり、この危険と安心の問題は、子宮頸がんワクチンを接種して副反応に遭った被接種者が、ワクチンとそれが提供される制度を、どのように理解していたかという問題と密接に結びついている。加えて、医学的な知識のない個人が 1 つの科学知としてのワクチンを選択する場合、何に依拠して意思決定を行うのかという問いに対して、ギデンズの科学知への信頼という問題は有効な手がかりを付与するものである。

最後に、ルーマンのリスクと危険の区別は、ワクチン接種における責任の帰属の問題を考えるのに有効であり、本論において援用することとする。日本のワクチン政策において選択を実施した結果、帰される責任の構造の問題は、ベックの個人化論における自己責任の概念と合わせて考えることで、ワクチンを選択する個人だけでなく、予防接種制度の構

[22] 子宮頸がんワクチンによる被害が世界的であるという事実については、2014 年頃からワクチン推奨派における「子宮頸がんワクチンの副作用で騒いでいるのは日本だけである」という意見により、一時否定されていた（斎藤 2015:156）。

造における第二の近代の様相をも、判別することが可能であると考える。

このようなリスク認識および観点については、随時本論の分析に適用していくが、次節 2.3 では、ベックのリスク社会論の 3 つの概念の内、サブ政治論と個人化論について検討する。

2.3　ベックのリスク社会論－サブ政治論と個人化論

ベックのリスク社会論で主張されている概念の中で、本論が分析の拠り所とするのは、近代の時代区分、サブ政治論、そして個人化論の 3 つである。近代の時代区分としての「第一の近代」と「第二の近代」については、2.2.1 および 2.2.2 においてすでに言及しているので、ここでは、ベックのサブ政治論、そして個人化論について詳しく検討する。

ベックがリスク社会として認識する第二の近代におけるリスクは、科学技術の進歩により生産された利便性に付随しており、環境の破壊だけでなく、社会的および文化的な面にも及び、それまで維持されてきた社会構造の枠組みを揺るがすものとなる（Beck1986=1998:137）。その揺らぎには、政治を超える権力を持つ「サブ政治」の形成と、社会の「個人化」がいっそう進むという現象が含まれる。

2.3.1　サブ政治論

本項では、サブ政治という概念を理解するために、まず、政治という概念がどのように理解されているかについて述べ、続いて、サブ政治の一般的概念と、子宮頸がんワクチンが提供され消費される、医学という領野のサブ政治性について論じた後、先行研究を概観する。

ベックが、そのリスク社会論において想定している政治とは、一言で言えば、西洋社会において発達してきた、代議制民主主義である。それは、近代の民主主義における代議制という間接的な方法により、国民が、社会の重要な決定に、議会を通じて影響を行使できることを指している（Beck1986=1998:417-419）。また、一般的理解として、政治とは、「さまざまな社会的な現実に対して、公共性をもった権力関係として見たり関わったりする、社会に対する私達の見方・関わり方」（川崎・杉田 2012:16）と捉えることができる。加えて、政治は「本人」、「共通の目的」、「代理人」という 3 つの要素から成り立つという理解も存在する。それは、「本人」である主権者としての国民が、国民の利益の実現という「共通の目的」のために、政府という「代理人」を雇い、「本人」である国民は「代理人」

である政府に「共通の目的」の達成を期待するとともに、「代理人」が真面目に取り組んでいるかを監視し、コントロールする活動であるというものである（久米他 2003:3-4）。

さらに、行政とは、「国家主権に基づく中央政府と地方政府による統治行為の一部としての官僚制の集団作業をいう」という定義（村松 1994:6）から、政治とは、国家の主権の下に、中央政府による統治と地方政府による自治の行為と解釈することができる。これらの定義および解釈を統合し、より日常的な言葉を用いて表現するならば、政治とは、「ある集団に属する人間が、その日常で起こる様々な問題を、集団としての利益になるように、政府を通して解決する行為」と考えられる。予防接種という方法による感染症予防の実施も、「伝染のおそれがある疾病の発生及びまん延を予防するために、予防接種を行い、公衆衛生の向上及び増進に寄与するとともに、予防接種による健康被害の迅速な救済を図る」[23]ために、国民の健康の問題を解決し、国民の生存上の利益のため、国家により行われる政治が決定した事項、つまり国の政策の一例と考えられる。

(1) 2 つのサブ政治―政治を超える新たな政治性と「下からの」社会形成

第二の近代における社会の革新について、ベックは次のように論じている。産業社会が進むに連れて、本来は 2 つの相容れない組織形成として、政治的民主主義と生産分野が密接に関係しながら、相互に反対方向へ進んでいく。政治システムにとっては、生産分野がその機能上必要であるが、この生産分野である産業、経済、テクノロジー、科学などは、様々な社会生活領域を、永久に変えてしまうような変化を社会生活にもたらす。そして、このような変化は、技術＝経済進歩の名の下に正当化され、加えて、経済的発展を目的に進歩を追求する科学や技術が、それまで非政治であったことから脱却して、政治的でも非政治的でもない、第三の形の政治、サブ政治という形で、社会を形成する潜在的可能性を有するようになる。そして、サブ政治は、その専門性ゆえに、政治が行う様々な決定に支配的な影響を与えることが可能となる（Beck 1986=1998:376-383）。

すなわち、サブ政治とは、専門知を持ち、それにより先進の技術やモノ、または情報などを生産し、そのような革新的な開発により、世界をこれまでとは全く異なるものに変化させることが可能なものである。また、民主制議会政治の決定に影響力を行使することが

[23] 電子政府の総合窓口　e-Gov,　予防接種法，日本の予防接種法第 1 章総則の第 2 条, http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=323AC0000000068#A, 2018 年 4 月閲覧。

可能で、あるいは議会の決定を介さずに、あるいはその外において、独自の決定を下し、国民すなわち個人に、影響を与えることができる力を持つ領野を指している。

サブ政治は、また、「下からの」社会形成を意味する。それは、それまで政治システムの外部にいた行為主体である、専門的職業従事者の集団や職業集団、工場や研究機関、知識層や熟練工、市民運動の指導者および公衆が、社会協定を提案し成立させていく場に登場してくることが許されるようになることを意味する。そして、個人もまた、政治的な決定をする力を持ち、競合の場に参加していくことを指す（Beck et al.1994=1997:46-47）。

続いて、以下においては、ベックにより言及されているサブ政治として、本論の子宮頸がんワクチンの提供と分配の問題にも関わる、司法とメディアのサブ政治性について、簡潔なまとめを示す。

(2) 司法とメディアのサブ政治性

近代において民主主義の発達した国家では、政治的権力が国家政府に集中するのを制限するために、多数の統制メカニズムが設けられている。内閣や議会に次いで、司法もその統制機能が制度的に保障されており、裁判所は、裁判官が政治の動向に対して、「司法の独立」を守るという特徴を持つ（Beck 1986=1998:393-394）。この「司法の独立」に関しては、古い例では、1891 年（明治 24 年）の大津事件[24]において、判決を支配しようとする国からの圧力に対し、司法の独立を貫いた例がある。

また、近年では、福井県高浜原発の再稼働に関する裁判で、2015 年に、福井地方裁判所が再稼働を認めないという判決を下したことに対し、大阪高等裁判所は再稼働を認可するという判決の相違が見られ、裁判における判決それ自体が、政治性を持つようになってきていることにも現れている（渡部 2016:72）。

後者の例は、国民が国家の決定に従うことをよしとせず、政治に参加し、自己の権利、すなわち国民の権利と基本的人権を実現するために、必要であれば法廷で国とも争うことを意味している。つまり、近代化が進み、それが第二の近代としての自己内省的な近代化の段階になると、議会による政治的決定に対し、国民は異議を唱えることで政治的決定に

[24] 大津事件とは、1891 年 5 月 11 日に、訪日中のロシア帝国皇太子、ニコライ・アレキサンドロヴィチが、滋賀県滋賀郡大津町（現在の大津市京町）において、皇太子の警護に当たっていた警察官、津田三蔵に切り付けられ、負傷した事件を指す。当時の政府は刑法第 116 条「皇室に対する罪」を適用して、津田を死刑に処することを求めたが、大審院長児島惟謙は、「刑法に外国皇族に関する規定はない」として、法治国家として法を遵守する立場を貫いた。(楠 1997)

民主的に参加し、かつ政治的決定を民主的に統制することが可能となるため、ここにサブ政治性が生まれることになる（Beck 1986=1998:394-395）。

本論が事例として取り上げた子宮頸がんワクチンにおいても、2016 年 7 月に、副反応被害を受けた国民が、国と製薬企業を相手取って訴訟に踏み切っており、これについては 3.4.3(4)で解説を施す。

また、マスメディアにおける報道の自由と充実も、権力が一局に集中することを制御する働きがある（Beck 1986=1998:398）。新聞や雑誌、テレビ、ラジオに加えて、インターネット上の SNS などの新しいメディアにはそれぞれ、その受け手が存在している。これらのメディアは、市場が生産する様々な商品や情報を発信することにより、その受け手である人々に影響を与え、また彼らを操作することが可能となる（Beck 1986=1998:393-394）。

さらに、報道の自由という権利は、何が社会にとって重要な問題であるかという定義に影響力を持つ。それは、情報がどのように作られるか、また、情報に関する法的および社会的枠組みによっても左右されるが、その受け手が、その社会問題を政治的に認識しうるかどうかに関して、メディアが提供する情報は重要な役割を果たすことを意味する。言い換えれば、その社会問題について十分な専門知識を持たない人々は、メディアが選択して送り出す情報に接することで、それが今社会で問題視すべき重要な議題あるいは出来事であると理解することになり、メディアは、人々にとって今何が注目すべき社会的な問題であるのかについて､決定および操作することが可能となるのである（Beck 1986=1998:399）。また、メディアから情報を受け取った人々は、政治が何を優先するべきかについて、受け手の側から影響を及ぼすことが可能となる（Beck 1986=1998:394）。

このようなメディアのサブ政治性については、子宮頸がんワクチンの推奨活動と、被害者連絡会の活動としてまとめ、6.2.2 および 6.2.3 においてその実際を検討する。

(3) 医学というサブ政治

本項の(1)で述べたように、サブ政治とは、「様々な社会生活領域を永久に変えてしまうような変化を社会生活にもたらし、技術＝経済進歩の名の下に正当化され、それまで非政治であったことから脱却して、政治的でも非政治的でもない第三の形の政治」を形成することである。これに従えば、本論が事例とする子宮頸がんワクチンが提供され、実施される医学という領野もまた、この定義を適用することが可能な分野であると考えられる。

19 世紀の西欧において、医学は職業集団として発展し、人体に発生する苦痛を取り去る治療を独占して管理するようになる。病気すなわち苦痛は、専門知識を持つ医師により、それを持たない患者には理解できない方法で扱われた。そして、医学が進歩して診断が可能になればなるほど、新しい病気が出現し、新しい病気が発見されれば、医学はそのための治療法や薬を開発するための研究を進める。何が治療に有効なのかを独自に研究し、開発し、その治療法や医薬品の認可も、それらを患者に投与する判断も、すべて医学自身が行う。つまり、研究と臨床を含む医学が、政治における行政府と立法府の役割を 1 人で果たすことになる（Beck1986=1998:411-412,419）。このように、医学という領野は、産業社会における進歩という原理に後押しされながら、科学知と技術を蓄え、サブ政治としての力を形成してきたのである。

さらに、「第三の権力」[25]であるはずの法律でさえ、医学的な技術上の失敗に対処するためには、医学自体によって作り出され、医学の専門家である医師以外には理解不可能な基準や知識に依存しなければならない。その基準は、医師が行う研究、診断、治療を通して作り上げられ、定義され、いつでも変更可能であり、個人からの期待や判断基準が顧みられることはない。それは、外からの影響を受けずに、その集合内だけで成立し、変化する内省的なものである。このような組織化された医学が支配する社会では、何が健康で何が病気の状態であり、またその程度について、医師がその都度自由に創出して、我々に分配するものとなる（Beck1986=1998:420-421）。

このような医学が下す判断、すなわち、医学的に判断および評価された技術、データ、基準は、人々の生活のあらゆる分野と結びつき、それらの分野において客観的な判断基準として採用されるため、政治的および法律的な決定にも影響力を持つようになり、人々の生活範囲に浸透していく。さらに、このような生活への浸透を糧として、医学は、医学内部においてを尽きることのない需要を生み出す。つまり、医療という分野は、医師が病気を診断し治療を与えることで起こる二次的な問題や、薬の副作用や外科手術による不可避な障害などでさえも、新たな研究や治療法の開拓へと結びつけることが可能であり、その

[25] 通常、第一の権力は立法権（国会）、第二の権力は行政権（内閣）、第三の権力は司法権という分立した権力を指すが、ここでは医学というサブ政治内にこれら三権が内在していることを指していると考える。ベックは、医学と言う職業は、政治や大衆の干渉を排除することにより、臨床診断および治療において「科学という革新の権力」を持つとともに、独自の議会（第一の権力）と政府（第二の権力）をその内部に確立し、さらに医学自体を審判する役割を担う、司法権としての「第三の権力」さえも、その専門性により、そのサブ政治内部に成立させることが可能であるとしている（Beck1986=1998:420-421）。

専門化が際限なく進展することにより、医療という分野を永久に拡大する市場と成すのである。このように、医学という領野は、一次的な問題を解決することで発生する、副次的な問題を吸収しながら拡大し、対処すべき問題を生み出し続けるという「自己内省的な戦略」を持って拡大する可能性を持ち、ベックはこれを「金の卵を生み続ける鶏のようなもの」と形容している（Beck1986=1998:421-422）。

医学というサブ政治に対するベックの概念は、「医学」という言葉をそのまま「製薬」に置き換えることが可能であり、これについては、子宮頸がんワクチンを提供した医学および製薬というサブ政治として、5.1.1 において詳しい分析を展開する。

(4) サブ政治論に関する先行研究

本項では、サブ政治論に基づく 4 つの先行研究について概観する。以下の 2 つの研究の内、前者は、生産分野である産業、経済、科学や技術が、その進歩により様々な社会生活領域を永久に変えてしまうような変化を社会生活にもたらし、それらが政治を超えて新たな政治形態となるというサブ政治の特性に基づいたものである。後者は、ある特定の科学知が知の生産とその査定の両方を独占できるという内省的な性質が、サブ政治として政治を超える権力を持ち得るという特性に注目したものである。

サブ政治という概念を電力事業の成立に適用した糸川（2015）は、電力というものの利点がその欠点を上回り、それまでの生活を永久に変えてしまうような変化をもたらす（Beck1986=1998:379）という特徴を持っていることに注目して、日本の電気事業の黎明期からの歴史的経緯を分析している。糸川は、電力事業がサブ政治として成立する要因は、電力が供給するベネフィットが電力のリスクを上回り、人々の生活に不可欠な存在となることで公益と認識されるに至り、政治的決定に影響を与える力を有するサブ政治として拡大することになったと結論づけている。

糸川の研究における電力は、「人々の生活を劇的に向上させるようなベネフィット」を提供するものとして、また人類がより快適に生活するために必要であるという点で、本論が事例とするワクチンという医薬品と共通点を有しており、サブ政治に対する視点を同一にするものである。

また、長島（2015b）は、放射線の影響に関する国際的科学評価という事例を取り上げ、ベックとフーコーによる 2 つの社会学的視線を交差させ、国際的なリスク評価が持つ不確実性を分析することで、科学という分野で行われる決定が獲得する政治性について考察を

行っている。長島は、科学的国際機関が示す放射線による健康被害評価に存在する不確かさを指摘し、その不確かさを判断する過程が専門的知識により独占されているため、政治を通すことなく、正当性の構築が可能となるサブ政治を確立していると主張している。さらに、国際的評価という 1 つの基準が、その専門性ゆえに政治を超えるサブ政治として成立し、広範囲に影響を及ぼすことを示している。

長島の研究は、本論が事例とする予防接種という医学分野の実際的活動とは題材として異なるが、高度に発達した専門知識がサブ政治を成立させるという前提条件に主眼を置いている点で、本論との共通点を有する。

一方において、それまで政治システムの外部にいた行為主体が、社会協定を提案して成立させ、政治と競合する場に登場してくることを対象とした、下からの社会形成に焦点を当てた研究も存在する。

村瀬・樋口（2008）は、徳島市の吉野川可動堰問題を事例に、一般的な社会運動や住民運動とサブ政治との関連を探求し、制度政治、非制度政治、サブ政治という、三層の修正サブ政治モデルを提案することで、これら相互の連携と乖離を分析している。この研究は、非政治制度としての住民運動がサブ政治としての市民を動かし、一般住民がサブ政治となることで政策を廃止するプロセスを示しているが、住民運動がサブ政治と結合することで勝ち得た優位性を、制度政治にも及ぼしていくことには困難があるという結論を導いている。

さらに、小島（2007）は、公衆の科学理解（Public Understanding Science: PUS）という視点から、1990 年の殿山ダム大量放水により被害を受けた地域住民と、関西電力および和歌山県の間で争われた和歌山県日置川殿山ダム水害訴訟について、詳細な分析と考察を展開している。小島は被害者の側に立って、訴訟に提出された関西電力側の資料について再検討を行うことにより、その正当性を覆していく。そして、現実的に否応なしに、行政というものに支配される傾向にある土地の河川管理問題に対して、専門的な科学知識や技術的な理解を持たない一般人でも、科学的データを再検証することが可能であり、生活に直結した知識が普遍的な科学技術よりも合理的な成果を挙げることを示すことで、下からの社会形成としてのサブ政治、すなわち「下からのサブ政治」が、政治と同じ土俵に上がり、競合することが可能である例を示している。

上記の 2 つの研究におけるサブ政治は、ベックが主張するサブ政治の中の専門知を専有することにより拡大するサブ政治勢力に対抗する、下からのサブ政治に焦点を当てたもの

であり、本論が 6.2.3 で検討する「全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会」の存在およびその活動とその特性を同じくするものである。これら 4 つの先行研究は、ベックのサブ政治という概念を、それぞれ異なる題材および事例に用いており、サブ政治概念の多様な応用可能性を示唆するものである。

本論では、現代の日本において、サブ政治が社会のどこに、どのような形で政治を超える領域を形成しているのか、また個人が、サブ政治というものをどれほど認識しているかについて明らかにすることにより、それらを指標として、日本の「第二の近代」化の進展状況を把握できると考える。そのために、第 5 章においては、このサブ政治論を、子宮頸がんワクチンが提供された医学の製薬という領野に適用し、その構造を明確化するとともに、ワクチンを提供される個人との関係において分配されるリスクとベネフィットについて分析を行う。

2.3.2　個人化論

サブ政治論に続いて、本項 2.3.2 においては、ベックが第二の近代においていっそう顕著になるとしている個人化という現象について検討を行う。まず初めに、その歴史的変遷とその概要を示し、個人化という現象に伴って強化される自己責任という規範、個人化が進むと同時に弱体化する中間集団について考察し、さらに、本論が日本の「第二の近代」化の様相を判別する上で要となる、2 つの次元における個人化について述べる。最後に個人化論に基づく先行研究について概括する。

(1) 個人化の変遷

個人化という現象は、20 世紀後半に限ったものではない。ベックによる近代区分の第二の近代より以前の個人化の例としては、中世の宮廷文化におけるルネサンス、プロテスタント運動の内的禁欲主義や、封建的結束からの農民の解放、そして 19 世紀と 20 世紀初頭の家族における世代間の繋がりの消失などが挙げられる（Beck and Beck- Gernsheim 2002:202）。

第一の近代において産業化が進むに連れて、個人は、伝統社会的な秩序や拘束から解放され始める（伊藤 2015:29-30）。ベックはこれを「解放の次元（＝解き放ち）（Beck1986=1998:253）」と呼んでおり、解放された個人は、新たに産業社会の家族、階級、職業集団、近隣共同体などの中間集団に帰属するようになる。このような「再統合の

次元（＝再埋め込み）（Beck1986=1998:254）」においては、安定した経済力と学歴を持つ市民層男性が、限定的に個人化を遂げる。彼らにおいては、その理想としての職業においての自己実現を追求することが可能となったが、労働者および女性の個人化は、第二の近代を待たなければならなかった（伊藤 2008:318; 2015:33-34）。

第二の近代において個人化が拡大すると、人々は、産業社会の階級や階層、家族による拘束から解放され、自分自身に注意を向けるようになる（Beck1986=1998:138）。そのため、産業社会において安定を供給していた家族や階級などの、中間集団に対する個人の帰属が弱まり、これらの中間集団が弱体化することで、性別や階級などにより割り当てられた、それまでの標準化した人生の在り方は崩れていくことになる（伊藤 2015:40）。この中間集団については、本項の(3)において詳しく論述する。

それまでの安定が崩壊する過程において、個人は、以前よりも生き方の選択肢を拡大し、そのライフコースは脱標準化し、多様性を有するものとなるが、一方で、個人は、自主的に自分の生き方を選択しなければならなくなる。（Beck and Beck- Gernsheim2002:3; 鈴木 2015:6-7）。しかし、そのライフコースの選択範囲は、第一の近代に確立された市場、政策、制度等の内部に限定されているので（Beck and Beck- Gernsheim 2002:11; Beck1986=1998:142）、生き方の多様性を求める個人は、外部からの制御とその結果起こる標準化を、再び押し付けられることになる（Beck1986=1998:261）[26]。このような状況が展開される第二の近代では、一方で、国民国家を土台とする社会がグローバル化という変化を経験するため、国民国家という枠内でコントロールされてきた経済活動に対する国家の関与が弱まり、福祉制度もまた財政的な困難を受けて縮小化されていく（伊藤 2015:40-41）。

個人化した社会では、一見すると、個人にとっての選択肢が増え、1 人 1 人が自分の意志に基づいて人生の局所、局所における選択を行い、実行に移すことが可能となるように見える。しかし、選択が可能な範囲は、実際には市場や諸制度、福祉政策、教育制度などにより規定されており、またそれらに管理されることで限定的かつ強制的なものとなる。国家による保護が撤退していく状況を伴って、個人は、その結果についても、選択者自らを責任者と成す状況が形成されるのである（Beck1986=1998:258-259; 鈴木 2015:7）。す

26 ベックはこのような状態を、特に「制度化された個人化」として、英語圏で使用されている個人化という概念と一体化している、新自由主義における自由市場の個人化と区別することを主張している（Beck and Beck- Gernsheim 2002:xxi）。

なわち、個人化する社会とは、逆説的な意味で、個人と社会が直接的関連を持つことを意味するのである（Beck1986=1998:193)。

(2) 個人化という概念と自己責任という規範

個人化する社会において、多様化した選択肢を得て、個人が自由に意思決定を行うという状況は、上述したように、その選択の結果についての責任の問題へと帰着する。ここでの責任は、集団としての責任、すなわち連帯責任ではなく、自己責任（self-responsibility）として、個人の負担という形でもたらされる。個人化という現象の「個人」は、責任を個人が負うという意味での「個人」であるとも言える。

自己責任という概念について、Hook and Takeda（2007）は、第二次世界大戦中の日本人の個人的な責任に関する丸山真男の発言に言及している。それは、日本という国家の本質について述べたもので、「日本という国のシステムにおいては、国家の組織的要素が完全に対象化されていないために、国家に制御されない私的領域というものは存在しない」というものである[27]。これは、国家により用意されたゴールと、ある個人の個人的な欲求が同一化していることを指摘しており、言い換えれば、日本人は、自分自身の行動に対して負うべき責任を認識する能力を持つことができず、同時に「自由な」主体を構築することができていないことを意味している（Hook and Takeda 2007:108)。

日本人が責任ある主体となることに失敗しているという丸山の見解を、政治がどのように捉え、自己責任という規範を、いかにして国民に埋め込もうとしたかについては、近年の日本の政治的および社会的状況から読み取ることが可能である。2004 年のイラクにおける、日本人男女 3 人の人質事件において、これらの日本人は、外務省の警告を無視してイラクに渡航した結果、イラク武装勢力に拘束され、日本政府の介入により解放されたが、イラクからの帰国に際して政府が用意した特別機により帰国させられた。結果として、彼らは、日本国家に人的および財政的負担を強いた「無責任な日本人」ということになった。当時の首相、小泉純一郎が、「日本はテロリズムには屈しない」としながらも、日本国政府としては救済支援を行って、この 3 人を生きて帰国させたことは、結果として、自己責任とは何か、それはどのように履行されるべきか、またそれに失敗した場合はどうなるかを、日本国民および世界に、例を持って示したことになる（Hook and Takeda 2007:108-114)。この事件は、政府の勧告を無視して政情が不安定な危険地域へ渡航した「普通ではない」

[27]『世界』1946 年 5 号に掲載された「超国家主義の論理と心理」参照。

日本人 3 人が起こした「無責任」な行動を、政治とマスメディアが巧妙なやり方で「見せしめ」とすることで、日本国民に「自己責任」という規範を浸透させる効果があったと考えられる。

この自己責任の問題は、社会の個人化が進んで、個人が多くの選択肢を持つことにより、ライフスタイルが多様化することと直結するものである。フリージャーナリストやエイドワーカーといった、一般的な就業形態を取らない職業では、それぞれの活動を個人が企画し実行に移すことが可能である。しかし、前述した人質事件の例に見るように、その行動の結果負うべき責任は、極端な場合、自らの命を危険にさらすこともあり得る。つまり、個人化する社会において、ライフスタイルの自由な選択が可能であることは、どのような形にせよ、自己責任という規範に裏打ちされていることを意味するのである。

(3) 中間集団の役割変化

個人化する社会における選択と責任の問題と密着する、自己責任という規範の理解に続いて、ここでは、個人が分配されるリスクを軽減または回避する役割を持つ中間集団が、近代という時代の中で、その役割をどのように変化させてきたかについて述べる。

中間集団とは、個人と国家を媒介する集団であり、個人の生活欲求を充足する機能と全体社会の秩序を維持する機能を持つ、学校、企業、政党、宗教教団等を意味する（見田他 1994:606）。第一の近代では、人々は伝統社会における社会形態や社会的結束から、一旦は解放される。しかし、新たに、個人に分配される様々なリスクの緩衝材として機能する階級、職業集団、家族、近隣社会に形成された共同体等の中間集団に組み込まれる。(Beck 1986=1998:253-254)。第二の近代において個人化が進む社会では、個人のライフコースがそれぞれに異なり、多様な人生を設計することが可能になるが、個人が遭遇するリスクもそれぞれに異なったものとなり、それに伴って、個人と中間集団の関係も変化を経験する。それは、第二の近代では、個人が人生で遭遇する機会、危険、不確実性に対して、それまでの定義や軌道修正の方法が適用できなくなり（Beck and Beck- Gernsheim 2002:4）、これらの中間集団が担っていた、個人が遭遇するリスクを回避または軽減する機能が衰退していくことを意味している（Beck and Beck- Gernsheim 2002:93）。つまり、第二の近代における個人化の過程においては、産業社会の基盤として存在していた中間集団と個人は密着性を失い、その関係は希薄なものとなる。

しかしまた、これらの中間集団はホラー映画に登場するゾンビのように「死んでいるの

にまだ生きて」おり、個人が帰属する基盤としての機能は弱まっているのに、なおカテゴリーとしては存在し（Beck and Beck- Gernsheim 2002:27, 203）、時に蘇っては、個人化する社会における個人の選択に大きな影響を与える。このような中間集団がワクチンを接種するかどうかの選択にどのように関わっているのかは、現代の日本における個人化の状況を判断する上で重要な視点であり、6.2.5 おいて具体的な検討を展開する。

(4) 客観的個人化と主観的個人化

ベックはさらに、個人化を分析する上で、2 つの次元を提案している。それらは、個人の意識やアイデンティティのレベルにおける「主観的な個人化」と、社会システムが個人を単位とするようになる制度的レベルでの「客観的な個人化」である。個人化は、これまで歴史社会学的なカテゴリーとして、生活状況調査やライフコース調査という領域に存在するものとして理解され、客観的な個人化について多くの研究がなされてきたが、アイデンティティや人格化を意味する主観的意識のレベルに関しては、ほとんど述べられてこなかったとされている（Beck1986=1998: 253-255）。

本項の(1)で述べたように、個人化とは「個人と社会の新たな直接性（Beck1986=1998:193）」を意味している。第二の近代において、個人は自分の生き方に関して自分で決定を下すことが可能となるが、その裏側においては、どうすれば自分の設計図通りに人生の駒を進められるかについて、自身が慎重に判断しながら決定をくだすことを強制される（Beck1986=1998:266-267）。つまり、個人が既存の社会に依存できる度合いがより減少する状況において、個人は自分で決定し、実行し、失敗したら自分で責任を取り、事後の対処も自分でまた考えるという、自己再帰性を強めていくことを意味するのである（伊藤 2008:319）。

また、客観的個人化とは、社会のシステムや制度が、家族のような集合ではなく、その構成員の個人 1 人 1 人を単位とするようになることを指している（落合 2004:243）。対して、主観的な個人化とは、たとえば、家庭の主婦が、夫に依存する生活から解放され、自分自身のための自立した人生を送りたいと思う、つまり、自己実現を達成したいと望むようになることを意味する（伊藤 2017:65; Beck1986=1998:253）。

ベックは、個人化を論じるために、これら 2 つの個人化が、具体的な条件下でどのように出現するのかを見極めることが重要だとしている（Beck 1986=1998:254-255）。本論においても、個人化という現象が、現代の日本でどの程度進展しているかを見定めるために、

予防接種制度を客観的個人化に、接種を選択する個人を主観的個人化の位置に定めて、6.3 において分析を展開する。

(5) 個人化論に関する先行研究

個人化の概念は、第二の近代においては、労働、家族、教育等のあらゆる領域に浸透する現象である。伊藤 (2015) は、社会学において個人化という概念がどのように論じられ、日本社会の個人化がどのように進んできたかについての歴史をまとめ、第一の近代の個人化と第二の近代における個人化の相違について詳細に論じている。伊藤は、社会の構造変化に伴う個人と社会の関わりの変化に対し、現在の社会学がそれらをどのように解決しようとしているかについて、「個人の側」および「社会の側」からの考察を行っている。そして、第二の近代では、システムが個人を単位とするようになり、個人は、かつてのように中間集団に所属するものではなく、それまでの社会との関係が希薄となるため、個人と社会は、新たに、その関係を模索しなければならない状況であると主張している。本論は、伊藤の研究と同じく、社会の側に予防接種制度を、個人の側にワクチンを提供される国民を置き、その接点としての中間集団の役割とその関係を読み解くことで、日本社会の個人化の進行状態について検討するものである。

また、Suzuki et al.（2010）は、雇用と家族の在り方の変容に焦点を当て、1990 年代後半からの日本社会の変容を、同じく個人化の 2 つの次元を用いて論じている。それは、日本社会の個人化は、1980 年代に、上流および中流階級において主観的個人化の萌芽があり、1990 年代後半からは、特に客観的レベルでの個人化が進んだとしている。さらに、日本の社会では、「家」という形で象徴されてきた日本の集合主義から、人々が個人の自由を求めて主観的個人化へと向かい、離婚率および未婚者の数が増加し、出生率の低下が継続するという形で、家族の個人化が進行しているというものである。Suzuki et al の研究は、日本社会の雇用状況と家族形成の変容に注目しており、本論とは研究の対象を異にしているが、客観的レベルに社会制度を、主観的レベルに選択する個人を配置して分析するという点で、本論と研究の方向性を同じくするものである。

また、鈴木（2015）は、日本の産業社会においては、個人のリスクを吸収する最も安定した中間集団は企業であり、日本特有の企業中心主義という制度的システムが確立された点に注目し、第二の近代における日本の労働市場の変化とその問題を、日本社会における企業や家族という中間集団の崩壊と関連付けて議論を展開している。日本における第一

の近代では、西欧の階級的連帯に代わるものとしての中流意識と、階級上昇志向が社会統合の基盤であり、企業が公的福祉を肩替わりし、年功型の賃金システムを機能させることで雇用の安定化を図り、若者における大企業志向が形成されていく（鈴木 2015: 92-96, 103）。そのような状況における男女間の賃金および労働条件の格差は、女性労働者を仕事の継続より、結婚、出産を選ぶという標準化へ導くが（鈴木 2015:104-106）、このような性別役割分業に基づいた労働市場の安定は、1990 年代以降、雇用情勢の悪化により崩壊したとしている。この研究は、日本社会の雇用問題に焦点を当てており、個人化する社会において個人が遭遇する諸問題に関して、変化する中間集団と個人との関係性に注目している点で、本論との共通点を有するものである。

一方で、本論の対象事例と同じく、医学という分野に焦点を当て個人化を読み解いたものとしては、進藤（2004）が存在する。進藤は、個人化という現象が医療の領域においてどのように現れているか、またそれがいかなる社会的な意味を持つのかについて、個人化の 2 つの側面である「選択」と「強制」という視点から、インフォームド・コンセントと自己決定医療および遺伝学のインパクトを事例に挙げて論じている。臓器移植、出生前診断、胎児診断、新生児治療などの医療分野において、科学により開発され実用化される技術は、新たな選択肢を提供する。たとえば、臓器移植のための臓器提供が制度として成立する場合、そこには、個人が自分の死後に臓器を提供することを「自発的」に選択するという可能性が開かれているのではなく、「選択」拒否、あるいは「選択なし」という在り方それ自体が、「選択肢」として社会的に提示され、「自発的強要（voluntary compulsion）」(Beck and Beck- Gernsheim 2002:144) と呼びうる状況が成立するというものである（進藤 2004:404;407）。臓器提供の場合、ある人が生きるために移植を待ち望む臓器を、自分が死んだ場合に提供するか否かについても、その選択肢が制度として提示された時点で、個人はドナーカードなるものを取得するか否か、またどの臓器の提供に同意するかなどの意思決定、つまり、選択を行うように仕向けられる、すなわち、この制度に対する意思決定を強制されることになる。この観点は、本論において、予防接種制度が提供するワクチンを接種しないで感染症に罹るか、感染症を予防するためにワクチンを接種して副反応に遭うかの、いずれかを個人が選択せざる得ない問題に関わるものであり、6.1 において具体的に論じる。

以上、本章では、「リスク社会論」と題して、リスク概念の多様性を理解し、ウルリヒ・ベックとアンソニー・ギデンズにおけるリスクに対する見解および主張を、ニクラス・ル

ーマンの見解を仲介にして確認を行った。加えて、メアリー・ダグラス等のリスク概念も参考としながら、本論が分析概念として依拠するベックのサブ政治論と個人化論について検討した。次の第 3 章では、本論の事例である子宮頸がんワクチンが提供された日本の予防接種制度について、その特徴を整理し、子宮頸がんという疾病とその予防ワクチンの概要を示し、被害者の発言を基に、発症した副反応状況について示すこととする。

第 3 章　日本における予防接種制度の概要と子宮頸がんワクチン

本第 3 章では、第 2 章で行った理論的な土台を強化する観点として、日本における予防接種制度の概要を示し、子宮頸がんという疾病と、そのワクチンとして開発された子宮頸がんワクチンについて、基礎的な知識と情報を提示する。

具体的には、まず 3.1 において、ワクチンとワクチンに必ず伴う副反応についての基礎的知識を整理することを行う。次に 3.2 では、ワクチンが提供された日本の予防接種制度について、その成立の背景、制度の変遷などを確認し、3.3 においては、手塚洋輔の政治的分析を基に、現行予防接種制度の特徴について検討する。続いて、3.4 では、子宮頸がんという疾病の概要と、この疾病を予防するとして開発された子宮頸がんワクチン（Human Papillomavirus ワクチン、以下 HPV ワクチン）の特徴についてまとめ、2.2.5 で触れた文化とリスクの関係についての検討を行う。最後に、被害に遭った被接種者の声に基づいた実証的な資料から、発症した副反応についての現状を示すこととする。

3.1　ワクチンと副反応

本節では、ワクチン全般に関する基本的な知識として、ワクチンのコンセプト、ワクチンを製造する際に使用される処理方法と製法による分類を示し、その副反応被害の実情と発症する症状について、簡潔にまとめを行う。

3.1.1　ワクチンのコンセプトと分類

ワクチンすなわち予防接種とは、日本の予防接種法第 1 章総則の第 2 条によれば、「疾病に対して免疫の効果を獲得するため、疾病の予防に有効であることが確認されているワクチンを、人体に注射し、又は接種すること」を意味する[1]。また、医学的解釈においては、「病原微生物を死滅させたもの、その一部の成分を抽出したもの、あるいは生きたまま減毒したものを抗原（ワクチン）として、宿主に投与し、宿主自身の免疫産生能を刺激して免疫を得るもの」を指す（糸川他 1990:56）。言い換えれば、感染症を起こすウイルスや、細菌また菌が作り出す毒素の病原性を弱めて作った薬剤が、ワクチンつまり予防接種であり、薬事法上は「生物由来製品」であり「劇薬」扱いとなっている（ワクチントーク全国・

[1] 電子政府の総合窓口　e-Gov,　予防接種法, http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=323AC0000000068#A,　2018 年 4 月閲覧。

「新予防接種へ行く前に」編集委員会 2013:23)。

ワクチンは、大別して生ワクチンと不活化ワクチンの 2 種類に分けられる。生ワクチンは生きている病原体の毒性を弱めて接種し、体内において軽い感染を起こすものであり、免疫持続時間も長いと言われている。MR[2]、おたふくかぜ、ポリオ、水痘（水疱瘡）、BCG（結核）などのワクチンが生ワクチンである。また、病原体やその一部またはそれが作り出す毒素を処理して、病原性や毒力を無くして用いるのが不活化ワクチンであり、日本脳炎、インフルエンザのワクチンなどがある。さらに、毒素に対するワクチンとしてトキソイドワクチンがあるが、これは外毒素[3]をホルマリンで不活化して毒素を失わせ、外毒素に対する免疫物質（抗体）を作る能力を保持したワクチンである（藤井 2014:62-63; 京都府保健環境研究所 2009:4; 大谷・三瀬 2009:37)。

一方、ワクチンの製造には、ふ化鶏卵培養法、動物接種法、細胞培養法、遺伝子組み換え法の 4 つがある。ふ化鶏卵培養法は、ふ化鶏卵（受精卵）の一部分にウイルスを接種して増殖させ、そこからウイルスの抗原性のある部分を取り出し、精製して使用するものであり、インフルエンザワクチンの製造に用いられる。また、動物培養法は、マウスの脳内や動物体内にウイルスを接種して、ウイルスを増やすことで大量のウイルスを獲得する製法であり、かつては、日本脳炎ワクチンがこの方法で製造された。さらに、細胞培養法は、栄養液だけで生育した動物の細胞液にウイルスを接種して、培養液中に出てきたウイルスを不活化して精製する方法である。日本では、2009 年から、日本脳炎ワクチンがこの方法で製造されるようになったことに加え、MR、水痘（水疱瘡）のワクチンに用いられている（京都府保健環境研究所 2009:4-5)。

そして、あらかじめ増殖させた特殊な細胞にウイルスの遺伝子を挿入し、ウイルスの抗原性に関わるタンパクだけを細胞に作らせ、これらを取り出して精製する方法が、遺伝子組み換え法である。子宮頸がんワクチンや B 型肝炎ワクチンはこの方法で製造されており、製造期間が短く、感染性のあるウイルス本体を用いないことから、ワクチンを安全に生産することができるとされている（京都府保健環境研究所 2009:5)。

このように、種類および製造方法が様々に異なるワクチンであるが、そのコンセプトは弱い疾病を起こさせて、それに似た恐ろしい疾病を予防する材料であることから、如何に

---

[2] MR ワクチンとは、麻疹（measles）と風疹（rubella）の 2 種混合ワクチンである（ワクチントーク全国・「新予防接種へ行く前に」編集委員会 2013:55)。

[3] 細菌が作り菌の外側に放出する毒素のこと（大谷・三瀬 2009:37)。

医学が進歩しようとも、「感染症の予防に有効で副作用が全くないという、完全に安全なワクチンは開発され得ない」（大谷・三瀬 2009:2,6）という大前提は、すべてのワクチンに共通することである。

3.1.2　ワクチンによる副反応

前述したように、すべてのワクチンは何らかの副反応を伴うものであり、それは、ワクチン接種部位が腫れるなどの軽度のものから、脳障害などにより知的障害者となるような重篤なもの、延いては死亡に至るなどの健康被害を含んでいる。

ワクチンの副反応による被害について、厚生労働省がまとめた「予防接種健康被害救済制度　認定者数」[4]によると、2014 年末までの被害認定総数は 2989 件で、医療費・医療手当の支給の認定が 2354 件、障害児養育年金の認定が 52 件、障害年金が 448 件、死亡一時金・遺族年金・遺族一時金・葬祭料が支払われた例が 128 件となっている。認定された総数では、最多が MMR ワクチン[5]の被害者の 1041 件であり、以下 BCG の 572 件、ポリオ（生ワクチンと不活化ワクチンの合計）が 313 件、痘そう 281 件、DPT[6] が 234 件となっている。言うまでもなく、このデータは、ワクチンにより被害を被ったことを「認定」された人の数であり、被害に遭いながら制度に認定されなかった人は含まれていない。

また、副反応の症例は、MMR ワクチンやポリオワクチンにおいて顕著な症例である発熱やけいれん、脳脊髄炎[7]などを始めとして、BCG では骨髄炎、粟粒結核や結核性髄膜炎[8]、ポリオワクチンでは身体の麻痺、DPT ワクチンでは脳脊髄炎を含む神経障害、循環器障害などがあり、それらは大変重篤なものであり、植物状態および死亡に至る例も多い（藤井 2014:20-21; ワクチントーク全国・「新予防接種へ行く前に」編集委員会 2013:54,76,77）。

---

[4] 厚生労働省 HP, http://www.mhlw.go.jp/topics/bcg/other/6.html, 2018 年 4 月閲覧。

[5] MMR ワクチンとは、麻疹（measles）、流行性耳下腺炎（mumps）、風疹（rubella）の 3 種を混合したワクチンである（永井 2013:206）。

[6] DPT ワクチンとは、ジフテリア（Diphtheria）、百日咳（Pertussis）、破傷風（Tetanus）の 3 種混合ワクチンである（大谷・三瀬 2009:23）。

[7] この脳脊髄炎とは、正確には急性散在性脳脊髄炎（acute disseminated encephalomyelitis：ADEM）を指している。症状としては、ウイルス感染後やワクチン接種後に生じるアレルギー性の脳脊髄炎で、頭痛、悪心、嘔吐などの髄膜刺激症状の他に、意識障害、麻痺、失語、脳神経麻痺、眼振などがある。国立感染症研究所 HP, 急性散在性脳脊髄炎 Q&A, http://www0.nih.go.jp/vir1/NVL/WhatADEM.htm, 2018 年 4 月閲覧。

[8] 粟粒結核は、結核の初期変化が治癒せずに、結核菌がリンパ血行性に移行して発症するもので、これが進行すると結核性髄膜炎となる。国立感染症研究所 HP, 結核, https://www.niid.go.jp/niid/ja/kansennohanashi/398-tuberculosis-intro.html, 2018 年 4 月閲覧。

子供の健康を願って接種させたワクチンによって起こる副反応は、本人がその症状において苦しむだけでなく、その親は、子供をそのような状態にしてしまったという自責と後悔の念に苦しむことになり、大変悲惨な状況を生む。同様の事態は、本論が事例として取り上げる子宮頸がんワクチンによる副反応でも起こっているが、それについては、3.4.3において詳しく検討する。

本項 3.1.1 および 3.1.2 においては、ワクチンについての基本的な知識を整理し、ワクチンにより起こる副反応の実態について簡潔なまとめを示した。次の 3.2 および 3.3 では、これらのワクチンを提供する日本の予防接種制度について、その成立と変遷をまとめ、手塚洋輔の分析を基に、幾度かの法改正を経て変化した現在の予防接種制度の特徴について検討する。

3.2　日本の予防接種制度

日本の予防接種法は、「伝染のおそれがある疾病の発生及びまん延を予防するために、予防接種を行い、公衆衛生の向上及び増進に寄与するとともに、予防接種による健康被害の迅速な救済を図ること」を目的として、1948 年に制定された。それは第二次世界大戦後まもなくのことであり、国民の生活は未だ貧しく混乱しており、衛生環境も整っていなかった。多くの感染症が流行し、国民の生命を脅かしたため、社会全体を防衛するための予防接種制度を確立することが急務とされ、天然痘、ジフテリアなど 12 の疾病が、接種を怠ると罰則が付与される義務接種として定められた（厚生労働省 2013a:1）。この罰則付き義務規定は、予防接種の義務を怠れば 3000 円以下の罰金を課すというもので、当時としては高額な支出[9]を避けたいとする心理が、国民を接種に向かわせた（藤井 2014:160-161）。

国民の生活水準が向上して衛生概念が浸透し、保険医療制度が整備されてくると、感染症への罹患や、それによる死亡も減少を示した。これと入れ替わるように、1970 年代には、ワクチン接種による健康被害の訴えが増加し[10]、当時の厚生省は、ワクチンにより重大な事故が起こることを認めて、被害者の認定を開始した（厚生労働省 2013a:1; 藤井 2014:23）。1976 年の予防接種法改正では、ワクチンによる健康被害救済制度が設けられ、緊急に設定

[9] 1967 年では、30 代半ばの男性公立高校教員の月給が 8000 円であり、比較するとこの罰金が高額であることが解る（藤井 2014:161）。

[10] 2001 年に厚生省が発表した「予防接種健康被害救済給付認定状況」によると、救済給付認定は、1949 年以前から 2001 年の合計 4024 件の内、1970～74 年が最多で 1235 件あり、種痘に対する認定が 995 件、DPT が 144 件となっている（藤井 2014:24）。

される臨時接種[11]以外の予防接種は、罰則のない義務接種とされた。(厚生労働省 2013a:1)。

1990 年代になると、1970 年代に起こった予防接種禍訴訟が、次々と決着または和解に到達する中[12]、1989 年に導入された MMR ワクチンの副反応による無菌性髄膜炎[13]の被害が拡大し、大規模な訴訟に発展した（秋山他 2007; MMR ワクチン薬害事件弁護団 2007)。このような状況を反映して、1994 年の法改正では、医療に対する個人の意思を尊重することを旨とし、予防接種は、義務規定から「接種を行うように努力をする」努力義務規定となり、また、学校等で一斉に接種を行う集団接種から、個人が病院等で行う個別接種へと切り替わった。結果として、義務としてワクチンを強制する力は排除された（厚生労働省 2013a:1)。

最も近年の法改正は 2013 年であり、他の先進諸国がすでに実施しているワクチンとのギャップを埋めるために、予防接種制度の幅広い見直しを掲げており、子宮頸がんワクチンは定期接種ワクチン[14]に指定されている。(厚生労働省 2013a:1)。さらに、予防接種政策の適正な推進を図る目的において、これまで実施してきた副反応報告制度を法律上に位置づけ、医療機関から厚生労働大臣への報告を義務と定めた（厚生労働省 2013a:8)。

現在の日本における予防接種は、努力義務がある定期接種 A 類として、Hib[15]、小児肺炎球菌感染症、BCG（結核)、ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ[16]、MR（麻疹・風疹)、日本脳炎、子宮頸がん(HPV)、B 型肝炎の 13 の疾病に対するワクチンが指定されている。また、接種の努力義務を伴わない定期接種 B 類には、高齢者のインフルエンザ、肺炎球菌

---

11 臨時接種とは、その疾病の蔓延予防上、緊急の接種が必要である時に行う予防接種を指す(糸川他 1990:56)。

12 1972 年に始まった予防接種被害東京訴訟が、1992 年に国の敗訴という形で確定したのを始めとして、愛知、大阪、福岡の裁判も 90 年代初頭に決着している。日経トレンディネット 2010 年 10 月 12 日配信 http://trendy.nikkeibp.co.jp/article/column/20101006/1033270/?P=4, 2015 年 3 月閲覧。

13 無菌性髄膜炎とは、髄膜炎の症状があるのに病原体が証明されない髄膜炎を指す(永井 2013: 2094)。

14 定期接種ワクチンとは、感染症対策上、重要度が高いと考えられ、国民に対し予防接種を受けることが勧められ、行政の費用負担があり、一定の年齢において接種を受けることとされている予防接種を指す。東京都福祉保健局 HP, 「予防接種制度について」, http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/kansen/yobousesshu.html,2015 年 3 月閲覧。

15 Hib は Haemophilus influenza type b という細菌により発生する感染症を指し、乳幼児での発症に特に注意が必要とされている。厚生労働省 HP, 健康・医療　Hib 感染症, http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/hib/index.html, 2018 年 4 月閲覧。

16 2018 年 4 月の時点では、ジフテリア (D)、百日咳 (P)、破傷風 (T)、ポリオのワクチン (IPV) は、四種混合ワクチン（DPT-IPV）として、または DPT の三種混合ワクチンの形で接種する（NPO 法人 VPD を知って子どもを守ろうの会 2018)。

が、同じく努力義務ではない任意接種には、高齢者以外のインフルエンザ、高齢者と乳児以外の肺炎球菌とロタウイルス感染症が指定されている（母里・古賀 2016:10）。

ここまで、日本の予防接種制度について、その成立から 3 度の法改正に焦点を当て簡潔にまとめを行った。続いて以下においては、予防接種制度の変化に焦点を当てた手塚洋輔（2010）の分析を基に、現行予防接種制度の特徴を明らかにすることを試みる。

3.3　日本の予防接種行政の特徴－手塚洋輔の政治的分析

手塚洋輔は、『戦後行政の構造とディレンマ―予防接種行政の変遷』（2010）において、予防接種行政の責任分担の変化の過程と、その限界を明らかにする研究を著している。手塚は、予防接種制度が感染症を予防するためにワクチンを提供することは、作為過誤と不作為過誤という 2 つの過誤を行政が引き受けることであるとし、過誤と責任に焦点を当てることにより、予防接種行政が抱えるリスクを分析している。

作為過誤とは、本来するべきではないのにそれをした誤りを指し、不作為過誤とはするべきなのにしなかった誤りを意味する。たとえば、福祉政策おける生活支援をその資格のない人に支給することは、作為過誤であり、その資格があるのにも関わらず、その該当者に支給しないことは、不作為過誤である（手塚 2010:22-23）。予防接種においては、感染症に罹ることを防ぐために､制度がワクチンを提供するべきであったのにしなかったため、感染症が大流行した場合が不作為過誤であり、そのワクチンを提供するべきではなかったのに提供して、副反応による健康被害を引き起こすことが作為過誤となる。

ワクチン接種により免疫を獲得し、感染症に罹ることやその重症化を防ぐという行為には、いくつかの不確実性と過誤の問題が内包されている。それらは、第一に、ワクチンを接種する人の体質がすべて同じではないため、ワクチンの効果は確実に保証されたものではないこと、第二に、感染症自体にも不確実性があるため、ワクチン未接種であっても必ずその感染症に罹患するというものではないこと、第三に、ワクチンによる副反応発生にも不確実性が存在することである。つまり、予防接種は、感染症とワクチンの副反応における不確実性を仲立ちとして、一方のベネフィットを重視すれば、もう一方のリスクが高まるという、リスク・トレードオフの関係にあり、両方のベネフィットだけを獲得するということは不可能な状況で提供されている（手塚 2010:37）。

そして、予防接種を国民に提供する行政は、感染症予防と副反応防止という二重の責務を果たさねばならない状況において、作為過誤の回避と不作為過誤の回避の選択を、常に

迫られるという構造にある。さらに、接種対象の選定には医学的見地からの判断が、接種実施においては被接種者に対する医師による予診が求められており、予防接種の実施に関しては、2 つの過誤回避のバランスをどこにおいた接種体制を構築するかが、重要な課題となる（手塚 2010:37-38）。

以上の点を踏まえた上で、以下の 3 項においては、本論の事例対象である子宮頸がんワクチン事業の構造を明確にするために、手塚の分析から援用する 3 つの要点について検討し考察を行う。

3.3.1 「社会環境リスク」と「制度組織リスク」－2 つのリスク・トレードオフ

前述したように、国の予防接種行政が対処するリスクには、2 つの異なるリスクが存在する。1 つは、国民が罹患する感染症やワクチンの副反応による健康被害というリスクであり、もう 1 つは、このようなリスクに対応する上で発生する、ワクチン導入の判断に対する行政組織への評価の低下、ワクチンの副反応被害に対する国家賠償責任、予防接種制度自体への改革要求などの、いわゆる国家の責任問題に関係するリスクである。手塚は、前者を「社会環境リスク」、後者を「制度組織リスク」として、この相いれないリスクを管理しなければならないことこそが、予防接種行政の脆弱性であり不安定さを構成していると論じている（手塚 2010:16-17）。

この手塚の概念からは、予防接種というものが、二重のリスク・トレードオフという状況において成立していると考えることができる。第一のリスク・トレードオフは、ワクチンという医薬品自体が持つ薬の効果とその副反応という、相反する性質が作り出すリスク・トレードオフである。それは、予防接種を実施することによって、感染症という「社会環境リスク」から国民を守ろうとすれば、そのワクチンの副反応被害に国民をさらす危険が生じ（＝作為過誤）、ワクチンを提供しなければ、国民に感染症が広がる危険が顕在化する（＝不作為過誤）状態を指す。第二のリスク・トレードオフは、予防接種を実施して発生する副反応被害（＝作為過誤）により出現する、その被害に対する非難、救済給付や損害賠償、あるいは予防接種制度の改革の要求などと、予防接種を実施しないことで感染症が蔓延し（不作為過誤）、国民に脅威を与えることから生じる批判や要求との間に起こる、国家にとっての「制度組織リスク」におけるリスク・トレードオフ状態である。

つまり、国民を感染症罹患から防護するための公共政策としての予防接種は、国民にとっての「社会環境リスク」（＝感染症と副反応）におけるリスク・トレードオフに対する問

題と、国家にとっての「制度組織リスク」（＝ワクチンを実施してもしなくても下される国民からの審判）におけるリスク・トレードオフという問題に常に対処を強いられるものと考えることができる。

手塚によるこの 2 つのリスク分類と、そこから導かれた 2 つのリスク・トレードオフについては、5.2 において、子宮頸がんワクチン事業に関わるアクターのそれぞれが分配されたベネフィットとリスクを明確化することに応用し、議論を展開する。続いて、次項では、このようなディレンマを擁する日本の予防接種制度が、健康被害に対してどのようにその方針を変容させてきたかについて手塚の分析を見分し、リスク社会論の視点から考察した問題を提起する。

3.3.2　行政の責任の変化

一方で、手塚は、ワクチンの副反応の発生と予防接種制度の変遷をたどり、副反応被害に対する国の責任の変化について論じている。

1970 年に東京都品川区において、本来なら禁忌として、ワクチン接種から除外されるはずの心臓に先天的異常を持つ女児が、DPT ワクチンを集団接種した後死亡するという事件が起こった。女児の死亡の直接的原因は、予防接種による発熱がミルクの嘔吐を引き起こした結果の窒息とされ、接種を担当した医師 2 名がこのワクチン接種の責任を問われ書類送検された。しかし、この医師らが所属する品川医師会は、「この種の事故にまで責任を追わされるならば、今後ワクチン接種に協力することはできない」として、予防接種の実施をボイコットするに至った。この事態を受けて、予防接種を行う医師の法的地位と責任の範囲が議論された結果、医師会は予防接種についての契約・協定を自治体と結ぶことにより、予防接種の健康被害により賠償責任が生じた場合でも、当該医師は故意または重大な過失がない限り、責任を問われないという医師の免責と、その責任は国または地方自治体が負うことが明確化された（手塚 2010:202）。

一方で、予防接種による副反応被害は、1948 年の予防接種法制定直後から発生していたが、当時それらは社会問題に発展することはなく、1970 年代までは、副反応はワクチンに潜在的なものであり、副反応被害は特異体質の人にだけ起こるものとして、国が責任を追及されることはなかった（手塚 2010:88–91）。しかし、1970 年代に入り、予防接種による

健康被害が社会問題として世間の注目を集め始めた[17]。1976 年の予防接種法改正では、定期接種の義務規定は残されたが罰則が廃止され、その強制の度合いが弱められたことに加えて、行政的な暫定措置であった健康被害に対する救済制度が法制化され、予防接種法に組み入れられて内容の充実が図られた。さらに、予防接種の実施に際しての医師の免責が明確化された。つまり、国は、救済制度の法制化によりその公的責任領域を拡大するとともに、予防接種による健康被害に関する責任は国と自治体が負うものであるとすることで、予防接種制度の維持に努めたのである（手塚 2010: 211,213-214）。

さらに、1994 年の法改正は、医療に対する個人の意思を尊重することを旨として、予防接種は、義務接種から、個人の意思を尊重し「接種を行うように努める必要がある」勧奨接種に、つまり義務規定から努力義務規定となり、接種の様式も安全な接種体制として、集団接種から個別接種に改定された。ここにおいて、予防接種政策の目的は、それまでの社会という集団を守ることから、個人を守ることを重視する方向に転換したことになる（手塚 2010:253）。一方、予防接種は健康被害を内包しながら実施されるものであり、救済制度が存在することにより、国民の接種に対する自発性や接種に際しての医師の協力を促すことができるという理由から、健康被害救済制度は予防接種法の中に残された（手塚 2010:254）。

この法改正により、国は、それまで国が担ってきたワクチン接種の決定は個人に付与し、医師には接種に際しての禁忌[18]の識別責任のみを残し、予防接種の健康被害に対する国の責任の範囲を縮小する一方で、救済制度を残存させることで予防接種制度を維持することに努めたのである（手塚 2010:260-261）。言い換えれば、日本の予防接種制度は、国民を感染症から守るために義務と罰則により国民を規制するものから、国民が自らを感染症から守るために接種を受けやすいように条件整備をするものへと変化を遂げたことになる（手塚 2010:255）。

(1) 1994 年の法改正における 2 つのリスクへの対応

1994 年の法改正による変更を 2 つのリスクという側面から考えると、次のように整理

[17] 1970 年代には、種痘、インフルエンザ、ポリオ、百日咳、日本脳炎などのワクチンにより死亡や脳炎などの被害が拡大し、1968 年の高松訴訟、1970 年の小樽訴訟、1972 年の東京訴訟および名古屋訴訟、1975 年大阪訴訟など、全国で次々と集団訴訟が起こされた（手塚 2010:246; 母里・古賀 2016:1-3）。

[18] 医薬品や食品などで、病状を悪化させ、または治療の目的にそぐわないものを指す（新村 1998:727）。

することができる。

「社会環境リスク」については、接種の選択権を個人に付与したことで、国はこのリスクに対する介入から部分的に退いたと考えられる。一方で、「制度組織リスク」に関しては、ワクチン接種の決定は国民に、ワクチン接種時の禁忌識別の責任を接種に関わる医師に、そして健康被害の損害賠償については自治体にも分担させることにより、国は、予防接種による健康被害についての責任範囲を縮小する対策で、このリスクに対応したと考えることができる。この国の責任の問題に関しては、サブ政治との関係においては 5.2.3 で、個人の選択の問題との関係においては 6.3.1 で詳しい分析を展開する。

(2) 接種義務の廃止に伴う 2 つの問題

加えて、本論では、この接種義務の廃止に伴って現れる 2 つの問題について考察したいと考える。1 つは、選択権を付与された個人における「非知」の問題であり、もう 1 つは、予防接種制度における責任の二重性の問題である。

まず、ワクチンを接種するか否かの選択が個人に付与されたことで、個人は決定に関与する者、つまり決定の帰属に関与する存在となるわけであるが、その際に求められる個人における知のレベルは、国がワクチンを選定する場合の専門知のレベルとは異なるという現実が存在する。つまり、2.2.2 の(3)においてベックが主張しているように、再帰的近代においては、原則として、人々はリスクについて他者の知識に依存しており、知るという権利の重要な部分を失っている「非知」の状態にある（Beck 1986=1998:81-82）。この主張に依拠するなら、この法改正によって非知の状態にある個人が、ワクチンの選択の決定者とされたことは、果たして妥当な判断であったのかというのが、第一の疑問である。これについては、個人がワクチンをリスクと認識していたか、あるいは危険と見ていたかの問題とともに、6.3.2 において検討したい。

次に、2.2.1 および 2.2.6 で検討したルーマンによる決定の帰属と責任の問題に関連して、1994 年の予防接種法改正においては、国が選定したワクチンを、接種の選択権を付与された個人がさらに決定を行うという、決定に関与する主体が 2 つある構造となっており、その結果、選択と責任の関係が解りにくいものとなっているのではないか、という疑問が生じる。この法改正以前では、予防接種は国が決定し、国民は強制されて従い、被害に対しては国が責任を負っていた。改正後もワクチンにより健康被害が起きた場合は、国や自治体が救済することになっているが、自己の選択に対して他者が責任を取るという構造は、

その選択の経緯に少なからず影響を及ぼすと考えられ、この問題については、6.3.1 において考察したいと考える。

3.3.3　自発的服従への誘導手段

国が認可し提供する予防接種に対して、その対象者は選択を迫られている。その場合「するべきであるのにしなかった（＝後に感染症に罹る：不作為過誤）」を避けるため接種を受ける（不作為過誤回避＝服従）と、「本来するべきでないのにした（＝副反応被害に遭う：作為過誤）」を避けるために接種を受けない（作為過誤回避＝抵抗）の 2 通りの選択があり、予防接種のように不確実性が高い対象の選択に直面した場合、人は「抵抗」を選択する傾向が高いとされている[19]（手塚 2010:46-47）。前項(1)で論じたように、1994 年の予防接種法改正により、接種の義務は廃止され、ワクチン接種の決定は接種対象者である個人に委ねられたため、国は、国民を接種に誘導するための広報活動をより重視するようになった（手塚 2010:256）。

そして、接種率を上げるという目的の下、作為過誤回避（＝抵抗）により国民が接種を避けることを防ぐために、接種対象者が自発的に接種の選択に向かうよう誘導することを行う。それには、脅迫・指導・情報提供・利益誘導の 4 つの手段がある（手塚 2010: 47）。

第一の脅迫は、「公式の制裁を根拠として、服従しない場合に、強制手段を用いることを伝えることにより、服従を促す」方法であり、3.2 で言及したように、日本の予防接種制度が制定された当時には、接種義務とともに違反時の罰金が規定されていた。しかし、現実にこの罰則規定が実施されたことはなく、これは「抜くことのない「伝家の宝刀」」として、国民の接種への自発的服従を促すためのものであった（手塚 2010:47,83）。また、実際に、接種の義務に服従しなかったので、自分を罰するように要請したが、当時の厚生省からは明確な返答が得られなかったという報告も存在する（藤井 2014:160-163）。

第二の指導は、乳幼児検診、就学前検診周知等の公的健康診断における予防接種歴の確認および指導や、かつて学校等で一斉に行われた学童集団接種などを指し、第三の「情報提供」は、広報や通知によりワクチンの接種機会を周知することで、これには予防接種の

---

[19] ワクチンのような不確実性を持つ対象を選択する場合には、しばしば、作為―不作為のリスクを勘案することなく、不作為を選択する指向（Omission bias）が起こりやすい（手塚 2010:47）。Omission bias について、手塚は D. A. Asch et al., "Omission Bias and Pertussis Vaccination," *Medical Decision Making*, 14, 1994, pp.118-123 他の文献を引用しているが、その反論があることも明記している（手塚 2010:55; 注 56）。

効果だけでなく、感染症の脅威についての啓蒙活動も含まれる（手塚 2010:47）。子宮頸がんワクチンの場合も、学校の保健指導、保健所からの通知などに加え、テレビ CM や新聞、ポスターなどによる奨励が行われ、その中には、実際に子宮頸がんに罹った有名人の体験談なども使用されているが、これについては 6.2.2 において詳しく述べる。

そして、第四は、接種を無料化することによる利益誘導である。子宮頸がんワクチンの場合も、3 回の接種が約 5 万円と高額であったため、任意接種であった時点では、各自治体が公費助成を求めた結果、ほとんどの自治体で無料接種が可能となり（厚生労働省 2010b; 安田 2013:4-5）、その後、定期接種となることで、年齢が該当する期間内に接種すれば無料という誘導政策が取られた（斎藤 2015:10）。ワクチンの無料化という措置は、他の 3 つの手段と比較すると、対象者を接種へと導く効果が格段に高いと考えられる。しかし、日本の予防接種制度は、1994 年の予防接種法改正により接種の判断を個人に委ねており、この無料化という誘導手段がどこまで正当かつ許容できるものであるのかについては、冷静に吟味する必要があり、この問題については 6.2.4(2)において検討を行う。

本節 3.3 では、予防接種制度において国が擁する 2 つのリスク、予防接種法改正により変化した国の責任領域、そして、予防接種に際して行使される誘導手段について、手塚（2010）の分析を基に検討を行い、続いて、義務接種の廃止に関してリスク社会論におけるベックとルーマンの主張に関わる問題を提起した。次の 3.4 においては、本論が日本の「第二の近代」化の様相を探求するために事例とする、子宮頸がんワクチン事業についての実証的なデータおよび情報を示すこととする。

3.4　子宮頸がんとワクチン

本節では、本論が事例として取り上げた子宮頸がんワクチン事業の内容を、より明確にすることを目指して、3.4.1 では、その原因、発症率などを含めて、子宮頸がんとはどのような疾病であるのかについて、3.4.2 ではその予防策として製造された子宮頸がんワクチンの特徴を示す。続く 3.4.3 においては、その副反応被害と救済の状況を詳しく検討する。

3.4.1　子宮頸がんという疾病

子宮頸がんは、女性の子宮の入り口付近に発生するがんであり、主に性交渉により「ヒトパピローマウイルス（Human Papillomavirus、以下 HPV）に感染することにより発症するとされている。（大谷・三瀬 2009:116-117；安田2013:7）。子宮の頸部に発生するため、婦

人科の診察での観察で発見されやすく、早期に発見すれば、比較的治療も容易で予後の経過も良いものであるが、進行すると治療が難しく、他のがんと同様に早期発見が重要とされている[20]。

子宮頸がんは、HPV への感染により前がん病変を発症した後、浸潤がんとなるプロセスが判明しているが、このウイルスに感染して細胞に異形成ができても、90%は 2 年以内に自然消滅すると言われている（黒川 2015:148[21]）。HPV の種類は 100 以上あり、がんを引き起こす可能性が高いとされるハイリスク型のものは 15 種類ほどあり、その中の 16 型と 18 型が子宮頸がんの発生に関わっていると言われている（厚生労働省 2010a:2）。日本での子宮頸がんの罹患数は、年間で約 10900 件であり、その内の約 2900 人が死亡している[22]。現在行われている子宮頸がんの検診方法は有効であるが、日本における検診受診率は 25%程度[23]しかなく、前がん病変の早期発見が遅れがちなため、ワクチンができれば予防効果を高めると考えられている[24]。

3.4.2 子宮頸がんワクチン

この子宮頸がんを予防できるとして開発されたのが、子宮頸がんワクチンである。子宮頸がんワクチンは、世界保健機関（WHO）の推奨である「前がん病変の予防」指標に基づく臨床試験において、ほぼ 100%の予防効果が、現段階では約 9 年間継続することが解っており、統計モデルによる計算では、20 年以上の効果継続が期待できるとされている[25]。

(1) ワクチンの概要と日本での実施経緯

---

[20] 国立がん研究センターがん情報サービス HP, https://ganjoho.jp/public/cancer/cervix_uteri/, 2018 年 4 月閲覧。

[21] 黒川（2015）内の隈本邦彦による「証言二」参照。

[22] この子宮頸がんの罹患数は、地域がん登録全国推計値 2012 年の値であり、死亡者数は、人口動態統計 2014 年の値である。国立がん研究センターがん情報サービス HP, https://ganjoho.jp/public/cancer/cervix_uteri/, 2018 年 4 月閲覧。

[23] この 25%という数値は子宮頸がん征圧をめざす専門家会議の 2008 年から 2012 年に製作された HP（http://www.cczeropro.jp/qa/371/394.html）による数字であるが、国立がん研究センターがん情報サービス（https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening_p06.html）の情報では、2016 年の子宮頸がん検診受験率（20 歳～69 歳）の全国平均は 42.3%となっており、大幅に増加している。

[24] 子宮頸がん征圧をめざす専門家会議 HP, http://www.cczeropro.jp/qa/371/394.html, 2018 年 4 月閲覧。

[25] 子宮頸がん征圧をめざす専門家会議 HP, http://www.cczeropro.jp/qa/369/379.html, 2018 年 4 月閲覧。

現在、日本で流通しているワクチンは 2 種あり、1 つはイギリス、GSK 社の、HPV16 型と 18 型の 2 つの HPV に有効な 2 価ワクチンのサーバリックスと、もう 1 つはアメリカ、MSD 社の、HPV6 型、11 型、16 型、18 型 4 つの HPV に有効である 4 価ワクチン、ガーダシルである（はた 2016：15-16）。これらのワクチンは 2 つとも、遺伝子組み換え技術を用いた方法で製造されている。サーバリックスは、HPV ウイルスの外側の殻のタンパク質を作る DNA だけを、イラクサギンウワバという蛾の培養細胞に入れて増やすという方法で製造されており、免疫賦活剤（アジュバンド）[26]として水酸化アルミニウムとモノホスホリルリピド A[27]（MPL）が含まれている。一方、ガーダシルは、酵母の遺伝子を組み替えて、酵母に HPV の外側の殻を作らせるという方法が用いられており、免疫賦活剤としてはアルミニウムを主体としたものが添加されている（はた 2016:15-16; 黒川 2015:146-147[28]）。

日本では、サーバリックスが、2009 年 10 月に厚生労働省により認可を受け 12 月から販売され、ガーダシルは、2011 年 7 月に認可され 8 月から販売が開始されており、2 つのワクチンはいずれも計 3 回の接種が必要である（厚生労働省 2011a; MSD HP[29]）。接種費用は地方自治体によっても異なるが、およそ 5 万円と高額であることから、厚生労働省は 2010 年度から「ワクチン接種緊急促進事業」を実施し、各自治体が行う接種事業に公費助成を行った（厚生労働省 2010b）。その結果、大多数の接種対象者（小学 6 年から高校 3 年の女子[30]）は、ほとんどの自治体で、この接種を無料または費用の一部負担により受けることが可能となった（子宮頸がん征圧をめざす専門家会議 2012:7-8）。2013 年 4 月、こ

---

[26] 免疫賦活剤（アジュバンド）とは、ワクチンの効果を高める物質であり、それ自体には免疫を誘導する作用はないが、トキソイドや微生物由来の成分と混合して接種した場合に、免疫誘導力を高め、免疫を長期化する力を持つ。日本では一般的にアルミニウム（水酸化アルミニウムやリン酸アルミニウム）が使用されている（大谷・三瀬 2009:39）。

[27] アジュバンドには、他に細胞壁の構成成分の 1 つである、リピド A から由来したものも存在する。リピド A は、細菌の内毒素（細菌が作り菌の外側に放出する毒素を外毒素と呼ぶのに対し、細菌の構成物それ自体が持つ毒素のこと）の 1 つであるリポ多糖中に存在するもので、これが血管内に入ると高熱やショックを起こすので、注射液の製造時にはこれが混入しないように細心の注意を必要とするものである（大谷・三瀬 2009:37）。

[28] 黒川（2015）内の隈本邦彦による「証言二」参照。

[29] MSD HP, 「ニュースルーム」2011 年 7 月 1 日、http://www.msd.co.jp/Pages/NewsRoomDisclaimer.aspx, 2014 年 7 月閲覧。

[30] この年齢群は、子宮頸がんワクチンが公費助成対象となっていた時のものであり、自治体により、対象年齢には多少のずれがある（子宮頸がん征圧をめざす専門家会議 2012:7-8）。定期接種になってからの対象年齢は、小学 6 年から高校 1 年相当の女子とされている（厚生労働省 2013a）。

れらのワクチンは努力義務がある定期接種となり[31]、販売開始から 2017 年 8 月 31 日までに、両ワクチンを合わせて約 340 万人が接種を受けた（薬害オンブズパースン会議 2018:10）。

サーバリックスの医薬品添付文書においては、このワクチンが HPV の内の 16 型と 18 型の感染を予防するとされているが、この 2 つの HPV による子宮頸がんの日本人の発症率は、子宮頸がん全体の約半分であり（黒川 2015:74）、日本人女性における 16 型および 18 型の感染率はそれぞれ 0.5%および 0.2%である（はた 2016:14,26）。また、ワクチンの接種を受けて予防効果が期待できるのは、6～10 年とされており、中学 1 年の 13 才で接種しても、大学卒業時の 20 代には効果は消滅し、再接種が必要とされると考えられている（安田 2013:10-11; 黒川 2015:195[32]）。

さらに、これらのワクチンには 2 つとも、通常、医薬品を選択する際にその有効性や安全性を示す指針となる、実際に子宮頸がんへの罹患を減らしたという実績が、使用開始時には存在していなかった。厚生労働省も「子宮頸がん予防ワクチンは新しいワクチンのため、子宮頸がんそのものを予防する効果は証明されていない」と明言している（厚生労働省 2010a,2013c; 安田 2013:11; 黒川 2015:75,147-151[33]）。

(2) 欧米製ワクチンの日本での適用

前(1)で述べたように、これら 2 つのワクチンは、イギリスとアメリカで製造されたものである。言うまでもなく、第二次大戦後から日本は著しく欧米化したとはいえ、これらの国と日本はその歴史や文化において同一ではない。

子宮頸がんは、性交渉により HPV に感染することで発症するがんであり、その効果も、被接種者において性交経験がないことが前提となっている（安田 2013:13）。ここで注目すべきであるのは、日本の女性の性的活動が、欧米の女性と同じ時期に始まるのかという問題である。これは大変デリケートで個人的な問題であり、アンケート調査の結果なども信憑性が問題となるところであるが、10 代の妊娠率からの推測は可能と考える。

ワクチンの接種対象は各々、サーバリックが 10 才以上、ガーダシルが 9 才以上の女子だが、日本での接種対象年齢は、小学校 6 年または中学 1 年から高校 1 年生相当の年齢（お

---

[31] 厚生労働省 HP, 予防接種法の一部を改正する法律の施行等について, http://www.mhlw. go.jp/topics/bcg/tp250330-2.html, 2014 年 8 月閲覧。
[32] 黒川（2015）内の西岡久寿樹による「証言三」参照。
[33] 黒川（2015）内の隈本邦彦による「証言二」参照。

およそ 12 歳から 16 歳）である。そこで、10 代（15 才から 19 才）の女性の妊娠率を比較すると、2012 年の 10 代女性 1000 人中での妊娠数は、最多がニジェールの 208 人、最少が韓国の 1.7 人であり、アメリカが 30 人、イギリスが 18 人、日本は 4.5 人である[34]。この数値だけで、その国の女性の性的活動開始の時期を特定することはできないが、10 代で妊娠する率が低いということは、それだけ性的な活動もその年齢群では少ないという推定は可能であると考える。2.2.5 において、何をリスクと認識するかは文化により異なるというメアリー・ダクラスの主張に言及したが、性的活動が 10 代で活発になる文化圏と、そうでない文化圏があるとすれば、子宮頸がんワクチンの接種対象年齢に関しても、欧米の現状を、そのまま日本という異なる文化圏に適用することには問題があると考える。この点については、6.2.6 および 6.3.3 において論議を展開する。

次項 3.4.3 では、この子宮頸がんワクチンを選択した結果、若い女性達が被った副反応被害とはどのようなものであるかについて、詳しい見分を行う。

3.4.3　重篤かつ多岐にわたる副反応

(1) 副反応被害の大きさ

2 つの子宮頸がんワクチン、サーバリックスとガーダシルは、その効果の保証が明確でないまま、国内での臨床実験（治験）を途中で打ち切って承認され[35]、接種が開始となり、定期接種に指定される以前は各自治体が公費助成を行い、金銭的負担を軽減することで接種がしやすい環境が整備された。しかし、2011 年に東京都杉並区の女子中学生が、ワクチン接種 3 日後に死亡した事件をきっかけに、その副反応被害が大きく注目を集めることとなった[36]。これら 2 つのワクチンは、2017 年 8 月末までに約 340 万人が接種を受けたが、

---

34 2015 年のデータでは、ニジェール 201 人、韓国 1.5 人、アメリカ 21 人、イギリス 13.9 人、日本 3.9 人であり、全体的に減少傾向にある。
The World Bank Data, Adolescent fertility rate(births per 1000 women ages 15-19), https://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT?locations=NE-JP-KR-US-GB&order=wbapi_data_value_2012+wbapi_data_value+wbapi_data_value-last&sort=asc, 2018 年 4 月閲覧。

35 2009 年 8 月 31 日開催の厚生労働省薬事・食品衛生審議会医薬品第二部会議事録に「本剤（サーバリックス）は、厚生労働省の指導により国内臨床試験の終了を待たずに平成 19 年 9 月 26 日に本剤の製造販売承認申請がなされている」という記述があるが、なぜ臨床試験を途中で打ち切ったのかについては明らかにされていない。
http://www.mhlw.go .jp/shingi/2009/08/txt/s0831-1.txt, 2015 年 8 月閲覧。

36 日本経済新聞電子版、2011 年 9 月 11 日 10：11 配信
http://www.nikkei.com/article/DGXNASDG1204E_T10C11A9CR0000/?at=DGXZZO019557 9008122009000000, 2014 年 7 月閲覧。

薬事法が定める副反応報告義務により報告された有害事象報告は、3130 件に上り、その内の 1784 件が重篤な症状とされている[37]。つまり、10 万人に 92 人が、なんらかの副反応症状を訴え、10 万人に 52 人の割合で重篤な副反応が発生したことになる（薬害オンブズパースン会議 2018:10）。

日本における子宮頸がんによる死亡者は、人口 10 万人当たり 4.2 人～5.3 人であり、その内、サーバリックスが予防するとされる 16 型と 18 型の HPV による死亡は、10 万人に 2.1 人～2.6 人と推定されている（黒川 2015:153[38]）。10 万人に 52 人という重篤な副反応の発生は、10 万人に 2 人の死亡を防ぐためには、極めて高いと言わざるを得ない。

これら 2 つのワクチンは、アフリカ、アジア、オーストラリア、ヨーロッパおよびアメリカ、そして南アメリカ諸国でも使用されており、これらの地域での副反応については、2017 年 1 月で 56168 件の報告があり、その内、重篤な症例が 7894 件、死亡は 412 件、障害が残った例は 2509 件、症状からの未回復は 11108 件等の報告がなされている[39]。

(2) 多岐にわたる重い副反応症状

「高校 1 年の終わりにサーバリックスの 1 回目の後、生理が止まり、2 回目の接種をして、入浴後失神して 40 度の熱を出して以来、6 年間、歩行障害、失神、全身の脱力で椅子に座っていても自分の身体を支えられなくなり、入浴もトイレも母親の介助なしではできなくなった。現在は手足が思うように動かず、外出は車いすがなければできない状態で、手足が異常に冷たくなったり、汗をかいたり、頭痛、倦怠感、硬直、耳鳴り、高次脳機能障害[40]、視野欠損、音や刺激への過敏などに苦しんでいる。この 6 年間で受診した病院は 20 か所以上、入退院は 25 回になる。」これは、被害者本人の発言をまとめたものである（井上 2017:46-50）。加えて、「母親の私のことがわからない、お母さんがいなくなったから探してほしいと言われる、毎日一度も途切れない頭痛と関節痛が持続している、傷む足が右

---

37 この内 2 人は死亡している。2013 年 5 月 16 日の毎日新聞（東京朝刊 27 頁）参照。

38 ここでの数値は黒川（2015）内の隈本邦彦による「証言二」からの引用であるが、この時点でのワクチンの接種数が、薬害オンブズパースン会議（2018）の数値と同じ 340 万人であることから、データとして引用することに差支えないと判断した。

39 Sane.Vax, INC. http://sanevax.org/media-about/who/, 2018 年 4 月閲覧。

40 高次脳機能障害とは、前向性および逆行性の健忘症症候群を指す。前向性の場合は脳の受傷や疾患が起こると、新しい情報や出来事を覚えることができなくなり、健忘の開始以後に起こった出来事の記憶が保持できなくなる。逆行性の場合は、発症以前の記憶の喪失、特に出来事や体験に関する記憶が強く障害を受ける。国立障害者リハビリセンターHP, 高次脳機能障害情報・支援センター, http://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/rikai/shoujou/, 2018 年 4 月閲覧。

から左へ、また左から右へと移動するなど、50 を超える症状に苦しんでいる上に、見た目は普通に見えるので学校でいじめにあっている」と語るのは、別の被害者の保護者である（井上 2017:26-28）。

このように、子宮頸がんワクチンの副反応被害の症状は大変深刻で、多岐にわたるものである。その内容は、接種部位の疼痛、腫れなどの予防接種に一般的な反応から、じんましん、発熱、嘔吐、頭痛、めまい、倦怠感、失神、アナフィラキシーショック[41]、記憶・運動障害などから、ギランバレー症候群[42]などの難病に発展する例も多い（厚生労働省 2014b）。具体的には、ワクチン接種後に腕全体が腫れて上がらなくなった、吐き気が繰り返し起こる、全身での殴られるような痛み、生理が止まる、自分の意志とは関係なく身体が動く、家族の顔や自分の居る場所、時間がわからない、これまでできた計算やピアノ演奏が全くできなくなる、親の顔が認識できないなど、学校生活および日常生活の継続を困難とするような、極めて深刻な症状を呈している（全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会他 2014）。

これらの症状を発症した本人と保護者は、治療を求めて医師を訪ねるが、それらが新しいワクチンによって起こった副反応であるがゆえに、従来通りの検査を行っても「異常なし」と診断される。訪れた医療施設は、1 人最低でも 6 か所、多い人では 21 カ所もの病院へ通っており、医師には、「ヒステリーだ」、「副作用の動画をまねしているだけ」などの詐病扱いを受けることもあり、「親が騒ぐから治らない」などの心無い発言にさらされたという経験も存在する（全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会他 2014:52,59）。

このような被害に目を向け、同じような状況にある人々からの相談を受け付け、被害者同志の結束を図るために、2013 年 3 月には「全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会」[43]が発足した。群馬、神奈川、埼玉、千葉、大阪、福岡、北海道など、14 都道府県に支部が設立されている[44]。他に「薬害オンブズパースン会議」[45]などが支援に加わっており、被害と

---

41 種々の異物（食物や薬品）を原因として抗原抗体反応により惹起される重篤な過敏症アレルギー反応。処置が遅れると致命的となる。（永井 2013:37）。

42 急性多発神経炎のひとつの病型で、神経根と末梢神経が侵され、麻痺、疼痛があり、脳神経におよぶと呼吸困難などを呈する（永井 2013:522）。

43 一被害者の母親である松藤美香氏を代表とし、日野市市会議員の池田としえ氏を事務局長としている。HP, http://hpvv-danger.jp/

44 この情報は、全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会の更新された HP（https://hpvv-nonono.wixsite.com/mysite/blank-1）からの情報である。2018 年 4 月閲覧。

45 薬害被害救済における法的研究や相互援助、被害者救済のために 1997 年 6 月に発足した NGO。 HP, http://www.yakugai.gr.jp/

救済を訴える活動等を支援している。

2013 年 9 月、厚生労働省は、宮頸がんワクチンと痛みの因果関係は不明としながらも、ワクチン接種後の痛みの症状に対して、専門的な治療が受けられる 11 の病院を全国に指定した。これらの病院には、整形外科、麻酔科、心療内科、リハビリスタッフなどによる専門チームが配置されており、ワクチン接種後 2～4 週間が過ぎても痛みやしびれが続いている被接種者に対して、受診が呼びかけられた[46]。

(3) 副反応被害に対する救済システムと救済状況

日本では、定期接種もしくは臨時接種により健康被害が出た場合には、予防接種法の第 5 章（第 15 条から第 22 条）[47]により救済措置が取られ、任意接種により健康被害が出た場合は、医薬品医療機器総合機構[48]（以下 PMDA）の医薬品副作用被害救済制度により救済措置が取られることになっている[49]（安田 2013:37）。予防接種法による救済は、救済を受けようとする者が、接種を受けた市町村の担当に申請の届出を行い、厚生労働省の疾病・障害者認定審議会（感染症・予防接種審査分会）の審査を得て、ワクチンの副反応と認められた場合には、法令に定められた金額が支給される（三瀬・大谷 2009:168-169）。その内容は、医療費および医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料である。申請が認められなかった場合には、都道府県に対して審査を請求するか、不支給処分の取り消し行政訴訟を提起できる。一方、PMDA による救済においては、医薬品の副反応によ

---

46 読売新聞,2013 年 9 月 26 日（夕刊 1 頁）参照。

47 電子政府の総合窓口　e-Gov, 予防接種法, http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=323AC0000000068&openerCode=1#E, 2018 年 4 月閲覧。

48 医薬品医療機器総合機構（Pharmaceuticals and Medical Devices Agency: PMDA）は、1997 年に国立医薬品食品衛生研究所内に設置された、承認審査の補助のための医薬品医療機器審査センターと、その際の申請データの信頼性確認を行った医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構が、2004 年に医療機器センターの一部（医療機器の審査業務）と統合されてできた組織である（日本製薬工業協会 2017:1）。医薬品医療機器総合機構法（PMDA 法）は薬事に関して、この組織が管轄する法である。

49 任意接種において副反応被害が発症した場合の補償は、製薬会社から PMDA に拠出された財源と、自治体がかける予防接種賠償補償保険から支払われる（安田 2013:37-38）。
製薬企業は自社の薬品が副反応被害を起こした時の補償のために、医薬品医療機器総合機構（PMDA）に対して副作用拠出金を納付することになっている。これには、許可医薬品製造販売業者等が許可医薬品等の総出荷数量に応じて納付する一般拠出金と、PMDA が前年度に決定した副反応救済の原因となった許可医薬品等の製造販売業者が、一般拠出金とともに支払う付加拠出金がある。独立行政法人　医薬品医療機器総合機構（PMDA）HP,「拠出金の徴収」, https://www.pmda.go.jp/relief-services/contributions/0001.html, 2018 年 10 月閲覧。

り入院治療を必要とする程度の医療を受けた場合という条件があること、申請が認められなかった場合の審査請求は厚生労働大臣に対して行うこと、そして、医療費および医療手当の請求が 5 年で消滅することなどが、前者と異なっている（母里・古賀 2016:55-62）。

子宮頸がんワクチンの救済は、接種の時期により 2 通りに分かれており、2010 年 11 月から 2013 年 3 月 31 日の接種は、基金事業接種[50]および任意接種であるため、その時期の接種による被害の救済手続きは、PMDA 法に求める申請と審査となる。子宮頸がんワクチンの副反応被害の大半がこの時期の接種により発症している（母里・古賀 2016:60-61）。

厚生労働省に対して、子宮頸がんワクチンの副反応の疑いとして報告されたものには、企業（2009 年の販売開始から 2017 年 4 月末まで）および医療機関（2010 年から 2017 年 4 月末）までの報告で、総報告数が 3080 人であり、その内、医師または企業が重篤と判断した報告数は 1737 人となっている。これらに対して、2017 年 9 月末日までに、子宮頸がんワクチン接種との因果関係が否定できないとして救済が認定されたのは、予防接種法による救済対象 36 人の内 21 人であり、PMDA 法による救済は対象 436 人中、274 人である（厚生労働省 2017:1）。

(4) 訴訟提起の決断

2013 年 6 月、厚生労働省は、その症例について十分に情報提供できないという判断から、ワクチンを定期接種[51]に定めてからわずか 2 か月後、その積極的推奨を中止し（厚生労働省 2013b）、以来 2018 年 10 月現在まで、これらのワクチンの積極的推奨は再開されていない。

2014 年 1 月、厚生労働省のワクチン合同会議は、これらの症状に対して、「（注射の）針を刺した痛みが薬液による局所の腫れ等をきっかけとして、心身の反応が惹起され、この症状が慢性化した可能性がある」（厚生労働省 2014a）という見解を表明した。これに

---

50 基金とは、独立行政法人、公益法人等や地方公共団体が、国から交付された補助金等を原資として、特定の用途に充てるため、他の財産と区分して保有する金銭を指す。さらに、基金事業とは複数年度にわたる事業で、各年度の所要領をあらかじめ見込むことが難しく、弾力的な支出が必要であることその他の事情があり、あらかじめ当該複数年度にわたる財源を確保しておくことが安定的かつ効率的な実施に必要であると認められるものを指す（財務省主計局 2014）。子宮頸がんワクチンにおいては、2010 年 11 月接種開始のサーバリックスがこのような基金により任意接種として実施され、その後 2011 年 8 月にガーダシルが加えられた（母里・古賀 2016:42,60-62）。

51 国や自治体が推奨し、接種するよう努力義務がある接種。東京都福祉保健局 HP, http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/kansen/yobousesshu.html, 2015 年 3 月閲覧。

続いて、2015 年 12 月、世界保健機関（WHO）からは、「HPV ワクチンは、その使用の推奨を変更せざるを得ないような、いかなる安全上の懸念も見出されていない」という声明が発表された（World Health Organization 2015）。しかし、日本と同様の被害が、コロンビア、スペイン、イギリス、アイルランドにおいても報告されており、前述したようなワクチン接種後の重篤な症状が、世界中で発症している事実（薬害オンブズパースン会議 2018）は、子宮頸がんワクチンの副反応被害が、まさに、ベックが主張する「空間と時間を超えて共有される不可逆的な脅威」（2.2.3(1)参照）であることを示すものである。

2016 年 7 月に、子宮頸がんワクチンの副反応被害者 63 名は、国と GSK 社および MSD 社に対する損害賠償請求を、東京、名古屋、大阪および福岡の各地裁に提訴した[52]。この訴訟の目的は、被害に対する真の救済と再発防止であり、賠償請求の他に、副反応症状に対する研究体制および医療体制整備、被害者の教育および就職の支援、医療費の支援、十分な情報提供と無理解、偏見の解消、そして原因の究明と再発防止を掲げている（薬害オンブズパースン会議 2018:15）。

本第 3 章では、日本の予防接種制度の概要として、その成立から 3 度の法改正について整理を行い、手塚洋輔の分析を基に、予防接種制度における国の責任の変化について述べた。そして、本論が事例として取り上げる子宮頸がんワクチン事業について、子宮頸がんという疾病、その予防ために開発されたワクチンの特性、そして、その実施をめぐる経緯と、副反応の発生状況およびその実態について論じた。

子宮頸がんが性交渉を媒介として男性から感染し、これを予防するとされる子宮頸がんワクチンの接種対象が中学・高校に通う若い女性であることから、これらのワクチンの選択に関わった主体は、避けがたく、また自然に、若い女性とその保護者である母親であった。このことから、本論が日本の「第二の近代」化について論じるためには、日本の女性の近代化について考察することが不可欠であると考える。よって、次の第 4 章では、「第二の近代」化において進むとされている個人化の概念を軸に、女性の社会的状況およびその自己実現という視点から、ドイツと日本の女性の個人化の状況を歴史的に概観し、考察を展開する。

---

[52] HPV ワクチン薬害訴訟全国弁護団の「HPV ワクチン（子宮頸がんワクチン）薬害訴訟にあたっての声明」
https://www.hpv-yakugai.net/2016/07/27/%E6%8F%90%E8%A8%B4%E3%81%AB%E3%81%82%E3%81%9F%E3%81%A3%E3%81%A6%E3%81%AE%E5%A3%B0%E6%98%8E/,
2018 年 4 月閲覧。

第 4 章　子宮頸がんワクチンの接種対象者である女性―その近代化の歴史

前第 3 章においては、ワクチンという医薬品、それを提供する予防接種制度、そして、子宮頸がんワクチンの特徴とその副反応被害について論じた。

本第 4 章では、日本の「第二の近代」化の様相を検討するという本論の目的を達成するために、子宮頸がんワクチンの接種対象である日本の女性の近代化の状況を把握する。Beck と Beck-Gernsheim の共著である *Individualization*（2002）における‘From ‘living for others’ to ‘a life of one’s own’：Individualization and women’（Beck and Beck-Gernsheim 2002:54-84）では、「男性と女性の間の社会的不平等」という問題を核に、教育、労働、家族形成を含む男女関係、法および社会的地位などの多様な観点から、ドイツの女性が何から解放され、何を獲得し、どのような問題に直面しているか、つまり、個人化という現象をどのように経験してきたかについての議論が展開されている。本章では、この論考を土台として、女性史研究およびジェンダー論などを参考としながら、19 世紀から現代に至るまでのドイツ女性の個人化の歩みを整理し、明治期から現代の日本女性との比較を行う。ドイツと日本を比較する理由は、上述した Beck and Beck-Gernsheim の文献がドイツ女性をモデルに議論されていることに加えて、両国における女性の社会的状況には、ある時点までの共通点があるにも関わらず、現代の女性の在り方には明確な差異が生じており、この点が日本女性の個人化状況を理解する一助となり得ると考えたからである。

具体的には、教育、労働、男女の共生という 3 つの領域において、女性という主体が経験する「解放」と「再統合」の在り様、そして客観的な個人化および主観的な個人化の状況を通じて、主体による自己実現がどのように実現されてきたかを探り、ドイツと日本における女性の個人化の歴史的状況を知見する。

以下 4.1 では、2.3.2 においてその概要を示した個人化の概念から、意識レベルにおける個人化で求められる自己実現－個人が望む人生の追求について、そして解放と再統合および主観的個人化と客観的個人化という概念について確認する。続く 4.2 から 4.4 では、教育、労働、男女の共生というそれぞれの領域におけるドイツと日本の女性の個人化について検討を行う。最後に 4.5 において、これらの分析から理解されるドイツと日本の女性の社会的状況をまとめ、第 6 章において、子宮頸がんワクチンの選択主体である、日本女性の個人化の進展状況を探求するための歴史的背景を把握したいと考える。

4.1　女性と個人化

個人化の概念については、すでに第 2 章の 2.3.2 においてその概要を示した。ここでは、子宮頸がんワクチンの接種対象者である、女性の個人化の歴史的状況を読み取るために、意識レベルにおける個人化の指標としての自己実現―他者のためではなく、自分の理想を追求して生きるという理念と、個人化という現象で起こる 2 つの次元の「解放」と「再統合」についての確認を行う。

個人化はどのような歴史的時点においても、あらかじめ歴史的に与えられた社会形態および社会的関係性から解放されることから始まる。第一の近代においては、安定した財源を背景に、高い教育を受けることのできた市民層の男性が、伝統的な慣習や束縛から解放されて個人化を経験する。彼らにとっては、職業で成功することが理想の実現であり、すなわち自己実現であった（Beck 1986=1998:157;伊藤 2008:318; 2015:33-34）。このような市民層男性に比べて、女性の自己実現が、教育、労働、男女の共生という 3 つの領域において、どのように達成され、また、どの程度追求可能となったかを、女性の個人化の状況を理解する上での 1 つの指標として設定する。

市民層男性が経験したように、伝統的な社会関係性から解き放たれることは、個人化における「解放の次元」であり、解放によりそれまでの関係性を失った後、個人は、全く新しいやり方で社会に組み込まれる「再統合の次元」を経験する（Beck 1986 = 1998:253-254）。このように、第一の近代における個人化は、解放から再統合へと向かい完結するが、第二の近代では、第一の近代で再統合を担っていた家族や階級、共同体などの中間集団が弱体化し（伊藤 2015:31-33）、加えて、グローバル化により、国民国家としての関与や福祉国家としての力も弱まる。そのため、解放された個人は再統合されることなく、自身に降りかかるリスクに自身で立ち向かわねばならず、すなわち、個人と社会が直接的に結びつく関係となる（Beck 1986=1998:193,258）。

本論は、女性が教育、労働そして男性との共生において、何から解放され、どこへ再統合されたのか、または再統合され得ないのかについて検討することで、女性がこれまでどの程度個人化を進めているかを把握できると考える。加えて、この際には、個人の意識やアイデンティティのレベルにおける主観的な個人化と、社会システムが個人を単位とするようになる制度的レベルでの客観的な個人化（2.3.2(4)参照）という観点にも、注意を向けて分析を進めることとする。

4.2　教育理念における女性性－「他者のために生きる」

本節においては、Beck と Beck-Gernsheim による論考を分析の土台として援用し、ベックが個人化の諸次元として挙げた 3 つの次元の内、解放の次元と再統合の次元という概念に着目しながら、ドイツの女性が教育制度においてが経験した個人化について論じる。同様に日本女性の教育について検討を行い、教育という領野における両国の女性の個人化の状況を診断する。

4.2.1　教育おける女性の存在―ドイツ

ドイツでは 17 世紀末から 18 世紀を通じて、啓蒙主義および博愛主義が広がり、重農主義的立場からの農民層の教育が促進されたが、その対象はあくまで男子であり、女子のための教育機会は、19 世紀の半ばまでほとんど存在しなかった。庶民の女子は男子と同じ初等教育課程において、読み書き、算術に加えて、当時の女性が期待されていた手仕事を習得した（平野・松島編 1981: 49-50)。一方で、中流および上流階級女子のための私立学校も若干は存在したが、その教育は個人の能力の育成ではなく、親が決める「望ましい結婚」を得て、家族と夫のために生きる女性を育成するためのものであった（平野・松島編 1981: 50; Beck and Beck-Gernsheim 2002:57[1])。

変化の兆しは 19 世紀の終わりに現れる。ドイツでは、1889 年に女子のためのアビトゥア（Abitur）[2]過程が設立され、1896 年には初めて女性がこの資格を取得し[3]、1900 年には最初の女子大生が正規に大学を卒業した（Beck and Beck-Gernsheim 2002:57)。大学教育に注目すると、ドイツのハイデルベルグ大学は 1386 年の開校[4]であるが、女性が大学という高等教育機関に登場してくるのは、このように 19 世紀末であり、男性に比べて 500 年の遅れが生じている[5]。また 1898 年には、より高い学問的教養を女性にも与えるべきと

---

[1] Bäumer, G.（1902）“Geschichte und Stand der Frauenbildung in Deutschland,” in H. Lange, and G. Bäumer （eds.）*Handbuch der Frauenbewegung,* vol. 3*, Der Stand der Frauenbewegung in den Kulturländern* の 19 世紀における ‘education for future mothers in the people’ などのキャッチ・フレーズを参照のこととされている（Beck and Beck-Gernsheim 2002:77, 注 5)。

[2] アビトゥアとは、小学校 4 年とギムナジウム（大学教育に接続するドイツの中等学校）9 年、またはこれと同等の教育課程を修了した後に行われる卒業試験であり、原則として大学入学資格となる（タイヒラー2000:7)。

[3] 注 1 と同じ Bäumer, G.（1902）からの引用（Beck and Beck-Gernsheim 2002:57, 注 9)。

[4] ハイデルベルグ大学 HP, ‘History of Heidelberg University’ 参照。
http://www.uni-heidelberg.de/university/history/history.html, 2017 年 6 月閲覧。

[5] ちなみに、世界最初の大学であるイタリアのボローニャ大学は 1088 年の創設で、イギリス

いう主張が起こり、女子のギムナジウム[6]の設置が提案された。しかし、この提案は、女性は元来、研究能力と意志に欠け、かつドイツ女性は「有能な主婦」たるべく一般的教養を習得することで十分であるという理由から、当時の政府により否認された（世界教育史研究会 1977:51-52）。

第一次世界大戦終結後のドイツでは、大戦以前の教育改革が結実し、詳細な教育規定が定められ、教育機会の開放、公民・労働教育、男女共学等が実現された（岩本他編 1984:196）。しかし、ナチス党が政権を取ると、高等教育機関は厳しい統制下におかれ（タイヒラー 2000:1）、1933 年、大学は男女が分離され、軍事・経済分野での技術者の需要に応じて、女性の人文科学および医学分野での大学進学が推奨された。しかし、その指導要領は、女性に対して主婦および母親の役割をも求めるもので、家政、手芸、保育、保健、人種生物学を必修科目とし、大学進学には家政の試験合格が必須とされた（Frevert 1986=1990:201-202）。

第二次世界大戦後においても、教育における女性の処遇改善は、明らかな遅れを見せた。ドイツ連邦共和国[7]では、1960 年代になって教育の拡大が図られ、長い間の女性の教育上の不利益が社会問題として議論された結果、高等教育を受ける女子が増加した。1980 年代の女性は、その 20 年前に比べてより長く教育機関に留まるようになり、学校における男女のより公平な扱いと資格付与という質的な変化も見られるようになった。その結果、男女共学の学校が増え、男女共通のシラバスが整備され、教師の側も男女を対等に扱う準備が出来上がっていった（Beck and Beck-Gernsheim 2002:57-58）。

4.2.2　日本の女子教育－ドイツとの類似性

(1) 第二次世界大戦まで

日本では、17 世紀以降（江戸時代）、朝廷および幕府が学問を推奨したが、その教育は武士階級の男子の養育が目的であり、一般庶民の男子はもとより、女子も除外された。江

のオックスフォード大学は 12 世紀初頭の創設である。ボローニャ大学 HP, 'I numeri della storia', http://www.unibo.it/it/ateneo/chi-siamo/la-nostra-storia/i-numeri-della-storia, オックスフォード大学 HP, 'Introduction and history', https://www.ox.ac.uk/about/organisation/history?wssl=1, 2017 年 6 月閲覧。

[6] 当時のドイツの初等教育は、民衆学校と予備学校に分かれており、予備学校（6 歳から 3 年）修了後の進学は、ギムナジウム、実科ギムナジウム、高等実科学校（それぞれ 9 歳から 10 年）と中間学校（9 歳から 6 年）の 4 つに分かれていた（世界教育史研究会 1977:51,59）。

[7] 第二次世界大戦後 1949 年に、ドイツはドイツ連邦共和国（西ドイツ）とドイツ民主主義共和国（東ドイツ）に分裂し、1990 年にドイツ連邦共和国として統一された（松村 1995:2535）。

戸時代の女子教育は、儒教に基本を置くもので[8]、読書、習字、作文、詠歌、調理、裁縫、機織などの習得に加えて、初歩の茶道・華道で十分とされ、男子と同じく学問を志すことは婦人の人生に害を成すと考えられた。しかし、江戸時代も後期になると、庶民の教育も家庭から寺子屋[9]という学校へ託されるようになり、明治初年には、1 万 3000 を超える寺子屋が約 74 万人の子供を教えており、男女の比率は 7 対 2 であった（櫻井 1943:5-7）。

徳川幕府が瓦解して新政府が成立すると、1871 年（明治 4 年[10]）には文部省が設置され、その翌年、官立の東京女学校[11]が開校した。明治維新後の日本では、文明開化の思潮の高まりを受けて洋学が急速に拡大しており、華族の女子を対象に英語や和洋の女性の仕事が教授された（森 1984:18; 櫻井 1943:13-16）。また同年、明治政府は学制[12]を公布し、小学校の設置において「一般ノ女子男子ト等シク教育ヲ被ラシムヘキ事」とし、初等教育においては、少なくとも男女が平等に扱われることとなったが、中学については男子の中学が女子を「併せ教える」ことと定められた（櫻井 1943: 20-23）。1874 年（明 7）に女子師範学校が設置され、1882 年（明 15）には、この女子師範学校の付属高等女学校が開校したが、これは小学校 6 年修了者が対象の 5 年課程で、女性のための礼節、家政、育児等を主要学科とするものであった（森 1984: 31,42）。20 世紀になり、1900 年（明 33）には新たに小学校令が改正され、就学の義務が明確化された。小学校への就学率は飛躍的に上昇し、1887 年（明 20）には、男子 60%、女子 28%、全体では 45%であったのが、1912 年（明 45・大正元年）には、それぞれ 99%、98%、全体で 98%となった（森 1984:62-64）[13]。

女子教育に関しては、1899 年（明 32）に高等女学校令が公布され、入学資格を男子中学校と同様に定めて、各府県にその設置を義務付けるとともに、私立校の設置も認められた。この高等女学校は、中流層以上の女子を対象に「良妻賢母主義」の教育を行うことが

---

8 儒学の古典における、婦人は「結婚前には父に、結婚後は夫に、夫の死後は子に従う」とする三従や、婦徳（貞節）、婦言（言葉）、婦容（身なり）、婦功（家事）を女性の徳目とする四徳（四行）などを指す。（新村 1998:1110）。

9 寺子屋は、鎌倉時代末期から江戸時代を通じて普及し、初めは寺院において僧侶が、後には武士、浪人、医師、神官などが教師となり、9 歳前後の男女が 3 年から 5 年の間、習字、読書き、珠算、武芸や漢学、裁縫等の科目を習得した（櫻井 1943:6-7）。

10 西暦の後に（）で表示する日本の年号については、4 章の日本関係事項においてのみ適宜示すものとし、2 回目以降は、明治は「明」、大正は「大」、昭和は「昭」、平成は「平」の略語で示すこととする。

11 東京女学校の修業年限は、下等と上等に 2 分された計 6 年であり、それぞれ、国書・英学・雑工・手芸と国書・手芸・英学が課せられた（櫻井 1943:15）。

12 この学制では、全国を 8 大学区、32 中学区、210 の小学区に分けて大学、中学、小学を設置し、その他に専門学校、外国語学校、師範学校等の整備も行われた（櫻井 1943:23）。

13 森（1984）64 頁、表 IV-1 を参照した。

その目的であり、修養科目は、修身、国語、外国語、歴史、地理、数学、理科、家事、裁縫、習字、図画、音楽、体操の他に、教育、漢文、手芸が随意付加可能とされている（森 1984:68-69）。明治 40 年代には高等女学校が急増するが、修業年限、科目および学習内容は、男子の中学校課程と比べて小規模および低度に設定されており、中等教育において男女の水準に差を設ける政策が反映された（森 1984:68-69）[14]。

大正時代に入り、産業の近代化と増産に伴い中産階級が増加して、一般民衆の社会的および政治的自覚が進み、都市における大衆文化が拡大した。1914 年（大 3）に始まった第一次世界大戦は、政治、経済の面だけでなく、社会、特に教育の領野にも変動をもたらした。大正年間には、17 校の女子専門学校が開設され、音楽、医学、文学、家政学等の分野で高等教育が行われた。1913 年（大 2）には、女子の大学入学制度についての審議が申し入れられたが、女子のための大学制度の設置は時期尚早とされ、実現には至らなかった（櫻井 1943:246-252）[15]。

昭和になり、世界恐慌の影響により経済不況が深刻化すると、軍部が勢力を増して全体主義が台頭し、教育もその影響を受けた。第一次世界大戦後には、当時の女性の品行が放縦かつ過激に傾き易いものであるという批判が起こり、成人教育および婦人教育の奨励気運が高まり、1930 年（昭和 5）には「家庭教育振興ニ関スル件」の訓令により、日本固有の美風を取り戻し、本来の家庭教育の意義を発展させることが喚起された（森 1984:85）。政府は 1937 年（昭 12）に「国体の本義」を、1941 年（昭 16）には「臣民の道」を刊行し、天皇が日本国の主体であること（国体明徴）を教育に反映させることに努めた（森 1984:89-:91）。同年、従来の小学校令を改正し、「皇国ノ道ニ則リテ初等普通教育ヲ施シ国民ノ基礎的錬成ヲ成ス」という目的をもって国民学校令が公布された。日本が第二次世界大戦に突入した 1941 年（昭 16）の国民学校高等科の授業時数では、男子 5 時間の実業科目（農業、工業、商業、水産）が女子は 2 時間となっており、女子には芸能科目の家事お

[14] 一方で、アメリカで宗教学、教育学を学んだ成瀬仁蔵は、1896 年（明 29）に『女子教育』を出版し、女子の高等教育の必要性を説いた。成瀬は、女子教育不振の原因は、国家の使命を自覚した婦人を育成する方針の欠如であり、裁縫や料理、技芸等の科目だけでなく、道徳、知能、体格の面においても高度な学問的知識を与え、女子を人として、婦人として、国民として教育することを主張し、1901 年（明 34）、日本初の女子のための大学として日本女子大学を開校した（小河 1995:198-201）。

[15] しかしながら、同年、東北帝国大学が日本で初めて女子 3 名の入学を許可し、4 年後に初の女性学士を輩出した。続いて、1918 年（大 7）に北海道帝国大学が、1922 年（大 11）には同志社大学が女子の学部入学を許可し、1925 年（大 14）には、九州帝国大学が法文学部および農学部を開設して女子に門戸を開いた（櫻井 1943:246-252）。

よび裁縫が 5 時間付加されている（森 1984:92-93）[16]。

1944 年（昭 19）8 月には、学徒勤労令ならびに女子挺身勤労令が公布され、女子学生・生徒も工場や農場に徴用され、学校は工場となり、教育の場および学習の機会は完全に失われた（森 1984:97）。

(2) 第二次世界大戦後－教育制度の改革

1945 年（昭 20）8 月、第二次世界大戦に敗戦した日本は、連合国総司令部（General Headquarters: 以下 GHQ）の管轄下に置かれた。1946 年（昭 21）、民主主義および平和主義を理念とする「日本国憲法」が公布され、教育に関しても幾つかの条項が定められた。中でも、第 26 条の「教育を受ける権利および義務」の規定により、日本国民には、能力に応じて教育を受ける機会が均等に付与され、その普及のための義務教育の無償化も明言された。日本国憲法の精神に則った教育の基本原則としては、1947 年（昭 22）の「教育基本法」[17]に続いて、同年、教育改革を具体的に制度化した「学校教育法」が公布された。これは、教育の機会均等と男女の差別の撤廃を定め、学校制度を 6・3・3・4 制と単純化し、中学3年までを義務教育とすることで、普通教育の向上を目指すものであった（森 1984: 106-107;109-110）。

戦争が終結し、民主主義国家が成立して、このような民主主義的な学校制度が確立されたからといって、すべての日本国民子弟が即座にその恩恵に浴したわけではない。高等学校（以下高校）への進学率は、1950 年（昭 25）では男子 48%、女子 36.7%、全体では 42.5%であり、女子は男子より 1 割ほど低かった。1975 年（昭 50）以降は男女とも 90%を超えるようになるが、高校進学において男女平等となるのには 30 年余が必要であった。また、4 年制大学（以下大学）および短期大学（以下短大）等の高等教育への進学は、1960 年（昭 35）までは、男子（大学）が 15%、女子（大学・短大合計）は 5%をわずかに超える程度であったが、1965 年以降の 10 年間で、男子（大学）は 43%、女子（大学・短大）で 32.4%まで急増した。1975 年以降は、女子は横ばい状態が続くが、男子は徐々に低下し、1990 年頃には、男子は女子に逆転される（井上・江原 1991:116-117）。

高校における男女の学科選択に注目すると、2003 年（平 3）では、1 位は男女ともに普

16 森（1984）93 頁、表 IV-2 を参照した。

17 「教育基本法」は、戦前のような天皇による勅命ではなく、法律主義の原則に従って国会で制定され、教育の理念や目的が、憲法における理想の実現にあることを明らかにし、教育の体制を憲法に基づいて定めたものである（森 1984:109）。

通科であるが、2 位以降は、男子は工業科、商業化であるのに対し、女子では商業科、総合学科であり、看護系に進む男子が稀であるのと同様に、工業科を選択する女子が 2%弱と、大変少ない傾向にある（井上・江原 2005:104）。さらに、大学教育での学問的内容に関する 2003 年の調査では、社会科学専攻が女子 30.3%、男子 44.8%で最も多く、それに次いで、女子は人文科学（27.8%）、教育（8.5%）、家政（5.0%）、男子は工学（26.4%）、人文科学（8.8%）、理学（4.3%）となっており、「女子は文系、男子は理系」というジェンダーバイアスは、依然として健在である（井上・江原 2005:104-105）。このような現象は、江戸時代以前からの日本の女子教育が、家庭を築き、それを守るための内容に限定されてきたことの影響を示すものであり、施された教育の影響は、法や制度が改革されても容易には変化せず、長い間残るものであることが解る。

このように、日本の女性における理科系教育への就学が限定される傾向があることは、科学的分野に関して、ベックが主張する「非知」の状況が形成され、ギデンズの言うところの、専門知への信頼形成が促進される「社会化」の土台となっているとも考えられる（2.2.4 の(3)参照）。これについては、第 6 章を通じて考察を展開する。

4.2.3　男性優位性からの「解放」と自己実現への土台形成

前 2 項においては、教育におけるドイツと日本の女性の歴史的状況を簡潔に示した。ドイツでも日本でも、女性は男性と同等の存在ではなく、下層階級の女子が、ごく基本的な読み・書き・算術に加えて期待されていたのは、労働力としての手仕事の習得であり、中流および上流では、親の決めた結婚により家族と夫に仕える有能な主婦、つまり良妻賢母として「他者のために生きる存在」となるためのものであったことは、洋の東西を問わず共通した状況であったと言える。

日本において、男女に同等の教育が与えられるべきとされた学制の発布は、1872 年（明 5）という 19 世紀も後半のことであり、教育機会の男女平等が制度として認識された時期についても、ドイツと日本に大差は見られない。また、大学が女性を受け入れた時期も、ドイツが 1900 年であり日本では 1913 年と同時期であり、ドイツも日本も 19 世紀半ばから 20 世紀にかけて、女子教育の急速な発展が見られる点は共通している。

ドイツにおける女子教育は、男子のそれよりも非常に遅れてその必要性が認識されたが、教育制度はその受け入れから資格、シラバス等において次第に男女の平等を実現した。これは教育という制度が、男性を中心とした社会を単位としてきたことから、女性をも個人

としてその単位としたこと、つまりドイツにおける教育制度の客観的な個人化を意味している（2.3.2(4)参照）。日本もまたドイツとほぼ同時期に、制度上は教育機会の男女平等が成立している。2 つの国における教育制度上の性別による不平等の解消は、「男子優先」という社会規範から女性が解き放たれ、男性と等しい教育機会に再統合されたことを意味する。

しかし一方で、女子に対する教育内容は、男子が享受するものと全く同一ではなく、家業の助けとなる手仕事の習得や、結婚して妻や母として家族のため生きる、つまり「他者のため生きる」ことに有効な内容が重視されてきた。日本においても、女性の理科系科目の履修に偏りが在り、「男子は理系、女子は文系」というジェンダーバイアスが残存していることは、教育制度が客観的な個人化を遂げることで近代化しながらも、「性別による身分差別」（Beck1986=1998:220）という反近代性を残存させたものであることを意味していると考える。このような女性における理科系科目への敬遠は、科学に対する理解から女性を除外し、科学が理解できないからこそ科学への敬意を育み、結果として専門的技術知識を非知のまま信頼することになるという、ギデンズの主張と繋がるものである（2.2.4(3)参照）。

加えて、大学教育においては、女性の極度に長い不在が、第二次大戦後に一挙に解決されたことにおける圧縮性とそれによる歪みが、様々な形で現代の女性の生き方に影響を及ぼしているのではないかという疑問も禁じ得ないものである。

次節 4.3 では、教育を終えて参加する労働という領域で、女性はどのような環境に置かれ、いかなる個人化を経験したのかについて、ドイツと日本の女性労働についての検討を行う。

4.3 「他者のための存在」から職業による自立と社会参加へ

4.2 で論じたように、男女間の教育の機会がより平等になると、「教育程度が低い」ことを理由に女性の労働意欲を退けることはもはや不可能となり、労働市場において女性が男性の下位に置かれる必然性は失われた。女性が男性と同等の教育と適切なコミュニケーションのスキルを持つことで、女性の従属性の上に強固に形成された、男性の優位性は終わりを告げることとなった（Beck and Beck-Gernsheim 2002:59）。4.2 に引き続き、本節 4.3 では、ドイツと日本の女性の個人化の土台形成を把握するために、労働を通じて女性がどのような課題と直面し、いかに対処してきたかについての検討を行う。

4.3.1　労働におけるドイツ女性

(1) 主婦から労働者へ、労働者から主婦へ

産業社会においては、それ以前からの仕事と生活の統一性が崩壊し、性別による労働区分が現れ、男性は家庭の外で生活の糧を獲得し、女性は家庭という私的世界に入った。しかし、このような性別による役割分担は、ブルジョワ層に限られたモデルであり、下層階級においては、男性の賃金が家族を養うにはまったく不十分であり、妻と子供も働かなければならなかったため、彼らには常に当てはまらなかった[18]。ブルジョワ階級女性の職業活動にしても、それは結婚するまでに限定されており、既婚女性の居る場所は家庭と定められていた（Beck and Beck-Gernsheim 2002:60-61）[19]。

20 世紀には世界大戦が 2 度も起こり、女性の労働も平和時とはまた異なる展開を見せた。ドイツでは、第一次世界大戦中に一時的に生産が減退し就業者数も減少したが、その後は軍需産業における労働力の需要が増し、軍隊に動員された男性の代わりに、女性の就業が増加した[20]。しかし、1916 年の「祖国労働奉仕法」[21]は、法的な強制労働を男性に限定したため、女性は公的には解雇されたが（Beck and Beck-Gernsheim 2002:61)、一方で自発的に軍需生産に参加すべしとする風潮があり、実際の女性の就業は増加した（Frevert 1986=1990:142; 姫岡 1993:119-120)。

1920 年代になり経済が陰り始めると、失業はまず既婚女性を直撃し、1929 年の大恐慌後には、一般的な女性雇用と「夫婦二人で稼ぐこと（dual earner)」に対する激しい論争が展開された（Beck and Beck-Gernsheim 2002:61）[22]。この背景には、1908 年に全ドイツで女子の大学入学が許可されて以来、大卒で専門職に就く女性が増え[23]、費用と時間を

---

[18] Honegger, C. and Heintz, B.（eds.）（1981）*Listen der Ohnmacht Zur Sozialgeschichte weiblicher Widerstandsformen* からの引用（Beck and Beck-Gernsheim 2002:78, 注 33)。

[19] 女性に対するこのような態度は、*Meyer Großes Konversationslexikon* の 1908 年版において顕著であり、「[ここで言及されている]女性という言葉が主に言及するのは独身の女性である。なぜなら、既婚の女性が維持する生活とその活動の領域は家庭であるからである」は、Hausen, K.（eds.）（1983）, *Frauven suchen ihre Geschichte. Historische Studien zum 19.und 20. Jahrhundert.*からの引用（Beck and Beck-Gernsheim 2002:78, 注 35)。

[20] Schenk, H.（1980）*Die feministische Herausforderung. 150 Jahre Frauenbewegung in Deutschland.*の p.66. からの引用（Beck and Beck-Gernsheim 2002:78, 注 37)。

[21] この法の目的は、生産に最大限の男性労働力を注入し、民間部門の労働者を軍需部門に移すことで、職場移動を制限することにあった（Frevert 1986=1990:141-142)。

[22] Schenk, H.（1980）*Die feministische Herausforderung. 150 Jahre Frauenbewegung in Deutschland.* Munich:Beck の p.66. からの引用（Beck and Beck-Gernsheim 2002:78, 注 38)。

[23] 1925 年には、約 7000 人の大卒女子が就職しており、1930 年代初頭には学生全体の 16%に

かけた自分の教育成果を、結婚後も職業と家庭を両立させたいと考える女性が増えたことがある。しかし、結婚後も仕事を続け収入を確保する女性は、「稼ぎを二重取りする」者として、保守的および右翼団体や独身の同性からも激しい非難を受けた[24]（Frevert 1986＝1990:181-183）。

1933 年に政権を取ったナチス党も、公務員職から女性を排除し[25]、男女賃金差を確立して女性の昇進の道を閉ざすことで、高い失業率に対応し大学卒の男性を優先した。しかし、その後第二次世界大戦のための再軍備と大戦自体が労働力不足を招き、結果として女性雇用は復活した（Beck and Beck-Gernsheim 2002:61）[26]。

2 つの世界大戦中のドイツの女性は、男性の出征により不足した労働力を随時補充し、戦争が終わって男性が社会に戻れば、職業を男性に返還し、「家庭」へと押し戻された。つまり、戦時の女性は、労働による賃金獲得と、それに加えて、主婦の場合は家庭の維持の両方を担わされ、戦争が終われば、家庭を優先して労働市場を撤退することを余儀なくされる、男性を中心とした社会における便宜的な存在であった。

第二次大戦後、ドイツは東西に分裂し、西のドイツ連邦共和国では、1950 年代には年間失業者が約 150 万人にも上った。社会は再び、既婚女性の就業を攻撃対象とし、夫と子供の世話をする妻を賞賛したため、西ドイツの女性は社会的要望や理想像に従って、家庭という領域に戻って生きることを選択する傾向にあった（Frevert 1986＝1990: 247-248）。

(2) 新しい働き方

しかし、ドイツ女性の生き方は、1950 年代から新しい展開を見せる。それは他の先進諸国においても共通の動向であったが、女性の生き方の「3 段階モデル」[27]が成立し、第 1

当たる 2 万人以上の女性が大学で学んでいた。当時の統計では、約 1 万 2000 人の女性が医者、化学者、大学教員、弁護士や裁判官などの専門職に就いている（Frevert1986=1990 :182）。

[24] 第一次世界大戦では 200 万人の男性が戦死しため、女性の結婚の機会が失われたことに加え、家族を自力で養う必要のある未亡人は 10 万人に達し、未婚の母も増加した。このような女性達は、夫が健在で有職である女性を労働市場から排斥しようとした（Frevert 1986=1990:183）。

[25] Schenk, H.（1980）*Die feministische Herausforderung. 150 Jahre Frauenbewegung in Deutschland* の,pp.68ff および Reicheman, Ch. Von（1979）‘Frauenarbeit im Dritten Reich:Einschränkende Bestimmungen nach der“Machtübernahme”und ihre Auswirkungen,’reprinted in G. Brinker-Gabler（ed.）, *Frauenarbeit und Beruf.* pp.364-76 からの引用（Beck and Beck-Gernsheim 2002:78, 注 40）。

[26] Schenk, H.（1980）*Die feministische Herausforderung. 150 Jahre Frauenbewegung in Deutschland* の,pp.74ff からの引用。（Beck and Beck-Gernsheim 2002:78, 注 41）。

[27] Myrdal , A. and Klein, V.（1956）*Women's Two Roles, Home and Work* からの引用（Beck and Beck-Gernsheim 2002:61）。

子誕生までの期間、子供と家庭に専念する期間を経た後に、職業活動を再開するというパターンが一般的となった。その後、母親として過ごす期間と賃金労働に関して明確な変化が現れ、女性は、第 1 子を出産するまで今までより長い期間を置き、より少ない数の子供を出産し、第 1 子出産後も仕事を辞めず、第 2 子妊娠中に短期間だけ離職するという傾向が見られるようになった（Beck and Beck-Gernsheim 2002:61）。

このような変化の背景には、第一に、教育機会の均等化が進み、女性はより高い資格を獲得するとともに、仕事に対するより強い動機が形成されるようになったこと、第二に、結婚法と家族法に変化があり[28]、結婚後の労働の分割は夫と妻が協議して決め、同時に女性は離婚後の自分の生計に責任を持つことになったこと、そして第三は、若い女性は生涯働ける仕事を選び、出産後の労働休止を短期間にとどめ、その後はパートタイムで働くという形が定着してきたことがあった（Beck and Beck-Gernsheim 2002:61-62）。

(3) 権利と要求の拡大とその現実

このように女性の働き方が変容した結果、女性の生き方全般にも変化が現れる。それは自分自身の収入を得るということからくる、女性の人生の拡大と解放である。1960 年代の経済ブームにおいて、女性の収入は、それ以前の家事、家業そして家族への貢献に対する非金銭的報酬[29]と比べると、明らかに上昇した。それは、若さや性別のために両親や夫の庇護に依存するしかなかった女性に、より大きな自律性をもたらし、またそれを得るための資源となった（Beck and Beck-Gernsheim 2002:62）。

この金銭的収入は、人間の行為の重要性を示す客観的指標であり、家庭内の仕事が不可視であるのに対し、その人の労働とそれによる産出を直接的に示し、自己の確認と自負心と、他者からの承認を付与するものである。家計に貢献する女性は、そのライフスタイルの決定に発言権を持つこと[30]に加え、既婚女性の場合、たとえ夫が妻の賃金労働に全面的

---

[28] 1957 年に確立された法的規範は、夫は一家の稼ぎ手、妻は家庭の中心という労働の分割を定めていたが、これは 1977 年から「自由選択」という原理に置き換えられ、家族の仕事と労働をどのように分け合うかは、夫と妻が協議して決め、離婚時の扶養に関しても、女性は離婚後自分の生計に責任を持つことが定められた（Beck and Beck-Gernsheim 2002:79; 注 49,50）。

[29] 家事使用人については Muller, H.（1981）*Dienstbare Geister. Laben und Arbeitswelt städischer Dienstboten* を、看護婦については Ostner, I. and Krutwa-Schott, A.（1981）*Krankenpflege－ein Frauenberuf?* を、 農業に従事する女性については Sauermann, D.（1979）*Knechte und Mägde in Westfalen um1900. Bericht aus dem Archiv für Westfalische Volkskunde* を参照のこととされている。（Beck and Beck-Gernsheim 2002:79, 注 53）。

[30] Becker-Schmidt,R. et al.,（1982）*Nicht wir haben die Minuten, die Minuten haben uns.*

に賛成していなくても、家庭外で労働することにおいてその世界から正当性を獲得し、生活の糧のもう１人の供給者として自分を自覚することで、誇りと強さ、そして独立を実感することが可能となる。さらに収入は、家庭内で激しい対立が起こる時に、それを振り切るための大きな力となる[31]（Beck and Beck-Gernsheim 2002: 62-63）。女性が自分で稼ぐお金は、女性を、誰かに依存するという古い生き方から解き放ち、自分の権利と要求を明確に表現するという、より大きな可能性に再統合することを可能とするものである。

女性の家庭における仕事は、あらゆる家族員のための、終わりのない、肉体的および心理的奉仕であり、前述したように、その報奨は非金銭的なものである。母や妻である女性は、家族のために常に労働しているわけではないが、常に利用可能な体制を求められるものであり、自分自身のために何かを計画する時間を持つことは困難な状況にある[32]。労働の場において、女性は自分の時間に対する別の要求を経験する。それは家庭における要求より強い要求であるが、職業労働の定められた労働時間と私的な生活における夜間、週末、休暇という明確な区別は、少なくとも、女性に労働に属さない時間、自分自身の時間、自分の思い通りにできる個人の時間の導入を可能とすることになる（Beck and Beck-Gernsheim 2002:63）。

このように、家計に貢献し、また自分のために使うことができる経済力と、自由というものを含む自分だけの時間の獲得が、職業労働により可能となることは、女性が独立し自分の人生の主導権を取ることを促進する。しかしながら、女性が労働という世界に進出した初期には、女性達は時には不安を感じ、自分の人生計画について悲観することもあった。それは仕事だけでなく、仕事を得るためのトレーニングを得ることの困難さのためであり、また仕事内容、組織や賃金という本質的な問題により、その仕事の継続性や賃金の安定性、

Zeitprobleme und Zaiterfahrungen von Arebeitermüttern in Fabrik und Familie,
Ferree, M.（1983）‘Sacrifice, satisfaction and social change’, *Marriage and Family Review*,
Tilly, L. and Scott,J.（1978）*Women, Work, and Family* を参照のこととされている（Beck and Beck-Gernsheim 2002:79, 注 57）。

[31]Kalmus, D and Straus, M（1982）, ‘Wife’s marital dependency and wife abuse’, *Journal of Marriage and the Family*, May:277-86 を参照のこととされている（Beck and Beck-Gernsheim 2002:79, 注 58）。

[32] Becker-Schmidt,R. et al.,（1982）*Nicht wir haben die Minuten, die Minuten haben uns. Zeitprobleme und Zaiterfahrungen von Arebeitermüttern in Fabrik und Familie*, Brown, C.（1982）‘Home production for use in a market economy’, in B. Thorne and M. Yalom（eds.）, *Rethinking Family. Some Feminist Questions*, Ostmer,I.（1978）*Beruf und Hausarbeit. Die Arbeit der Frauen in unserer Gesellschaft*, Rerrich, M.（1983）‘Veränderte Elternschaft－Entwicklungen in der familialen Arbeit mit Kindern seit 1950’, *Soziale Welt*, 4:pp.420-449 を参照のこととされている（Beck and Beck-Gernsheim 2002:79, 注 59）。

そして、仕事へ意欲が長続きするのかどうかなどから来る、不安の現れであった（Beck and Beck-Gernsheim 2002:66-67）。彼女達は、しばしば「教育のドアは女性達に開かれたが、労働市場において、そのドアは再び強く音を立てて閉じられた」と感じていた[33]。

現在でも、性別により分離された二重構造の労働市場は継続しており、男性に比べて低賃金であること、昇進のチャンスがより少ないこと、解雇される可能性が男性よりも高いことなどの女性差別は、依然として存在する。特に既婚女性が仕事と家庭を両立させようとする時、明確には示されない二重基準、この場合は、女性には男性よりも厳格に適用される社会的規範が具現化され、矛盾した要求が突きつけられる。収入を目的としての仕事は、働いていない誰かが毎日の家事を影でこなすことを前提としているが、家庭から働きに出る女性に家事の免除はなく、自分のためだけでなく、家族のためにそれをこなさなければならない。加えて、男性と同等の要求を持ち、同等の機会を与えられても、男性が職業を占有していた歴史の方が長く、職業における女性と男性の立ち位置は同等でないため、女性は自らの職業に対し、男性と同等の期待と要求をますます維持しなければならない。さらに、職業によっては地理的な移動を期待される場合も多くあり、通常は妻が夫に従うため、妻の側は離職および新しい環境に適応しなければならない。また職業人として成功することを期待されたとしても、妻が夫より成功するとこれが夫婦の危機に繋がるという懸念も存在する（Beck and Beck-Gernsheim 2002:66）。

このような女性の状況については、労働市場のドアは男性に対しては全開であるが、女性に対しては半開きの状態であり、たとえ女性がその狭き開口を潜り抜けても、男性と同じ広く快適な空間が用意されているわけではないという解釈が可能となると考える。

4.3.2　労働における日本女性

(1) 時勢に翻弄される女性労働

一方、第二次世界大戦終結直前の日本では、400 万人を超える女性労働者、47 万人の女性挺身隊員、151 万人の女子勤労動員学徒が働いていた（工水戸 1990:70[34]）。それまで家庭を守るべき存在とされ、職業進出を閉ざされてきた女性が、戦争を契機としてその勤労を奨励され、従来女性を排斥してきた職種においても労働力不足の解消に当てられてきた

---

[33] Seidenspinner,G. and Buger, A., Brigitte and Deutsches Judgendinstitut（eds.）（1982）*Mädchen 1982,Bericht und Tabellen*, p11 を参照のこととされている（Beck and Beck - Gernsheim 2002:79, 注 74）。

[34] 広田寿子(2006)『現代女子労働の研究』からの工水戸による引用。

ことについては、ドイツ女性の労働状況で見たことと、大きな違いはない（4.3.1 (1)参照）。しかし、日本では国家主義的思想を後ろ盾とする家族主義への傾倒が強く、戦時の職場に女性を配置することに躊躇があり、女子の動員対策は、非常に遅れて実施された[35]（赤松編 1977:33）。

第二次世界大戦終結後に公布された日本国憲法では、性別による差別の撤廃が謳われ、同年施行の労働基準法においては、男女同一賃金の原則と女性保護の諸規定[36]が定められたが、女性労働者の平均賃金は、男性の半分以下という状況が続いていた。1948 年（昭 23）の経済安定 9 原則[37]および 1949 年（昭 24）のドッジライン[38]による合理化の強行により、中小企業の倒産が相次ぐと、まず女性が解雇の対象となった。しかし、1950 年（昭 25）に朝鮮戦争が始まり、特需と輸出増加による生産が回復すると、再び若い女性が雇用された。（工水戸 1990:70-73）。

1955 年（昭 30）には、日本の生産力は戦前の水準を上回り、高度成長経済が 1973 年の第一次石油ショック[39]まで続いた。技術革新が進んで作業が軽量化、単純化、標準化したため、繰り返しを要求される細かい作業が増え、事務や間接的な仕事が重要視されるようになり、第三次産業の成長とともに女性の働く分野が拡大された。また、日々進歩する技術に対応する能力が求められ、戦後の新教育制度の整備により義務教育以後の進学率が高まると、女子も高校または大学卒業後に就職することが一般的となった（4.2.2 (2)参照）。進学率が上がるとその反動で若年層の労働力が不足となり、政府はその補充として、中高年齢の女性労働力を市場に導入する政策を取った（工水戸 1990:74）。

昭和 30 年代には、電気炊飯器を皮切りに、家事労働を軽減する生活家電製品が普及し

---

[35] 1938 年（昭 13）に国家総動員法が成立するが、女性の勤労動員促進を政府が決定し、それまで制限されていた業務に女性と 16 歳未満の年少者の就業を定めたのは、5 年後の工場法戦時特例であった。1944 年（昭 19）には女性の動員がいっそう強化され、3 月には女性挺身隊制度強化方策要綱が決定されたが、この要綱では、家庭責任のある女性の除外と結婚による離職が認められており、当時の政府が、若い女性の就業により出産率が下がることで起こる人口減少を懸念していたことが理解される（赤松編 1977:33-34）。

[36] この諸規定には、休日労働、深夜労働、坑内労働の禁止、女性の時間外労働、危険有害業務就業の制限、産前産後休業、育児時間、生理休暇の補償が定められた（工水戸 1990:71）。

[37] 経済安定 9 原則とは、単一為替レートとインフレ収束を実現して日本経済の自立を図るために、1948 年（昭 23）にアメリカ政府が日本に指令した 9 項目の経済政策を指す（松村 1995:1107）。

[38] ドッジラインとは、日本経済の自立と安定のために、GHQ 経済顧問のジョゼフ・ドッジにより立案および勧告された金融引き締め政策を指す（松村 1995:2611）。

[39] 石油ショックとは、アラブ産油国の原油生産削減と価格の大幅引き上げが、石油をエネルギー資源とする先進工業諸国に与えた深刻な経済的混乱のことを指し、第一次石油ショックは 1973 年（昭 48）、第二次石油ショックは 1979 年（昭 54）である（松村 1995:468）。

始め、これらの耐久消費財の購入や教育費、住宅費の増加で生活費が膨張した。一家の主の収入だけでは賄いきれない部分を補うために、結婚後、出産後も仕事を継続する女性、またパートタイムで働く主婦が増加した。女性労働者は男性より高い割合で増加し続け、1967 年には 1000 万人を超え、1973 年には 1187 万人に達し、同年の 35 歳以上の女性労働者は、全体の 44.9%まで、既婚女性労働者は 59.4%まで増加した（工水戸 1990:74-75[40]）。2008 年では、高校卒業（以下高卒）女子が 97.8%、大学卒業（以下大卒）女子では 97.3%と、ほぼ 100%に近い割合で職を得ている（厚生労働省 2009:150）[41]。しかしながら、その職種の内容では、大卒女子においては多い順に、事務（39.8%）、専門的・技術的職業（31.7%、その内保健医療 11.5%）、販売（19.3%）、サービス業（5.5%）となっており、同男子では専門的・技術的職業（33.8%、その内技術者 25.4%）、事務（27.2%）、販売（26.1%）、サービス業（4.6%）となっている（厚生労働省 2009:162）。このように、職種における「女性は事務職、男性は技術職」という傾向は明らかに存在しており、教育において現れている「女は文系、男は理系」というジェンダーバイアスが、職業の選択にも影響を与えていると思われる。

(2) 特徴的な M 字形成

さらに、年齢階級別の労働力率[42]（付録図表 1 参照）を見ると、1987 年（昭 62）では、男性では大学・大学院卒、高校・旧制中学卒とも 20～24 歳までの年齢ですでに 90%を超える有業率に達し、55～59 歳の定年退職時期までそれが継続して逆 U 字を形作っている。これに対して女性は、大学・大学院卒と高校・旧制中学卒に若干の差はあるものの、20～24 歳でピークに達した有業率が、その後急激に降下し、30～34 歳でおよそ 50%の最低となり、どちらも M 字型となっている。また、2007 年（平 19）のグラフでは、男性の曲線は 1987 年のものとほとんど変化はないが、女性の曲線はピークからの下降が緩やかになる。高校・旧制中学卒の最低は前と変わらず 30～34 歳であるが、数値は 60%まで上がり、

---

40 経済企画庁「消費者動向調査」、総務庁「労働力調査」、労働省「賃金構造基本統計調査」からの工水戸による引用。

41 2008 年の高卒男子の最終就職決定率は 97.8%、大卒男子は 96.6%となっている（厚生労働省 2009:150）。

42 労働力率とは、労働力人口（15 歳以上の人口の内、就業者と完全失業者の合計を 15 歳以上人口で割って 100 をかけたもので表される指数。独立行政法人労働政策研究・研究機構 HP, http://www.jil.go.jp/kokunai/statistics/yougo/d11.html, 総務省統計局 HP, http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2000/guide/3-04.htm, 2017 年 5 月閲覧。

大学・大学院卒の最低は 35～39 歳の年齢群にシフトしている上に、65%まで上昇を遂げている（厚生労働省 2009:31）。この M 字型形成は、日本女性の働き方において特徴的なもので、日本では、女性は結婚や出産により、労働市場から一時的に離れるために、M 字のくぼみが形成され、子育てが一段落する 20 代後半から 30 代にかけて再び就業するため、V 部分の右側が形成されることになる[43]（厚生労働省 2009:75）。このような日本の女性の結婚・出産による労働市場からの一時撤退は、勤続年数の中断を意味する。職階の上昇に勤続年数の長さが前提とされている日本の企業では、あらかじめ女性の勤続中断を見越して、女性を難易度の低い仕事に配置する傾向があり、日本の女性は権限を持つ職階に上昇することにおいて、大変不利な状況に置かれていることになる。この問題は、結婚すれば男性が世帯主として諸手当を支給されることと合わせて、男女の賃金格差の原因となると考えられる。

さらに、この年齢による労働力率をドイツ（2013 年）（付録図表 2）と比べると、ドイツは凹みのほとんどない M 字型だが、日本の曲線は明らかに M 字に近い。1987 年と比較して日本の M 字の凹みは減少しているものの、このようにドイツとの差が形成されるには、どのような背景があるのかについては、4.4.1 で詳しく検討する。

(3) 男性との格差

前項において、日本の女性の働き方は、男性とは異なり、結婚や出産により職場を離脱する傾向が強くあったが、近年それが解消に向かっていることを述べた。本項では、さらに賃金および労働時間について、女性の労働の現状を男性との比較で検討する。

2008 年（平 20）3 月の新規学卒者の女子の初任給は、高卒 15 万 4300 円、短大卒 16 万 8600 円、これに対して男子では、高卒 16 万円、短大卒 17 万 1600 円、それぞれの男性初任給を 100 としてこの男女の賃金格差を見た場合、高卒女子は 96.4、短大卒女子で 98.3、大卒事務系で 95.4、大卒技術系では 100 となり、初任給においては大差が形成されているわけではない（厚生労働省 2009:20）。しかし、これを一般労働者[44]にまで拡大し企

---

[43] ちなみに諸外国の女性有業率では、ドイツ、フランスも M 字型を示すが、その凹みがほとんどなく、スウェーデンは日本の男性のように逆 U 字を形成している（井上・江原 1991:90）。

[44] 一般労働者とは、常用労働者の内の短時間労働者以外の労働者を指し、常用労働者とは、①機関を定めずに雇われている、②1 か月を超える期間を定めて雇われている、③日々又は 1 か月以内の期間を定めて雇われている労働者の内、4 月および 5 月にそれぞれ 18 日以上雇用された、のいずれかに該当する者を指す。加えて、1 日の所定労働時間が一般の労働者よりも短い、または 1 日の所定労働時間が一般の労働者と同じでも 1 週の所定労働日数が一般の労働者より

業規模別[45]に見ると、所定内給与額[46]の男女賃金格差を実際の額面では、男性賃金を 100 とした場合の女性賃金の比率は、65.7（1000 人以上の企業）、で 69.4（100～999 人）、70.4（10～99 人）となり、企業規模が縮小するほど、賃金格差が拡大する傾向となる（厚生労働省 2009:19）[47]。このような男女間における賃金格差が生じる要因としては、職階（部長、課長等の役職）の違い、女性の勤続年数が結婚や出産により中断され短くなること、業務の難易度に差があること、諸手当が世帯主である男性を主として支給されることなどが挙げられている（厚生労働省 2002:4）。

一方、労働時間については、2008 年（平 20）の常用労働者[48]1 人の 1 か月の総労働時間[49]は、女性では 129.5 時間であったのに対し、男性は 163.9 時間となっており、男性は女性より月に 34.4 時間長く働いている（厚生労働省 2009:20）。また、同年の男性 1 週間の労働時間では、日本が 45.4 時間、ドイツが 38.5 時間で 6.9 時間日本が長く、女性 1 週間の労働時間では日本が 35.6 時間でドイツの 37.9 時間より 2.3 時間少ない（総務省統計局

も少ない者を短時間労働者という。厚生労働所 HP, 賃金構造基本統計調査で使用されている主な用語の説明,「4.　就業形態 一般労働者・短時間労働者」, http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/chingin/yougo-01.html, 2017 年閲覧。

45 企業とは、会社企業のことを指し、経営組織が株式会社（有限会社を含む）、合名会社、合資会社、合同会社および相互会社で、本社と支社を合わせた全体を指す。単独事業所の場合はそれだけで会社企業となる。総務省統計局　統計データ　用語の解説,「8.　会社企業」, http://www.stat.go.jp/data/jigyou/2006/yougo18.htm, 2017 年 5 月閲覧。事業所とは、原則として経済活動が単一の経営主体の下で一定の場所（一区画）を占めて行われていることと、物の生産や販売、サービスの提供が従業員と設備を有して継続的に実施されていることの 2 つの条件を備える経済活動の単位を指す。総務省統計局　統計データ　用語の解説,「1. 事業所」, http://www.stat.go.jp/data/jigyou/2006/yougo18.htm, 2017 年 5 月閲覧。

46 所定内給与額とは、きまって支給する現金給与額から超過労働供与額を差し引いたものを指す。労総契約、労働協約あるいは事業所の就業規則などによって、あらかじめ定められている支給条件、算定方法によって 6 月分として支給された現金給与額を、きまって支給する現金給与額といい、時間外手当、深夜勤務手当、休日出勤手当、宿直手当、交替手当を超過労働給与額という。厚生労働省 HP, 賃金構造基本統計調査で使用されている主な用語の説明,「15. 所定内給与額」, http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/chingin/yougo-01.html, 2017 年 5 月閲覧。

47「1000 人以上」の規模の企業での女性の所定内給与額は 25 万 1000 円、男性は 33 万 1800 円（差額 8 万 800 円）、「100～999 人」規模で、女性 22 万 5400 円、男性 32 万 4600 円（同 9 万 9200 円）、「10～99 人」規模では女性 20 万 7700 円、男性 29 万 4900 円（同 8 万 7200 円）となり、その差額の平均は 89000 円である（厚生労働省 2009:19）。

48 常用労働者とは、①機関を定めずに雇われている、②1 か月を超える期間を定めて雇われている、③日々又は 1 か月以内の期間を定めて雇われている労働者の内、4 月および 5 月にそれぞれ 18 日以上雇用された、のいずれかに該当する者を指す。厚生労働所 HP, 賃金構造基本統計調査で使用されている主な用語の説明,「4. 就業形態 一般労働者・短時間労働者」, http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/chingin/yougo-01.html, 2017 年 5 月閲覧。

49 このデータは働いている人が 5 人以上の事業所の数値である。

2011:302-303）[50]。ドイツでは 1 週間の男女の労働時間にほとんど差がないことに比べ、日本では男性が女性よりおよそ 10 時間長く働いている。この事実は、上述したように、日本の女性の所得が男性よりも低くなるという形で現れるとともに、家庭での家事や育児に対する男性からの貢献が困難になること、そしてそれが女性に偏ることで大きな負荷となることを意味している。

ここまで、日本女性の労働について検討し、幾つかの特徴を把握した。21 世紀に入り、高卒および大卒の就職希望者は、男女ともほぼ 100%が何らかの職を得ている。しかし、職種においては、女性は事務や保健医療関係の技術系専門職が多く、男性が技術職に多く就いていることに違いが見られる。このような職種の分布の相違は、女性と男性の特性の差だけでなく、大学での専攻科目選択が女子は社会科学、人文科学、教育、家政と文系に偏りがちなことと無縁ではなく、古くからの儒教的な教育により、女子の役割を「良妻賢母」に位置づける考え方が、日本社会に深く根を下ろしていることが現れたものと考えられる。

加えて、賃金においては、初任給ではそれほど差はないが、勤続年数が上がるに連れて、男女に明確な差異が現れる。男性の賃金を 100 とした場合の女性の賃金を平均すると、2015 年では日本女性は 72.2%で、2001 年の 65.8%よりは格差が縮小しているものの（厚生労働省 2002:23；2009:208）、この数値は、第二次世界大戦前の統制令による女性の賃金が男性の 7 割程度に抑えられていたことと大差がない（工水戸 1990:70[51]）。加えて、ドイツ女性の 81.3%[52]に比べると格差はまだ大きいと言える（労働政策研究・研修機構 2017:181[53]）。

教育を終えて職業を得ることにおいて、日本の女性もドイツ女性のように、ライフスタイルや生き方の根本を変化させてきた。自分の収入で家計に貢献し、また自由に使えるお金を持つことで、家族への権限を拡大し、また自らの希望を実現し、人生を充実させる可能性も高まった。しかし、この労働市場においては、職種の傾向や賃金において男性との

---

[50] 総務省統計局（2011）の『世界の統計 2011』では、男女別週当たり実労働時間を非農林漁業と製造業に分けているため、ここに用いたデータは、これらから算出した平均値である。
[51] 労働省（1961）『労働行政史 1 』からの工水戸による引用。
[52] ちなみにイギリスは 82.3%(2015 年)、フランスは 84.5%（2015 年）である（労働政策研究・研修機構 2017:181）。
[53] 2015 年のデータは、原則として産業計の賃金額より算出されており、労働者の範囲は国により異なる場合がある。日本の場合は、一般労働者の 1 か月当たり所定内給与額である（労働政策研究・研修機構 2017:181）。

相違が明確に形成されている。この問題については、女性の勤続年数の中断および男性との共生という視点から、4.4 においてさらに検討を行う。

4.3.3 「男は仕事、女は家庭」からの解放と自己実現への障害

4.3.1 および 4.3.2 では、労働市場におけるドイツと日本の女性の状況を検討した。ドイツにおいても日本においても、女性は妻として母として家庭を守り、男性は職業を得て収入を確保し一家を養うという、伝統的な性別による役割分担が、産業社会を通じて強化されてきた。また、戦時おいての女性労働は、生産現場における男性の不在を補うものであり、男性が社会に戻るまでの便宜的な存在であった。

1970 年代以降、女性の労働に関して様々な法的な対処が講じられており、その環境は徐々に改善されているものの、20 世紀から 21 世紀においてもなお、女性の労働は男性と同等に統合されたわけではない。加えて、女性の賃金が未だ男性と同等にならないことからくる女性の貧困問題や、女性が労働市場に進出することにより引き起こされる労働条件の改善要求と現実との落差の問題など、歴史的に新しい種類の齟齬とでも呼ぶべき様々な課題は、解決されずに残っている（Beck and Beck-Gernsheim 2002:65-67）。労働という世界において、女性は「半分だけ開かれた労働市場のドア」の内側で、その狭さと息苦しさを身を持って体験しているのである。

女性は、その職業進出により、「男は仕事、女は家庭」という産業社会における社会的規範からの解き放ちを経験したが、男性と同じ次元に再統合されたわけではなく、「再統合されることのない解き放ち」の状態にある。教育を受け、職を得て、それを継続しながら自己の理想を追求しようとする時、現代の女性には、制度上の男性との格差、社会的に残存する性別役割分担と、個人で対峙しなければならない。これは、労働市場自体が古い産業社会のまま拡大し、一家の家長として生計を賄う男性を中心においた構造を残したまま、労働力としてのみ女性を取り込んだために生まれた問題であると考える。つまり、現在の労働市場においては、そのシステムは依然として男性をその単位としており、もう 1 つの性別である女性を同等の単位とはしていないため、その客観的な個人化は、男性に偏って形成されていると考えられる。

以上、教育と労働における女性の社会的状況を検討してきたが、労働市場における女性の問題は、4.3.2(2)および(3)で述べたように、結婚および出産・子育てという女性の性別上の役割と深く結びついている。次の 4.4 では、男性との共生という視点から、女性が置

かれた状況を検討する。

4.4　家族形成における男女の個人化

本節 4.4 では、前節 4.3 において認識された女性の労働においてあらかじめ設定された労働条件の男女格差や、女性が職業を継続する上での難関となっている出産および子育てという問題を、家族形成―結婚およびパートナー関係の形成という視点から検討し、考察を加える。

4.4.1　変わる男女の共生―ドイツ

第二次世界大戦が終わり 1960 年代になると、欧米においては、伝統的な慣習や社会的規範を覆すような変化が押し寄せ、人々の精神面においても大きな解放が起こり、それをより広く受け入れることが、多様な領域において主張された。それは若い女性の性に対する態度と行為において、最も際立って認められる変化となって現れた。1960 年代初頭では、処女性は多くの女性にとってまだ価値を持っており、結婚する前の男性との交渉もタブーであり、それは結婚への固い意志と結びついていた。しかし、1970 年から 80 年代の初頭にかけて、そのような性道徳は逆転し、「結婚まで待つこと」が重要だと考える女性は少数派となった（Beck and Beck-Gernsheim 2002:68）。

(1) より主観的な結びつきへ

男女の関係がオープンになり、自由な恋愛も一般的なものとして受け入れられるようになると、男女関係のゴールとしての家庭形成も、伝統的な結婚という形式だけでなく多様性を示すようになる。これは、近代化の過程において結婚の意味が根底的に変化したためであり、労働を軸とした家族関係から、情緒的な繋がりを重視した男女の関係が形となって現れたものである（Beck and Beck-Gernsheim 2002:71[54]）。

しかし、近代化のさらなる拡大に連れて、特に女子の教育機会の改善と家庭外での女子労働の増加が、新しいタイプの結婚を創出する。この結婚は、主として男女間の情緒的支えを核とした、生計の手段を持つ 2 人の人間の結びつきであり、相手が自分を精神的に必

[54] たとえば Mitterauer, M. and Sieder, R.（1980） *Vom Patriarchat zur Partnershaft. Zum Strukturwandel der Familie*, 2nd edn., Shorter, E.（1976） *The making of modern Family,* Wagnerova, A.（1982） *Scheiden aus der Ehe..Anspruch und Scheiden einer Lebensform*, などを参照のこととされている（Beck and Beck-Gernsheim2002:80, 注 92）。

要とすることを求めることを大前提としている。結婚は、かつてのような家の存続や、生命の再生産といった客観的な目標から解放され、主観的な個人の期待に連動するものとなり[55]、「自分自身の人生を常に要求するカップル」という、新しい形が出現する（Beck and Beck-Gernsheim 2002:71）。

このような状況において、女性の結婚年齢は上昇の傾向にあり、特に西欧先進諸国では晩婚化が進んでいる。ドイツの平均初婚年齢（法律婚[56]）は、2014 年では男性 33.4 歳、女性 30.7 歳であり、1981 年の旧西ドイツでは、同年齢が男性 26.5 歳、女性 23.7 歳であり、旧東ドイツでは男性 24.2 歳、女性 22 歳であったことと比べると、確かに晩婚化が進んでいる（井上・江原 1991:9）[57]。このような晩婚化は、4.2 および 4.3 で論じたように、教育機会が男女間で均等化され、女性も高等教育を受け、学業修了後は職業を持ち、仕事を通じて経済的基盤を手に入れるようになると同時に、生活のために結婚という形で夫に依存する生き方から、自分自身の人生の目標を追う生き方が可能になったことが、その要因として考えられる。

結婚年齢の上昇とともに、西欧先進諸国では法的手続きによらない結婚が増加しており、ドイツ[58]では、同棲[59]している人は 20%程度あり、法律婚に至るカップルの約 80%が同棲を経ている。同棲を経て結婚に至った理由は「愛情が確認できた」というものが最も多く、同棲が正式な結婚のための「試験期間」として広く浸透していることが解る（内閣府経済社会総合研究所 2005b:123-124）。

(2) 仕事の継続を支えるもの―家事の分担と国の政策

このようにドイツの男女の結びつきは、従来の伝統や習慣に縛られない形で多様化して

---

[55] Wagnerova, A.（1982） *Scheiden aus der Ehe.Anspruch und Scheitern einer Lebensform* における婚姻関係の「個人化」に関連した主張を参照のこととされている（Beck and Beck-Gernsheim 2002:80, 注 93）。

[56] 法律婚とは、婚姻届の提出や受理などの一定の法律的手続きを経て成立する結婚を指す（松村 1995: 3329）。

[57] これらのデータは OECD, Family database, Family and children の「SF3.1Marriage and divorce rate」からのものであり、東西ドイツ（1981 年）のデータは井上・江原（1991）の 9 頁の表 4-1 からのデータである。ちなみにフランスの平均初婚年齢は男性 32.9 歳、女性 30.8 歳（2011 年）、イギリスは男性 32.4 歳、女性 30.3 歳（2012 年）である。OECD、Family database, http://www.oecd.org/social/family/database.htm, 2017 年 5 月閲覧。

[58] この第 4 章において、内閣府経済社会総合研究所（2005a および 2005b）から引用したデータにおける「ドイツ」は、特にことわりがない場合、ミュンヘンとハンブルグの調査結果を指し、日本は東京の調査結果を指すものである（内閣府経済社会総合研究所 2005b:123）。

[59] 同棲とは、この場合、男女が正式な結婚をせずに一緒に暮らすことを指す（松村 1995:2559）。

いるが、4.3 で論じたように、女性の労働環境は、現在でもなお、賃金や労働条件の上で男性と全く同等ではない。仕事を持つ女性が夫またはパートナーを持つ時、子供を持つか持たないか、子供を養育しながら仕事を継続するかという選択と、それが現実に可能か否かという判断は、避けては通れない問題である。そこで、ドイツで生計をともにする男女において、家庭生活と仕事がどのような配分で成立しているのかを、実際の子供を持つカップルの暮らしぶりから検討を行う。

まず、男女の週当たりの労働時間では、ドイツの夫（または男性パートナー[60]）においては、2005 年の 37.7 時間から増加し、2014 年では 38.6 時間であり、2017 年では 39 時間である。ドイツの妻（女性パートナー）は、2005 年の 37.3 時間から減少し、2014 年では 30.1 時間、2017 年では 31 時間である（総務省統計局 2011:302-303; 2015:286-287; 2016:234-235[61]）[62]。また、帰宅時間では、夫の約 50%以上が 19 時までに、妻の約 60%は 18 時までに帰宅しており、特にドイツでは学校が半日制のため、学童保育等を利用せずに両親のどちらかが 15 時前に帰宅する必要がある場合、それを担っているのは妻では 27%、夫では 4%弱となっている。（内閣府経済社会総合研究所 2005b:128）[63]。

家事と育児の分担に関しては、ドイツの夫は育児に週 59 分、家事に週 2 時間を費やしている（厚生労働省 2010c:6[64]）。具体的には、ドイツでは「料理を全くしない」夫が 20～30%いるが、「毎日料理をする」夫が 10%弱、週に 2～3 日、または 4～5 日料理するという夫を合わせると 45%を超えている。一方「毎日料理をする」妻は 50%弱であり、料理は妻の担当であるように思われる。また、「掃除を全くしない」夫は 20%以下、妻は 5%以下となっており、洗濯に関しても「全くしない」夫は全体の 60%ほどおり、同様の妻は 5%以下であることから、掃除と洗濯に関しても、妻が担っている割合が高くなっている

---

[60] 以下「夫」は法的に結婚していないがともに暮らしている男性パートナーを含むこととする。「妻」についても同様とする。

[61] 総務省統計局（2011）の「世界の統計 2011」では、男女別週当たり実労働時間を「非農林漁業」と「製造業」に分けているため、ここに用いた 2000 年と 2005 年のデータはこれらから算出した平均値である。また、「世界の統計 2015」と「世界の統計 2016」では、「全産業」の値が算出されているためこれを用いた。

[62] 2017 年のデータは International Labour Organization の Mean weekly hours actually worked per employed person by sex and occupation からのデータである。http://www.ilo.org/global/statistics-and-databases/lang--en/index.htm, 2018 年 6 月閲覧。

[63] 日本では夫の 61.5%が 20 時以降に帰宅し、18 時までに帰宅する妻は 37.8%である（内閣府経済社会総合研究所 2005b:128）。

[64] ドイツは 2001～02 年のデータである。ちなみに、フランスの男性は週に家事を 40 分、育児を 1 時間 50 分行なっており、イギリスはそれぞれ 1 時間と 1 時間 46 分となっている（厚生労働省 2010c:6）。

（内閣府経済社会総合研究所 2005b:129; 158[65]）[66]。

さらに、パートナーからのサポートという観点においては、ドイツの夫婦のほぼ 90%が「信頼」されることを重要視しており、男女とも相手にそれを同程度求めている項目としては、「家族の間を取り持つ」こと、「子育てへの参加」が挙げられている。家事に関する互いへの要望はドイツではかなり高いことに加え、家計を支える収入に対しては、ドイツの妻から夫へのそれは突出して高くなっている（内閣府経済社会総合研究所 2005b:132;173[67]）。

女性が結婚後も仕事を継続するためには、夫やパートナーとの関係だけでなく、子供の養育に関する制度や、法律の充実度が現実的には重要な支えである。ドイツの家族政策では、児童手当または児童扶養控除のどちらかを選択することができ、児童手当は、第 1 子から第 3 子まで月額 2 万円程度で 18 歳未満の子供すべてが対象であり、児童扶養控除は子供 1 人当たり約 50 万円で、教育控除も約 30 万円となっている。さらに、教育は原則として大学まで無料であり、学生の生活費等を支援する連邦育英奨学金や職業教育育成のための助成金制度も充実している。加えて、育児休暇制度が最長 3 年間で整備され、その取得方法も両親が同時に、または別々取得することも可能であり、柔軟な対応が実施されている。育児休業手当は収入により制限が設けられているが、子供が満 2 歳になるまで月額上限約 4 万円を受け取るか、子供が満 1 歳になるまで月額上限約 6 万円を受け取るかの、どちらかを選択できる（内閣府経済社会総合研究所 2005a:12）。

ドイツの女性の場合、年齢別にみた労働力率が凹みの少ない M 字を形成しているが（4.3.2 (2)参照）、ドイツ女性が出産および子育ての年齢においても職業を継続できることの背景には、夫婦間の家庭内での精神的および実際的な協力に加えて、国の政策としてのサポートが大きく影響していると考えられる。

(3) 離婚と女性の自立

最後に、結婚や同棲関係が継続せず、再び独身となる女性の状況に焦点を当てる。事実婚[68]などの形式で、法的に結婚をせずに子供を儲ける女性が増えている一方で、離婚の急

---

65 図表の 8-39,8-40 を参照した。
66 ちなみに、妻が毎日掃除をする割合が最も高いのは日本（東京）であるが、夫が全く掃除を行わない割合が最も高いのも日本（東京）である（内閣府経済社会総合研究所 2005b:129）。
67 173 頁の図表 8-70 を参照した。
68 事実婚とは、婚姻届を出さないで、事実上の夫婦生活を営む結婚形態を指す。日本の場合は

増は、近年におけるもう 1 つの重要な変化である（Beck and Beck-Gernsheim 2002:71[69]）。1960 年から 2014 年までのドイツの離婚率[70]（付録図表 3）は、1960 年では 1.0、1981 年には 2.0 を初めて記録し、80 年代は 2.3 程度で高止まりしており、90 年代は 1.7 から再び上昇し、2004 年の 2.6 を最高値として以後下降し、2014 年では 2.1 となっている。

この離婚率の変化は、1960 年代の性の解放から発展してきた新しい形の男女の結びつきが、個人に重きを置くがために、より破綻し易いものとなっていることを反映している。その理由は、「もし誰かと一緒に暮らす人生で、求めるものを得られないのなら、1 人で生きることが理論的な解決である」というものであり、離婚率の高さは、男女における個人化の進度を示す 1 つの指標とも考えられる。つまり、男性は生活の糧を得て妻や家族を養い、女性は家族という他者のために生きるという、性別役割に基づく伝統的な結婚を維持するよりも、自分のために生きたいという主張を優先するようになったと考えられる（落合 2004:228-230）。さらに過去とは異なり、離婚を申請するのは男性よりも女性が多いという事実[71]は、女性が人生の伝統的モデルからますます距離を置くようになった客観的変化の帰結として理解することができる（Beck and Beck-Gernsheim 2002:71-72）。

しかしながら、離婚により女性は、これまでの女性の生き方の伝統的モデルを捨てることになる。それに代わる新しい生き方は、夫またはパートナーの欠如という事態に対し、自らが「独身」であることを認識し、自分自身が日常生活を組織しなければならない。特に、離婚前の生活がより「他者のための人生」であった場合には、それまでに培われた家庭内を切り盛りするスキルに代わって、自分自身の人生に責任のある存在としてのスキルを獲得しなければならない[72]。離婚した女性は、たいていの場合、離婚により生活の安定と安心を喪失するリスクに加えて、「他者のための人生」を生きることを失うことにより、

事情があって婚姻届を出せないという意味の内縁と区別するために、届出ないことを「積極的に」に選択したことを表明するために創られた言葉である（朝日新聞社 2007:918）。

[69] Schwarz, K.（1982）“Bericht 1982 über die demographische Lage in der Bundesrepublik Deutschland,” *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, 2:121-223 からの引用（Beck and Beck-Gernsheim 2002:80, 注91）。

[70] 離婚率とは、人口 1000 人に対する 1 年間の離婚数（法的記録または届出数）を指す（総務省統計局, 2017:11）。

[71] Höhn,Ch., Mammey, U. and Schwarz, K.（1981）“Die demographische Lage in der Bundesrepublik Deutschland,” *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*,2:139-230, Schwarz,K.（1982）, Wagnerova, A.（1982）からの引用（Beck and Beck-Gernsheim 2002:80, 注 96）。

[72] Kohen, J.（1981）“From wife to family head: transition in self-identity,” *Psychiatry*, 44:230-400 の 232 頁からの引用（Beck and Beck-Gernsheim 2002:73）。

極端な場合にはアイデンティティの喪失というリスクにも直面する（Beck and Beck-Gernsheim 2002:73）。

ドイツの新しい離婚法では、女性は離婚後自分の生活の糧を自分で得なければならないとしている。しかし、労働における男女平等は完全には確立されていないため、法が期待するような、また以前の生活水準を維持できるような雇用を見つけることは、離婚した女性には困難な場合が多い。さらに、資格を伴う学歴がない、それまで専業主婦であり長期間無職であった、子供がいて雇用条件通りに働けないなどの理由で、雇用競争において劣ることが多く、失業率が高い時には離婚した女性の就業は、特に厳しい状況となる（Beck and Beck-Gernsheim 2002:73）。

この新しい離婚法は、離婚制度における客観的個人化が進んだことを意味している。離婚後に、元夫が元妻を経済的に援助する義務はないとすることで、結婚という選択の帰結を、女性も自己責任で負うということになった。しかし、前述したように、元々女性が男性より不平等な立場に置かれている状態が改善されていないため、男性の負担が軽減された分、女性には負荷がかかることになる。

以上においては、男女の結びつきの変化、結婚における男女の意識と役割分担、そして離婚という選択における問題を通して、ドイツの女性の状況を検討した。次の 4.4.2 においては、同様の視点から、日本の女性の現状について論じる。

4.4.2　男女の共生関係における 2 つの近代の混在―日本

1960 年代に欧米に起こった変化の波は、若干の遅れを持って日本にも到達した。性的関係や結婚を、制度や慣習によるものとしてよりも、欧米と同様に、個人の問題として受容する変化が日本にも押し寄せた。それまでの性道徳が変化し、1970 年代初頭には、未婚のまま母親になるケースや、嬰児遺棄が異例な現象として社会問題化した。1971 年には『青少年白書』に「性」という項目が初めて登場し、翌 72 年には、優生保護法改正[73]による中

[73] 優生保護法は、戦後日本の過剰人口対策として考案されたが、同時に、天皇制を基盤として日本国民全体を大家族とする宗教団体等が、一貫して中絶禁止を訴えた。そして、高度経済成長時代に入ると、若年労働人口の不足が起こり、この法律自体が批判された。この法は、1970 年代には、国家による出産管理であり、法が中絶を禁止すればヤミ中絶が増加して子供の遺棄、殺害が増え、母体および子供の保護に繋がらないという女性側からの批判が高まった。さらに、この法律の改正に反対する女性が大規模に組織化され、1983 年には国会への上程が断念された。これは、出産の問題が国民個人の生活および利害、権利と密着した問題として、女性が団結した結果であり、出産と家族形成の問題を個人の問題として捉える思想が、1970 年代から日本女性に形成され始めたことを示すものである（上野 1990:101-117）。

絶禁止法への反対が起こり、また経口避妊薬（ピル）の解禁を求める女性解放連合会（中ピ連）が結成され、初のウーマンリブ大会が開催された。加えて、日本男性の韓国へ買春ツアーが日韓両国で問題視されるようになり、テレビでは、カレーの CM の「ワタシ作る人、ボク食べる人」というフレーズが、性別役割を固定化するとして放映中止を要請された。70 年代は離婚件数が 10 万件を超えるようになり、以後 80 年代半ばまで増加が続くことになる（井上・江原 2005:201-205）。

しかしながら、このような変化が日本に起こる以前に、日本が第二次世界大戦に敗戦したことで、日本の女性は皇国民であることから解放され、国のためにではなく、自分自身のために生きる希望を抱くことが、ようやく可能となったのである（伊藤 1990:19）。

(1) ライフコースの変化と晩婚化、晩産化、少子化

第二次世界大戦前と後では、日本女性のライフコースは劇的に変化しており、大学進学率の上昇､結婚に対する意識変化などを背景として､ドイツと同じく晩婚化が進んでいる。明治生まれの平均的女性は、23 歳で結婚、25.5 歳から 38 歳までの出産期間 12.5 年の間に平均 5 人の子供を産み、人生の大部分を子育てに費やし、現代よりも手間と時間のかかる家事と家業の農業や商売も分担した。その結婚生活は、余暇や自分の時間とは無縁であった。対して、1959 年（昭 34）生まれの女性では、その出産期間は 2.4 年と短縮し、電化製品の普及により、家事の負担は以前に比べて格段に軽減されている（井上・江原:2005:2-3）[74]。

日本人の平均初婚年齢は、1950 年（昭 25）では夫 25.9 歳、妻 23 歳であったが、2012 年（平 24）では夫が 30.8 歳、妻が 29.2 歳となっており、約 60 年の間に男性は 4.9 歳、女性は 6.2 歳､初婚年齢が上昇している。また､第 1 子の出産も 1950 年では 24.4 歳､2012 年では、30.3 歳であり、晩婚化とともに晩産化も進行している（厚生労働省 2013d:57）。また、1 人の女性が一生の間に出産する子供の数の平均を示す合計特殊出産率では、1947 年（昭 22）には 4.54 人であったのが、1975 年に 2 人を割り込み、2015 年（平 27）では 1.45 人と、少子化が継続している（厚生労働省 2016a）。

このように、現代日本の女性は、以前に比べて家事や子育ての負担が減り、主婦となっても自分のための時間確保が可能な状況にある。では、現実に日本の女性が結婚してかつ

[74] 井上・江原（2005）の 3 頁における、平均初婚率、進学率、婚姻時における平均値等から逆算して制作された「既婚女性のライフサイクルのモデル」（図表 1-1）を参照した。

職業を維持したいと望む場合には、どのような状況が展開されているのか、またいかなる課題があるのかについて、次の(2)において検討を行う。

(2) 夫の家庭への貢献の低さと現実に合わない制度

日本における働く女性の数は、1985 年（昭 60）では、2304 万人であったが、2015 年（平 27）には 450 万人増えて、2754 万人となり（厚生労働省 2015a:5）、2016 年（平 28）には、専業主婦世帯が 664 万世帯であるのに対して、共働き世帯数が 1129 万世帯であることから、結婚してからも働く女性が全体の約 3 分の 2 を占めることが解る[75]。

かつての日本では、「子育ては主に母親の役割」という意識が強く、子育て期間の有業率は低かった。1973 年（昭 48）の統計では、結婚したら「家事に専念」するとした女性が 30%、「育児が優先」が 44%であり、「家事と仕事を両立」の 24%を大きく上回っているが、1988 年では「家事に専念」が 21%、「育児が優先」が 38%となり、「家事と仕事を両立」が 38%と増加している（井上・江原:1991:161）。2002 年（平 14）では、「子供ができても仕事を継続する方がよい」という意見が 41%と増加し、「出産で一時辞めても、その後職業復帰したい」という意見の 40.9%と並んでいる（井上・江原:2005:21）。

このような女性の仕事に対する意識変化は、人生が 80 年を超えて長期化したこと、少子化と家事の省力化により、時間的および体力的余裕ができたことに加え、高学歴化に伴って社会的関心が高まり、労働環境も既婚女性に適した働き方が創出されて多様化したことなどが、実際的な背景として考えられる（井上・江原:1991:160）。

妻が仕事を継続したい、育児が落ち着いたら職場に復帰したいと希望する時、家庭における夫の協力は重要な要素である。日本の家庭における夫婦の家事および育児への参加状況では、妻が育児に週 3.09 時間、家事に 7.27 時間費やしていることに比べ、夫は育児に週 33 分、家事には 27 分[76]となっており（厚生労働省 2010c:6）、ドイツの夫の、育児に週 59 分、家事に 2 時間という数字（4.4.2 (2)参照）と比較すると、日本の夫の育児と家事への貢献度は極めて低い。

加えて、現状においては、保育施設の圧倒的な不足が深刻な問題となっている。2014 年（平 26）10 月、安倍内閣は、「すべての女性が、その生き方に自信と誇りを持ち、活躍

---

[75] 労働政策研究・研修機構、グラフでみる長期労働統計,「 II 労働力、就業、雇用　図表 12 専業主婦世帯と共働き世帯」
http://www.jil.go.jp/kokunai/statistics/timeseries/html/g0212.html, 2017 年 5 月閲覧。

[76] 日本のデータは男女とも 2006 年（平 18）のものである。

できる社会づくりを進める」として、「女性活躍加速のための重点方針」を打ち出している[77]。その中には、女性活躍のための基礎整備として、「子ども・子育て支援新制度における幼児教育・保育等の「量的拡充」及び「質の向上」を確実に実施」するとして、保育園に入れずにいる待機児童[78]の解消が掲げられている（厚生労働省 2016b:1,3）。しかしながら、2016 年の待機児童数は 2 万 3553 人であり、0 歳から 2 歳の低年齢児が 86.8%を占め、その内の 71.1%が 1・2 歳児である（厚生労働省 2016c:5）。3 歳になれば、保育園に加えて幼稚園へ通わせる選択肢も出てくるが、最も手のかかる 1・2 歳児を預けられないという問題は、出産後の女性の職場復帰にとって大きな障害となる。

2017 年（平 29）4 月の時点でも、待機児童は 1 万 4000 人を超えており、政府は、2017 年末までに「待機児童ゼロ」達成するとして作成した「待機児童解消加速化プラン」は現状では達成不可能とし、2017 年 5 月に 3 年の先送りを決定した[79]。新たな政策に盛り込まれた案には、2022 年末までに、32 万人の児童を受け入れる体制を作るとしているが、保育所の数を増やすためには人員の育成も必要であり、一定レベルの保育環境も獲得しなければならならず[80]、容易には解決が望めないのが現状である。

一方、日本の家族政策は手当の支給よりも、育児休暇取得が中心となっている（内閣府経済社会総合研究所 2005b:3）。児童手当は、子どもが中学修了（15 歳）まで、0 歳～3 歳未満児に月額 1 万 5000 円、3 歳から小学校修了までと中学生には 1 万円が支給されるが、これには所得制限があり、それを超える場合は、児童 1 人につき月額 5000 円となる（労働政策研究・研修機構 2017:282）。ドイツの例に見られたような児童扶養控除は、子ども手当（現在の児童手当）の導入と入れ替えに、2011 年 1 月に廃止されている。

また、育児休業制度は、子が 1 歳になるまで原則として 1 回であり、父母がともに取得するなど、一定の要件を満たす場合は 1 歳 2 か月まで取得可能、保育所に入所できないなどの場合には、1 歳 6 か月まで取得可能とされている（労働政策研究・研修機構 2017:279）。また、育児休業中の収入に関しては、休業開始から 180 日間は月給の 67%を、それ以降

77 首相官邸 HP, http://www.kantei.go.jp/jp/headline/brilliant_women/, 2017 年 6 月閲覧。
78 待機児童とは、認可保育施設に申し込んで、入れなかった子どもを指し、毎年 4 月時点で自治体ごとに集計が行われている（朝日新聞 2017 年 5 月 31 日朝刊 1 ページ「「待機児童ゼロ」3 年先送り」）。待機児童は 0 歳から小学校入学前までの年齢の児童を対象としている（厚生労働省 2016c）.
79 朝日新聞　2017 年 5 月 31 日（朝刊 1 頁）。
80 首相官邸 HP, https://www.kantei.go.jp/jp/headline/taikijido/index.html,2017 年 6 月閲覧。

の 180 日間は月給の 50%を受け取ることができるとされている[81]。日本の育児休暇の取得状況は、妻の取得率が 58.4%（1999 年）から 90.6%（2008 年）と大きく伸びているのに対し、夫は 0.42%から 1.23%と、10 年間の伸びは 1%以下である（厚生労働省 2010c:3)。実際には、育児休暇制度や、育児のための短時間勤務制度を利用したいと考えている夫が 30%以上いるという報告がある一方で（厚生労働省 2010c:4)、育児休暇を取らなかった理由としては「職場に迷惑がかかる」が 50%、「取る必要を感じなかった」が 34.9%、「家計への影響（給料が減る)」27.4%が、上位 3 位の回答である。多くの夫が職場への遠慮を理由に挙げている事実は、日本人の「人に迷惑をかけてはいけない」という道徳観が根底にあることと、日本の職場における夫の育児休暇への理解や、サポートが不十分であることを示している。また、育児休暇で休むと給料が減るからという理由からも解るように、日本では夫が有給で育児休暇を取得できる状況が確立されていない。さらに、育児休暇の必要性が感じられなかったという意見が 30%以上あることからは、夫である男性の中に「育児は妻の仕事」という、性別による役割分担意識が健在であり、父親も子育てを分担するという意識が形成されていないことが考えられる（厚生労働省 2010c:5)。

このように、日本における夫の育児参加に対する理想と現実は、かなりのギャップを伴っているのが現状である。このような状況の背景には、職場に対して罪悪感を持つことなく、また収入の減少を心配せずに、育児休暇を取得できる環境が整っていないことと、男性の中に父親も育児をする義務と権利があることの意識が育っていないという、制度と意識の問題が二重に横たわっている。加えて、夫の家事・育児への参加時間が長いほど、第 1 子出産後、妻が就業を継続する割合が高いという調査結果もあることから（厚生労働省 2008:19)、出産後に職場復帰を望む女性にとっては、夫のための制度の充実と、家事・育児参加に対する夫の意識の改革が、重要な鍵となるように思われる。

(3) 未婚、非婚、離婚という選択

以上において検討してきたように、結婚した女性が、仕事と家庭の両立という難問と格闘している一方で、結婚に至らない、結婚したが破綻した、また結婚を選択しない女性達も存在する。ここでは日本の未婚、離婚、非婚という状況について検討する。

1960 年代から 1970 年代にかけて、西欧先進諸国では性の解放運動が起こり、結婚を制

[81] 厚生労働省 HP, 「育児休業給付の充実や教育訓練給付の拡充などの方針を了承」（2014 年 1 月）, http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000034804.html, 2018 年 6 月閲覧。

度としてよりも、個人的な関係性として重要視する思潮が広まった（4.4.1 (3)参照）。女性にとって結婚が「生活の保障」であり、結婚して家庭を築くことが「女性の幸福」であるという考え方は支持を失い、正式に結婚せずに家庭を築く同棲形式が急増した（井上・江原 2005:8）。日本でも、結婚前に同棲経験のある人の割合は、女性が 7.6%、男性が 6.7%、性交渉の経験がある割合は、女性が 55.4%、男性が 59.8%[82]となっており、結婚前の男女関係は活発化している（井上・江原 2005:8,10-11）。また、10 代（15 歳から 19 歳）での 1000 人当たりの出産を比較すると、日本は 1970 年では 4.4 人、2000 年では 5.2 人、2015 年では 3.9 人であり、ドイツのそれぞれの値 45 人、12.6 人、6.4 人と比較して[83]、その数は格段に少ない[84]。つまり、日本では 19 歳以前に出産に至るケースは低いことから、西欧の性の解放の影響はあるものの、結婚の有無に関わらず若年で子どもを産み育てることが回避されており、同棲率や結婚前の出産が極端に少ないことから、日本では結婚と生殖が強く結びついていることが解る（井上・江原 2005:8）。

加えて、日本では家族を社会保障の基本的単位とする戸籍制度が堅持されており、正式な結婚による家族を優遇して、国民を法律婚に誘導する策が取られているため、実際には同棲や事実婚および婚外子が増加しているが、生涯独身を通す非婚や、夫婦の性格の不一致による離婚が、西欧ほど社会的に許容されていないのが現実である。また、独身生活に利点を感じている男女の割合は、結婚に利点を見出している男女よりも多く、女性では 86.6%が、男性では 79.8%である。その理由としては、女性では、「行動や生き方が自由でいられる」、「友人関係を広く保つことができる」などが挙げられている（井上・江原 2005:8,10）。

その一方で、日本における離婚率（付録図表 3）は、1960 年代から増加し、1983 年（昭 58）の普通離婚率（人口 1000 人当たりの離婚件数）1.5 をピークに一旦下降、1991 年以降再び上昇し、2002 年（平 14）には 2.3 と 1899 年（明 32）以降過去最高となるが、その後下降して 2014 年では 1.8 である。結婚している夫婦の数に対する離婚の比率（有配偶離婚率）は、妻の年齢が若いほど上昇が激しく離婚に至る割合が増加する。また結婚 5 年から 10 年未満で離婚するケースが最も多く、20 年以上結婚を継続してきた夫婦の離婚、

---

82 これらのデータは 2002 年のものである。
83 ちなみにフランスは 37.3 人（1970 年）、10.3 人（2000 年）、8.8 人（2015 年）、イギリスはそれぞれ 52.3 人、28 人、13.9 人となっている。
84 The world Bank Group: Date 2014, http://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT?order=wbapi_data_value_2012%20wbapi_data_value%20wbapi_data_value-last&sort=asc, 2017 年 5 月閲覧。

いわゆる「熟年離婚」も徐々に増えている（井上・江原 2005:14-15）。

ここまで、日本女性のライフコースの変化をたどり、結婚を始めとする男女の結びづきの変容と、家族形成と仕事の両立の問題を検討した。ドイツの場合と同じく、男女の性に関する意識は、第二次世界大戦前と比べて解放的で自由になったものの、高学歴化により晩婚化と晩産化が進んでいる。しかし、女性が生物として子供を生める年齢が延長されたわけではないため、出産可能な期間は以前より短くなっており、少子化が継続している。また、平均寿命が延びたことで、日本の女性にも、家庭形成だけでなく、職業を通じて社会参加をしたい、経済的基盤を築きたいという意志が強くなっている。しかし、家庭経営のパートナーとしての男性の家事および育児への貢献度は、日本の場合、ドイツに比べて大変低く、また、保育所等の施設が不十分であるため、結婚して母となり、かつ仕事を持つというライフスタイルは、日本女性にはまだまだ大変な負担を強いるものとなっている。

両性の「身分的」役割分担からの解放は、女性だけの努力では改善は望めず、男性もまた、自分にとってそれまで当然だったことや、これまでのやり方を変えることができる時にのみ、その解放は起こる（Beck1986=1998:207）。男女が一緒に暮らす場面においては、ドイツでも日本でも性別による役割分担が女性に偏っており、特に日本の場合それが顕著であるという事実は、女性の個人化の進展を妨げる要因となっていると考えられる。

晩婚化および晩産化という現象は、高学歴化と職業進出が進んだ結果、女性も結婚および出産に至るまでは、自分の人生における理想を追求することが可能となったことを示している。この意味においては、かつてのような「結婚したら仕事を辞めて主婦に専念する」という社会的規範からは、女性は解放されたように思われる。しかし、これまで論じてきたように、家庭における男女の役割分担が女性に対して偏っている現実に関しては、男性との共存は、女性を再び男女間の不平等に再統合していると考えられる。一方で結婚を解消して独身になると、自身の生計の確立と子供の養育の問題が立ちはだかり、出産により勤続年数が継続しない日本女性は、就職においても年金受給においても不利である。また主義として独身を貫く場合でも、賃金体系において男性との格差が存在している女性は、貯蓄額や年金において男性と大差ができる（井上・江原 1991:22;2005:24-25）。離婚においても、女性は「不幸な結婚」から解き放たれはするが、ほとんどの場合、それにより発生するリスクに対しては、自己責任で対応しなければならないのが現状である。

4.4.3　男女の共生における女性の「解き放ち」と自己実現

4.4.1 および 4.4.2 においては、男女の共生という視点から、ドイツと日本の女性の状況を検討した。ドイツにおいても日本においても、女性は以前よりも高い年齢で結婚し、以前よりも遅く、少ない数の子供を持つようになった。男女の共生の形式としては、同棲や事実婚という新しい形が出現してはいるものの、伝統的な結婚という形式も健在である。独身を通すこと、また結婚という伝統的形式を排除して同棲または事実婚として暮らすことにより、男女の共生における解放は部分的には進行していると考えられる。しかし、一度制度的な結婚という枠に入ると、そこには労働の問題を通して見たように、男性中心の古い規範が出現し、それを支持する古い制度が女性に立ちはだかる。

現代の女性は、男性と同等に教育を受け、男性と同等に希望する職種に就くところまではたどり着いた。伝統的社会および産業社会において最良とされた、結婚して子供を産んで育てるだけの人生、「他者のための存在」だけで終わることからは、解放されていると言えるだろう。しかし、男女の共生および結婚が職業労働と最も異なる点は、そこに女性の役割として、生命の再生産とその継続的育成、つまり出産と子育てが含まれていることである。生物学的に子供を産めるのが女性だけである現在においては、男性優位という社会的規範は主観的にも客観的にも、女性の仕事と出産・子育ての両立に対する壁となる。

職業の世界で「半分だけ開かれたドア」は、結婚においてもそれほど大きく間口を広げたとは言えない状況である。しかし、この問題は、男女の共生や結婚が男性と女性の問題であるからこそ、夫として、また父親としての男性の意識の改革、つまりは男性の主観的個人化の進展、また、夫婦がともに子供を育てながら仕事も継続することで、自己の理想を追求できるような制度の確立、すなわち制度の客観的個人化が、男性だけでなく、両性の単位として成立することにより、解決は不可能ではないと考える。

4.5　ドイツと日本における女性の個人化の現状

本第 4 章では、日本の第二の近代化の様相を検討するという本論の目的を達成するために、子宮頸がんワクチンの接種対象である女性の近代化の状況の把握を試みた。ドイツ女性の社会的な変容の過程を論じた　‘From ‘living for others’ to ‘a life of one’s own’: Individualization and women’（Beck and Beck-Gernsheim 2002:54-84）を土台として、女性史研究およびジェンダー論を引きながら、教育、労働、家族形成という 3 つの観点からの整理を行い、日本女性の状況と対比させることにより、日本女性の個人化の状況を検

討した。

第一に、教育という領野においては、男性が教育を占有していた状況から、男女平等の教育機会が制度的に成立したことで、教育における「男子優先」という社会規範から女性が「解放」され、教育機会の獲得においては、男性と同等の枠組みに「再統合」された。このように、解放の後に再統合が可能となるのは、第一の近代における個人化の特徴である（4.1 参照）。しかしながら、この教育においても男性と女性が完全に統合されたわけではなく、カリキュラムの設定や科目選択においてのジェンダーバイアスが存在し、女性の学問的可能性に偏りを生むことになる。これは、教育という制度が、未だに男性中心性という、反近代的部分を残していることを示すものである。この問題については、ドイツと日本はほぼ同じ状況であった。

第二に、労働という市場においても、女性は家庭に入り、妻そして母という「他者のために生きる」だけの存在であることから「解放」されたと言えるだろう。職業を得る機会については、女性も男性と同じ次元に「再統合」されたようにみえる。しかし、現実の労働という社会は、長い間男性を中心に機能しており、古い規範と制度に基づいているため、女性と男性の間には労働条件において明確な格差があり、この意味において、女性は労働市場に完全に統合されたわけではないと考える。つまり、女性の労働市場における個人化はでは、解放は起こったが、その再統合は不完全な状態であり、変形を伴った第一の近代の個人化、あるいはそれは第二の近代における「再埋め込み」のない「脱埋め込み」（Beck and Beck-Gernsheim 2002:xxii）という形にも近いものであると思われる。言い換えれば、労働市場における個人化自体が制度的には第一の近代を引きずっているため、客観的個人化が遅れており、意識のレベルでは、女性も労働という社会の単位の 1 つであることを認識するという点における、男性の主観的個人化が遅れていると言える。この労働という環境における女性の個人化の状況は、程度の差はあるがドイツと日本に共通するものである。

第三に、男性との共生においては、同棲、事実婚、非婚という形で、一部においては伝統的な結婚という形式からの解放が見られる。一方で、結婚という制度的な結びつきにおいては、産業社会においてすでに、女性が職業を持ち結婚後もそれを継続したいと望むようになったことで、専業主婦という「他者のために生きる」存在を失いつつある。しかし、結婚という形式は、それにより社会的に妻と夫という性別による役割を作り出すため、結婚という制度自体は古い枠から抜け切れておらず、性別による役割分担は女性に負荷をかけた状態で残存している。職業を得た女性が、結婚して出産と子育てという再生産を両立

させようとする時、結婚という形式は女性と対立することになる。すなわち、第二の近代における女性の主観的個人化―自己実現としての仕事と家庭とを両立したいという欲求―の追求が、伝統的な制度としての結婚が持つ反近代性と噛み合っていない現実を、女性は生きているということになる。一方で、結婚という形式を選ばずに独身を通す男女が存在するのは、このような齟齬のあるシステムに、自ら組み込まれることを回避しようとする試みの現れであると考えられる。

本第 4 章の冒頭で示唆したように、男女の共生における女性の状況については、日本は、制度の不備と男性の意識の低さを原因として、ドイツよりも困難な状況にあると言える。教育と労働機会の獲得においては、ドイツと日本において大きな差はなく、またそこに存在する問題にも共通点があった。しかし、ドイツにおいては、国の制度の充実に加えて、男性からの家事や育児への貢献度が高く、女性が自己実現を達成するための条件が日本より整っている。この点において、日本女性の自己決定の実現については、ドイツ女性の状況とかなりの隔たりがあると言わねばならない。

本章において論じた女性の近代化の状況は、第 6 章において子宮頸がんワクチンの選択の問題の分析に応用するが、その前に、次の第 5 章では、ベックのリスク社会論におけるサブ政治という概念を用いて、子宮頸がんワクチンを提供した医学というサブ政治についての検討を行う。

第 5 章　子宮頸がんワクチン事業における医学というサブ政治

本章では、ベックのサブ政治論を基に、手塚洋輔の予防接種制度に対する政治的分析を援用しながら、子宮頸がんワクチン事業において、政治、サブ政治、個人に分配されたベネフィットとリスクを明らかにすることにより、子宮頸がんワクチンを提供した医学というサブ政治の実像を示すこととする。

子宮頸がんワクチンは、女性特有のがんである子宮頸がんを予防するとされる医薬品であり、その接種対象者は若い女性である。加えて、2 つのワクチンが予防するとされている子宮頸がんは、性交渉により男性が持つ HPV ウイルスに感染することで起こる疾病である。その選択には、若年の女性本人と、多くの場合その保護者として母親がその決定に関わっていることは、これらのワクチンによる副反応の重篤性と多様性について論じた際に参考とした、『HPV ワクチン（子宮頸がんワクチン）副反応被害報告集』からも明らかであった（3.4.3 参照）。

本論は、子宮頸がんワクチン事業を通して、日本の「第二の近代」化がどこまで進展しているのかを判断することを目的としている。そのための準備として、前第 4 章では、ドイツと日本の女性の、教育、労働、男女の共生における個人化の歴史的状況についての観察を行い、現代の日本の女性は、ドイツに比べて自己実現の達成が困難な状況にあることを確認した。

本章では、2.3.1 において概説したウルリヒ・ベックのサブ政治論に基づき、子宮頸がんワクチンを製造し、国民に提供した医学というサブ政治についての論議を展開する。サブ政治は、近代化の過程において、議会の決定という正当性を維持してきた政治に対し、政治でも非政治でもない第三の政治形態として、政治に対抗する、またはそれを超える勢力である。そのサブ政治の 1 つである医学というサブ政治が、子宮頸がんワクチン事業においてどのような構造を構築しているのか、そして、ワクチンを提供される個人が、このサブ政治とどのような関わりを形成していたのかについて検討を行う。

具体的には、5.1 おいては、医学というサブ政治の中で、子宮頸がんワクチンを開発・製造し、政治に対し承認を求めた製薬という分野と、日本で 2 つの子宮頸がんワクチンに認可を与えた政治の医薬品の承認に焦点を当てて、その構造、承認プロセス、そしてその専門性について論じる。5.2 では、政治、医学というサブ政治、国民が、子宮頸がんワクチン事業を通じて、実際に分配されたベネフィットとリスクを明らかにする。さらに 5.3 においては医学というサブ政治の特性をまとめ、5.4 では、この子宮頸がんワクチンとい

う事例において、医学というサブ政治が導いた結果を示すことで、日本の「第二の近代」化の現状を把握する手がかりの 1 つとしたいと考える。

5.1　サブ政治と政治

本節においては、医学という分野内で、子宮頸がんワクチンを製造し個人に提供した製薬というサブ政治の、市場としての規模および新薬開発の過程を通して、その特徴をまとめる。次に、製薬企業が開発する医薬品を審査し、国民に提供する判断を下す政治についての検討を行う。

本論における医学というサブ政治は、子宮頸がんワクチンを開発した 2 つの製薬企業、グラクソ・スミスクライン（GSK 社）およびメルク　（MSD 社）と、ワクチンの接種を実施した医師、そして、積極的に子宮頸がんワクチンの奨励活動を行っている「子宮頸がん征圧をめざす専門家会[1]および「HPVJAPAN」[2]等の子宮頸がんワクチン推奨団体を含むものである。

5.1.1　製薬というサブ政治

(1) 製薬という市場

医学というサブ政治の概念は、「医学」という言葉を「製薬」に置き換えて考えることが可能である（2.3.1 (3)参照）。現代の医薬品開発には、厖大な研究資金と長い研究期間、さらに高い科学的知識および技術が要求され、その業界では日夜激しい競争が展開されている。世界の医薬品市場は、2013 年に約 100 兆円を超えており（田辺三菱製薬株式会社 2016:14）、日本は、業界の約 39%のシェアを持ち第 1 位である北米に続いて、シェア約 11%で世界第 2 位の市場規模を持つ[3]。日本の医薬品生産金額は、2000 年で 5 兆 9273 億円、2005 年で約 6 兆 3907 億円、2015 年では 6 兆 7481 億円と増加している[4]。

---

[1] 子宮頸がん検診受診率の向上と、公費負担による子宮頸がんワクチンの接種率の向上を目指し、2008 年に設立された産婦人科、小児科等の医師で構成される団体。HP, http://www. cczeropro.jp/

[2] 子宮頸がんワクチンの推奨再開を求める団体。HP,　http://hpvjapan.com/

[3] 製薬協 HP, 日本の製薬産業－その規模と研究開発力, http://www.jpma.or.jp/about/issue/gratis/guide/guide12/12guide_08.html ,2018 年 5 月閲覧。

[4] 2000 年のデータは、厚生労働省 HP,「薬事工業生産動態統計調査・結果の概要」における平成 18 年年報（http://www.mhlw.go.jp/topics/yakuji/2006/nenpo/01.html）、2010 年のデータは同平成 26 年年報（http://www.mhlw.go.jp/topics/yakuji/2014/nenpo/1.html）、2015 年のデータは同平成 28 年年報（https://www.mhlw.go.jp/topics/yakuji/2016/nenpo/1.html）からのもの

これらの医薬品はさらに、医療用医薬品、その他の医薬品、そして一般用医薬品および配置用家庭薬に分かれる[5]。2015 年の生産金額の内訳では、医療用医薬品が 90.1%、その他の医薬品が 9.9%であり、この内、一般医薬品が 9.3%、配置用家庭薬が 0.5%という割合となっている。同じく 2015 年における外国からの医薬品の輸入金額は、4 兆 220 億円で、国内の生産金額と合わせると、合計 10 兆 8425 億円であり、国内への出荷金額は 10 兆 4785 億円、外国への輸出金額は 1535 億円である（厚生労働省 2015b:5-6）。

実際にどのような医薬品が開発・製造されているかというと、循環器官用薬、中枢神経系用薬、その他の代謝性医薬品、消化器官用薬、血液・体液用薬、外皮用薬、生物学的製剤、感覚器官用薬、体外診断用医薬品、アレルギー用薬などに分かれており[6]、ワクチンは生物学製剤に含まれる（厚生労働省 2015b:8,13）。

(2) 新薬開発に費やされる時間と資金

1 つの薬の開発には、平均で 9 年から 17 年という時間が必要とされ、それにかかる費用は、日本では、およそ 500 億円と言われている。加えて、新薬を開発して成功する確率は約 3 万分の 1 とも言われており、途中で断念される新薬開発も多い[7]。新薬開発には大きく分けて、基礎研究、非臨床（動物）試験、臨床試験（治験）などの段階があり、これらを経て初めて、承認申請と審査に至る。

基礎研究の段階では、まず、将来、薬となる可能性のある新物質や成分の発見、またそれを化学的に合成するための研究があり、これには通常 2〜3 年を要する。次に、非臨床（動物）試験においては、薬としての可能性のある新規物質の有効性と安全性の確認を動物や培養細胞を用いて行う試験や、薬の元となる物質の吸収、分布、代謝、排泄の過程や

である。http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/105-1c.html, 2018 年 8 月閲覧。

[5] 医薬品は医療用医薬品とその他の医薬品に分かれる。医療用医薬品とは、医師または歯科医師によって使用されるか、これらの医師の指示またはこれらの医師の判断により出された処方箋に基づいて使用される医薬品である。その他の医薬品とは、医療用医薬品以外の医薬品を指す。その他の医薬品の内、一般用医薬品とは、一般家庭にいわゆる「置き薬」として常備される配置用家庭薬以外の医薬品、つまり医師の処方箋なしで薬局やコンビニエンスストアで購入できる医薬品を指す。厚生労働省「薬事工業生産動態統計調査・調査の結果・用語の解説」http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/105-1b.html#list01, 2018 年 5 月閲覧。

[6] 医薬品薬効大分類による循環器官用薬には、たとえば、血圧降下剤、高脂血症用剤、血管拡張剤などであり、中枢神経系用薬には精神神経用剤、解熱鎮痛消炎剤、総合感冒剤などが、その他の代謝性医薬品には糖尿病用剤、総合代謝性製剤、痛風治療剤などがある。（厚生労働省 2015b:10-14）。

[7] 中外製薬 HP, http://chugai-pharm.info/medicine/create/create001.html, 2015 年 7 月閲覧。

品質および安定性に関する試験を行い、これらに通常 3〜の 5 年を必要とする。そして臨床試験の段階では、人を対象とした場合の有効性と安全性を確認するため、必要な非臨床試験を合格した治験薬が、安全かつ実際に人に効果があるかどうかを調べる最終的な確認の試験が行われる。これは治験とも呼ばれ、法律に従って、多くの専門家による検討や審査に基づいて行われ、通常、3〜7 年という年月がかかる[8]。

(3) サブ政治としての製薬という領野

このように、製薬という分野では、資本と時間を費やして医薬品が開発されるが、それらは、医学および薬学専門の研究者および技術者により製造され、医師という専門家の下で処方され、薬剤師という別の専門家により供給される。医薬品についての専門知識を持たない一般の患者は、自分が体内に取り込むその医薬品について、一応の説明を医師や薬剤師から受けるが、ほとんどの場合、その薬剤の組成や効果のメカニズムについては理解することなく、言われるまま処方された薬を服用することになる。

医師が薬を処方し、薬剤師により薬が提供されるこの段階においては、薬についての専門知識を持たない患者は、ギデンズが家の階段の昇り降りの例で説明したように、一連の危険（danger）が、減少または最少にとどめられている状態としての「安心（security)」を前提として、医薬品の供給を受け、服用していると言えるだろう（2.2.4(1)参照)。つまり、この場合に患者が受け入れる対象としているのは、医師が専門知識に基づいて処方した医薬品であり、それに対しての信頼と受け入れ可能なリスクのバランスが取られている状態が、大前提として成立しているからこそ、患者はその薬を服用するのである。このような患者と医薬品の関係における信頼は、ギデンズが述べているように、より継続的な状況で成立する特殊なタイプの確信であり、対象つまり医薬品に対する情報が、その受け手に欠如しているという条件の下で成立しており、相手に、この場合は医師と医薬品に、白紙委任状を与えてしまうような、絶対的な権限を認めた状況が成立していることになる（Giddens 1990:32,33 =1993:48,50)。

医学と医薬品の進歩により、過去においては死を免れなかった病気が減少したことは、紛れもない事実である。かつて不治と言われた疾病でも現代では完治するものも多く、ま

[8] 製薬協 HP, くすりの開発−新薬開発のステップ(1) 基礎研究, (2) 非臨床試験, (3) 臨床試験（治験）, http://www.jpma.or.jp/junior/kusurilabo/labo/2_develop/02.html, http://www.jpma.or.jp/junior/kusurilabo/labo/2_develop/03.html , http://www.jpma.or.jp/junior/kusurilabo/labo/2_develop/04.html, 2018 年 5 月閲覧。

た完治しないまでも、死を免れ生き続けることが可能となっている。医学の進歩は日進月歩と言われるように、その発展により人類は、19 世紀よりは 21 世紀の今日、そして昨日よりは今日において、それまでの生活を飛躍的に向上させてきたのである。

2.3.1 の(3)で述べたように、疾病により身体に与えられる苦痛は、専門知識を持つ医師により、それを持たない患者には理解できない方法で対処される。そして、医学が進歩して診断が可能になればなるほど、それまでは解明されなかった新しい病気が発見され、医学は、そのための治療法や薬を開発するための研究を進める。どんな薬が治療に有効なのかを独自に研究開発し、その認可や患者に投与する判断も、製薬という科学とそれを用いて患者を治療する医師が行う。医薬品の研究と、それを実際に利用する臨床を含む医学が、政治における行政府と立法府の役割を 1 人で果たすことになるのである（Beck 1986 = 1998:411-412;419)。さらに、製薬は医学内部において、尽きることのない需要を生み出す。それは、医師が病気を診断し、治療を与えることで起こる二次的な症状や薬の副作用などを、新たな医薬品の開発や治療法の開拓へと結びつけることができる。つまり、その専門化が際限なく進展することにより、製薬という分野は、医学とともに永久に拡大する市場を形成することを可能としているのである。

製薬という領野は、その医薬品の効果により、それまでの人間の生活を一変させるような向上をもたらし、その分野内での専門知により発展と拡大を継続し、それ以外の分野の侵入を許さず、二次的、三次的な障害さえも、その発展の土台とすることにおいて、「自己内省的」に発展することが可能なサブ政治と考えることができる。

5.1.2　医薬品の提供における政治の役割

5.1.1 においては製薬という領野のサブ政治性について論じたが、続いて、医薬品を国民に提供する際に、政治がどのような役割を担うのかについて検討する。

2001 年に、旧厚生省と旧労働省が統合され成立した厚生労働省は、国民生活の保障・向上と経済の発展を目指し、「社会福祉、社会保障、公衆衛生の向上・増進と、働く環境の整備、職業の安定・人材の育成を総合的・一体的に推進する」ことを掲げ、健康・医療、子ども・子育て、福祉・介護、雇用・労働、年金などに関する政策を担当する、国家行政組織である[9]。健康および医療に関して、厚生労働省は、国民の健康を守る医療の監視役であ

[9] 厚生労働省 HP, http://www.mhlw.go.jp/kouseiroudoushou/, 2018 年 6 月閲覧。
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/index.html, 2018 年 5 月閲覧。

り、また、よりよい医療を推進するリーダーとして重要な責務を負う。

製薬業界は、この厚生労働省内の医政局[10]、健康局[11]、医薬・生活衛生局[12]と密接な関係を持っている。医政局は、遺伝子工学に基づいた最新医療技術開発、それを支える医薬品や医療機器産業の振興を担当しており、医薬・生活衛生局では、薬の最終段階である治験の整備と管理、承認審査に加えて、ワクチンの研究開発および供給体制等の在り方の検討もその業務である（荒川 2013:176）[13]。以下においては、国の行政機関としての厚生労働省が、新薬の申請承認に関して果たす役割とその業務について整理する。

(1) 国内で製造される新薬の承認

日本国内で製造された医薬品の承認には、申請者、厚生労働省、PMDA、外部専門家の4者が関わっている。製薬企業から新薬承認の申請があると、PMDAの審査チームが、承認申請書や添付された資料の照会のための面談を実施する。申請者は、プレゼンテーション等により照会事項に回答を行う。PMDAによる承認審査プロセスでは、チーム審査専門員と外部専門家が専門協議を実施して、重要な問題について検討が成される。特に問題がある場合には、この専門協議の後に、審査専門員、外部専門家そして申請者により、面接審査会が行われることもある。一方で、申請された資料が、信頼性基準（GLP[14]およびGCP[15]）

---

10 医政局は、近年の高齢化、疾病構造の変化、医療の質を求める国民の声に応え、21世紀における、良質で効率的な医療提供体制の実現に向けた政策の企画立案を行う部署である。電子政府の総合窓口 e-Gov, 府省一覧,厚生労働省, 医政局, http://search.e-gov.go.jp/servlet/Organization?class=1050&objcd=100495&dispgrp=0080, 2018年5月閲覧。

11 健康局は、保健所等を通じた地域保健の向上、エボラ出血熱、エイズ、結核などの感染症や糖尿病、がんなどの生活習慣病の対策を講じ、適正な臓器移植の推進を図り、国民の健康の向上に取り組む部署である。電子政府の総合窓口 e-Gov, 府省一覧,厚生労働省, 健康局, http://search.e-gov.go.jp/servlet/Organization?class=1050&objcd=100495&dispgrp=0090, 2018年5月閲覧。

12 医薬・生活衛生局は、医薬品・医薬部外品・化粧品・医療機器および再生医療等製品の有効性・安全性の確保対策の他、血液事業、麻薬・覚せい剤対策など、国民の生命・健康の保護および理・美容店などの生活衛生関係営業の振興策、シックハウス対策、水道の整備等を担い、快適な生活環境の確保に取り組む部署である。電子政府の総合窓口 e-Gov, 府省一覧,厚生労働省, 医薬・生活衛生局, http://search.e-gov.go.jp/servlet/Organization?class=1050&objcd=100495&dispgrp=0100, 2018年5月閲覧。

13 医薬・生活衛生局の職務については、厚生労働省HPの「医薬・生活衛生局が実施する検討会等」も参考とした。http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/indexshingiother.html?pid=128689, 2018年5月閲覧。

14 GLPは Good Laboratory Practiceの略語で、新薬の申請に当たり、臨床試験（治験）の前段階である非臨床試験（動物実験）が適正に行わるように示された基準を指す。日本では「医

に準拠して作成されているかについて確認する適合性調査が実施され、加えて、治験依頼者および治験実施期間に対しての GCP 実地調査が行われる（ドーモ 2009:30-44）[16]。

PMDA における審査により審査報告書が作成されると、その報告書は厚生労働省の薬事・食品衛生審議会の医薬部会および薬事分科会において、審議と報告が行われる。同時に、GMP 適合性調査[17]において、医薬品の製造所が基準に適合しているかが確認される。これを通過して初めて、新医薬品として厚生労働大臣の製造販売承認を得ることになる（ドーモ 2009:49-54）[18]。

(2) 海外において既に承認されている医薬品の承認

対して、海外で開発された医薬品は、かつては日本の製薬企業が国内販売権を買って承認を取得し、日本国内での製造販売を行っていた。2005 年に実施された改正薬事法[19]では、外国の製薬企業が自ら承認を取り、日本にある子会社や日本の製造業者等に製造販売させることを想定した「外国製造医薬品の承認制度」が設けられた。日本では、製造販売承認を取った責任者が製造販売業者として、医薬品の市販後の安全管理に責任を持つことが製造販売の許可の条件とされている。しかし、外国の製薬企業が日本国外からその責任を果たすことには困難が伴うため、この制度は、日本国内の製造販売業者のうちから適当な者を選び、その製造販売業者に安全管理業務を委任することができるというものである（ド

薬品の安全性に関する非臨床試験の実施の基準に関する省令」（平成 9 年厚生労働省令第 21 号）がこれを定めている（ドーモ 2009:32,44）。

15 GCP は Good Clinical Practice の略語で、薬事法第 14 条第 3 項の「承認を受けようとする者は、厚生労働省令で定めるところにより、申請書に臨床試験の試験成績に関する資料その他の資料を添付して申請しなければならない。（中略）当該資料は厚生労働大臣の定める基準に従って収集され、かつ、作成されたものでなければならない」に従い、臨床試験（治験）を実施する際に守るべき基準を指す。その内容は①治験の依頼に関する基準、②治験の管理に関する基準、③治験を行う基準の 3 つである（ドーモ 2009:32,41）。

16 GLP と GCP については、独立行政法人　医薬品医療機器総合機構（PMDA）HP の「信頼性保証業務」も参照した。http://www.pmda.go.jp/review-services/inspections/0001.html, 2018 年 5 月閲覧。

17 GMP 適合性調査の GMP とは Good Manufacturing Practice　の略語で、医薬品製造業者の製造管理および品質管理の基準を指す。これを査定する GMP 調査は、新薬承認審査時だけでなく、承認取得後 3 年を下らない期間ごとに行われることが定められている（ドーモ 2009: 49,57）。

18 新薬の承認過程については、公益社団法人日本薬学会の HP の「申請と承認」も参考とした。http://www.pharm.or.jp/souyaku/cro_2.shtml, 2018 年 5 月閲覧。

19 薬事法は 2014 年 11 月 25 日から、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」（略称は「薬機法」または「医薬品医療機器等法」）に名称が変更されているが（厚生労働省 2014c:3; 薬事医療法制研究会 2014:1）、本論は該当法の名称変更により影響を受ける論旨を含まないため、「薬事法」の名称に統一することとする。

ーモ 2009:31-32)。

日本で申請される海外製造の医薬品は、すでに海外において審査が終了しているものがほとんどであるが、すでに承認された医薬品でも、日本での申請においては再度の審査が必要となっている[20]。しかしながら、「国民の生命および健康に重大な影響を与えるおそれがある疾病の蔓延その他の健康被害の拡大を防止するため緊急に使用されることが必要な医薬品であり、かつ、当該医薬品の使用以外に適当な方法がない」場合には、「医療上の必要性の高い未知承認・適応外薬検討会議」を設置して、日本の臨床試験データなしで承認申請する、公知申請（厚生労働省 2011b:5）が可能とされている。また、インフルエンザ等の感染の拡大が急速な疾病に対し、その対応にも緊急性が求められるものに対しては、特例として承認される制度がある[21]。

(3) 医学という政治に集められる専門性

本項の(1)で述べたように、日本における医薬品承認には、申請者、厚生労働省、PMDA、外部専門家の 4 者が関わっている。申請者は医薬品を製造している製薬企業であり、薬学、薬理学、バイオテクノロジー、工学などの専門家がその開発に当たっている。実際に申請された医薬品の専門的審査を行うのは、独立行政法人である PMDA であり、厚生労働省の医薬・生活衛生局と連携して、治験、承認審査、市販後調査、安全対策などを担当している（日本製薬工業協会 2017:1)。これらの業務内容に携わる人材もまた、医薬品、医療機器および再生医療等製品の品質、有効性、安全性を判断することのできる、高い専門性と科学的知識を必要とされる専門家である[22]。

PMDA の審査結果を厚生労働省内で審査するのは、薬事・食品衛生審議会であり、薬事分科会と食品衛生分科会に分かれており、薬事分科会は薬事法その他の法律を管轄している。新医薬品等は、医薬品第一部会および医薬品第二部会、または一般医薬品部会で審議

---

[20] 公益社団法人日本薬学会 HP,「申請と承認」, http://www.pharm.or.jp/souyaku/cro_2.shtml, 2018 年 5 月閲覧。

[21] 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律 第 14 条の 3 の 1（特例承認）（昭和 35 年法律第 145 号　施行日：平成 28 年 4 月 1 日）, 電子政府の窓口　e- Gov, http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/viewContents?lawId=335AC0000000145_20160401_427AC0000000050, 2018 年 5 月閲覧。2009 年のインフルエンザの流行では、海外ワクチンの H1N1 がこの措置により特例承認を受け承認されている。公益社団法人日本薬学会 HP,「申請と承認」, http://www.pharm.or.jp/souyaku/cro_2.shtml, 2018 年 5 月閲覧。

[22] 独立行政法人　医薬品医療機器総合機構（PMDA）HP, 「採用情報　技術系職員の募集について」, https://www.pmda.go.jp/recruit/0440.html, 2018 年 5 月閲覧。

され、その後、薬事分科会で報告され、承認される。この薬事分科会の委員もまた、医学、薬学、看護学、生活科学、応用生物化学、数理統計学に加えて、法学、経済学などの専門知識を有する学識経験者である（日本製薬工業協会 2017:7-11）。

言うまでもなく、政治が医薬品に関して責務を負うのは承認審査だけでなく、承認された医薬品の製造販売後の安全管理として、GVP[23]により副作用や感染症、医薬品の品質に関わる問題等を常に監視し、情報を収集して対策を講じ、また GPSP[24]に準拠して、販売後の医薬品の調査や試験等も実施しなければならない（ドーモ 2009:157,201）。

このように、国内で製造されたものであっても、また海外で製造されたものであっても、新薬の承認審査や承認後の管理に関わる組織は、高度な専門的知識を持つ学識経験者で構成されている。高い専門知識を結集して製造された医薬品がどのようなものであるのか、またその効果や安全性を判断するためには、製造した側と同等の知識が必要であるからである。

さらに、ベックが主張したように、「第三の権力」であるはずの法律でさえ、医学の専門家以外には理解不可能な基準や知識に依存しなければ、制定に至らない（Beck1986=1998：420）ことを考えれば、医療に関する法もまた医学自体によって作り出される。ある医薬品の欠陥は、その専門家によってのみ発見や証明が不可能であり、その欠陥を修正するのもまた同じ専門家である。その基準は、医療全体を通しての研究、診断、治療を通して作り上げられ、定義され、いつでも変更可能であり、一般個人からの期待や判断基準は顧みられることのない、つまり、専門家以外の影響を受けず、その集合内だけで成立し、変化する内省的なものである。（Beck1986=1998:420-421）。

このように、製薬という分野は、医薬品を製造する側とそれを承認し管理運営する側の双方において、専門知識が薬を作り、専門知識がそれを審査し認可し、またこれらを規制する法を制定するという「政治における行政府と立法府の役割を一人で果たす」（Beck 1986＝1998:419）ことが成立しており、この領野全体が、無限に増殖が可能な巨大なサブ政治として成り立っていると考えられる。

---

[23] GVP は、Good Vigilance Practice の略語で、医薬品の製造販売後の安全管理の基準を指す。日本では、「医薬品、医薬部外品、化粧品及び医療機器の製造販売後安全管理の基準に関する省令」（平成 16 年厚生労働省令第 135 号）がこれを定めている（ドーモ 2009:22）。

[24] GPSP とは、Good Postmarketing Study Practice の略語で、GVP とともに医薬品の製造販売後の調査である、医薬品製造販売後調査・試験実施の基準を指す。日本では、「医薬品の製造販売後の調査及び試験の実施の基準に関する省令」（平成 17 年厚生労働省令第 171 号）がこれを定めている（ドーモ 2009:157,201）。

5.2　追求されたベネフィットと分配されたリスク

前節 5.1 においては、製薬という領野がサブ政治として成立し、政治は、製薬という分野が製造した医薬品を承認し、また販売後の安全性にも責任を負っていることを確認した。本節では、子宮頸がんワクチンを製造した医学というサブ政治と、それを認可して実施した政治、そしてワクチンを提供された国民すなわち個人が、子宮頸がんワクチン事業を通して得た、ベネフィットとリスクについて検討を行う。

このリスクとベネフィットを考察するに当たっては、3.3.1 で言及した手塚（2010）の概念を応用する。それは、予防接種による被害には 2 種類あり、1 つはワクチンを接種しないことにより、ある感染症により死亡または障害を負うことであり、もう 1 つは、ある感染症を予防しようとしてワクチンを接種した結果、その副反応により死亡または障害を負うことである。予防接種は、前者のような事態を防止するために行われるが、それと同時に後者のような事態も起こり得るもので、しかも、誰がその被害者となるかは完全に予測できないという不確実性を有する（手塚 2010:13)。そして、予防接種を行う上で行政が対処するリスクには、感染症や副反応の発生という、健康被害としての「社会環境リスク」と、これらが発生したことで派生的に起こる国家賠償責任や行政組織の評判低下、制度改革の要求等を強いられる「制度組織リスク」があるとされている（手塚 2010:16)。この社会環境リスクには、感染症に罹るリスクと副反応に遭うリスクという、リスク・トレードオフの関係にある 2 つのリスクが含まれているが、本論では論旨を明確にするために、この「社会環境リスク」をさらに「感染症に罹るという社会環境リスク」と「副反応に遭うという社会環境リスク」の 2 つに分けて議論に用いることとする。

以下においては、子宮頸がんワクチン事業の経過を追いながら、「感染症に罹るという社会環境リスク」、「副反応に遭うという社会環境リスク」そして「制度組織リスク」の 3 つのリスク概念を用いて、5.2.1 から 5.2.3 において、政治、医学というサブ政治、そして個人が受け取ったベネフィットとリスクを明らかにし、5.3 と 5.4 ではこのワクチン事業における医学というサブ政治の特徴を明らかにし、その実像について論じる。

5.2.1　一致をみたベネフィット、認識されなかったリスク

子宮頸がんワクチン、サーバリックスは GSK 社により、ガーダシルは MSD 社により開発され、それらは世界各国で承認を受けて発売された後、日本でも承認され実施の運び

となった。5.1 で述べたように、ワクチンという医薬品の開発には、専門知識を持った研究者が従事する。さらにワクチンの承認は、日本の場合、厚生労働省に依頼された PMDA の審査チームが、承認要請のあったワクチンを審査して、その結果を厚生労働省に伝えるという形で行われる。この審査チームは、細菌学、ウイルス学、免疫学等の専門的知識を持つ担当者や、内科、小児科等の医師により構成される（鹿野 2009：59）。

GSK 社と MSD 社は、それぞれが開発したワクチンを接種することで子宮頸がんへの罹患を防ぐことができるとし、厚生労働省は、これらのワクチンが国民の健康に寄与できるものとして承認を与えた。この時点において、医学というサブ政治と政治は「感染症に罹るという社会環境リスク」の軽減または回避を目指しており、これらのワクチンにより「子宮頸がんという感染症から国民を守る」という双方のベネフィットは一致していた。

また、国民すなわち個人も、これらのワクチンを、生命に対する脅威の 1 つであるがんを予防できるものとして、受け止めた。2 つのワクチンは、いずれも 3 回の接種が必要で費用が約 5 万円と、平均約 3000 円のインフルエンザ接種に比べて高額であり[25]、経済的理由によりワクチン接種ができない人が出るのは不公平であるとして、公費助成を求める声が高まったため[26]、各自治体は次々と公費での助成を開始した（厚生労働省 2010b）。2013 年 3 月には、これらのワクチンを予防接種法で定める定期接種に組み入れることが、衆議院および参議院両院で決議され、これにより、接種対象年齢であれば期限内に申し出ることで、無料接種を受けられることとなった（はた 2016:12）。この結果、2009 年の接種開始から 2012 年末までに、推計 340 万人の若い女性が子宮頸がんワクチンを接種した。

この 2 つのワクチンの提供において、国民が求めたベネフィットは、政治および医学というサブ政治が求めた「感染症に罹るという社会環境リスク」の回避または軽減というベネフィットと一致しており、3 者において矛盾は見られない。ギデンズが主張する通り、製薬というサブ政治と政治が提供したワクチンに対して、個人は、それを製造し認可した専門知を信頼し（2.2.4(3)参照）、そのベネフィットを共有したと言える。しかしながら、ベネフィットの裏側に存在する副反応というリスクに対しては、ベックの主張にある通り、国民すなわち個人は専門家という他者の知識に依存しており、知るという権利の重要な部

[25] 医療総合サイト Qlife, ヘルスケアニュース 2015 年 11 月 6 日,「インフルエンザ予防接種＜都道府県別＞平均価格　2015 年版, 全国平均は 1 回あたり 3204 円」, https://www.qlife.jp/square/healthcare/story52606.html, 2018 年 5 月閲覧。

[26] 朝日新聞 2010 年 1 月 28 日朝刊（山口地方）23 頁、「くらしを見つめて　医療・福祉　子宮頸がんワクチン発売　女性に接種費ズシリ」同紙 3 月 3 日東京朝刊 37 頁「子宮頸がんワクチン公費助成を」。

分を失っている「非知」の状態にあり（2.2.2(3)参照）、これらのワクチンのリスクについては、後の 6.2.2 において示すように、ほとんど知らされていない状態であった。

5.2.2　出現した危険により崩壊するベネフィット

子宮頸がんワクチンが承認され接種が開始された当初、政治、サブ政治、そして国民のそれぞれは、ワクチンによりもたらされるベネフィットを共有していた。しかし、その副反応は、子宮頸がんワクチンが定期接種になる以前からすでに発生しており、体調に異変を生じた多くの被接種者は、それがワクチンと関係のあるものだとは、当初なかなか思い至らなかったと述懐している（全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会他 2014:56; 黒川 2015：24,87,128）。原因不明の体調の異変が、深刻な状態で広範囲に起こって初めて、これらの症状を得た被接種者は、ワクチンというものが持つ潜在的なリスクである副反応が、この子宮頸がんワクチンにおいても例外ではないことに気づいたことになる。実際に接種して、重篤な症状が出てしまった若い女性達にとっては、子宮頸がんワクチンが、実際にがんを予防するかどうかを確認するより先に、ワクチンに伴う副反応被害がリスクから危険として現実化したことになる。

つまり、接種を受けて副反応被害にあった個人は、効果の保証がなく、かつ重篤な副反応を高い確率で発症するというベネフィットをなんら見出すことできない危険なワクチンを、政治とサブ政治の主張を信頼して接種した結果、治療が困難な重い症状と闘うという苦難を強いられることとなった。それは、許容可能であったはずのリスクが、個人にとっては、それを大きく超えるレベルであり、また、出現した副反応に対する治療が容易に見つからないという現実に直面したことで、科学知に対する信頼に依拠した安心と許容可能なリスクのバランスが崩れたことを意味する（2.2.4(3)参照）。副反応被害に遭った個人には、ここで初めて、これらのワクチンのベネフィットが、「感染症に罹るという社会環境リスク」の回避または軽減として個人の健康に寄与するものではなく、副反応被害に遭わなかった被接種者にだけ、「感染症に罹るという社会環境リスク」の回避または軽減の「可能性」として与えられたものであることが、明らかになったのである。

また、医学というサブ政治と政治にとっては、副反応被害が拡大したことによりワクチンの効果が保証されていないという事実が周知されたことで、「ワクチンにより感染症から国民を守る」という第一義的な目的、すなわち国民に提供するべき「感染症に罹るという社会環境リスク」から国民を守るというベネフィットは、その価値が大きく失われること

となった。特に政治にとっては、効果の保証が定かではなく、かつ副反応の発生率が高く、それに対する対策もないこれらのワクチンを承認したことで、「感染症に罹るという社会環境リスク」から国民を守ることと、もう 1 つの「副反応に遭うという社会環境リスク」から国民を守ることの両方が実現不可能となり、これらの 2 つの「社会環境リスク」の回避または軽減というベネフィットは国民に供給できない形となった。

政治、サブ政治そして国民の 3 者が一致して求めた子宮頸がんワクチンのベネフィットが、このように崩壊に至った背景には、以下のような理由が考えられる。第一に、サブ政治と政治が追求したベネフィットと、接種対象である個人が求めたベネフィットには、最初から乖離があったと考える。政治とサブ政治が子宮頸がんワクチンにより分配しようとしたベネフィットは、あくまでも公衆衛生という側面から子宮頸がんという疾病を減らすことであり、「感染症に罹るという社会環境リスク」の回避または軽減は、女性という集合の中で一定の成果を出せば、そのベネフィットがリスクを上回ると考えられている（斎藤 2015:239）。これに対して、当然のことながら、個人が考えるのは自分の健康である。女性という集合全体で子宮頸がんの発症が何%か抑制されることは重要ではあるが、接種した本人が副反応被害に遭うことは、がんよりも先にその被害に 100%の確立で遭遇することになる（斎藤 2015:243）。

このことは 2.2.6 の(2)で言及したルーマンの一次観察と二次観察という概念を用いて説明することが可能である。一次観察という段階においては、理論的には、子宮頸がんワクチンは、接種対象者である個人に対してリスキーであるか、あるいはそれは安全であるかという判断を求める対象である。この場合の安全は、いかなる健康の損害もおこらないという意味と、リスクを内包するワクチンを接種しないことで、がんを予防できたかもしれないチャンスを失うことを意味する。このような選択は、ディレンマとして一般的に人を惑わせるものであり、ゆえに、この一次観察では、同じ事実に関して多様な意見や解釈が出現し、人は決断するために情報を求めた結果、情報が不十分であることを認識する。

子宮頸がんワクチンの選択主体は、理論上は、この一次観察という次元でワクチンを対象としている。しかし、現実においてワクチンにより健康被害に遭った個人は、政治と医学というサブ政治が提出した情報を「十分なもの」として受け取り、そこに不足している情報があるかどうかまで考え至らなかったように思われる。ベックの言葉で表現すれば、知るという権利の重要な部分を失っている「非知」の状態にあり、第二の近代における個人が、リスクについて原則として他者の知識に依存している（Beck 1986=1998:81-82）こ

との認識がなかったと言えるだろう。このことは、ワクチンの対象者である日本の若い女性達のリスク認識が、第二の近代のそれではないことを示していると考える。

このように、一次観察という次元における対象への対峙において、子宮頸がんワクチンの副反応被害者は、政治と医学というサブ政治からの情報の不十分さを認識できなかったことに加えて、これら 2 つの領野からのワクチンを推奨する情報の影響を、一次観察の段階で大きく受けていたと考えられる。医学というサブ政治と政治がワクチンのベネフィットを分配したいと考えているのは、集団としての女性、そして人類全体という集合体であり、個人 1 人 1 人ではないため、結果として女性全体の子宮頸がんが予防できれば、この 2 者の目的は達せられることになる。この状況については、中間集団からの影響とともに、6.2.5 において、詳しく検討を行う。

ワクチンのベネフィットが誰にとってのものなのかという問題において、当初、政治、サブ政治そして国民がワクチンのベネフィットに対して見解を一致させていたにも関わらず、後にそれが崩壊したことの背景には、政治およびサブ政治と個人が 1 つの同じ対象の異なった側面に注目しており、それが噛み合っていないため、対立（コンフリクト）を起こした状況にあるのである（Luhmann 1991=1993: 25=2014:40）。しかしながら、このような状況をワクチンの接種対象である個人が認識することは、極めて困難であったと考えられる。

5.2.3　政治の選択

上述してきたように、個人にとってのワクチンのリスクがそのベネフィットを上回るという状況が展開される中、子宮頸がんワクチンは、定期接種に指定されてから、わずか 2 か月後の 2013 年 6 月に、その積極的推奨が中止となり、希望者は接種することができるものの、以来 2018 年 10 月現在まで、その推奨は再開されていない。

積極的推奨が中止となった時点での厚生労働省の説明は、「接種部位以外の体の広い範囲で持続する疼痛の副反応症例等について十分に情報提供できない状況にあることから、接種希望者の接種機会は確保しつつ、適切な情報提供ができるまでの間は、積極的な接種勧奨を一時的に差し控えるべきである[27]」（下線は筆者）というものであった（黒川 2015:112）。

[27] 厚生労働省 HP,子宮頸がんワクチン接種の「積極的な接種症例の差し控え」について, https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou28/qa_hpv.html, 2015 年 8 月閲覧。

厚生労働省による「副反応症例等について十分に情報提供できない」という発言は、日本で承認される以前に世界各国ですでに承認されているこれらのワクチンの治験に対する信頼性が、十分なものではなかったことを示唆する表現である。さらに、各自治体に送付された積極的推奨中止の勧告文書においては、「ワクチンとの因果関係を否定できない持続的な疼痛がヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン接種後に特異的に見られたことから、同副反応の発生頻度等がより明らかになり、国民に適切な情報提供ができるまでの間、定期接種を積極的に推奨すべきではない」（厚生労働省 2013b）（下線は筆者）となっており、ワクチンと諸症状との因果関係を全面的にではないにせよ、認める発言となっている。

3.3.1 で述べたように、予防接種制度には、二重のリスク・トレードオフが存在している。その第一は、ワクチンにより感染症を防ぐことと、ワクチン接種により発症する副反応を抑制することにおけるリスク・トレードオフであり、第二は、ワクチンを実施せずに感染症が蔓延して国が国民から被る批判と、ワクチンを実施して起こる副反応被害に対する国民の国への批判のどちらを回避するかというリスク・トレードオフである。

第一のリスク・トレードオフに関しては、子宮頸がんワクチンの積極的推奨の中止により、政治は遅まきながら、効果の定かでないワクチンによる「副反応に遭うという社会環境リスク」の回避または軽減に踏み切ったと言える。それは 2 つのワクチンを廃止にはせず、希望すれば接種は可能とするものであったが、このような「積極的推奨の中止」という決断は、そのワクチンの不確実性の高さを国が認めたことを示すものであり、まだ接種していない国民にとっての判断基準を与えたという点で評価に値するものである。しかし、この判断は「これらのワクチンは安全ではない」という事実を、今さらながら強調することになり、すでに接種した若い女性達、中でも副反応被害に遭った国民からの非難は避けられないものとなった。

加えて、第二のリスク・トレードオフについては、ワクチン実施の有無に関わらず下される国民からの審判の内、ワクチンを実施しないことで、子宮頸がんの予防が阻害されることに対する国民からの批判の回避を諦め、ワクチンを実施して下される国税による不確実性の高いワクチン導入への批判、そして健康被害を受けた国民からの国家賠償責任や制度改革の要請などの回避を優先させたことになる。この決定は、3.4.1 で医学というサブ政治により提唱された、「子宮頸がんという疾病予防にはワクチンと定期健診が有効」という主張から、ワクチンが除去されたことを意味しており、政治は、ワクチンを実施して加えられる批判という「制度組織リスク」の回避のために、自らが承認した子宮頸がんワクチ

ンを、事実上否定することになった。

また、3.3.2 の(1)で論じたように、1994 年の予防接種法改正においては、義務接種を廃止して努力義務として接種の選択を個人に委ね、予防接種の目的を集団防護から個人防護へと転換させた。この背景には、1970 年代に起こった予防接種禍訴訟が、長い訴訟の後、90 年代に決着または和解に到達したことに加え、1989 年に導入された MMR ワクチンの副反応による無菌性髄膜炎[28]の被害が拡大し、新たな訴訟に発展したという事情があった。この義務接種の廃止が意味するのは、「国はワクチンを提供するが、接種を強制するものではなく、接種して副反応に遭うリスクを取るか、接種しないで感染症に罹るリスクを取るかを決めるのは、個人の判断です」ということである。つまり、国は接種の強制をしないので、その分感染症に罹る率は上がるかもしれないが、副反応の発生も少なくなるということから、「社会環境リスク」の回避または軽減に介入することから一歩退き、結果として「副反応に遭うという社会環境リスク」の回避を選択したことになる。しかしながら、個人にとって、感染症に罹る、または副反応に遭うという「社会環境リスク」は、変わらずそこ存在しており、個人は医学や医薬品の知識がない「非知」の状態で、ワクチンという医薬品の選択に関する 2 つのリスクの判断を迫られるという難しい状況に置かれることとなった。

一方で、救済制度の法制化は、それ自体は 2 つの「社会環境リスク」を回避または軽減に対する措置ではない。ワクチンによる副反応は必ずあるものなので、これを制定しなければ接種率が極端に低下するかもしれないという懸念、つまり、国民にはあくまでも接種を勧めるという前提の下、「感染症に罹る社会環境リスク」の回避または軽減を完全には切り捨てられない政治の立場が現れたものとなっている。

つまり、政治は、1994 年の予防接種法改正の義務接種の廃止によって、上述したように「副反応被害に遭う社会環境リスク」の回避を選択し、同じ改正の救済制度の法制化によっては、接種して副反応に遭っても救済されることを明言することにより、「感染症に罹るという社会環境リスク」を回避すること、つまりワクチン接種の奨励を未だ掲げていることになる。これは、3.3.1 で論じたワクチンという医薬品におけるリスク・トレードオフ状態において、どちらか一方のリスクを優先して回避するのではなく、どちらのリスクにも回避の可能性を与えようとするもので、このことが、国のワクチン行政の方向性を大変理解しにくいものにしており、延いてはその責任の問題を複雑にし、対立（コンフリクト）

[28] 髄膜炎の症状があるのに病原体が証明されない髄膜炎(永井 2013:2094)。

を生むことになったと考える。

さらに、「制度組織リスク」に関しては、上述したように、2 つの「社会環境リスク」の回避または軽減に対し、どちらにも対応したこと、裏返せばどちらからも部分的に撤退したことで、国民からの非難を避けようと努めたことになる。また、ワクチン接種の決定は個人に委ね、ワクチン接種時の禁忌識別の責任を接種に関わる医師に残し、そして健康被害の損害賠償については国と自治体が分担することにより、政治は、予防接種による健康被害についての国の責任範囲を縮小する対策により、この「制度組織リスク」に対応を果たした。しかしながら、このように、すべてのリスクの回避・軽減に部分的に対応したことにより、感染症に罹るリスク、副反応被害に遭うリスク、これらの実施に関して国民から批判を受けるリスク、そして副反応被害の損害賠償に対するリスクは、どれも依然として政治の責任として残されることになったと考える。

5.3 医学というサブ政治の帰結

5.3.1 医学というサブ政治のリスク

3.4.3 で言及したように、2 つの製薬企業は、サーバリックスとガーダシルという、子宮頸がんを予防できるとするワクチンを開発し、厚生労働省は、この効果が明確には証明されていないワクチンの治験を途中で打ち切る形で認可を与えた。2 つのワクチンの積極的推奨が中止となり、その後もその推奨が再開されない状況において、厚生労働省が全国に相談窓口を設置した以外は、製薬企業およびワクチンを接種した医師のほとんどは、ワクチンと副反応被害の因果関係について、また症状の治療に対して積極的に対応する態度は見せていない。（井上 2017:23-24,46,49-50, 168;黒川 2015: 301-305,鳥集 2015:21-22）。

当初、子宮頸がんワクチンの推奨を行った製薬企業とワクチンの推奨団体は、子宮頸がんは 20 代、30 代で増加しており、子宮頸がん検診の受診率が約 25%しかないことを理由に、これら 2 つのワクチンは中学・高校年齢での接種が有効であり、副反応も重篤なものは稀であるとしてきた（安田 2013:43; 鳥集 2015:57,63）[29]。しかし、子宮頸がんワクチンに関して主張されてきたことは、その効果についての多くの反論や副反応被害への批判を招いている。すなわち、ワクチンの承認時には、政治と医学というサブ政治および個人

[29] 子宮頸がん征圧をめざす専門家会議 HP による。
20 代から 30 代の子宮頸がんの増加について, http://www.cczeropro.jp/qa/368/375.html,
細胞診と HPV 検査の併用について, http://www.cczeropro.jp/qa/371/394.html,
2015 年 9 月閲覧。

が一致を見せたベネフィットである「感染症に罹るという社会環境リスク」の回避または軽減はもはや追求できない状況となった上に、副反応の症状が何に起因するのかの解明は進んでおらず、多岐にわたる症状を改善する効果的な治療法も見つかっていないのが現状である。

しかしながら、ワクチン製造元の 2 つの製薬企業は、積極的推奨中止により激減した子宮頸がんワクチンの接種率[30]を取り戻すべく更なる推奨活動を再開している。たとえば MSD 社は、Center for Strategic and International Studies(CSIS)に研究費を支給し、日本では、子宮頸がんワクチンのまだ証明されていない副反応被害についての発言が、マスメディアや被害者の会により、その責任を負うことなしに拡散されていると訴え、日本における子宮頸がんワクチンの積極的推奨の再開を主張する論文（Wilson et al. 2014）を発表している。加えて、2015 年には「HPVJAPAN」という新団体も作られ、子宮頸がんワクチンの積極的推奨再開を訴え始めた。

子宮頸がんワクチンを製造販売した製薬企業は、効果について疑問の多いワクチンを販売し、一定の収益を上げた。加えて、定期接種になったワクチンに対しては、製薬企業はその副反応に対して責任を追及されることはなく（安田 2013:37-39）、実際に接種を行った医師も、あらかじめ副反応に対しては免責されている状態である（手塚 2010:202,214）。すなわち、子宮頸がんワクチン事業における医学というサブ政治は、ワクチンによって「感染症に遭うという社会環境リスク」から国民を守るというベネフィットがすでに不透明な状態にも関わらず、それを主張することが可能であり、かつ定期接種の副反応に対する責任は国と自治体が負う制度によりリスク・フリーの状態にあり、自らのベネフィットを継続的に追求することを可能としている。

一方で、製薬企業においても、副反応発症とその対応をめぐる企業イメージの低下や、任意接種時の副反応に対して PMDA を通じて救済するという義務は存在する[31]。それにも関わらず、医薬品というものの製造・販売を通じて人間の生活に不可欠な部分を掌握しているという点において、また、副反応被害救済の判断もまた医学が行うという点において、

30 大阪市の例では、2013 年 6 月の積極的推奨中止以降、子宮頸がんワクチンの初回接種を受けた人は、ほぼ 0 という報告がある。http://kenko100.jp/articles/150416003432/, 2017 年 11 月閲覧。また、北海道でも、8000 人弱存在する接種対象者の内、実際に 3 回の接種を完遂したのは 50 人しかいないと報告されている（Hanley2015）。

31 ちなみに、PMDA による被害者への補償は予防接種法による救済に比べて低く、支給の種類により期限が定められており、予防接種法による救済よりも被害者の負担が大きいと言われている（母里・古賀 2016:54; 本論 3.4.3(3)参照）。

医学というサブ政治の自己内省的性質は失われることはない。

2015 年 7 月、MSD 社は、新しく 9 価型[32]の子宮頸がんワクチンの承認申請を行った（井上 2017:268）。過去の 2 つの子宮頸がんワクチンがいずれも効果の担保がないまま実施され、高い確率で多くの副反応被害者を出したという現実の問題への対応は見られないまま、さらに新薬を開発し、市場に送り出すことが可能となっている状況である。2.3.1 で言及したように、これはまさに、医学というサブ政治が「自己内省的な市場戦略」に基づいて、金の卵を生み続けるという行為を、継続的に拡大できることの証明である（Beck 1986-=1998:422）。

5.3.2 子宮頸がんワクチン事業における医学というサブ政治

ここまで、ベックのサブ政治論に従い、製薬という分野におけるサブ政治性、政治における新薬承認と医学的専門性の関係、そして、2 つの子宮頸がんワクチンの実施により、政治、医学というサブ政治、国民すなわち個人にどのようなベネフィットとリスクが分配されたかについて分析行い、考察を加えた。本節 5.4 においては、日本における子宮頸がんワクチン事業における医学というサブ政治の特徴をまとめながら、結論を導くこととする。

日本において 2 つの子宮頸がんワクチンが承認された背景には、元々、構造的に二重の医学というサブ政治の存在があった。政治が新薬を認可するという実際において、医学というサブ政治は政治の内部にも奥深く入り込んでいる。

5.2.1 で述べたように、ワクチンを予防接種制度に組み入れるかどうかを決定するワクチンの審議会は、医師だけでなく細菌学や免疫学の専門家により構成されている（鹿野 2009：59）。本来、国民の健康に益するべきワクチンの効果や安全性を吟味する立場に、医学という同じ分野からの人員が含まれる。それは、医学や製薬の知識のない者には、製薬という領域で専門知により開発された新しい医薬品が、どういうものであるのかを判断することは不可能であり、医薬品の是非を判断するためには、そのための知識が必須であるからである。これは、サブ政治が政治における「行政府と立法府の役割を 1 人で果たす」（Beck 1986=1998:419）というベックの指摘と一致しており、ある領野が同時に 2 つの権力を掌握することで、本来は互いに抑制し合うはずの機能が上手く作動しなくなり、逆

[32]この 9 価型のワクチンは、ガーダシルが予防するとされる 6、11、16、18 型 HPV に加えて、31、35、45、52、58 型も予防可能とされている（井上 2017:167）

に、その組織の利益を優先する方向へバイアスがかかることへの懸念をベックは示唆している。日本の薬事に関する現行制度において、医学というサブ政治は、医薬品を研究し開発する組織と、それを審査・承認する組織の両方において、その専門知識ゆえの権力を有している。すなわち、政治の内部に医学というサブ政治の権力が入り込んでいる状態であり、開発された医薬品が有効で安全なものであるかを審査する側が、製造する側の力に大きく影響されることが起こるのである。そのような事態を未然に防ぐために、医薬品の安全性を管理するグローバルな組織としては、ICH[33]という組織が存在しているが、その組織自体が企業利益を優先し、医薬品の規制を脆弱化することを助長しているという批判（Abraham and Reed 2001:113−125）も存在することから、政治の中の組織が、医学というサブ政治が製造する医薬品を、規制および管理すること自体が、現実には非常に難しい行為と言わねばならない。

子宮頸がんワクチン事業においても、ワクチンの審査の判断材料として提出された論文が、ワクチンの推奨団体および製薬企業に関連を持つ著者によるものであったことや、厚生労働省において、子宮頸がんワクチンの定期接種化に関する審議に参加した委員の 15 人中 11 人が GSK 社や MSD 社との利益相反関係を持っていた事実（黒川 2015：163-65[34]）は、このような懸念が現実となったものである。医学のように進歩を絶えず追求するサブ政治の特徴は、政治の内部においても、同種の知の構築がその専門性ゆえに避けがたく起こることである。

加えて、サブ政治は、電力や水や石油のように、人間の生命維持に不可欠なものを扱う分野で成立しやすいことが挙げられる。それは人の生命維持との関係が近ければ近いほど、支配的な権力となり得る。たとえば、電力を止められたなら、現代人の生活は即座に混乱に陥るであろうし、同様に水も断水や配給等により制限が加えられれば、日常生活は著しく困難なものとなる。また、石油に関しても同様で、医薬品を始め、現代の日常生活を支えている化学繊維は、石油から作られている。電力も水も石油も、それらを安全に生産し供給するための技術は、高度な専門知識や技術がなくては実現しないものである。医学もまた、現代社会においては人間の生命の存続になくてはならないものであり、研究と教育

[33] ICH とは The International Council for Harmonization of Technical Requirements for Pharmaceutical for Human Use の略称であり、「よりよい医薬品をより速く、病で苦しんでいる世界中の患者に届ける」ことを目標に、医薬品規制当局と製薬業界が協力して、医薬品の規制に関するガイドラインを作成し、広範囲での規制の調和を図る国際会議を指す。（日本製薬工業協会 ICH プロジェクト委員会編集委員会,2003:3-5）。

[34] 黒川（2015）内の隈本邦彦による「証言二」による。

と実務が結合した領野として（Beck 1986=1998:420）、その生産、維持、供給における高い専門性が 1 つの権力形成を可能としている。

このような点から考えると、子宮頸がんワクチン事業における医学というサブ政治は、サブ政治本来の在り方を具現化したものとなっていると言えるだろう。現代の人間に欠くべからざる部分を握る医療という分野において、その専門知により開発した子宮頸がんワクチンに対し、政治の承認を獲得し、企業としても一定の利益を上げることになった。言い換えれば、医学というサブ政治は、子宮頸がんワクチンの提供において、政治的正当性を確立したが､政治は逆に､医学というサブ政治の戦略に取り込まれたとも言えるだろう。

しかしながら、2.3.1 で述べたように、サブ政治となり得る産業、経済、テクノロジー、科学は、「様々な社会生活領域を永久に変えてしまうような変化を社会生活にもたらす」（Beck 1986=1998:379）という、もう 1 つの特徴を持つ。糸川（2015）が主張したように、電力の出現はそれまで裸火を使用していた人々の暮らしを、安全で便利で快適なものへと劇的に向上させた。これはある特殊な技術や専門知識が、人々の生活を今までとは全く異なるものに変えてしまい、その変化自体が内包するリスクをはるかに超えるようなベネフィットを供給することを意味している。しかし、子宮頸がんワクチンは、ワクチンによって子宮頸がんの脅威を排除するという､今までにないベネフィットを確立する以前に、ワクチンの深刻な副反応というリスクを大規模に分配してしまった。この意味において、子宮頸がんワクチン事業における医学というサブ政治は、人間がサブ政治から享受するべき利点を欠くこととなった。

加えて、これら 2 つのワクチンによる重篤な副反応が周知されたこと、また、副反応発生に対する製薬企業の対応が積極的とは言えなかったことにより、製薬という分野における科学知への信頼は、大きく揺らいだといわざるを得ないであろう。

過去のワクチン禍を振り返ってみても、法や国家が医学という科学の規制に参加するのは、たいていの場合ワクチンが実施され副反応が発生するという発見が達成された後である（Turner and Khondker 2010:124）。サーバリックスとガーダシルという 2 つのワクチンの積極的推奨は再開されるのか、これらのワクチンは廃止されるのか、さらに新しい 9 価型ワクチンが承認されるかは、今のところ不明のままである。

2015 年 12 月、世界保健機関（WHO）のワクチンの安全性に関する世界諮問委員会（GACVS）は、2013 年以来、2 つの子宮頸がんワクチンの推奨を中止している日本政府を批判する声明を出し、ワクチンの副反応は存在しないという主張を行った（はた

2016:94)。その一方で、日本では 2016 年に、子宮頸がんワクチンによる副反応被害者 123 名が、賠償、恒久対策[35]、原因究明と再発防止を求めて全国一斉訴訟に踏み切った（薬害オンブズパースン会議 2018:15)。

本章では、日本の子宮頸がんワクチン事業に関わる 3 つのアクターである、政治、国民、そして、ワクチンを製造し、推奨し、国民に提供した医学というサブ政治が、子宮頸がんワクチンの提供を通して分配されたベネフィットとリスクを分析することで、この子宮頸がんワクチン事業における医学というサブ政治の実像を描き出した。ここにおいて、第二の近代に拡大し、尖鋭化するとされるサブ政治が、日本のみならず世界中で、その勢力を増している現実の一端を知見することができたと考える。次の第 6 章では、子宮頸がんワクチンを提供された接種対象者に焦点を当て、その選択と責任の状況を明らかにするとともに、個人化という概念から日本社会の「第二の近代」化を探求することを試みる。

[35] この場合の恒久対策とは、副反応に対する研究体制、症状に対する医療体制の整備、被害者に対する教育および就職の支援、医療費の支援、そして十分な情報提供、無理解・偏見の解消等を意味する（薬害オンブズパースン会議 2018:15)。

第 6 章　子宮頸がんワクチン事業における選択と責任

前第 5 章においては、日本の子宮頸がんワクチン事業において、それに関わる 3 つのアクター、政治、国民、医学というサブ政治のそれぞれが分配されたベネフィットとリスクを分析することで、この子宮頸がんワクチン事業における医学というサブ政治の実像を明らかにした。ワクチンを開発し製造する医学という領野は、ワクチンが定期接種になれば、ワクチンの副反応に対して免責される構造の中でリスク・フリーとなる可能性を形成していること、また、国のワクチンの承認制度の内部にも、副反応被害の認定にも、医学というサブ政治が深く入り込んでいることを確認した。

本第 6 章では、日本の現行予防接種は義務規定ではないにも関わらず、日本の若い女性がこれらの子宮頸がんワクチンを選択した経緯を明らかにし、その選択と責任の問題について、ウルリヒ・ベックが第二の近代に進展するとしている、個人化という概念に基づいて考察を行う。

具体的には、まず 6.1 では、個人化する社会における選択の前提条件として、ベックが主張する選択における「自発的強要」という問題を確認する。次に 6.2 においては、日本において子宮頸がんワクチンが提供された状況を、ワクチンの推奨活動、政治が行った経済措置、個人と国家を媒介する機能を持つ中間集団からの影響に焦点を当てて検討し、その副反応被害者となった選択主体の選択の経緯を分析する。最後に 6.3 では、ベックが主張する客観的個人化と主観的個人化という概念に基づき、前者に予防接種制度を、後者にワクチンを選択する個人を置いて、子宮頸がんワクチンに関わる責任の問題を核として、日本の予防接種制度と個人の関係を考察し、現代の日本の「第二の近代」化を診断するという本論文の目的達成のもう 1 つの手がかりとする。

6.1　個人化という概念における選択の「自発的強要」とその責任

2.3.2 で論じたように、個人化という現象が進む社会では、人生における選択肢が増え、ライフコースを自分で企画する可能性が拡大する。しかし、そのライフコースの選択範囲は、第一の近代に確立された市場、政策、制度等の内部に限定されているので、生き方の多様性を求める個人は、外部からの制御とその結果起こる標準化を押し付けられることになる（2.3.2(1)参照）。そして、その選択が既存の制度から大きく逸脱する場合には、その結果に対する対処が既存の制度内では困難となり、意思決定を行った本人が自己責任で対処することが求められる（2.3.2 (2)参照）。子宮頸がんワクチンの選択の経緯を分析する前

に、本節では、個人化という状況において、特に医療制度において提供される選択と深く関わる「自発的強要」について確認する。

個人化が進む社会においては、個人に提供される選択肢が増え、人生における選択の範囲が拡大するとされているが、これについてベックは、そもそも選択肢が提供されることそれ自体が個人を選択へと強要すると述べている（Beck and Beck- Gernsheim 2002:144）。たとえば、臓器移植の制度化は、自分の死後誰にも「臓器を提供しない」という意思決定を含めて、選択する行為を個人に強要することになり、尊厳死が制度として確立されれば、それを考慮に入れてどのように生を終えるかを、生前に検討しなければなくなる。また、妊娠時における出生前診断や胎児診断が技術的に可能となると、このような診断を受けることなくして、仮に障害を持った子供が生まれた場合、それはすでに自然の結果ではなく、選択の結果として解釈され、それは選択した個人の責任となり得る。このような状況は、「自発的強要（voluntary compulsion)」、つまり、制度が選択肢を提供することで個人が選択を強いられることになる状況を生み出す（Beck and Beck-Gernsheim2002:139-150; 進藤 2004:407-408）。

子宮頸がんという疾病の場合も、それを予防するワクチンという科学的な発見があり、医薬品として承認され制度内において実施されると、ワクチンを接種せずに子宮頸がんになった場合には、それが自然の結果ではなく、ワクチンを「接種しない」ことを選択した個人の責任とされ得る。つまり、予防接種制度においてワクチンが提供されたその時点で、個人はすでに「接種しない」という選択を含めて、選択することを強要されていることになり、ワクチンを選択しないで子宮頸がんに罹患するリスクを取るか、ワクチンを選択した結果副反応に遭うかもしれないリスクを取るかという選択が、個人に強要されることになる。

子宮頸がんワクチンが発明される以前においては、この疾病を防ぐには定期健診により子宮頸部の状態を定期的に観察し、がんを早期に発見することがその予防策であった。この定期健診も制度により提供されるものではあるが、副反応というリスクはなく、またワクチンのように感染症回避か副反応回避かというリスク・トレードオフの状態にないため、検診を受けずに子宮頸がんを発症したり進行させたりすることはあっても、検診で副反応に遭うリスクは存在しない。しかし、ワクチンの場合は接種の有無に関わらず、どちらの選択にもリスクは潜在的に存在しているので、その意思決定は非常な困難を内包していることになる。

言い換えれば、制度による選択肢の提供とは、選択者に選択肢というヒントを与えることにより、選択者が自発的にある方向へ進むように導くことである。この選択には基本的に与えられた選択肢を「選択する」と「選択しない」の 2 通りの選択があるはずであるが、子宮頸がんワクチンの場合は、接種対象者の内 340 万人が「選択する」に向かった。それにはどのような経緯があったのかについて、以下 6.2 において検討し、考察を加えることとする。

6.2　子宮頸がんワクチンをめぐる選択

子宮頸がんワクチンの接種対象となったのは、中学校 1 年から高校 3 年相当の女性であるが、理論上は、ワクチンを接種しないことを選択した接種対象者、ワクチン接種を選択して副反応被害に遭った被接種者、ワクチン接種を選択したが副反応被害に遭わなかった被接種者の 3 者が存在する。しかしながら、接種をしなかった対象者および接種をしたが副反応に遭わなかった被接種者は、現実には訴えるべき被害がないため、文献やマスメディアを通して表出することはほとんどなく、窺い知ることが難しい状況が存在する。

しかしながら、接種を選択した人々と同様の環境にいたにも関わらず、接種しなかった理由としては、接種対象年齢の枠内である女子高校生対象の調査[1]では、ワクチンを選択しない、または決められない理由としては、費用が高いことや接種に行く労力が負担であること、子宮頸がんに対する危機感がまだない、効果に確証がない、ワクチンの副反応やリスクを認識している、部活や受験勉強のため時間がない、ワクチンの実験台にされるからしない方がいいと言われた、強制ではないから、性交渉がまだないからなどの発言が見受けられる（小林・朝倉 2013：298-301）。加えて、女子大学生対象の調査[2]では、接種しなかった 18%の学生が、学校等で接種を勧められなかった、「危険なワクチンだから打つな」と身内や学友が言った、危険なワクチンだと自分で調べて気づいたからと答えている（井上 2017:52-64）。これらの回答からは、子宮頸がんワクチンを選択しなかった理由として、公費助成の対象外であればその費用が高いということに加えて、その必要性、効果そして安全性に対しての疑問が存在していたことが理解される。

---

[1] この調査は、神奈川県内の公立高校 4 校から、自発的な研究参加の意志のある女子生徒 26 人（1 年生 4 人、2 年生 8 人、3 年生 14 人）を対象に行われており、対象者の構成は子宮頸がんワクチンを 1 回以上接種していた生徒が 9 人、1 回も接種していない生徒が 17 人となっている（小林・朝倉 2013:296）。

[2] この調査は、日本女子体育大学の学生 288 人を対象に、2016 年 1 月に実施されたものである（井上 2017:52）。

続いて、子宮頸がんワクチンを接種して副反応被害に遭った被接種者とその保護者の発言を、『HPV ワクチン（子宮頸がんワクチン）副反応被害報告集』(2014)（以下、被害報告集)、黒川（2015)、斎藤（2015）から拾い集めることにより、ワクチン接種の意思決定に関する環境が、どのようなものであったのかについて明らかにする。そして、このカテゴリーには、ワクチンを選択したが副反応被害に遭わなかった被接種者も「選択した」ことで含むこととする。

次項 6.2.1 において分析の対象とする被害者は、子宮頸がんワクチンの接種対象者である未成年者であり、その選択は、最終的には保護者の同意を得て行われたと考えられる。つまり乳児期に接種が必要なワクチンと異なり、子宮頸がんワクチンの選択は、被害者である若い女性本人とその保護者、多くの場合は母親の 2 者の合意があって成立したと考えられる。個人化の分析の対象に、未成年の中学生および高校生を含むことに対する疑問が存在するが、以下に見られるように、その決断には、被害者本人の意志が多分に反映されている。従って、本論では、ワクチン接種対象である中学生および高校生を、判断能力を持たない乳幼児とは異なる存在、すなわち成人と同等の存在として、保護者からの影響を受けながらも自分の意思も持つ主体として扱うものである。

6.2.1　副反応を発症した接種被害者における選択経緯

被害報告集[3]によれば、子宮頸がんワクチンを接種した後に健康被害を発症した被接種者のほとんどは、最初に当該自治体の保健所からの通知や広報により、子宮頸がんワクチンの存在を知ったとしている。ある被害者（ワクチン接種時高校 1 年）は、2011 年 1 月に市の保健センターから「ワクチン接種のお知らせ」を受け取った。その通知には、子宮頸がんが 20 代から 30 代の女性に増えており、その原因は HPV に感染することであり、子宮頸がんワクチンを接種することで感染を防げること、加えて、期日までに 1 回目の接種を受ければ、公費助成により無料であることなどが告げられていた。その後、学校で友達とワクチンの話題になり、子宮頸がんはワクチンで防げる唯一のがんであると理解し、公費助成もあるので接種を決断したと発言している。実際に病院で接種を受けた際には、注意事項が書かれたものを渡されて読むように言われ、筋肉注射だから痛いと思う、倒れる子がいるので接種後 30 分は安静にするように告げられたとしている（全国子宮頸がんワ

[3] この『HPV ワクチン（子宮頸がんワクチン）副反応被害報告集』(2014)は、5 人の被害者本人と 5 人の保護者の全 10 人の発言により構成されている。

クチン被害者連絡会他 2014:4)。

また、ある被害者（接種時中学 3 年）は、上の被害者と同様に、自治体から中学 3 年の 3 月までに受けたら接種は無料と書かれた接種案内を受け取っている。さらに保健の授業では、「みんな当然受けるよね」という教師の発言があり、友人はすでに受けていたので受けることにしたが、副反応については、全く知らなかったとしている。かかりつけの病院で接種前にワクチンの説明文を渡されたが、特に説明もなかったため、その内容の記憶はないとしている（全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会他 2014 : 11)。加えて、複数の被害者本人が、学校の教室内のポスター、テレビの子宮頸がんに関する CM や電車内の広告に言及している（全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会他 2014:4,11,26,32)。

ある被害者の母親は、娘が友達から「このワクチンは絶対受けた方がいいよ」と言われ、また母親達の間でも接種を「受けるのが当然」という雰囲気が出来上がっていたと述懐している。この母親は、インターネットで海外の副反応症例を知り、一度は娘の接種を見合わせた。しかし、保健所からの 2 度目の案内には、製薬会社作成のパンフレットやマンガの小冊子とともに「高校 1 年までの間に必ず接種をして下さい」とあったので、わざわざ保健センターまで出向いて確認したが、「定期接種の対象は高校 1 年までなので受けていただきたい」と言われ、義務だと思い、接種させたと述べている（全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会他 2014:62; 斎藤 2015:52)。またある父親は、新聞等で「副反応がない」と報道されたことを信頼したとしており（全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会他 2014:43)、別の母親は、インターネットで副反応の死亡例を知り、娘にはアレルギーがあるが大丈夫かについて、役所、保健所、接種を実施している個人病院へ問い合わせをしたが、どこからも「大丈夫です」と言われている（黒川 2015:123)。

さらに、中学に入学して 1 年生女子全員に、自治体から無料接種券 3 回分が郵送され、中 1 の内に 3 回打つように言われたとする母親（黒川 2015:82）や、一定期間内に接種すれば無料という公費助成に対して、せかされているようで考える暇がなかったとする母親の発言もあった（全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会他 2014 : 50)。

接種を選択した被接種者とその保護者の意思決定の背後には、自治体および保健所からの周知、学校での指導や、ポスター掲示、テレビや新聞等による宣伝等の推奨活動、ワクチンの期限付き無償化、そして接種対象者の同世代友人間およびその保護者間でのやり取りという要素があったことが解る。以下の 6.2.2 から 6.2.5 においては、これらの要素をワクチンの推奨活動とその受け手であった被害者側の活動、無償化という経済的措置、そし

て接種の選択に影響を与える中間集団の 4 つに分けて、詳しく検討を行う。

6.2.2　子宮頸がんワクチンをめぐる推奨活動

本項では、日本における子宮頸がんワクチンの推奨活動として 3 つの分野を取り上げ、イギリスとスコットランドの推奨活動例とも比較することで、日本の推奨活動の特徴を明らかにしたいと考える。

(1) テレビ CM「しきゅうのお知らせ」

GSK 社のサーバリックスのテレビ CM は、2012 年 6 月に開始されているが、2018 年 10 月現在、YouTube で閲覧可能である[4]。その内容は、若い女性の養護教員が保健室の掃除に来ている女子生徒と、子宮頸がんについて会話するというものである。養護教員が「子宮頸がんは 20 代、30 代で急増しているのよ」と切り出し、「子宮頸がんは検診とワクチンで予防できるので、今から未来のあなたのことを考えなくちゃ」と締めくくっている。わずか 15 秒の映像だが、「子宮」と「至急」、「だいぶ先でしょ」という女生徒の発言に養護教員を演じている女優の名前をかぶせて、軽妙さが演出されており、学校の明るい保健室で、養護教員が子宮頸がん予防について生徒を優しく諭す光景として描かれている。

学校の養護教員は教育制度における教員であり、自治体からの通達を伝達する義務を持つが、ここで注目すべきことは、日本では学校の教員から生徒へという、上から下への情報伝達が行われていることである。学校における指導、養護教員による指導であるからこそ、生徒とその保護者には、権威を持つ指導、信頼するに足る情報として受け取られる傾向が強いと考えられる。一方、カナダのある州においては、この養護教員の役割を女性看護師が担っており、学校訪問により対象者をワクチン選択へと導くことが行われているが、この場合は看護師という医療従事者としての専門的権威が、対象者の説得に効果的に働いていると報告されている（Mishra and Graham2012:57-65）。学校における養護教員や地域における看護師による、このようなトップダウン型の情報伝達は、このテレビ CM だけでなく、次の(2)の新聞広告でも示されるが、日本の子宮頸がんワクチンの推奨活動に広く見受けられる。

また、養護教員や看護婦というアクターは医師ではないが、ワクチンという科学知と選

[4] 「しきゅうのお知らせ」, https://www.youtube.com/watch?v=veuqQ-dMg1Q, 2018 年 6 月閲覧。

択者との間に存在するアクセス・ポイントにおける代理人として機能していると考えることもできる。ギデンズが述べているように、信頼の真の在り処は、それを表象する「顔の見える」個人ではないはずであるが（Giddens1990:85=1993:108, 2.2.4(2)参照）、子宮頸がんワクチンの場合は、保護者がその選択を決定する乳幼児に推奨されたワクチンとは異なり、教員および養護教員や看護婦という、実際に顔を見ることのできる人間からの推奨が、一般的な人間の関わり合いのように、特定の科学知への信頼を強化する働きをしている（Giddens1990:88＝1993:111-112）と考えられる。

(2) 新聞紙上の 2 つの全面広告

テレビ CM と並行して、新聞紙面においての子宮頸がんワクチンの推奨は、朝日新聞の 2011 年 8 月 4 日朝刊[5]と 2012 年 4 月 8 日の朝刊[6]の 2 紙において、全面広告という形で行われている。

前者は、産婦人科や小児科の医師で構成される「子宮頸がん征圧をめざす専門家会議」[7]が広告主で、「今、子宮頸がんは自分で予防する時代です。」という 2 段抜きの見出しと、「9 月までに初回接種を！」という呼びかけが配置されている。ワクチンの推薦者として 7 人の医師や医療専門家の顔写真が配列され、子宮頸がんの罹患率と死亡率を示すグラフも掲載されている。一般的な消費財の場合にも、その商品を売るために様々な宣伝活動が行われるが、それは主に、その商品の製造者または販売者が行うものである。しかしながら、子宮頸がんワクチンの場合は、ワクチンの製造元である GSK 社とその関連会社であるジャパンワクチン株式会社だけでなく、2009 年から子宮頸がんの撲滅を目指して活動する「子宮頸がん征圧をめざす専門家会議」が、2012 年までに多くの推奨活動を実施している。それらの組織は、国会議員向けのワクチン勉強会での講演、自治体や学校の養護教員等の保健医療従事者のためのワークショップ開催、学校の保護者向けの「子宮頸がん予防」冊子の作成および配布等を行っている。その対象も、議員、行政機関、自治体とその関係機関、ワクチン対象者の保護者などであり、ワクチンに関する情報が周知される経路を形成して、接種対象者の周囲を綿密に取り囲む体制を取っている（斎藤 2015:90-93）。

---

5 朝日新聞 2011 年 8 月 4 日東京朝刊 35 頁参照。
6 朝日新聞 2011 年 4 月 8 日東京朝刊 8 頁参照。
7 子宮頸がんの撲滅を目指して活動する「子宮頸がん征圧をめざす専門家会議」という団体は、国会議員、保健医療関係者、学校、企業、小中学校の保護者等を対象に、またはそれらと連携し、子宮頸がんワクチン推奨活動を行っている（斎藤 2015:90-92）。

後者は、「子宮頸がんは早期発見から予防の時代へ〜HPV ワクチンと HPV 検査による予防〜」と題されたもので、同年 2 月 22 日に行われたシンポジウム（主催朝日新聞社、共催日本産婦人科学会他）の報告の形を取っており、医師の他に子宮頸がんを体験した女優や、ワクチンを推奨する衆議院および参議院議員のコメントが掲載されている。

これら 2 つの広告も、テレビ CM の例と同じくトップダウン型の伝達形式であるが、医師、医療専門家、子宮頸がん体験者である有名人、国会議員などが「顔を見せる」ことにより、アクセス・ポイントにおける代理人としての役割を担っていると考えられる（Giddens1990:85,88＝1993:108,111-112）。学校の養護教員が身近な存在としての代理人であるとすれば、これらの専門家および著名人は、世間一般から見て専門的知識、社会的地位および知名度が高いことから、その代理人としてワクチンを推奨する効果もより高いと考えられる。

(3) 接種対象者を囲い込む Mirai Happy Project とリボンムーブメント

一方で、接種対象年齢の若い女性を対象とした対象者密着型のアプローチも展開されている。Mirai Happy Project は、GSK 社とジャパンワクチン株式会社が作っている情報サイト、allwomen.jp[8]が行ったキャンペーンであり、ウェブサイトにログインしてクイズに答えると、ハローキティのイメージを配した様々な景品がもらえるようになっている（斎藤 2015:93）[9]。ハローキティと言えば海外でも知名度の高い人気キャラクターであり、ワクチンの接種者である若い女性にその推奨を訴える効果は高いと考えられる。

また、リボンムーブメント[10]は現役高校生・大学生による女性特有のがんに関する啓蒙活動であり、ウェブサイトの設立や中学校や高校を訪問して子宮頸がんについての勉強会を開催するなどの活動を行っている。このように、接種対象者が所属する学校を訪問して対象者に直接働きかける方法は、対象者を集約的に把握しワクチン接種へ誘導することに

---

[8] allwomen.jp は、ワクチンの製造元である GSK 社とその子会社であるジャパンワクチン株式会社が組織しており、様々なキャンペーンを展開している。http://allwomen.jp/index.html, http://japanvaccine.co.jp/company/outline.html, 2018 年 6 月閲覧。

[9] 埼玉県八潮市議会議員のやざわえみこ氏のブログによれば、この Mirai Happy Project のインターネット上のサイトは、2010 年 8 月 16 日に開設され、2013 年 6 月 11 日に突然閉鎖された。この閉鎖の時期は子宮頸がんワクチンの積極的推奨中止の時期と重なるものである。http://diary.e-yazawa.her.jp/?eid=875998, 2016 年 3 月閲覧。

[10] Ribbon Movement は、女子大生、女子高生による子宮頸がん予防推進活動組織であり、サポート組織として、公益財団法人日本対がん協会、子宮頸がん征圧をめざす専門家会議、横浜・神奈川子宮頸がん予防プロジェクトが参加している。http://ribbon-m.com/activitylist/, 2016 年 3 月閲覧。

効果が高いと考えられる（Cawley et al.2010）[11]。これらの推奨活動は、接種対象者と同世代の人員が構成する組織が対象者に接触することにより仲間意識を構成するという、対象者に対する横からの囲い込み[12]と解することができる。この団体は、ワクチン製造元のMSD 社から寄付を受けていたことが後に明らかになっているが（斎藤 2015:116）、この事実は、ワクチン市場の力がマスメディアを媒介としたワクチン推奨だけでなく、自主的発想で活動している学生主体の活動にも及んでいることを示している。

続いて、以下においては、日本の推奨活動の特徴を明確化するために、同じ子宮頸がんワクチンが、海外ではどのように推奨されたかについて、2 つの例を挙げ検討を行う。

(4) イギリスおよびスコットランドにおける推奨活動

日本に先んじて、イギリスでは、サーバリックスが 2008 年に認可され、2012 年からはガーダシルが、これに代わって使用されている（NHS England 2015:9）。

イギリスの National Health Service（国民保険サービス、以下 NHS）による子宮頸がんワクチンの推奨動画[13]は、学校内で少女達が HPV について語り、「ワクチンで子宮頸がんになるリスクが減るので、接種することは正しいことである」という主張を行っている。途中、少女達と会話する形ではなく、別途撮影された女性医師による子宮頸がんとワクチンの医学的な説明が挿入され、その後、また少女達のワクチンに対する肯定的なコメントが続いて、動画は終わる。

同じく NHS が、スコットランド地方向けに作成した動画も存在する[14]。1 人の少女が「スコットランドに住む 12 才から 17 才の女子には、HPV 感染を防ぐためのワクチンが提供されています」と語り出すと、次々に他の少女がそれに唱和し、画面全体に多数の少女の

---

[11] Cawley et al（2010）は、PubMed, PsychLit および学術論文の抄録を対象に、インフルエンザワクチン接種を通じて「学校で実施される予防接種」について調査し、学校を基盤にしたワクチン接種は、保護者の同意が得やすく、接種率を上げるのに効果的であると主張している。

[12] 囲い込みとは、友の会やサークル等を作り、ある組織に特定の顧客を囲い込むことを指し、小売業やサービス業では、ポイントカードや、フリークエント・ショッパー・プログラム等の手法がある。（日本リサーチセンター、マーケティングがわかる辞典オンライン版），http://www.nrc.co.jp/marketing/08-17.html, 2016 年 3 月閲覧。ここでは、ワクチンを接種した印として腕に印刷文字を配布し、連帯感の創出を意図していることを同一に解釈した。

[13] この動画は、2014 年 7 月の時点では、以下の 2 つの URL からログインが可能であったが、2016 年 3 月においては、動画は両方とも削除されており、視聴はできない状態である。
http://www.youtube.com/watch?v=SVGvC9ZyIu8
http://www.nhs.uk/Conditions/vaccinations/Pages/hpv-human-papillomavirus-vaccine.aspx

[14] この動画は 2018 年 10 月現在でも YouTube で視聴可能である。
https://www.youtube.com/watch?v=N5hHufR1WMc, 2018 年 6 月閲覧。

顔を配したブロックが構成され、最後にはそれらが元の少女の顔を構成し「一緒に子宮頸がんと戦いましょう」と呼びかけて終わる。

また、2008 年 9 月 13 日付のイギリスの全国紙、*The Guardian* には、HPV ワクチン推奨の広告が掲載されている[15]。3 人の若い女性が衣服の袖をまくり、左腕に‘arm against cervical cancer’という文字を見せて並んでいる。腕（arm）に注射をすることと、「(子宮頸がんに対して）一生続く武装をする」という armed という動詞が掛け言葉になっており、接種後、腕に印刷文字をもらう同じ仲間になろうという、呼びかけが強調されている。その背景には、「あなたの娘を守りなさい」という接種対象者の母親への呼びかけが綴られている。

イギリスとスコットランドの子宮頸がん推奨のテレビ CM、新聞広告における特徴は、接種対象の若い女性達に対し、同世代の女性から呼びかける形が取られていることである。医師によるワクチンの説明や、母親に対する「娘を守れ」という呼びかけも含まれているが、それらが権威として、トップダウン型で説得を行う形ではない。「子宮頸がんから自分を守るのは自分」であり、「自らの意志でワクチン接種に参加しよう」という日本の Mirai Happy Project とリボンムーブメントと同じく、横からの囲い込み型の推奨形式である。加えて、このような接種対象者に直接働きかける推奨形式は、‘Your Health, Your Choice’（あなたの健康はあなたの選択にある）という NHS のキャッチ・フレーズからも推測可能であるように、選択するのはあくまでも当事者であるというメッセージが現れたものと解釈できる。

これらイギリスとスコットランドの推奨活動に比べて、日本の推奨活動には、ワクチンの製造元だけでなく、接種に協力する団体が推奨活動に参入している。そこでは、医師や医療専門家の推薦や教育制度の中の養護教員からの「諭し」が展開されている。加えて、人気キャラクターにより親しみ易さを演出し、女子高生・大学生による訪問勉強会などの同世代からの啓蒙も行われている。日本における子宮頸がんワクチンの推奨活動では、ワクチンと接種対象者のアクセス・ポイントにおいて、科学知の代理人としての医師、政治の代理人としての議員、子宮頸がん経験者である著名人などからのトップダウン型の推奨に加えて、イギリスやスコットランドと同様、養護教員、同世代人による横からの囲い込

[15] この広告は、2016 年 3 月の時点でイギリスの NHS のサイトからは削除されているが、下記の vactruth.com というサイトでは閲覧可能である。
http://vactruth.com/2010/02/02/cervarix-hpv-vaccine-adverts-are-untrue-and-should-be-banned/, 2018 年 6 月閲覧。

み型の推奨も同時に行われており、日本の子宮頸がんワクチン接種対象者は、まさに、縦横からの推奨に包囲された状態であったと言える。

6.2.3 被害者の訴えとその活動

以上のような、激しいワクチンの推奨活動に対して 3.4.3 で言及したように、子宮頸がんワクチンによる副反応被害者および 2 つのワクチンの廃止を求める人々も団結し、その主張を展開している。

2013 年 3 月、重篤かつ多岐にわたる副反応に苦しむ被害者の訴えに耳を傾け、その結束を促進するために、「被害情報の収集、共有、広報を通じて、子宮頸がんワクチン接種の問題を社会的問題として提起し、子宮頸がんワクチン被害者の悲惨な現実に対し救済を求め、定期接種化による更なる子宮頸がんワクチン被害者の拡大を防ぐ」[16]ことを目的として、「全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会」が発足した。インターネット上にウェブサイトを設置し被害者からの相談を電話やメールで受け付けており、これまでに約 4300 件の相談があり、その内 600 名が被害者登録をしていることに加え、群馬、神奈川、埼玉、千葉、大阪、福岡、北海道など 14 都道府県に支部が設立されている[17]。被害者とその保護者は、個人ブログ[18]や SNS からの情報発信、テレビの報道番組への出演等を通して被害を訴えるとともに、被害の救済とこれらのワクチンの廃止を求め続けている。また、「薬害オンブズパースン会議」がその支援に加わっており、被害報告集の編纂、子宮頸がんワクチンについての勉強会やシンポジウムを行い、被害と救済を訴える活動等を支援している。

さらに、このような被害が社会に周知されるに連れて、子宮頸がんワクチンについての解説やその被害の実情を取材した文献も次々と出版され[19]、テレビのニュース番組でも継

---

16 全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会 HP, 全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会設立趣意書, http://hpvv-danger.jp/archives/date/2013/03, 2015 年 7 月閲覧（この URL における内容は 2018 年 4 月時点では閲覧不可能であった。しかし、設立趣意書のコピーは次のサイトで閲覧可能である。武蔵野市議会議員　西園寺みきこ HP, http://saionji.seikatsusha.me/blog/2013/05/07/3815/, 2018 年 4 月閲覧）。

17 この情報は、全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会の更新された HP（https://hpvv-nonono.wixsite.com/mysite/blank-1）からの情報である。2018 年 4 月閲覧。

18 全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会の代表である松藤美香氏のブログ「みかりんのささやき」を始め、被害者本人またはその保護者が発信するブログが多く存在する。

19 安田美絵『こんなにあぶない子宮頸がんワクチン』（2013）、斎藤貴男『子宮頸がんワクチン事件』（2015）、 黒川祥子『子宮頸がんワクチン、副反応と闘う少女とその母たち』（2015）、鳥集徹『新薬の罠』（2015）、はたともこ『子宮頸がんワクチンは必要ありません』（2016）など、多数の著書が出版されている。

続的な取材および放映が行われている[20]。

これまで見てきたように、医学という領野が有するサブ政治勢力はテレビや新聞などのマスメディアと協同し、子宮頸がんワクチンの推奨に大きな影響力を持っている。その一方で、被害者やワクチンに反対する側も、SNS や出版物というメディアを介した情報発信を通して、子宮頸がんワクチンに対する国の見解、学問的進展、そして被害の状況を逐次詳細に周知している点では、下からのサブ政治として子宮頸がんワクチンへの抵抗を構成する有力な手段となっている。このようにメディアは、子宮頸がんワクチンを推奨する側と、被害を訴えワクチンの廃止を求める側の 2 つのサブ政治の主張を拡散し、社会に影響を与える勢力となっている。2.3.1(2)で言及したように、報道の自由、加えて発言の自由は、何が社会にとって重要な問題であるかという定義に影響力を持つことを可能とするのである（Beck 1986=1998:399）。

6.2.4　努力義務接種における接種無償化という措置

前項 6.2.2 および 6.2.3 では、日本における子宮頸がんワクチンの推奨活動と、それに対抗する活動を分析し、イギリス、スコットランドにおける推奨活動にも言及することで、メディアのサブ政治性を確認しながら、その特徴の把握を行った。本項では、接種対象者をワクチン選択へ誘導したと考えられる 2 つ目の重要な要素として、ワクチンの無償化について検討する。

日本における子宮頸がんワクチンは、2009 年の承認後、基金事業接種として任意接種であった時点では公費助成により無償化され、2013 年には定期接種として原則無料となった（3.4.2(1) 参照）。この無償化という措置は、経済的事情からワクチンを自費で接種できないという不平等性を是正する役割が大きい一方で、無料接種を提供する年齢に制限が設けられていることから、接種対象者を接種へと向かわせる利益誘導の手段ともなり（手塚 2010:47）、いわば「諸刃の剣」とも言える措置である。

(1) 努力義務である定期接種

しかしながら、日本の予防接種制度は 1994 年に予防接種における義務を廃し、その選択を個人に委ねている。すなわち、この法改正において予防接種は定期接種と任意接種に

[20] NHK の「ハートネット TV」、TBS の「NEWS23」は子宮頸がんワクチン特集を組んでおり、テレビ朝日の「テレ朝ニュース」も関連するニュースを多数放送している。

分けられ、前者には「努力義務」が付されたが、後者は「努力義務」がないものとされた（母里・古賀 2016:6）。この努力義務という言葉は、「法律上、義務ではないため、違反しても罰則の対象とはならないが、当然そうすべきでありそのように努めなければならないものとして規定されている物事を指す」[21]と一般的には解釈されている。予防接種制度における努力義務は、「予防接種に対する国民の捉え方が変化する中で、国民の理解と協力を求めて自覚を促すことにより、国民が自ら進んで定期接種を受ける意志を持つことが望ましい」（下線は筆者）という考えから定められたものである（母里・古賀 2016:6）。

しかしながら、個人が自分のために決定権のあるワクチンの選択に対して、「国民が自ら進んで定期接種を受ける意志を持つことが望ましい」という示唆を付加することは矛盾する行為である。加えて、接種するのが「望ましい」ことであるが接種しなくても罰則はないというこの努力義務は、個人にとっては大変曖昧であり、非常に解りにくいものとなっている。6.2.1 で挙げた被害者の母親の発言にもあるように、「義務」だと思って接種を決めた接種対象者とその保護者も多かったのではないかと推測される。

(2) 無償化という措置の二面性

前述したように、子宮頸がんワクチンは任意接種から定期接種になるまで、一貫して無償化が実施された。この無償化という措置は、一面からは、経済的理由で接種できない人々への救済措置と解釈できる。あるワクチンが義務接種でありかつ有料であるなら、経済的理由でワクチンを接種できない、つまり義務を果たせない人のための無償化は必然と思われる。しかし、ワクチンを打つのは「望ましい」行為であるとし、ワクチンを打つか打たないかは個人の判断であるとする現在の予防接種制度において、接種対象年齢が定められた、すなわち期限付きの無償化措置を制度が提供することには、問題があると考える。

ワクチンを販売する製薬企業にとって、国によるワクチン無償化は接種率の増加が見込めるため販売を増進できる戦略である。しかし、この無償化は、製薬企業がワクチンを無料で提供するわけではなく、国の予防接種制度が提供するものである。個人が自分の健康を守るために裁定する選択に、ワクチンの無償提供という形で利益誘導が介入することは、ワクチンの接種率が上がる半面、重篤な副反応が高い率で発生するワクチンの場合はその

[21] Weblio 辞書　日本語表現辞典「努力義務」
https://www.weblio.jp/content/%E5%8A%AA%E5%8A%9B%E7%BE%A9%E5%8B%99,
2018 年 6 月閲覧。

被害の拡大も助長することになる。6.2.1 における副反応被害者の発言にも見られたように、多くの接種対象者およびその保護者は、制度からの期間限定の「無料」接種という提供に、子宮頸がんワクチンの必要性、有効性そして安全性についての判断材料を収集する前に、「該当年齢をはずれない内に無料で接種を」という気持ちから、接種選択へと急がされたことは否定できない事実であると考える。

ワクチンの推奨活動、無償化という措置に加えて、次項では、子宮頸がんワクチンの接種実施へ影響を与えた 3 つ目の要素として、接種対象者とその中間集団の関係を検討する。

6.2.5　ワクチンの選択に影響を及ぼす中間集団

個人化する社会においては、産業社会において個人の様々なリスクを吸収し、和らげる機能を果たしていた中間集団の在り方に変化が現れるが（2.3.2(3)参照）、子宮頸がんワクチンの選択の経緯に、どのような中間集団がいかなる形で関与したのかを明らかにすることは、その選択の経緯を理解するために不可欠であると考える。

本節では、6.2.1 おける子宮頸がんワクチンの副反応被害者の発言から、日本における子宮頸がんワクチンの選択に影響を与えたと考えられる中間集団を、「制度における中間集団」と、被接種者とその保護者にとっての「日常生活に関わる中間集団」の 2 つに分けて分析を行う。その理由は、中間集団を 2 つに分けることにより、その本来の役割であるリスクの軽減または回避と現実の機能がどのような関係にあるのかを、より明確にできると考えるからである。よって以下では、副反応被害者の発言における自治体や保健所および学校の教員および養護教員等を「制度における中間集団」とし、接種対象者の学友、同世代集団、母親を中心とする保護者の友人・知人関係、近隣集団等を「日常生活に関わる中間集団」として分析を行う。

(1) 制度における中間集団

国があるワクチンを承認し実施することを決定すると、それは各自治体を通じて地域の保健所や学校へと通達される。子宮頸がんワクチンの場合も、自治体は保健所を通じて書面による接種実施の案内を該当年齢の対象者に送付し、また学校からの周知を指示している（全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会他 2014:4,11,17,26,32,56）。国の決定によるワクチン接種が、自治体、保健所および学校へと下りて行き、学校においては養護教員や教員から生徒に周知されていく。保健所は保健制度、養護教員および教員は学校教育制度の

中に存在する中間集団であり、国の決定した政策を伝達する義務としてこの周知を行わなければならない。

6.2.2(3)で言及したように、学校を基盤とする接種の推奨は接種率を上げるのに効果的であるという研究結果が存在するが、加えて、学校を通じての情報伝達および発言も、それが学校からのものであることによりトップダウン型の強制力が働き、さらに、自分が所属する集団の動向が選択の判断に影響を及ぼすと考えられる（ワクチントーク全国・「新・予防接種へ行く前に」編集委員会 2013:129)。子宮頸がんワクチンに関しても、「このワクチンは子宮頸がんを予防できる」という情報伝達が学校からのものであるがゆえに、「学校が勧めるワクチンだから間違いはない」という信頼が形成されたと考える。また、周りの大多数がすでに接種していた、または接種するという意思表示をしたことで、多くの接種対象者とその保護者はワクチンを肯定的に考える方向へ導かれたと考えられる。

6.2.2(1)において、学校における教員および養護教員や学校訪問によりワクチンを推奨する看護師は、科学知と選択者の間に存在するアクセス・ポイントにおける「顔の見える」代理人として機能していると論じた。子宮頸がんワクチンの場合も、この学校における教員や養護教員は、接種対象である女子生徒にとって、テレビ CM の女優が演じた養護教員よりもはるかに身近な存在であり、学校を基盤として発信される情報は、集約的かつ効果的な伝達が可能なだけにその意思決定への影響も大きいと考えられる。

しかしながら、子宮頸がんワクチンによる副反応被害者の発言には、学校や保健所におけるこれらの「代理人」によって、ワクチンの副反応という潜在的リスクが言及されていなかったことに加えて、日本の現行予防接種制度には義務接種はなく、定期接種は努力義務であり、選択の有無は個人に委ねられていることを伝えたという事実は見当たらない。教育制度において、日本の予防接種制度というものが正しく伝えられていないこと、またワクチンの副反応というリスクに関する情報がなかったことには、学校の情報伝達におけるリスクについてのコミュニケーションの欠如が示されているのではないかと考えるものである。

(2) 日常生活に関わる中間集団

制度内の中間集団に比べて、もう一方の中間集団である学友、保護者、特に母親同士および近隣集団等は、接種対象者とその保護者にとって日常的により親密な接触がより頻繁に行われ、国や自治体、保健所および学校が与え得る組織としての権威や圧迫感を感じる

ことなく、同等の立場での情報交換が可能な集団であると考えられる。子宮頸がんワクチンの副反応被害者の発言においても、周りの女子生徒がすでに接種を完了しているのに自分だけがまだしていないという状況にあったことや、母親同士の会話で「なぜ受けないのか」という問いかけがあったなど、そこには「接種するのが当然」という状況がすでにあったことが窺える（全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会他 2014:11,62）。このような環境において「期限付きの無料接種」という措置が掲げられれば、自分以外の大半の女子生徒が無料でワクチンを接種しているという現実が、未接種の対象者を接種へと誘導する力として機能したことは十分考えられる。

しかしながら、これらの同世代の友人やその母親達はワクチンについての科学知を有する集団ではなく、ベックが主張するように、ワクチンの効果や安全性に対しての専門知識を持たない「非知」の状態にあることは（2.2.2(3)参照）、副反応に遭った被接種者と変わりはない。加えて、これらの「日常生活における中間集団」は、その時点ではワクチン接種をして副反応に遭うリスクを逃れた状態にあり、ベネフィットとしてのワクチンの効果を期待できる立場にある。ゆえに、この「日常生活に関わる中間集団」による発言は、ワクチン接種に対する自分自身の意見を述べているのではなく、国、自治体、保健所および学校という「制度における中間集団」の情報を伝達しているに過ぎない。

副反応被害の有無に関わらず､子宮頸がんワクチンを選択した若い女性とその保護者は、国の政策を伝達する「制度における中間集団」からの影響に加えて、その制度において伝達された情報の代弁者である「日常生活に関わる中間集団」からも同種の情報を伝えられることにより、その選択において二重に強い影響を受ける環境にあったと考えられる。

以上においては、ワクチンの推奨活動、接種の無償化、接種対象者がその選択に関して影響を受けたと考えられる中間集団に焦点を当て、子宮頸がんワクチンを選択した接種対象者が置かれた環境がどのようなものであったかについて議論を展開した。次の 6.2.6 においては、本項における分析を土台に、子宮頸がんワクチン事業の全体像を整理することとする。

6.2.6　子宮頸がんワクチンの選択をめぐる市場、制度、中間集団

前項 6.2.2 から 6.2.5 においては、ワクチンを製造・販売する製薬企業を含む医学というサブ政治によるワクチンの推奨活動、それに対抗する被害者の活動、予防接種制度における無料化措置､そして接種対象者の周囲に存在する 2 つの中間集団について検討を行った。

本項では、それらと子宮頸がんワクチンの選択主体の関係に注目し、選択主体が受けた影響とそこから明らかとなった問題点について整理を行う。

(1) 医学というサブ政治が支配する市場

第 5 章で論じたように、子宮頸がんワクチンを開発し提供するに至ったのは、医学という領野における先端知識である。日本では、製薬企業は、定期接種になったワクチンにより発症した副反応被害に対して責任を追及されることはなく、その補償は国と自治体がその責任を負うものである。つまり、この意味においては、製薬企業はワクチンという不確実性が生み出すリスクから除外されており、販売による利益、すなわちベネフィットだけを継続的に追求できる、リスク・フリーの状態にある（5.3.1 参照）。

対して、子宮頸がんワクチンの接種対象である個人の多くは、医学や薬学等の知識を持たないため、ワクチンという医薬品を科学的には理解できない状況において子宮頸がんワクチンを提供された。6.2.2 で検討したように、子宮頸がんワクチン事業においては、製薬という市場と一体化した医学というサブ政治による苛烈な推奨活動が展開された。ギデンズが主張するように、接種対象者である個人は、市場の販売戦略としての宣伝や医学というサブ政治が行う推奨活動にアクセス・ポイントにおいて接触し、非知であるがゆえにそれらを信頼して子宮頸がんワクチンを選択した（2.2.4(2)および(3)参照）。しかし、これらの個人は、医学というサブ政治が、現代人に不可欠な医薬品の製造・販売をその専門知により独占しており、その自己内省的な市場戦略を原動力として永遠に拡大し続け、かつ構造的にリスク・フリーとなる可能性を持ちながら、政治の内部からも影響を及ぼす存在であることについての認識がなかったと考えられる。

(2) 子宮頸がんワクチン事業の問題点

上述したように、ワクチンを製造し販売したのは医学というサブ政治における製薬企業である。しかしながら、5.1.2 で言及したように、開発され販売申請を出されたワクチンは、国が審査と認可を行い、予防接種制度において提供されるものである。この審査に関わる行政分野もまた、専門知を有する専門家で構成されており、医学というサブ政治の一部を構成している。ここでは、子宮頸がんワクチン事業における予防接種制度の問題点について整理する。

第一に、一般国民は、子宮頸がんワクチンを国が承認した医薬品として予防接種制度に

おいて提供を受け、政治が承認したものであるからこそ、それらに信頼を置いて選択した。しかしながら、この子宮頸がんワクチンが提供された際には「感染症の予防に有効で副作用が全くないというワクチンは開発され得ない」（大谷・三瀬 2009:2,6）というワクチンのリスクに関する情報の伝達が不十分であった。ワクチンのベネフィットが感染症の予防であるならば、その裏にあるリスクとして副反応が一定の割合で発生することを伝達することは、制度上の、そして政治の義務であると考える。しかし、それが適正に遂行されなかったことで、子宮頸がんワクチンによる副反応被害が拡大した可能性は大きいと考える。

同時に、この子宮頸がんワクチン事業においては、日本の現行予防接種制度に義務接種はなく、法に定められた定期接種は「接種するのが望ましい」とされる努力義務接種であることの周知も欠けていた。この努力義務に対する説明がないことが、多くの接種対象者をワクチン接種は「義務である」という誤解へ導いた可能性は高いと考える。1994 年の予防接種法で国が改正した事項について適切な説明がないという事実は、予防接種制度の内部にも医学というサブ政治が避けがたく構築されており、その圧力からワクチンの接種率の向上だけに主眼が置かれ、大前提である努力義務に関する周知が重要視されなかったのではないかと考える。

第二に、これら必要な情報の欠如とは対照的に、予防接種制度は、子宮頸がんワクチンに対して、任意接種においても定期接種においても年齢制限付の無償化を実施した。この無償化という措置は、自費での接種が経済的に不可能である人にはベネフィットとなったが、一方で、「期限」と「無料」の間で決定を急がされることになり、ワクチンに関する有効性、必要性、そして安全性について十分な情報を獲得し、判断のため熟慮する時間を奪われるというリスクをともなった。期限付きの無料化という措置がなければ、副反応被害に遭った場合の救済制度についても、その手続きの煩雑さや、それが任意接種であるか定期接種であるかでその補償内容が異なることなどにも、目を向ける時間があったのではないかと推測される。

第三に、最も根本的な問題として、子宮頸がんワクチンを日本の予防接種制度に採用したこと、それ自体の問題があると考える。日本で実施された子宮頸がんワクチンは、2 つとも海外の製薬企業が開発し販売したものである。子宮頸がんは女性に特有のがんであり、このがんの原因である HPV は性交渉により男性から感染するものであるため、男性との性交渉が開始される前に接種しないと効果がないとされている（3.4.2(2)参照）。

この点に注目すると、同じ女性であっても性的活動が開始される時期には、その国の文

化および個人により差があると考えられる。子宮頸がんワクチンの日本での接種対象年齢は、おおよそ小学校 6 年または中学 1 年から高校 1 年生相当の年齢（12 歳から 16 歳）である。しかしながら、10 代（15 才から 19 才）の女性の妊娠率（1000 人当たりの人数）を見ると、2012 年のデータでは、韓国が最少で 1.7 人、日本は 4.5 人であり、アメリカは 30 人、イギリスが 18 人となっており[22]、アジア文化圏と欧米文化圏ではその差は大きいと言える（3.4.2(2)参照）。10 代で妊娠する率が低いということは、性的な活動もその年齢群では少ないという推定が可能となる。また、同じく 20 歳未満の人工妊娠中絶の割合も、日本では 2001 年の 4 万 6511 件[23]をピークに以降は低下しており、2016 年では 1 万 4666 件に留まっている（厚生労働省 2016d）。一方、イギリスでは 2001 年で 9 万 5970 件、2012 年で 3 万 3877 件であり、日本と同様に減少しているものの、イギリスの人口（約 6500 万人）と日本の人口（約 1 億 2 千万人）から見ると、イギリスの 10 代の妊娠中絶は格段に多いと言える[24]。

妊娠や中絶は性に関することだけに数値に現れにくいという面も考慮しなければならず、これらの数字の比較だけで日本の女性の性的活動の開始時期が、アメリカやイギリスよりも遅いという結論を導くことはできない。しかしながら、性的活動が 10 代で活発になる文化圏とそうでない文化圏があるとすれば、日本以外の国で開発されたワクチンをそれとは異なる文化を有する日本の女性に、接種対象年齢の考慮なくそのまま当てはめたことに問題はなかったかという疑問が生じる。少なくとも、日本において子宮頸がんワクチンが認可された時点では、子宮頸がんの発症率や死亡率は度々言及されたにも関わらず、メア

---

[22] 2015 年のデータでは、ニジェール 201 人、韓国 1.5 人、アメリカ 21 人、イギリス 13.9 人、日本 3.9 人であり、全体的に減少傾向にある。（このデータは本論 75 頁の注 34 の再掲である。）The World Bank Data, Adolescent fertility rate(births per 1000 women ages 15-19), https://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT?locations=NE-JP-KR-US-GB&order=wbapi_data_value_2012+wbapi_data_value+wbapi_data_value-last&sort=asc, 2018 年 4 月閲覧。

[23] 厚生労働省, 2003, 平成 15 年度保健・衛生行政業務報告結果の概要（衛生行政報告例）,「4 母体保護関係, 表 5 人工妊娠中絶件数及び実施率の年次推移」, http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/03/kekka4.html, 2018 年 3 月閲覧。

[24] イギリスの 2001 年のデータはイギリスの National Statistics の Conceptions, with percentage leading to abortion, by month of conception and age group of mother, England and Wales, 1992 to 2003 からの、2012 年のデータは、国際連合（UN）の Demographic Yearbook2016 からのデータである。https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/conceptionandfertilityrates/adhocs/007900conceptionswithpercentageleadingtoabortionbymonthofconceptionandagegroupofmotherinenglandandwales1992to2003, https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/products/dyb/dyb_2016/, 2018 年 9 月閲覧。

リー・ダグラスによる、何をリスクとして認識するかは文化により異なる（2.2.5 参照）という主張に対する考慮はなかったと考えられる。

(3) 「非知」である中間集団からの影響力

市場による宣伝を含む医学というサブ政治による推奨活動が、接種対象者の子宮頸がんワクチン選択に影響を与えたことは、すでに述べた通りである（6.2.2 および本項(1)参照）。これらの推奨活動はワクチンに関する科学知の代理人によるものであり、テレビや新聞などのマスメディアを媒体とするところからその対象範囲は広く、影響力も大きいと考えられる。一方で、接種対象者の周囲に存在する中間集団は、「制度における中間集団」も「日常生活における中間集団」も科学知の代理人として、制度と市場が発信する情報の代弁者として機能していた（6.2.5 参照）。

個人化が進む社会では、本来はリスクを軽減する役割を果たすはずの中間集団が弱体化して、個人を守る機能を失っていく。しかし、子宮頸がんワクチンの場合、2 つの中間集団は、個人にとってリスクの緩衝材となり得なかったばかりでなく、逆に、必要性、有効性そして安全性に対して非知の状態にあるにも関わらずワクチンを支持したことで、結果的にリスクを増幅させる役割を担ったことになる。この現象こそが、中間集団が「死んでいるのに時に蘇るゾンビ」として、個人の選択に大きく関与することの例証であると考える（2.3.2(3)参照）。

言い換えれば、この「ゾンビ」として個人の決定に影響を与える中間集団とは、第一の近代における残余的存在であり、科学知が次々に提供するワクチンのような新しい医薬品に対して、それが安全かつ効果的で必要なものであるのかどうかという問いかけを行うことなく、健康を維持するための「良いもの」として受け入れた。それが、制度によりワクチンの選択を委ねられた「個人」にとって良いものかどうかという判断に与えた影響は大きいと考える。加えて、5.2.2 でも論じたように、このように様々な方向から受け取る情報に偏りがある状況で個人が選択を行うということは、その対象について知ることが妨げられ、対象に対峙してそれがリスキーなものかどうかを判断するという一次観察を、延いては個人の決定という行為をいっそう困難なものにしていると思われる。

以上本項 6.2.6 では、子宮頸がんワクチンを開発・販売した市場、それを実施した予防接種制度、そして接種対象者の周囲にある中間集団についての分析および考察を総括した。次の 6.3 においては、ベックの 2 つの個人化の次元、客観的個人化と主観的個人化という

概念に基づき、制度と個人の責任の問題とそれらにおける個人化の状況を把握する。

6.3　子宮頸がんワクチンの選択に対する責任－客観的個人化と主観的個人化

ベックは、個人化を分析する上で、個人が古い社会制度や規範から解き放たれ別の形で社会の中に組み込まれる過程に起こる 3 つの次元、「解き放ち」、「脱魔術化」、「再統合」に加えることが可能な、さらなる 2 つの次元を提案している。それらは、社会システムが個人を単位とするようになる制度的レベルに関する「客観的な個人化」と、個人の意識やアイデンティティのレベルにおける「主観的な個人化」である。

個人化は、これまで客観的な個人化について多くの研究がなされてきたが、主観的意識のレベルに関してはほとんど論じられてこなかったとされている（Beck1986=1998:253-255）。ベックは、個人化を論じるためには、これら 2 つの個人化が、具体的な条件下でどのように出現するのかを見極めることが重要だとしており（Beck 1986=1998:254-255）、個人化という現象が、現代の日本でどの程度進展しているかを見定めるために、本節では、予防接種制度を客観的次元に、接種を選択する個人を主観的次元の位置に定めて、子宮頸がんワクチンの提供と選択における責任という視点から、それぞれの個人化の状況を分析することとする。

6.3.1　客観的次元としての予防接種制度

3.3.2 の冒頭で述べたように、1994 年の予防接種法改正では医療に対する個人の意思を尊重することを旨として、予防接種は義務接種から「接種を行うように努める必要がある」勧奨接種に、すなわち義務規定から努力義務規定となり、接種の様式も集団接種から個別接種に改定された（手塚 2010:253）。つまり、予防接種政策の目的がそれまでの社会という集団防護から個人防護に方向に転換し、日本の予防接種制度は、「社会のシステムが個人を単位とする」（落合 2004:243）という意味での個人化を遂げたことになる。

一方で、予防接種はワクチンによる副反応という健康被害を内包しながら実施されるものであり、救済制度が存在することにより国民の接種に対する自発性や接種に際しての医師の協力を促すことができるという理由から、健康被害救済制度は予防接種法の中に残されている（手塚 2010:254）。

本論はこの救済制度と先に触れた目的との間に矛盾があると考えるところから、本項では、1994 年の予防接種法改正における国の責任の縮小という政策が、「社会環境リスク」

と「制度組織リスク」という 2 つのリスクに具体的にどのように対応したことになるのかについて、また、個人に接種の選択を委ねた結果、その責任がどのように変化したのかについて検討する。

(1) 国の責任縮小に伴う 2 つのリスクへの対応

1994 年の予防接種法改正による変更を「制度組織リスク」と「社会環境リスク」という 2 つのリスクから考えると、次のように整理することができる。

第一に、「制度組織リスク」に関しては、予防接種の実施において国が自らを防御するための対策として、ワクチン接種の決定は国民に、ワクチン接種時の禁忌識別の責任を接種に関わる医師に、そして健康被害の損害賠償については国と自治体との分担が決められた。国は予防接種による健康被害についての責任範囲を縮小することで、この「制度組織リスク」に対応した（3.3.2(1)参照）。しかしながら、接種の選択権を個人に付与したことで、国は「社会環境リスク」への対応から部分的に退いたと解釈することができる（5.2.3 参照）。

その理由は、予防接種の目的を集団防護から個人防護へシフトさせても、実際に感染症に罹る、または副反応に遭うのはあくまでも個人であり、その選択権を個人に与えることによって個人の健康被害の状況が変わるわけではない。この個人防護、すなわち接種の選択権の個人への譲渡は、国民が義務接種として接種を「強制される」ことにより副反応被害に遭うことを回避または軽減するための方策である。つまり、接種の選択は個人の決断であるという大前提を設置することにより、国が強制したものではないことが明確化されたにすぎず、感染症に罹る、あるいはワクチンを接種して「副反応に遭うという社会環境リスク」に対して具体的な変化はないことになる。

第二に、国は、接種の義務を廃止しても、救済制度を法的に設置することで国民が積極的にワクチン接種に参加するとしている。しかし、この救済制度は、努力義務を課せられた、すなわち接種を遂行すると期待される個人を接種に向かわせるためのインセンティブとして機能するものであり、「感染症に罹るという社会環境リスク」の回避、つまり接種率の向上を意図したものであり、「副反応被害に遭うという社会環境リスク」の回避に対する具体的な対策ではない。

第三に、この救済制度の法制化を、3.3.1 において言及した 2 つのリスク・トレードオフという観点から考えると、感染症の蔓延と副反応被害の間にある第一のリスク・トレードオフにおいては、ワクチンの実施により、「感染症に罹るという社会環境リスク」の回避、

つまり、感染症から国民を守ることが優先されていることになる。これは、裏返せば「副反応被害に遭うという社会環境リスク」の回避が切り捨てられていることになり、作為過誤（するべきではないのにした）を容認していることになる。一方、副反応被害への非難または感染症の拡大への非難に関する「制度組織リスク」における第二のリスク・トレードオフでは、ワクチンを実施しないで感染症が蔓延することに対する非難、つまり不作為過誤（するべきであったのにしなかった）による非難の回避（ワクチンを実施する）が前提とされており、ワクチンを実施して副反応被害が拡大することへの非難の回避は意図されていないことになる。つまり、この救済制度の法制化は、ワクチンには必ず副反応があることを認めており、国民に接種の選択を委ねているにも関わらず、あくまでも国民がワクチンを接種することを前提にした措置であると解釈することができる。

言い換えれば、予防接種制度は、国の責任を縮小することにより、「制度組織リスク」に対しては、自らの制度に対する批判を最小限にすることが可能な政策を取り、「感染症に罹るという社会環境リスク」のみを回避する方向に進み、個人が副反応に遭うというリスクについては、救済制度に一任させる形を取ったと解釈することができる。しかしながら、1994 年の法改正では、接種の選択が個人に委ねられており、国が定めたワクチンを個人が各々選択することについては、その選択の帰結としての責任の問題を考えることが必要である。これについては以下において検討を行う。

(2) 国家と個人－責任の二重構造

前項では、1994 年の予防接種法の改正により国の責任の縮小が 2 つのリスクにどのように反映されたかについて検討した。一方で、この責任の問題は、予防接種制度におけるワクチンの提供という事象に関して、誰が決定者であり責任者であるのかという責任の構造の問題についても考察の必要がある。

2.2.1 で言及したように、ルーマンは決定と責任の関係に注目し、リスクと危険の区別を主張している。それは、未来において起こるだろう損害（hazard）が、その影響を受ける者の決定の結果であれば、それはリスクであり、その影響を受ける者がその決定に関与していない場合、つまり損害がその個人の外部である環境からもたらされる場合は、それは危険と認識するというものである（Luhmann 1991=1993:21-22 =2014:38）。

1994 年の予防接種法改正においては、ワクチン接種の選択の決定は個人に与えられたが、予防接種制度が提供するワクチンの選定に関しては国が承認を行っており、この時点

における決定者は国であり、責任者は国となる。一方で、国が承認したワクチンを接種するかしないかを決める判断が個人に任される状況においては、実際の接種の時点での決定者は個人であり、決定者であるから責任者となる。すなわち、現行予防接種制度には、責任の主体が 2 つ存在することになる。

この場合に責任を問われる問題とはワクチンによる副反応被害であるが、前項でも述べたように、国はそれに対して救済制度を法制化することで対応している。厚生労働省においては、予防接種の副反応による健康被害は、「極めて稀だが、不可避的に生ずるものなので、接種に係る過失の有無にかかわらず、予防接種と健康被害との因果関係が認定された方を迅速に救済するものである」（下線は筆者）と明記されている[25]。しかしながら、ワクチンの副反応被害に遭った人々が救済制度により救済されるためには、医師によりワクチンと副反応の因果関係が証明されなければならない。つまり、その証明はワクチンを提供した科学と同じ科学知に頼らなければならないことから、それを担う医師の診断が得られないとワクチンの副反応被害者と認められることは容易ではなく（全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会他 2014:8,13,19）、副反応に苦しむ人達が、せめて経済的な面だけでも救済されることが、非常に困難な状況となっている（母里・古賀 2016:63）。それにも増して、子宮頸がんワクチンによる副反応に対する有効な治療が見つかっていないことから、この救済制度は被害者にとって十分意義のある制度とは言えない状況にある。

つまり、子宮頸がんワクチンを選択して副反応被害に遭った個人は、決定者であり責任者であり、また被害者となるが、ワクチンを承認した国は決定者であり責任者ではあるが、当然のことながら被害者にはならず、その責任は個人にとって利用が容易ではない救済制度に任されている。このような構図が、この責任の二重性の裏側に存在しているのである。このように、国と個人が 1 つの同じワクチンの異なった側面をマークしていることに加えて、国が審査を行い、承認したワクチンをさらに個人が選択の決定をするという構造が複雑さとなり、ワクチンという選択対象をめぐって対立（コンフリクト）が起きている状態であると考えられる（5.2.2 参照）。つまり、決定者は誰かという問題について、国は「ワクチンを選択したのは個人」、個人は「ワクチンは国が承認したもの」であるという、対立が可能となるような状況が成立しているのである。

[25] 厚生労働省 HP、「予防接種健康被害救済制度」
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou20/kenkouhigai_kyusai/,
2017 年 8 月閲覧。

ここまで、個人化の分析次元としての客観的次元に予防接種制度を置き、国が取ったリスク対応と制度における責任の構造について検討した。本節 6.3 における目的は、2 つの個人化の様相を探求することであるが、その結論に進む前に、次の 6.3.2 においては個人化の客観的次元に対応するものとして、主観的次元に設定したワクチンの選択主体である女性の状況について検討を行う。

6.3.2　主観的次元にある選択主体としての女性

これまでの個人化の研究は、客観的な個人化、つまり、1 つの社会の歴史におけるカテゴリーとしての個人化については多くの研究がなされてきたが、主観的レベルの個人化、すなわち、意識やアイデンティティに関しては、ほとんど論じられてこなかった（Beck1986=1998: 253-255）。本項では、子宮頸がんワクチンの選択主体である若い女性と多くの場合、母親であったその保護者を主観的レベルに設定し、以下において検討を行う。

(1) 「敢えてリスクを取る人」か「被影響者」か

2.2.6(1)で論じた「敢えてリスクを取る人」か「被影響者（または被害者）」かの問題は、子宮頸がんワクチンの選択者の立場の問題に 1 つの問いを投げかける。決定者であり責任者であると同時に、被害者になり得る選択者は、自らの決定により起こり得る何らかの被害を認識した上でそれを選択しており、その被害は「リスク」である。対して、自らはそれを決定し実行していないのに、誰かの決定による影響から何らかの被害を受けた場合は、それは外部環境からもたらされた損害であり、「リスク」ではなく「危険」である。

子宮頸がんワクチンの選択において、選択主体であった若い女性とその保護者が「敢えてリスクを取る」者であったなら、彼女達は子宮頸がんワクチンを副反応というリスクを内包するものとして認識した上でワクチンを選択し、結果として副反応に遭ったことは想定内の出来事として受け止めたことになる。しかし、実際には子宮頸がんワクチンを接種してからの体調の異変に際して、その多岐にわたる深刻な病状がワクチンのリスクであると納得して受け入れたという事実は、被害報告集にも他の文献にも見当たらない。子宮頸がんワクチンの副反応被害者およびその家族は、その症状とワクチンを関係づけることにかなりの時間を要しており、本人も家族も恐怖と困惑の状態に置かれている（3.4.3(2)参照）。

一方で、子宮頸がんワクチンをリスクとして認識せず接種して副反応に遭ったのなら、

彼女達は外部の決定の被影響者であるかと言うと、これも当てはまらない。なぜなら、彼女達は国が選択したワクチンをさらに個人として選択を決定している決定者かつ責任者であり、そして被害者であるからである。つまり、子宮頸がんワクチンにより副反応被害に遭った若い女性とその保護者は、「敢えてリスクを取る人（risk taker）」でもなく、かつまた外部の決定の影響を受けた「被影響者」でもないことになる。

これは前項6.3.1(2)で論じたように、日本の予防接種制度が、1994年の法改正において、国の責任を縮小する手段として、国が承認したワクチンの接種の選択を個人に付与したこと、すなわち選択が二重となっていることと関連している。言い換えれば、前項で述べた責任の二重性は、元を正せば、この選択の二重性から発しており、選択者つまり決定者が2者いれば、当然のこととして責任の所在も2つになる。子宮頸がんワクチンの選択者は、個人のレベルの選択において、この責任の二重構造、すなわちワクチンを承認した国の責任とそれを個人として接種を選択することの責任が二重になっていることに気づくことなく、国が選定したワクチンを信頼して接種した。つまり、その選択は、「敢えてリスクを取る人」としてでもなく、「被影響者」でもないという立場から、新しいワクチンのがんを防ぐと言われたベネフィットの裏に、治療および治癒が困難な副反応というリスクが潜在していることを認識することなく、決定された選択ということになる。

ワクチンの選択者は、副反応被害に遭った時点で初めて、ワクチンそのものと、その実施に関わった政治や医学というサブ政治の存在を、また、中間集団が非知の立場からワクチンを推奨する情報を伝達したことに、思い至ったということになる。つまり、副反応に遭って初めて、「国の審査がもっと慎重であれば」、「周囲からの接種推奨がなければ」、「副反応のないワクチンは存在しないということを告げてくれれば」このような被害には遭わなかったのにという認識が生まれ、その被害は避けることが可能であった「リスク」として認識されたことになる。被害に遭わなかった被接種者は、当然のことながら、これらのワクチンを危険なものともリスクを内包するものとも考えないことになる。

6.2 で論じたように、子宮頸がんワクチンの選択には、市場による推奨活動、国からのリスクについてのコミュニケーションの欠如、そして、中間集団からの強い影響があった。このような環境において、新しく出現する科学知が潜在的に持つ不確実性、国の責任がどのように構成されているか、また個人のレベルでの選択と責任という関係がどのような結果で現実となるかについて、ワクチンの選択主体はほとんど認識できないままワクチンを選択したと言えるだろう。その結果、先に述べたように、子宮頸がんの選択主体は「敢え

てリスクを取る人」でもなく、また外部の決定により影響される被影響者でもない者、つまりリスクという概念の認識がない存在となっており、その選択の在り方は、個人化した社会の選択として自己責任を追及されるものともなっておらず、客観的個人化を遂げた予防接種制度とは、齟齬を生じることになった。このような状況を鑑みると、子宮頸がんワクチンの選択を委ねられた個人は、大変難しい状況から選択を強いられる環境にあったと考えられる。

(2) 「非知」からの選択の妥当性

一方において、第二の近代では、リスクについて一般の人々は他者の知識に依存した状態にあり、知るという権利を失った状態にある。この非知の状態とは、社会の近代化に伴って副作用として生み出される意図せざる結果が増えていくに連れて、誰がどのような根拠に基づいてその意図せざる結果について知り得るのかという問題を指している（2.2.2(3)参照）。子宮頸がんワクチンという科学知に対しても一般的個人は非知の状態にあり、ワクチンの成分や効果、そして薬理的なメカニズムに対して理解がない状態であったと思われる。さらに、リスクを認識した上で選択する、または、それは他者の決定による影響としての危険であるといった考えを持った上で選択肢に向かい合うことは、ほとんどの場合なかったと思われる。

ここで浮上するのは、このような科学知に対して非知の状態にある個人が、国が承認したワクチンを個人としてさらに選択する役割を与えられたことが、果たして、それが妥当な役割分担であったのかどうかという疑問である。ベックは、この科学知に対する非知の状態に対しては様々な立場からの解釈が示され、それぞれが持論を合理的なものとして主張することで、意図しない結果に対する多様な理解、解釈の乱立の状態、つまり対立（コンフリクト）の状況が生まれるとしている。そして、この意図しない結果について非知の状態にある人々や集団、制度などを擁護し、それを克服するための制度的な専門家の擁立が必要であるとしている（Beck 1999=2014:207-209）。日本における子宮頸がんワクチンの選択の場合は、この意図しない結果、つまりワクチンの副反応というリスクに対しては多様な理解や解釈がほとんど表明されることもなく、表明されても押しつぶされてしまった例も存在する[26]。従って、ワクチンの選択者は「非知」の状態だからこそ、国の承認に

[26] はたともこ参議院議員は、2013 年 3 月 29 日の参議院本会議で、子宮頸がんワクチンの危険性を訴え、ただ一人その定期接種化に反対票を投じている（はた 2016:12）。

信頼を寄せることで、ワクチンの選択へと向かったと考えられる。つまり、ワクチンという科学知に対しては非知のまま選択を委ねられるという状況は、ワクチンのリスクを認識できないまま副反応という地雷を踏む事態にもなりかねないため、個人にとっては大変負担が大きい役割であると考える。

本項では、ワクチン選択の二重性という観点から、子宮頸がんワクチンの選択主体がリスクを認識した「敢えてリスクを取る人」でもなく、また外部の決定の影響を受ける「被影響者」でもないことを主張した。加えて、これらの選択主体は非知の状態に置かれており、ワクチンの選択権を付与されることが困難な状況にあることを示した。次の 6.3.3 においては、子宮頸がんワクチン事業における 2 つの個人化の次元がどのような状況にあるのかについて検討し、本章の結論を導くこととする。

6.3.3　2 つの個人化の齟齬にみる近代化の差異

前項 6.3.1 および 6.3.2 においては、個人化の客観的次元に予防接種制度を、主観的次元に子宮頸がんの選択主体である若い女性とその保護者を設定して、責任という視点からそれぞれの状況を分析した。本項では、子宮頸がんワクチン事業においてこれら 2 つの個人化がどのような関係を形成して存在しているかについて考察し、本博士論文の目的である日本の第二の近代化を判断する最後の手かがりとする。

(1) ねじれを生じる客観的個人化

1994 年の法改正により、日本の予防接種制度は、義務接種および集団接種を廃して、社会という集団を守ることから医療に対する個人の意思を尊重することへと変容した。その具体的な内容は、医師には接種希望者に対して禁忌を識別し接種の可否を判断する責任だけを残し、接種に関する最終的な選択は接種の対象者とその保護者、すなわち個人に分与された（手塚 2010:253-261）。1990 年代の日本は、雇用における年功序列制度および終身雇用制度が崩壊し始め、制度的レベルでの客観的個人化が急速に進んだ時期であり（Suzuki et al.2010:516,526）、予防接種制度においても、この法改正から客観的レベルでの個人化が始まったと考えられる。

この法改正において、国は予防接種制度における責任を縮小することで、国が対応すべき 2 つのリスクのうちの「制度組織リスク」の軽減を目指した。しかし、もう 1 つのリスクである「社会環境リスク」に対しては、感染症と副反応被害という 2 つのリスクの内、

接種実施を前提とした救済制度を法制化して、感染症の蔓延を回避することが重視されており、副反応の発生を回避することからは遠ざかったと考えられる。

この救済制度の法制化は、接種の選択の結果に対して個人が自己責任で対応するという個人化の在り方から外れており、日本の予防接種が完全には個人化していないことを示している。加えて、この救済制度が存在するということ自体が、ワクチンで副反応に遭っても制度が救済してくれるという安心感を醸成する可能性があり、一方で、救済制度による救済は容易には実現しないという現実が存在することが、選択を行う側にとっては二重の意味でリスクをはらむものとなっている。

また、改正後のこの予防接種制度は、医療に対する個人の意思を尊重すること、すなわち個人をシステムの対象とすることをその目的に掲げながら、全体の接種率の向上が目指されている。子宮頸がんワクチン事業においても、本来は努力義務である日本の予防接種制度について、そしてワクチンという医薬品が避けがたく潜在させている副反応についての周知がほとんどなかったという事実がそれを物語っている。つまり、日本の予防接種制度は、名目上は個人の意志の尊重を掲げ、接種の選択を個人に委ねたが、副反応被害に対する救済制度を法制化することにより、ワクチンの接種率向上が目指されている。言い換えれば、接種の選択権は個人に付与されたが、副反応被害の責任は国と PMDA の救済制度が取る形となっていることで、選択と責任の間に一貫性が見られない。つまり、個人化を遂げているのは制度の一部分、接種の選択が個人に付与された部分だけであり、そこに 1 つの「ねじれ」が生じていると考えられる。本論は現行の救済制度を否定するものでは決してない。また、現実において国家以外の機関が国民の健康問題に関する決定を行うという事態も現状では考えにくい。しかし、もしこの救済制度が存在しなければ、選択する側の意思決定はより慎重に行われるかもしれないという可能性も否定できない。つまり、完全に個人化していない制度だからこそ、その責任の在り方が複雑になり、選択時の意思決定を本来あるべき選択から遠ざけていると考えられる。加えて、日本の現行予防接種制度には、ワクチンを国と個人が 2 度選択するという選択の二重性、それに伴う責任の二重性が存在しており、ワクチンのリスクと、現行予防接種制度における定期接種は義務ではなく努力義務であることに関する、政治と医学というサブ政治からのリスクについてのコミュニケーションが欠如している。このような状況下で、ワクチンを選択して副反応被害に遭った場合に、実際にはどのような状況が展開されるのかが非常に理解しにくい構造が形成されており、それが、以下で論じる主観的個人化の状況と合体することで、個人の選

択の問題は大きな課題を抱えるものとなる。

(2) 制度の個人化に遅れる主観的個人化

では、上述した予防接種制度における客観的個人化に対して、ワクチンの選択主体である若い女性とその保護者における主観的個人化はどのような状況にあるのだろうか。

第一に、6.2.4 の(1)で述べたように、子宮頸がんワクチンの選択主体においては、現行予防接種制度において接種の選択が個人に選択権が与えられている努力義務であることが理解されていたとは言い難い状況があった。国が承認したワクチンだからという理由だけで新しい医薬品を受け入れるという態度は、新しい医薬品が内包する新しい不確実性がもたらすリスクの被害を受ける可能性が高く、予防接種制度が個人に選択を委ねて個人化した事実を、そしてその意図を理解していないことを示すものである。現在の日本の予防接種には、公の犠牲となってまで果たさなければならない義務は存在せず、次々と開発される医薬品をどのように理解し受け入れるかは、個人の主体的な判断によるものであり、そのためには強い意志と努力が求められている（母里・古賀 2016:11）。しかしながら、子宮頸がんワクチンの選択主体である個人には、この理解が十分に浸透しているとは言えない状況であった。これらの選択主体はワクチンという科学知に対して非知の状態にあり、第一の決定者としての国の判断を信頼してワクチンを選択したと考えられる。しかし、子宮頸がんの場合は検診という代替案があり、また、日本には過去に大きな訴訟に発展したワクチン禍の事例があるにも関わらず、ワクチンで予防できるというベネフィットにのみ引き寄せられたと考えられる。医学というサブ政治による過激な推奨活動、サブ政治においても政治においても欠落していたリスクについてのコミュニケーション、そして、中間集団からのワクチン推奨の強い影響が選択主体を取り囲み、接種へ誘導する状況であったことは否定できない。しかしながら、予防接種制度が、マスコミを通じて送り出され、採用される意見・習慣・態度・ライフスタイル等のための大量市場と大量消費（Beck1986=1998:261）に繋がっていることには、選択主体である個人は気づいていない状況にある。

加えて、現行の予防接種制度では、国と個人がワクチンの選択の決定者として二重に存在しており、それゆえ責任者も二重となっている構造を選択主体が認識していないことがある。この選択と責任の二重性により、ワクチンの選択主体である若い女性とその保護者は、リスクを認識してワクチンを選択する者でもなく、また自分は決定に関与せず外部の

決定により影響を受けた被影響者でもないという、奇妙な立場に置かれることになった。個人の選択の結果に救済制度が設置されていること、つまり自己責任ではなく国が責任を取るという制度が、選択に臨む選択者の態度を安易なものにする可能性は否めない。現代社会において、自分が行ったことに対して自分以外の誰かが責任を引き受けてくれるのであれば、それは慎重な決断を妨げる一因となるのではないかと考える。このような選択は個人化した社会における主体的な選択とは言えず、子宮頸がんワクチンの選択主体は主観的なレベルにおいて個人化しているとは言い難い状況である。

さらに、第 4 章で論じたように、現代の女性は教育段階では男性と同等であるが、労働と男女の共生においては性別による差別に未だ支配されている部分が残っている。教育以外のシステムが単位としているのは 2 つの性のうち男性だけである。特に、日本の女性の労働と男女の共生における主観的個人化が、ドイツの女性に比べて進んでいないという背景があることは否定できない事実である。それにも関わらず、性交渉により男性から感染するウイルスによって起こる子宮頸がんに効果があるとされた子宮頸がんワクチンの選択に際しては、ワクチンを選定した政治においても、またそのワクチンを個人レベルで選択した選択主体においても、欧米と日本の性的文化の差異に対する考慮はなかったと考えられる。

以上の点にも増して、予防接種制度がワクチンを提供することにおいて、そのワクチンの接種対象者は、ワクチンの選択の有無に関わらず自発的強要という状況に置かれることは、6.1 において論じた通りである。たとえば、出生前診断はこれから生まれる生命のための選択であり、臓器提供は自分の死後に臓器を他者に譲るかどうかという選択である。しかし、ワクチンの場合は医薬品を自身の身体に取り入れることであり、そのベネフィットもリスクも自分自身に分配される。つまり、第二の近代の特徴として個人化が進む社会では、制度が選択肢を提供することで個人が選択を強いられること、そして、その結果は自分自身に降りかかることを、子宮頸がんワクチンの選択主体である個人は認識できていないと考える。

このように、子宮頸がんワクチンの選択主体においては、ワクチンの選択は努力義務であること、予防接種制度が選択と責任に関して複雑な構造を形成していること、これらのワクチンが欧米の性的文化状況を反映したものであること、そして現行予防接種制度がねじれを生じながらも個人化を進めている状況を把握することの、いずれに対しても認識が十分に形成されたとは言えない状況にあった。これらの問題を考慮すると、子宮頸がんワ

クチンを選択した個人における主観的な個人化は、客観的個人化に比べて遅れていると言わざるを得ない。

(3) 子宮頸がんワクチンの選択における現実の責任

子宮頸がんワクチンの選択の問題においては、制度は半分だけ個人化した状態にあり、選択主体である個人は主観的レベルでの個人化を進めておらず、第一の近代に残留している状態にある。このように、2 つの次元での個人化という近代化が隔たりを生じている状態においては、個人にとっての自分の置かれた状況の把握は難しく、自分の選択の結果を見通すことは甚だ困難である。

子宮頸がんワクチンを選択して副反応被害に遭った若い女性達とその保護者は、制度における個人化と個人における個人化の差が個人の側からは不可視な状況の中で、ワクチンに関する科学知を持たない非知の状況から、それを国が承認し推奨した有効なワクチンと判断して接種を受けた。彼女達は科学知とのアクセス・ポイントにおいて、接種費用の期限付き無償化、「顔の見える」代理人による大々的な推奨活動、そして、2 つの中間集団からの影響に包囲され、子宮頸がんを予防するためにワクチンは本当に必要なのか、検診だけでは不十分なのか、その安全性はどのくらいなのか、中高生の年齢で接種することに問題はないのかなどの疑問について、熟考する時間と適切な判断をする機会を得られなかったと考えられる。副反応被害についても、予防接種法で明記されているように、健康被害が出た場合には、予防接種法または PMDA により迅速かつ十分な救済措置が、当然取られるものと受け止めていた。

しかしながら、現実には、認可された 2 つの子宮頸がんワクチンでは、重篤な副反応が高い確率で発生し、その効果が担保されていないことが明らかになるとともに、その治療と救済に関しても困難を極める結果となった。ワクチンを開発し、製造および販売を行った医学というサブ政治は、定期接種においては副反応に対する責任から免れており、リスク・フリーの状態にある。任意接種における副反応被害への救済も、その補償は定期接種のそれに比べて規模が小さく、また期限が設けられていることから、子宮頸がんワクチンの副反応被害者にとっては、その負担が増加することとなった。いずれにせよ、その救済は金銭的なものであり、失われた健康を取り戻してくれるものではない。それは、まさに、ワクチンによる副反応というリスクが、一度起きてしまうと元に戻すことは難しい、高い不可逆性を持つものであることを証明している（2.2.3(1)参照）。現実には、ワクチンを選

択した個人とその保護者が救済を求めて煩雑な手続きを実行し、治療法についても症状に苦しむ身体で多くの医療機関や医師を訪ねることで、個人の選択の帰結である責任を全うすることになった。

子宮頸がんワクチンにより副反応被害に遭った多くの若い女性は、その症状の改善に努める中で、進学に関して進路変更を余儀なくされ、将来の夢を諦めざるを得ない状況にある。彼女達とその家族は何よりも、「ワクチンを打つ前のふつうの生活に戻りたい」と願っている（黒川 2015;斎藤 2015;井上 2017）。

本章では、子宮頸がんワクチン事業における選択と責任の問題について、個人がワクチンを選択した経緯を詳細に追い、個人化における 2 つの次元、客観的個人化と主観的個人化という次元において、ワクチンを選択した責任という視点から予防接種制度と子宮頸がんワクチンの選択主体の個人化の様相を分析した。次の第 7 章では、日本の女性の近代化という観点からこれまでの分析と考察をまとめ、子宮頸がんワクチン事業を通して見た日本の「第二の近代」化の様相について、本博士論文の結論を導くこととする。

第 7 章　おわりに

本論の目的は、子宮頸がんワクチン事業を事例に、リスク社会論の諸概念に基づいて日本の「第二の近代」化の様相を探求することである。本章では、これまでの分析および考察を総括し、サブ政治論と個人化論およびドイツとの比較から得られた日本の女性の状況から、日本女性の第二の近代化の状況を検討し、日本の「第二の近代」化についての結論を導くこととする。

7.1 サブ政治勢力に対する認識の欠如と「下からのサブ政治」形成

本論が日本の「第二の近代」化の様相を探求するために事例とした子宮頸がんワクチンは、医学という科学知が生産する医薬品の 1 つである。医学は日々科学知を追求し発見を重ねることで、人間が生きている間に遭遇する様々な健康上の問題に対する解決を可能としている。医学という領野は、専門知識を結集した研究の中にも、また、医学が開発した様々な治療法および医薬品がそれを必要とする人々に市場から提供されることによっても、サブ政治性を内包している。

6.2.6(1)で述べたように、子宮頸がんワクチンの選択主体であるほとんどの日本の女性にとって、リスク社会論が提唱するサブ政治という概念は、当然のことながら未知のものであると推測される。それは、医学が、医学自らの失敗や二次的な疾病・症状でさえも、それを治療し改善することでその勢力の拡大が可能な自己内省的な性質を持つことや、それが医療行政を牽引する政治の中にも浸透していることへの理解が、ワクチンの選択主体に形成されていないことを意味する。その理由は、サブ政治がその専門知に精通した専門家により形成される領域および勢力であり、知を専有することで成立しているからであり、その専門領域にいない諸個人には、それが生み出すものの組成や生産原理はもとより、その専門知が形成する領域の構造を理解することは、一般的には困難なことだからである。

加えて、子宮頸がんワクチンの選択主体は、国すなわち政治の決定に対して「信頼」を寄せている。しかし、この信頼は、ルーマンの主張によれば、リスクの認識を前提としない「確信」に当たる（2.2.4(1)参照）。340 万人もの若い女性達が、子宮頸がんワクチンを選択したその背景には、6.2.6(2)でも論じたように、子宮頸がんワクチンは「国が承認したもの」であり、接種すれば子宮頸がんに罹らず、副反応など健康被害もないという確信が成立していた。つまり、彼女達は、これらのワクチンのリスクを認識することなく、その有効性と安全性を信用したということになる。また、ギデンズが主張したように、この「信

頼」は、相手の「顔の見えない」関わり合いであり、一般の人々にとってほとんど未知である知識が実用的に機能することにおいて支えられている「信仰」とも言えるものであったと考えられる（2.2.4(2)参照）。このように政治の決定を確信する状態にあっては、医学というサブ政治が政治の中にも深く浸透していることを個人が見通すことは、容易なことではないと考えられる。

一方で、子宮頸がんワクチンを接種して副反応被害に遭った若い女性とその家族は、被害者であることを繋がりとして被害者連絡会を結成しており、2 つのワクチンによる被害情報を集め、共有し、社会に発信しながら救済を求めるとともに、更なる被害を防ぐことを訴えている。医学というサブ政治が、専門知を専有することにより形成されるサブ政治であることに対して、このような被害者の一致団結は、「下からのサブ政治」と考えることができる（3.4.3(2)および 6.2.3 参照）。ベックの主張に沿って言えば、子宮頸がんワクチンの副反応被害達は、自らを「不安による連帯」[1]（Beck 1986=1998:75）により団結させたことになる。彼女達は、皮肉にも、ワクチンを接種した結果被った健康被害により、医学というサブ政治と政治の構造を知ることになり、健康被害を通じて被害者同志が連帯することで、下からのサブ政治として政治と医学というサブ政治に対抗する勢力となった。第二の近代の特徴としてベックが主張するサブ政治という観点において、彼女達は「下からのサブ政治」となることで、専門知により形成され、政治を超えることが可能なサブ政治に対峙する勢力となり、部分的には「第二の近代」化を示す存在となったと考えられる。

7.2　子宮頸がんワクチンの選択を通してみた個人化

前節においては、第二の近代に発展するとベックが主張しているサブ政治という概念と子宮頸がんワクチンの選択主体の関係を論じた。本節では、リスク社会である第二の近代において、よりいっそう進むとされている個人化という現象とワクチンの選択主体の関係から、その第二の近代化の様相をまとめる。

6.3.3(1)において、客観的レベルにある予防接種制度は、ワクチンの選択権を個人に付与したが、副反応に対する責任の部分では法的な救済制度を残しており、その個人化にはねじれが生じていると論じた。加えて、選択主体である個人は、ワクチンの選択が個人の判

[1] ベックはリスク社会の原動力となるものは「不安である」ことであり、階級社会においては「持たざること」が共有されたことに代わって、リスク社会では不安を共有することが政治的な力になるとしている（Beck 1986=1998:75）。

断に委ねられた努力義務であり、ワクチンの選択に国の承認と個人の選択という二重性が存在しており、結果としてその責任も二重になっているという構造を認識することがなかったと考える。ワクチンの選択主体は、予防接種制度において義務が廃止され、努力義務となったことの意味を問うことなく、ここでも、国すなわち政治の決定を確信したと考えられる。

このようにワクチンの選択において政治の決定、すなわち国を確信する姿勢は、第一の近代を支えてきた国民国家に基盤を置く発想である。そのため、ワクチンの選択主体においては、製薬市場がグローバル化しており、子宮頸がんワクチンが日本とは異なる性の文化を持つイギリスとアメリカの製造であり、それが日本に導入されることが妥当であるのかという問いを生み出すことがなかった。すなわち、この子宮頸がんワクチンが、西欧とは異なる文化を有する日本の中学生および高校生女子に真に必要なものであるかとうかという、必要性についての思慮が失われることになったと考える。

また、子宮頸がんワクチンの場合は、医学というサブ政治によるテレビ CM や新聞広告などの激しい推奨活動が展開され、加えて、リスクの軽減や回避のために機能するはずの中間集団も本来とは逆の働きをしたため、その対象者の多くが接種実施へと導かれた。これらの推奨活動に関わった医師や専門家や有名人、そして中間集団の成員は、科学知そのものではなく、ギデンズが主張するように、知とのアクセス・ポイントにおける「顔の見える」代理人である（2.2.4(2)参照）。子宮頸がんワクチンを選択した若い女性とその保護者は、ワクチンという科学知にアクセスしてそのリスクについて知ることよりも、あるいはそのリスクを知っていたにも関わらず､その代理人を信頼したことになる｡結果として、現代の医療では治療が大変困難な副反応被害に遭った被害者達は、国を信頼したことと同様にこれらの代理人を信頼したため、その確信の状態が強化され、ワクチンの接種選択へ向かったと考えられる。

加えて、政治は、公費助成および定期接種化により子宮頸がんワクチン接種の無料化を実施した。ベックが主張したように、第二の近代における選択に対して個人は非知の状態にあり、選択対象を知る権利を奪われている（2.2.2(3)参照）。子宮頸がんワクチンの選択主体は、政治とサブ政治がワクチンのリスクおよび努力義務接種についての周知を十分に行わなかったため、非知の状態にあったことに加え、前述したように、自分が接種しようとするワクチンについて主体的に努力することでそれを知ることよりも、その代理人達に信頼を寄せた。つまり、子宮頸がんワクチンの選択主体は、ワクチンに対して自分達が非

知の状態にあることを自覚しておらず、推奨活動に説得され、無料化という措置に後押しされることによりワクチンを選択したと言える。結果として、副反応に遭った場合の救済は申請可能であるが、その手続きは煩雑であり、その救済も医学というサブ政治がそれを判断するというものであり、すべての被害者に行き渡るわけではなく、治療自体も大変困難な状況となった。このような選択の在り方は、一度選択を決定したならば、その結果については自分が責任を負うというリスク社会における選択の帰結を見通すことからは、大きく乖離していることを示すものである。

1994 年の予防接種法改正以前の予防接種制度においては、接種の選択権は個人にはなく、それは国民の義務であった。この予防接種法改正において選択権が個人に与えられたことは、個人化のプロセスとしては「解放」の次元を意味している（2.3.2(1)参照）。しかし、この解放の後に「再統合」は起こっていない。子宮頸がんワクチンの副反応被害者達は、政治がその責任として整備した救済措置により経済的な救済を受けることは可能だが、その副反応被害は新しいワクチンの新しい不確実性による不可逆性が高いものであるため、本来の健康を取り戻すということが著しく困難であり、政治による救済は身体的損害、生命、人生の救済ではない。つまり、日本の現行予防接種制度でワクチンを選択するという行為は、解放はあっても元の健康な身体に戻るという再統合のない、まさに第二の近代における個人化が具現化されたものである。繰り返しになるが、これに気づくことは、個人には大変難しいことである。しかしながら、子宮頸がんワクチンの選択主体に、この選択における個人化の認識がなかったことも事実である。

個人化した社会では、個人は自分の人生に対して決定を下すことが可能になったが、その決定は、自分では制御不能な諸条件下で人生のチャンスやリスクを鑑みながら決定を下すことを強制されるようになる（伊藤 2017:79）[2]。この主張に沿って解釈すれば、子宮頸がんワクチンの選択主体においては、選択については個人化した制度においてワクチンの選択という決定を下したが、後の制御不能な条件下でのチャンスとリスクの考慮、すなわち、ワクチンのベネフィットとリスクへの考慮は実現されなかったと考える。

前節で述べたように、子宮頸がんワクチンの選択主体は、サブ政治という観点において部分的に「第二の近代」化を経験していた。個人化という観点においても、副反応被害の有無に関わらず、その選択に関しては制度により個人化を強制された状態である。しかし、

[2] Ulrich Beck, 1997, “Was meint, 'eigenes Leben’ ?”, Ulrich Beck und Ulf Erdmann Ziegler Hg., *Eigens Leben*, Minchen, C.H.Beck, 9-17 からの伊藤による引用（伊藤 2017:79）。

その個人化した選択の帰結が自分に戻されること、言い換えれば人生の成り行きが個人の問題としてその行為に委ねられるということまでは考え至っていない状態である。すなわち、第二の近代の個人としてその生活史が自己再帰的になる（Beck1986=1998:267）ことにおいては、彼女達はその途上にあることから、制度の個人化に対し、個人のレベルの個人化は遅れていると言わざるを得ない。

ここまで、ベックのリスク社会論におけるサブ政治と個人化という概念に沿って、日本における子宮頸がんワクチンの選択主体の状況を論じた。次節 7.3 では、個人化における解放と再統合、そして自己実現という視点からドイツと日本の女性を比較した第 4 章の考察に立ち帰り、子宮頸がんワクチンの選択主体から視野を拡大して、現在の日本の女性が置かれている状況を再度確認する。

7.3　日本の女性が置かれている社会的状況

第 4 章において、子宮頸がんワクチンの接種対象者という枠を拡大し、ドイツと日本の女性の社会的状況を比較することにより行った女性の個人化についての考察をまとめると、以下のように整理できる。

教育において､女性は男性に非常に遅れてその存在を認識されたという歴史が存在した。第二次世界大戦を経て教育における男女間の不平等は改善され、日本の女性もドイツと同様に、男性とほぼ同等に義務教育および高等教育に進学するようになっている。しかしながら、高等学校の専門課程によっては男女のカリキュラムに多少の差があり、また大学の専攻科目でも「女子は文系、男子は理系」という傾向は現在でも残存している。このような学問分野における性別による専攻の偏りは、当然のことながら、教育を終えて参入する労働市場においても、女性は事務職、男性は技術職という男女の職種の違いに現れることになる。

一方、労働という領野において、女性は長い間男性の代替労働力であった。女性の仕事は、家庭において妻として母として、つまり「他者のために」奉仕することであったが、戦争などの非常事態においては、生産における男性の不在を補う存在として労働に強制されてきた。

第二次世界大戦後、女性も様々な職業に進出するようになったが、日本では、賃金において男女の差が設定されており、女性は男性のおよそ 6 割から 7 割の賃金に抑えられている。また、労働時間では、日本の男性は女性よりも長く働いており、1 週間の労働時間は

ドイツでは男女でほとんど差がないが、日本では男性が女性より約 10 時間長く働いている（4.3.2(3)参照）。これらの事実は、賃金労働において日本の女性は男性と同等ではないこと、すなわち、労働というシステムの単位が男性に置かれているということを意味している。

日本女性の賃金が男性より低いことの最も大きな理由は、女性は結婚や出産により職場を一次的に撤退することを余儀なくされるため、職歴の中断が起こることである。つまり、家族形成のため子供を産むという、男性にとっても社会にとっても重要な役割のために、日本女性の労働は日本に特徴的とされる M 字を形成しながら、賃金労働における男性との不平等を強いられているのである。このように、賃金労働というシステムにおいて、女性はその単位として男性とは同等ではないため、たとえ男性と同じ能力および意欲を持っていても、それが給料や昇進に反映されにくい状況となっている。このことは、日本では、女性閣僚や管理職が少ないこと、また「女性」社長などの表現のように、女性がその地位に就くことが特別なことのように表現されることなどからも理解できる。

さらに、ドイツと同様に日本でも晩婚化と少子化が進んでいるが、日本では、男性との共生において女性により負荷がかかる状況が展開されている。それは、結婚という法的な結びつきにせよ、同棲や事実婚という形式にせよ、男女が生活を共有することにおいて、日本では、家庭内における性別による役割分担が根強く残っていることを示している。男性とともに暮らす女性が、家事に週 7 時間以上を費やし、またドイツの男性が週 2 時間を家事するのに比べて、女性と一緒に暮らす日本の男性が家事に使う時間は週 27 分と極端に短く、料理や洗濯などの家事労働は日本では圧倒的に女性の役割となっている。子育てにおいても、日本の男性が育児に費やす時間は週 33 分と短く、日本の女性が週に約 3 時間、ドイツの男性が週に約 1 時間を使っていることと比較すると、相当の開きがあることが解る（4.4.2(2)参照）。

前述したように、日本の賃金労働における時間は女性が男性より 10 時間短く、その分を女性は家事と育児に当てていると考えられる。また、女性より賃金労働時間が長い分、日本の男性は家事や育児に貢献する時間がないという解釈は成立する。しかし、この家事および育児という労働は賃金に換算しにくいものであり、このような労働が女性に大きく偏って担われていることが、女性が社会のシステムの単位として男性と同等には認知されていないことを示すものであり、それが男女の共生関係においても現れていると考える。

ここまでまとめてきたように、日本の女性は、教育においては男性とほぼ同等であるが、

労働においては、賃金、昇進や昇給等の労働条件に、女性であることを理由して男性との差異が設けられている。男性との共生関係においても、性別による役割分担が女性に大きく負荷をかけている。加えて、日本では、ドイツや他の西欧諸国に比べて、保育施設の不足や出産・子育てに対する経済的補助が十分とは言えない状況であり、現在少子化が進む日本社会にとって、子供の出産という重要な役割を担う女性への法的および社会的な援助が、まだまだ整っていないのが現状である（4.4.2(2)参照）。

女性と男性との間のこのような不平等性は、第一の近代である産業社会では、男性だけがシステムの単位とされ、市場労働おいて自立し、自己実現を可能にしたが、それは、女性がその性別による役割分業を受け持ったからである。言い換えれば、日本の女性の自己実現を妨げる一因と考えられる家事労働の負担の大きさは、第一の近代の構造が残存したものであると考えられる。(Beck1986=1998:213)。この意味において、日本の女性は、女性に生まれたという理由で、男性では実現された自己意志の実現、つまり自由や平等という近代の原理が、適用されない反近代的存在である（Beck1986=1998:216-219)。このように、未だに第一の近代的生き方から抜け出ていない存在であるがために、第二の近代であるリスク社会において医学というサブ政治が創りだした、ワクチンのリスクの不可逆性やその選択と責任の在り方にについて、彼女達が認識することは、大変難しいことであると考えられる。

7.4　日本の「第二の近代」化の様相

以上においては、本論の目的である日本の第二の近代化の様相を探求するという目的を達成するために、子宮頸がんワクチンの選択主体である女性のサブ政治との関わり方、およびワクチンの選択を通してみた選択主体である女性の個人化の状況、そして、その背景としての日本の女性の社会的状況をまとめた。

日本の女性は、教育段階においては女性に教育は不要とする古い規範から解放され、男性と同等の教育機会を得られるようになった。このことによって、日本の女性は自己実現のための土台を築いたと言えるだろう。これは主観的レベルでの個人化の萌芽とも言うべきものである。教育機会の均等性に再統合された後、労働においては、過去の「他者のために生きる」存在からは解放されつつあり、女性も多様な職種に進出している。しかし、この労働における解放の次元は男性と全く同じではなく、第一の近代である産業社会が、男性だけを社会の単位としていたことが残響している状態であり、男性とは異なる労働条

件の受け入れを余儀なくされている。つまり、日本女性は、労働において男性と同じ次元に再統合されてはいない状況にある。男女の共生関係においても、日本においては性別による役割分業が根強く残っており、女性が職業を持ち、かつ結婚または男性との共生関係を望む時､それは他者のためだけに生きていた時に比べてより困難な環境を形成している。言い換えれば、男性と同等という意味での再統合がなく、他者のための存在からも完全に解き放たれていないという意味では、半解放の状態であり､「再埋め込み」のない「半脱埋め込み」ともいえる状況にあると考える。すなわち、日本の女性は未だ反近代的な存在であり、しかしながら、近代的意識を形成する土台を築く段階に、ようやくたどり着いたと言えるだろう。

このような意味での近代化が基礎を築いたばかりの状況において、日本の若い女性達とその保護者達は､子宮頸がんワクチンという未知の医薬品の選択を迫られることになった。ベックのリスク社会論におけるサブ政治という側面においては、子宮頸がんワクチンを選択した若い女性とその保護者達には、専門知を専有することで成立する医学というサブ政治の存在に対する認識が形成されておらず、同じサブ政治勢力が政治の中に浸透しているという構造についても理解しているとは言い難い状況があった。また、子宮頸がんワクチンを推奨するメディアに対しても、それが、市場において生産される様々な商品や情報を発信することにより、その受け手である人々に影響を与え、受け手を操作することが可能であるサブ政治であることの認識が不足していた。しかし、一方において、国が承認した子宮頸がんワクチンを個人として実際に選択して副反応被害に遭った女性とその保護者達は、被害に遭ったことによって下からのサブ政治としての連帯を形成し、医学というサブ政治の対抗勢力となった。

また、個人化という観点においては、予防接種制度が部分的に個人化したことにより接種の選択を付与され、それを強制されることになった。日本の子宮頸がんワクチンの提供においては、製薬企業、医師、ワクチンの推奨団体を含む医学というサブ政治からの苛烈な推奨活動があり、加えて、接種の無料化という政治的措置がその選択に大きく影響を及ぼした。さらに、選択主体の周囲にある中間集団が、学校や保健所等の制度においても、友人同士や近隣共同体という日常においても、ベックが主張するように、ワクチンに関する医学的知識を持たない「非知」の状態からの情報伝達を行い、選択主体はそれらをギデンズの主張する「顔の見える」知識の代理人として信頼を置き、ワクチンを選択したと考えられる。

また、客観的レベルにある予防接種制度は、義務接種の廃止により接種の選択を個人に付与したことでその個人化を進めた。しかし、一方に、個人の接種の選択に対して、副反応被害が起こった場合国が責任を取るという救済制度が存在している。個人の選択に別の主体が責任を取ると言う構造は、個人化における選択の在り方からはずれるものがあり、それがねじれとなって予防接種制度の個人化を部分的なものとしている。対して、主観的レベルにある個人は、義務接種の廃止という制度の変化と、上述したような構造を理解しておらず、客観的個人化に遅れることになった。

このように、子宮頸がんワクチンの選択は、部分的に個人化した制度により提供されたワクチンを、個人が医学的な知識を持たない非知の状況から、医学というサブ政治勢力、中間集団、そして政治からの影響を受けるという制御が困難な条件下において行われた。それは「国の承認したものだから間違いはない」という確信に基づき、「周囲が勧めるもの」として受け入れたものであり、ワクチンが副反応という不可逆性の高いリスクを内包するものであることの認識が欠如していた。結果として、当然のことながら、子宮頸がんワクチンの選択においては、個人がワクチンのベネフィットとリスクを考慮して選択を行うという、積極的かつ主体的な選択は行われ得なかったと考える。

近代化という言葉は、我々に肯定的なイメージを抱かせる言葉である。しかしながら、ベックの提唱する第二の近代は良いことばかりが起こる時代を指しているのではない。これまで見てきたように、サブ政治化および個人化という現象は、市場に依存する現代社会において避けがたく浸透するものである。この不可避の状況において問題となるのは、日本では、この近代化が男性と女性という性別の間において不均衡に生起していることである。この不均衡さは、男女が共存しているにも関わらず、男性と女性という性別による差異が現存している社会ではどちらか一方にしわ寄せを生む。子宮頸がんワクチンの選択では、この第二の近代化の進展における不均衡は大規模に女性に押し寄せた形となった。本論は子宮頸がんワクチン接種が男性にまで拡大されることを、決して支持するものではない。しかしながら、男性が持つ HPV によって生じる子宮頸がんの予防対象が、子宮を身体に有するというだけで、まず女性が接種対象となったことも、社会システムがその単位を男性においていることと無関係ではないと考える。

本論は、日本の「第二の近代」化が、現在どのような様相にあるのかをテーマに論考を展開した。日本における子宮頸がんワクチン事業を通して見た「第二の近代」化は、個人化という視点においては、制度は部分的に個人化を遂げているが、個人における個人化は

性別により不均衡に進行している。また、個人に委ねられた選択に際しては、政治を確信し、サブ政治や中間集団からの影響を多大に受けやすい存在であったことを考えると、日本の女性には、未だに第一の近代的な特徴が見受けられる。社会の半分が女性であり、残りの半分が男性という性別で構成されているとすれば、女性の「第二の近代」化の問題は、そのまま男性の問題となり得る。

非常に長い間、男性中心で進んできた社会が女性をその中核に取り込んでいくことは、容易なことではない。しかし、我々の生活が第二の近代に、徐々に、また不均衡に移行していることは本論が示してきた通りである。本論では、このような状況において未知の不確実性を内包するものを選択する困難さを、子宮頸がんワクチン事業という事例を通して確認することができたと考える。

個人の自由、平等、自己実現という近代の原理は、男性だけでなく女性においても同等に実現されるべきものである。求められているのは、第二の近代化が不均一に進行する社会においては、提供される選択肢について、「非知」である状態から脱してリスクとベネフィットを吟味することであり、主体的かつ積極的に選択に臨む姿勢を我々自身が身に付けることであると考える。

あとがき

本研究は、子宮頸がんワクチンを接種したことで、多くの若い女性がその副反応被害を受け、苦しんでいるというニュースを読んだことがきっかけとなっています。その時の「21世紀になってもまだこのようなことが」という衝撃に似た気持ちは、今でも忘れられません。1970年代に起った予防接種禍と、その裁判が90年代に次々と結審または和解したというニュースを読んだのは、確か入手して間もないインターネット上のニュースであったと記憶しています。長い法廷闘争を闘い抜いた原告団の記事を読んで、人間はなんという苦しみに遭遇しなければならないのだろうと胸がつぶれるように感じたのと同時に、人はそれに打ち勝つ強さもまた持ち合わせているものだと、唸るような思いでした。

50歳を過ぎるまで長くイギリスに住み、その後帰国して大学院で学ぶ機会を得ました。帰国してまず気づいたのは、テレビの保険のCMが異常に増えていたことでした。昔も保険の宣伝はありましたが、それとは比べ物にならないほど各社が競って流すCMに、日本では国民健康保険が無くなったのかと思ったほどでした。修士課程でメディア論を専攻したのは、テレビや新聞の情報の陰にあるものは、いったい何だろうかと考えたからでした。修士課程の終わりにもう少し学びたいという気持ちが湧き、博士課程では公共伝達論を専攻し、リスク社会論に出会いました。社会学の知識も何もない身で、個人化やサブ政治といった概念を理解することは大変難しく、苦労というより情けない気持ちの日々が続きました。そんな時、子宮頸がんワクチンの副反応についての報道に遭遇し、もしかしたら、このリスク社会論が、このワクチンの問題を何かしら解きほぐす手立てとなるかもしれないと感じました。

言うまでもなく、この論文に展開された論旨は、ある1つの見方でしかありません。しかしながら、リスク社会論は、常々「世の中では、どうしてこういうことが起こってしまうのか」という思いを持っていた私に、方向性のある考え方を授けてくれました。これからも、考えることを諦めずに自分の中の疑問に対峙していきたいと思います。

最後になりましたが、子宮頸がんワクチンの副反応被害に遭われたすべての方々が健康な日々を取り戻すことを、心から願っております。

謝辞

本研究の遂行と博士論文の執筆にあたり、多くの方々にご支援とご指導をいただきました。指導教員の長島美織先生には、社会学については何の基礎も持たない私を博士課程に快くお引き受けくださり、以後、格別のご指導を賜りました。心から御礼申し上げます。50 歳を過ぎてから大学院修士課程に飛び込んだ私にとって、大学院で教える女性教員の方々の姿は大変印象的なものでした。中でも、長島先生の研究に対する姿勢に深い尊敬の念を覚えるとともに、多くのことを学ばせていただきました。2012 年のリスク・プロジェクトでも、また、TA のお仕事や私的な会話を通して、楽しい思い出もたくさんいただきました。手のかかる中年学生であったことと思います。ここまで導いてくださいまして、本当にありがとうございます。

副指導教員をお引き受けくださった、鈴木純一先生、ピアーズ・R・ウィリアムソン先生、そして齋藤拓也先生にも、心より御礼申し上げます。

鈴木先生には、修士課程の頃からお世話になりました。幅広い知識に触れることができた授業は、今も楽しく思い出されます。博士論文に関しては、ルーマンについて大変丁寧なご指導をいただきました。いつも優しく接していただき、本当にありがとうございました。

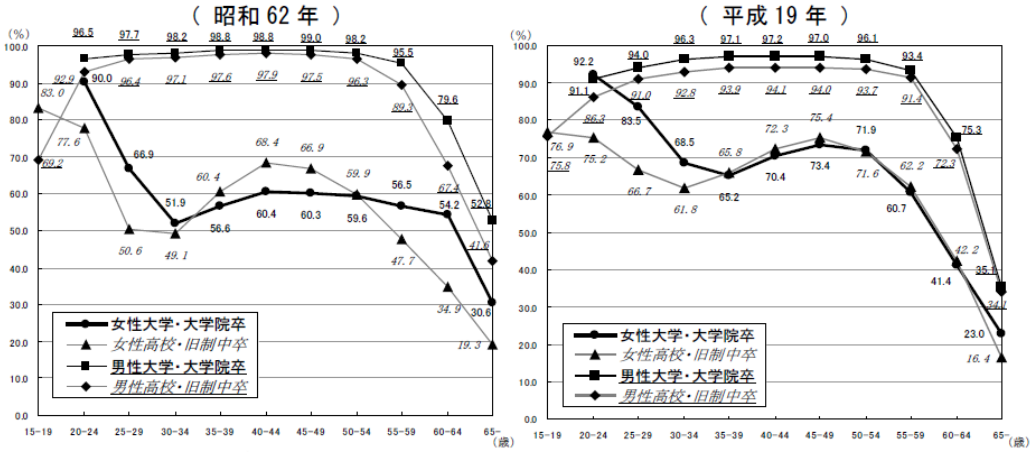
ピアーズ・R・ウィリアムソン先生とは、リスク・プロジェクトで一緒に活動させていただきました。イギリス英語でお話させていただき、なつかしい思いでした。博士論文では、リスク社会論の理論について丁寧なご指導をいただきました。本当にありがとうございます。Thank you very much for your help and support.

斎藤拓也先生にも、いつも励ましていただきました。未熟な質問に対しても親切なご指導をいただき、感謝の念に耐えません。心より御礼申し上げます。

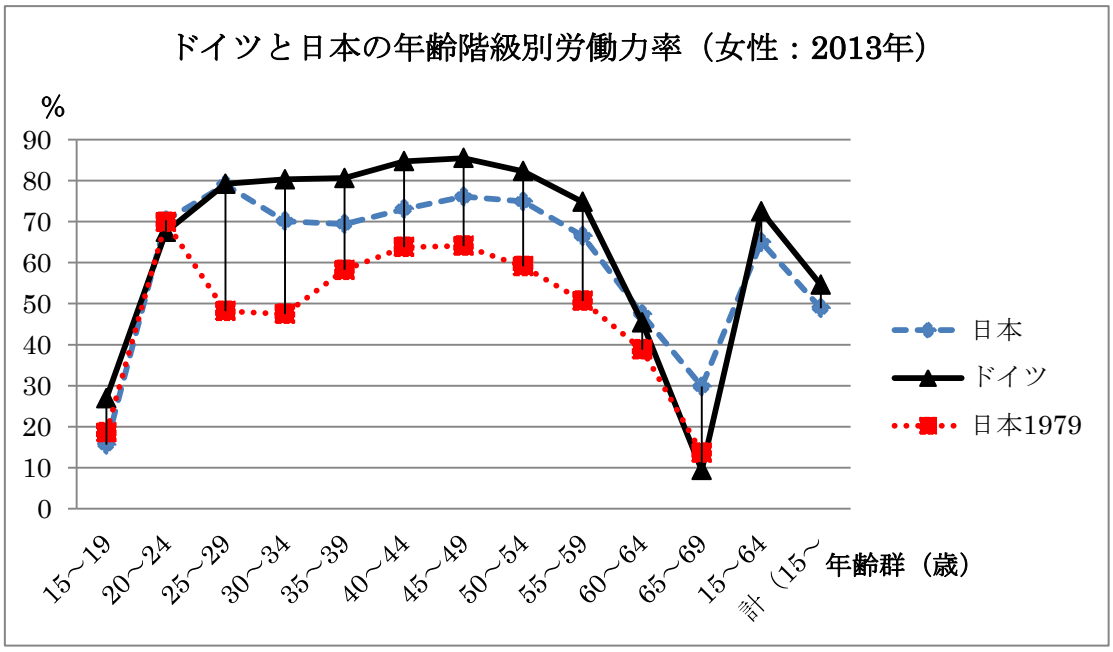
また、私の大学院進学を快諾して、この 8 年の間、経済的にだけでなく精神的にも私を支えてくれた夫には、感謝してもしきれない気持ちです。いつも励ましてくれて、本当にありがとうございました。そして、大学院在学中に実家でともに暮らした母にも感謝を捧げます。

最後に、この 8 年間ともに研究に励み、多くのことを語りあった学友の皆様に、そして、これまでご指導、ご支援くださったすべての皆様へ感謝の意を表して、ここに謝辞といたします。

付録



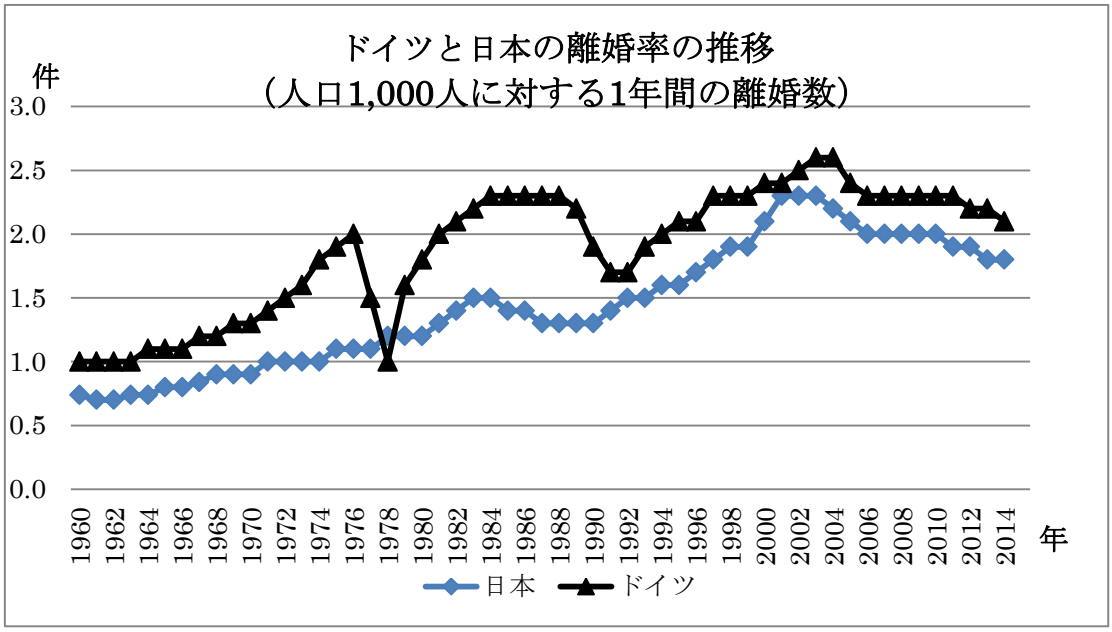
図表 1 ： 性・学歴・年齢階級別有業率 1987 年（昭和 62 年）、2007 年（平成 19 年）[1]



図表 2：「年齢階級別経済活動人口比率」[2]

[1] この図は厚生労働省（2009）の 34 頁の図表 2-2-2 を転載したもので、資料出所は総務省統計局「就業構造基本調査」（昭和 62 年、平成 19 年）である。

[2] 図表 2 のドイツと日本の 2013 年のデータは、労働政策研究・研修機構 2015 の『データブック国際労働比較 2015』の「第 2-11 表、性別・年齢階級別人口・労働力人口・労働力率（2013 年）」（67、68、69 頁）から、比較のために入れた日本の 1979 年のデータは、厚生労働省（2009）『平成 20 年度版 働く女性の実情』の 3 頁の「女性の年齢階級別労働力率 図表 1-2-1」から筆者が作成したものである。



図表 3：「日本、フランス、ドイツ、イギリスの離婚率の推移[3]

[3] OECD, Family database, SF3.1 Marriage and divorce のデータを基に筆者が作成。http://www.oecd.org/els/family/database.htm, 2018 年 6 月閲覧。

参考文献（アルファベット順）

Abraham, John and Tim Reed, 2001, " Trading risks for markets: the international harmonization of pharmaceuticals regulation," *HEALTH, RISK & SOCIETY*, 3（1）:113-128.

Adams, John, 1995, *Risk*, UCL Press.

赤松良子編, 1977,『日本婦人問題資料集成　第三巻＝労働』ドメス出版.

秋山幹男・河野敬・小町谷郁子, 2007,『予防接種被害の救済―国家賠償と損失補償―』信山社.

荒川博之, 2013, 『最新医薬品業界の動向とカラクリがよ~くわかる本』秀和システム.

Arnoldi, Jacob, 2009, *Risk*, Cambridge, Polity Press.

朝日新聞社,2007,『知恵蔵：朝日現代用語』朝日新聞社.

Beck,Ulrich,1986,*Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

（＝1998, 東廉・伊藤美登里訳『危険社会――新しい近代への道』法政大学出版局.）

Beck,Ulrich,1999, *World Risk Society*, Cambridge, Polity Press.

（＝2014, 山本啓訳『世界リスク社会』法政大学出版局.）

Beck,Ulrich,2002, *Das Schweigen der Wörter*, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

（＝2010, 島村賢一訳『世界リスク社会論』筑摩書房. ）

Beck, Ulrich, Anthony Giddens and Scott Lash, 1994, *Reflexive Modernization Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order,* Cambridge, Polity Press.

（＝1997, 松尾精文・小幡正敏・叶堂隆三訳『再帰的近代化　近現代における政治、伝統、美的原理』而立書房.）

Beck, Ulrich and Elisabeth Beck-Gernsheim, 2002, *Individualization*, London: Sage.

Cawley, Johon, Harry F. Hull and Matthew.D Rousculp, 2010, "Strategies for implementing school-locatedinfluenza vaccination of children: a systematic　literature review," *Journal of School Health*, 80(4):167–175.

Cline, P., 2007, "Learning to Interact with Uncertainty," Inaugural Outdoor Education Australia Risk Management Conference, Ballarat, Victoria, 20 September 2007. www. outdooreducationaustralia.org.au/conferences/2007/mc.html.

ドーモ編, 2009,『よくわかる改正薬事法：カラー図解　第 3 版』薬事日報社.

Douglas, Mary, eds., 1982, *Essays in the Sociology of Perception*, London, Routledge & Kegan Paul.

Douglas, Mary, 1985, *Risk Acceptability According to the Social Sciences*, New York, Russel Sage Foundation.

Douglas, Mary and Aaron Wildavsky,1983, *Risk and Culture: An Essay on the Selection of Technical and Environmental Danger*, Berkeley/London, University of California Press.

Frevert, Ute, 1986, *Fraunen-Geschichte Zwischen Bürgerlicher Verbesserung und Neuer Weiblichket*, Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag.
（＝1990, 若尾祐司・原田一美・姫岡とし子・山本秀行・坪郷實訳『ドイツ女性の社会史　200 年の歩み』晃洋書房.）

藤井俊介,2014,『まちがいだらけの予防接種』（再改訂6刷版）, さいろ社.

Giddens, Anthony, 1990, *The Consequences of Modernity*, Cambridge, Polity Press.
（=1993, 松尾精文・小幡正敏訳『近代とはいかなる時代か　モダニティの帰結』而立書房.）

Giddens, Anthony, 1991, *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern age*, Stanford, Stanford University Press.
（＝2005, 秋吉美都・安藤太郎・筒井淳也訳『モダニティと自己アイデンティティ　後期近代における自己と社会』ハーベスト社.）

Giddens, Anthony, 1994, *Beyond left and right: the future of radical politics*, Cambridge, Polity Press.
（＝2002, 松尾精文・立松隆介訳『左派右派を超えて―ラディカルな政治の未来像―』而立書房.）

Giddens, Anthony,1999, *Runaway world*, London, Profile books.
（＝2001 佐和隆光訳『暴走する世界　グロバリゼーションは何をどう変えるのか』ダイヤモンド社.）

Hanley, JB Sharon, Yosioka Eiji, Ito Yosiya and kisi Reiko, 2015, 'HPV vaccination crisis in Japan,' *The Lancet*, 385(9987):2571.

はたともこ, 2016,『子宮頸がんとワクチンは必要がありません　定期的な併用検診と適切な治療で予防することができます』旬報社.

姫岡とし子,1993, 『近代ドイツの母性主義フェミニズム』勁草書房.

平野一郎・松島鈞編,1981,『西欧民衆教育史』黎明書房.

Hook, Glenn D. and Hiroko, Takeda, 2007, " "Self-responsibility" and the Nature of the Postwar Japanese State: Risk through the Looking Glass," *The Journal of Japanese Studies,* 33(1):93-123.

井上輝子・江原由美子編, 1991,『女性のデータブック初版』有斐閣.

井上輝子・江原由美子編, 2005,『女性のデータブック第 4 版』有斐閣.

井上芳保, 2017,『犠牲になる少女たち　子宮頸がんワクチン接種被害の闇を追う』現代書館.

伊藤美登里,2008,「U.ベックの個人化論－再帰的近代における個人と社会」『社会学評論』59(2):316-330.

伊藤美登里,2015,「社会学史における個人と社会――社会学の課題の変容とそれへの理論的格闘」鈴木宗徳編『個人化するリスクと社会――ベック理論と現代日本』勁草書房,27-58.

伊藤美登里,2017,『ウルリヒ・ベックの社会理論　リスク社会を生きるということ』勁草書房.

伊藤康子,1990, 「敗戦前後における生活意識の変容」, 女性史総合研究会編,『日本女性生活史第 5 巻　現代』東京大学出版会, 1-33.

糸川悦子 ,2015, 「サブ政治としての電力供給体制―黎明期（1886 年―1938 年）における電気事業の拡大要因」『国際広報メディア・観光学ジャーナル』(20):17-34.

糸川嘉則・斎藤和雄・桜井治彦・廣畑富雄編, 1990,『NEW 衛生公衆衛生学』南江堂.

岩本俊郎・奥平康暉・福田誠治・古沢常雄編著, 1984『近代西洋教育史』国土社.

川崎修・杉田敦編, 2012,『現代政治理論　新版』有斐閣アルマ.

小林優子・朝倉隆司,2013,「女子高校生における子宮頸がんワクチン接種プロセスに関する質的研究」『日本健康教育学会誌』21(4):294-306.

厚生労働省,2002, 「男女間の賃金格差問題に関する研究会報告　総論（本文）」http://www.gender.go.jp/kaigi/danjo_kaigi/siryo/pdf/ka09-6.pdf, 2017 年 4 月 21 日取得.

厚生労働省,2008,「父親も子育てにかかわることができる 働き方の実現について（資料 No3）」http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0926-3c.pdf, 2017 年 5 月 29 日取得.

厚生労働省, 2009, 雇用均等・児童家庭局「平成 20 年度版　働く女性の実情」
http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/03/h0326-1.html, h023-1c.pdf, h023-1d.pdf, h023-1e.pdf,　2017 年 4 月 21 日取得.
厚生労働省, 2010a, 「資料6－3,ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチンについて（案）,（平成22年12月16日　第3回厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会ワクチン評価に関する小委員会）」
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000yw9d-att/2r9852000000ywho.pdf
2013 年 11 月 23 日取得.
厚生労働省, 2010b, 「資料 5－2、ワクチン接種緊急促進事業実施要領（厚生労働省健康局長・医薬食品局長連名通知）」
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/other/dl/101209i.pdf, 2013 年 10 月 29 日取得.
厚生労働省,2010c, 「イクメンプロジェクト　参考資料（平成 22 年 6 月 17 日）」
http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/ikumen_shiryou/dl/ikumen_sankou_01.pdf, 2017 年 5 月 29 日取得.
厚生労働省, 2011a, 「参考資料 2－2, 各ワクチンの添付文書」
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002c06s-att/2r9852000002c0e2.pdf,　2013 年 10 月 29 日取得.
厚生労働省, 2011b, 「55 年通知と公知申請（20110420 版）」
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000018toj-att/2r98520000018tzy.pdf, 2018 年 5 月 1 日取得.
厚生労働省, 2013a, 「予防接種制度について」
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000032bk8-att/2r98520000032csb.pdf,　2014 年 6 月 20 日取得.
厚生労働省, 2013b, 「ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種の対応について（勧告）」
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000034kbt-att/2r98520000034kn5_1.pdf,　2013 年 8 月 27 日取得.
厚生労働省，2013c, 「子宮頸がんワクチンの接種を受ける皆さまへ」
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou28/pdf/leaflet_h25_6_01.pdf, 2013 年 8 月 27 日取得.
厚生労働省,2013d,「平成 25 年度版厚生労働白書―若者の意識を探る　第 1 部　第 2 章　結婚

に関する意識」, http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/13/dl/1-02-2.pdf, 2017 年 5 月 27 日取得.

厚生労働省, 2014a, 「子宮頸がん予防（HPV）ワクチンの副反応に関する論点整理」 http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000035213.pdf, 2014 年 8 月 10 日取得.

厚生労働省, 2014b, 「子宮頸がん予防ワクチン（サーバリックス）の副反応報告状況について（販売開始から 2012 年 12 月 31 日報告分まで)」 http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=146115&name=2r9852000002x5te_2.pdf, 2014 年 7 月 10 日取得.

厚生労働省, 2014c,「薬事法等の一部を改正する法律の概要（平成 25 年法律第 84 号)」 http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11120000-Iyakushokuhinkyoku/0000066816.pdf, 2018 年 5 月 1 日取得.

厚生労働省,2015a 「平成 27 年度版 働く女性の実情（III 部）概要版」 http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000135522.html, http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11902000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Koyoukintouseisakuka/0000137205.pdf, 2017 年 5 月 27 日取得.

厚生労働省 2015b,「平成 27 年 薬事工業生産動態統計年報の概要」 https://www.mhlw.go.jp/topics/yakuji/2015/nenpo/dl/insathu_e.pdf, 2018 年 5 月 1 日取得.

厚生労働省,2016a, 厚生統計要覧, http://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/index-kousei.html 「第 2 章 人口動態」 http://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html, 2018 年 5 月 1 日取得.

厚生労働省, 2016b,「女性活躍加速のための重点方針 2016 概要」 http://www.kantei.go.jp/jp/headline/brilliant_women/pdf/20160520gaiyo.pdf, 2017 年 6 月 1 日取得.

厚生労働省,2016c, 「保育所等関連状況取りまとめ」 http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000135392.html, http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11907000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Hoikuka/0000098603_2.pdf, 2017 年 5 月 29 日取得.

厚生労働省,2016d「平成 28 年度 衛生行政報告例の概況」,「6 母体保護関係 表 7 人工妊娠中絶及び実施率の年次推移」

http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei_houkoku/16/dl/kekka6.pdf,
2018 年 3 月 1 日取得.
厚生労働省,2017,「 第 32 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、平成 29 年度第 10 回薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会（合同開催） 資料 13 の参考資料 3」
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000189282.pdf, 2018 年 4 月 18 日取得.
小松丈晃, 2003,『リスク論のルーマン』勁草書房.
小島剛,2007,『科学技術とリスクの社会学』お茶の水書房.
久米郁男・川出良枝・古城佳子他,2003,『政治学』有斐閣.
工水戸冨士子, 1990,「女子労働者の平等要求の発展」, 女性史総合研究会編,『日本女性生活史 第 5 巻 現代』東京大学出版会, 69-100.
栗原敦,2007,「1948 年京都・島根 ジフテリア予防接種禍事件（その１～３）」『新しい薬学を目指して』36:47-52, 80-84, 98-105,
http://pha.jp/shin-yakugaku/doc/40-155-156_2011_kurihara.pdf,
http://pha.jp/shin-yakugaku/doc/36-80-2007_kurihara.pdf,
http://pha.jp/shin-yakugaku/doc/36-98-2007_kurihara.pdf, 2018 年 3 月 25 日取得.
黒川祥子,2015,『子宮頸がんワクチン、副反応と闘う少女とその母たち』集英社.
楠 精一郎, 1997,『児島惟謙 大津事件と明治ナショナリズム』中央公論社.
京都府保健環境研究所,2009, 『京都府保健環境研究所だより』94:4-5.
http://www.pref.kyoto.jp/hokanken/documents/tayori94.pdf, 2018 年 3 月 25 日取得。

Luhmann, Niklas, 1988, “Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives,” Gambetta, Diego, ed., *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*, New York, Blackwell.
Luhmann, Niklas, 1991, *Soziologie des Riskos*, Berlin, Boston,Walter de Gruyter GmbH, Berlin.
（＝Rhodes Barret, trans, 1993, *Risk: a socilogical theory,* New Brunswick, Transaction Publisher.）
（＝小松丈晃訳, 2014,『リスクの社会学』新泉社.）

松村明編,1995『大辞泉 第二版』小学館.

三上剛史, 2010, 『社会の思考』学文社.

Mishra, Amrita and Janice E. Graham, 2012, 'Risk, choice and the 'girl vaccine': Unpacking human papillomavirus (HPV) immunisation', *Health, Risk & Society*,14(1):57–69.

見田宗介・栗原彬・田中義久,1994, 『縮刷版　社会学辞典』弘文堂.

MMR ワクチン薬害事件弁護団編著, 2007, 『MMR ワクチン薬害事件:新 3 種混合ワクチンの軌跡』大阪弁護団事務局井尻潔法律事務所.

村松岐夫, 1994,『日本の行政』中央公論社.

村瀬博志・樋口直人,2008,「サブ政治と制度政治の相克 —徳島における「緑赤連合」の軌跡—」『徳島大学総合科学部　社会学研究』21:107-130.

森秀夫, 1984,『日本教育制度史』学芸図書株式会社.

母里啓子・古賀真子監, 2016,『それでも受けますか？予防接種　知っておきたい副作用と救済制度のこと』コンシューマーネット・ジャパン.

Mythen, Gabe,2004, *Ulrich Beck A critical Introduction to the Risk Society*, London, Pluto Press.

内閣府経済社会総合研究所,2005a, 研究会報告書 No.12「フランスとドイツの家庭生活調査：概要」 http://www.esri.go.jp/jp/prj/hou/hou012/hou12a.pdf, 2017 年 2 月 27 日取得.

内閣府経済社会総合研究所,2005b, 研究会報告書 No.12「フランスとドイツの家庭生活調査：報告書本文」

http://www.esri.go.jp/jp/prj/hou/hou012/hou12b.pdf,（1~34 頁）

http://www.esri.go.jp/jp/prj/hou/hou012/hou12c.pdf,（35~112 頁）

http://www.esri.go.jp/jp/prj/hou/hou012/hou12d.pdf（113~ 194 頁）2017 年 2 月 27 日取得.

永井良三,2013,『看護学大辞典・第 6 版』メヂカルフレンド社.

長島美織, 2014,「環境リスクと健康リスク：バイオスフィア 2 の教えること」『国際広報メディア・観光学ジャーナル』(19):31-43.

長島美織, 2015a, 「概念としてのリスクとリスク研究の学際性」長島美織／グレン・D・フック／ピアーズ・R・ウィリアムセン 『拡散するリスクの政治性　外なる視座・内なる視座』萌書房, 3-35.

長島美織, 2015b, 「リスクの不確実性と不確実性のリスクー国際的科学評価というサブ政治」

長島美織／グレン・D・フック／ピアーズ・R・ウィリアムセン 『拡散するリスクの政治性 外なる視座・内なる視座』萌書房, 37-75.

NHS England,2015, NHS public health functions agreement 2014-15 Service specification no.11 Human papillomavirus (HPV) programme No11_Human_Papillomavirus_Virus__HPV__Immunisation_Programme_v2_FINAL.pdf 2017 年 2 月 27 日取得.

日本リスク研究学会編, 2006,『リスク学事典』阪急コニュにケーションズ.

日本製薬工業協会 ICH プロジェクト編集委員会編著,2003,『医薬品開発の国際調和の歩み―ICH6 まで―』株式会社じほう.

日本製薬工業協会, 2017,「日本の薬事行政」 http://www.jpma.or.jp/about/issue/gratis/pdf/17yakuji.pdf, 2018 年 5 月 1 日取得.」

新村出, 1998『広辞苑　第五版』岩波書店.

NPO 法人 VPD を知って、子どもを守ろうの会,2018, 「2018 年 4 月版　予防接種スケジュール」https://www.know-vpd.jp/dl/schedule_age7.pdf, 2018 年 4 月 10 日取得.

落合恵美子,2004,『21 世紀家族へ　家族の戦後体制の見かた・超えかた　第 3 版』有斐閣.

小河織衣,1995,『女子教育事始』丸善株式会社.

大谷明・三瀬勝利, 2009, 『ワクチンと予防接種の全て　見直されるその威力』金原出版.

労働政策研究・研修機構 2015,「データブック国際労働比較 2015」 http://www.jil.go.jp/kokunai/statistics/databook/2015/documents/Databook2015.pdf, 2017 年 5 月取得.

労働政策研究・研修機構, 2017,「データブック国際労働比較 2017」 http://www.jil.go.jp/kokunai/statistics/databook/2017/documents/Databook2017.pdf, 2018 年 5 月 30 日取得.

齋藤貴男,2015,『子宮頸がんワクチン事件』集英社インターナショナル.

櫻井役, 1943,『女子教育史』増進堂.

世界教育史研究会, 1977『ドイツ教育史 II』梅根悟監,講談社.

鹿野真弓, 2009,「(12)新ワクチンが認可にいたるまでの過程」『母子健康情報』59:57-61.

子宮頸がん征圧をめざす専門会家議，2012,「子宮頸がん予防ワクチン公費助成接種状況」についてのアンケート,
http://www.cczeropro.jp/assets/files/report/2012/2012wakutin.pdf, 2014 年 7 月 1 日取得.
進藤雄三、2004,「医療と「個人化」」,社会学評論 54(4):401-412.
総務省統計局, 2011,「世界の統計」http://www.stat.go.jp/data/sekai/pdf/2011al.pdf, 2017 年 5 月 29 日取得.
総務省統計局, 2015,「世界の統計」http://www.stat.go.jp/data/sekai/pdf/2015al.pdf, 2017 年 5 月 29 日取得.
総務省統計局, 2016「世界の統計」 http://www.stat.go.jp/data/sekai/pdf/2016al.pdf, 2017 年 5 月 29 日取得.
総務省統計局,2017,「世界の統計」 http://www.stat.go.jp/data/sekai/pdf/2017al.pdf, 2017 年 5 月 29 日取得.
Suzuki, Munenori, Ito Midori, Ishida Mitsuhiro, Nihei Norihiro, and Maruyama Masao, 2010, 'Individualizing Japan: searching for its origin in first modernity', *The British Journal of Sociology,* 61(3):513-538.
鈴木宗徳,2015,「日本型企業社会とライフコース――その成り立ちと個人化による揺らぎ」鈴木宗徳編『個人化するリスクと社会ーベック理論と現代日本』勁草書房,92-118.
田辺三菱製薬株式会社,2016,「新たな価値を創造しつづける企業へ」
https://www.mt-pharma.co.jp/ir/kojin/pdf/seminar_150216.pdf, 2018 年 10 月取得.
タイヒラー,ウルリヒ, 2000, 山崎博敏編訳,『ドイツの高等教育制度と卒業生の雇用』広島大学大学教育研究センター.
（＝Teichler, Ulrich, 2000, German Higher Education, *Reviews in Higher Education,* No64, Research Institute for Higher Education Hiroshima University.）
手塚洋輔, 2010,『戦後行政の構造とディレンマ―予防接種行政の変遷』藤原書店.
鳥集徹, 2015,『新薬の罠　子宮頸がんワクチン、認知症・・・10 兆円の闇』文芸春秋.
Turner, Bryan, S. and Habibul Haque Khondker, 2010, *Globalization East and West*, London: SAGE Publications.

上野輝将,1990,「出産をめぐる意識変化と女性の権利」, 女性史総合研究会編,『日本女性生活史 第 5 巻　現代』東京大学出版会, 101-131.

ワクチントーク全国・「新・予防接種へ行く前に」編集委員会, 2013, 『新・予防接種へ行く前に　第二版』ジャパンマシニスト社.

渡部淳, 2016, 「サブ・ポリティクスと政治の再定義の探求―民主主義における司法・メディア・市民の新しい公共圏に向けて―」『北海道文教大学論集』(17):68-77.

Wilson Rose, Pauline Paterson and Heidi J. Lason, 2014, “HPV Vaccination in Japan, The Continuing Debate and Global Impacts”, http://www.rho.org/files/CSIS_HPV_vac_issues_options_Japan_2014.pdf, 2015 年 4 月 25 日取得.

World Health Organization, 2015, “Global Advisory Committee on Vaccine safety Statement on Safety of HPV Vaccines 17 December,” http://www.who.int/vaccine_safety/committee/GACVS_HPV_statement_17Dec2015.pdf, 2017 年 3 月 25 日取得.

薬害オンブズパースン会議, 2018, 『国際シンポジウム　世界の HPV ワクチン被害は今　資料集』.

薬事医療法制研究会編,2014,『医薬品医療機器等法、医薬品ネット販売関連法のすべてがわかる　早わかり改正薬事法のポイント』じほう.

安田美絵,2013,『こんなにあぶない子宮頸がんワクチン　処女たちの体を守るために』合同出版株式会社.

財務省主計局, 2014, 「基金等関係資料　平成 26 年 10 月 20 日（月）資料 3」 https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia261020/03.pdf, 2018 年 4 月 18 日取得.

全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会・薬害対策弁護士連絡会・薬害オンブズパースン会議,2014,『HPV ワクチン（子宮頸がんワクチン）副反応被害報告集』.