

優生保護法下における精神科医療及び精神科医の果たした役割
に関する研究報告書

2024年2月1日

日本精神神経学会 法委員会

<目次>

優生保護法下における精神科医療及び精神科医の果たした役割に関する研究報告書（概要版）	1
精神衛生と優生教育	13
優生保護法の強制不妊手術に関わる精神科医の役割：1962年度神奈川県公文書の分析	25
手術件数の多い都道府県の背景要因の検討	38
診療録を利用した研究の実現可能性の検討	44
優生手術への精神科医の関与：学会員を対象とした質問紙調査	56
優生手術への精神科医の関与：学会員を対象としたインタビュー調査	77
 (資料論文)	
精神神経学会と優生学法制：精神科医療と人口優生政策	87
「旧優生保護法に基づく優生手術を受けた者に対する一時金支給等に関する法律第21条に基づく調査報告書」(2023年6月／衆・参厚生労働委員会)の要約・採録	246
1950年代の北海道の優生保護法の運用と精神科医の関与	262
宮城県における優生保護法の運用とその背景	289
執筆担当者一覧	299
法委員会名簿（2023年6月1日現在）	300

優生保護法下における精神科医療及び精神科医の果たした役割に関する研究
報告書（概要版）

要旨

優生保護法下における精神科医療及び精神科医の果たした役割を明らかにすること、また、この問題をとおしての将来への示唆を得ることを目的として、優生政策への精神科医の関与の歴史的研究（日本精神神経学会と優生学法制、精神衛生と優生教育）、優生保護法への精神科医の関与の実証研究（公文書の分析、手術件数の多い都道府県の背景要因の検討、診療録を利用した研究の実現可能性の検討）、学会員を対象とした調査（質問紙調査、インタビュー調査）を行った。

日本神経学会（旧）の創立以後の国民優生法、優生保護法への精神科医及び学会の関与の経緯をたどると、日本精神神経学会はほぼ90年にわたって優生学法制に関して公式に意見を表明したことがなかった。1940～80年代頃に出版された精神医学書等の分析では、精神疾患と遺伝の関係や、予防効果についての見解は優生保護法の慎重な運用を求める意見や批判も少なくなかったが、遺伝性の精神疾患や「精神薄弱者」等の「不適者」を、社会の「害毒」「迷惑」「負担」と位置づけ、何らかの優生学的措置が必要とする考えは共通していた。

神奈川県公文書館資料の分析では、精神科医は優生保護法の強制的不妊手術の申請者としても審査者としても重要な役割を果たしていた。

手術件数の多い北海道と宮城県では、北海道においては第二次世界大戦後の人口増加抑制と「逆淘汰」防止を旗頭に、宮城県においては社会福祉法人宮城県精神薄弱児福祉協会の設立と“愛の十万人県民運動”を背景に推進された。一方で、精神科医ないし精神科医療が、制度運用の実務の担い手となったことは明らかであるが、政策形成に積極的に関与したかどうかについては不明であった。

診療録を利用した研究の実現可能性の検討では「要約欄」「体温表」を調べることで優生手術事例を発見できる可能性が高いことが明らかになった。

学会員を対象とした質問紙調査では、優生保護法の運用に実際に関わったという回答は少なく、本調査の時代的限界を示していた。優生手術がはらんでいた人権侵害の側面については一般論としてよくないものだと考えつつも、精神科医の関与についての知識は十分にでなく、精神科医が重要な役割を果たしていたとは考えていない会員も見られた。

学会員を対象にしたインタビュー調査からは、1970年代以後の時代状況の一端を明らかにすることができた。インタビューでは、当時の社会のあり方や国民意識という広い文脈の中で精神医療の果たした役割を明らかにすべきだという要望も出された。しかし一方で、当時の時代状況や権力構造の中で、沈黙を強いられたり、かき消されてしまったりした当事者や医療関係者の声が存在していたことが明らかになった。

日本精神神経学会は、学会創立から長い間優生学法制に関して公式に意見を表明したことがなかった。とりわけ戦後の優生保護法の時代には、大勢として無関心のまま、無批判にその与えられた実務を果たしてきたと言えるだろう。学会は、歴史に学び、人間社会に結びついている優生思想をどう克服すべきなのか、精神医学と社会の関係を深く自省し、自らを問いなおしてゆかなければならない。

A 目的

優生保護法は1948年に施行され、遺伝性精神疾患にあること、遺伝性疾患やハンセン病などを理由に不妊手術や中絶を認めた。そして全国で約1万2千人が本人の同意なく不妊手術を受けたとされる。この法律の制定された当時、優生学的思想は社会的に容認され、精神科医師も旧優生保護法の制定や運用に関与したことが報告されている。一方で、優生保護法が母体保護法に改正されてから四半世紀が経過し、当時の精神科医の関与の具体的な事実については不明な点が多い。

本学会においては、旧優生保護法下における精神科医療及び精神科医の果たした役割を明らかにするため、法委員会において、社会学、歴史学の研究者を含む学際的な研究体制のもとで実証研究に取り組んできた。

本研究は、旧優生保護法下における精神科医療及び精神科医の果たした役割を明らかにすることを目的とする。また、この問題をとおしての将来への示唆を得ることを目的とする。

B 方法

本研究の目的を達成するため、優生政策と精神科医の関与の歴史的研究（日本精神神経学会と優生学法制、精神衛生と優生教育）、旧優生保護法への精神科医の関与の実証研究（公文書の分析、手術件数の多い都道府県の背景要因の検討、診療録を利用した研究の実現可能性の検討）、学会員を対象とした調査（質問紙調査、インタビュー調査）を行った。個別の研究方法は次のとおりである。

1 優生政策への精神科医の関与の歴史的研究

1) 精神神経学会と優生学法制

日本神経学会（旧）の創立以後の国民優生法、優生保護法への精神科医及び学会の関与の有無と経緯について、戦前の学会創立と学会の動向、国民優生法成立前史、厚生省設立と国民優生法制定の始動、国民優生法の成立、占領下における優生保護法の成立、占領政策と優生保護法、優生保護法成立過程における精神科医の役割、優生保護法の動向、1970年代の日本精神神経学会、優生保護法改正案（1972）とその後、優生保護法批判、日本精神神経学会における「研究と人権問題委員会」設置から「優生保護法に関する意見」等についてまとめ、日本精神神経学会の優生学法制における関与と責任について考察した（資料1参照）。

2) 精神衛生と優生教育

精神科医の養成過程で広く用いられ、1940～80年代頃に出版された精神医学書や、広く一般読者を対象とした書籍を分析し、精神衛生と優生学に関する知の普及に果たした精神科医の役割を明らかにすることを目的として、主に戦後に出版された精神医学書について、(1) 精神疾患と遺伝、(2) 優生保護法の評価、(3) 強制不妊手術以外の優生学的措置に関する記述を分析した。

2 優生保護法への精神科医の関与の実証研究

1) 1962年度神奈川県公文書の分析

神奈川県立公文書館の公文書である『昭和37年度優生保護審査会関係綴』中、神奈川県優生保護審査会に提出された文書(優生手術診断書、健康診断書、遺伝調査書、同意書等)内に記載がある、第4条・12条の内訳、男女の内訳、診断名、申請者の診療科目、所属病院、申請が多かった病院、神奈川県優生保護法審査会審議の内容について集計し、記述統計を分析した。

2) 手術件数の多い都道府県の背景要因の検討

精神科医療・精神科医の果たした役割を明らかにする上では、都道府県における優性保護法の運用実態の違いの背景要因を明らかにする必要がある。日本精神神経学会法委員会において資料収集可能であって、強制不妊手術の実施件数が突出して多かった北海道、宮城県について背景要因を検討した(資料2、資料3参照)。

3) 診療録を利用した研究の実現可能性の検討

1950年代半ばに国立医療機関A病院(以下、A病院)に入院していた患者の診療録を通覧し、「要約欄」「体温表」の2カ所から簡易に優生手術の該当事例を発見できるかを検討した。また手術事例が発見された場合は、法委員会委員である精神科医師複数名と共に診療録と他の保管資料からの情報収集を行い、優生手術申請の判断根拠をたどることができるかを検討した。

3 学会員を対象とした調査

1) 質問紙調査

旧優生保護法への日本精神神経学会会員の関与と、現在におけるこの問題への理解を把握することを目的として、日本精神神経学会会員19,208人を対象にウェブ調査を実施し、記述統計を分析した。調査期間は2020年12月19日～2021年2月28日であった。

2) インタビュー調査

旧優生保護法下での優生手術に精神科医師がどのように関わったのか、その実態や意識

について明らかにすることを目的として、2020年10月1日時点で65歳以上の学会員3,400名に調査協力を依頼し、回答があった461名のうち、アンケート質問項目について詳細な記述があった20名に調査協力を依頼した。20名のうち4名は辞退し、16名に対してインタビューを行ったが、そのうち2名は実施後撤回となったため、合計14名のインタビュー調査を分析した。

結果

1 優生政策への精神科医の関与の歴史的研究

1) 精神神経学会と優生学法制

(1) 神経学会の創立以後と国民優生法

呉秀三による日本神経学会の創立以後、日本神経学会は欧米の近代精神医学を導入し、医療制度もその近代化を目指した。戦前は私宅監置—精神病患者監護法の、精神病患者取り締まり法としての「家」による監置の枠組みが、精神病院法の中にも貫かれていた。呉らが告発した我が国の精神病患者の「二重の不幸—病を受けたる不幸とこの邦に生まれたる不幸」を克服するのは、精神病院の設立と私宅監置の禁止と云う近代化の道であると考えられていた。学会は近代精神医学の専門知の確立を第一に目指し、第二に医療制度の近代化を目指した。欧米においては第一次大戦と第二次大戦の戦間期、特に1930年代は、前世紀からの生来性犯罪人—精神病質説による精神医学の新たな潮流と結びついた新派刑法—保安処分新設の動向があり、他方で人口の質の確保を目指した強制不妊手術を軸とした優生学法制が、精神障害者に対する「社会防衛」策として世界の国家主義的な動向と連動しながら勃興していた。そこには国民の多くを労働力としての富と兵力の源泉としながらもその貧民階級を優生学的・遺伝学的に劣悪なものとする矛盾が見られた。北欧では、社会民主主義政権によって、福祉政策と優生学法制が密接に組み合わされた。ナチスドイツでは精神医学を優生学的手段として全面化する体制がつけられた。我が国でも、産児制限は中流階級以上の「良質」の人口の減少と「悪質」な遺伝負因を持つ貧民の増加をもたらして人口の劣悪化につながるとする「逆淘汰論」が強く主張され、国民優生法制定の際の国の説明もそれが強調された。このような動向の中で、精神医学の中でも社会防衛を旨とする犯罪生物学は矛盾なく優生学を自らの学問と結びつけるようになっていた。しかし、呉を始めとする近代化を目指す精神医学者は、精神医療の治安的役割は容認しても優生学法制の導入に批判的であるか、(精神)神経学会として主体的に扱う問題と考えなかったようである。それは優生学が本質的に医療の問題とは次元の異なる人口論の問題であったからだと考えられる。戦前においては優生学法制については個々人の資格において関連雑誌においては活発に議論されたが学会誌においてはほぼ皆無であった。我が国の戦時体制の煮詰まりにおいて、国家が人口増強策に転じるなかで天皇制家族主義的な色彩濃厚な「民族国策としての人口政策」によって優生政策を限定する方向に転じた。成立した国民優生法では強制断種の凍結と産児制限-中絶の禁止として帰結した。このため国民優生法のもとでは任

意断種も少数にとどまり、産児制限論者は弾圧された。この時代における精神医学者の国民優生法をめぐる議論は活発でありわが国に初めて導入された優生学法制に対しての本質的な議論が戦わされ社会的にも大きな影響を与えた。

(2) 優生保護法の成立と精神科医の関与

敗戦後の我が国は、産業の壊滅による貧困と食糧難と過剰人口によってマルサスの状況に見舞われた。戦時中に弾圧されていた産児制限運動家は、国民優生法によって抑制されていた人口抑制—産児制限—中絶解禁（母性保護）を第一とし、遺伝学的負因よりも反社会性を持つ対象の優生学的処置を組み込む法改正（社会党案）を目指した。谷口弥三郎らは社会党案を取り込み、第一に優生学的法制の趣旨を明確にし、第二に産児制限—中絶容認—母性保護の二つを目的とした法案に組みかえた。しかしその実質の主流は母体保護—中絶解禁—人口抑制を主としたものとなった。GHQ（占領軍）はこの二つの柱による優生保護法案を容認した。他方で谷口らは産児制限による「逆淘汰」を恐れて優生政策—不妊手術は強化する方針をとった。優生学的処置の対象の規定や範囲に関して占領軍担当者は批判的に見て意見を付したが、結局谷口らの提案を容認した。この GHQ と谷口らによる優生保護法制定過程において精神医学者は事実上その議論から排除されていたと見られる。さらに 1949 年の強制不妊手術の第 4 条改正による「医師」の申請義務化は、1949 年 5 月参議院厚生委員会において議員側より突然出されたものであった。この義務化において優生保護法—優生学は精神医学—医師を強制不妊手術の対象者を発掘する手段として扱ったのだが、それに対して学会においてしかるべき議論や対応がなされたことが見当たらない。また、1952 年の優生保護法改正は 1950 年の精神衛生法における保護義務者の同意による非遺伝性精神障害の強制不妊手術を可能としたが、それについても学会誌には議論が見当たらない。優生保護法は大きく言えば、ドイツに対する戦後処理であるニュールンベルグ裁判と連動する我が国の戦後処理との関連の中で、GHQ の判断と谷口等の交渉—取引の枠組みによって成立したものと云える。この過程は国民優生法の制定の時と同じく学会としての関与はなかった。またこの過程で精神科医が責任ある立場として意見を求められた形跡はほぼみとめられない。法の理念は強制不妊手術を中核とした優生学的なものであったが、その本流は過剰人口対策—産児制限—中絶解禁にあったと見ることも可能であり、その後の精神科医の主体的関心を失わせた可能性がある。

(3) 精神医療の近代化と優生保護法の受容と推進—69 年金沢学会まで

国民優生法に反対した金子準二や植松七九郎らは、民間精神科病院の団体—精神病院協会を設立し、それに伴う形で精神衛生法の制定を目指して活動した。この精神衛生法の成立も GHQ による容認の下で行われた。精神衛生法という自らの土俵については多くの精神科医—精神医療関係者—医師会、政府法制局は協議の上議員立法によって成立させた。他方、1951 年 9 月のサンフランシスコ講和条約の後、1953 年、日本精神衛生会理事長内村祐之と日本精神病院協会会長の金子の連名による精神病院増床策と強制断種推進の二つを軸にした陳情書が出された。この陳情書における内村の肩書は日本精神衛生会理事長で

あるが、彼は東大教授であり日本精神神経学会理事長でもあった。国民優生法制定時、強く反対した金子が優生保護法の強制断種を推進する立場に転換したのである。その理由についての金子の明示的な言葉は伝わっていない。しかしそれは戦後の以下の三つの状況変化と関連することは理解できるだろう。第一は天皇制家族国家の崩壊と占領政策の下での資本主義的「民主主義」社会の枠組みへの転換である。第二は、戦後の我が国の貧困と食料危機と過剰人口のマルサスの状況である。第三は、金子自らが関与し呉以来の念願—精神病院設立増加政策と精神衛生法制定—私宅監置の禁止が達成されたことである。以上のような状況変化を踏まえれば金子らの「転向」は我が国そのものが戦後、資本主義的民主主義国家に転換したことに伴う変化であったというべきであろう。この1953年の事態は、本学会を含む精神医学界が優生保護法を実質的に容認—推進する立場に立ったことを示している。

(4) 精神病院の収容所化と1969年金沢学会—1970年代とその後

我が国の戦後精神科医療は、国家政策として民間精神病院主導による低基準な精神科病院—病床の増加によって特徴付けられる。1964年のライシャワー事件、1965年の精神衛生法改正問題は、この近代化の実質が精神障害者を治安主義的にあつかうものであることを多くの精神科医に知らしめることになった。

「1968年革命」という世界の動きは、我国の精神医学界にあっては1969年の金沢学会闘争をもたらした。そこで問われたことは、医局講座制と精神病院の惨状の結合の状況であった。政府はこの時期、戦前からの課題であった刑法改正—保安処分新設に動き出していた。若手の精神科医は大学医局講座からなる学術団体としての学会に対しては近代精神医学批判・研究至上主義批判・医局講座制批判によって対峙し、医療政策においては収容主義的な精神衛生法体制・保安処分新設に対抗する運動を展開した。

優生保護法の実際には、強制不妊手術は厚生省や優生保護法を主導した谷口弥三郎らの想定よりも大幅に少なかった。1957年の参議院での山口正義公衆衛生局長が、4条不妊手術が少ない理由として、「精神科医の話として、遺伝歴が詳しくわからない場合、人権上から申請することは出来ない、と言っている」としているのには意味がある。通常の医療現場から考える時、目の前の本人を対象とする医療の志向性から優生学の志向性に転換することは自然なことではない。医療とは関係がない生殖不能とするための優生手術を患者に勧めることは通常は不自然且つ困難だからである。その意味で優生保護法への強い批判がなくとも、全国的に見れば強制不妊手術がそれほど増えない事態は起こり得たのである。他方で、あえて強制不妊手術を行う際、1953年厚生事務次官通知「優生保護法の施行について」が許容したように医師—精神科医の「欺罔」に基づいて行われることにもなったのである。

1955年を極期にして1960年代には強制優生手術は急速に減少した。その理由を明示することは困難だが、経済の立ち直りによる絶対的な貧困からの離脱と極端な過剰人口の解消、精神障害者の収容の増加促進は優生手術を敢えて行う理由も「逆淘汰論」の有効性を

失わせた。69年金沢学会を転機に、1970年代は近代から「現代」への画期になっていたのである。

1972年の政府の優生保護法改正案は、中絶の経済的理由の削除と、胎児条項の導入という新たな優生政策の強化が問題とされた。「青い芝の会」の運動は、激烈に健常者社会を告発し、健常者の「正義」を拒絶して障害者運動の新しい視野を切り開いた。そこでは、障害者の障害胎児中絶の批判運動と、女性の出産・中絶を巡る自己決定を求める運動が大きな矛盾を孕みながら優生思想そのものが問われることになった。その1970年代、1980年代は、強制不妊手術一断種問題はこの運動団体においても主要な注意をひかなかったのだが、優生保護法改正が中絶をめぐるものであり、またそれが障害者を超える一般人の広範な問題だったからであろう。そのような経緯の中で、精神科医の内から積極的にこの問題に関わり発言するものが現れた。特に日本児童精神医学会（当時）は学会として1973年に優生保護法改正に反対し、法そのものの廃止を訴える声明を出すに至った。この発言者たちの背景には少なくない若い精神科医の運動や、意識の変化があったことは忘れられるべきではない。本委員会の学会員へのインタビュー調査の中で、1970年代中頃、某大学においてある患者への教授の不妊手術の提起が、若手医師の反対で中止になったというエピソードが語られているのはその証左であろう。またこの時期、1973年9月優生保護指定医の研修会で加倉井俊一公衆衛生局長発言は「優生保護法の適正なる運営」と題した講演を行い、事実上、強制不妊手術の抑制を示唆した。その発言内容には障害者当事者や、日本精神神経学会の精神医療改革活動が影響していたことが明確に見て取れる。しかし、行政は政策的に優生保護法を見直すことはなかった。またそのような状況でも日本精神神経学会は優生保護法そのものに対しては不作為のままであった。その不作為は、不妊手術が減少したとしても着実に法は生き続け、被害者を生み続けることにつながった。

欧米においては、1970年代はナチスの優生政策は「否定的に再発見」されるとともにナチス以外の国々においても戦後も不妊手術が行われていたことが再発見され、自国の優生学法制の再点検が行われるようになっていた。上のような我が国の1970年代の動きもそのような世界の潮流と大枠においては同調するものであった。その動きの背景には障害者の復権運動があり、WHOにおいても精神病問題は1980年の障害概念の改革の提起 ICIDH に結び付くような社会変革があった。障害は、ability-disability を軸に、障害は労働能力のみでなく、自立社会生活を行うための日常生活の能力と社会的障壁を変革する支援・環境改善が論じられる時代を迎えていた。しかし本学会はそのような観点で優生保護法問題に向き合うことがなかった。民族や国家の立場からの「逆淘汰」論優生学は失効し、個々人が、女性が、障害者が権利の主体として登場し、新たな生殖技術を踏まえて諸個人の「内なる優生思想」と向き合う「現代」になっていたことに対する十分な認識を欠いていた。

(5) 「優生保護法に関する意見」(1992年)

1984年の宇都宮病院事件の最中、岐阜大学人体実験問題が提起され、日本精神神経学会理事会は1984年6月に「研究と人権問題委員会」を発足させた。1970年代の臺人体実験

問題を発端とする研究至上主義問題と、人権がないがしろにされていると批判される宇都宮病院での医学研究とは何かという問題意識に加えて岐阜大学問題が結びついてこの委員会が発足したのである。この岐阜大学問題においては実験対象である胎児脳の入手のために優生保護法に基づく中絶が利用されていたことから、全国「精神病」者集団から優生保護法について検討するように学会が要請されたことから始まっている。同委員会は当時にも散発していた不妊手術の事例にコミットしながら優生保護法問題に取り組み見解を公表した。1991年同委員会がまとめ、1992年に理事会が承認して政府に送付した「優生保護法に関する意見」は、次のように提言した。

「わが国の優生保護法は、『優生上の見地から不良な子孫の出生を防止する』ことを目的とする条項と『母性の生命健康を保護すること』を目的とする条項から構成されているが（第一条）、前者を目的とする条項および法的に後者を目的とする条項とされていても事実上前者の目的に添った条項はすべて削除すべきであり、精神神経学会はその実現のために各方面に働きかけるべきである。当面、精神神経学会として削除を求める条項は、第三条（任意不妊手術）第1項一、二、第四条（強制不妊手術）、第十二条（保護義務者同意不妊手術）、第十四条（人工妊娠中絶）第1項の第一、第二、同条第3項である」（カッコ内は報告者注記）。

2) 精神衛生と優生教育

1940～80年代頃に出版された精神医学書等では、精神疾患と遺伝の関係や、予防効果についての見解はグラデーションがあり、優生保護法の慎重な運用を求める意見や批判も少なくなかった。しかし、断種法に批判的な論者も含めて、遺伝性の精神疾患や「精神薄弱者」等の「不適者」を、社会の「害毒」「迷惑」「負担」と位置づけ、なんらかの優生学的措置が必要とする考えは共通していた。優生学的措置としては、断種の他に結婚禁止・制限、隔離、避妊、中絶等も挙げられていた。本研究で取り上げた精神医学書では、特に「精神薄弱」者に対する結婚制限の必要性が説かれていたが、1970年代末の精神病院において、結婚している「精神分裂病」患者に対して優生学的「指導」を行い、退院時に優生手術を行なったこと等を報告した論文もあった。多くの精神医学書では優生手術の「簡単さ」「安全さ」が強調され、当事者の心身にもたらす負担についてはほとんど考慮されていなかった。

2 優生保護法への精神科医の関与の実証的研究

(1) 1962年度神奈川県公文書の分析

1962年度の神奈川県優生保護審査会に提出された強制不妊手術に関する文書を分析した結果、優生保護法の強制不妊手術の申請者全員の38人分が精神科医であったこと、医師の所属病院は広範囲に広がっていたこと、病院入院中の患者が対象となりやすかったことが明らかになった。また、神奈川県では第4条の申請・承認には、患者の家

族・親族に精神疾患罹患者が必ずいたが、第12条の申請・承認ではそうではなく、それぞれに合わせて申請者たる精神科医は申請書類を作成していた。加えて、優生保護審査会の情報からは、手術の適否の判断は書類上の瑕疵の有無が重要だったと推定された。また審査委員のうちの精神科医は2名であった。1960年頃の神奈川県において、精神科医は優生保護法の強制的不妊手術の申請者としても審査者としても重要な役割を果たしていた。

(2) 手術件数の多い都道府県の背景要因の検討

北海道においては、第二次世界大戦後、外地・旧樺太からの引揚者の増加から人口は419万人に急増し、過剰人口対策が急務であった。このため人口増加抑制と「逆淘汰」防止のために優生保護法の積極活用を促し、強制不妊手術の申請を容易にするシステムが行政主導で構築されたことが背景にあった。具体的には医師からの申請書を保健所経由にしなければならないとして、各保健所長に申請する医師が作成すべき「家族調書」を要請している。宮城県においては、当時唯一の精神薄弱児入所施設の火災による焼失が契機となって社会福祉法人宮城県精神薄弱児福祉協会が設立され、“愛の十万人県民運動”の中で、優生思想の普及とそれによる優生手術の推進に進み、政・財・官・メディア・医療・教育・福祉を網羅した「オール宮城」体制のもとで推進されたことが背景にあった。北海道、宮城県とも、精神科医ないし精神科医療が、制度運用の実務の担い手となったことは明らかであるが、政策形成に積極的に関与したかどうかについては不明であった。

(3) 診療録を利用した研究の実現可能性の検討

優生手術をA国立病院で行った事例1件を含め、他院で手術を行うなど関係する診療録5件、合計6件を発見され、要綱欄と体温表を調べることで優生手術事例を発見できる可能性が高いことが明らかになった。ただし、診療録の他の箇所は調査において閲覧していないため、優生手術事例の見落としがある可能性はある。優生手術に関する事例について、診療録に優生手術申請の判断根拠をたどることが可能かを検討したところ、直接的な手術該当事例は1例のみであって、診療録からは優生保護法の第何条に基づく手術を行ったのかはわからず、遺伝的負因はないとの記載であって、判断根拠を明らかに読み取れる記述もなかった。ただし、A病院に残されていた診療録以外の記録から、優生保護法第4条での申請であることや、手術執刀者や手術場所が判明した。

3) 学会員を対象とした調査

(1) 質問紙調査

日本精神神経学会会員19,208人(調査時)を対象にしたウェブ調査の回答総数は461件(回答率2.4%)であった。回答者の性別は男性324名(70.3%)、女性133名(28.9%)、その他4名(0.9%)であった。回答者の年齢は「30歳未満」12名(2.6%)、「30～39歳」

78名(16.9%)、「40～49歳」148名(32.1%)、「50～59歳」127名(27.5%)、「60～69歳」74名(16.1%)、「70～79歳」20名(4.3%)、「80歳以上」2名(0.4%)であった。優生保護審査委員の経験に「あった」とした回答はなく、第3条による任意優生手術の申請の経験のある会員は3名、第4条による強制優生手術の申請の経験のある会員は1名であった。2018年に優生保護法について広範に報道されるようになる前に優生保護法の存在を知っていたのは83.5%、知らなかったのは16.5%であった。旧優生保護法の強制不妊手術については「大いに問題がある」78.5%、「やや問題がある」8.7%、「どちらともいえない」11.5%、「あまり問題はない、問題はない」1.3%であった。旧優生保護法の任意不妊手術については「大いに問題がある」48.4%、「やや問題がある」24.1%、「どちらともいえない」19.7%、「あまり問題はない、問題はない」7.8%であった。一般社団法人日本医学会連合「旧優生保護法の検証のための検討会」が「旧優生保護法の検証のための検討会報告書」を公表したことについては「読んだことがある」8.7%、「聞いたことがある」25.6%、「知らなかった」65.7%であった。日本健康学会(旧日本民族衛生学会)が「理事会報告：「日本民族衛生学会」と国民優生法」を公表したことについては「読んだことがある」4.6%、「聞いたことがある」9.3%、「知らなかった」86.1%であった。旧優生保護法下の運用において精神科医が果たしていた役割については「とても大きかった」25.4%、「ある程度大きかった」43.4%、「どちらともいえない」28.4%、「あまりなかった、まったくなかった」2.8%であった。優生思想の普及において精神科医が果たしていた役割については、「とても大きかった」17.8%、「ある程度大きかった」41.9%、「どちらともいえない」36.2%、「あまりなかった、まったくなかった」4.1%であった。自由回答では、学会調査に対する期待が述べられた一方で、現代の基準から過去を評価することに慎重な意見も少なくなかった。また同法に関する知識不足から教育・研修の機会を求める声もあった。

(2) インタビュー調査

インタビュー対象者の大多数は1970年代以後の時代が対象となっていた。このため優生手術の件数が最も多かった1970年代以前についてほとんど明らかにできなかったが、優生手術に積極的な立場と批判的な立場がせめぎあっていた1970年代以後の時代状況の一端を明らかにすることができた。いくつかの申請に関わったという報告があったが、いずれも研修医や研究生としての事例であった。強制不妊手術の問題は、根本的なところに医師と患者の権力関係の問題があるが、それ以外にも、医局内の上下関係、ジェンダー、外部(保健所・施設)からの圧力等、何重もの権力関係が関わっていることがうかがえた。さらにインタビューの中では、当時の社会のあり方や国民意識という広い文脈の中で精神医療の果たした役割を明らかにすべきだという要望も出された。関連して、アンケート調査の自由記述の中には、「現在の価値観で過去の行いを断罪しないでほしい」という意見があった。

D 考察

日本神経学会（旧）の創立以後の経緯をたどったところ、個々の精神科医の発言は別として、学会としては学会創立から長い間優生学法制に関して公式に意見を表明したことがなかった。とりわけ戦後の優生保護法の時代は、大勢として無関心のまま、無批判にその与えられた実務を果たしてきたと言えるだろう。近代資本制国家の人口労働力政策はその量と質において労働能力一日常生活能力と社会との関係の矛盾と無縁ではありえない。従ってその故にこそ不断に生み出される社会的なまたは個々人の内なる優生思想に対する自己省察と社会批判活動が不可避と云わなければならない。とりわけ個人を対象とする医療の立場から見た時に、社会と個人の間を精神医学は突きつけられてきたのである。近代批判としての1970年代以後において、日本精神神経学会は精神医療批判には取り組んできたと言いうるが優生保護法の矛盾に対する深い自覚を欠いたまま精神障害者の人権と生を損ねることに加担してきたと言わなければならない。

1940～80年代頃に出版された精神医学書等は、断種法に批判的な論者も含めて、遺伝性の精神疾患や「精神薄弱者」等の「不適者」を、社会の「害毒」「迷惑」「負担」と位置づけ、なんらかの優生学的措置が必要とする考えは共通していたと言える。優生学的措置としては、断種の他に結婚禁止・制限、隔離、避妊、中絶なども挙げられており、断種以外の禁絶的優生学（Negative Eugenics）に基づく措置と精神科医の関わりについても分析の射程に入れる必要があるように思われる。

神奈川県公文書館資料をもとに優生保護法第4条と12条に限定した分析と考察を行った。優生保護法における優生手術問題を考えようとするとき、真に議論の俎上に挙げなければならないのは、その強制性の問題のみならず、その本質が人間の能力という社会的文脈に強く影響される価値に照準を当てて人間の生殖の権利を管理しようとしていたことである。その思想は現代社会にも引き継がれているのであり、その意味で優生保護法の歴史は現代の問題として捉えなければならない。しかし、それ以前の問題として、日本社会はいまだ旧優生保護法下における強制不妊手術の運用の実際を不十分にしか知りえていない。優生保護法下での強制不妊手術の運用実態についての一層の解明が望まれる。

手術件数の多い北海道と宮城県の事例は、根拠となる法律があり、社会がひとつの方向に向かう中で、精神科医や精神科医療が自らの姿勢を示すことの困難さを示している。しかし、そのような中でも、強制優性手術が抑制された都道府県の事例もある。京都府では、府下精神病院院長あてに優生手術の実施方（申請）について協力依頼を出した後のわずか2ヶ月後にそれを事実上撤回している。この経緯に精神科医や精神医療の関与があったとしたなら、今後、旧優生保護法のような事態が生じたときの対処の示唆になる可能性がある。

診療録を利用した研究の実現可能性の検討からは「要約欄」「体温表」のいずれか、あるいは双方に優生手術に関わる記載があり、両項目を調べることで優生手術事例を発見できる可能性が高いことが明らかになった。しかしA病院から発見された優生手術該当事例1件の診療

録からは優生手術申請の判断根拠をたどることは困難であり、診療録以外の記録から優生保護法第4条での手術であったことや手術の場所等が判明した。診療録のみならず関連する記録と突き合わせて検討を行うことも重要と考えられた。

学会員を対象とした質問紙調査からは、優生保護法の運用に実際に関わった会員は少なく、優生手術がはらんでいた人権侵害の側面については一般論としてよくないものだと考えつつも、精神科医の関与についての知識は十分でなく、精神科医が重要な役割を果たしていたとは考えていない会員も少なくなかった。特に、同法に直接関わった会員がごくわずかだったことは、本調査の時代的限界を示していた。旧優生保護法による優生手術の規定がもたらした被害はより精緻に明らかにされるべきものであり、日本精神神経学会は診療録等の一次資料の分析に協力していくことが望ましいと考えられた。

学会員を対象にしたインタビュー調査からは、1970年代以後の時代状況の一端を明らかにすることができた。インタビューでは、当時の社会のあり方や国民意識という広い文脈の中で精神医療の果たした役割を明らかにすべきだという要望も出された。しかし一方で、当時の時代状況や権力構造の中で、沈黙を強いられたり、かき消されてしまったりした当事者や医療関係者の声が存在していたことが、本調査からも明らかとなった。そうした声は、時間が経ったからこそ出てくるという特徴があり、そのような声に光を当てることが、歴史的検証作業の意義の一つと言えるだろう。

日本精神神経学会は、歴史に学び、人間社会に結びついている優生思想をどう克服すべきなのか、精神医学と社会の関係を深く自省し自らを問いなおしてゆかなければならない。

結論

旧優生保護法下における精神科医療及び精神科医の果たした役割を明らかにすること、学会の将来への示唆を得ることを目的として、優生政策と精神科医の関連（精神神経学会と優生学法制、精神衛生と優生教育）、旧優生保護法への精神科医の関与の実証研究（公文書の分析、手術件数の多い都道府県の背景要因の検討、診療録を利用した研究の実現可能性の検討）、学会員を対象とした調査（質問紙調査、インタビュー調査）を行った。日本精神神経学会は、学会創立から長い間優生学法制に関して公式に意見を表明したことがなかった。とりわけ戦後の優生保護法の時代は、大勢として無関心のまま、無批判にその与えられた実務を果たしてきた。学会はその無作為によって、少なくない精神障害者の生と人権を損ねた事実を被害者に謝罪しなければならない。学会は、歴史に学び、人間社会に結びついている優生思想をどう克服すべきなのか、精神医学と社会の関係を深く自省し自らを問いなおしてゆかなければならない。

精神衛生と優生教育

日本精神神経学会法委員会委員 中村江里

精神衛生と優生教育

1. はじめに

本章は、精神医学の教育過程で広く用いられた精神医学書や、広く一般読者を対象とした書籍を分析し、精神衛生と優生学に関する知の普及に果たした精神科医の役割を明らかにすることを目的とする。本章では、1940～80年代頃に出版された文献を主に参照しており、その中では「精神薄弱」「精神分裂」等の表現が用いられている。これらは現在使われていない表現であるが、引用文では歴史用語としてそのまま用いて、それ以外の部分では括弧を付すこととする。

以下では、主に戦後に出版された精神医学書について、(1) 精神疾患と遺伝、(2) 優生保護法の評価、(3) 断種以外の優生的処置に関する記述を分析する。

2. 精神疾患と遺伝

精神疾患と遺伝については、戦時中の国民優生法制定時から賛否両論あり、特に精神科医の一部から精神病の遺伝学的根拠の薄弱さに対する批判があった¹。戦後の精神医学書の記述においても、精神疾患と遺伝の関係、そして優生処置の必要性をどこまで直線的に結びつけるのかは、論者によって違いが見られた。

国民優生法の成立にも関わった吉益脩夫は、1948年出版の『精神医学』において、「遺伝性精神薄弱」や「真性癲癇」、「精神分裂病」の原因として遺伝素質が重要な役割を果たすことを強調し、断種を行う必要があると述べている。この記述は1959年版においても変化がなかった。

精神薄弱の遺伝学的調査によれば、その3分の2以上に遺伝負因が発見されると云はれる。(中略) 遺伝性精神薄弱に対しては国民優生法に従って断種の手術を受けしむるやう努むべきである。又患者の血縁者には配偶者の選択に際し優生学的指導を行ふ必要がある。²

〔真性癲癇の原因として〕遺伝素質が最も重要な役割を演ずることは双生児研究の結

¹ 松原洋子「戦時下の断種法論争—精神科医の国民優生法批判」『現代思想』26(2)、1998年。

² 吉益脩夫『精神医学』学術書院、1948年、86、89頁。吉益脩夫(1899～1974)は1936年東大脳研究施設助講師、45年助教授、56年教授を経て、1960年東京医科歯科大教授となった。

果から明かである。(中略) 真性癲癇者に対しては優生学的立場から断種の手術を受けさせることが必要である。³

精神分裂病の核心に遺伝素質の存在することは家系調査と双生児研究によつて疑のないところである。(中略)〔精神分裂病の〕患者には国民優生法により断種を行ふ必要あることがある。患者の血族者は結婚に際し同種遺伝負因のある配偶者を避けるがよい。⁴

同じく戦後直後に出版された植松七九郎の『精神医学』では、特に遺伝性の「精神薄弱」者について、優生手術にとどまらず、避妊手術、結婚防止と幅広い予防措置の必要性を訴えている。

予防的立場からは先づ法律を以て精神薄弱者の届出をなすべき規定を作ることが第一歩である。次に遺伝性精神薄弱者には優生手術又はこれに代るべき避妊処置を講ずることが緊要である。精神薄弱者の結婚は極力これを防止すべきである。⁵

1951年に出版された高木四郎の『学校精神衛生』では、遺伝の過大視に対する批判にも触れてはいるが、「精神分裂病」・「躁鬱病」・「真正テンカン」・「遺伝性精神薄弱」等に於いては遺伝が大きな役割を演じていることは否定できないとしており、結婚や断種との関係性の上で重視していることがわかる。

従来精神病の遺伝ということは非常に重視されて来たが、精神衛生学者は遺伝の過大視を戒めて、精神疾患の防止のためにはむしろ環境への適応ということが大切であることを強調している。〔中略〕しかし精神分裂病・躁鬱病・真正テンカン・遺伝性精神薄弱等に於いては遺伝が大きな役割を演じていることは否定し得ないのであつて、これに注意を払うことは精神衛生上やはり必要なことである。⁶

以上精神病の遺伝予後について相当詳しく述べて来たが、これは結婚や断種というこ

³ 同上、180、188頁。

⁴ 同上、193、214頁。

⁵ 植松七九郎『精神医学』文光堂書店、1948年、295頁。植松七九郎(1888~1968)は、1926年慶應義塾大学医学部神経科(現 精神・神経科)教授となり、1940年に開設された桜ヶ丘保養院(現 桜ヶ丘記念病院)の初代院長を兼任した。

⁶ 高木四郎『学校精神衛生』文光堂書店、1951年、113頁。高木四郎(1907~1968)は、東京帝国大学助手を経て、国立国府台病院精神科医長兼児童部長となった。

と、関係があるからである。以上から云い得ることは、配偶者を選ぶ場合に内因性精神病患者の係累、殊に血縁関係の余り近い子や同胞は避けた方が賢明であること、もしもかゝる相手を選ぶ場合には本人やその親の性格、精神的素質が非常に問題になるということ等である。⁷

1959年の笠松章『臨床精神医学』は、「精神分裂病」「精神薄弱」とともに、遺伝を過大視することには批判的なスタンスで書かれている。

この経験的遺伝予後あるいは双生児法による数値からみて、分裂病の遺伝規定性は相当たかいのであるが、これのみからたゞちに分裂病を遺伝病とするわけにはゆかない。血友病や色盲のように、遺伝様式が決定的でないし、また1卵性双生児間にも、20～50%の不一致例が存在するのであるから、たとえ分裂病を遺伝病とみても、遺伝以外にその発現を左右する因子xも考えなくてはならないことになる。⁸

精神薄弱は、ふつう遺伝性精神薄弱と、非遺伝性精神薄弱にわけられる。前者は内因精神薄弱、後者は外因精神薄弱ともよばれる。しかし(中略)精神疾患を対象として原因を追究するにさいしては、相当濃厚な遺伝負因が証明されたとしても、それによってその疾患の直接的原因が解明されたわけではない。⁹

また、同時期に出版された、高木四郎・羽生りつ・井村恒郎による精神科看護に関する書籍でも、「内因性精神病といっても遺伝だけが唯一の原因ではない」としているが、遺伝性が顕著な「精神分裂病」「真性癲癇」に対しては、なんらかの優生的処置(断種、中絶、結婚の制限ないし禁止、避妊など)が予防策として必要だと書かれている。

遺伝の傾向のいちじるしい場合の精神分裂病にたいしては、断種のような徹底した優生的措置をとる必要がある。本人は健康だが、血縁に何人かの精神分裂病患者がいて、濃厚な遺伝負因の推定されるときにも、本人の同意を得てなんらかの優生的措置をとる必要があろう。¹⁰

⁷ 同上、117頁。

⁸ 笠松章『臨床精神医学』中外医学社、1959年、399頁。笠松章(1910～1987)は、1947年東京大学講師、56年助教授を経て、57年教授となった。

⁹ 同上、239頁。

¹⁰ 高木四郎・羽生りつ・井村恒郎『高等看護学講座(21)精神医学、精神科看護法、精神衛生』医学書院、1958年、117頁。なお、該当する精神衛生の章の執筆者は井村恒郎である。井村恒郎(1906～1981)は、国立国府台病院副院長兼神経科医長、国立東京第一病院

真性てんかんという診断が確実であつて、遺伝負因の濃厚なときは、優生的処置の対象になる。¹¹

3. 優生保護法に対する評価

次に、優生保護法に対する評価について考察する。前述の植松七九郎『精神医学』では、戦時中の国民優生法の手続きが極めて繁雑・厳格で強制力が弱いため、せつかくの法律が充分運営されなかったとして、今度の優生保護法では、各種の手続を簡易化して、「極めて悪質のものは強制的に断種すべき」であると主張している。

即ちこれ〔国民優生法〕は全く優生学の目的に合致するものであつたけれども、戦時中の人口政策を反映して、生殖を不能ならしむる「優生手術」(断種手術)の手続が極めて厳格、繁雑であり、その強制力が弱い為切角の此法律も、充分運営されなかつたのである。

戦後各種の事情の変つて来た今日では、此法律に重大な改正を加へるべき情勢となつてゐる。即ち、極めて悪質のものは強制的に断種すべきであり、各種の手続を簡易化すること等が要望されてゐる。¹²

植松は、国民優生法の成立の際には反対の立場であつたが、「各種の事情の変つて来た」戦後になると、積極的に優生手術を推進する立場に変化した。なお、この記述は1957年の第9版でも変わっていない。

一方、1965年に出された吉益脩夫の『精神医学』では、遺伝学の進展をふまえ、優生保護法の適用には慎重であるべきだとしている。しかし、「現実に生まれて来なければ遺伝性精神障害の不幸に苦しまなくてもよかつたということのできる場合があることは事実」だとして、そうした人々のためにも法は必要なのだという立場である。

今日の遺伝学からみると、たとえば精神病質の遺伝などはまだ十分な解決をみていないと言える現状であるから、本法の適用には十分慎重でなくてはならない。昔優生運動家によつて唱えられた劣悪遺伝子による民族の遺伝的健康の危惧やこれに対する優生断種の有効性は実際には問題にならない。また今日の精神医学の進歩は遺伝的に

神経科医長、国立精神衛生研究所心理学部長を経て、1955年日本大学教授となった。

¹¹ 同上、119頁。

¹² 植松前掲書、388頁。

精神の不健康なひとびとにも健康人と同様の社会生活を可能としていることを考えると、優生法律の社会的意義はごくわずかであるといわなくてはならないかもしれない。しかし現実に生まれて来なければ遺伝性精神障害の不幸に苦しまなくてもよかつたということのできる場合があることは事実であり、これらのごく少数の子孫のために、本法が存在することはやはり必要なことであろう。¹³

1957年に上下巻で出版された下田光造の『精神衛生講話』は、「大学の専門的講義以外に教育家、学生、看護婦、養護関係者、司法関係者等の集会で講演したところを纏めたもの」であり、「精神衛生知識の普及」によって国民の精神保健を向上させることを目的として、「半ば専門的半ば通俗的な内容」となっている。下田はまず1942年に『精神衛生講話』を出版し、戦後の49年に再版しているが、1957年版では、それまでにはなかった「優生」という章が新たに設けられている。「民族素質の不良化、低劣化を防ぎ優秀性の強化、優良人口の増加をはかる」民族優生のためには、「これを法律化しなければ意味をなさぬ」と、優生保護法についても基本的には肯定的な立場と言える¹⁴。

村松常雄も、戦中と戦後の両方の時代で精神医学書を出版した。まず1930年の『精神衛生』では、逆淘汰、すなわち優生学的に優れているとされる人々の人口が減る一方で、優生学的に劣っているとされる人々の人口が増えることを防ぐために、断種は最も適切な方法だとしている。

思フニ遺伝ニ関シ完全ナル学問的解決ガ得ラレル迄不良素質者ノ増殖ヲ自然ノ儘ニ任スコトモ亦頗ル宿命的ナ態度デアツテ、精神病者、精神低格者ノ全部デナイデモ少クトモ病的遺伝素質ノ極メテ濃厚ナルモノガ、ミスミス不幸ナルベキ子孫ヲ殖ヤスコトヲ救フ方法トシテ隔離ニアラズンバ此ノ断種法ヨリ適切ナル方法ハアルマイ。¹⁵

こうした「逆淘汰」に対する懸念は、戦後に出版された『精神衛生 改訂版』でも継続して

¹³ 吉益脩夫『精神医学』医学書院、1965年、202頁。

¹⁴ 下田光造『精神衛生講話 上巻』同文書院、1957年、148頁。下田光造（1885～1978）は、1945年九州大学を停年退官後、米子医大学長・教授を経て、1953年鳥取大学長となった。なお、精神疾患と遺伝の関係については、「まだ不明な点が多々あり、また遺伝と関係のない獲得性の素質も多いから、その判定は困難」だとしつつも、一卵性双生児の「精神分裂病」一致率の研究で有名な、ドイツの精神科医ルクセンブルガーの研究を紹介している。

¹⁵ 村松常雄『精神衛生』金原書店、1930年、202頁。村松常雄（1900～1981）は、1935年東京帝国大学講師となり、松沢病院副院長、都立梅が丘病院分院長、国立国府台病院長を経て、1950年名大教授となった。

いる。

わが国の食糧生産量、並びに食糧輸入のための経済力と人口との問題、また生産年齢人口と就職との問題、等が終戦後真剣に議論され、結局受胎調節が国策として取り上げられるに到ったが、人口問題は単に量だけで解決さるべきでなく、優生学的な質の問題が無視されると、前項で述べた逆淘汰のために国民資質の一般低下を来す危険がある。¹⁶

ただし、遺伝性精神病の予防のための優生手術に対する評価は、以下のように戦前よりも消極的になっていると言える。

このような手術による病的遺伝の防止は、医学としては実ははなはだ消極的となすべきもので、この種の法律の公布のために、精神病をすべて不治のものと誤解したり、優生手術が精神病の予防策の全部と考えたり、自分の血族に精神病者があることで盲目的に絶望的に考えたりすることのないように心配するものである。(中略)常に優生と共に優境が、また精神衛生が強調されねばならぬ。¹⁷

続いて、どちらかという優生保護法に対して批判的な意見を紹介する。1951年の高木四郎『学校精神衛生』は、優生保護法をめぐって、遺伝性や予防策としての効果についての疑問が広く見られることに触れている。

国民優生法の制定当時にもその法案をめぐって賛否の論が喧ましかつたが、その問題は今日に於いても落ち着いたわけではない。精神病の遺伝について現在われわれが持っている知識の段階に於いては、余りこれを強調することはできず、従つてこれによつて精神病の減少という点に余り大きな期待をかけることはできないというのが多くの学者の意見であるようである。¹⁸

次に1959年の笠松章『臨床精神医学』では、本来目的が異なる母体保護と優生の問題が混在していることは明らかに誤りであると批判している。

まず、不健康な遺伝素質の出現を防止しようとする事と、母体を保護することとは、もともとことなつた目的をもつもので、これを1つの法律にまとめようとしたことは、

¹⁶ 村松常雄『精神衛生 改訂版(第6版)』南山堂、1960年、164頁。

¹⁷ 同上、169、170頁。

¹⁸ 高木前掲書、118頁。

あきらかにあやまりである。(中略) あたらしい優生保護法は、戦後の急激に増加した人口問題を打開するため、非合法的におこなわれている妊娠中絶の一部を合法化し、産児制限を普及しようとした政策的側面をもっている。産児制限の問題は、わが国の現状からみて、おいに議論されるべきであるが、これを悪質遺伝を防止しようとする優生の問題を混同することはゆるされないことである。¹⁹

さらに笠松は、以下のように遺伝性に対する疑問に加えて、「みずから発言の能力を欠くすべての精神疾患者の名をかりて」と、当事者の意志に反して手術が行われる危険性に触れながら「優生保護法のすみやかな改正」を求めていることが注目される。

つぎに、本法の対象とされる精神疾患ないし異常状態には、上記のとおり精神病（分裂病・躁うつ病・てんかん）・精神薄弱・精神病質などがある。これらのうちには、たしかに遺伝性と考えてよいもののあることは否定しないが、これと非遺伝性のものとの境界は、医学的にならざるも明確でない。しいて広義に解釈すれば、精神疾患はすべて遺伝性ということもできる。したがって本法は、みずから発言の能力を欠くすべての精神疾患者の名をかりて、非合法的な人工妊娠中絶を合法化しようとする危険すらはらんでいるわけである。このような理由から、精神医学の立場からは、この優生保護法のすみやかな改正がのぞまれるのである。²⁰

優生保護法については、精神科医による一般読者向けの書籍も存在した。1962年に出版された鈴木秋津『精神医に聞く』も、「精神病と法律」という章の中で、優生保護法について解説している。鈴木は、優生手術とは「子どもをできなくする手術」のことだが、「美しいからだにきずがつかないし、どちらも危険というものはぜんぜんない」「遺伝性の精神障害者に優生手術をするときは公の費用でできる」とその安全性や経済的メリットを強調している²¹。また、優生保護法第三条、第四條、第十二条の内容と手続きについて具体的に説明し、都道府県優生保護審査会の決定に異議がある場合は中央優生保護審査会に対して再審査を申請できることや、再審査の決定に不服がある場合には訴訟を起こせることにも言及して、「精神障害者であるため、不当に人権をおかされないという法の精神があらわれている」と高く評価している²²。また、第4条の手術申請は、「医者にしろとかいてあるけれど、結局は優生手術をさせたいと思う人がいるばあい、医者のところにつれていけば結果的

¹⁹ 笠松前掲書、736頁。

²⁰ 同上、736頁。

²¹ 鈴木秋津『精神医に聞く』東洋館出版社、1962年、157～158、163頁。

²² 同上、162～163頁。

にそうなるのだから、一般の人もこの条文をつかえばよいわけだ²³と、法律の「裏技」も読者に教えている。このように優生手術を積極的に推進する立場は、「自分や配偶者のからだのなかに精神病の血が流れているとわかったとき、そういう不幸な子孫を生まないために、優生手術や人工妊娠中絶をしたいと思う人は決して少なくないだろう²⁴という、「精神病=不幸」という偏見を前提としていた。

4. 断種以外の優生的処置について

多くの精神医学書では、優生保護法のような断種以外の優生的処置についても紹介されていた。1948年の植松七九郎『精神医学』は、結婚制限、避妊法の推奨や産児制限の他に、一定施設に収容する方法を、「今日迄の所最も有効な方法」であり、「苟しくも文化国家と云ふからには何よりも先づ此の方面に対して最大の努力を致すべき」と評価している。

一定施設に収容する方法 今日迄の所最も有効な方法である。欧米先進国に於ては精神病者は勿論、犯罪傾向者、精神薄弱者、癲癇者等を収容する施設が充分発達して居り、これによつて可成りの程度迄優生学的の目的を達する事が出来るやうになつて居る。我が国では精神病者さへ僅かにその一部が収容されて居るに止まり、他の異常者に対する施設は殆んど無に近いと云つて差支へない。尤もこれ等の施設は本来優生学的の目的で建てられたものではなく、無能力者、反社会的な人格者等を収容して特別の保護を加へ、特別の治療を施すのが使命である。しかし、それによつて自ら優生学的の目的が達せられるのは云はゞ一石二鳥であり、苟しくも文化国家と云ふからには何よりも先づ此の方面に対して最大の努力を致すべきであると考へる。²⁵

また、1955年の高木四郎『精神医学・精神衛生（第2版）』でも、特に遺伝性の「精神薄弱」者に関して、施設への収容・隔離が有効であると指摘している。

遺伝性の精神薄弱についてみると、両親の片方が精神薄弱の場合にその子供が罹患する比率は40～50%、両親とも精神薄弱のときは90%とさえいわれているほど高率である。精神薄弱の程度が重いときには、当然、断種が実施されてよいわけである。それほど重症ではなくとも、精神薄弱者は、ただ社会の人たちに負担と迷惑をあたえるだけで何らの利益をもたらさぬのであるから、なんらかの優生的処置を行うべきであ

²³ 鈴木前掲書、161頁。

²⁴ 同上、157頁。

²⁵ 植松前掲書、359～360頁。この点については、以下の論文で既に指摘がある。山本起世子「優生および精神衛生政策の展開と精神障害者の処遇の変遷」『田園学園女子大学論文集』第50号、2016年1月。

ろう。しかし、精神薄弱者はいつたいに短命であつて結婚適齢期になる前に死亡することが多いから、かならずしも断種が必要ではなく、特殊施設に収容して隔離するだけで充分の場合がある。精神薄弱者を保護するのに適当な特殊施設を増設して収容することが、むしろ最初の問題であつて、これによつて自然に繁殖を防ぐことができる。

26

イギリスにおける知的障害者の歴史などを研究する医学史家の Mathew Thomson は、優生学が 19 世紀以降の欧米での精神病院の急増と密接に関係しており、施設収容者は不妊手術の対象になることが多かったと指摘している²⁷。優生的処置としての隔離は、戦後日本の精神科病床の増加とあわせて検討が必要であろう。とりわけそのターゲットとされやすかったのは、「精神薄弱」とされた人々である。その背景には、「優秀な素質を持つものの産児率は一般に低いものが多い」のに対して、「それほどの高度でない精神欠陥者、特に精神薄弱者ではむしろ産児率の頗る高いものが多い²⁸」という「逆淘汰」へのおそれがあった。

「精神薄弱」の遺伝説に批判的であった笠松章も、「精神薄弱」に対する否定的なイメージは共有しており、犯罪・非行と結びつけて「社会にたいし害毒をながすことがおおい」と危険視している。

みすてられた精神薄弱は生活能力がとぼしいため、ときに落伍して、犯罪・非行（女子ではしばしば売春婦）の群におちいり、社会にたいし害毒をながすことがおおいものである。精神薄弱を対象とした治療教育の拡充は、社会問題を改善するうえからも必要なことである。²⁹

なお、桜井芳郎が 1967 年に行った、「精神薄弱」関係専門職員に対する意識調査では、特に施設関係者の中に、優生学的理由から結婚・挙子に反対する者が多いという結果が出ており³⁰、施設収容者が結婚する際の条件として優生手術が行われた可能性もある。戦後県立ひ

²⁶ 高木四郎『精神医学・精神衛生（第 2 版）』医学書院、1955 年。第 1 版は 1952 年。なお、高木・羽生・井村前掲書 120 頁にもほぼ同様の記述があり、高木のこの本を参照した可能性が高いと考えられる。

²⁷ Thomson, Mathew. “Disability, Psychiatry, and Eugenics,” in *The Oxford Handbook of the History of Eugenics*, edited by Alison Bashford and Philippa Levine, 116-133. Oxford: Oxford University Press, 2010.

²⁸ 村松前掲書、1960 年、163 頁。

²⁹ 笠松前掲書、257 頁。

³⁰ 桜井芳郎「精神薄弱者の結婚問題に関する研究」『精神衛生研究』第 17 号、1968 年。なお、桜井論文では、優生学的な結婚制約が多く行われている実態に対して、「社会の進

ばりが丘学園長、国立秩父学園長、日本精神薄弱者愛護協会長を歴任した菅修は、「〔精神薄弱者が〕もし結婚することがあるとすると遺伝性のものまたは子女の養育不能のものは優生手術をしておいた方がいいでしょう」と述べている³¹。

優生的な結婚制限や優生手術は、「精神薄弱」児の母親向けにも推奨された。1957年に主婦の友社が出版した『精薄児とお母さん』で、「おくれた子供の医学」を執筆した西谷三四郎は、「ちえおくれの原因の大きなものとして、遺伝があり、遺伝によって起ると考えられるちえおくれの不幸は、次の世代に伝わることにあり、それにより新しい不幸が次々と現れてくる」ことだとして、「優生保護法が効果的に適用されるとき、初めて遺伝性精神薄弱はあとを絶ち、ちえおくれの予防は大きな進歩を見るでしょう」と、優生保護法を高く評価している。また、「彼らも結婚はなんらさしつかえない、たゞ、子供を作ることにはさけるようにしてもらいたい」「ちえおくれの結婚には、少くも片方が正常な配偶者であることが大切です」と、優生学的な立場から結婚や挙子の制限を推奨している³²。

5. おわりに

本章で分析した戦後の精神医学書では、精神疾患と遺伝の関係や、予防効果についての見解はグラデーションがあり、優生保護法の慎重な運用を求める意見や批判も少なくなかった。しかし、断種法に批判的な論者も含めて、遺伝性の精神疾患や「精神薄弱者」等の「不適者」を、社会の「害毒」「迷惑」「負担」と位置づけ、なんらかの優生的処置が必要とする考えは共通していたと言える。

優生的処置としては、断種の他に結婚禁止・制限、隔離、避妊、中絶なども挙げられており、断種以外の禁絶的優生学 (Negative Eugenics) に基づく処置と精神科医の関わりについても分析の射程に入れる必要があるように思われる。とりわけ隔離は、戦後日本の精神科病床の増加とあわせて検討が必要だろう。また、本章で取り上げた書籍では、特に「精神薄弱」者に対する結婚制限の必要性が説かれていたが、1970年代末の精神病院において、結婚している「精神分裂病」患者に対して優生学的「指導」を行い、退院時に優生手術を行なったことなどを報告していた事例もあり³³、診療録等での調査によってより詳細な実態が明らかになると考えられる。

歩を優先させるべきか、精神薄弱者の人間としての立場を守るべきか」という非常に重要な問題提起をしていることも注目される。

³¹ 菅修「精神薄弱者は結婚していいか」『手をつなぐ親たち』1958年、第29号、5-7頁。

³² 西谷三四郎「おくれた子供の医学」『精薄児とお母さん』主婦の友社、1957年、182～183頁。

³³ 有田要ほか「長期経過の分裂病者同士の結婚について」『昭和医学会雑誌』43巻2号、1983年4月、213～227頁。

なお、上述の桜井芳郎は、優生学的な結婚制約が多く行われている実態に対して、「社会の進歩を優先させるべきか、精神薄弱者の人間としての立場を守るべきか」³⁴と、かなり早い時期に問題提起をしていることも注目される。

最後に、多くの書籍では優生手術の「簡単さ」「安全さ」が強調されていたが、優生手術を受けた当事者への聞き取り³⁵や、本報告書の医師へのインタビューによって明らかにされたような、当事者の心身にもたらす負担についてはほとんど考慮されていなかったと言えるだろう。

³⁴ 前掲桜井論文、110頁。

³⁵ 利光恵子著、松原洋子監修『戦後日本における女性障害者への強制的な不妊手術』立命館大学生存学研究センター、2016年。

優生保護法の強制不妊手術に関わる
精神科医の役割

－1962年度神奈川県公文書の分析－

日本精神神経学会法委員会委員 後藤基行

優生保護法の強制不妊手術に関わる精神科医の役割

—1962 年度神奈川県公文書の分析—

【概略】

優生保護法では、第 4 条に基づく主に「遺伝」性疾患患者に対する強制的な優生手術（公費負担あり）と、第 12 条に基づく遺伝性疾患以外の患者への保護義務者の同意による強制手術（公費負担なし）が定められていた。この第 4 条と 12 条がいわゆる本人の同意なしに実施可能な強制不妊手術と呼称されるもので、両条は申請を受けて第 5 条・第 13 条に定める都道府県優生保護審査会にて手術の適否が審査された。本報告においては、この第 4 条、第 12 条の運用実態を精神科医の関与という観点から検討することを目的に、神奈川県立公文書館が所蔵する公文書『昭和 37 年度 優生保護審査会関係綴』を分析した。

この結果、第 4 条の適用だったのは 11 名、12 条は 27 名の合計 38 名で、精神薄弱が 21 件、精神分裂病は 14 件、てんかんとその他が 3 件で申請の全 38 ケース中男 4 名、女 34 名であった。「優生手術申請書」中にある項目「申請者（医師）」の「診療科目」は、38 件中 38 件のすべてが精神科（含む精神・神経科）であった。1962 年度神奈川県優生保護審査会（審議録）より、委員は合計 11 名で委員長は要綱上副知事、うち 2 名は精神科医であった。同年度において神奈川県では合計 6 回の優生保護審査会が開催されていたが、審査対象となった 38 名全員が手術対象として「適」と判断されていた。

以上から、1960 年頃の神奈川県において精神科医は、優生保護法の強制的な不妊手術の申請者としても審査者としても重要な役割を果たしていたと評価すべきと考える。

【背景・先行研究】

これまでの優生保護法に関係する先行研究では、その制度的前史である戦中期の国民優生法の精神障害者にかかわる断種について植松七九郎（慶應義塾大学医学部教授）や金子準二（警視庁衛生技師）といった医師が反対したのに対し、戦後の優生保護法においては立法過程における反対意見がほとんど見られなかったことなどが明らかにされてきた（松原 1998、横山 2015 など）。その一方で、1948 年に優生保護法が制定されて優生手術が拡大した戦後期、特に 1950 年代から 60 年代における精神科医の態度や関与は未解明な点が多い。とりわけ、今日まで優生保護法の運用について公文書などの一次資料に基づいた検討は、数点の例外はあるものの研究蓄積が不十分な状況である。

優生保護法は、第 4 条が定めていた「遺伝性」の疾患を対象とした行政命令による優生手術の実施件数が、第 12 条の家族の同意に基づく優生手術よりもはるかに多かったことが政府統計より明らかになっている。舟津（2018a）が厚生省刊行の『衛生年報』、『優生保護統計報告』『母体保護法統計報告』を分析した結果によると、第 4 条は 14,167 件、第 12 条は 1,869 件、合計で 16,036 件が公式に報告されている。割合に直すと、第 4

条は 88%、第 12 条は 12%であり、日本における強制不妊手術の大部分は第 4 条によって実施されていたことがわかる。

【目的】

本報告は、神奈川県立公文書館が所蔵する公文書『昭和 37 年度 優生保護審査会関係綴』を利用し、強制的な優生手術の対象となった患者（や家族）の外形的特徴、優生保護審査会の審査体制や結果を分析し、これらを通じて優生保護法に関する精神科医の関与の一端について明らかにすることを目的とする。

【方法】

神奈川県の公文書である『昭和 37 年度 優生保護審査会関係綴』中、神奈川県優生保護審査会に提出された文書（優生手術診断書、健康診断書、遺伝調査書、同意書等）内に記載がある、第 4 条・12 条の内訳、男女の内訳、診断名、申請者の診療科目、所属病院、申請が多かった病院、および申請書類をもとに開催された優生保護審査会関係公文書の内容に主に着目して集計し、記述統計を分析した。なお、この公文書は松原洋子編・解説『優生保護法関係資料集成 第 3 巻』2019 年（六花出版）に掲載されているものを利用した。

【結果】

表 1 — 4 条・12 条別申請件数

神奈川 1962年度							
適用条項	4 条			12 条			総計
性別	男	女	計	男	女	計	
精神薄弱	0	2	2	3	16	19	21
精神分裂病	1	6	7	0	7	7	14
てんかん	0	1	1	0	0	0	1
その他	0	1	1	0	1	1	2
計	1	10	11	3	24	27	38

* 精神薄弱でその他疾患を併発している場合は、精神薄弱としてカウントした

表 2— 申請者科目別

* 神奈川県 (1962年)	
申請者	
精神科 (含む精神神経科)	38
産科医	0
その他	0
不明	0
計	38

表 3—申請者所属病院別

申請医師所属病院																				
番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	計	
病院名	A病院	B病院	C病院	D病院	E病院	F病院	G病院	H病院	I病院	J病院	K病院	L病院	M病院	N病院	O病院	P病院	Q病院	R病院	計	
申請件数	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	1	4	2	4	8	1	1	38	

表 4—患者住所

神奈川県 1962 年度	人数	割合
病院が住所の患者数	24	63.2%
病院入院中であるかどうか判断できない、もしくは病院外	14	36.8%
計	38	100.0%

表5 8名の患者の優生手術を申請した同一病院の内訳

優生手術申請書											健康診断書			同意書					検診録					
現住所	生年	性別	申請理由		申請者（医師）				付記		申請月日	病名	現在の症状	（診断した医師名）	同意者①			同意者②			世帯主			
			条文	理由	診療科目	住所	氏名	（病院名）	（手術場所）	（執刀医）					住所	続柄	氏名	住所	続柄	氏名	職業	続柄	5. 遺伝歴	
申請元病院が現住所か判断不可能	昭和	男	第12条	精神薄弱（痴愚）、優生保護法第12条該当	精神科	申請元病院住所	T・G	申請元病院名	CN病院	K・T	昭和37年2月7日	精神薄弱（痴愚）	「基本的習慣は大体において自立しているが、生活意欲に積極性を欠き、周囲に無関心な傾向がある。異性への関心は異常性があり、その行為に抑制がきかず、衝動的な危険がある。」	T・G	**市	母	■					無職	母	なし
申請元病院が現住所か判断不可能	昭和	女	第12条	優生保護法第12条該当	精神科	申請元病院住所	T・G	申請元病院名	NA	NA	昭和37年4月20日	精神分裂病	幻聴、被害妄想、不眠、感情鈍麻、無為	T・G	NA	夫	■					植木職	夫	なし
申請元病院が現住所か判断不可能	■	女	第12条	優生保護法第12条該当	精神科	申請元病院住所	T・G	申請元病院名	CN病院	S・T	昭和37年5月20日	精神薄弱（白痴）	現在■に入園しているが症状は変わらず、ほんの一寸した事で無茶苦茶に暴れ回ることがある。	T・G	**市	母	■					無職	母	母の祖父が精神病であったと云われる。父は大酒家
申請元病院住所	■	女	第12条	（優生保護法第12条）日常生活が自立して行えない。人の見分けがつかず面識のない人にもまといつき相手の云いなりになってしまう。	精神科	申請元病院住所	T・G	申請元病院名	CN病院	S・T	昭和37年5月20日	精神薄弱（白痴）兼てんかん	器物損壊、他人への暴行が激しくなっているため、現在申請元病院（精神科）で入院加療中である。	T・G	**市	父	■		母	■	■職員	父	負因は認められない	
申請元病院住所	昭和	女	第12条	優生保護法第12条該当。簡単な日常生活も解除なしには不可能である。傷害行為が頻繁にある。	精神科	申請元病院住所	T・G	申請元病院名	CN病院	S・T	昭和37年5月20日	精神薄弱（白痴）	精薄の程度は不変、人を咬む行為は軽快しているが、尚数日に一回位あり、人を傷害する危険は屢々ある。	T・G	**市	父	■		母	■		写真業	父	精薄、精神疾患等の負因は認められない
申請元病院住所	昭和	女	第12条	優生保護法第12条該当	精神科	申請元病院住所	T・G	申請元病院名	CN病院	S・T	昭和37年7月7日	精神分裂症	性的な幻触と妄想をもち、それ以外は感情鈍麻した能動性の減退した陳旧予後不良な状態にある	T・G	**市	父	■					無職	父	認められない
申請元病院住所	昭和	女	第12条	優生保護法第12条該当	精神科	申請元病院住所	T・G	申請元病院名	CN病院	K・T	昭和37年11月14日	精神薄弱	楽天的で判断浅く思考性がなく、影響されやすい。高等感情の鈍麻が目立つ。	T・G	**市	母	■					無職	母	母方に負因らしいものがあるが、不詳又特記するほどの症状でない。
申請元病院が現住所か判断不可能	昭和	女	第12条	優生保護法第12条による	精神科	申請元病院住所	T・G	申請元病院名	CN病院	K・T	昭和38年1月21日	精神薄弱（小児麻痺後遺症による）	両肘強直、短肢、下肢O曲、歯列不整、運動機能劣弱。計算、判断力不能、月経の始末も出来ない。	T・G	**市	弟	■					自転車店勤務	弟	なし

表 6 1962 年度 神奈川県優生保護審査会

開催回	年月日	審査患者数	「適」判断数	4条該当数	12条該当数	委員数合計	内、精神科医数	出席委員数	欠席委員数	開催場所
1	1962.4.20	9	9	2	7	11	2	7	4	県衛生部長室
2	1962.6.19	9	9	2	7	11	2	9	2	県衛生部長室
3	1962.8.23	5	5	2	3	11	2	7	4	県衛生部長室
4	1962.10.19	5	5	1	4	11	2	10	1	県衛生部長室
5	1962.12.20	5	5	0	5	11	2	10	1	県衛生部長室
6	1963.2.6	5	5	4	1	11	2	8	3	県衛生部長室
合計		38	38	11	27	/	/	/	/	/

1962 年度の神奈川県優生保護審査会に提出された文書（優生手術診断書、健康診断書、遺伝調査書、同意書等）並びに、これら申請書類をもとに開催された優生保護審査会関係公文書を分析した。

その結果、表 1—4 条・12 条別申請件数より、第 4 条の適用だったのは 11 名、12 条は 27 名、合計 38 名であった。対象は精神薄弱¹が 21 件と最多で、精神分裂病は 14 件、てんかんとその他が 3 件だった。申請の全 38 ケース中男 4 名、女 34 名であった。

表 2—申請者科目別より、「優生手術申請書」には、「申請者（医師）」の「診療科目」を記載する箇所があり、38 件中 38 件のすべてが、精神科（含む精神・神経科）であった。

表 3—申請者所属病院別より、優生手術を申請した医師の所属病院は 18 か所に上っており、最多の P 病院は 8 件だったものの、県内の広範な病院から申請があったことが分かった。また、申請者となった医師は 19 名であった。

表 4—患者住所より、「病院が住所の患者数」は 24 人（63.2%）で、「病院入院中であるかどうか判断できない、もしくは病院外」の 14 人（36.8%）よりも多かった。手術対象者の平均年齢は 25.3 歳だった²。「精神薄弱」（含む精神疾患併発）中で患者が精神病院に入院中であることがはっきり書かれているものは 10 名（47.6%＝全 21 名に対し）だった。「精神分裂病」中で患者が精神病院に入院中であることがはっきり書かれているものは 11 名（78.5%＝全 14 名に対し）だった。

表 5—8 名の患者の第 12 条での優生手術を申請した同一病院の内訳より、申請元病院に入院中であることが確認できるのは 4 名、確認できない・それ以外は 4 名だった。病名は、精神薄弱 6 名、精神分裂病 2 名だった。患者の性別は男 1 名、女 7 名だった。全員が優生保護法第 12 条での申請であり、家族の同意の下に行われていた。同意者は、母 3 名、父 3 名、夫 1 名、弟 1 名だった。手術場所は 1 件の不明がある以外はすべて申請元病

¹ 「精神薄弱（痴愚）兼癲癇」なども精神薄弱とカウントした

² 個別の年齢については非公開であったため、神奈川県立公文書館に対し全員の平均年齢のみ別途回答してもらった。

院の近隣の同一病院だった。手術の同意者と検診の対象となった世帯主は全員一致しており、職業は5名中4名は無職、1名は十分でない就労環境にあり、3名は植木職、写真業、■■職員だった。遺伝歴において負因が直接的に明らかなものはいなかった。申請した医師が作成し県に提出した「健康診断書」の「現在の症状」欄をみると、他者への危害や暴行に言及した患者は4名、感情鈍麻や無関心への言及は4名、性的な異常や妄想に言及しているのは2名、女性の月経処理の問題について言及しているのは1名だった。

表6—1962年度 神奈川県優生保護審査会（審議録）より、同年度において神奈川県では合計6回の優生保護審査会が開催されていたが、審査対象となった38名全員が手術対象として「適」と判断されていた。また、審査委員は臨時委員1名を加えて合計11名で、うち2名は精神科医で、その他は公衆衛生学者、法律家や社会事業家などとして知られる人物であった。なお付記として、第1回審査会では、第4条での審査対象となった患者の備考欄に「姉■■のてんかん性精神病にて加療した旨の証明書を添付すること。」とあった。

【考察】

表1の4条・12条別申請件数より、1962年度の神奈川県において行われた優生手術は、全国的には圧倒的に第4条での手術が多かったのとは異なり、舟津（2018b）によって明らかにされていたように第4条よりも第12条での手術が多いという特徴が確認された。また、神奈川県においては、精神薄弱の診断が最多で、精神分裂病がその次であった。ただし、当時の優生手術の政府統計を掲載していた厚生省『衛生年報』（1949-1959年）、厚生省『優生保護法統計報告』（1960-1996）には疾患別の手術件数は報告されておらず、この内訳が全国的に見て平均的なものであったか、突出していたのものであったかは一概には判断できない。

表2の申請者科目別より、神奈川県は38件の申請者すべてが精神科（含む精神・神経科）で100%となっていた。舟津（2018b）は申請者たる医師の科目に言及していないが、この結果から、当時の神奈川県では優生保護法の優生手術の申請において、精神科医は最重要の役割を果たしていたといえる。またこのことは、北海道衛生部・北海道優生保護審査会が1956年に作成した『優生手術（強制）千件突破を顧りみて』をみると1949年から1955年12月までの全1012件のうち944件（93.3%）が精神科医師の申請であり、同文書内においても「申請者は精神科医が圧倒的に多く、又極めて積極的にこのことに協力されている」と書かれていることと一致した傾向である。ここでは直接参照しないが他の公文書館・自治体に保管されている優生手術申請書の記録をみても、第4条・12条という優生保護法に定められた強制不妊手術の申請者たる医師として、他の科目の医師に比較しても精神科医の役割は極めて大きいものであったと見るべきと考える。

表3の申請者所属病院別より、申請者となった医師数は19人、所属先病院は18か所と県内に広範に広まっており、一名の医師が患者8名の手術申請を行っていたケースがあるものの、1病院当たりの平均の申請者数は2.1人でさほど多くはなかった。これは、当時

の精神科医にとって優生保護法による強制不妊手術の申請は、日常の臨床の中ではごく稀ではあっても、選択肢の一つとして存在していたことを推測させる。

表4の患者住所より、患者住所で病院が住所となっていた患者数は24人(63.2%)で自宅などのそれ以外の場所よりも多かった。このことは、症状が重い患者が入院していたと考えることもできるが、入院中の患者のほうが手術の対象者となりやすかったとも考えられる。また、「精神薄弱」(含む精神疾患併発)中で患者が精神病院に入院中であることがはっきり書かれているものが10名(手術該当者全38名に対して26.3%)いたことは、当時の精神科病院内に入院となった知的障害者の持つ特性と、入院しているという状態は、優生手術の対象者として選定されやすかったと考えられる。

表5の8名の患者の優生手術を申請した同一病院の内訳より、全12件が第12条での申請で、手術への同意者は父母が6名、夫1名、弟1名だったことは、手術対象者は子供で同意者は親という形態が中心であったことを推定させる。舟津(2018)も指摘しているように、同意者たる保護義務者の職業の多くが無職や不安定就業だったことは、家族内のケア能力が手術の申請に影響を与えていた可能性を示すものである。

第12条の申請事例においては、家族への検診調査で作成された家系図や遺伝歴調査から、直接的な遺伝の負因がある事例はなかった。表1を確認すれば1962年の神奈川県において第4条の申請は11件あるのだが、作成されている検診録と遺伝調査書をみると、11名全員が親族(「本人の血族中遺伝病にかかった者」)の父母・兄弟姉妹の2親等以内中に1名以上の「精神分裂病」や「精神薄弱」などの精神疾患患者があり、2名以上ある場合も8名となっていた。ただし、検診録の家系図の注に記載されているように、これら親族中の精神疾患患者の存在の有無は、医師が直接的に当該者を診断したり、他所で作成された診断書を確認したのではなく、患者家族に対する医師の聞き取りによって判断されていることには注意すべきである。

このような留意点はあるものの、1962年時点の神奈川県における第4条の申請は、申請書類一式に含まれていたこれら検診録と遺伝調査書において、近親の親族に何らかの精神疾患患者がいたケースが原則的に適用対象となっており、これの多くが文末資料としても掲載した別表に定める「一 遺伝性精神病」として判断されたものと考えられる。これに対して、第12条では親族にこうした患者が原則的に含まれていないケースが対象になっており、当時の神奈川県優生保護審査会は、第4条と第12条の使い分けを外形的には親族中における精神疾患患者の有無によって判断していたと解釈できそうである。

表5の優生手術申請書(第12条)の「申請理由」や健康診断書の「現在の症状」をみると、精神科医は患者の他者への危害傾向、感情鈍麻や無関心、性的な異常性や妄想、女性の月経処理問題など、精神疾患症状としては珍しくない症状や事例を記載して申請を行っていた。優生手術の申請に際して、精神科医がこうした内容を記入していたこと、またそれが全数承認されていたことは、当時の神奈川県において優生手術の申請がされた場合は審査が承認された可能性を示しており、潜在的な優生手術該当者は多数いたと考えられる。

表6の1962年度神奈川県優生保護審査会（審議録）より、同年度において神奈川県では合計6回の優生保護審査会で審査対象となった38名全員が手術「適」となっていた。このことは、個別の患者事例それぞれについて医学的・遺伝学的に判断したというよりも、申請書類に手続き上の瑕疵が存在しない限り審査は承認されたことが推定された。このことは、優生保護法第18条により「委員及び臨時委員は、医師、民生委員、裁判官、検察官、関係行政庁の官吏又は吏員その他学識経験ある者」から構成すべきことが定められ審査委員が医師以外によって過半数を占められていたこと、さらには「優生保護法逐条通牒」³に書かれている内容からも首肯できる。この通牒では、「都道府県優生保護委員会の委員の人選に関しては、概ね左の標準によつて詮衡するようにされたいこと。但し地方の実情によつて、このような編成ができ難い場合は、多少の変更は差し支えないこと」として、委員会の人選について以下のように標準事例を紹介していたが、それは以下のような構成であった。

委員

副知事

衛生部長（東京都においては衛生局長）

地方裁判所判事

地方検察庁検事又は警察隊長

*官公立医科大学教授（精神科又は内科）又は官公立病院医長（精神科又は内科）

都道府県医師会長

開業医師

民間有識者

民生委員

（*は引用者）

この標準的な人選の紹介からも理解できるように、優生保護審査会の主要メンバーは上級行政官、法曹関係者、医学者・医療関係者、民間委員となっており、優生保護審査会の審査プロセスは、社会的・行政手続き的なものだったと考えられる。一方で、1962年度神奈川県優生保護審査会（審議録）をみると、*印の箇所が2名とも精神科医になっていたと公文書からは判断できる。また、そもそも当該通牒第18条の規定からは、専門科を特記されていたのは精神科医と内科のみであり、かつ精神科医が最初に挙げられていたことからして専門委員として精神科医が重視されていたことが窺われる。

付記として、第4条での審査対象となった患者の備考欄に「姉■■のてんかん性精神病にて加療した旨の証明書を添付すること」とあったのは、やはり神奈川県の優生保護審査

³ 「優生保護法逐条通牒」（二四・一・二〇 発衛第三号）「第十八条 都道府県優生保護委員会」

会では第4条の承認には、家族・親族に精神病罹患者がいることを条件としていた可能性が高いと考えられた。

【結論】

1962年度の神奈川県優生保護審査会に提出された強制不妊手術に関する文書を分析した。その結果、当時の神奈川県では、優生保護法の強制不妊手術に関わる申請者は38人の全員分が精神科医であったこと、医師の所属病院は広範囲にわたっていたこと、病院入院中の患者が対象となりやすかったことなどが明らかになった。神奈川県の事例では、第4条の申請書には患者の家族・親族に精神疾患罹患者が必ずいたこと、第12条はそうではなかったという特徴があったことが分かった。ただし、この第4条と12条の使い分け方は神奈川県独自の運用であったことが推定され、その意味では今回対象とした公文書の持つ研究上の限界であったともいえる。そのほか、優生手術の申請に対し審査の全数が承認されていたことや、審査会のメンバー構成からは、手術の適否の判断において、医学的判断よりも行政的判断が優先されていたと推定された。また、1949年に発出された「優生保護法逐条通牒」による優生保護審査会のメンバー構成の標準紹介および、実際の1962年度の神奈川県優生保護審査会委員に2名の精神科医がいたことは、審査者としても精神科医が重視されていたことが考えられた。優生保護法は、「機関委任事務」として国から委任されて都道府県ごとに各自治体が運用実務を担っていたという点に留意しつつ（つまり、全国的に同様の運用だったかは不明）、以上のことを総括すると、1960年頃の神奈川県において精神科医は、優生保護法の強制的な不妊手術の申請者としても審査者としても、その制度的結節点において重要な役割を果たしていたとみるべきと考える。

本報告では、優生保護法第4条と12条という対象者にとってはいわゆる強制的な不妊手術に限定した分析と考察を行った。しかしながら、優生保護法における優生手術問題を考えようとするとき、真に議論の俎上に挙げなければならないのは、それが人間の能力という社会的文脈に強く影響される価値を基準に生殖の権利を管理しようとしていたことであろう。その意味で優生保護法の歴史は、現代社会にも引き継がれる問題である。しかし、それ以前の問題として、日本社会はいまだ優生保護法下における強制不妊手術の運用の実際さえ不十分にしか知りえていない。本報告が、優生保護法下での強制不妊手術の運用実態の一層の解明につながることを望まれる。

参考文献

舟津悠記(2018a)「北海道の優生保護法運用と精神衛生行政」『大原社会問題研究所雑誌』(722), pp.70-85

舟津悠記(2018b)「優生学の地域史－神奈川県優生行政の実態－」『日本歴史』(841), pp.54-65

松原洋子（1998）「戦時下の断種法論争—精神科医の国民優生法批判」『現代思想』26
（2）

松原洋子編・解説『優生保護法関係資料集成』第3巻、2019年（六花出版）

北海道衛生部・北海道優生保護審査会『優生手術（強制）千件突破を顧りみて』1956年

横山尊（2015）『日本が優生社会になるまで』勁草書房

厚生省公衆衛生局『わが国における精神障害の現状—昭和38年精神衛生実態調査—』

1965年

厚生省公衆衛生局『在院精神障害者実態調査報告 昭和31年』1960年

文末資料

第十二条 医師は、別表第一号又は第二号に掲げる遺伝性のもの以外の精神病又は精神薄弱に罹っている者について、精神衛生法（昭和二十五年法律第百二十三号）第二十条（後見人、配偶者、親権を行う者又は扶養義務者が保護義務者となる場合）又は同法第二十一条（市町村長が保護義務者となる場合）に規定する保護義務者の同意があつた場合には、都道府県優生保護審査会に優生手術を行うことの適否に関する審査を申請することができる。

優生保護法第 12 条に言及されている別表第 1 号、2 号とは 1962 年当時、以下となっている。

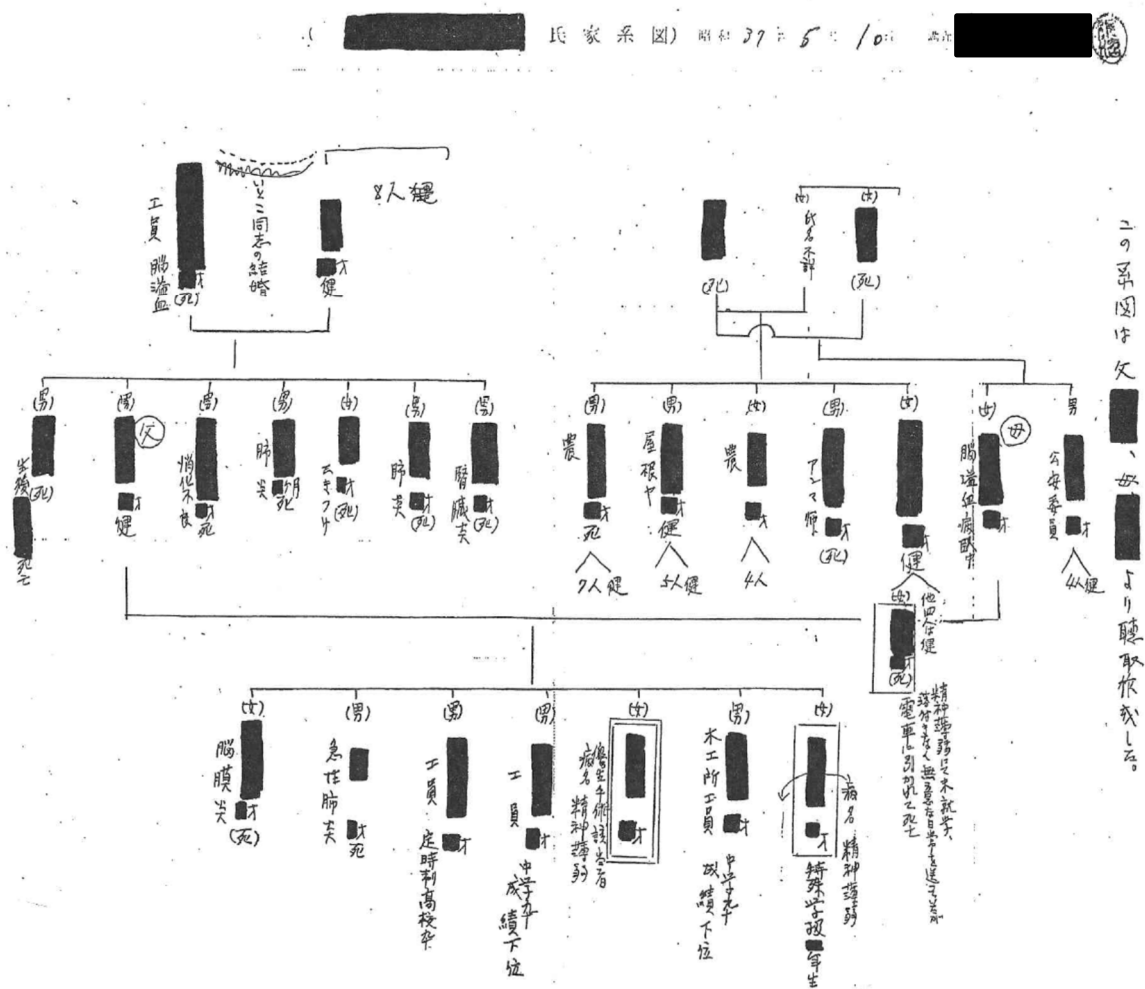
別表	先天性筋緊張消失症
	先天性軟骨發育障がい
一 遺伝性精神病	白児
精神分裂病	魚りんせん
そううつ病	多発性軟性神経纖維しゆ
てんかん	結節性硬化症
	先天性表皮水ほう症
二 遺伝性精神薄弱	先天性ポルフィリン尿症
	先天性手掌足しよ角化症
三 顕著な遺伝性精神病質	遺伝性視神経い縮
顕著な性欲異常	網膜色素変性
顕著な犯罪傾向	全色盲
	先天性眼球震とう
四 顕著な遺伝性身体疾患	青色きよう膜
ハンチントン氏舞蹈病	遺伝性の難聴又はつんぼ
遺伝性脊髄性運動失調症	血友病
遺伝性小脳性運動失調症	
神経性進行性筋い縮症	五 強度な遺伝性奇型
進行性筋性筋栄養障がい症	裂手、裂足
筋緊張病	先天性骨欠損症

上記「別表第一号又は第二号に掲げる遺伝性のもの以外の精神病又は精神薄弱に罹っている者」が第 12 条での対象になったのであり、これが優生保護法第 4 条との相違になるわけである。なお、当時の第 4 条の規定は以下である。

第四条 医師は、診断の結果、別表に掲げる疾患に罹っていることを確認した場合において、その者に対し、その疾患の遺伝を防止するため優生手術を行うことが公益上必要であると認めるときは、前条の同意を得なくとも、都道府県優生保護審査会に優生手術を行うことの適否に関する審査を申請しなければならない。

なお、患者家族の遺伝調査は、神奈川県の場合、「検診録」というものに家系図付きで添付されるのが情報の中心となっており、それは図のようなものである。

図 優生手術申請書類の一式の一つである「検診録」の一部である家系図見本



手術件数の多い都道府県の背景要因の検討

日本精神神経学会法委員会委員 竹島正、岡崎伸郎、三野進

手術件数の多い都道府県の背景要因の検討

要旨：【目的】優生保護法の運用実態の異なり、かつ一定の資料が残存している都道府県について、運用実態に影響した要因を検討することを目的とした。【方法】日本精神神経学会法委員会において資料収集可能であって、強制不妊手術の実施件数の多い北海道、宮城県について資料をもとに背景要因を検討した。【結果及び考察】北海道においては、第二次世界大戦後、外地・旧樺太からの引揚者の増加から1949年の人口419万人と急増し、過剰人口対策が急務であり、人口増加抑制と「逆淘汰」防止のため優生保護法の積極活用を促し、強制不妊手術の申請を容易にするシステムが行政主導で構築されたことが背景にあると考えられた。具体的には医師からの申請書を保健所経由にしなければならないとして、各保健所長に「医師による家族調書の作成」を要請している。宮城県においては、当時唯一の精神薄弱児入所施設の火災による焼失が契機となって社会福祉法人宮城県精神薄弱児福祉協会の設立となり、“愛の十万人県民運動”の中で、優生思想の普及とそれによる優生手術の推進に進み、政・財・官・メディア・医療・教育・福祉を網羅した「オール宮城」体制のもとで推進されたことが背景にあると考えられた。北海道、宮城県とも、精神科医ないし精神科医療が、制度運用の実務の担い手となったことは明らかであるが、政策形成に積極的に関与したかどうかについては不明であった。北海道、宮城県とも、精神科医や精神科医療がこの時流に激しく抵抗したという記録はない。当時の社会のあり方や国民意識を考慮すると、個別事例としてはやむを得ないものとして強制手術の申請を行った事例もあったかもしれないが、その行為は歴史の中で問われることとなる。北海道と宮城県の事例は、根拠となる法律があり、社会がひとつの方向に向かう中で、精神科医や精神科医療が自らの姿勢を示すことの困難さを示しているとも言える。しかし、そのような中でも、強制優性手術が抑制された都道府県の事例もある。京都府では、府下精神病院院長あてに優生手術の実施方（申請）について協力依頼を出した後のわずか2ヶ月後にそれを事実上撤回している。この経緯に精神科医や精神科医療の関与があったとしたなら、今後、旧優生保護法のような事態が生じたときの対処の示唆になる可能性もあり、情報収集と分析が望まれる。【結論】北海道、宮城県とも、旧優生保護法による強制不妊手術を進めていくことが社会の趨勢となり、行政もそれを積極的に進める中で、精神科医は強制不妊手術の申請者となっていた。精神科医や精神科医療が、制度運用の実務の担い手となったことは明らかであるが、政策形成に積極的に関与したかどうかについては不明であるが、その行為は歴史の中で問われることとなった。日本精神神経学会の旧優生保護法下の強制不妊手術への精神科医や精神科医療の関与についての調査は、精神科医療における倫理的・法制度的・社会的課題への取組の一例としても重要と考えられる。

目的

旧優生保護法は1948年に施行され、遺伝性疾患やハンセン病、精神障害などを理由に不妊手術や中絶を認めた。これまでの研究から、旧優生保護法による優生手術の申請者の多くは精神科医であったこと、都道府県によって優性保護法の運用実態には差があったことが示されている。精神科医療・精神科医の果たした役割を明らかにする上では、都道府県単位における優性保護法の運用実態の差の背景要因を都道府県単位で明らかにする必要がある。本研究は優生保護法の運用実態の異なり、かつ一定の資料が残存している都道府県について、運用実態に影響した要因を検討することを目的とする。

方法

日本精神神経学会法委員会において資料収集可能であって、強制不妊手術の実施件数の多い北海道、宮城県について資料をもとに背景要因を検討した。旧優生保護法が存在していた1948年から1996年までに法で規定された強制（本人の同意を要さない）不妊手術を受けた人は少なくとも全国で約16,500人いるとされる。北海道は全国最多の2,593人（約15.7%）が手術を受け、2位は宮城県の1,406人（約8.5%）であった。件数の推移にも特徴があり、北海道は1955年をピークとし1962年に半減し、それに代わり宮城県が1963年から1972年まで全国最多となった。

北海道については、北海道衛生部による「北海道精神衛生白書（1951）」北海道衛生部と優生保護審査会による「不妊手術（強制）千件突破を顧みて」（1956）等をもとに、1948年から1955年までの旧優生保護法の運用と背景要因を分析した。

宮城県については、1963年からの増加に関連して、国家賠償請求が提訴されて社会的関心が強まった2018年に、宮城県が県議会保健福祉委員会に提出した資料等をもとに、旧優生保護法の運用と背景要因を分析した。

（倫理面への配慮）本研究は刊行・公表されている資料の分析によるものであり、個人情報には取り扱わない。

結果

1) 北海道

第二次世界大戦後、外地・旧樺太からの引揚者の増加から1949年の人口419万人と急増し、過剰人口対策が急務であった。1951年12月、北海道衛生部は「北海道精神衛生白書」において遺伝性精神病の優生手術は医師の申請義務であるとして、医師からの申請書を保健所経由とし、遺伝性の立証(家系調査)を保健所の役割とすることで、医師の申請を容易にした。1952年5月には優生保護法第二次改正があり、遺伝性ではない精神病患者・知的障害者に保護義務者同意による強制優生手術を認めたが、1953年9月、北海道衛生部は精神科病院院長・施設長あての「優生手術の実施について」という通知において、「逆淘汰」防止の衛生教育的意味あいを兼ねて強制優生手術を強力に実施したいとして、旧優生保護法

第4条申請について、「遺伝歴が不明であっても診断が確実であれば申請を願う、遺伝歴は保健所で調査するので、遺伝歴不明であっても怯まず極力申請願いたい」とした。このように北海道においては強制不妊手術の申請を容易にするシステムが行政主導で構築された。具体的には医師からの申請書を保健所経由にしなければならないとして、各保健所長に「医師による家族調書の作成」を要請している。1956年1月、北海道衛生部と優生保護審査会は、北海道における強制優生手術の申請が優生保護法施行以来千件を突破したことを記念し、「優生(強制)手術手術突破を顧りみて」を刊行し、各都府県衛生部に送付した。この冊子は表紙・目次を除くと16ページであり、冒頭で民族衛生が遅々としていることを嘆き、その文脈で優生保護法と強制優生手術の意義を論じ、優生保護審査会の役割を解説している。そして申請件数の分析結果(病類、性別、地域、審査結果など)を図示し、最後に6事例をあげている。冊子で示された「優生保護審査会の年度別審査適否調」表によれば、審査件数1,012件のうち否決(未成年ないし非遺伝性で優生手術不可)9件で、残りは全て遺伝性疾患としての第4条申請として承認されている。申請医師の大部分は精神科医で、被申請者の85%が精神分裂病であった。冊子の作成には優生保護審査会として精神科医も関わっていたが、北海道の精神科医ないし精神科医療が、制度運用の実務の担い手となったことは明らかであるが、政策形成に積極的に関与したかどうかについては不明であった。

2) 宮城県

宮城県においては手術件数の推移が全国の傾向とは異なる。すなわち手術のピークが全国では1955年であるのに対して、宮城県では1965年と約10年遅くなっており、この間、先に減少に転じた北海道を抜いて年間手術件数で全国最多になっている。1956年12月11日、宮城県内で当時唯一の精神薄弱児入所施設であった「亀亭園」(仙台市長町)が火災で焼失し、約50人の入所者のうち3人が死亡した。施設は公費の補助によってゆくゆくは再建される見込みであったが、それを待たずに、広く県民から資金を募る運動が火災から2ヶ月足らずのうちに起こった。そしてこれが1957(昭和32)年2月12日、社会福祉法人宮城県精神薄弱児福祉協会の設立に結実した。設立趣意書には、協会の目的として4つの柱(県民のなかに精神薄弱児をしあわせにする考えをひろめる、精神薄弱児のいろいろな施設を整備してやる、特殊教育をもり上げる、優生保護の思想をひろめて県民の素質をたかめる)が示されていた。優生思想の普及とそれによる優生手術の推進を大きな目的のひとつとしたこの県民運動は“愛の十万人県民運動”と名付けられた。そして県民1人が1口100円で入会し、会員10万人で基金1千万円を集めるという目標が掲げられた。宮城県精神薄弱者福祉協会設立時の役員名簿は、協会の設立と“愛の十万人県民運動”が、政・財・官・メディア・医療・教育・福祉を網羅した「オール宮城」体制のもとで推進されたことを示している。顧問に並ぶ衆議院議員9名と参議院議員2名とは、当時の宮城県選出の国会議員すべてであり、保守系・革新系の別なくこの運動に賛同していた。また顧問には当時の東北大学医学部精神科教授が名を連ねていた。ただしこの教授が教室の門下生や

地元の精神科医らに対して優生手術の申請を促進するための具体的な働きかけを行っていたかどうかは、資料がないためわからない。

宮城県は機関委託事務として、(1) 優生保護相談所の設置・運営、(2) 優生保護審査会の設置及び審査、(3) 中央優生保護相談所への附属診療所（通称「愛宕診療所」）の設置による優生手術を行っていた。優生手術に関する費用は、国庫負担の下で、県予算に計上して支弁した。このうち(3)の中央優生保護相談所附属診療所（通称「愛宕診療所」）の前身は、終戦後に米軍が駐留していた影響で女性の中に蔓延した性病の治療や中絶手術を行うために県が設置していた愛宕病院である。その後米軍の撤収とともに患者数が減少したことによって規模が縮小されたところに、優生手術という役割を新たに担わされて、中央優生保護相談所附属診療所として改組されたのであった。当時、この診療所では県下の年間優生手術件数の約8割が行われており、診療所長は、県外での講演等で優生思想および優生手術の普及にも努めていた。なお1962年の県議会定例会の一般質問で、優生手術の運用体制についての質疑が行われた。この質疑が行われた翌年の1963年から、宮城県では優生手術の件数が急増し、1965年にピークを迎えている。これは、宮城県中央優生保護相談所附属診療所が開設されて、精力的に優生手術を行った時期とほぼ重なる。宮城県の精神科医ないし精神科医療が、制度運用の実務の担い手となったことは明らかであるが、政策形成に積極的に関与したかどうかについては不明であった。

考察

北海道は、第二次世界大戦後の人口急増という社会危機において、その解決の一端を旧優生保護法に求め、多数の強制不妊手術という犠牲を発生させた。優生保護審査会は、強制不妊手術の申請を容易にするシステムが行政主導で構築されていることを知った上でほとんどの申請を適（承認）としていた。宮城県は、1965年をピークとして、全国でも突出して多い優生手術が行われたが、その背景として、1957年に創設された社会福祉法人宮城県精神薄弱児福祉協会が、優生思想の普及と優生手術の促進を主要な目的に掲げた県民運動“愛の十万人県民運動”を「オール宮城」体制のもとで展開したこと、1962年に設置された県営の宮城県中央優生保護相談所附属診療所が精力的に優生手術を行ったこと、1962年の宮城県議会において優生手術を行う体制の整備促進を求める質問とそれに前向きな県当局の答弁が行われたことが影響した可能性は大きい。北海道、宮城県とも、精神科医や精神科医療がこの時流に激しく抵抗したという記録はない。当時の社会のあり方や国民意識を考慮すると、個別事例としてはやむを得ないものとして強制手術の申請を行った事例もあったかもしれないが、その行為は歴史の中で問われることとなる。北海道と宮城県の事例は、根拠となる法律があり、社会がひとつの方向に向かう中で、精神科医や精神科医療が自らの姿勢を示すことの困難さを示しているとも言える。しかし、そのような中でも、強制優生手術が抑制された都道府県の事例もある。1954年、厚生省公衆衛生局は、全国の自治体衛生部長あてに強制優生手術の実施状況が計画を相当に下回っているのを、一層努

力して計画通り実施（予算を執行）するよう通達した。京都府衛生部はこれに応じ、府下精神科病院院長宛に「精神障害者に対する優生手術の実施方について」という通達を出し、「精神障害者は年々増加傾向にあるのに第 4 条申請が極めて少ないことは憂慮に堪えない」と優生手術の実施方（申請）について格段のご協力を願うとの要請を行っている。しかし京都府衛生部長は、そのわずか 2 ヶ月後に精神科病院院長宛に通達を出し「京都府優生保護審査会に申請を行う場合には、被申請者の遺伝関係の有無、症状の詳細が審査の重要な要件でありますので、その者の血族中遺伝病にかかったものについての遺伝調査を充分に行い、且つ『公益上必要であると認めるとき』、すなわち優生上の見地から不良な子孫の出生するおそれがあると認めるときの条件に適合するかどうかについて慎重な検討を加えた上、別紙調査書に必要事項を起草いただき、責任のある申請をされるよう特にご配慮願いたく」として、前回要請を事実上撤回し、この年度の京都府での強制不妊手術例は 2 件に止まった。もしこの経緯に精神科医や精神科医療の関与があったとしたなら、今後、旧優生保護法のような事態が生じたときの対処の示唆になる可能性もあり、情報収集と分析が望まれる。

結論

旧優生保護法による強制不妊手術の実施数が多く、かつ一定の資料が残存していた北海道、宮城県について、運用に影響した要因を検討した。北海道は、第二次世界大戦後の人口急増という社会危機において、その解決の一端を旧優生保護法に求め、多数の強制不妊手術という犠牲を発生させた。宮城県は、1957 年に創設された社会福祉法人宮城県精神薄弱児福祉協会が、優生思想の普及と優生手術の促進を主要な目的に掲げた県民運動“愛の十万人県民運動”を「オール宮城」体制のもとで展開したことが背景となった可能性が大きい。北海道、宮城県とも、旧優生保護法による強制不妊手術を進めていくことが社会の趨勢となり、行政もそれを積極的に進める中で、精神科医は強制不妊手術の申請者となっていた。精神科医や精神科医療が、制度運用の実務の担い手という役割となったことは明らかであるが、政策形成に積極的に関与したかどうかについては不明であり、その行為は歴史の中で問われることとなった。日本精神神経学会の旧優生保護法下の強制不妊手術への精神科医や精神科医療の関与についての調査は、精神医療における倫理的・法制的・社会的課題への取組の一例としても重要と考えられる。

診療録を利用した研究の実現可能性の検討

日本精神神経学会法委員会委員 後藤基行、太田順一郎、
岡崎伸郎、加藤春樹、佐藤眞弓、
早苗麻子、竹島正、富田三樹生、
中島直、中村江里、三野進

診療録を利用した研究の実現可能性の検討

【概略】

西日本にある独立行政法人国立病院機構の精神科病院（以下、A病院）が保管している1950年代の診療録を調査し、優生手術の該当事例を発見できるかどうかを調査し、診療録の中に優生手術に関わる記載を簡易に同定する方法を考案することを目的とした。また、優生手術実施事例があった場合、診療録にどのような記述があるか、優生手術申請の判断根拠をたどることが可能か検討した。

法委員会委員らにより、A病院において1950年代半ばに入院歴のある患者の合計836冊の診療録の閲覧調査が行われた。その結果、優生手術に関わる診療録は7件が発見され、そのうち実際にA病院において手術を行ったのは1件、他の病院において優生手術を行ったのは1件、その他として優生手術に関わる記載のあった診療録は5件だった。

それら診療録の分析により、専門的知識がなくとも簡便に優生手術の記録を発見するために、当時の精神科診療録のうち「要約」の「経過」（「特殊治療」）欄と「体温表」の「特殊治療」に関する記載の項目を通覧する、という方法が効果的であることが分かった。また、A病院から発見された優生手術該当事例1件の診療録からは「優生手術申請の判断根拠をたどること」は困難であり、その他の病院作成文書として『退院願綴』等の情報も参照することが重要だった。

【背景・先行研究】

優生保護法は1948年に施行され、遺伝性疾患やハンセン病、精神障害などを理由に強制的な不妊手術や中絶を行うことを可能としていた。全国で約1万2千人が本人の同意なく不妊手術を受けたとされ、精神科医も優生手術に関与したことが報告されている（岡田2002）。法委員会は、厚生労働省が2018年に行った全国の都道府県・医療機関等における優生保護法関連資料の保管状況に関する調査の公開された資料を分析したが、精神科医の優生手術への関与についての情報はほとんど含まれていなかった。

優生保護法については、第一の研究潮流として、優生政策と精神医療にかかわる研究があげられる。これには国民優生法、優生保護法の立法過程での精神科医の関与について検討した松原（1998）、岡田（1992、1998-2004）、横山（2015）らの研究がある。特に岡田は、1990年代初頭という早い時期からこの問題に取り組んできた。これら先行研究によると戦時下の精神科医は国民優生法に関して批判的な主張を展開したのに対して、戦後の優生保護法の立法に関しては精神科医による強い批判は確認されず、優生手術が拡大した戦後期における精神科医の態度は未解明の部分が多い。

第二の研究潮流として、優生保護法の運用レベルでの実態について検討した舟津（2018a, 2018b）、利光（2019）の研究があげられる。両者の研究は、公文書館や各自治

体で個人識別情報をマスキングした上で公開されている文書に基づいて行われているが、優生保護法の運用プロセスに多くの精神科医が関わっていたことが部分的に紹介されている。その他、優生保護法の運用に関わる政府・自治体の資料は、2019年から2020年に松原洋子編・解説「優生保護法関係資料集成」全6巻（六花出版）において復刻されて刊行されている。

このように立法過程および行政文書を利用した研究成果は徐々に蓄積されてきたが、優生保護法下における優生手術に関わる最も重要な資料の一つである医療機関における診療録を利用した研究は、これまで稲田（1998）のものが唯一と言ってよい状況である。稲田が利用したのは「某病院」の資料で、昭和24（1949）年から昭和37（1962）年までの15件の強制不妊手術に関する書類・カルテについて検討がされ、このうち8件は優生手術の実施が確認されている。ただし、その資料の利用については稲田自身が「本稿での検討自体が、プライバシー保護の問題との関連でひとつの検討素材となることであろう」と言うように、資料アクセス上の困難があったことが示唆されている。その他、松沢病院の診療録で優生手術の事例について述べた著作もあるが（斎藤2020）、研究論文として公表されたものではない。このように研究が少ないのは、日本では医療機関の作成した診療録や運営記録その他の文書群が長期的に保存管理の対象となっていないことが一因となっている。

以上から、第三の研究潮流として、医療機関作成の診療録などの一次資料を利用した研究を進める必要があるが、まずは精神科医療機関に優生保護法施行期に作成された診療録が残されているのか、残されているのであればその中に優生手術の記録を発見できるのか、そこにはどのような内容が記述され、どのような分析が可能なのかを検討する必要がある。

【目的】

西日本にある独立行政法人国立病院機構の精神科病院（以下、A病院）のA病院が保管している1950年代半ばの診療録から、優生手術の該当事例を発見できるかどうかを調査し、診療録の中に優生手術に関わる記載を簡易に同定する方法を考案することを目的とする。また、優生手術に関わる事例が発見された場合は、優生手術該当事例の診療録等にもどのような記述があるか、優生手術申請の判断根拠をたどることが可能か検討することを目的とする。

【方法】

承認を受けた倫理審査の申請書において、「優生手術該当事例が存在した場合、以下の情報を収集する。A病院において法委員会委員である精神科医複数名と共に診療録を閲覧し、その読解と共に情報収集を行う」としていたが、この内で診療録については以下の情報を参照した。

A 病院のある都道府県において優生手術が多く行われていた時期である 1950 年代半ばに在院履歴のある患者を対象に、当時の精神科病院の診療録のフォーマットにほぼ共通して存在する以下の 2 項目を重点的に調査し、優生手術の履歴を簡易に発見可能か検討を行った。

- ①「要約」の「経過」欄
- ②体温表の特殊治療に関する記載

また、情報収集においては、退院名簿（入所者名標）が発見されたため、こちらも内容を調査検討した。

【倫理的配慮】

本研究は、A 病院並びに日本精神神経学会の倫理委員会の承認を受けて実施した。

【結果】

調査は下記の日程、人員によって行われた。

調査回	調査日	調査者	調査対象診療録合計冊数
第 1 回 (予備調査)	2020 年 11 月 26 日 ~27 日	後藤、中村	153
第 2 回	2022 年 7 月 14 日 ~15 日	後藤	129
第 3 回	2022 年 10 月 5 日~6 日	中村	212
第 4 回	2022 年 10 月 27 日~28 日	後藤	56
第 5 回	2022 年 11 月 16 日~17 日	後藤、中村 (17 日)	112
第 6 回	2023 年 1 月 26 日~27 日	太田 (26 日)、岡崎 (27 日)、後藤 (26・27 日)、佐藤 (26・27 日)、早苗 (26・27 日)、竹島 (26 日)、中村 (26 日)、三野 (26 日)	174

第 1 回から今回調査分の第 6 回までの法委員会委員による調査の結果、合計 836 冊の診療録の閲覧調査が行われた。第 6 回の調査においては、精神科医 5 名の帯同により、未調査分の調査のみならず、これまでに発見されていた優生手術事例 1 例およびその関連事例 5 例の診療録を調査し、「手術歴を発見した場合、診療録にどのような記述があるか、優

生手術申請の判断根拠をたどることが可能かを検討すること」という研究目的について調査を行った。

以上6回の調査の結果、調査対象期間とした1950年代半ばに入院歴がある患者診療録の中で、優生手術に関わる診療録は以下の事例7件が発見された。このうち、実際にA病院で手術を行ったことが確実なのは1件、他の病院で優生手術を行ったことが明記されていたのが1件だった。

該当事例一覧

- A病院で優生手術が行われた事例（資料1）
- 他の病院で優生手術が行われた後、A病院に入所した事例（資料2）
- A病院で優生手術を行うことが検討されたが、実施には至らなかった事例（資料3・4・5）
- その他優生手術に関連する記載があった事例（資料6・7）

文中の*は解読不能だった箇所、■はセンシティブ情報等のための伏字、〔 〕は執筆者注、（ ）は原文ママ

【資料1】A病院で優生手術が行われたことが確認される事例

- ・入院期間：昭和X年7月31日～X+1年1月23日（第2回）
- ・患者概要：20代後半、女性、躁鬱病、2回目退所
- ・要約経過欄に、「優生手術後退所した」、特殊療法に「優生手術」と記載あり。
- ・体温表に「優生手術（卵管結紮）」と赤字で記載あり。
- ・現病経過によると、「昨年7月10退所後、異常なくZ市で食堂の女給をして居たが、4月頃、変だと云ふので解雇された。帰宅後は頭痛、不眠を訴へ、何も仕事をする事なく終日寝転んでいる。無口で時々発作的に暴行をする。身繕ひもろくにしない」。
- ・負因は「一」となっている。遺伝歴は第一回入所時のカルテにあり。
- ・優生手術の執刀医についての情報は、医師名が記載されておらず診療録からは明らかにならなかった。

注：本該当事例については、診療録とは別に、A病院の診療録保管庫に保存されている『退院願綴』という簿冊があり、これはすべての患者の退院時に作成される文書によって構成されている。当時の『退院願綴』は主に「退院願」と「入所者名票」なる2枚の紙から退院患者1名分のデータが作成される。『退院願綴』における優生手術該当者を同定すると、この「入所者名票」には以下のような情報の記載があった。

「優生手術の要望、母の同意の上優生手術を申請す 2.7 手術決定通知」

「11月の診療費は優生手術施行のため、15日分支払い手術料それに伴う衛生費は公衆衛

生課へ請求その残りを予防課及び本人宅に請求する」

「X年11月17日午後2時より優生手術を実施す国立Z病院長

入院費その他手術料は県より負担」

「負担区分」は「精神衛生法本人負担1000円」

「X.8.20-10.21、患者は遺伝性疾患のため優生手術の申請をなす

Z県衛生部衛生部長室にて手術適否の委員会施* ■■■医官出席

【資料2】 他の病院で優生手術が行われた後、A病院に入所した事例

- ・入院年月日：X+2年7月20日-X+2年9月20日
- ・患者概要：40代、男性、精神分裂病、2回目退所
- ・要約欄にX-2年にA病院からB病院に転院し、そこで電撃療法、インシュリン療法、ロボットミー、優生手術など行われた、とある。X+2年に再度A病院に入所。
- ・X-17年6月ころより精神異常
- ・■■■脳病院、■■■大精神科に入院治療、不完全寛解で退院（X-7年）
- ・■■■院カルテより転記
治療内容その他はほとんどがドイツ語
X-1.6.15 ロボトミー
X.3.25 優生手術

【資料3】 A病院で優生手術を行うことが検討されたが、実施には至らなかった事例

- ・入所：X+3年3月22日
- ・退所：X+3年8月31日
- ・患者概要：10代後半、男性、癲癇兼精神薄弱
- ・経過：
 - 診断 てんかん 精神薄弱
 - 転帰 不変
 - 負因 なし
 - 性格 大人しい 非社会的 ものごとに飽きやすい
 - 体型 闘士型
- 経過 3歳時男に頭を蹴られて意識障害あり。外傷痕あり。6~7歳頃よりてんかん発作あり。その治療のために第1回入所。X+3年1月から外来にてアレピアチンの服用をしていたが、第2回入所の1ヶ月前より暴力があり、第2回入所。入所後2回発作があり、その後はなく経過良。
- 家族の希望により優生手術による去勢（Kastration）を申請。

その理由：暴力をなくすため。

「家族の希望により優性手術による Kastration を申請中なるも許可が来ず経済的理由により退所許可があれば再入院して Operation を受ける由」

鈴木ビネー式知能検査 13 得点 5 知能年齢 2 歳 1 ヶ月

- ・ 家族の希望で優生手術を申請したが、許可が来る前に経済的理由で退所
- ・ その後の経過は不明

【資料 4】 A 病院で優生手術を行うことが検討されたが、実施には至らなかった事例

- ・ 入所年月日：X+2 年 8 月 26 日
- ・ 退所年月：X+3 年 10 月 5 日
- ・ 患者概要：40 代、男性〔女性か？〕、精神薄弱（興奮型）
- ・ 経過：

「ロボットミーと Kastration をすることにより Ertisch〔注：Erotisch の誤記と思われる〕な所をとりたいといふ家族の希望により入院。県に先づ優性手術の許可申請をなしあるも許可なく約一年 2 ヶ月当所に保護収容す。経済的な関係により退所せしも、手術の許可があれば再入院する希望あり」

【資料 5】 A 病院で優生手術を行うことが検討されたが、実施には至らなかった事例

- ・ 入院期間：X-4 年 5 月 9 日～X+17 年 6 月 24 日〔第 2 回 注：第 1 回の記録は所在不明〕
- ・ 患者概要：40 代、男性、精神分裂病
- ・ 経過：

「(治療)〔調査員注：入院日の記載であり、入院時に計画された治療という意味か〕

- ① Prefrontal Lobotomy
- ② 優生手術
- ③ 薬物療法
- ④ 作業療法」

や

「優生手術（許可：父）口頭許可」

といった記述があった。①は X-4 年 5 月 18 日（途中で中止）、同年 5 月 25 日、S25 年 1 月 25 日に行っているが、②については診療録にその後記述がない。

【資料 6】 その他優生手術に関連する記載があった事例

- ・退所年月：X+1 年 2 月
- ・患者概要：20 代、男性、精神薄弱、2 回目入所
- ・経過：「aufnehmen して 3 日目の午後、便所手洗場コンクリート壁を破って離所。約二週間経て Familie から連絡あり、帰所すべくすすめたが、応せず。由てその儘離所退所。antisoziale Handlung〔調査者注：窃盗癖、徘徊癖、濫費、衝動的、性欲亢進〕に対して何等治療を施し得（睾丸摘出術、甲状腺部切除術、間脳レ線深部照射等）なかったことを遺憾とす。
- ・第一回入所時の経過：「入所 2～3 日をおいて 2 回離所。放火、彷徨癖。家族の希望に依り Lobotomie を施行せしに性格変化を来し極めて従順となり Arbeit にも可能となる」。

【資料 7】 その他優生手術に関連する記載があった事例

- ・退所年月：X+3 年 12 月上旬
- ・患者概要：10 代半ば、男性、精神病質人格
- ・経過：非行が主症状。入所時にも他の患者などに悪戯し、離所したり、その言動に微塵の反省も見られず。「30/11 entlassen した。然しながら積極的方策としての Lobotomie 及び Kastration が出来なかったことを遺憾とする。因みに Intelligenz は新制田中-B 式で偏差値 32、段階劣（不可）を示した」。

【考察】

1950 年代半ばに A 病院に入院していた患者の診療録を通覧し、（1）「要約欄」「体温表」の 2 カ所から簡易に優生手術の該当事例を発見できるかどうか、また（2）手術事例が発見された場合は、当時の優生手術の該当事例の診療録にどのような記述があり、優生手術申請の判断根拠をたどることが可能か、検討することを目的に調査を行った。

（1）について

当時の診療録に共通して設けられていたと考えられる、診療録の表紙めくって 1 枚目の「要約」の「経過」（「特殊治療」）欄、そして体温表の特殊治療に関する記載につき、合計 836 冊の診療録を調査した結果、7 件の優生手術関連事例が発見された。

要約欄は患者に関わる在院中の特記すべき出来事や特殊治療が簡潔に記載されるものであり、優生手術のような法律に規定されていた外科手術を行った場合は、ここに書かれると想定するのが妥当と考えられる。また、体温表は基本的には毎日看護師が記入する

（注：長期在院化すると省略されていくこと多し）項目であり、治療行為は原則すべて記入されていたと考えられる。よって、やはり優生手術のような外科手術が行われた場合、ここに何らかの記載がされると推定すべきである。

上記の推定に加え、今回の A 病院の調査により実際に関連事例が 7 件発見されたことから、診療録の全体に目を通すのではなく、この 2 か所のみを通覧することにより優生手術のような外科手術にかかわる記述を抽出することができる可能性が高いことが分かった¹。

以上より、「診療録における優生手術に関わる記載を簡易に同定できる方法論」として、精神科診療録のうち、「要約」の「経過」（「特殊治療」）欄、と体温表の特殊治療に関する記載の項目を通覧する、という方法が考案された。

（2）について

法委員会の一連の調査によって明らかになった優生手術実施事例は 1 件であった。この事例について精神科医 5 名を含めた法委員のメンバーが優生手術申請の判断根拠をたどることが可能かを検討した。その結果、当該事例の遺伝的負因は「－」（マイナス）となっていることもあり、判断根拠は診療録にある医師の記述からは明確にならなかった。

このほか、A 病院診療録保管庫に別途保存されている、診療録ではない『退院願綴』における該当患者分を調査すると、患者についての概要情報があることも判明した。特に【資料 1】の手術実施事例について検討すると、手術に衛生費として公衆衛生課と予防課への請求が一部なされていることで公費支出の事実が確認できる。また、「患者は遺伝性疾患のため優生手術の申請をなす」とあることから、優生保護法上の手続きである「優生手術申請書」における申請理由は遺伝性疾患として申請されたと考えられる。ただし、診療録の中には遺伝歴はマイナスと書かれており、優生手術申請書における「遺伝性疾患のため」との記載は A 病院の診療録を基にした情報ではないことがわかる。『退院願綴』の情報をまとめると、母が手術に同意しているが、遺伝を理由とした優生手術申請書が作成されており、公費支出の事実もあることから、第 4 条での公費負担のある強制的な不妊手術だったことが推定され、手術執刀者は国立 Z 病院長**院長、執刀場所は A 病院内だったと考えられる。

以上より、今回 A 病院において発見された優生手術該当事例だった診療録だけでは「優生手術申請の判断根拠をたどること」は困難であったが、これが他の医療機関の診療録においても同様であるのか、あるいは他所においてはより詳細かつ手術の根拠をたどることができるのかは、今後他機関の診療録を調査しないことには評価不可能である。ただし、A 病院における『退院願綴』がそうであったように、今回は発見されなかった手術記録や、都道府県優生保護審査会に提出された優生手術申請書や健康診断書などは、診療録を作成している際に医師がこれらの書類を前提にしていた可能性がある。優生手術の実際の取扱いの実像を知るためには、医療機関におけるこれら関連文書の発見が重要であり、それらと診療録を組み合わせた分析が必要であると考えられた。

¹ ただし、診療録の他の箇所はそもそも調査において閲覧していないため、優生手術事例を見落とした可能性は存在している。

参考文献

- 稲田朗子「断種に関する一考察——優生手術の実態調査から」『九大法学』(75) 183-225, 1998-03
- 岡田靖雄（1992）「断種法問題—その広がりを見取り図—」『日本医史学雑誌』 38（2）
- 岡田靖雄（1998）「齋藤玉男—断種法史上の人びと(その1)—」『日本医史学雑誌』 44（1）
- 岡田靖雄（1999）「金子準二—断種史上の人びと(その2)—」『日本医史学雑誌』 45（3）
- 岡田靖雄（2000）「永井潜—断種法上の人びと(その3)—」『日本医史学雑誌』 46（4）
- 岡田靖雄（2001）「吉益脩夫—断種法をめぐる人びと(その4)—」『日本医史学雑誌』 47（2）
- 岡田靖雄（2002a）「断種法史上の人びと(その5)—三宅鑛—」『日本医史学雑誌』 48（2）
- 岡田靖雄（2003）「断種法史上の人びと(その6)—成田勝郎・付菊池甚—」『日本医史学雑誌』 49（2）
- 岡田靖雄（2004）「齋藤茂吉・ほか—断種法史上の人びと(その7)—」『日本医史学雑誌』 50（2）
- 岡田靖雄（2002b）「国民優生法・優生保護法と精神科医」齋藤有紀子編著『母体保護法とわたしたち』明石書店
- 岡田靖雄（2002c）『日本精神科医療史』医学書院
- 齊藤正彦（2020）『都立松沢病院の挑戦—人生100年時代の精神医療』岩波書店
- 利光恵子（2019）「優生保護法のもとでの強制不妊手術と公文書」『立命館生存学研究』 vol.3
- 舟津悠紀（2018a）「優生学の地域史—神奈川県優生行政の実態」『日本歴史』 841号
- 舟津悠紀（2018b）「北海道の優生保護法運用と精神衛生行政」『大原社会問題研究所雑誌』 No.722
- 松原洋子（1998）「戦時下の断種法論争—精神科医の国民優生法批判」『現代思想』 26（2）
- 松原洋子編・解説（2019～2020）『優生保護法関係資料集成』全6巻、六花出版
- 横山尊（2015）『日本が優生社会になるまで』勁草書房

「参考資料」

【資料1】については、法委員会による診療録調査によって発見された優生手術該当事例のため医師の記述欄含めて、調査者の書き取り概要を記す

注：文中の＊は解読不能だった箇所もしくは補足、■は個人情報のための伏字、？は調査者の推測もしくは補足である

（経過概要）

X年7月31日に自殺企図・希死念慮を伴ううつ状態で入所。入所直後からESを隔日に9月21日迄19回施行し、うつ状態は軽快した後10月21日から作業（療法？）参加。11月17日に優生手術。

本人への優生手術を行うという告知は、前日に「明日、優生手術の話をする」という一行のカルテでの記載のみ。11月17日、優生手術。リーブマン氏卵管結紮術（腹式）という優生保護法規則に定められた優生手術式の記載あり。

看護記録では、手術直前には手術室までは大人しく「連行」されたものの、手術前に何度も恐怖心を訴えたためオーロパン（麻酔薬）静注したのち、手術。その後、3日間は絶食。エフェドリン・モルヒネ筋注、補液確保、患部の疼痛、不安を訴えたためナルコポン（調査者注：ヘロイン類似薬・太宰治が依存したもの）を皮注。外科的侵襲はかなり大きく、3日絶食その後も粥食が続き、抜糸は2週間後で包帯？が外れたのが11月30日。12月から作業に復帰、ES施行はなく、X+1年1月23日に退所。カルテの記録では、主治医の意向ではなく家族の要請だが、退所の経緯について書き直しがあり。

遺伝歴は第1回入所診療録に記録があるも、父が20年前に急性**で死亡、同胞5人の末子、長男は災害死、次男は寡黙とあり、姉はふたりおり、手術日には面会にその一人が来訪。診療録には遺伝負因はないと記載あり。

既往歴として、患者が20歳の時に、（調査者注：恐らく躁状態となり）「火遊びしたり親に暴力をふるい2ヶ月ほどで軽快したが、時々無断で一晩どこかに泊まっていることがあった」という記載あり。

9/22の看護日誌の記載に自殺企図、何も言わないのに茶碗を割ったり乱暴したりするので、柱に手が腫れるくらいしっかり縛られていたという本人の話あり。

優生手術申請と手術に至る診療録での記載は、根拠や家族とのやり取りも含めなし。「時々無断で一晩どこかに泊まっていることがあった」というエピソードあり。

診断名：躁うつ病

Rezidiv（調査者注：再発）、depressiv（調査者注：抑うつの）

遺伝歴：記載なし

X年

9月 depressiv (調査者注：抑うつ的)、stumpf (調査者注：感情鈍麻)
ES (調査者注：電撃療法) 隔日5回×2クール、オウロパン静注併用
ES-Phobie (調査者注：電撃療法恐怖症)
(看護記録) 施行の際、強度に拒否され、「恐ろしい、私を苦しめないでください」との訴え。病室に連行しようとするも、素直に応じられず。

10月22日 「幾分ヨイデス」甲作業開始

11月16日 明日の優生手術の話をする

11月17日 優生手術

手術中、ボマミン1A皮注、ペルカイン腰麻(調査者注：腰椎麻酔)1.3cc
リープマン氏卵管結紮術(複式)

Tubesresektion (調査者注：輸卵管切除)

※術者名の記載なし。手術記録なし(調査者注：別にあったものがすでに廃棄されたか)

(看護記録) 午前中、姉さん方の面会あり。

午後2時35分より手術開始。

外来迄連行時には温和に来られるも、手術前、頻りに恐怖を訴えられし為、主治医の御下命によりオーロパン1A静脈注射後、手術開始。

手術中は脈搏、絹々頻激なるも正常にて変わりなし。

(以後、術後疼痛の記載数カ所)

11月18日 Harnretention (調査者注：排尿滞留)あり導尿

11月19日 Gas排出なし、エフェドリン、モルヒネ、ペニシリン投与

※以後11月23日まで記載なし

11月23日 Heilung (調査者注：治癒)、退所(家族の要請により)

(Drの要約) ES10回にて ruhig (調査者注：静穏)、zugänglich (調査者注：疎通性良好)

Krh.einsicht (調査者注：病識) : unsicherbar (調査者注：不確実)

leicht Zerstreutheit (調査者注：軽度の注意散漫)

(処方) Sulfonil 0.5 (調査者注：ズルフォン酸か、感染症対策)

Barbital 0.3 (調査者注：現在は使われない眠剤)

Mag.ust 0.2 (調査者注：マグネシウム製剤、便秘対策)

v.d.S. (調査者注：眠前)

注：優生手術の説明については、手術の前日に行ったとの簡単な記載があるが、内容や同意・不同意の別については記載なし。通常、執刀医が作成する手術そのものの記録は見つからなかった。

優生手術への精神科医の関与
—学会員を対象とした質問紙調査—

日本精神神経学会法委員会委員 後藤基行、中村江里、竹島正

優生手術への精神科医の関与
—学会員を対象とした質問紙調査—

【概略】

優生保護法への日本精神神経学会会員の関与と、現在におけるこの問題への理解を把握することを目的に、2020年12月19日から2021年2月28日にかけて日本精神神経学会会員19,208人（当時）を対象にメールを経由したウェブ調査を実施した。

回答者の性別は男性324名、女性133名、その他4名であった。回答者の年齢は「30歳未満」12名（2.6%）、「30～39歳」78名（16.9%）、「40～49歳」148名（32.1%）、「50～59歳」127名（27.5%）、「60～69歳」74名（16.1%）、「70～79歳」20名（4.3%）、「80歳以上」2名（0.4%）であった。優生保護審査委員の経験に「あった」とした回答はなく、第3条による任意優生手術の申請の経験のある会員は3名、第4条による強制優生手術の申請の経験のある会員は1名であった。2018年に優生保護法について広範に報道されるようになる前に優生保護法の存在を知っていたのは83.5%、知らなかったのは16.5%であった。優生保護法の強制不妊手術については「大いに問題がある」78.5%、「やや問題がある」8.7%、「どちらともいえない」11.5%、「あまり問題はない、問題はない」1.3%であった。優生保護法の任意不妊手術については「大いに問題がある」48.4%、「やや問題がある」24.1%、「どちらともいえない」19.7%、「あまり問題はない、問題はない」7.8%であった。一般社団法人日本医学会連合「旧優生保護法の検証のための検討会」が「旧優生保護法の検証のための検討会報告書」（2020年6月）を公表したことについては「読んだことがある」8.7%、「聞いたことがある」25.6%、「知らなかった」65.7%であった。日本健康学会（旧日本民族衛生学会）が「理事会報告：「日本民族衛生学会」と国民優生法」の（2019年7月）を公表したことについては「読んだことがある」4.6%、「聞いたことがある」9.3%、「知らなかった」86.1%であった。旧優生保護法下の運用において精神科医が果たしていた役割については「とても大きかった」25.4%、「ある程度大きかった」43.4%、「どちらともいえない」28.4%、「あまりなかった、まったくなかった」2.8%であった。優生思想の普及において精神科医が果たしていた役割については、「とても大きかった」17.8%、「ある程度大きかった」41.9%、「どちらともいえない」36.2%、「あまりなかった、まったくなかった」4.1%であった。自由回答では、学会調査に対する期待が述べられた一方で、現代の基準から過去を評価することに慎重な意見も少なくなかった。また同法に関する知識不足から教育・研修の機会を求める声もあった。優生保護法の運用に実際に関わった会員は少なく、優生手術がはらんでいた人権侵害の側面については一般論としてよくないものだと考えつつも、精神科医がどのような関与をしていたかについては知識が十分でなく、精神科医が重要な役割を果たしていたとは考えていない会員も少なくなかった。特に、同法に直接関わった会員がごくわずかだったことは、本調査の時代的限界を示していた。実態解明のためには本来であれば同種の調査は

数十年前に行われている必要があったかもしれない。しかしながら、同法の優生手術の規定が歴史的にもたらした被害はより精緻に明らかにされるべきものであり、そのためにも本学会は関連の研究成果をフォローするのみならず、診療録といった一次資料の保存やアクセス環境の向上に協力していくことが望ましいと考えられた。

【背景】

優生保護法は1948年に施行され、遺伝性疾患やハンセン病、精神障害などを理由にした強制的な不妊手術や中絶を認めた。そして全国で約1万6千人が本人の同意なく不妊手術を受けたとされる。優生保護法の当事者に対する強制的な不妊手術は、第4条に基づく主に「遺伝性」疾患患者に対する手術と、第12条に基づく遺伝性疾患以外の患者への保護義務者の同意に基づく手術に大別され、両条は医師の申請により第5条に定める都道府県優生保護審査会にて手術の適否が審査された。また、この他に第3条では、本人の同意並びに配偶者の同意で行う優生手術も存在した。この法律の制定された当時、優生学的思想は社会的に容認され、精神科医師も優生保護法に基づく手術に関与したことが報告されている。一方で、優生保護法が1996年に母体保護法へと変わってから四半世紀以上が経ち、当時どのような精神科医の関わりがあったかは不明な点が多く、現在関係者の理解も深いとは言えない状況にある。

【目的】

優生保護法への日本精神神経学会会員の関与と、現在におけるこの問題への理解を把握することを目的とした。

【方法】

日本精神神経学会会員19,208人（当時）を対象に、学会事務局から会員の登録アドレスにメールを一斉送信し、ウェブ調査を実施した。調査期間は2020年12月19日～2021年2月28日だった。集計結果について記述統計を分析した。

【結果】

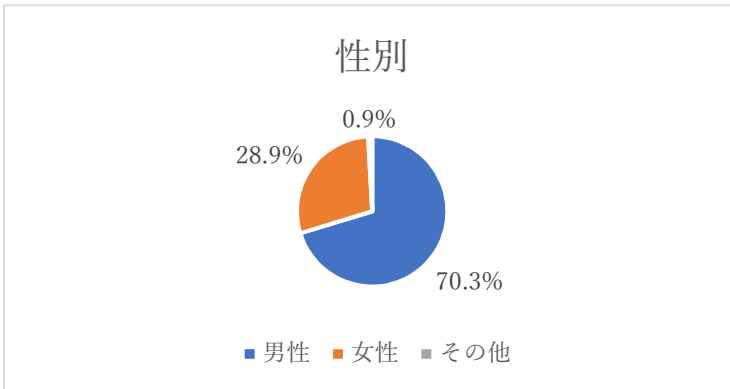
回答総数は461件、回収率は2.4%だった。

1. 性別

回答者の性別は男性324名、女性133名、その他4名だった。

1. あなたの性別をお答えください	実数	割合
男性	324	70.3%

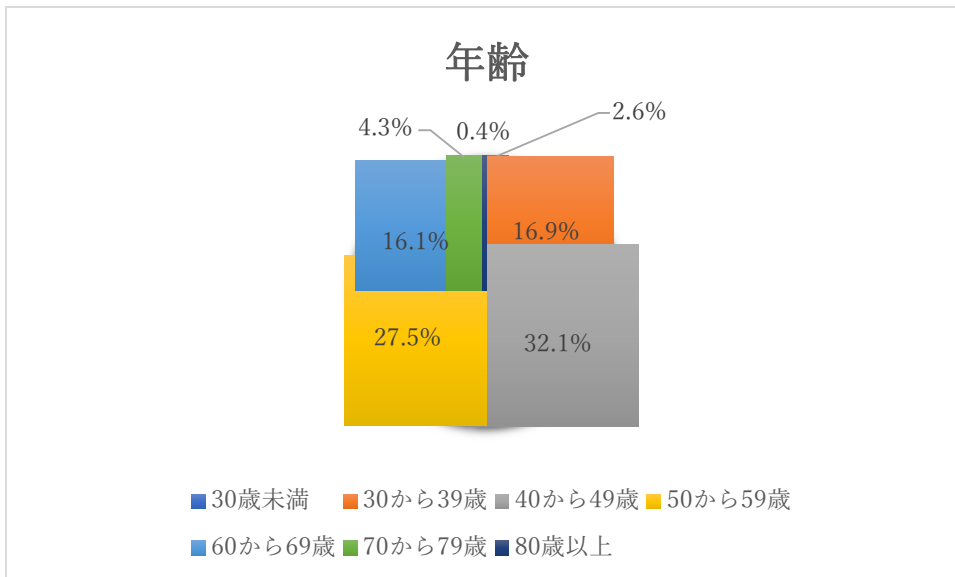
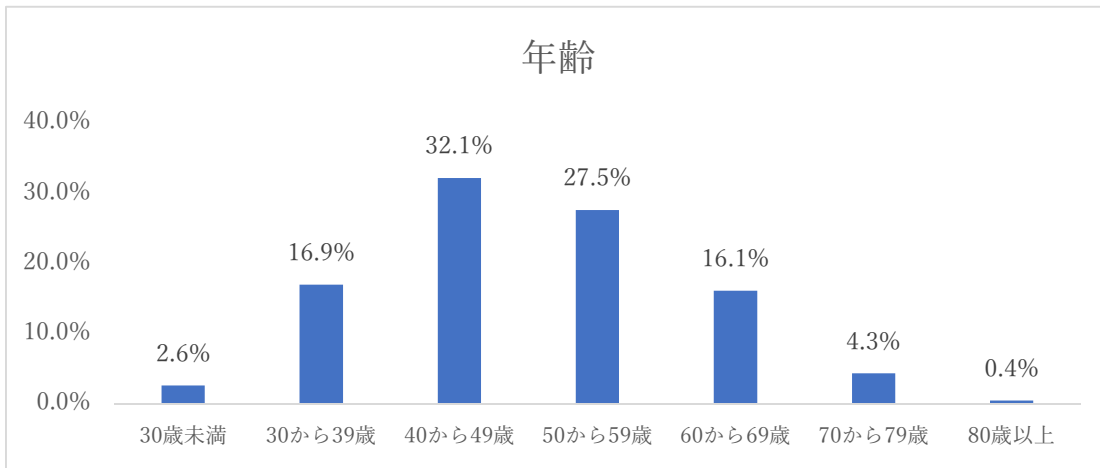
女性	133	28.9%
その他	4	0.9%
総数	461	100.0%



2. 年齢

回答者の年齢は30歳未満が12名(2.6%)、30から39歳が78名(16.9%)、40から49歳が148名(32.1%)、50から59歳が127名(27.5%)、60から69歳が74名(16.1%)、70から79歳が20名(4.3%)、80歳以上が2名(0.4%)だった。

2. あなたの年齢をお答えください。	実数	割合
30歳未満	12	2.6%
30から39歳	78	16.9%
40から49歳	148	32.1%
50から59歳	127	27.5%
60から69歳	74	16.1%
70から79歳	20	4.3%
80歳以上	2	0.4%
総数	461	100.0%



3. 優生保護審査委員の経験

優生保護審査委員会の委員をつとめた経験のある回答者はいなかった。

1) あなたは旧優生保護法に基づく優生保護審査会の委員をつとめたことがありますか。	実数
はい	0
いいえ	461
総数	461

4. 任意の優生手術への関与の有無

優生保護法の第3条が定める任意での優生手術にかかわったことのある回答者は3名だった。回答者の内、当時「とても納得していた」と回答したのは1名、「ある程度納得していた」と回答したのは1名、「あまり納得していなかった」と回答したのは1名だった。

2-1) あなたは旧優生保護法に基づく任意の優生手術(第三条)に関わったことがありますか。	実数	割合
はい	3	0.7%
いいえ	458	99.3%
総数	461	100.0%

2-2) ※2-1)で「はい」と答えた方にお聞きします(「いいえ」と回答した方は3-1の質問に飛んでください)。不妊手術の申請をした当時、どのように考えていましたか。その当時のあなたの考えに最も近いものに○をつけてください。	実数
とても納得していた	1
ある程度納得していた	1
どちらともいえない	0
あまり納得していなかった	1
全く納得していなかった	0
総数	3

5. 強制不妊手術(第4条)の申請経験の有無

優生保護法の第4条が定める強制的な優生手術にかかわったことのある回答者は1名だった。回答者の内、当時「ある程度納得していた」と回答したのは1名だった。

3-1) あなたは旧優生保護法に基づく強制不妊手術の審査の申請(第四条)をしたことがありますか。	実数
はい	1
いいえ	460
総数	461

3-2) ※3-1) で「はい」と答えた方にお聞きします（「いいえ」と回答した方は4の質問に飛んでください）。不妊手術の申請をした当時、どのように考えていましたか。その当時のあなたの考えに最も近いものに○をつけてください。	実数
とても納得していた	0
ある程度納得していた	1
どちらともいえない	0
あまり納得していなかった	0
全く納得していなかった	0
総数	1

6. 法律の存在についての知識

2018年以前に優生保護法の存在について知っていたのは回答者中で83.5%、知らなかったのは16.5%だった。

1) 2018年以降、この法律の存在が広範に報道されるようになりました。あなたは、2018年以前に、この法律が存在したことを知っていましたか。	実数	割合
知っていた	385	83.5%
知らなかった	76	16.5%
総数	461	100.0%

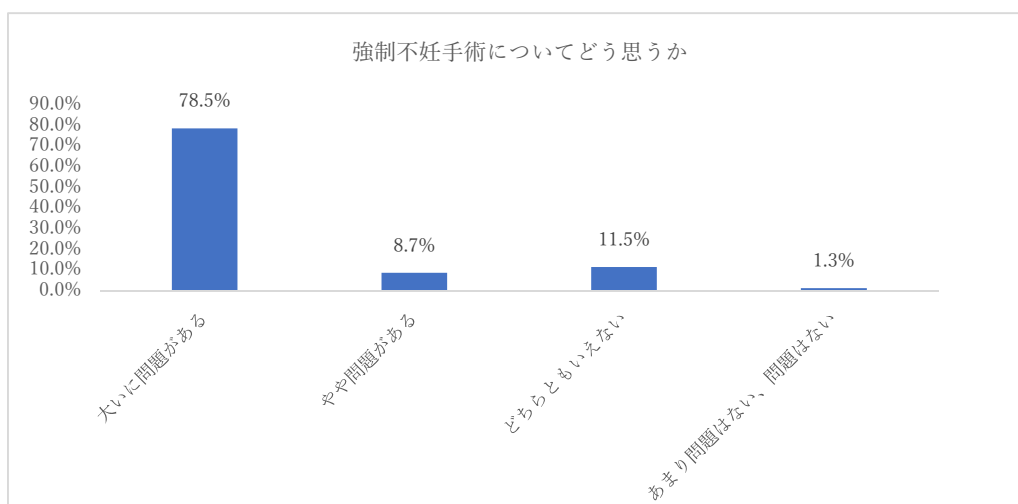
50歳未満	実数	割合	50歳以上	実数	割合
2018年以降、この法律の存在が広範に報道されるようになりました。あなたは、2018年以前に、この法律が存在したことを知っていましたか。	238	100.0%	2018年以降、この法律の存在が広範に報道されるようになりました。あなたは、2018年以前に、この法律が存在したことを知っていましたか。	223	100.0%
知っていた	179	75.2%	知っていた	206	92.4%
知らなかった	59	24.8%	知らなかった	17	7.6%
総数	238	100.0%	総数	223	100.0%

7. 優生保護法の強制不妊手術についての意見、8. 優生保護法の任意不妊手術についての意見

優生保護法の強制不妊手術について回答者中で「大いに問題がある」と回答したのは78.5%、

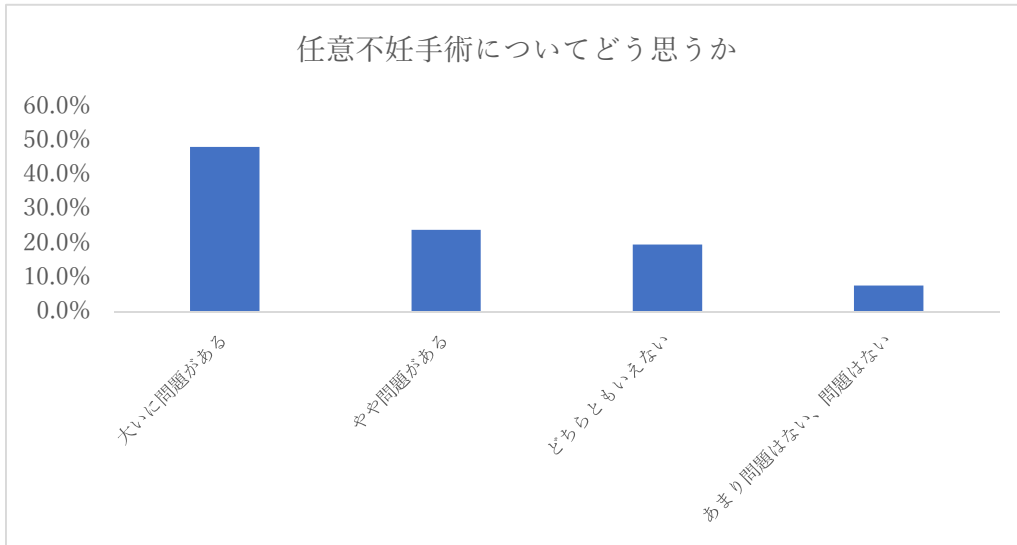
「やや問題がある」と回答したのは8.7%、「どちらともいえない」と回答したのは11.5%、「あまり問題はない、問題はない」と回答したのは1.3%だった。

2) あなたは旧優生保護法に基づく強制不妊手術についてどう思いますか。	実数	割合
大いに問題がある	362	78.5%
やや問題がある	40	8.7%
どちらともいえない	53	11.5%
あまり問題はない、問題はない	6	1.3%
総数	461	100.0%



優生保護法の任意不妊手術について回答者中で「大いに問題がある」と回答したのは48.4%、「やや問題がある」と回答したのは24.1%、「どちらともいえない」と回答したのは19.7%、「あまり問題はない、問題はない」と回答したのは7.8%だった。

3) あなたは旧優生保護法に基づく任意不妊手術についてどう思いますか。	実数	割合
大いに問題がある	223	48.4%
やや問題がある	111	24.1%
どちらともいえない	91	19.7%
あまり問題はない、問題はない	36	7.8%
総数	461	100.0%



50歳未満			50歳以上		
強制不妊は	実数	割合	強制不妊は	実数	割合
大いに問題がある	181	76.1%	大いに問題がある	181	81.2%
やや問題がある	22	9.2%	やや問題がある	18	8.1%
どちらともいえない	32	13.4%	どちらともいえない	21	9.4%
あまり問題はない、問題はない	3	1.3%	あまり問題はない、問題はない	3	1.3%
総数	238	100.0%	総数	223	100.0%
任意手術は	実数	割合	任意手術は	実数	割合
大いに問題がある	105	44.1%	大いに問題がある	118	52.9%
やや問題がある	57	23.9%	やや問題がある	54	24.2%
どちらともいえない	55	23.1%	どちらともいえない	36	16.1%
あまり問題はない、問題はない	21	8.8%	あまり問題はない、問題はない	15	6.7%
総数	238	100.0%	総数	223	100.0%

男性			女性		
強制不妊は	実数	割合	強制不妊は	実数	割合
大いに問題がある	260	80.2%	大いに問題がある	98	73.7%
やや問題がある	22	6.8%	やや問題がある	18	13.5%
どちらともいえない	36	11.1%	どちらともいえない	17	12.8%
あまり問題はない、問題はない	6	1.9%	あまり問題はない、問題はない	0	0.0%
総数	324	100.0%	総数	133	100.0%
任意手術は	実数	割合	任意手術は	実数	割合
大いに問題がある	162	50.0%	大いに問題がある	58	43.6%
やや問題がある	79	24.4%	やや問題がある	32	24.1%
どちらともいえない	58	17.9%	どちらともいえない	33	24.8%
あまり問題はない、問題はない	25	7.7%	あまり問題はない、問題はない	10	7.5%
総数	324	100.0%	総数	133	100.0%

9. 日本医学会連合の報告書についての知識の有無

一般社団法人日本医学会連合「旧優生保護法の検証のための検討会」が「旧優生保護法の検証のための検討会報告書」（2020年6月）を公表したことについて回答者中で「読んだことがある」と回答したのは8.7%、「聞いたことがある」と回答したのは25.6%、「知らなかった」と回答したのは65.7%だった。

1) あなたは一般社団法人日本医学会連合「旧優生保護法の検証のための検討会」が「旧優生保護法の検証のための検討会報告書」（2020年6月）を公表したことをご存知ですか。	実数	割合
読んだことがある	40	8.7%
聞いたことがある	118	25.6%
知らなかった	303	65.7%
総数	461	100.0%

10. 日本健康学会の報告書についての知識の有無

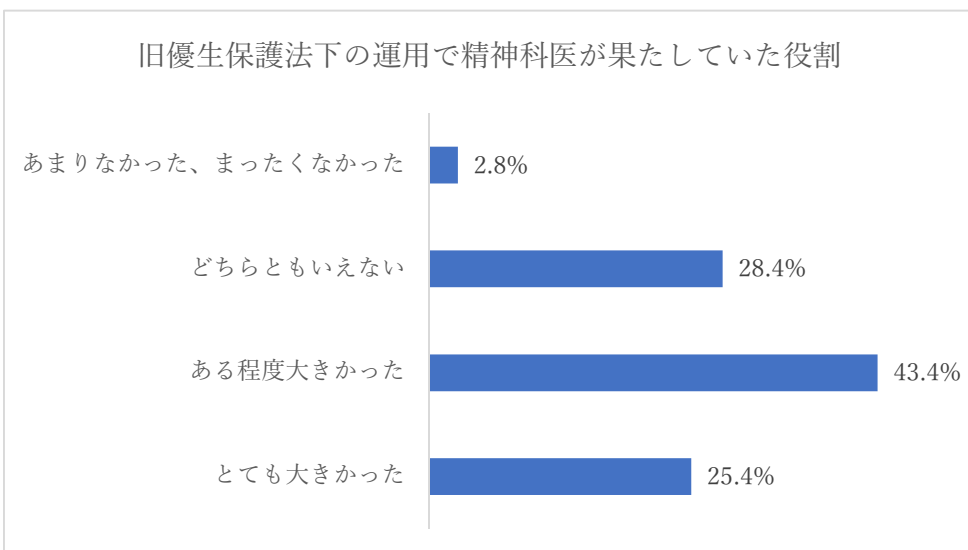
日本健康学会（旧日本民族衛生学会）が「理事会報告：「日本民族衛生学会」と国民優生法」（2019年7月）を公表したことについて回答者中で「読んだことがある」と回答したのは4.6%、「聞いたことがある」と回答したのは9.3%、「知らなかった」と回答したのは86.1%だった。

2) あなたは日本健康学会（旧日本民族衛生学会）が「理事会報告：「日本民族衛生学会」と国民優生法」（2019年7月）を公表したことをご存知ですか。	実数	割合
読んだことがある	21	4.6%
聞いたことがある	43	9.3%
知らなかった	397	86.1%
総数	461	100.0%

11. 優生保護法下に精神科医が果たしていた役割についての評価

優生保護法下の運用において精神科医が果たしていた役割について、回答者中で「とても大きかった」と回答したのは25.4%、「ある程度大きかった」と回答したのは43.4%、「どちらともいえない」と回答したのは28.4%、「あまりなかった、まったくなかった」と回答したのは2.8%だった。

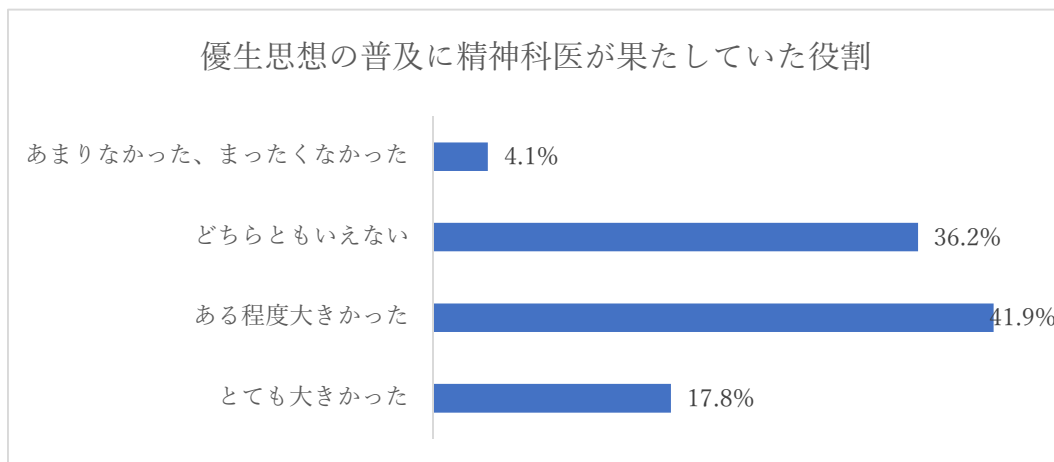
3) あなたは旧優生保護法下の運用において精神科医が果たしていた役割についてどのようなものだったと考えていますか。	実数	割合
とても大きかった	117	25.4%
ある程度大きかった	200	43.4%
どちらともいえない	131	28.4%
あまりなかった、まったくなかった	13	2.8%
総数	461	100.0%



12. 優生思想の普及に精神科医が果たした役割についての評価

優生保護法下にかかわる優生思想の普及において精神科医が果たしていた役割について、回答者中で「とても大きかった」と回答したのは17.8%、「ある程度大きかった」と回答したのは41.9%、「どちらともいえない」と回答したのは36.2%、「あまりなかった、まったくなかった」と回答したのは4.1%だった。

4) あなたは旧優生保護法に関わる優生思想の普及において精神科医が果たしていた役割についてどのようなものだったと考えていますか。	実数	割合
とても大きかった	82	17.8%
ある程度大きかった	193	41.9%
どちらともいえない	167	36.2%
あまりなかった、まったくなかった	19	4.1%
総数	461	100.0%



13. 自由回答

「法委員会では旧優生保護法への精神科医の関与についての実証調査を行っているところです。この取組についてご意見がありましたらお書きください。」との質問に対し自由記述での回答は、「なし」「ありません」といった回答も含めてカウントすると全部で99件だった。ここでは、代表的な内容であるもの、特に重要と思われるもの30件の概要を掲載する。

性別	年齢区分	回答の概要
男性	30～39歳	しっかりと検証し、今後に活かすべき。遺伝医療が臨床で活用される中、精神科領域においても優生思想に対する対応への準備をしておく必要がある。
男性	30～39歳	現状の母体保護法下でも実質精神疾患を理由に中絶に至るケースがあるのではないかと感じます。その是非や実態、意思決定能力が十分でない場合の対応などについても気になっています。
男性	30～39歳	関わった方々の年齢も考えると今にしかできない貴重な調査と思う。ドイツ精神医学会がナチス下での精神医学者の関与を総括したように、本調査の取組が将来につながることを期待する。
男性	40～49歳	私の世代は、この問題に関与していません。今後同じことを繰り返さないための仕組み作りに役立つのなら調査は大賛成です。
女性	40～49歳	精神科医療に対する透明性をたかめるためにもきちんと調査して公表してほしい。それが精神科医療に対するイメージの改善につながる。
女性	40～49歳	過去を正しく知ること、今もそのために苦しんでおられる人や人生に大きな影響を受けた人があることを理解することは精神科医にとって必要なことだと思う。
男性	50～59歳	精神科医個人に帰責するようなロジックは正しくない。むしろその当時の社会が精神科医に何を期待していたのかを分析すべきである。
男性	50～59歳	過去の時代背景を慎重に考慮することなく、現代の時代感覚を元に過去を糾弾することには大きな誤謬を生む危険性がある。実務を精神科医が担うことが多かったというだけで、精神科医だけがその責を負うべきという議論はただのスケープゴート探しに過ぎない。

男性	50～59 歳	「知らなかった」と言うことで済まされる問題ではないと考える。これから医師を目指す学生には、「優生思想」について、その展開と法成立の過程について、この法の下で具体的に何が行われたか、医師がどのように関与したか、などが分かるよう講義が行われる必要があると考える。また、我々医師も学習が必要と考える。
男性	50～59 歳	精神医療の負の歴史をしっかりと検証し、批判を恐れずに公表して欲しい。また、生存者及び遺族への謝罪と報告を、できるだけ早くして欲しい。
女性	50～59 歳	優生保護法の名称は知っていたが、精神科医の関与についてはほとんど知らなかった。ほとんど産婦人科医の関与だと思っていたので勉強しなおす。
男性	50～59 歳	うやむやにせず、是非きちんと調べていただきたい。
女性	50～59 歳	関わった経験がなくても、精神科医が人権を擁護するのではなく侵害する立場に立った事実を精査することは大切だと思う。
男性	50～59 歳	強制断種手術やロボトミーを受けた患者さんを担当した経験がある。これらの負の側面に対し、カルテの保管と綿密な調査を行い、医師教育の必須とすべきと思う。
男性	50～59 歳	法的な問題については大いにあると思う。。ただ、精神科医の関与という問題だけでなく、その時代の社会的事情もあったのではないか。
男性	60～69 歳	当時の平均的学識や判断を現在の判断基準で断罪するのはいかがなものか。当時の風潮を精査するには異論はありません。
男性	60～69 歳	プラス・マイナス含めてきちんと実証して報告してほしい。知る範囲で、メディアの記事はマイナス面に焦点を当てているように見えるから。
男性	60～69 歳	各都道府県の公立精神科病院や国立病院、また関連する外科医院・病院や各地保健所にも実施記録や資料は多く保管・残存しているものと考えられる。学会として情報公開請求をすれば情報収集できるのではないか。
女性	60～69 歳	もっと早く調査に取り組むべきだった。
男性	60～69 歳	医師になった昭和60年頃は病歴で知る程度であったが、なにか理不尽な印象を受けた。基本的な人権に関わる問題であり、きちんと調査を行ってどのような関与があったのか調査

		すべきだと思う。
男性	60～69 歳	結果的には誤りであったが、リードしたのはむしろ国、政治、官僚ではないか。
男性	60～69 歳	是非とも、実態を明らかにしてほしい。間違っことは、それを認めて、謝らないといけない。それを踏まえて、繰り返さないための対策を考えたい。
男性	60～69 歳	精神科病院勤務医時代に軽度知的障害の 20 歳代の女性で、たびたび妊娠し人工中絶して不妊手術を受けた患者さんがあった。主治医と家族にしてみればやむを得ない選択であったと考える。
男性	70～79 歳	精神科病院に入院中の知的障害者に行われた手術に抗議活動した経験がある。問題意識を持ち得ない精神科に罪があると考えてきた。精神科医を志したきっかけの一つである。
男性	70～79 歳	入院中の患者に不妊手術を受けさせる場合、どこで（自院内？）、誰が（産婦人科医？）、男女それぞれどのような術式で実施されたのか、精神科医はそれにどのように関わったのか、といった具体的な事実を明らかにしていただきたい。
男性	70～79 歳	過去の問題を検証することが未来につながる。優生思想は精神科医にとっても大きな問題であり、徹底的に調査するべきと思う。
男性	70～79 歳	精神科医を含む医学者が優生思想や優生保護法体制にどのような関与をしていたか、客観的な資料収集と分析を期待する。
女性	70～79 歳	当時の時代背景もあるが、その検証をすることが学会の発展に大いに寄与するものと考ええる。
男性	70～79 歳	調査は遅きに失している。

【考察】

考察はつなげて、もっと整理してまとめる

総数

回答者の総数は 461 名で、調査時の会員数 19,208 人の 2.4%だった。本学会の近年の類似のウェブ調査（男女共同参画推進委員会実態調査アンケート 2017 年・回答率：5.6%、女

性活躍および男女共同参画推進について アンケート 2019 年・回答率：3.2%) よりも低かった。優生保護法は近年急速に問題化されるようになったとはいえ、歴史的問題でもある優生保護法に関する知識不足が回答率の低さにつながっていることが考えられた。また、今回の調査では 80 歳以上会員の回答数は 2 名と少数であり、高齢会員はウェブ調査という方法が障壁になった可能性や、回答を見送った可能性が考えられた。

1. 性・年齢別

全学会員の内訳の情報要

回答者の年齢を見ると 60 歳以上は 20.8% で、回答者はやや若年層に多かった。これはメールを通じたウェブ調査だったため、高齢会員にウェブ操作に不案内な会員が多いことが予想され、このことが影響したと考えられた。若年会員への回答の若干の偏りは、本調査が優生保護法という 1996 年に廃止された法律に関する内容だったことを考えると、同法にかかわる知識に関する回答に影響を与えていた可能性がある。

2. 優生保護審査委員の経験

優生保護審査委員会の委員をつとめた経験のある回答者はいなかった。1980 年以降においては優生手術の申請自体がごく少なくなっており、これに伴って全国的に優生保護審査会の開催自体も非常に少なかったはずである¹。2023 年現在からすると比較的によくの申請があった 40 年以上前に、優生保護審査会の委員の年齢は 40 歳以上だったことが推定され、現在であれば 80 歳以上である。今回の調査では 80 歳以上の回答者が 2 名しかいなかったことを踏まえると、優生保護審査委員だった経験について「ある」という回答がゼロだったことはある意味で妥当だったといえる。

3. 任意の優生手術（第 3 条）への関与の有無、4. 強制不妊手術（第 4 条）の申請経験の有無

優生保護法の第 3 条、第 4 条が定める優生手術にかかわったことのある回答者はそれぞれ 3 名と 1 名だった。このことは、優生保護審査会の委員に関する質問と同様に、1980 年以前に 95% の強制不妊手術が行われていたことから、実際に申請したことのある医師も高齢化していることが考えられる。都道府県から数名が選任された審査委員ほどには申請者には年齢的な偏りはなかった可能性は高いが、40 年以上前に医師として現場に出ている年齢層が最年少にちかいはずで、現在では若くても 60 歳以上となるだろう。強制的な優生手術の件数が最多だった 1950 年代となると今から約 70 年前に医師である必要があり、現在

¹ ただし、優生手術の申請がなかったために審査会の開催自体がなかったとしても、優生保護審査委員への選任があった可能性はある。その場合、委員になっていたとしても本人は記憶がない、というのは十分にあり得るだろう。

は90歳以上のはずであり、第3条4条の申請の経験について「ある」の回答がごくわずかだったのもある意味妥当なものだった。

5. 法律の存在についての知識

裁判をきっかけに広範に報道されるようになった2018年以前に優生保護法の存在について知っていたのは回答者中で83.5%、知らなかったのは16.5%だった。優生保護法（1996年に母体保護法に名称変更）が施行されていた時期に成人に達していた50歳以上とそれ未満であった年齢層で分けると、50歳以上は92.4%が「知っていた」一方で、50歳未満は75.2%であり、回答者の年齢が若いほど「知っていた」回答の割合は下がっていた。

このことは、例えば「北海道旧土人保護法」（1899年～1997年）と同じように、日本では法律があっても運用がごく少ないことがあり、このことが年齢層別に優生保護法の存在に関する知識の差や、2018年以前に「知らなかった」という回答が16.5%あったことにも影響されていると考えられた。

6. 優生保護法の強制不妊手術についての意見、7. 優生保護法の任意不妊手術についての意見

優生保護法の強制不妊手術について回答者中で「大いに問題がある」「問題がある」と回答したのは約9割に近く、「あまり問題はない」と「問題はない」は1.3%だった。このことは、これまでの優生学や優生思想、断種といったことをめぐる非人道的なイメージが、優生保護法の強制不妊手術と強く結びついていることと関係があると考えられた。

また、50歳以上と未満に分けた集計、および男女別の集計からはどちらも有意とよべる差異は観察されなかった。強制不妊手術はどちらかといえば女性のリプロダクティブヘルス・ライツに関わるものとして問題化されてきたことを考えると、女性会員と男性会員との間で大きな差がなかったこと自体が検討に値するかもしれない。

8. 日本医学会連合の報告書についての知識の有無、9. 日本健康学会の報告書についての知識の有無

一般社団法人日本医学会連合や日本健康学会が作成した優生保護法に関わる報告書について「読んだことがある」と回答したのはそれぞれ8.7%と4.6%だった。この内、特に日本医学会連合は、「医学に関する科学及び技術の研究促進を図り、医学研究者の倫理行動規範を守り、わが国の医学及び医療の水準の向上に寄与すること」を目的とし、医学関係141学会（2022年3月現在）の連合体で日本精神神経学会もその参加団体である²。報告書は提言として、医学・医療関係者が優生保護法の制定に関与し運用に携わり、1996年の法改正後にもこの問題を放置してきたことについて、「深い反省と、被害者及びその関係者に対し心

² <https://www.jmsf.or.jp/about/greeting/>(2023年1月閲覧)

からのお詫びの表明が求められる」と明記している。本学会の総会員数（約1万9千人）の規模を考えると、より多くの会員が本報告の内容に触れる必要があると思われた。

10. 優生保護法下に精神科医が果たしていた役割についての評価

優生保護法下の運用において精神科医が果たしていた役割について、回答者中で「とても大きかった」「ある程度大きかった」と回答したのは合計約7割、「どちらともいえない」「あまりなかった、まったくなかった」と回答したのは合計約3割だった。優生保護法の運用実態に関して公文書を利用した研究は2023年現在においてわずか³にとどまっており、そもそも十分に研究されていない。その意味において、今回のような回答の傾向は不可思議なものではない。しかしながら、本報告書における他報告や、そこで参照されている資料⁴などからも、精神科医の優生保護法の運用実務への関与が重大であったのは明らかである。そのため、現在衆参両院の国会調査室で行われている同法の実態調査や、歴史研究⁵等の成果を将来的に学会としても精査し、本学会はその知見の総合的検討と同法に関する事実認識へのフィードバックが必要と思われる。

11. 優生思想の普及に精神科医が果たした役割についての評価

優生思想の普及において精神科医が果たしていた役割について、回答者中で「とても大きかった」「ある程度大きかった」と回答したのは合計約6割、「どちらともいえない」「あまりなかった、まったくなかった」と回答したのは合計4割だった。

優生思想の普及にかかわる言説研究や制度史研究については、松原(1997)、岡田(2002)、横山(2015)などがある。当時の精神科医の活動や著作そのものを「優生思想の普及」と呼称するかどうかについては解釈の余地は残り、また優生手術への肯定的な態度自体は当時の世界的な趨勢から逸脱したものではなく、むしろそれを後追いしたものだ。その一方で、精神科医が優生思想の普及に一役買ったことは事実としてあり、この点について本学会員の約4割が精神科医の役割を低く評価していたことは、学会としての課題である。

13. 自由回答

³ 舟津(2018a、2018b)、利光(2019)など

⁴ 北海道衛生部・北海道優生保護審査会(1956)には、1948年から1955年までの北海道では、強制不妊手術申請1021件のうち944件は精神科医からの申請だったことが記されている。

⁵ 科学研究費助成事業・基盤研究(A)「アーカイブ構築に基づく優生保護法史研究」(代表:松原洋子、研究課題/領域番号21H04344)。優生保護法に関わる統計データは下記サイトで閲覧可能(「医療・ヘルスケア政策データアーカイブ」<https://jmhp-data-archive.com/data/>)

自由記述からは、精神科医・医療と優生保護法の関係の詳細な実態解明を望む声や、積極的に精神科医・医療の問題として反省し将来に活かすべきという意見があった一方で、当時の悪しき制度を現在の観点から評価すべきでない、という意見もあった。また、優生保護法にかかわる過去を知ることの重要性から会員向け教育や研修機会の必要性を訴える声や、現在の遺伝医療や母体保護法の中にも優生保護法と類似の発想がみられるという理解からその対応のあり方を考えておく必要があるという意見もあった。また「よくわからない」「知らない」という回答も少なくなかった。そのほか診療録や行政の関連資料の保存や収集をすることを勧めるものもあった。

優生保護法の運用実態についての解明は本学会員に対する調査では十分ではなく、本報告書にあるように行政文書や診療録といった一次資料の分析が必要不可欠となるだろう。今回のアンケート調査からも判明したように、優生保護法と精神科医の関与について知識がない学会員が少なくないことが伺われ、本事案が患者の人権にかかわる重大な倫理的テーマであることを踏まえると、今後も本学会として優生保護法の実態解明に寄与するため、診療録といった一次資料の保存やそれら資料への研究アクセス環境の向上に協力していくことが望ましい。また、現在の価値観から過去を評価すべきでないという趣旨の自由記述も多くみられたが、歴史的な時間の経過があったからこそ見えてくるもの、評価可能なものがあることも確かであり、学会のよりよい発展を目指すためにも精神科医療の関与が不可避であった過去の倫理的問題に今後も継続して誠実に向き合うことが必要であろう。

結論

優生保護法への日本精神神経学会会員の関与と、現在におけるこの問題への理解を把握することを目的に、日本精神神経学会会員 19,208 人を対象に、2020 年 12 月 19 日から 2021 年 2 月 28 日にウェブ調査を実施した。回答総数は 461 件、回収率は 2.4% だった。

今回の調査では 80 歳以上会員の回答数は 2 名と少数で、運用実務などにかかわった経験がある高齢会員はウェブ調査という方法が障壁になった可能性や、回答を見送った可能性が考えられた。

優生保護審査委員や、優生手術の申請の経験など、優生手術に関わる運用実務に携わったことのある会員はごく僅かで、本アンケート調査からは関与した会員の態度について検討を行うことは困難だった。50 歳未満の会員は優生保護法という法律自体の存在についても約 25% が「知らなかった」と回答しており、特に若年層の会員には同法に関する知識が十分でないことが示唆された。優生保護法下の運用や思想の普及に精神科医が果たしていた役割の評価についても、知識が不十分であることと関係があると考えられた。自由回答の中には、調査に対する期待が述べられた一方で、現代の基準から過去を評価することに慎重な立場が表明されることも少なくなかった。この他、同法に関する知識不足を背景に、教育・研修機会を求める声など実践的なものもあった。

以上から、本アンケート調査が明らかにしたことの主たるものは、ウェブ調査という方法や時代的な制約もあり優生保護法の運用に実際に関わった会員は少なく、優生手術がはらんでいた人権侵害の側面については一般論としてよくないものだと考えつつも、精神科医がどのような関与をしていたかについては知識が十分でなく、精神科医が重要な役割を果たしていたとは考えていない会員も少なくなかったことが分かった。

特に、同法に直接関わった会員がごく僅かだったことは、本調査の時代的限界を示してもおり、実態解明のためには本来であれば同種の調査は数十年前に行われている必要があったかもしれない。しかしながら、同法の優生手術の規定が歴史的にもたらした被害はより精緻に明らかにされるべきものである。本学会は関連の研究成果をフォローするのみならず、診療録といった一次資料の保存やアクセス環境の向上の研究を進めていくことが望ましいと考えられた。将来の学会のよりよい発展のためにも本学会は、優生保護法と強制不妊手術という精神科医の関与が不可避であった倫理的問題に今後も誠実に向き合うことが必要である。

参考文献

- 岡田靖雄（2002）「国民優生法・優生保護法と精神科医」齋藤 有紀子 編『母体保護法とわたしたち——中絶・多胎減数・不妊手術をめぐる制度と社会』
- 利光恵子「優生保護法のもとでの強制不妊手術と公文書」『立命館生存学研究』vol.3、2019年
- 舟津悠記(2018a)「北海道の優生保護法運用と精神衛生行政」『大原社会問題研究所雑誌』(722), pp.70-85
- 舟津悠記(2018b)「優生学の地域史－神奈川県優生行政の実態－」『日本歴史』(841), pp.54-65
- 北海道衛生部・北海道優生保護審査会『優生手術（強制）千件突破を顧りみて』1956年
- 松原洋子 1997「民族優生保護法案と日本の優生法の系譜」
- 横山尊（2015）『日本が優生社会になるまで』勁草書房
- 中村江里、後藤基行、竹島正、野進、太田順一郎他（2021）「精神科医と優生政策：先行研究レビューと言説分析」（第117回日本精神神経学会学術総会法委員会シンポジウム「旧優生保護法と精神科医」2021年09月20日）

優生手術への精神科医の関与
—学会員を対象としたインタビュー調査—

日本精神神経学会法委員会委員 中村江里、後藤基行、竹島正

優生手術への精神科医の関与：学会員を対象としたインタビュー調査

1. はじめに：インタビュー調査の概要

本調査は、旧優生保護法下での優生手術に精神科医がどのように関わったのか、その実態や意識について明らかにすることを目的として行われた。本インタビューは、日本精神神経学会倫理審査委員会の承認を受けた上で実施された。

インタビューは以下の手順で行われた。まず、2020年10月1日時点で65歳以上の学会員3400名に調査協力を依頼し、回答があった461名のうち、以下のアンケート質問項目について詳細な記述があった20名に調査協力を依頼した。20名のうち4名は辞退し、16名に対してインタビューを行ったが、そのうち2名は実施後撤回となったため、以下は合計14名のインタビュー調査の分析となる。

アンケート質問項目と、対象者14名の回答数は以下の通りである。

No.	質問内容	あり	なし	不明
1	強制不妊手術の審査の申請（第4条）または任意優生手術（第3条）に関わった経験はありますか。	4名	10名	0名
2	優生保護審査会の委員をつとめた経験はありますか。	2名	11名	1名
3	1または2の経験をした方から直接話を聞いた経験はありますか。	3名	10名	1名
4	旧優生保護法にかかる資料や患者の記録をお持ちですか。	4名	9名	1名
5	その他、旧優生保護法に関わってご存知のことはありますか。	4名	10名	0名

インタビュー時には、上記の質問で「あり」と回答があった項目についてさらに詳しく確認し、教育・医療の場では、優生保護法や優生手術についてどのように語られていたか、社会における優生保護法をめぐる議論についてどのように考えるか、本研究への要望や助言についても追加で質問を行った。

調査方法は、電話／対面／ウェブいずれかの方法による半構造化インタビューを行った。14名のうち、電話が6名、対面が3名、ウェブが5名だった。

対象者の調査時の年齢は60代が5名、70代が6名、80代が2名、90代が1名で、平均年齢は74歳だった。また、性別は男性が9名、女性が5名だった。氏名の表記は対象者本人の希望に基づいて本名もしくは匿名で記述し、本名の場合は調査時の年齢を、匿名の場合は年代と性別を付記した。また、対象者が勤務していた病院や勤務地については、著作物や報道などで公表していない限りは、特定されないよう表記している。以下の記述については、インタビュー対象者に確認を依頼し、承諾を得た上で掲載している。

2. 優生手術の申請や実施に関わった経験

事前のアンケートでは、優生手術の申請や実施に関わった経験について「あり」と回答があったのは4名であったが、そのうち1名は優生保護法に基づく不妊手術ではなく、中絶手術であった¹。以下ではその他の3名の優生手術の申請に関わった事例に加えて、自身が手術の申請や実施を行ったわけではないが、手術を目撃した1名の事例を紹介する。

(1) A 会員 (70代女性) のケース

A 会員は、研修生か常勤医師の頃 (1975年もしくは1978~80年頃) に、優生保護法第4条での申請に関わった。申請の対象となったのは、当時20代~30代の女性で、車いすに乗り、重度の知的障害があった。部長から依頼をされて申請書を書いたが、この部長は県の福祉保健機関とのつながりも強かった。A 会員自身が知的障害のある患者を診察することはあまりなかったため、非常に「イレギュラーなケース」だったとのことである。

(2) B 会員 (60代女性) のケース

B 会員は、1983~84年頃、まだ研究生だった頃に、12条 (保護者の同意あり) での申請に関わった。対象となったのは10代後半の女性で、恐らく施設を出る条件として優生手術を申請したケースと思われるとのことである。両親の他に、施設関係者ともう一人「非常に高圧的な中年男性」が同伴して、書類へのサインを要求された。

B 会員は、父母の説得を試みたり、上司に相談したものの、最終的には申請せざるを得なかったとのこと、当時の思いや、それが現在に至るまでわだかまりとして残っていることを語った。女性が拒否できない状況を目の当たりにしたこと、自分も拒否できなかったことに「無力感、同性としての申し訳なさ」と深い悲しみを覚えた。今でも想起すると現実感を持ってその悲しみが甦り、涙を催す。若かったこともあり、自身の精神が崩れるリスクを感じ、思い出さないように記憶を封印したという。しかし「自身の経験を検証し、心より詫びる日が来ることを心のどこかで願っていた」と振り返った。

(3) 岡田靖雄会員 (90) のケース

岡田会員は、1958年から8年間松沢病院の医局にいた。松沢病院の医局は、「当時としては一番進歩的な人」が集まっていたが、優生保護法については全然議論されなかったという。医局の黒板には、年に1~2回、優生手術の対象者の名前を書き出すということが、「当り前のこととして」行われていた。どの程度申請されて手術したかは記憶にないが、上司から言われるというよりは、担当医の判断で行われていたそうである。岡田会員が申請した患者は、1962~63年に開放病棟で担当した知的障害のある女性で、日中の院内散歩の間に2、

¹ 1970年代後半頃に武田徹会員 (71) が関わったケースで、30代の統合失調症の女性に対して人工妊娠中絶が行われた。

3人の男性と性的関係を持っており、院内でも有名になっていた。遺伝歴もあったと記憶しており、「妊娠したら困る」ということで手術を申請した。手術は外注ではなく松沢病院内の外科医が担当し、岡田会員は助手として立ち会った²。また岡田会員は、松沢病院の書類の写しを見たことがあり、結婚していた人や、これから結婚する人が手術対象者の大部分をしめていたとのことである。岡田会員は、優生手術が多かった1970年代までの時期は、75～76歳以上の会員がかなり関わっていたはずであり、「自分たちがどういう立場で、どうしたかということ証言することが、当時生きた者としては、当然の義務」であるという思いで、これまでの報道や今回のインタビューでも証言に応じてきた。

(4) 馬場克司会員(68)のケース

馬場会員は、自らが優生手術を申請したり実施したりしたわけではないが、医学部学生だった1970年代に、実習先の病院で二回手術の様子を見たことがあった。二人とも中学生くらいの知的障害のある患者で、一人は女性だったが、もう一人の性別は不明である。馬場会員によると、本人は何が起きているかわからないまま手術を受けていたため、「戸惑いの声」や「不安な声」が記憶に残っているという。またその一方で、執刀医が「あまり疑問の余地もなく粛々と進めている」のも、当時から「ちょっと異様」に感じたとのことである。

3. 手術の依頼や相談はあったものの実施しなかった例

続いて、手術の依頼や相談はあったものの実施しなかった例について、4名の事例を紹介する。

(1) C会員(70代男性)のケース

C会員は、1980年代に勤務していた病院で、重度の「接枝分裂病」である30歳くらいの女性の患者の両親から不妊手術を依頼されたが、本人の同意が得られず手術を断ることになった。家族からは、「麻酔をかけてでもやってほしい」という要望があったが、本人は「私女なんだもん」と言い、断固拒否したという。当時C会員は、優生保護法は知っていたものの、「強制的にやるのは嫌だ」と思っており、産婦人科の医師も「断った方が良い」と言っていたとのことである。

² 以上の点については、岡田靖雄「国民優生法・優生保護法と精神科医」齋藤有紀子編著『母体保護法とわたしたち』(明石書店、2002年)で岡田会員が既に自身の体験を記し、優生保護法についての問題提起を行っていたが、当時はそこまで大きな反応はなかった。岡田会員の証言は、2018年以降、優生保護法が大きな社会問題となる中で再び注目を集めるようになり、「不妊手術の対象選んだ精神科医『まずいことに手貸した』」『朝日新聞』(2018年1月31日付)等で報道された。

(2) D 会員 (70 代女性) のケース

1973~74 年頃に、20 代後半の「精神分裂病」(DSM-III 診断では分裂感情障害) の女性の患者の家族から、主治医のところへ手術を受けさせてほしいと依頼があった。しかし、主治医や D 会員らは「時代錯誤的だ」という意見で、結果的には申請しなかったとのことである。D 会員が優生手術を「時代錯誤的だ」と感じたのは、後述のように、精神科の患者の妊娠・出産に対する考え方が関係している。もう一つの理由は、優生保護法が、ナチス・ドイツのような「精神障害者の虐待」につながるのではないかという「悪いイメージ」があったためであるという。

(3) 杉田憲夫会員 (73) のケース

杉田会員が研修医一年目であった 1975 年のことであるが、症例検討会で優生手術の話が出たことがあった。その時の症例検討会では、当時入院していた「接枝性破瓜病」の女性の患者について、「生理の始末ができないなら優生手術をした方がいいのではないか」と教授が発言した。杉田会員の記憶では、患者は恐らく 18 歳くらいで未成年であった。その時の症例検討会でも、若手の医師を中心に、「そんなことを決めていいのか」という意見が出たため、結局手術は行われなかったとのことである。

(4) E 会員 (80 代男性) のケース

E 会員によると、1963 年頃に、軽度の知的障害のある 50 代男性の患者に対して、強制不妊手術を受けさせるよう保健所職員から精神鑑定医に圧力があった。当時、保健所職員がやって来て、精神科病院への措置入院を積極的に働きかけるという状況はよく見られたという。この患者の場合は、最終的に措置入院となったが、優生手術は行われなかった。女性に対する暴行などもなく、年齢層も比較的高めの患者に対して優生手術が求められた理由として、「去勢しておとなしくさせよう」という考えが保健所職員にあったのではないかと E 会員は当時考えていた。また E 会員は、優生手術に同意しなかった理由として、「個人の生殖に国が関与するというのはおかしい」「本人が受けたいと言わない限りは強制すべきではない」と考えていたためだと答えた。

4. 過去に手術を受けた患者との関わり

続いて、過去に手術を受けた患者との関わりについて、4 名の事例を紹介する。

(1) 田玉逸男会員 (66) のケース

田玉会員は、過去に優生手術を受けた患者を診療したことがある。1988~89 年頃に診察した当時 35~40 歳の男性の患者で、「小頭症」と診断されていた。かなりの長期入院で、自

傷行為がひどく、言語的疎通も困難という状態であった。田玉会員の考えでは、「小頭症」の患者に対して優生保護法を根拠に手術をするのは難しいと思われるが、「書類は見えていないのでわからない」とのことである。性的行為ができるような患者とは思えなかったが、「外形や予測で〔優生手術が〕行われたように推測される」という。

(2) 馬場克司会員 (68) のケース

上述の馬場会員も、過去に優生手術をうけた患者を診療した経験がある。外来で担当した男性の患者2名のカルテに、過去の優生手術についての記録が残されていた。一人目は1957年、13歳くらいの時に手術を受けた(場所は不明)。二人目は1971年、17歳くらいの時に、近隣の病院で手術を受けたことが記載されていた。二人とも重度の知的障害があり、粗暴な行為が激しく、一人目はロボトミー手術も受けていたという。

(3) 鈴木泰代会員 (69) のケース

鈴木会員は、過去の優生手術について患者ご本人から話を聞いたことがある。1980年代後半頃、当時勤務していた病院で、当時20歳代終わりくらいの女性の患者から聞いた話である。この女性は、鈴木会員と「そんなに年齢は変わらなかった」という。当時この病院には、「精神薄弱」(現在では「精神発達遅滞」)として入院していた患者が多数いた。この方もその一人で、鈴木会員が担当する前から入院していた。この女性が手術を受けたのは、鈴木会員が話を聞いた時からさらに10年ほど前の1970年代前半頃のことである。この女性は、義理の母親との折り合いが悪く、時々家出や放浪をすることがあり、こうした「問題行動」を心配した義理の母親から、「やや強制的に」手術を受けさせられ、「女性として悲しい」と話していたという。この女性が手術について話したのは、鈴木会員が初めてであり、鈴木会員の後に担当した男性の主治医には話さなかったという。同じ年代で同性の医師だからこそ、話しやすい雰囲気があったと考えられる。

(4) 野田正彰会員 (76) のケース

野田会員は、1970年代初頭～80年代後半に勤務していた病院で、優生手術をした経験のある患者数名から話を聞いた経験がある。話を聞いたのは大体男性の患者で、入院して「わずか1ヶ月か2ヶ月かで手術された」点が共通していた。手術が行われたのは野田会員が当時勤務していたとは別の病院だが、優生手術の対象者がいたら医局の黒板に名前を書くということが「当たり前みたいな感じ」であり、他の病院でも同様の状況があったそうである。これは、上述の岡田靖雄会員が述べていた松沢病院とも共通している。また野田会員は、優生手術の経験を聞いた患者に、地域の患者会で話したり、新聞に投書することを勧めた。そのうちの一人もやはり過去に優生手術を受けていたが、優生保護法では手術を受けたことを結婚する相手に伝えなければならぬため悩んでいると野田会員に打ち明けた。こ

れを聞いた野田会員は、新聞に投書するようにこの患者に提案した³。この男性が手術を受けたのは25歳の時のことであり、野田会員に相談したのはそれから二十数年も経ってからのものであった。後述するように、野田会員が早い時期から優生保護法に対する批判を展開した背景には、このような患者からの訴えがあった。野田会員は、優生手術は1960年代の終わりから下火になっていたが、70年代以降も手術を受けた人の苦しみは続いており、特に年輩の医師の場合は、たとえ自分が手術をしなくても患者の苦しみは聞いているはずであるにもかかわらず、「日本の精神科医はそういうことに耳を傾ける医者じゃない」と指摘した。

5. 精神科の患者の妊娠・出産について

インタビューでは、精神科の患者の妊娠・出産に対してどのような対応がとられていたかについてもしばしば語られた。

まず、どちらかというとな妊娠・出産には消極的な意見で、上述のC会員が、1973～75年頃に関わったケースである。当時担当していた「非定型精神病」と診断された男性と、「精神分裂病」の女性の患者同士が結婚を希望し、家族も同意していた。しかし、男性は敬虔なクリスチアンの家庭出身で、妊娠すると中絶はできないという状況だった。そのためC会員は、「もし反対させてもらえるものならば、あまり賛成できない。反対したい」「どうしても結婚するなら、できれば子どもをつくらないほうがいいよ」と伝えた。その際にC会員は、妊娠・出産に伴う「リスク」を説明した。第一に、子育てをすると精神症状が悪化するのではないかということである。C会員は、「子育てが、ちょっとこの人には無理だろう」と考えていた。そして第二に、遺伝の可能性があるということである。C会員は双生児の遺伝研究をしており、該当するケースを多数見ていたため、そのような懸念があった。

一方、妊娠・出産を積極的に支援したという意見も出された。上述の杉田憲夫会員の場合は、民間の精神科患者の患者を、大学病院の精神科で受入れ、産婦人科と連携して出産をサポートした。その他にも、外来の患者で、妊娠初期から薬を飲まずに通院して出産した患者を2～3名担当したという。

また、上述のD会員の場合は、周囲に患者の出産についてネガティブな人はあまりおらず、産科のサポートもあった。上述の通り、D会員は当時から優生保護法を「時代錯誤的だ」と感じていた。それは、D会員が、患者の社会復帰の中には、結婚や子育ても当然含まれているという前提で治療に関わってきたことと関わっている。そのような前提で、「患者を治そうと思って一生懸命頑張っている」医療者に対して、「いかにももう治らない病気で、子育てなんかはとてもしないんだからその手術を受けさせたいという患者の親戚の人たちや世間の偏見は、何かちょっと違和感どころか逆に怒りを覚えた」と説明した。

³ この投書は、『朝日新聞』1976年3月13日大阪本社朝刊の「声」に掲載された。

6. 旧優生保護法に関する資料や患者記録

最後に、旧優生保護法に関する資料や患者記録について紹介する。

(1) 齋藤正彦会員——松沢病院における 30 名の優生手術申請書

2018 年に、厚生労働省は、旧優生保護法による被害状況を調べるために、都道府県を通じて医療機関や福祉施設にカルテなど個人情報の保管状況を確認する調査を行った。

当時松沢病院の院長であった齋藤会員のもとで、同院の資料保管状況の調査が行われ、調査結果は東京都に報告された⁴。松沢病院では 1950～63 年に作成された 29 名の優生手術の申請書等が確認された。そのうち手術の実施が確認されたのは 11 名であった。手術件数は 1950 年が 8 件で最も多かった。

調査結果の概要は齋藤会員の著書『都立松沢病院の挑戦』に紹介されている。優生手術の申請書によると、患者の性別は男性 8 名、女性 21 名で女性の数が 2 倍以上となっている。平均年齢は 28.5 歳で、診断名は統合失調症が 18 例と最も多く、精神発達遅滞 8 例、「接枝分裂病」2 例、心因反応 1 例であった。なお、この中には不妊手術の前後にロボットミ手術を受けていた事例が 5 例あった⁵。

齋藤会員は、カルテを読んだ印象として、昔の精神科医の多くは、「生きている人間より精神病理学的症状や、亡くなった脳の神経病理の方に関心がある人が多かった」ため、患者の生のリアクションに注意を払っていないことが多いとインタビューで語った。全体の 3 分の 2 を超える診療録が、手術の記載のみで、患者の反応等については一切書いてなかったという。手術について時間をかけて説明した記録は一例もなく、直前になって突然説明している例が多かった。また、「便秘が良くなる手術」や「痔の手術」だと説明している例すらあった⁶。

また、齋藤会員によると、最終的な申請は、松沢病院の院長、副院長の名前で行われたが、手術は退院して社会生活を始める前にやってほしいなど家族からの希望で行われたケースが数多くあったという。

⁴ 東京都福祉保健局報道発表資料「旧優生保護法に関する保存記録の調査について」
(2018 年 5 月 8 日)

<https://www.metro.tokyo.lg.jp/tosei/hodohappyo/press/2018/05/08/10.html>
(2023 年 1 月 18 日閲覧)

⁵ 齋藤正彦『都立松沢病院の挑戦』岩波書店、2020 年、50 頁。

⁶ 同上、51～55 頁。

(2) 野田正彰会員——優生保護法批判のパンフレットと教科書改訂運動

上述の野田会員は、1973年に『朝日ジャーナル』に寄稿した「偏見に加担する教科書と法」の中で、中学・高校の保健体育の教科書では、精神疾患や知的障害が遺伝によるものであると強調され、犯罪や人格の荒廃と結びつけられており、こうした記述が社会的偏見につながっていることを指摘した。野田会員がこの文章を書くきっかけとなったのは、中高の教員で統合失調症の息子を持つ夫妻が見せてくれた教科書に、「精神病は遺伝病で優生手術の対象だ」と書いてあるのを読み、そうした偏見に苦しむ患者や家族の声を聞いたことである⁷。

野田会員のもとには、この『朝日ジャーナル』の原稿の原本と、同時期に患者とともに作った、優生保護法を批判するパンフレット（72～75年頃に作成されたと思われる）が残されている。野田会員へのインタビューによれば、このパンフレットは教科書改訂運動で用いられ、京都大学、大阪大学、大阪市立大学、奈良県立医科大学の医学生や、奈良女子大学の学生たちが運動を支えた。大阪大学では、精神医学教室に学生たちが抗議をして、優生手術の講義はもうしないと約束させたという。また、この運動は、マスコミに対しても、当時の報道で頻繁に用いられていた精神疾患と犯罪を結びつける報道をやめるよう申し入れを行う活動とも連動していた。

野田会員らの批判は国会でも取り上げられ、1973年秋、文部省は「精神薄弱・精神病の記述について」という指導メモを各教科書会社に送付し、記述内容の改善を申し入れた。野田会員が1974年に『朝日ジャーナル』に寄稿した「偏見改まらぬ教科書」によれば、文科省のメモには、優生保護法は成立当初から議論があったため、教科書に掲載する場合は十分な社会的配慮が必要であると記されているなど評価できる点もあったが、実際の教科書記述は、相変わらず精神障害者に対する偏見や差別を助長するものであった⁸という。また、70年代の終わりからは、精神衛生に関する記述が全てなくなってしまい、これは文部省が「もう過去のことを反省したくないから」と野田会員はインタビューの中で指摘した。

7. おわりに

ここまでの分析をふまえ、以下では結論と考察を述べる。本調査で実施したインタビューのうち、岡田靖雄会員を除けば、大多数は1970年代以降の時代が対象となっていた。優生手術の件数が最も多かった1970年代以前の時期を知る医師への調査は年代的に困難であ

⁷ 野田正彰「偏見に加担する教科書と法」『朝日ジャーナル』15巻6号、1973年2月、87～92頁。

⁸ 野田正彰「偏見改まらぬ教科書」『朝日ジャーナル』16巻38号、1974年9月、39～43頁。

り、この時代についてほとんど明らかにできなかったのは、本調査の限界と言えるだろう。一方、本調査では、優生手術に積極的な立場と批判的な立場がせめぎあっていた 1970 年代以降の時代状況の一端を明らかにすることができた。

今回のインタビュー調査では、いくつかの申請に関わったケースを紹介したが、いずれも研修医や研究生の事例であった。強制不妊手術の問題は、根本的なところに医師と患者の権力関係の問題があるが、それ以外にも、医局内の上下関係、ジェンダー、外部（保健所・施設）からの圧力など、何重もの権力関係が関わっているということが、今回紹介した事例からはうかがえる。さらにインタビューの中では、「かつて精神病者は『三流国民』『棄民』だったのであり、罪を問うとしたら、棄民扱いをした国民全体の問題として問うべき」（岡田会員）、「精神障害者の治療の歴史は、差別、差別、差別ですよ。これはその中のほんの小さな 1 ページにすぎない」（齋藤会員）というように、当時の社会のあり方や国民意識という広い文脈の中で精神科医療の果たした役割を理解すべきだという要望も出された。

関連して、今回のインタビューに関わるアンケート調査の自由記述の中には、現在の価値観で過去の行いを断罪するのは適切なのかという趣旨の意見があった。確かに、現在の道徳的観点から過去を断罪することには十分慎重であるべきだろう。しかし一方で、当時の時代状況や権力構造の中で、沈黙を強いられたり、かき消されてしまったりした当事者や医療関係者の声が存在していたことが、本調査からも明らかとなった。野田会員や鈴木会員の事例が示すように、そうした声というのは、時間が経ったからこそ出てくるという特徴がある。そのような声に光を当てることが、本報告書のような歴史的検証作業の意義の一つと言えるだろう。

(資料論文)

精神神経学会と優生学法制
—精神科医療と人口優生政策—

日本精神神経学会法委員会委員長 富田三樹生

精神神経学会と優生学法制
— 精神科医療と人口優生政策 —

はじめに

- 1 問題意識—社会防衛論と近代性
- 2 戦前の学会の創立と学会の動向
- 3 欧米の優生学法制立法の動向
- 4 欧米の保安処分の立法動向
- 5 国民優生法成立前史と産児制限論
 - (1) 精神医学界への優生学の紹介（マーチン・バーの来日）
 - (2) 人口優生社会政策としての優生学の導入
 - (3) 産児制限論の導入（サンガーの来日）—貧困階級の問題
- 6 国民優生法への道
 - (1) 民族衛生学会—協会の創立とその活動（逆淘汰論の勃興）
 - (2) 厚生省設立と国民優生法制定の始動
 - (3) 優生法への「精神病学者」の論争と法律家
 - (4) 「民族国策としての人口政策」と「人口政策確立要綱」
 - (5) 国民優生法の成立—ハンセン病断種の影響と法の「無効化」
 - (6) 国民優生法の骨格
- 7 占領下における優生保護法の成立
 - (1) 社会党案（1947年）から優生保護法成立（1948年）へ
 - (2) 占領政策と優生保護法—三野進の要約
 - (3) 占領政策と優生保護法—豊田論文
 - (4) 優生保護法の成立・改正と「医師」および逆淘汰論の偏向
 - (5) 法成立過程における精神科医の関与
- 8 優生保護法の動向
 - (1) 占領下の精神病院協会設立と精神衛生法制定
 - (2) 精神衛生会と日本精神病院協会の陳情書—法の受容へ
 - (3) 優生手術の推進—その現場と精神衛生実態調査
 - (4) 優生保護法実施の実際
 - (5) 内村祐之の矛盾と秋元波留夫
- 9 1970年代の精神神経学会
 - (1) 収容所列島の形成と強制不妊手術の推移
 - (2) 1969年金沢学会と70年代の学会運動
 - (3) 刑法改正の流れと学会

- (4) 近代精神医学と社会防衛論
- (5) 優生学の近代性と 1968 年革命—現代への途上
- 1 0 優生保護法改正案（1972 年）とその後
 - (1) 「不幸な子供」と新たな人口政策
 - (2) 「青い芝の会」の運動の開始
 - (3) 1972 年政府の優生保護改正案—第一の論点—経済条項問題
 - (4) 改正案—第二の論点—胎児条項批判と女性解放運動の矛盾—1
 - (5) 改正案—第三の論点—胎児条項批判と女性解放運動の矛盾—2
- 1 1 優生保護法批判—1970 年代から 1980 年代
 - (1) 岡田靖雄の優生保護法批判と医学史研究
 - (2) 野田正彰の教科書・優生保護法批判
 - (3) 小沢勲の優生保護法批判
 - (4) 日本児童精神医学会（現児童青年期精神医学会）声明
 - (5) 小沢の 1970 年代から 80 年代の思潮
 - (6) 精神障害当事者の声明と「私」たちの限界
 - (7) 優生保護法批判に対する反応—加倉井俊—公衆衛生局長発言
 - (8) 宇都宮病院事件の影響
- 1 2 「研究と人権問題委員会」設置から「優生保護法に関する意見」まで
 - (1) 岐阜大学人体実験問題
 - (2) 研究と人権問題委員会の活動
 - (3) 「優生保護法に関する意見」
- 1 3 母体保護法成立以後
 - (1) 母体保護法と新優生思想
 - (2) 優生保護法被害者の提訴と一時金支給法成立
- 1 4 人口政策としての優生思想
 - (1) 人口問題とは何であったか
 - (2) 三つの問題系—福祉政策、医療政策、人口優生政策
- 1 5 精神神経学会と優生学法制—その関与と責任
 - (1) 神経学会の創立以後と国民優生法
 - (2) 優生保護法の成立と精神科医の関与
 - (3) 精神医療の近代化と優生保護法の受容と推進—69 年金沢学会まで
 - (4) 精神病院の収容所化と 1969 年金沢学会—1970 年代とその後
 - (5) 「優生保護法に関する意見」（1992 年）
 - (6) まとめ

はじめに

2018年、旧優生保護法の下で断種—強制不妊手術をされた被害者の国への提訴をきっかけとして、旧優生保護法下で行われたこのような人権侵害がなぜ行われていたのか、精神神経学会または精神科医の関与はどのようなものであったのかが問われるようになった。私たちはその問題は容易なこととは思われなかったがそれに取り掛かり、理事会の委託を受けて取り組むこととした。本論は、優生学法制とは何だったのか、本学会あるいは精神科医が国民優生法および優生保護法にどのように関与してきたのかということについての一つの考察である。本論が論じている領域は今後なお深く広く検証されてゆくべきものである。

1 問題意識—社会防衛論と近代性

国民優生法の成立過程で精神科医として有力な推進者であり、理論的支柱であった吉益脩夫は、論文¹⁾「社会防衛としての断種の問題」(1930年～1931年)のむすびで、精神病患者への社会防衛策として「断種」と「保安処分」があると述べていた。「社会防衛」は19世紀末以後、欧米において精神病患者の病院収容増加と社会の治安的要請に伴い、20世紀前半にかけ、とりわけ第一次大戦後と第二次大戦との戦間期において、新派刑法・保安処分に帰結する刑事政策と、民族や国家の力を維持増強するための人口優生政策を統合した用語である。優生学・断種政策は保安処分の対象とほぼ同一範疇の精神障害(精神病、精神薄弱、精神病質者)に対して遺伝学を媒介にしての国家主義的かつ民族主義的な人口優生政策であった。

横山尊²⁾(横山尊「日本が優生社会になるまで」(2015年))は「本来優生学は、登場以来、C=ロンブローゾの犯罪人類学などと密接な連関などから窺えるように、人種、民族の『退化』への脅威をあおりながら、刑事政策や社会政策への関与を重要な課題としてきた。日本でも同様だった」と述べている。

松原洋子³⁾「松原洋子法委員会講演 2018年」は「優生学は世代にわたる公衆衛生で、健康な子をより多く作る、ということである。社会医学、社会衛生学、民族衛生学がみなつながる。共通しているのは近代性ということである。専門性に基づく予見や健康の価値を非常に高く置く。1960年代位までは優生学はナチスとか全体主義とか差別と紋切り型に裁断したが、研究してゆくと社会主義とか社会民主主義とかだったりする」と述べる。

優生保護法が1996年に改正され母体保護法に転換する前、1991年に本学会「研究と人権問題委員会」(委員長は辻悟、優生保護小委員会は、小沢勲、椿恒男、寺嶋正吾、本谷研司)が⁴⁾「優生保護法に関する意見」(1991年)を出し、学会理事会(笠原嘉理事長)は1992年11月7日同意見を承認し厚生省に送付した。意見書は優生保護法の優生条項の全面削除を提言したものであった。なお、「研究と人権問題委員会」の活動は、1973年の学会総会で学会を二分した激しい議論の末、学会総会が⁵⁾臺氏人体実験批判決議(1973年)をしたことを出発点としている。その後、戦後最も大きな精神病院不祥事件であった

1984年の宇都宮病院問題において、同病院を舞台にした様々な医学研究論文があり精神病院とそこにおける研究の倫理的な関係が問題となった。それに加えて当時新たに提起された岐阜大学人体実験問題に直面したことから理事会（森温理理事長）は同委員会を同年設置した。岐阜大学問題において優生保護法を根拠に中絶した胎児脳を研究対象としたことから、優生保護法の検証を行うよう全国「精神病」者集団からの提起があり委員会は同法について検討することになったものである。

本学会はその創立以来、国民優生法の時代、及び戦後の優生保護法の時代においても、個々人の活動は別として優生学法制について上記委員会の活動以外に学会としては意見を具申したことは一度もない。他方で、精神科医療の在り方や保安処分については、本学会成立当初から、とりわけ1969年以後は病者の運動体もあり学会を挙げて活動した時期がある。しかし、その時代においても本学会は優生保護法に関心を向けたとは言えず、個々の精神科医は法が規定する役割を（無批判に）果たした。それは何故なのか、それをどう振り返るべきなのか。

1：注

- 1) 吉益脩夫「社会防衛としての断種の問題」（1）脳第4巻10号1930、同（2）脳第4巻11号1930、同（3）脳第4巻12号1930、同（4）脳第5巻1号1931、同（5）脳第5巻2号1931、同（6）脳第5巻3号12～27 1931年 以下「吉益社会防衛論」
- 2) 横山尊「日本が優生社会になるまで」勁草書房 246頁 2015年 以下「横山日本優生社会」
- 3) 松原洋子「法委員会講演 2018年09月22日」（以下「松原講演2018年」）
- 4) 「優生保護法に関する意見」（研究と人権問題委員会・優生保護法問題小委員会 精神経誌93巻12号：1356-1362 1991年）
- 5) 臺氏人体実験批判決議（精神経誌75：826 1973年）

2 戦前の学会の創立と学会の動向

呉秀三がヨーロッパ・ドイツ留学より1901年に帰国し、東京帝国大学精神病学教授、巢鴨病院（現松沢病院）医長に就任し、1902年に、同大学内科教授である三浦謹之介とともに日本神経学会を創立した。同年精神病患者慈善救治会（慈善のための社会事業団体）を設立した。わが国は、1900年に精神病患者監護法を成立させ、私宅監置を国家法制として、精神病患者の家族拘禁を公認してその法手続きを近代化したばかりであった。彼はヨーロッパの近代精神医学を日本に社会的に導入を図ることを目指すとともに精神病患者を人道的に救済する運動を組織したのである。

岡田靖雄⁶⁾（「日本精神科医療史」医学書院（2002年）によれば、呉は東大精神病学教室の教室員助手副手12名を動員し、1910年から16年にかけて1府14県計364の私宅監置を調査させた。その結果を樫田五郎と⁷⁾「精神病患者私宅監置ノ実況及び其統計的觀察」を著し、東京医学雑誌（東京医学会雑誌第32巻10～13号）に1918年（5月20日、6月5日、6月20日、7月5日）に発表した。内務省衛生局はそれを別刷りにして「精神病患者私宅監置ノ実況」の題で100部を各方面に配布した。呉らがこの「実況」において、監護

法成立以前から実施されていた私宅監置の悲惨を具体的実証的に調査しその惨状を告発した。その上で「実況」第7章意見で「精神病患者監護法の不備」は調査で明らかであると「然れども其の最大の原因たるはまさに病者を収容すべき施設の欠けたること是なり。…全国凡そ十四五万の精神病患者中、約十三万人の同胞実に聖代医学の恩恵に潤わず、国家及び社会は之を放棄して弊履の如く毫も之を顧みずというべし。…我が国十何万人の精神病患者は実にこの病を受けたるの不幸の他に、此の邦に生まれたるの不幸を重ね利と云うべし」とした。そのうえで、「国家及び社会は精神病患者を病院に収容することに倚りて、社会の安寧・秩序を維持し、病者の危険・犯罪行為を防遏しうる利益」を得るため、「病院施設の普及は病者自らの幸福を増進し、又社会の福祉を促進することの一斑を説明し得たりと信ず。吾人の反復して云う、官公立精神病院は速やかに設立せざるべからず」(原文カタカナ書き)としたのである。

1918年4月2日、日本神経学会は呉主幹の説明により以下の建議を可決した⁸⁾ 雑報「日本神経学会の建議」(神経誌17巻4号:295~296、1918年)。

「日本神経学会は純医学上の見地より左の建議案を内務大臣に提出するの必要を認め4月2日の総会に於ける議事として呉主幹が説明をなし満場一致を以て之を可決せり。

内務大臣宛

精神病患者はわが国に凡そ十数万人に及ぶべし。其のうちには公衆の安寧社会の秩序に対して危険なるもの多々之ある一方に適當なる治療を加うれば全癒すべきもの少なざるものあり。保健調査会の調査によれば全国の精神病患者凡六万五千人中病院において治療を受け居るものは五千人許にして他は悉く自宅監置のものなり。吾人は之を以て前記危険に対する防備と治療に対する施設の不十分なるものと認む。当局に於いて深く此辺を顧慮し全国に向て精神病患者保護治療の設備を整うることを奨励せられんことを認む」(原文カタカナ書き)。呉は純医学上の見地としてと断って直接提起し、それに対して満場一致だったのである。

この学会声明では明示的に官公立精神病院の設立とはされていなかったが内務大臣宛であるので実質はそのような意味であろう。精神病院法は、この翌年1919年2月国会提出、同年3月27日公布された。

1925年4月1日、神経学会は改めて決議した。

⁹⁾第24回日本神経学会総会記事(神経学雑誌25巻4号雑報 決議案 242頁 1925年)として「…更に呉主幹は本会は學術の会合であつて、政治、法律上のことを云々するは不適當のようであるが、然し学者が種々の事を研究するのは結局実社会に應用することに在るのである。然るに精神病院法は出来たが、之が實際の状況を見ると、吾人学徒から見て大いに遺憾とする所が多々ある。近来社会状態の変遷に伴い精神病患者の数も追年増加し、又是等精神病患者の為に種々の危害を蒙ることも続出するに至つた。然るに公立精神病院は極めて少数にして国立精神病院は尚實現の域に到達して居らぬ。故に本会の名を以て、公立精神病院普及の件を当局に建議したいと思うが如何。賛成があれば此案文にては

如何」と左記を朗読す。

「決議案 吾人は政府が精神病院法制定の趣旨に鑑み道府県立精神病院の普及を図られ又社会的危険性の精神病患者にして特殊の処置を要する為めに速やかに国立精神病院を建設せられんことを切望す。一同拍手して直ちに可決す」。

これは遅々として進まない病院法による病院設立とともに病院法の趣旨とは異なる新たな国立精神病院—保安施設—設立を要求するものである。後者の背景には、1921年刑法改正に関する諮問（臨時法制審議会）、1925年治安維持法成立、1926年「刑法改正の綱領」が発せられていた。1940年刑法改正仮案がなり、同年国民優生法が成立した流れがある。呉の云う様に、神経学雑誌は学術的な論文がほぼ全てであり、「雑報」も、人事的情報、精神衛生に関する記事、外国精神医学者の来朝の件などがあるのが目に付く程度である。その中で、¹⁰「精神病院法と精神病患者監護法との関係」（内務省書記官法学博士湯沢三千男講演録）神経学雑誌第19巻「雑報」：115—116頁（1920年）の記事が目を引く。

その要点は以下である。

監護法は監置の取り締まりにのみ重きを置き、保護治療の規定がない。

監護法はその費用を本人または扶養義務者が負担することとなっており、資力が無い上に監置を要しなければ市町村に監護をもとめることができない—「療養の道なき者」への保護治療に関する規定がない。

市町村長の負担は道府県が負担するが国家は何らの負担が無い。

行政庁は、監置への監督権があるのみで、入院させる権限は監護義務者が持っているに過ぎない。精神病院長は監置患者の監護に関する権限はなくそれは監護義務者又は市町村にあるのみである。

以上のように、精神病院法が制定された後も、それは監護法の枠に規制されていた、というのが実情であった。「近代」は未だ遠かったのである。

1935年日本神経学会は新潟総会において日本精神神経学会となった。

1930年代には、欧米においても断種法を中心とする優生法制が実現されその機運が我が国にも沸き上がり政府は1938年厚生省を設置し、同省は優生法制の検討を始めた。

その厚生省の要請に基づき、学会総会（久保晃次郎会長 於京都立命館大学）は1938年4月3日（11）「精神神経病に関する遺伝調査研究委員会を組織する件」（「百年史資料編」65頁及び「百年史第2章総会史 岡田靖雄担当」147頁）が提起された。¹²「神経誌42巻4号405頁雑報 1938年」では「…厚生省の申し入れによる遺伝学的研究の委員会組織等甚だ多項目に亘り、本会として実に画期的盛事也なり」とある。それは厚生省より断種法制定の基礎としたいとして要請されたものに対応するものであり、久保と次期会長の植松七九郎の合議指名で17名の委員を選んだ。同委員会は日本学術振興会第26小委員会（三宅鉦一委員長、1936年東大脳研所長。呉の後1925～1935年まで東大精神病学教室教授、精神神経学会幹事または主幹を務めた）と合同で調査する計画を立てた。しかし学会は結局「財政的な理由」により植松委員長が辞意を表明し、委員会は活動をしないま

まに終わった。国民優生法及び、優生保護法に関する学会誌の記事は、後述の 1921 年のマーチン・バーの講演の紹介記事を除けば 1991 年の上記「優生保護法に関する意見」までなかったと云ってよい。

2：注

- 6) 岡田靖雄「日本精神科医療史」医学書院 2002 年（以下「岡田精神科医療史」）169 頁
- 7) 呉秀三、榎田五郎「精神病者私宅監置ノ実況及び其統計的觀察」精神医学神経学古典刊行会 社会福祉法人新樹会 創造印刷発行 1973 年発行（以下「実況」）
- 8) 雑報「日本神経学会の建議」（神経誌 17 卷 4 号：295～296、1918 年）
- 9) 第 24 回日本神経学会総会記事（神経学雑誌 25 卷 4 号雑報 決議案 242 頁 1925 年）
- 10) 内務省書記官法学博士湯沢三千男講演録「精神病院法と精神病者監護法との関係」（神経学雑誌第 19 卷「雑報」：115－116 頁 1920 年）
- 11) 「精神神経病に関する遺伝調査研究委員会を組織する件」（「百年史資料 編」65 頁及び「百年史第 2 章総会史 岡田靖雄担当」147 頁）
- 12) 神経誌 42 卷 4 号 405 頁雑報 1938 年

3 欧米の優生学法制立法の動向

欧米の優生学法制

我が国の優生学は欧米からの輸入であり、欧米に伍して近代化—資本主義国家としての道を懸命にたどる過程で受け入れたものである。優生学の源流を探ると近代の始まり、18 世紀中ごろの啓蒙時代のルソーの「人間不平等起源論」、18 世紀末の「マルサス人口論」にまでさかのぼらなくては、本当の意味はわからない。優生学と精神医学の関係もその中から理解できるだろう。それについては改めて最後に言及する。

優生学の世界動向を主として¹³⁾「米本昌平、松原洋子、櫛島次郎、市野川容孝『優生学と人間社会—生命科学の世紀はどこへ向かうのか—』（講談社現代新書 2000 年 以下「優生学人間社会」）から概観する。

此处では、イギリス、アメリカ、ソ連、デンマーク、ドイツのこのみ取り上げる。

イギリス、アメリカ、ソ連における優生学を米本¹⁴⁾米本昌平「イギリスからアメリカへ—優生学の起源」（前掲「優生学人間社会」所収）によって見る。

イギリス

1859 年 ダーウインの「種の起源」。

1883 年フランシス・ゴルトンは「人間の能力と発達の研究」において優生学 eugenics の言葉が使われ優生学の始まりを画すこととなった。人間やその社会をダーウインの原理によって解釈しようとする動きが始まり、19 世紀末から第一次大戦までの思想を社会ダーウイニズムと呼ぶとしている。これに重なる 19 世紀後半は精神病・精神障害者の問題が社会的な重みを持ち始めた時代であった。それは、初等教育の義務化が 1 つのきっかけであった。19 世紀末ロンドンでおびただしい数の極貧層—精神障害（≡精神薄弱）を医学的な課題として把握されることとなった。1904 年、第 1 回イギリス社

会学会「優生学—その定義、展望、目的」が開かれた。1904年に王立精神遅滞保護抑制委員会が設置され、1908年報告書が出された。そこでは精神障害は遺伝と漠然と考えられ、多産であると見なされ一般の女性は平均4人、劣悪家族の女性は7.3人の子供を作る、と結論付けた。それは「典型的な優生学の主張」である逆淘汰論のはしりとなった。そこから障害者の「強制収容」と「性的隔離」が課題となった。しかし、イギリスでは断種法が成立しなかった。

アメリカ

アメリカで優生学が断種によって現実化した。

アメリカの自由とは何よりも世界理解の宗教からの自由であった。社会政策も実用的プラグマチックであった。

1897年シカゴ、聖マリー病院外科医A・J・オクスナーは断種を行った。

1902年インディアナ州少年院付き外科医H・C・シャープは犯罪者42人の断種を実施した。1907年インディアナ州で世界初の断種法（施設内精神障害者へのもの）が成立、23年に第2のピークを迎え最終的に32州に断種法が成立、3州が廃止した。

カリフォルニア断種法は1909年に成立、1913年に改正（刑務所収監者を対象）された。法運用の特徴として精神障害者のみではなく梅毒患者や、性犯罪者、累犯者への罰則として用いられた。1921年全米で3,233件、内同州2,558件で79%。36年末までに1万1,484件で全米の半数に達した。1933年のドイツの断種法はこのカリフォルニアの実績を参考にして制定された。

1924年の「絶対移民制限法」が優生政策としての移民・人種制限が行われた。

他方で断種は傷害罪に当たる恐れに付きまといわれていたが1927年連邦最高裁は最終的に合憲とした。

ソ連

ソ連では、1920年代科学主義的な優生学運動が推し進められた。1920年モスクワにロシア優生学会、1921年ペトログラードにロシア科学アカデミー優生学局が作られた。その中心はメンデル派の遺伝学者であったが、20年代末にはメンデル主義遺伝学—優生学は帝国主義に奉仕するブルジョア科学であるとしてラマルク主義の立場から批判がなされ、30年代はスターリン主義の発動でロシア優生学会は解散させられた。30年代末にはルイセンコ理論の席卷によりメンデル主義遺伝学は打撃を受けた。

デンマーク

市野川容孝¹⁵⁾「北欧—福祉国家と優生学」（「優生人間社会」所収以下「市野川人間社会北欧」）によりデンマークの優生学立法を見る。

1922年婚姻規制法が制定され、知的障害、重い精神障害を持つ者の結婚が許可制と

なった。

1929年7月「不妊化の許可に関する法律」。

第1条性犯罪の恐れのある者、同性愛者への去勢手術。第2条、精神病院や施設の「異常者」に対する去勢手術—同意原則と後見人の代理申請。

1933年「公的扶助法」制定。知的障害者のケア費用は国庫負担、国内の全ての知的障害者の収容施設の増設が国家義務とされた。

1934年5月「精神薄弱者の処遇に関する法律」—知的障害者の施設入所強制合法化→入所知的障害者の同意原則を外し、未成年者に拡大—公益上必要がある場合は、不妊手術は施設の義務とされ、遺伝性が明確である必要もなしとなった。

1935年5月「不妊手術と去勢手術の許可に関する法律」

遺伝性障害に対する不妊手術、性犯罪のおそれのあるものへの去勢手術合法化。

デンマークでは社会民主主義政権の福祉政策と優生政策の合体が特徴的でありスウェーデンもその範疇であった。

ドイツ

・市野川¹⁶⁾「優生学はナチズムか?」(「優生人間社会」所収以下「市野川人間社会ドイツ」)によりドイツの優生学立法を見る。

ドイツの優生学法制は、我が国の1つのモデルとなった。

ヴィルヘルム・シャルマイヤーの優生学は1891年「文明人を襲う身体的変質(退化)」で次のように述べている。文明、文化が発展するほど、淘汰が阻害され、人間の変質退化が進むというものである。ダーウインが「人間の由来」1871年で、『文明社会は、福祉政策の整備や医療技術の進歩で、その「虚弱な体質」の生命を維持するよう努めているが、それは人類という種の変質退化 degeneration を加速するとしていた。シャルマイヤーは、それを継いで、変質の3つの原因は1. 医学ないしは公衆衛生の発達、2. 戦争と兵役制、徴兵検査にパスする屈強な人間を死に追いやり、欠陥人間を銃後に残す。3. 私有財産制若しくは資本制は自分の労働以外に売る者の無い屈強な労働者は家族を持つことを困難にし、他人の労働で生きのびている労働能力のない資本家が生きのび子供を作る。従って、資本の国有化・社会主義的政策は戦争を抑止し平和を維持する、治療から予防に重点を変え、生殖の過程で疾患や障害を次世代に伝達されないようにする。病歴記録証を保健局で管理し、婚姻届を出す際に男女双方が必ずこの記録を提示することを義務付ける。他方、文化の発達によって諸民族の交流・混血が盛んになることは優生学的に好ましい、とした。これは、ナチスの優生思想とは逆の考え方で、優生思想は必ずしも人種主義を意味しない。医学を予防中心にする為に「医師の国有化」を提起する。患者から報酬を得て、守秘義務を課すのは、患者=顧客優先であり、感染者が他人に感染させるのを見過ごすことになる、とした。シャルマイヤーと並んでドイツ優生学を確立したものにアルフレート・プレッツがいる。彼の優生学思想(1910年10

月フランクフルトでの第一回社会学者会議の講演) は福祉政策と優生学の矛盾を解くものとして位置付けられる。

それは以下のようになる。

社会と種の峻別

社会：隣人愛や愛他主義による相互扶助

種：持続する生命体

(1) 時間的連続性

(2) 個々の要素を超越した連続体

個々の生命を犠牲にしても必要である。彼の優生学はこの点で上の「社会」の原理を批判する。

(3) 闘争—淘汰の原理

ダーウインは品種の自然淘汰により種の進化となる、としたものである。品種 race は種 species の下位概念。

相互扶助の「社会」と自然淘汰の「種」の矛盾を両立させるために、彼は淘汰の過程を出生前に移動させることに求めた。第一) 暫定的な処置として自然淘汰を性的なものに移動すること。遺伝的疾患や障害の結婚や子作りを禁止または不妊手術をすることを意味する。第二) 最終的処置として、自然淘汰の過程を有機体として個人の段階から、細胞、生殖細胞段階に移動すること。遺伝操作へ、低価値者を推定できる無能力な生殖細胞の除去へと切り替えること。ここでは福祉政策の否定はなく、「種」の位相での生殖・出生の段階で「低価値者」の発生を抑制する方策が位置付けられる。

自然淘汰論と対極になる人口淘汰を実現する優生学思想はこの第一次大戦後のワイマール共和国で（さらに北欧福祉国家で）徐々に実現される。

1918年、第一次大戦に敗れたドイツでワイマール共和国が誕生する。

それは第一 敗戦から立ちあがった国、であり、第二 憲法によって福祉国家の形を与えたドイツで初めての国家、であった。優生学の歴史は福祉国家と相反するようだが、ワイマール時代に優生学が一つ一つブロックが積み上げられナチスによって巨大な岩として、反ユダヤ主義、恐怖政治、軍国主義という要素により完成され、かつ押しつぶされた。市野川は「優生政策が戦後本格化した日本の問題を考える上でも、ワイマール期のドイツの動向は何らかの手がかりを与えてくれるだろう」とする。シャルマイヤーを初めとして多くの優生学者は戦争を逆淘汰として批判していた。

プレッツは優生政策を実現する為にヒットラーに期待していた。そして1933年断種法が成立したワイマール体制下、優生学とは相対的に無関係に、しかし深いつながりの中で、敗戦による絶対的な窮乏のもとで後にナチスの安楽死政策につながる¹⁷⁾「生きるに値しない命を終わらせる行為の解禁」(1920年)が精神医学者ホッヘと法律家ビンディングによって出版された。ホッヘはその中で述べたのは次のようなことである。

過去の豊かな時代には差し迫ったものではなかったがいまや事情が変わった。国家

は有機的な一体としてとらえられる。それにより、以下の様な価値なく無用なものは、経済的にも倫理的にも殺害は許されるのみでなく、全体的な利益の為に個々人の（無意味な）命の殺害はむしろ道徳的である。内面的には精神的な死にあるもの—世界像を結ぶことが出来ず自己意識がないもの、外面的には異様に映る身体的特徴、一切の生産的な能力の欠如、第三者による扶助を必要とする完全な無力状態であるものの殺害は許される。

・ワイマール政権下の優性政策実施

1920年 戸籍法改正。戸籍局は婚約者や結婚に同意が必要な者に婚姻登録に先だって医学検診の重要性に関するパンフレットを交付しなければならない。パンフレットの文言は帝国健康省が作成する。文言には、健康な相手と結婚することが崇高な義務であること、結核、性病、精神病、アルコールや薬物の中毒症にかかっている人と結婚すれば、自分自身の健康が損なわれるだけでなく、病気や障害のある子どもが生まれ社会に大きな負担をかけることになる、と記されていた。

1927年 性病撲滅法。性病にかかっていると知りながら性交渉をすること、相手に知らせずに結婚することに刑罰を科する。

この2つの法はシャルマイヤーの「病歴記録証」の提案のかなりな実現となった。

ワイマール体制は1929年の世界恐慌を経てナチズムに転換することになる。

1931年9月人種衛生学会の指針は、恐慌による経済的危機に対応するものであった。

低価値者に対する自発的不妊手術を可能とすることを提言しつつ治る見込みも無い遺伝的欠陥者のために割かれる支出は、もはや遺伝的に健康な家系の者には総じて役立たないものとなっている。それゆえ、優生学に定位した福祉は今や必要不可欠なのである。屈強な者の労働から産み出す財は、何よりもまず予防的配慮に役立てなければならない。

1932年1月プロシヤ州議会「遺伝による身体的もしくは精神的な障害をもつ者のための支出は、現在のわれわれの経済状況では、とても担いきれない額にのぼっている」との認識を示し、福祉コストの予算を削減する措置を講ずると決議。しかし実施にいたらずに終わった。

1933年1月 ヒトラー政権発足。

3月授権法によって立法権を手にしたナチス政府は、議会の承認なしに7月、断種法「遺伝病子孫予防法」制定。本人の意思に反してでも強制的な不妊手術が出来るとした。

ワイマール体制を食い破って立ち上がったナチズムには二つの地層がある。

- 1 ユダヤ人その他に対する人種差別と政治的迫害の地層
- 2 強制不妊手術や安楽死に見られる優生政策の地層

1933年1月 ナチス政権発足。

1933年7月「遺伝病子孫予防法」と「危険常習犯人及び改善処分法」—保安処分法が成立した。同意原則と自己決定がなされえないとされたものの代理申請による強制

断種の二重基準によって併せて45年までに40万件に上ったといわれる。

1935年婚姻健康法が制定された。結核、性病、断種法に規定された遺伝病、あるいは精神障害者等の婚姻が禁止され、婚姻に際してはそれらの障害者や疾患がないことを証明する証明書を保健局からもらうことがすべての婚姻者に義務付けられた。

1939年9月1日、ドイツはポーランドに侵攻し第二次世界大戦が勃発した。

この時、遺伝病子孫予防法及び35年の婚姻健康法が事実上停止された。他方安楽死計画の命令がヒットラーによって出された。市野川によればこの施策は、ドイツでは第一次大戦の窮乏においてほぼ7万人の精神病患者の餓死者が出て経験があり、彼等への憐みの意味もあったという。その犠牲者の数は、少なくとも7万人、一説には十数万人といわれる。安楽死に関しては、ローマ教皇ピウス11世が、1930年12月31日に「聖なる婚姻について」の教書があり、不妊手術はどんな場合でも認められない、優生学者が低価値者と蔑む人々も、結婚し子供を持つ権利がある、としていた。1941年ガレーン司教の安楽死計画批判によりナチスの安楽死政策に立ち向かった。他方で、ピウス11世—ガレーン司教はユダヤ人殺害に関しては沈黙を守ったと云われ、議論がある。

市野川によれば、安楽死政策では、断種の対象者がすなわち殺害されるのだからそれにより優生政策は終焉したことになる。また、戦争はそれによって健康な若者が死ぬ最悪の逆淘汰が起こるのであるから「人種衛生学が平和においてのみ…行うことができる」というプレッツの思想に反していた。戦争は優生学者たちの優生学的前提を破壊し優生学そのものを無効とするからである。

このような過程におけるナチスの人種政策を軸にした国家統治と医療体制はその「強制的同質化」に特徴がある。州や都市の独自性はナチス政権によって中央集権的に統括され、保健局が管轄し、経費は全て国または自治体によって賄われた。タバコやアルコールが忌避され健康が称揚された。保健局の医師は、患者からの報酬に依存せず、医学的に「正しい」ことを遂行しなければならなかった。1935年の「帝国医務規定」は医師の職業的自律性を奪った。医師は、個々の病める人間ではなく、国家や社会や民族体の利益に目を向けることが強要された。それが、人間の国有化の医療における達成であった。

第1条「医師は、個々の人間ならびに民族全体の健康に奉仕することを職務とする」

第13条は、医師は職務遂行の過程で知りえたことは、原則的に他人に漏らしてはならないが、「健全な民族感情によって正当化される目的を全うするため」に守秘義務の解除がむしろ義務とされた。断種法に規定された遺伝病などの患者に、不妊手術を遺伝健康裁判所に申請しなかった場合、医療活動の永久停止を含む処罰を科した。精神医学は優生政策—安楽死政策に完全に従属した、ということになる。

このようなドイツ—ナチスの優生政策の動向に精神医学者はどのように関わっていたか。それを¹⁸⁾小俣和一郎「精神医学とナチズム」(講談社現代新書 1997年)、¹⁹⁾小俣和一郎「ナチス政権下における精神医療」(臨床精神医学講座第22巻・精神医学と法

157—176 中山書店 1997 年)、²⁰⁾「第三帝国と安楽死」(原著 1983 年:エルンスト・クレー 松下正明監訳 批評社 1997 年)によって略述する。

エミール・クレペリンは 1891 年—1903 年ハイデルベルグ大学教授であったがその間に早発性痴呆(精神分裂病)及び躁鬱病を疾患単位として確立し近代精神医学の骨格を打ち立てた。彼はファナチックな禁酒論であり、ロンブローゾの生来性犯罪人説—社会防衛としての精神医学の骨格を受け入れる、政治的には右翼的国家主義者であった。同時代の、スイスの August Forel は 1892 年に断種を行なった。

エルンスト・リュージェインはスイス生まれで、チューリッヒ大学でフォレルに学び 1901 年ハイデルベルグ大学のクレペリンの下で助手を務めた。その時代、1905 年に上記のプレッツと共に人種衛生学協会を設立したのである。1906 年クレペリンの転出とともにミュンヘンに移りやはりクレペリンの下で助手を務めた。クレペリンによってミュンヘンの 1917 年精神医学研究所が開かれると、遺伝学部門の責任者となり遺伝学研究を主導した。彼は精神分裂病の遺伝学の世界的権威となった、1925 年から 3 年間スイスのバーゼル大学で心理学教授、1928 年カイザー・ウイルヘルム精神医学研究所と改名したミュンヘンの研究所で人類遺伝学の部長となりドイツ優生学の中心的存在となった。1933 年 6 月ナチス内務大臣フリックの下で断種法の起草・制定に指導的役割を果たした。1933 年 6 月内務大臣フリックは「人口・人種政策専門委員会」を設置し断種法案の起草に着手したが、その中心メンバーにプレッツとリュージェインを並んで加えた。リュージェインはナチス党员であり、ドイツ精神医学全体の「強制的思想同一化」を学問的立場から推し進める役割を果たした。1934 年以後終戦までドイツ精神医学会会長であり、安楽死論の支持者であった。断種法の目的はナチス政府保健局長アルツール・ギュットが述べているように「次世代の健全な社会を実現するため、民族の身体に巢食う劣等な遺伝子を排除する」ことであつた。精神薄弱、精神分裂病、躁うつ病、てんかん患者、重症アルコール中毒症、先天性盲及び聾啞、重症畸形、小人症、瘻性麻痺、筋ジストロフィー、フリードリッヒ病、先天性股関節脱臼などであつた。断種の決定は各地の地方裁判所に遺伝健康裁判所、上部には地方高等裁判所内に上級遺伝健康裁判所が置かれた。

ナチスの安楽死政策についても¹⁸⁾ ¹⁹⁾ ²⁰⁾により以下略述する。

1939 年第二次大戦直前ではドイツ全土(オーストリア、ズデーデンランドを除く)に 36 万床余の精神病床数があつた。第二帝国(ワイマール体制)成立の過程で精神病院の多くは州立となり、他は教会・集団立精神病院の半公的なものと少数の私立精神病院であつた。

ヒトラーは 1928 年のニュルンベルグ党大会の終わりに、次のように述べた。

ドイツでは毎年、100 万人の子供が生まれ、同時に 70 万から 80 万の虚弱児が片付けられたら…最終的に力の向上につながるだろう。その後 1930 年には「国家社会主義月刊誌」には、「生きるに値しない生命に死を！」と書いている。

安楽死は、1939年初頭のKnauer事件から発する。ライプツイッヒ大学小児科病棟で生まれた畸形児の父親（Knauer という姓でナチス党员）がヒトラーに安楽死を嘆願する手紙を書き、それを受けてヒトラーが、侍医のカール・ブラントを大学に派遣し、安楽死を実施させた。この事件を機にヒトラーはブラントと総統官房長のフィリップ・ボーラーに口頭で権限を与え、専門家を集めて安楽死委員会を設置させた。1939年総統官房とは無関係であることを装い1939年5月「遺伝性及び先天性重症患児の登録に関する帝国委員会」（後に単に「帝国委員会」と呼ばれる）を立ち上げた。8月18日委員会は各自治体宛に「障害児の登録」のための届け出義務に関する通達を極秘に発送した。すべての医師と助産婦は新生児を含む3歳未満の障害児を所轄保健所宛に届け出ることを義務付けた。対象は、白痴および蒙古症、小頭症、水頭症、すべての奇形、特に四肢の欠損、重度の頭蓋破裂及び脊椎裂、リトル病を含む種々の麻痺。

他方、成人の障害者の組織的安楽死実施についての会合を開いた。ヒトラーは内務省第四局長レオナルド・コンテイ、当官房長マルタン・ボルマン、帝国官房長ハンス・ラメルを招集した。これにより成人障害者の安楽死実施専門委員会が作られた。専門委員会には「帝国委員会」からウンゲル、ヴェンツラー、ハインツが入りその他、カール・シュナイダー（ハイデルベルグ大学精神医学教授）、ウエルナー・ハイデ（ヴェルツブルグ大学精神医学教授）他精神病院長3名が加わった。参加はあくまでも自由と基本条件に記されていた。

1939年9月1日ナチスはポーランド侵攻、9月27日戦闘は終り、ポーランドは独ソが分割統治することとなった。ナチス占領下のポーランドでは各地の精神病院で入院患者の殺害が始まった。9月29日よりKocborow精神病院の2,342人が約1か月に渡って射殺された。Schwetz精神病院でも1,350人が9月から10月にかけて射殺された。COガスによる殺害がGaswagenガス自動車による殺害もポーランドで始まった。1942年までにポーランドの精神病院はこのようにして解体されて野戦病院に転用され、1万人を優に超えた。

成人障害者の安楽死機関は「精神病院帝国作業委員会 Reichsarbeitsgemeinschaft Heil und Pflegeanstalten 略RAG」とされた。RAGは内務省第四局の名で全国の精神病院施設に調査票を発送し施設の登録を行った。調査票に個人データが登録され、RAGの鑑定医による安楽死の対象とするか否かが判定登録されことになっていた。それによると以下のようなものである。

1. 次の病名の者で就労不能かごくわずかし作業が出来ないものと規定されていた。
病名は、精神分裂病、てんかん、老年性痴呆、治療抵抗性の進行麻痺、全ての精神薄弱
2. 最低5年以上の入院期間を有する患者
3. 犯罪歴のある精神病患者
4. ドイツ国籍のない患者、または「ドイツ人かドイツ人同等」以外の人種に相当する

患者（これらの患者については人種及び国籍の欄にも必ず記入すること）

RAG 内部に設けられた患者移送部門は、「公益患者移送有限会社」（略称 Gekrat）に衣替えし法務局に登録された。1940 年 4 月 RAG 本部は総統官房を離れテューアガルテン通り 4 番地建物に移った。T4 作戦と呼ばれることとなる。安楽死施設はドイツ国内の 4 か所、後に 6 か所の精神病院（グラフェネック、ブランデンブルク、ハルトハイム、ゾンネンシュタイン、ベルンベルク、ハダマール）に設置された。そこにはガス室と焼却炉が設置された。Gekrat の灰色のバスに秘密裡に組織的に輸送された患者たちは CO ガスによって淘汰された。前述のように 1941 年 8 月 3 日カトリック高位聖職者ガレン司教によってミュンスターにおいて公然と安楽死を批判した。1941 年 8 月 24 日ヒトラーは T4 作戦中止命令を出した。この命令でガス室の運転を止めたのはハダマール精神病院 1 か所だけであった。ゾンネンシュタイン、ベルンベルグのガス室稼働が終わるのは 1943 年春であった。ハルトハイムは 1944 年末までマウトハウゼン強制収容所の付属ガス室として稼働した。1940 年 1 月に始まったドイツ国内の殺害は中止命令が出た 1941 年 8 月までに 70,273 人が殺害された。

ヒトラーによる安楽死中止命令とほぼ同時に「ユダヤ人問題の最終解決」が帝国保安本部に対して下命された。T4 作戦の形式的な中止がユダヤ人の絶滅作戦というより大規模な殺戮作戦に方向転換した可能性を強く疑わせる。障害児の殺害計画はこの安楽死中止命令の後にかえって本格化することになった。1941 年内務省のコンテイは在宅障害児の抹殺を推進するため、障害児専門病棟へ移送する通達を各自治体に出した。検査や治療のために入院させた家族に、一切の費用を自治体が負担するように要求が書き添えられている。その結果、各地の障害児専門病棟は増加し、終戦までにおよそ 30 か所の施設（大学小児専門病棟、大学病院小児科など）が指定されることになった。これらの専門病棟では薬物の過量投与によって殺害された。使用薬物はフェノバルビタールで、投与方法は錠剤の服用又は注射であった。モルヒネ又はスコポラミンの注射による安楽死も行われフェノバルビタールの併用であった。意図的な餓死による殺害も行われた。

T4 作戦は精神病院の医師によるものという説もあったが、RAG の中心メンバーには大学精神科が関わっていた。ハイデルベルグ大学のカール・シュナイダーは教室全体で T4 作戦と連動する研究施設に転向する役割を果たした。このような利用は、ミュンヘンのカイザー・ウイルヘルム脳研究所、ボン大学の精神医学教室のクルト・ポリッシュ教授の下でも行われた。大学の役割は、第一に、詳細の臨床データを把握し遺体の臓器とりわけ脳を研究材料とした。第二に、T4 作戦に従事する一般科医師や看護婦に精神医学の「基礎教育」を行うことでこれはハイデルベルク大学のみが行った。

ヴェルナー・ハイデ（ヴェルツブルグ大学精神医学教授 親衛隊大佐）は T4 機関 RAG 医療部門の責任者であり、上級鑑定医であった。戦後イギリス軍の捕虜となったが 1947 年 7 月逃亡し、素性を隠し、多くの医師はそれを黙認していたこともあり医師として活

動していた。1958年シュレスヴィヒ・ホルシュタイン州保険局長は正式に彼を確認し警察は逮捕状を用意した。ヴュルツブルグで逮捕されフランクフルト地裁で起訴された。彼は12年間にわたって秘密裏に精神科医として活動していた。1964年2月13日拘置所内で首つり自殺した。

前掲「第三帝国と安楽死」¹⁹⁾のあとがきで、松下は「安楽死に関わった医師のナチス国家における幾つかのグループに分けて論じ、10のグループに分類している。

ちなみに第1グループと第9グループは以下である。+

第1グループ。断種を含め安楽死を理論的、学問的に主張しナチスの安楽死を支持することになったグループ。先行者としてA・フォレル（ブルクヘルツリ精神病院長）、R・ガウプ（チュービンゲン大学教授）、O・ブムケ（ミュンヘン大学教授）などがあるが松下が代表者として2人を挙げている。A・E・ホッヘ（フライブルグ大学教授）とE・リュディン（ミュヘンドイツ精神医学研究所部長）である。

第9のグループ。安楽死における、直接の当事者である精神病院の院長や医員たちである。戦後自分は抵抗したという証言は少なくないが、実際には、大部分の医師たちは、入院患者の申請書を提出することによって、或いは、迎いのGekratの車に患者を乗車させる際の選別において指示に従わざるを得なかった。ハダマール裁判での判決にあるように、「彼らに関与した理由は、いわゆるおどしではなく、荷担するという事実上の意欲だった。たとえ心の中でためらいがあったとしても、結局荷担してしまうような意欲だった。そして内部の声、良心の声が言うことに公然と従うだけの勇気が欠けていた。…」

その他様々な立場の医師が、ナチスに協力した。

ところで、市野川によれば、優生学は、安楽死が優生学の対象を殺害することで安楽死とは微妙に異なると同様に、安楽死計画はユダヤ人ホロコーストと異なっている、と述べている。F. レンツは優生学者としてただ1人安楽死法制化の準備作業に関わっているが、優生学の立場からそれを正当化することはなかった。彼は不治の病にある患者を苦痛から解放すると云う哀れみの人道的意図からのみ、安楽死を合法化することにこだわった、という。第一次大戦期ドイツは英仏とは比較にならない生活物資不足に陥り、先ずはじき出されたのが入院中の精神病患者等であり、それによる餓死者は実に7万人であった。再び開始された戦争によって同じ事態が引き起こされようとしている時、積極的殺害の選択肢がとりわけ医療関係者に頭に浮かんだとしてもおかしくないだろう。1980年代に、ナチズム期の強制不妊手術・安楽死の戦後補償問題に取り組んだ精神科医クラウス・ドウルナーは1939年以後の安楽死計画の背後にある心性を「死に至る憐れみ」と云う言葉で締めくくっているという。

敗戦後のドイツ

戦勝国・「世界」の非ナチ化の対象は優生政策ではなかった²¹⁾（市野川容孝（「強制不妊手術の過去と現在—ドイツ・スエーデン・日本」(母体保護法とわたしたち—中絶・

多胎減数・不妊手術をめぐる制度と社会—2002年9月初版明石出版)。戦後の西ドイツでは同意による避妊としての不妊手術はありふれたものであったし、知的障害者の強制不妊手術は黙認され、知的障害者の親の会は「優生を目的にしない」不妊手術は必要だと主張していた。1990年「世話法」は「自分の事務を全部または一部を処理できない疾患、障害を有する者」の優生手術は厳しい条件のもとに世話人の同意で法的に可能とした。しかし他方で、1980年に転機が訪れる。ナチス下の断種に1回限りの補償金(5,000マルク—約40万円)を支払うことになった。1987年には断種被害者の団体が結成され、連邦議会の公聴会で被害の経験を語った。1988年、連邦議会は「ナチスによる不正」として採択し、月額9,000円の年金の支給が支払われることになった。1998年ナチズム期の遺伝健康裁判所の強制不妊手術の判決を無効とした。以上のように、ナチスによって停止された優生学は、戦後西ドイツでは再生していたのであり「ナチスの優生政策の否定的再発見」という1970年代以後の運動が1980年代以後の優生学の見直しとして進んだとみなすことができる。

フランス

勝島次郎²²⁾「フランス—家庭医の優生学」(「優生学人間社会」所収以下「勝島人間社会フランス」)によりフランスの実情を見る。

フランスにはドイツ、アメリカそして北欧諸国で行われたように国家の手で断種を行う優生政策はなかった。しかし、1997年にスウェーデンでの強制不妊手術が戦後も行われていた事実が大きく報道され、ヨーロッパ諸国で1970年代までそのような優生政策が行われていたことが明らかになった経過のなかでフランスでも精神障害者などへの不妊手術が実際には行われていたことが露見した。1996年には男性15件、女性221件の実施が確認された。

1995年「フランスにおける優生主義の歴史」でアンヌ・キャロルは国家強制を伴う優生政策が実現しなかった理由の1つを、20世紀初めのヨーロッパの優生学が、生物学者、人類学者、統計学者、人口学者、マルサス主義者からなっていたのに対して、フランスの優生思想は19世紀初めから医学者が主唱してきたところにある、とした。フランスでは19世紀以来、医学者が「良い子をつくる」ためのノウハウを広めてきた伝統があった。国家のために偉大な人間を作るための学「偉人発生学」が誕生した。結婚=生殖の適正な管理というテーマとしてフランス優生学はその骨格を築いた。

「育児学」がフランス独自の優生学であったというのである。

ドイツなどの優生学は原理的に獲得形質の遺伝はないという観点で成立したが、フランスではラマルクの環境要因を重視する獲得形質の遺伝を信奉し続けていたのである。

ベネディクト・モレルの1857年「人の種の肉体的、知的、道徳的変質論」がある。精神医学者マニャンは変質概念をダーウインの進化論と結びつけ、それを生存競争に

おける敗北とみなした。それを個人の診断と集団の分析の混同となったとキャロルは断じた。次に優生学は典型が逆淘汰論であるが、フランスではそのような主張をする学者もいたが、人口減・出生率低下を変質の原因という考え方が好まれた、という。それは多大な人口損失を被った第一次大戦後確固たるものとなった。フランスでも 1910 年代から 1930 年代にかけて、安楽死論や断種論が提唱されることはあったが、医学会全体や社会を動かすことはなかった。

キャロルによれば以下のようなようである。

「フランスでは、医学者が主な担い手であった独自の優生学=育児学が、ゴルトン以前から一分野として確立していた。そのために古典的優生学の時代にも、フランスでは医師の職業的利益が論議と施策の趨勢を決める要因となった。旧来の自由診療に対する公費による社会化医療が提唱され、目の前の患者だけでなく全体の利益に奉仕する新しい役割が医師に求められ始めた時代の中で、優生政策のための公務員という医師像に対して、フランスの医師はあくまでも私的サービスと教育を旨とする「家庭医」という像を対置し抵抗した。そうでなければ（生殖するものを選別する役割をとれば）医師が頼ってきた中産階級の顧客を失いかねないという危機感があった。理論的支えとしても、フランスの医学者はラマルキズムを信奉し続け、過度の遺伝決定論を排して環境への働きかけ=衛生を重視する立場をとった。そこには、英米やドイツの外来の学説である優生学への国粋感情的な反発、対抗意識も働いた」（160～161 頁）

1970 年代のアメリカのナチス優生政策の再発見と優生学批判

・戦後 1970 年代の優生学批判—ナチス優生政策の否定的発見²³⁾が進んだ。

第二次大戦後の連合国の非ナチ化の方向はナチの暴力的圧制とユダヤ人虐殺に焦点が当たり優生政策は入っていなかった。逆にナチスが葬られたことで、戦後になって本格的な科学的優生学の時代が到来した。

1960 年代のアメリカでは州法があるか否かに関係なく精神障害者に対する強制断種は当然のように行われていた。世界的には、断種手術を避妊の手段として最大限活用したのはアメリカであった。1970 年代前半だけで 230 万人の女性が不妊手術を受けている。

1966 年「実験遺伝学と人類進化」で J. レダーバーグは生化学研究と遺伝学の統合という表現で分子生物学の到来を指摘して、人間の遺伝的改良と云う発想の危険性を指摘した。

1960 年代前半の公民権運動は社会的弱者の平等の奪回への覚醒につながった。女性、障害者、同性愛者などが復権の対象となった。1960 年代末ベトナム反戦運動から「人民のための科学」というグループの結成があった。その批判はバイオテクノロジーに向けられた。その代表的人物がハーバード大学医学部分子遺伝学教室の J. ベックイスで、彼はエリー・リリー賞を受賞した第一級の遺伝子・分子生物学者であったが、人間の遺伝的操作へ利用されるとして、研究を打ち切り、賞金をブラックパンサーに全額寄付した。

1972年アメリカ優生学会は社会生物学会へと名称変更した。

アメリカでは、精神病・精神障害への差別が社会問題としてはっきり確立したのは60年代半ば以後である。それまでは、ナチズムの亡霊を忘れたような無邪気な優生学的提案が目白押しであった。

1973年第13回国際遺伝学会 カリフォルニア大学バークレー校でG.アレンによる講演「遺伝学、優生学、階級闘争」が行われた。それは1972年のK.マドラーの「遺伝学とアメリカ社会」に依拠しながらの苦渋に満ちたアメリカ現代史の展望となった。さらに、「人民のための科学」というグループを結成していたベックイスは1976年の講演「アメリカにおける遺伝学の政治社会的利用—その過去と現在」においてアメリカの遺伝学の歴史をおさえ、遺伝子治療・体外受精・クローンなどにも言及しながら科学の神話化を告発した。このような経過を経て1970年代においてナチス優生政策の否定的再発見がなされた。ナチス優生政策の実証的研究は1980年代以後のことである。「ナチズム＝優生社会＝巨悪」という図式は、一方的なものであり、それを克服し現在直面する問題を私たちは正確に把握する必要がある、と米本は提言している。

3：注

- ¹³⁾ 米本昌平+松原洋子+髙島次郎+市野川容孝「優生学と人間社会—生命科学の世紀はどこへ向かうのか—」（講談社現代新書 2000年、以下「優生学人間社会」）
- ¹⁴⁾ 米本昌平「イギリスからアメリカへ—優生学の起源」（以下「米本英米」）前掲「優生学人間社会」所収
- ¹⁵⁾ 市野川容孝「北欧—福祉国家と優生学」（前掲「優生学人間社会」所収以下「市野川人間社会北欧」）
- ¹⁶⁾ 市野川容孝「優生学はナチズムか？」（前掲「優生人間社会」所収以下「市野川人間社会ドイツ」）
- ¹⁷⁾ カール=ビンディング/アルフレート=ホッヘ「生きるに値しない命を終わらせる行為の解禁」（原著1920年：森下直貴・佐野誠訳著『『生きるに値しない命』とは誰のことか 窓社 2001年』所収
- ¹⁸⁾ 小俣和一郎 「精神医学とナチズム」（講談社現代新書 1997年）
- ¹⁹⁾ 小俣和一郎「ナチス政権下における精神医療」（臨床精神医学講座第22巻・精神医学と法157—176 中山書店 1997年）
- ²⁰⁾ 「第三帝国と安楽死」（原著1983年：エルンスト・クレー 松下正明監訳 批評社 1997年）
- ²¹⁾ 市野川容孝「強制不妊手術の過去と現在—ドイツ・スウェーデン・日本」（母体保護法とわたしたち—中絶・多胎減数・不妊手術をめぐる制度と社会—2002年9月初版明石出版）所収
- ²²⁾ 髙島次郎「フランス—家庭医の優生学」（「優生学人間社会」所収以下「髙島人間社会フランス」）
- ²³⁾ 上掲¹⁴⁾「米本英米」

4 欧米の保安処分の立法動向

森山公夫²⁴⁾（「保安処分の歴史と現状」（『保安処分阻止のために研究・討論集』保安処分に反対する精神医療従事者協議会発行 1981年10月21日）によれば欧米における

保安処分の歴史は以下の様になる。なおこの協議会参加団体は以下であった。精神科作業療法協会、東京都地域精神医療業務研究会、日本児童精神医学会、日本精神医学ソーシャルワーカー協会、日本精神科看護技術協会、日本精神神経学会、日本臨床心理学会、病院精神医学会。

(1) 保安処分思想の形成期 (1870年～1905年)

1876年 イタリアのロンブローゾ (変質論) 生来性犯人説

1882年 ドイツの刑法学者リスト「刑法における目的思想」一新派理論を提起。犯罪人は1 機会犯、2 改善必要犯、3 改善不能犯 (ロンブローゾの生来性犯罪人)。「改善不能犯とは、今日一般にプロレタリアートと総称されるところの社会的病理現象の鎖の一環をなすものである。乞食・浮浪人・売春婦・アル中者・詐欺師・高等淫売・精神的及び肉体的変質者…」

1893年 スイスの刑法学者カール・シュトース「刑法予備草案」、初めて保安処分を明確な形で提案。

(2) 保安処分の実現期 (1905年～1933年)

イギリスは1908年に犯罪予防法を制定し予防拘禁制度を実現した。

「日本は1907年現刑法 (新派的) を制定した。

1917年のソヴィエトロシアの教育刑に基づく刑事政策が始まり 1926年ロシア共和国刑法が制定された。

1921年 イタリアのフェリー案が提起 (制裁という概念)。

1930年 イタリアでファシスト刑法制定。ベルギーで社会防衛法、デンマーク刑法典制定でヘルステッドベスター社会治療施設。

(3) 保安処分の隆盛と衰退 (1933年～1968年)

1933年 ナチスドイツ成立

1933年 「危険常習犯人及び改善処分法」、社会防衛と応報刑の結合 (「遺伝病子孫予防法」)

優生学の動向と新派刑法—保安処分思想の動向は全く同一の社会思潮の下で、ほぼ同一の対象者に対して、前者は出生の抑止策として、後者は現に生きているものへの対策として世界的に勃興していた。

4 : 注

²⁴⁾ 森山公夫「保安処分の歴史と現状」(『保安処分阻止のために研究・討論集会』保安処分に反対する精神医療従事者協議会発行 1981年10月21日)

5 国民優生法成立前史と産児制限論

(1) 精神医学界への優生学の紹介（マーチン・バーの来日）

我が国の精神医学界への優生学の紹介は1921年のマーチン・バーの来日による講演「低能児発生の社会的予防」を嚆矢とすると言えるかもしれない。岡田靖雄は²⁵⁾「差別の論理と精神科医療—今日において反優生・反差別ということは」2017. 6. 23（「過去から将来へ 岡田靖雄 青人眩言V 青柿舎・2018年」）および1917年学会総会による教育講演²⁶⁾（「差別の論理と精神科医療」精神神経誌120巻3号 2018年）で次のように述べている。

『神経学雑誌』などに精神病の断種に関する外国文献の紹介は1920年ごろから見られます。日本の精神科医に断種の問題をはっきりつきつけたのは、1921年5月の東京精神病学会例会で行われたMartin W. Barrの講演²⁷⁾「低格児発生の社会的予防（The Prevention of Feeble-Mindedness）（『神経学雑誌第20巻第6号 1921年』）一ちなみにその大要として²⁸⁾マーチン・バー「低能児発生の社会的予防」（社会事業第5巻2号 95-106 1921年がある—筆者注）がある。バーは、内村鑑三も看護員をつとめたことがある合衆国ペンシルバニア州エルウイン低格児学校医長で、断種法制定の必要性を説きました。その時の聴衆の反応は少なく、呉先生は否定的な意見を述べました。同年6月国の保健衛生調査会で民族衛生問題を論じたのが、断種法を公的にとりあげられた最初です。同会に1930年に民族衛生に関する特別委員会が設けられました。…重症精神病患者が子孫を残さないようにするため、結婚をしないことの奨励から断種までの処置には、精神科医の多くは漠然と賛成していました。ある程度の理論づけをもった断種法制定の動きがでてきたのは、1930年に民族衛生学会が創立されてからです。…断種を強制しようという法案が姿を現すにつれて、断種法には、消極的になっていきました。また発熱療法、持続睡眠療法、インシュリン療法、電気けいれん療法など、積極的身体療法が、登場して、それらの成果が期待されました」。

内村鑑三は25歳の時、1885年にJ・N・ケルリン院長のもとに「拾いあげられ」で身を寄せて看護人となっている。鑑三²⁹⁾（「余はいかにしてキリスト信徒となりしか」内村鑑三集 明治文学全集39 筑摩書房 1967年）は「慈善なるものは、どれほど高貴で繊細な感情に支えられていようとも、それを、悩める人類の福祉とするための明晰な頭脳と鉄石の意志とを欠くならば、この実社会では役に立たぬということを、彼は教えてくれた」と述べている。彼が看護人として「白痴の尻を拭う仕事」³⁰⁾（「1885年新渡戸稲造への手紙」前掲 内村鑑三集所収）を自ら選んでしていた時、アメリカには断種を称揚する優生学は未だ無かったはずである。鑑三の看護人生活（バーは当時一介の医員であった）から36年後、バーは上記講演で「低能者」の統計的数字を紹介し、その社会が負担する費用を示し、救済策として第一に男女の分離、第二に低能者の社会からの隔離、第三に無性化—断種・結婚法の改正をあげている。

この講演は神経学雑誌に掲載されたが、以後優生学関連そのものが学会誌に掲載さ

れることはなかった。それは、上の二度の学会決議に比べれば、優生学は人口政策の問題であっても精神医学の問題ではないとみなされていたのかもしれない。ただしその他の様々な関連雑誌には意見が交わされていた。

優生学は19世紀末より民族や国家のための社会改革思想としての形が急速に出来上がっていた。ワイズマンによる遺伝学における獲得形質の遺伝の否定は、積極的優生学一種の生物学的改良—の可能性から消極的優生学—悪質形質の防遏—に大きく転換した。我が国では、優生学は欧米のそれをどん欲に取り入れ、社会政策—社会事業の世界で広くその思想を受け入れていた。その代表者の海野幸徳を挙げることができるだろう。1910年の「日本人種改造論」がその代表的著作である。

第一次大戦後の世界—第二次大戦までの戦間期ではそれまでの知識人にのみ流布されていた優生学思想は、人口の量と質としての人口問題として社会ダーウイニズムとして広がった。マルクス主義が広がり、ロシアには社会主義政権国家—ソ連が誕生した時代であった。わが国でも、貧困は社会問題化し、東京市社会局や内務省の細民調査度が行われ、工業化が進み没落貧困家庭が増加していた。

東京帝国大学生理学教室教授の永井潜は、1920年代から、我が国が、好ましい素質を持つ階級—中産・知識階級が産児制限によってその数を減らし、好ましからざる素質を持つ貧困階級が多産でその数を増すがゆえにそれは逆淘汰であり、国家を弱体化させるものとして産児制限—新マルサス主義を激しく論難していた。

衛生学から優生学的な産児制限を論じた医学者として暉峻義等がいる。1917年12月に東京帝国大学医科大学を卒業して永井潜の生理学教室に入り、永井は内務省からの依頼の細民調査を暉峻に振り内務省保健衛生調査会の第七部農村衛生部会に加えられかつ実地調査のために警視庁嘱託の身分を与えられ、本所横川町と深川豊澄町の貧民窟にそれぞれ半年ずつ住み込んで調査をした。ドイツ留学は1921年7月から1923年12月までで社会衛生学を学んだ。産児制限論は資本主義に屈服するものとしてマルクス主義がそれを手厳しく批判するが現実には多くは『無産者生活の生活苦を除去するための方策』として認めていた。国崎定洞は1924年東京帝国大学助教授—衛生学教室所属となり、ドイツ留学中にドイツ共産党に入党し、1932年ナチス台頭のドイツからソ連に亡命し、スターリンの粛清によるスパイ容疑で逮捕—銃殺された。著書に「社会衛生学講座」があり、そこでは、階級対立の廃止された後の社会においては、民族衛生—優生学は相当の重要性を加うべきもの、としていた。

(2) 人口優生社会政策としての優生学の導入

しかし、我が国の精神医学が優生学に具体的に関与する以前、明治時代から思想としての優生学は人口論にともなって紹介されていた。我が国への優生学の導入は欧米の優生学の成立に即応している。本多創史³¹⁾（「近代日本の優生学—<他者>像の成立をめぐって—2022年—明石書店」）以下「本多近代日本優生学」によれば、明治時代に東

京帝大の総理や貴族院議員なども務めた加藤弘之や、西洋哲学、東洋哲学などにより東京帝大の教授を務めた井之哲次郎など当時の知識人が欧米の進化論や優生学を学んで独特の世界観を提示し、それによる社会改革を構想していたことを紹介している。第一次大戦後の世界的な社会ダーウニズムの広がりの中で 1920 年代、貧困と社会問題との関連で社会事業の世界で、一般ジャーナリズムで啓蒙的に論じられ、医学においては社会衛生学などにおいて優生学の議論が活発化した。

本多³²⁾から海野幸徳を取り上げてみよう。

彼は社会事業家にしてまた民間の優生学者であり、近代日本に最初の体系的優生学を紹介した。アカデミズムの住人ではない彼の主著「日本人種改造論」(1910 年初版)は我が国への優生学の具体的導入において重要な意味がある。

海野にとって国民の質の改善が必要だったのは、西欧列強との角逐において人後に落ちないようにするためであった。日露戦争後、第一次世界大戦とその後にかけ、慈善事業が我が国においても勃興した。感化事業が増加し、内務省は 1908 年以後感化救済事業講習会を主催し福祉事業従事者を養成し、1897 年には皇室は多額のお金を下賜し恩賜財団済生会を設立した。

海野は、このような社会事業が盛んになる状況を、「盲目的慈善」を鼓吹するものとし、不具者と病者と犯罪人とを保護する結果は、淘汰作用を停止し、そのような者たちの世界たらしめんとする、と危機感を訴えた。海野によれば、このような慈善感化事業によって改善された獲得形質は次世代に遺伝することはないから、悪質者の素質を持った子孫の増殖をもたらす可能性があった。かくして、炭酸ガスによる殺害は非人道的であるが、現時においては、男子の生殖器の処理や、女子の子宮の切除はできないが、フハロピヤ氏管靱帯を切除することは許されるとした。彼は、人口の質の向上を目指す積極的優生学は断念したが、悪疾遺伝を断つ消極的優生学を選択したことになる。

もともとゴルトンの優生学は、「人種の生来の質の改善に関わる、あらゆる作用を扱う科学である」としていた。彼は(マルサスの時代以来の革命派の)品種改良的「優生学的志向」を内包していたと云いのである。海野の優生学は、欧米とりわけドイツのそれをどん欲に学んで取り込んだものであった。欧米の社会ダーウニズムには(シーラ・ヴァイスによれば)1880 年以前の第一世代と 1880 年から 90 年までの第二世代がある。第一世代はダーウインを始めとして、ラマルクなどは獲得形質の遺伝を認めていた。第二世代は獲得形質の遺伝は認めず、その代表者はアウグスト・ワイズマンである。19 世紀末の西洋科学は神学とは区別される生命の合目的性に対する考え方から、実証主義的力学的因果関係論に大転換し機械主義的自然観が隆盛した。ワイズマンはハーバート・スペンサーの影響を受けながら生殖質原基を想定し、それが遺伝情報を伝えるカイクプラズマと体細胞になるソーマプラズマに分化し、この二系統は、分離し、ソーマプラズマからカイクプラズマに転換することも影響を与えることもないとし、そのような理論をもとに獲得形質の遺伝を否定したのである。

獲得形質の遺伝が認められないとしたら、不適格者の社会的な排除は自然選択では行われないから、結婚制限などの社会的統制や断種などの人為的優生学的処置でそれを行わなければならないことになる。シャルマイヤーやプレッツなどのドイツ優生学の代表者はワイズマンの説を支持して、その道を歩み、海野は彼らの説を熟読してそれを取り入れた。ワイズマン以後もラマルク主義を捨てなかったフランスやソ連を除けば優生学は断種を始めとする消極的優生学が世界の主流となる。

(3) 産児制限論の導入（サンガーの来日）—貧困階級の問題

優生学の精神医学会への紹介の前後、産児調節論者のマーガレット・サンガーは1922年3月に来日した。そのお膳立てをした石本恵吉、静江が、安部磯雄と「日本産時調節研究会」を立ち上げた。その設立趣意書には優生学的な事柄は殆ど記されておらず、貧困救済の意図が前面に出されていた。安部磯雄はキリスト教的社会主義者であり、日露戦争では非戦論を唱え、公娼廃止運動を行った。無産政党である社会民衆党（1926年）や社救会大衆党（1932年）を組織した政治家であった。1938年以後は体制翼賛に合流する。

衛生学から優生学的な産児制限を論じた医学者として暉峻義等について本多の紹介を取り上げる。

1917年12月に帝国大学医科大学を卒業して永井潜の生理学教室に入る。永井は内務省からの依頼の、労働者学校の講師派遣や、栄養と生活環境改善のための本格的調査依頼を受けその役割を暉峻にふった。暉峻は内務省保健衛生調査会の第七部農村衛生部会に加えられかつ実地調査のために警視庁囑託の身分を与えられ、本所横川町と深川豊澄町の貧民窟にそれぞれ半年ずつ住み込んで調査をした。その後、大阪に創設された大原社会問題研究所の所員、労働科学研究所所長に就任した。ドイツ留学は1921年7月から1923年12月までで、その後暉峻の社会衛生学の十全な形ができた。ドイツではベルリン大学のマックス・ルーブナーの労働生理学研究所やアルフレート・グロートヤーンの社会衛生学教室で学んだ。

暉峻は上記細民調査により、貧困の原因として疾病が重要であり、細民はその経済的生活の基礎が不安定であるばかりではなく、先天的または後天的な体質及び健康保持の弱点を持っている家族のうちの一人在病むことによって遂に社会的条件で立ち上がることができなくなるとした。当時、他の社会的調査からも、細民に陥るのは家計主又は家族の疾病のため、というものであった。1921年東京市社会局の調査や、内務省の細民調査でもそれが支持されていた。当時—明治末から大正初期まで—は貧困者の三分の一は父の代から貧困であったが、その子供の世代になると工業型の職業について都市下層から上昇が可能となった。ところが第一次大戦後は、父の代からの貧困は8%に落ち、反対に現在の所帯主から貧困になったものが85.3%に上っていた。

以上のような1920年前後の大正デモクラシーの時代、我が国の資本主義化が深化し、

貧困が社会問題化するとともに、労働運動が拡大しつつあった。その時代、世界では優生学思想が大衆に浸透しつつあった。

暉峻は、当初疾病と環境の因果関係を推定し、環境改善を志向する社会衛生学の基本に忠実であったが、ドイツの留学後は、社会衛生学の本源として「生命の有機的全体」の概念を重視し、そこに「民族衛生」の立脚点を置いて展開し「社会的環境」と「遺伝的事実」が社会衛生学の二つの柱とした。障害若しくは遺伝病の回避を目的とする産児調節を積極的に取り入れるようになった。本多によれば、1930年、暉峻は次のように述べている。

「独身生活或いは禁欲的生活等の道徳的抑制により受胎の回避を主張したマルサス主義も、早婚を勧めながら子沢山で貧困に陥ることがないように人口制限の必要性を主張した新マルサス主義も、受胎回避の手段こそ異なっているものの、食糧以上に人口が速くふえるという認識を共有し、産児調節を合理的なものとし、みなしていた点では同一である。これに対して、マルクスは、賃金や商品の価格は資本の論理に服しており、子どもの数を賃金労働者の扶養できる範囲内に収めることは、要は、労働者が資本家に従属していることの形を変えた表現に過ぎないと批判した。ところが、現実のマルクス主義政党は、論理の上ではマルクスの主張に賛成しながらも、日々の生活の要求は必ずしもそれと一致しないとして、産児調節を容認する姿勢をとった。暉峻はこのことについて『社会主義運動は一方においてはマルサス主義に手厳しく反対しながらも、現実の問題としては、常にマルサス主義に立脚している新マルサス主義の実効的方面を受容してきた』*と書いている。マルクス主義政党は、産児調節を『無産者生活の生活苦を除去するの方策』として認めたわけである」(*暉峻義等「産児調節論」春秋社1930年12頁)。

暉峻は、貧民調査から算定される労働者階級の中でも最も困窮している24.3%だけに産児制限を容認した。何故なら出産数の減少は民族の自滅につながるという危惧を暉峻も支持していたからである。本多は暉峻の「わが民族」は「内地人」に限られていたことも留意しておかなければならない、としている。

暉峻義等に対比すべきなのは国崎定洞であろう。

川上武ら³³⁾(「川上武、上林茂暢編著 国崎定洞—抵抗の医学者— 勁草書房 1970年 以下「川上ら国崎定洞」)によって国崎を見る。彼は1894年熊本県熊本市生まれ。姉の嫁ぎ先の川越の田中家に寄宿し、川越高校、一高、1915年東京帝国大学医科大学入学。1919年卒業。河上肇の「貧乏物語」に影響を受ける。伝研に入りペスト室に配属された。一年志願兵軍医になるため依願退官。1922年陸軍二等看護長を満期で退官した。長与又郎所長の伝研ペスト室助手となった。当時スペイン風邪の大流行(1918年～1921年)があり、長与の下でその研究を行っていた。1924年東京帝国大学助教授—衛生学教室所属となった。長与の彼に対する期待は高く1926年社会衛生学研究(衛生学教室教授を予定)のためにドイツ留学に立った。留学中に1928年ドイツ共産党入党。

29年帝大を依願免官。1932年ナチス台頭のドイツからソ連に亡命した。密告により1937年スターリンの粛清によるスパイ容疑で逮捕—銃殺された（44歳であった。戦後名誉回復された）。翻訳として社会衛生学（カーエス著 金原書店）、著書に社会衛生学講座（アルス）がありともに1927年である。

国崎³⁴国崎定洞「社会衛生学講座 1927年」（「川上ら国崎定洞」所収）の原則は以下のようなところに現れ、それが民族衛生—優生学への考え方に直結している。即ち、従来の衛生学は、水、空気、土地、食物などが人体に及ぼす影響の考究と、細菌学に見られる病原の研究という個人衛生学であった。それは人間を生物学的な個人として取り扱うものであった。「現実に生活する人間は、単に生物であるばかりでなく社会的な生活、集団的生活を行う社会人である。然るに従来の衛生学の傾向は、生物としての人間をその自然的な環境に対する関係においてのみその考察の対象としてきたのである。…云わば自然的環境と生物との間に横たわっており、且つその間に行われつつある相互作用をも包括した意味での社会的経済的な環境の影響をも考慮しなければならない。…かく見る時は、社会衛生学はその本質において純然たる社会科学であるということが出来る」（284～285頁）。

「思うに民族衛生—それは一般には優生学とも呼ばれている—の如きは、社会衛生学の一分科として、階級対立の廃止されたる社会においては、相当の重要性を加うべきものだろう」（287頁）。国崎は、優生学を階級対立が解消した後にのみ検討すべき課題として認めた。しかし、そのような革命の後にも優生学は必要なのだろうか。またそれまでの間はどのようにするのだろうかという見通しのなかにいた。

東京帝大医学部の、永井潜の優生学信奉は後述するが、生理学者永井とそれと反対の極にある社会衛生学者—革命家国崎の優生学を否定する優生学に対する理解の幅の中に、我が国の優生学は位置していた。

安部磯雄の時期を隔てた産児制限論を二つ紹介する。

・安部磯雄³⁵「産児制限の優生学的考察」（「人道」201号 5—6 1922年）

安部は、当時報道された山村での伝統的に産児制限（墮胎や間引き）が行われていた事例の話から始めた。戸数360、人口1,611人、各家の子供は皆ほぼ3人以下で、男、女、男か女、男、女の順番にほぼ決まっているという実情があり明らかな人為的結果であった。他町村に比べて子供は少ないが徴兵検査の合格率は極めて高く、優生学的に成績良好であった。産児制限の反対者はそれが、自然に反するとか、神から与えられたものを人間の人為で制限するのは宜しくない、というものがあるが、サンガア婦人の反論がもっともである、という。彼女も、産児制限は昔から実際には行われてきたものであり、それが行われなければ自然の方から、悪疫猖獗とか大飢饉という自然の結果がもたらされるのであり、それがマルサスの人口論であり、それを避けるための産児制限はむしろ人道的である、と云っている。禁欲生活をさせるとか結婚を禁ずるなど方策は残酷であるが、優生学的な目的による産児制限と断種手術などは、動植物への人為的淘汰と

同じように大切である、とした。

・安部磯雄³⁶⁾「優生学から観たる産児調節」(廓清 25 卷 3 号 1-4 1931 年)

安部は、アメリカのカリフォルニアにおける断種手術の実情を、概ねうまく回っていると紹介している。断種が認められるようになったらこんなうれしいことはない、と。東京の癩病院で、断種を条件に結婚を認めているのも、自分は悦んでいるとしている。

「以前政府は産児調節を取り締まっていたが、人口過剰や不景気の事を考えても、どうしても産児調節はやむを得ないということが解り、政府の方針が変り、産児調節は個人の問題で、国家が奨励しないが、邪魔もしないということになった。これが良い方法である。こういうことは放任しておけば解決できるのであるが、只今では未だ産児調節に反感を懐いている人がある」と書いている。「人口問題とか貧乏問題なら、産児調節に対して反対論が起こるが、優生学からの断種には反対せぬであろう。これをもし反対するならば、少し極端にいうと人道の敵といってもよいのではないかと思う」「断種法の実行は、日本の産児調節運動には光明を與ものである」。

後述の永井潜らの場合は産児調節は逆淘汰をもたらすとして敵視の対象であったが、安部にとってそれは貧困者の生活のためにも重要であり、優生学的断種と矛盾するものではなかった。

5 : 注

- ²⁵⁾ 岡田靖雄 「差別の論理と精神科医療—今日において反優生・反差別ということとは」2017. 6. 23 (「過去から将来へ 青人眩言V 青柿舎・2018 年」)
- ²⁶⁾ 岡田靖雄「差別の論理と精神科医療」精神神経誌 120 卷 3 号 2018 年
- ²⁷⁾ マーチン・バー「低格児発生の社会的予防：The Prevention of Feeble-Mindedness」(『神経学雑誌第 20 卷第 6 号 1921』)
- ²⁸⁾ マーチン・バー「低能児発生の社会的予防」(社会事業第 5 卷 2 号 95-106 1921 年)
- ²⁹⁾ 内村鑑三「余はいかにしてキリスト信徒となりしか」(内村鑑三集 明治文学全集 39 筑摩書房 1967 年)
- ³⁰⁾ 内村鑑三「1885 年新渡戸稲造への手紙」前掲 内村鑑三集所収
- ³¹⁾ 本多創史(「近代日本の優生学 <他者>像の成立をめぐる 2022 年 明石書店」以下「本多近代日本優生学」)
- ³²⁾ 前掲³¹⁾「本多近代日本優生学」(19 頁～76 頁)
- ³³⁾ 川上武、上林茂暢編著(「国崎定洞—抵抗の医学者—」勁草書房 1970 年 以下「川上ら国崎定洞」)
- ³⁴⁾ 国崎定洞「社会衛生学講座 1927 年」(「川上ら国崎定洞」所収)
- ³⁵⁾ 安部磯雄「産児制限の優生学的考察」(「人道」201 号 5-6 1922 年)
- ³⁶⁾ 安部磯雄「優生学から観たる産児調節」(「廓清」25 卷 3 号 1-4 1931 年)

6 国民優生法への道

(1) 民族衛生学会—協会の創立とその活動(逆淘汰論の勃興)

永井潜が 1930 年に民族衛生学会を創設するが、それに至る前の永井を本多²⁵⁾に拠って見れば以下のようなものである。1910 年代、欧米の人口動態を踏まえて、将来的に出生率が減少するという予測は内閣統計局二階堂保則も行っていた。その他の人口学者も

同様であった。欧米では出生率は低下しているが死亡率の低下も著しいから、人口増加率はあがっている。日本は出生率の増加は頭打ちだが、死亡率、特に小児死亡率、少壮者の死亡率は増加傾向にあり、その原因は結核である。永井は死亡率と結核死亡率を下げる努力をしなければならないと主張していた。1923年「人生論」第5版及び1925年の「叛逆の息子」で（1920年から出生率は増加に転じている事実を承知しながら）一転して日本の人口は減少に転じていると断定している。それは本多³⁷⁾によれば事実と異なっていた。彼はそこで出生率が低下しているという盲断とともに、死亡率が高止まりであるとした。この二つがそろそろ人口減少になることになって、優生政策が彼の主張通りに必要とされるからである。

「ヨーロッパ各国において、人種衛生に志ある識者は…熱心に調査をした。好ましき性質をもっている階級において、生産率がだんだんと低下し来て、それと反対の好ましからざる素質を持っている階級に於いては、生産率が減らないのみならず、むしろ殖えている事実を発見したのである」（永井 人生論増補5版1923年 375頁）。

「新マルサス論に心酔して、その実行の魁をなすものは、遺伝的に恵まれたる所謂インテリゲンチヤの階級である。その階級が最も早く自我に目覚める。この意味において新マルサス主義論は、實際上恐るべき逆淘汰の示唆者であり、正しき淘汰を基調とする優生学の大敵である」（永井 叛逆の息子 1925年 132～133）。

当時、欧米においても我が国においても優生思想・優生学推進者には社会事業家・社会運動家などの中に広範に存在していた（賀川豊彦、平塚らいてふ）。

とりわけ第一次大戦後は社会改革思想として広がっていたのである。わが国では、1930年代に具体的政的課題として本格化した。

1930年内務省に保健衛生調査会―「民族衛生特別委員会」が設置された。それに呼応するように、1930年「民族衛生学会（協会）」が設立（1935年財団法人民族衛生協会と改組―永井潜理事長―機関誌「民族衛生」）された。この協会について主として横山³⁸⁾によってみておく。この組織は精神科医を含んでおり、国民優生法成立に関して学術的にも重要な理論的役割を果たした。体質遺伝に係る生物測定学や遺伝統計学などがその代表であり古屋芳雄はその研究を行った。理事長永井潜は生理学者、東京帝大教授、医学部長。民族衛生学会は啓蒙団体と学術団体の二面性が当初からあった。横山は、国民優生法成立の1940年を前に、啓蒙活動は失速した、と言っている。1938年、永井は東京帝大医学部長から台北帝国大学医学部長に転身したが、それまで「民族衛生」誌の編集を一手に引き受けていた。永井が不在になり、その後名古屋帝大から東京帝大の生理学教室教授となった福田邦三が理事長を引き継ぎ、民族衛生を学術雑誌にする方針をとったというのである。「失速」の理由は必ずしも十分明らかではないが日中戦争のあおりで、国の国民優生法制定の動きが後述の「民族国策としての人口政策」へ転換してゆく流れと軌を一にしていると見える。

1933年民族衛生学会は「優生結婚相談所」を開設し、その他、優生学的啓蒙活動を

行った。

1934年「民族優生保護法案」(立憲民政党荒川五郎案。荒川は民族衛生学会に所属していたが、同学会の作成中の法案を参照していなかった。)

1936年同協会「民族衛生振興に関する建議」衆議院に提出。1 日本民族衛生機関の設立、2 断種法制定、3 結婚相談所の設置、4 民族衛生学思想の普及徹底、5 各種社会政策の民族衛生的統制の促進の5項目推進を宣言。

1937年3月 民族衛生協会一八木逸郎案国会提出。

横山を踏まえれば、民族衛生協会の基本的な動きは以下のようにまとめられるだろう。

国民優生法はその対象を遺伝病に限定し、協会の方針も遺伝病に限定されたが、他方民族衛生協会の姉妹団体である「優生結婚普及会」(会長永井潜、副会長永井花江、女医吉岡弥生)の会誌「優生」は拡張優生主義的であった。永井は結核の遺伝的体質を強調して、結核の病床増や保健所設置などの環境改善を「一時の姑息」として非難し、根本的な対策として優生学で対処すべきことを永井は主張した。川上理一(慶応義塾大学・公衆衛生学)は「低能児や犯罪魔」は遺伝性だから教育をやめよ、とか、小島三郎医学博士は、下層階級に精神薄弱者、早発性痴呆症、躁うつ病、アルコール中毒者、ヒステリー症、極悪な犯罪者などが多発しており、変質者、てんかん、聾啞者、盲者などの遺伝病者を対象として断種手術を実施、悪血遺伝を防止し民族の血液浄化をしなければならない、と論じた。民族衛生協会は基本は拡張優生主義であったが、立法技術的に優生法は遺伝病に限定し、優生結婚普及会で拡張主義を実践したのである。また横山によれば、この協会の新マルサス主義批判は多分に政治的戦略的で、産児制限論者にも新マルサス主義に必ずしも賛同しないものもいた、と論じている。

永井³⁹⁾(日本民族の優越性 教育学術界 78巻5号 24~30 1938年)は次のように論じた。

「民族衰退の跡を研究してみると、結局それは逆淘汰ということに帰着する。由来生物の進化は淘汰によるのである。淘汰とは適者生存の理法によって素質の優秀なるものがその数を増し、劣悪なるものが減少し絶滅することを云うのである。…文化が爛熟すると、其の逆淘汰が起こることは、近代の流行語であるプロレタリアートといふ一語が、最も雄弁に之を物語る。羅馬の盛時に當って貴族武士階級の生粋の羅馬人の出生率が減退して、それにかはり、被征服者たる奴隷階級の旺盛なる出生によって、その人口を補給することになったのである。プロレスとは子供という語であって、プロレタリアとは、納税の資力はないが、唯子供を国家に提供することによって責を果たす階級という意味の語である。…」。

永井および民族衛生協会の優生学者の産児制限批判は強烈なもので、強い敵意をもって批判している。永井や古屋の民族衛生協会主要メンバーの産児制限への批判は二点である⁴⁰⁾。

第一. 新マルサス主義批判。産児制限は第一次大戦後の人種間競争において人口減をもたらし、民族や国家の国力を低下させて不利になる。

第二. 産児調節は貧困者の産児調節が主目的でなければならないが、実際は遺伝的に優れた知識階級、中産階級で行われるから、(遺伝的に劣悪な) 貧困階級が増加することにつながり逆淘汰になる。

古屋は、中産階級の避妊は、人並みに暮らしたいという経済的欲求、「新時代の婦人」の「子どものために苦しむことを望まないこと」、性的な「享樂的要求」によると指摘し、他方で産児調節を行うべき階級を「所謂劣弱階級—無能力者や、酔漢や、精神病者や、精神薄弱者や、慢性的な怠惰」と規定した⁴¹⁾(古屋芳雄「産児制限論批判」社会事業 10 卷 4 号 1926 年 5-9 頁)。

「民族衛生」誌の主要な執筆者を拾えば以下の様である⁴²⁾。

永井潜(東大医学部生理学教室教授)、斎藤茂三郎(心理学 東京高等女子師範学校講師)、古屋芳雄(生物・遺伝統計学 千葉医大助教授、金沢医科大学教授)、川上理一(数理生物学, 眼科学、慶応義塾大学)、吉益脩夫(東大医学部脳研究所 犯罪生物学、人類遺伝学)。

即ち、生物諸科学から医学、心理学、の幅広い分野の科学者が優生学思想によって社会改革を目指しており、社会思想家、政治家、社会事業者の広範な運動が優生学運動を構成していた。

(2) 厚生省設立と国民優生法制定の始動

1938 年 国家動員法 厚生省創設(陸軍の国民の体位・体力向上要請を受けて、予防局に優生課が設置)

1938 年 4 月 厚生省は国民優生法制定に向けて「民族衛生協議会」招集設置。協議会には、松坂廣政、正木亮、木津盈之助、三宅紘一、田宮猛雄、内村祐之、小野清一郎、福田邦三、吉益脩夫、木村亀二、古屋芳雄、植松七九郎、川上理一、斎藤玉雄、などであり、神林浩、永井潜は欠席したが、民族衛生協会主要メンバーが入った⁴³⁾。

この協議会では吉益の考えとは異なって対象者の遺伝病を列記する方針が出された。其れを踏まえて 1939 年 10 月厚生省は「民族優生制度案要綱」を作成した。

日本學術振興会第 26 小委員会(三宅紘一委員長)が優生遺伝学研究を目的に組織され、日本精神神経学会も學術調査を要請されたが、既述のような経過で実施されなかった。

1939 年 予防局「民族優生とは何か」発行

民族優生とは優生学と民族衛生を合体させた概念。「逆淘汰と民族毒(梅毒、アルコール、麻薬等の害悪)の影響を排除して民族の変質を阻止し、一方優良健全者の産児を奨励し、以て民族素質の向上と人口増加を図り、国家永遠の繁栄を期する」と定義。ドイツ人種衛生学からの強い影響を受けた。文明化に伴いあらゆる民族が経験する本質

的問題として逆淘汰＝民族の変質が深刻に考えられていた。優良健全なものの産み控えと、劣悪者の多産、医療福祉の発達による死亡率低下、戦争に寄る壮健な青年の死亡が問題とされた。

1939年10月「国民体力審議会」が設置され、民族優生制度が審議され、専門委員会の諮問を経て政府の法案のもとに1940年国民優生法が成立した。

・その背景に以下の様に司法省の反対と妥協があった。

断種が「人権毀損、家族制度の破壊に陥る危険」のあること、悪疾それ自体が遺伝するかどうか学説が帰一していないこと、精神病患者と天才の区別が困難であるなどの異論が出て、一時、議会提出ができなくなる事態が生じた。しかし、司法省の側が「重大なる時局」と国民の現状を鑑みて譲歩したので、急遽、1940年3月、政府は第75回帝国議会に「国民優生法案」を提出するに至った⁴⁴⁾(山本起世子「優生及び精神衛生政策の展開と精神障害者の処遇の変遷—1900年代～1950年代の日本において—一園田学園女子大学論文集50号—2016年1月)。

荒川五郎案の国会提出

・1934年「民族優生保護法案」(立憲民政党 荒川五郎案 荒川は民族衛生学会会員)
これはわが国での優生法制国会提出第一号である。

第2条 対象者 1、殺人、強盗その他狂暴なる犯罪者にして其の悪質を遺伝すべしと認められる者。2、精神病症、遺伝的脳脊髄症、早発性痴呆症等にして其の症状に依りこれ等悪疾を遺伝すべしと認められる者 3、諸種の中毒症、ヒステリー、遺伝性不具、結核病、癩病などの重症者其の他優生学上不正常児の外生む能わざる者と認めらるる者。

第4条「第2条の規定に該当する者にして本法より断種法の施術を受けざる者又は梅毒淋疾の帯患者にして完全に治癒せざる者は結婚を為すことを得ず」としていた。見られるように、遺伝性疾患のみを対象としているのではなく、犯罪者、不治とみられた結核、癩なども対象とされていた。「民族の素質」の改善を構想していた。

1934年の時点で、この荒川案に対して「内務省」は反対した。内務省はナチスの遺伝病子孫予防法も含め、現状では「遺伝の範囲程度」を確立することは困難とした⁴⁵⁾。

1937年3月(第70議会)「民族衛生協会—八木逸郎案」提出。

1936年12月、民族衛生協会の衆知を集め、民族衛生協会案—八木逸郎案が出来た。協会案の最終的委員会は12月2日であった。

この時の読売新聞の1936年12月12日記事は以下の様である。

「悪血の泉を断って護る民族の花園

研究三年、各国の長をとった断種法愈よ議会へ

画期的な法の産声」

「…民族衛生協会（理事長東大医学部長永井潜博士）が中心となり各方面の権威を網羅し研究に着手し三年、去る二日学士会館で開かれた最後の委員会（委員 東大医学部永井潜博士、同元教授三宅紘一博士、同講師吉益脩夫氏、市立広尾病院長加用信憲氏、民政党代議士八木逸郎氏、同荒川五郎氏、東京控訴院検事正木亮氏、横浜高工教授斎藤輝治氏）でようやく法案を脱稿いよいよ今季議会提出することになった…刑法改正予備草案にいわゆる保安処分と関連してこの断種法の提案は画期的法案として注目を浴びるだろう」としている。

当時の新聞はこの断種法案をもろ手を挙げて歓迎し、刑法改正準備における保安処分と結びつけて論じていることがわかる。この議案は1934年から同協会吉益なども関与して作られたものだが、議会に提出されたが議題にならなかった。

この時の法案第一条は以下である。

「本法は精神薄弱者、癲癇者、精神乖離者（いわゆる早発性痴呆症）、躁鬱病者、強度の病的な人格（アルコール中毒、ヒステリー症者、凶悪な犯罪者を含む）盲者聾者又は強度なる身体的畸形者にしてこれら劣等なる素質を遺伝する虞れ顯著なる者に対して断種を行うことを以て目的とす」

荒川案と比較すると、諸種の中毒や結核病、癩病等が除外されている。荒川案の第四条の内容はない。

八木は1938年の第73議会にも同法案を提出したが、衆議院を通過したが貴族院で審議未了となった。3月23日の衆議院委員会で、厚生事務次官工藤鉄男は断種法時期尚早論を述べた。38年1月には厚生省が出来、予防局に優生課が設けられていた時であった。厚生省が本格的に断種法の調査を行い成立を期したのは1938年4月21日に「民族衛生協議会」を設置したことからである。

(3) 優生法への「精神病学者」の論争と法律家

国民優生法の成立過程での精神病学者—精神科医の議論は、とりわけ第一次大戦後の世界的かつ社会的な社会ダーウイニズムの潮流の中で対応したものであった。その議論は、断種問題を正面から論じている。国民優生法に係る時代は、世界的にも断種が従来の法的な規制—強制断種は傷害罪にあたる、または人権侵害—を切り開いて法定化されるにあたって、医療の分野で論じる事柄というより、国家的な、史上初めての優生学を組み込んだ人口政策という事態についての問題であったということを考えなければならない。精神病学者の議論においては東京帝大精神病学教室が大きな位置を占めていた。

変質問題についてのクレッペリンの講演を三宅紘一が翻訳したものがある。

⁴⁶⁾（「変質問題 クレッペリン述、三宅紘一抄」神経学雑誌8巻11号 535～541 1910年）

これは一昨年バイエルン精神病医師会でクレッペリンが講演したものを三宅が意識

して載せたものであることわっている。内容の概略は以下である。

1. 文明が進むにつれて精神病患者が増加していることを精神病院への入院者の増加や、統計調査などから知られるとし、またそれは都会と地方の精神病患者数の多寡によっても知られる。
2. 文明が精神病患者を増加させる二大原因は酒精と毒物である。それらはその個人に留まらず子孫にまで、変質を及ぼす。低格者、癲癇者、精神病的気質者、犯罪者、売笑婦、浮浪者などがその子孫に多いのはその証左である。文明に伴う有害物質の他に、文明社会の生活では自然とは異なった心労が影響している。
3. 「斯ノゴトク文明ニ伴フ弊害ノ恐ルベキコトヲ知ラザレバ吾人ハ極力国家的ニ之ニタイスル防御ヲ講ズベキナリ、実ニ吾人国民ハ国民トシテ頗ル重大ナル問題ヲ迫ラント欲ス…即チ吾人人性ハ先ズ変質セシメントスルカニ対シ抵抗カヲ養成シ、又危害ハ如何ニセバ除キ得ルヤノ問題ヲ解決スベキナリ」。

そのためには行政的国家的権力によって変質問題の国家的調査研究を行わなければならない、それは学問的素養のあるものが実践しなければならないと論じている。クレッペリンの精神医学に対する態度が直接に語られているものと云えよう。「変質問題」はクレッペリンにとって純医学的というより精神病患者対策の国家的な社会防衛論と相即した概念であった。

マーチン・バー⁴⁷⁾ (前掲²⁷⁾、⁴⁸⁾ (前掲²⁸⁾ の東京精神病学会での講演の要旨は以下のようである。

統計的に低能児の数を種々挙げている。

英国統計局 人口 3,600 万人中 16 万 1,963 人が精神に欠陥あり、10 万 6,600 人が精神病患者、5 万 3,300 人が低能者。

ニューヨーク 子ども 75 万人のうち 1 万 5,000 人、約 2 パーセント以上が低能。北米合衆国 27 州に 37 の低能児学校があり、2 万 1,000 人の低能児が教育されている…北米合衆国で 9,400 万ドルの金を精神病患者保護のために費やし、9,000 万ドルを低能児のために費やしている…。

低能者の遺伝について

花柳病と低能者について

癲癇病患者 1 万 8,079 人のうち 10 パーセントは梅毒が原因

精神病患者 18 万 7,770 人中、20 パーセントは梅毒が原因…

北米合衆国の公娼約 50 万人、私娼約 1 千万人の多くが低能、淋病又は梅毒にり患

…

少年犯罪者 1,417 人の内 61 パーセントは低能者…

低能者の救済策として

第一 男女の分離

第二 低能者を社会から隔離

第三 無性化—断種—結婚法の改正

適者不適者を永久に分けて、善良なる国民の幸福を増進するという事は、優生学上から見ても文化の発達上から見ても極めて必要なことである、としている。

・ 呉秀三

岡田⁴⁹⁾ [斎藤茂吉・ほか—断種法史上の人びとその(七)](日本医史学雑誌第50巻2号2004年)で、呉の講演(1909年11月22日、ダルウイン記念講演会)⁵⁰⁾「血統と人妖」(「人性」第6巻第11号 1910年)を紹介している。

呉は、導入部で、ダルウイン先生生後100年、種族起源論(「種の起源」)出版50年で自分が話すとなると、血統と人妖(身体又は精神の病気に関係した事柄という意味で自分は精神に関係した事柄を述べると説明し、実際には「変質」について述べている)の関係—優生学—について話すことになる、と聴衆に喚起している。

「法律で結婚を止めても野合になる。又人の権利を侵害することは国家でも出来ぬわけでありませう」

「…人妖の卵子の中に、之を殺して仕舞うがよろしいという説であります。是は所謂根絶療法であって、国家的生殖淘汰、即ち国家に拠りて生殖作用を制限して、悪いものを淘汰する、或は国家的殺菌と云って、国家の方法をもって人間の中から、人妖を無くしてしまうこと、あたかも石炭酸を以て、ばい菌を殺してしまうようなものであります、是はどうも人権問題であって、其の人間を殺して仕舞うことは出来ぬ」。

呉は断種を、国家でも侵害できない人権の問題としてとらえ、批判していた。

⁵¹⁾ 懇談会「社会問題としての精神病」(社会事業14巻5号 1930年)。

呉のこの懇談会での発言を紹介する。出席者は以下。呉秀三、児玉昌、樫田五郎、泉二新熊、成田勝郎、小峰茂之、金子準二、杉田直樹、高野六郎、菊池俊諦、森田正馬、吉益脩夫、原泰一。

我が国に精神病者はほぼ7万人という概算調査に対して、1万4,000人ほどが入院しているに過ぎないという議論がありそれに対し、呉はほぼ以下のように述べている。精神病については、第一にしなければならないのは、その数がどれくらいかはっきりさせることで、人口調査の時に書き込ませることが良い。西洋の人口調査を援用すると日本には30万人の精神病者がいると推定されると述べ、とにかく日本の精神病者は非常に悪い取り扱いを受けているとし、アメリカのように精神病者の3分の1ほど入院させれば危険も少なく保護も徹底すると述べている。断種については、国によってさまざまに違うことがあり、必ず遺伝するかといえればそれには異論があり、子どもには普通人より偉いものも生まれるかもしれないといって否定的な意見を述べている。呉は、物事を判断する時に「実況」に見られるよう

に客観的な数字を重視し、断種を忌避し、病院治療に患者の人権の達成を見た。

この懇談会は精神病者の「社会問題」として精神病患者収容問題や断種の是非、遺伝と環境の問題、行刑における精神病問題、薬物中毒の問題などが論じられている。

吉益脩夫：東京帝国大学精神病学教室→同大脳研究所

吉益は精神病学者として国民優生法の医学の側の学問的な支柱として重要である。やや詳しく紹介する。

論文⁵²⁾ (前掲¹⁾ 吉益社会防衛論。

既述のように本論文(6)において、断種は保安処分と社会防衛の精神病に対する二つの方策であるとしている。本論は1930年の段階での吉益の思想をよく示している。以下略記する。はしがきに、ここに考察する問題は種族衛生と社会防衛を目的とする断種の問題であると限定する。

1 生殖阻止の方法

結婚禁止：この方法は価値なきものであるのみではなく有害である、とする。

隔離：生涯閉じ込めておくことは人道上好ましくないが、だからといって病院外保護も種族衛生の立場から危険であるから一層積極的な処分が必要となるとする一断種を示唆。

産児調節に用いられる諸避妊法：個人の必要にではなく種族衛生のために用いるということは不可能である。反社会的な者、精神的低格ものは、節度と責任感が乏しいから。

去勢：去勢は既に行われているが、身体的に有害である。去勢は頻りに性的犯罪を起こすものに対して問題になるだけで種族衛生の立場からは適切でない。

断種：外科的断種が有効であり、レントゲン線によるものは、放射線を多くすると去勢を結果する。

2 文化と民族の変質

変質論の詳細な概説が述べられる。

3 遺伝生物学的考察

遺伝生物学の詳細な解説が述べられる。

4 諸外国における断種の実施と準備の現況

以下要点のみ採録する。

アメリカ諸州の詳細な紹介が行われている。

まとめとして次のようである。

「アメリカ合衆国の法律は全体として行き過ぎていると云うのが一般的見解である。…まず精神病学者に気づく点は断種されるものの範囲が広すぎることである。…手術の型は大部分の州は男子には精輸管切除、女子には輸卵管切

除をほどこすことになっているが、これは世界において一般に最も認められているところである。断種なるものが無害であることが一般に認められたが、その効果を明瞭に示しうる程に時日が経過していない」

スウェーデン、フィンランド、デンマークなどのスカンジナビア諸国の順序に紹介する。

ソヴィエト・ロシアについては次の記述がある。

「斯くの如く盛んな優生学運動の勃興を見たにもかかわらず、ソヴィエト・ロシア優生学運動には他国に見ることのできないおおきな一つの悩のあることを見逃すことができない。それは次の如き矛盾である。即ち政府代表者は必ずしも現代の優生学的見解に加担することができない。というのは此の国に於いては…最も重要な優生学的処置はブルジョアの壊滅と労働者階級の勝利にあるという見解によって世界通有の優生学的考えが弱められているからであろう」

ドイツに関しての記述も興味深い。本論は1930年のものでナチスの政権奪取前であることを留意。

「ドイツには言うまでもなく、現在断種に関する法律条項はない。それは此の国の学者が断種問題に対して無関心であったためではなく、その反対に余りに深く考え、余りに批判的であるために却って実施を遅らせたのである」

吉益は主としてドイツの法律問題に就いて概説する、のでそれを記述する。

ドイツ法においては手術における医師の侵害について、…何らの法律的基礎が置かれていない悲喜劇的状況にある。しかし、実際には本人のための治療目的であればだれ一人告訴する者がいないので安全ではある。しかし、種族衛生的立場に於ける断種は無限の議論が湧き出る余地がある。

問題はドイツ刑法第二二四条と第二二五条である。

第二二四条「傷害により被害者の身体の重要な部分、一眼或いは双眼の視力、聴力、或いは生殖力失いたる場合、或いは強度の不具となり、又病弱、麻痺或いは精神病になりたる場合は五年以下の重懲役或いは一年以上の軽懲役に処す」。

第二二五条「故意により前記の結果を惹起したる場合はは二年以上十年以下の重懲役に処す」。

ドイツ優生学的断種運動の闘士であるザクセン州ツヴィカウのペーテルスがいる。彼は「一九二四年一月『医師連盟』誌上に於いて広くドイツ医界に向かって叫びをあげた。即ち、精神病者、精神薄弱者、癲癇者等に対して種族衛生

学的に生殖阻止を行うことは法律代理人の同意のある以上、法律的に支障なしとし、医師たるものは精神的低格者を捜し、できるだけ多く自ら或いは専門家に委ねて断種するよう要求した。而して、一九二五年五月中頃までに勇敢にも氏自ら六十三人を断種せしめたと云うことである」。

ベーテルスの断種に関する九箇条の要旨は以下である。一 学齢に入りて盲目（生来性盲）聾啞（生来性聾啞）或いは精神薄弱にして、普通の国民教育を受けて効果を収むること能わずと認められたる児童は生殖能力を除去する手術を愛すべきものとす。二 略 三 之に要する費用の支払いは両親に要求すべきものにあらず。四 手術施行の承諾権は両親の他に貢献裁判所にあり。五 国家造営物内に収容されたる生来性盲目者、生来性聾啞者、精神薄弱者、癲癇者及び精神病者に於いてはその退院に先立ちて断種の手術を行うべきものとす。六 風俗犯人（性的犯罪者）及び二回或いは其れ以上父の疑わしき私生児を産みたるものも該手術を愛すべきものとす。七 生来性盲目者、生来性聾啞者、精神薄弱者、癲癇者、精神病者に対しては、断種の手術の行いたる後にあらざれば婚約を許可することを得ず。八 犯罪者の自発的断種の手術を受けたるときは、その刑を免除することを得。九 略

この提起に対して盛んな議論が行われたが、医学者の間からはこれらは遺伝学的に見て余りにも広範囲であるとの批判が出たと、指摘している。

吉益は法律学的事実に議論を絞る。治療のための断種ではなく種族衛生学的な断種は自己承諾がある場合は刑罰をまぬかれるか否かという議論が紹介される。之に対して、エーベルマイヤーは断種の承諾を受ければ、治療の目的の場合の断種と同様に刑罰をまぬかれるとしている。人間の自己の身体に対する権利は争うことができないものであるとする。また、あらゆる優生学的手術は許されないと拒否する見解がある一方で、ウイルヘルムは現行法下においては社会的、経済的、種族衛生学的、刑事政策的断種はたとえ本人の同意を得た場合といえども許されないとしている。このように様々な議論があるが、一致しているのは国家的その他の種族衛生学的な断種は現行法下では許されないとすることである、としている。…

一九二五年ハンブルの裁判心理学会において四人の法律家及び医家による委員会がリープマンを委員長として開かれ、断種問題について討論され公表された。その要点は、以下である。問題は医師は身体傷害に対する職業権がないというところから出発している。社会的及び種族衛生学的根拠による生殖阻止は明らかに第二二四条及び第二二五条の意味の重大な身体傷害である。ナチス一九三四年法はその制約を超えなければならなかった。

フランスについては以下のようなものである。

この邦は断種が余りにも濫用された国である。既に数十年前から多数の婦人が断種されていて何の煩わされる所もなく自由に性的享樂に耽ったということである。既述のフランス断種法の状況の紹介からすれば、国家的断種法不在の背景に私的医療関係における断種が広がっていたということなのであろうか。

さらに、チェコスロバキア、イギリス、ベルギー、オーストリア、ハンガリア、イタリーと続く。

5 断種問題に対する私見

「本人に対する治療的意義の全然ない種族衛生或いは社会防衛的断種を行うことは医師の正当な業務を超えたものと解釈されると思う。故に、医師が優生学的断種を行なう時は、現行法においては傷害罪に触れる危険があると云わなければならない」

国家への希望は次の二つである。

(1) 消極的事項

「現今の文明国における将来の最大の脅威の一つは、健常者の故意の産児制限による人口減少である。之は他方精神病者精神薄弱者の同胞の多いという事実と相まって現在において適当な対策を講じなかったならば、将来恐るべき民族の不幸を招くことであらうと思う。即ち、茲に直接の対象とも云うべきものは、断種の手術の乱用をさけるために、個々の医師に対して断種の適応を決定する権限を与えず、必ず断種を行なう際には後に述べる如く、官庁の指令した二人以上の専門家の決定を受けなければならないように法律を以て規定する必要がある」。ここで、吉益は、逆淘汰論の信奉者であること示している。個人的願望による断種を産児制限と同じ理屈で逆淘汰につながるものと警戒しているのである。

(2) 積極的事項

ここでは個別のそれぞれの疾患に対する断種の適応について述べて居る。むすびで「種族衛生学的断種は、決して社会防衛の唯一の手段とはなりえない。他の有効な保安処分のあることを忘れてはならない。然し其の適応を誤らないときには極めて有効な処分であることは疑いない。只現今の遺伝学の知識では強制断種を行なうことは不適當である」としている。

後述の小野清一郎の意見と共通性が見られる。断種対象の遺伝原因を重視していることなどは厳密である。吉益は以下の論文をも含めて精神病学者として、近代精神医学の国家や民族の立場から見る思想の体現者ということができる。そのうえで遺伝学に基づいての種族衛生的な断種の必要性を説いている。

• 53) 「断種問題について」精神医学第1巻6号1934年

「充分遺伝学の現状を顧慮することが必要であって専断的な強制断種によって所謂階級裁判の誹りを受けないようにしなければなりません。」

吉益のノルウエー断種法案（1932年）批判は以下。

⁵⁴⁾「ノルウエー断種法案とナチス断種法の比較検討（上）」（脳第7巻12号 12—18 1932年）、⁵⁵⁾「同（下）」（脳第8巻1号 23—28 1934年）。

純医学的適応によらないで、刑罰として、アメリカのように生殖能力或いは性欲を断つ手術（外科手術）を認めていること、「将来自己の労働による自身及び子孫を扶養する能力がないとみなされるものの、後見人の同意によって可能であるとする社会的経済的適応」を批判した。他方で、ナチスのものが純然たる遺伝学的断種であることを称賛した。

⁵⁶⁾「優生学的断種の精神病的適応」（民族衛生3巻4・5号1934年）

「茲に述べる断種の適応は純優生学なものであって、医学的適応とか社会経済的適応に関する考察には触れて居ない。医学的な適応と云うのは、例えば夫人が将来妊娠或いは分娩によって精神的又な身体的健康の重大な危害を招く惧れのある如きであり、社会経済的適応というものは、例えば遺伝性でない精神病に罹ったものが、子女を扶養することのできない場合などである。

優生学的断種の基礎となるものは遺伝生物学である。そして断種となるものは大部分精神異常者である関係上、優生学的断種の最も重要な指針を與えるものは遺伝精神病学と云わねばならない。」

茲で主要な問題を要約すれば、次の二つの事項となる。

- 一、如何なる精神障害が遺伝性であるか？
- 二、如何なる種類と如何なる程度のものに断種を行うべきか？

先ず精神病学の対象を便宜上極く簡単に大別すれば次の三種となる。

- 一、精神病
- 二、精神薄弱
- 三、病的人格

精神病の中で、メンデルの法則にしたがうのが明らかなものはハンチントン氏舞蹈病とミオクローヌス癲癇であり、その他は経験的遺伝予後の研究が必要であると述べている。その上でミュンヘンのカイゼルウイヘルム研究所のエルンスト・リュエーデン他の研究について述べる。精神乖離症、躁うつ病、てんかん、精神薄弱、アルコール中毒症などを断種の適応について概説し、以下のように述べる。

「一般にプロレタリアートには精神薄弱が多い。例えばロードウイヒス・ハーフェンにおいては人口の56.5%は労働者の子弟であるが、補助学校生徒の84.3%は労働者の子弟であると云われている。早産は精神薄弱の原因となることが多いとされている。而もプロレタリアートには早産が多い。またプロレタリアートには酒客が多く、

酒客の家族には特に早産が多いと主張されている。云々」

「ゆえに以上述べた様な種々な原因によって起こると考えられる精神薄弱を除いた残りに遺伝性の精神薄弱が茲に対象となるものである。…先天性精神薄弱と遺伝性精神薄弱を混同してはならないことを付言したい」。

「一般にアルコール中毒者、モルヒネ中毒者が断種の対象になるのは、中毒そのものの影響よりは、斯かる薬剤に耽溺せずにはいられない病的傾向に対する素因の遺伝を防ぐために行わるものと解すべきである。即ち、彼らは、単なるアルコール中毒に罹った病的人格である。同様に単に習慣性犯罪者、売春婦、乞食、浮浪者なるがために、断種さるべきものではなく、斯かる社会的現象の基礎に確実なる病的人格の存在があきらかになるとき、断種が考慮されるのである」。

なお吉益には⁵⁷⁾「精神病質の遺伝生物学的考察—双生児研究より見たる犯罪者の遺伝素質と環境の意義—」(精神神経学雑誌第45巻9号:1—77頁 1941年)がある。第39回日本精神神経学会総会宿題報告としてなされたものである。吉益は、ここで優生学や保安処分について意見を述べてはいない。学術論文として提出しているのである。末尾に、無情性、意志薄弱性、発揚性、自我顕示性(クルト・シュナイダーの分類)或いは特に混合するものが犯因性の性格特徴を持つ、と言っている。論文末において、本研究は日本学術振興会、司法省行刑局の援助に拠ること、正木行刑局長等また脳研主任であり学術振興会第26委員会委員長の三宅名誉教授に満腔の謝意を捧げること、内村教授に謝意を表するとされていることに注意を惹く。正木は後述の正木亮であり優生法制および保安処分新設の推進者であった。

以上のように、吉益は、クレッペリン—リュウデインの遺伝精神病学により、精神病、精神薄弱、とりわけアルコール中毒者の背後にある病的人格を見て断種対象とし、基本的には下層階級—プロレタリアートに様々な病的現象が生じているという逆淘汰論の基本的認識を持っている。その上で遺伝学的疾病と先天的乃至は環境的原因によるものを区別し遺伝学的なものこそが断種の対象とすることを明確にしようとしていた。逆淘汰論が階級裁判のそしりを受けるような内実をもっていることを認識するがゆえに遺伝学的な厳密さを求めていた。しかし、その遺伝学の脆弱性を無視して逆淘汰論の使徒であったことは免れない。

岡田の⁵⁸⁾「断種法史上の人びと(その五)」(日本医史学雑誌 第48巻2号2002年)によれば、吉益は欧州留学でクラフト・エビング、エミール・クレッペリンなどに学んだのである。

・厚生技官青木延春

青木は精神科医であるが、厚生省官僚として国民優生法成立に尽力した。

⁵⁹⁾「わが国における断種法立法運動の経緯」精神衛生12号 39~42 1938年)
立法運動の歴史はまだ浅い、とし、政府においてこの問題を最初に取り上げたのは

1930年3月であって、保健衛生調査会に民族衛生に関する特別委員会が設けられた時を嚆矢とすることができよう、としている。

1938年の厚生省設置—優生課新設の評価を以下のように論じた。

「勿論優生課の仕事は国民素質の向上を図る大規模なものである。断種法制定ばかりを目指すのではない」としている。「精神異常者、中毒者の収容保護の徹底及び発生防止を主眼とし、一面優良健康な次の時代の国民を造ることを目標としている」としている。「斯くの如く、優生結婚、隔離、保護治療、去勢、断種その他の有効な方策を悉く併せ実行して始めて素質の向上を図ろうとしているのである」とする。我国においても断種法を制定するとしたら次のようなものとなると思う、とした。

- (イ) 対象：遺伝性と認められる精神身体異常にして反社会性の極めて大なるもの
- (ロ) 目的：優生学的目的を主眼として結果として社会的、刑事政策的目的を含める
- (ハ) 形式：任意断種を原則とし如何なる場合でもできるだけ本人の同意を求める然し絶対に必要な時は本人の同意が得られなくても断種が出来るようにする
- (ニ) 判定機関：精神病専門医、遺伝学者、判検事等よりなる特別委員会を設け、地方、中央の二重制とする
- (ホ) 妊娠中絶：精神異常者にして妊娠中のものは人口流産をする
- (ヘ) 費用：原則として無料とする

特徴 吉益の慎重さとは異なって、断種法そのものに明示的に刑事政策をも意図していることであろう。断種の対象として、遺伝性と認められ反社会性の極めて大なるものを対象とし、結果として社会的刑事政策的目的を含め、任意断種を原則とするが、強制断種も可能とした。判定は精神病専門医、遺伝学者、判検事等よりなる特別委員会を設け、費用は原則として無料とする、とした。

・斎藤玉男

斎藤玉男は呉秀三門下で、アドルフ・マイヤーの下に留学し日本医科大学教授、松沢病院副院長などを務めた。精神疾患の遺伝学の研究・発言が多くある。出身地群馬県での血族結婚に関するものや、精神疾患の臨床遺伝学的研究、海外事情の紹介などがある。なお斎藤は呉のもとで「実況」の私宅監置の調査をしたものの一人である。

⁶⁰⁾「強制断種法制定の妥当性」(精神衛生 第一巻8号 1934年)では以下のように述べている。論文が書かれたのは1934年であり、ドイツの状況を以下のように記している。「本年一月一日から施行されたドイツの強制断種は方式の徹底的なものと規模の広大なので著聞する。即ち同国では一千四百万マルクの予算を掲げ千七百カ所の下級遺伝裁判所と二十七カ所の高級法廷とを機関とし、十一万余人の遺伝性精神

病者、二十万人の精神薄弱者、六万人の癲癩その他の遺伝性神経病者、六万人の遺伝性不具者に一斉に断種を断行すべく着手した次第である」と述べている。その上で強制断種の合理性と実効性について検討すべき法的医学的課題を挙げて整理している。斎藤の結論としては、徹底的に断種をやっても遺伝性精神疾患が後を絶つことはない、放置しても種族を絶滅にみちびくことはない、心的不適應者の自発性を原則とすべきであり、よほどの事情の場合に強制断種を行ってもよいとした。断種法には否定はしなかったがかなり消極的だった。

⁶¹⁾ 斎藤玉男「断種法に伴う諸問題」(日本医事新法 893号 1939年)は以下引用する。

「我が国の人口問題は事変以来切実に一般の関心を喚ぶようになった。長期建設に当たって大陸経営上心身健全な同胞を多々益々要求することは言うまでもないのに、一面動態人口統計で昭和九年頃を峠として、微少の数字ではあるが出生統計が下降局面に転向したことは看過すべからざる点である。只今から適切な母性保護や性病防止の方策を樹て乳幼児保育の実を挙げることは喫緊の仕事であるが世上動もすれば人口問題と断種案とが矛盾するかのように考える傾向もないとはせぬ。是は充分徹底した是正を加える必要があろうと考える。…人口問題は量の問題であると同時に質の問題でもあるのである。其の限りにおいて断種問題は人口問題と背馳矛盾しないのみならず、最初から人口問題に内包されたものであるのである」。

ここで斎藤は精神医学者でありながら断種問題の本質を大きくとらえており、断種問題を人口問題としている点は重要である。優生法制制定のコンセプトが、「民族国策としての人口政策」に転換しつつある状況に対応しているとも言えよう。この引用の後、行論は、狂気の断種が天才の絶滅につながるのではないかという当時の危惧に関して遺伝学的にそれほど根拠はないことや、各国の断種法制がそれぞれの国の事情で異なっていることなどを述べている。

なお、斎藤には⁶²⁾「精神分裂病の遺伝生物学」(精神神経誌第43巻10号、1—48頁)がある。これは第38回日本精神神経学会宿題報告である。その中で、各民族の精神分裂病の発生率は300人に一人の割合であり、分裂病は突然変異によって発生すると考えられるのでその率と、至死効果、不妊流産及び幼年死などにより絶滅する効果との間で自己調節されているものと推測できるとしている。

・成田勝郎

成田は、独特の理論と実践で断種を批判し断罪し、他方で断種論を唱える精神病学を批判し下記のように臨床的に反証した。

岡田靖雄は⁶³⁾(「断種法史上の人々 その六 日本医史学雑誌 第49巻2号 2003年」)で、成田の経歴と生涯、その学説の概略をまとめている。それを借りながら、以下の論文を踏まえて述べる。

⁶⁴⁾ 成田勝郎 変質可変の実験的証明の顛末 (1) 脳第 11 卷 10 号 2-19 1937 年

⁶⁵⁾ * 同 (2) 脳第 11 卷 11 号 2-18 1937 年

⁶⁶⁾ * 同 (3) 脳第 11 卷 12 号 2-25 1937 年

⁶⁷⁾ * 同 (6) 脳第 12 卷 3 号 58-69 1938 年

⁶⁸⁾ * 精神病学の再建を目指して (四)「断種論」葬送譜 (1) 脳第 13 卷 5 号 1939 年

⁶⁹⁾ * 同 (六)「断種論」葬送譜 (4) 脳第 13 卷 7 号 1938 年

⁷⁰⁾ * 同 (七)「断種論」葬送譜 (5) 脳第 13 卷 9 号 1939 年

成田は成田自身⁶⁵⁾「変質可変の実験的証明の顛末 (2) 脳第 11 卷 11 号 1937 年」によると、東京帝大医学部を 1920 年 12 月に卒業、東大精神病学教室 (呉教授) に入り、1921 年松沢病院医員 (呉院長) となる。1922 年に少年法が公布され、1923 年 3 月多摩少年院初代医官、1923 年 7 月東京少年審判所医務委託専任、1925 年 10 月加命堂脳病院医員兼任になった。1928 年多摩少年院東京出張所医務嘱託となっている。彼によると当時の精神病学に関しては当初から全くなじめず、松沢病院では病室に終日患者とともに過ごすのみで先が見えない日々を過ごし、少年法が成立した状況の中で精神病学者としての人生から転落するような絶望感をもって少年保護の道に入ったと振り返っている。彼は万余の少年審判例の症例蓄積のなかから、自らの道を見つけ出したとしている。彼は、そのような自らの実践から精神病学論 (精神軌道学) を形成しつつあった。それは成田らの行っていた遮断療法 (1 ないし 3 日の刺激遮断とその後 5 ないし 7 日間の刺激の注入) がある範囲の変質少年は改善するという臨床経験により吉益らの変質論と対決した。

1937 年、橋本勝太郎中將、吉益脩夫が二人の共著の「少年不良化予防対策としての断種論」(一日本少年指導会発行「少年不良化の原因と其の対策」昭和 12 年 5 月 16 日発行。同日読売新聞記事「不良少年断種の新提唱」) を公表したことから始まる。

成田によればこの指導会事件は、帝都少年保護の中枢は少年審判所であり、少年保護のために日夜働いている少年保護体制に反乱して、少年指導会という組織名義で少年保護組織内にあるにもかかわらず、少年保護を否定する断種論を橋本、吉益らが公表したことへの激しい怒りから発する。橋本、吉益らの医学的提起は変質者が遺伝的で不治であるとする理論であり「本事件は、結局は少年保護思想内に之れと相容れぬ所の断種思想が堂々と侵入占拠する事件であった」。それを少年保護の組織体制を棄損することなく反論するには私的に論争を実践的に挑むことしかなかったという。成田は橋本および吉益と直接交渉して断種論の撤回または精神病学上の理論と断種という政策論を分離すること、例えば前者を吉益—脳研、後者を橋本—陸軍中將とに分かつことを要求したが容れられずに私的に対決実験するに至ったことを述べている。

具体的立ち合い実験については以下である。

第一実験 対象者は13歳の精神病質の少年。

第一回 立ち合い実験。

立会者 日本少年指導会附属少年教化研究者数名

立会期間 1937年4月6日より同15日まで

立会場所 東京少年審判所医務室(4月6日)→多摩少年院東京出張所(4月9日)→加命堂脳病院(4月18日)

第二回立ち合い実験。

立会者 前回立会者、東京少年審判所関係者数名、多摩少年院関係者数名、東大脳研究室関係者数名、在野精神科医1名

立会期間及び度数 1937年5月12日より5月18日までの7日間に3度

立会場所 脳研究室(5月12日)、多摩少年院東京出張所(5月14日)、加命堂病院(5月18日)

付記として成田は、吉益は一回しか立会に参加できなかったため、吉益の本実験に関する立会者の(学説上の)責任は生じていないと、配慮している。この立ち合い実験の後、断種論者と成田たちは一定の妥協—精神衛生研究所設立の方向—が成立している。

岡田上掲⁶³⁾によれば、5月の実験には三宅も立ち会ってそれを確認したらしい。

この実験以後、吉益、三宅は少年変質者—不良少年の断種は主張しなくなり、国民優生法での断種の対象からは除かれた。

第二実験として精神分離症、緊張型の16歳の少年に対して行われ、それも成功した。1938年1月8日から19日まで。

第三実験は精神薄弱の少年に対して計画されたが、成田への「文化的暗殺」によって中止となったという。岡田によれば成田がパラノイアという噂が流されたということらしい。

断種法に関しては、上記の経過のように完全否定の立場と考えられるが、現実には成田は次の様に述べている。

⁶⁷⁾「序ながら、断種論に関しては、筆者は反対論でも賛成論でもないことを断っておく。学徒としてなすべきことを為せる後ならいざ知らず、筆者は学徒としての為すのみに腐心最中のこととて、断種是非論のごとき学問外の問題は筆者の直接関心外のところである。ただ、断種是非論に関しては、あえて次の事実を指摘するものである。即ち、精神病学を表街道とすれば断種是非論はその裏街道に当たり、両者は互いに代償的に因縁していることを否めない。…精神病学が索漠たる限り、断種是非論は股賑を極め、また精神病学が充実する時代到来とき、断種是非論は、頓に終息する。…然るに近時の趨勢においては、ともすれば一部の精神病学徒までうかうかと裏街道の人浪に吸い込まれ断種是非論の渦中に投げ、…かかる実相こそ抗拒困難なる大勢の力というのであろう。…筆者は下のことを期待するのである—現に澎湃として

巻き起こりつつあるところの、我が国における断種是非論は、『変質可変』を育み育て更に幾多の異常可変をも産んでくれるであろうことを」

この立ち合い実験を契機に 1937 年 6 月 17 日、「精神衛生研究所創設準備会」が組織され、成田によれば立ち合い実験までの険悪の状況は一掃された。8 月 7 日付をもって先の論文の橋本中将や吉益も準備会の第二次メンバーに入ったのである。変質可変をめぐる、成田と吉益たちの間で妥協が成立したのである。ところで、三宅鉦一が同大教授を退官して、新設された東大脳研究所所長として移った時、同研究に吉益、村松常雄によって児童部が設置されていた。犯罪生物学を課題とする吉益ら研究者と、成田らの少年臨床の現場の対立がし烈にぶつかり合った形になったとみられる。

成田の治療法は「遮断療法」として少年保護の領域で戦後広く行われた。それは絶対臥辱による刺激遮断の森田療法に似ているが人生観を用いるものとは異なっているといわれる。

「又、『今日の精神病学』は其の如く現実に医学としての定住所をを與えられ且つ医学としての公式待遇を受けて居ながら、吾が国今次の断種法可否論戦の際に如実に見せつけられた通り、彼は『医学』として甚だ頼むに足らぬところの『断種自重』というお茶にごしの声明を公表し、或るは医学の仮面をかなぐり捨てて忽ち殺学の本性を現したかと思われるところの『断種賛成！』という世にも恐ろしき声明を公式に表明して平然としている。かくの如く、『今日の精神病学』が『医学』に非ざる彼自身の正体を暴露したとしても、彼は既獲得の『医学としての定住所』を敢えて逐われもせず『医学としての公式待遇』を敢えて停止されもせず事に済んでいるが、斯かる実情は『今日の精神病学』にとっては寧ろ破格の寛恕なりといわねばならぬ」65)。

成田は従来の精神病学が地動説に類比される「Sollen の専制」として批判し、天動説に類比される「Sein の探求」を行わなければならないと主張している。「精神病学にして自然科学としての…矜持を真実に有しているならば『民族国策としての断種 Dasein 賛否如何？』の如き政策論議からの交渉要求は、之を頭からアッサリ謝絶できるであろうものを！」⁷⁰⁾。

最後の引用は、精神医学と優生学の関連の議論として本質的な論点である。断種論は医学が自然科学を標榜しながら Dasein を制圧し生命を否定するものと断罪した。

成田が、当時の精神病学が社会的要請をそのまま是認する Sollen の専制であることを否定して Sein の探求によって Dasein を救い出そうという意識を持っていたのである。当時の「反精神医学思想」と言うべきだろう。

・金子準二

岡田⁷¹⁾「金子準二—断種法史上の人々(その二)」日本医史学雑誌第 45 卷 3 号 1999 年—は金子について次のように紹介している。

岐阜県生まれで、1917年東京帝国大学医科大学卒業、同年に暉峻儀等、中田瑞穂などがいた。松沢病院などにも勤務し、1923年の東京警視庁衛生部技師となった。1948年公職を辞して慈雲堂病院(精神科)顧問となり私立精神病院育成に取り組み、同年東京精神病院協会、日本精神病院協会の設立に尽力し、また金子試案を基に精神衛生法制定に寄与した。

⁷²⁾「社会問題としての精神病患者の断種法」(日本医事新報 893号 1939年)

金子にはいくつもの断種反対論文があるが、総括的なこの論文を紹介する。

金子は、ドイツの遺伝病者予防法により日本の優生学的断種論者は急に活気づいたが、このドイツ法は科学的根拠は薄弱で多分に「政策的な法律」であることに気づかなかつた。現在、ドイツの精神病学者は「新病名」を作成して法の圏外に逃れるようにし、患者は専門家の診察を忌避するので早期治療は妨害され精神病院の入院者は減少するという事態を生んでいると指摘している。また精神病学の研究志望者が減少し、遺伝病子孫予防法は「開店休業」である、としている。さらにアメリカの状況を概説して、断種法の意義を疑問視している。さらに断種法推進論者の精神病遺伝論が、いかに人類遺伝学の実情に添わないかを論じて以下25項目の反対理由を列挙する。

1 日本の法律として不適。1907年のアメリカインディアナ州をはじめとして共和国の体制の中で成立したものであるから、慎重にすべきである。2 日本は皇室を大宗家とする大家族制度国家であり、個人主義的な外国の国柄とは異なる。家族制度の崩壊につながる。3 祖先崇拜観念が消失する。4 天才偉人の感化力が喪失する。天才偉人でも精神病を発症する例がある、それを潜在的精神病患者とされてしまう。5 戦傷病者の精神病は一概に遺伝病と片付けられない。6 相克思想を発展せしめる。精神病が遺伝であると国家が公認することにより、その血族者を国家の敵としてしまい、生命的死刑に処することになり、精神的死刑を言い渡すこととなり、特殊階級編入者との間での相克が起こる。7 プロレタリア圧迫と非難される。外国の実施状況はプロレタリアを主としているが、日本でもそうなる可能性がある。科学によるならばブルジョアもプロレタリアも平等に適用されるべきである。科学の名においてプロレタリアが差別されるとする非難が起こる。8 責任観念が消失する。遺伝だから仕方がない、となる。9 興亜政策の障碍となる。アメリカの断種法は、白色人種が優等であり、黒色人種、黄色人種が劣等であるという偏見の下でつくられた。ドイツのそれはユダヤ人に対する民族嫌悪を利用した民族浄化という政策的標語のために作られた。それと比較し、「わが民族の優秀なる素質を保護し、悪疾遺伝を防遏する」という時のわが民族とはだれか。その中に台湾人や朝鮮人が除外されているとすれば、民族問題として至極複雑重大な問題である。しかも、興亜の大事業は到底日本民族だけでは完成しない。台湾人、朝鮮人、支那人に日本精神を拡充しなければ大聖戦有終の美を収められない。10 階級闘争が激化する。優生学者は上層階級の出身

率が減少して、下層階級が増殖して「逆淘汰」の現象が成り立つのは、憂慮すべき事である、と高唱して、上層階級の出生率が享樂的妊娠制限で低下する責任を下層階級に転嫁するとして、逆淘汰と説明するが、この現在の社会で上層階級を優秀者とし下層階級者を劣等者と断言するは乱暴で、社会階級の反感を煽るのみであり、逆淘汰の事実があるというに至っては、根拠のないことである。1 1 物質主義を勃興せしめる。

1 2 性道徳を低下せしめる。1 3 ネオ・マルサス主義を發展させる。断種は元来妊娠制限の極端化したものである。従って断種法が制定されると、妊娠制限—ネオマルサス主義思想が發展し人口抑制となる。日本の人口が減少しては興亜の大策が成就するはずがない。1 4 社会思想が化する。断種は元来死刑に代用される刑罰である。科学的根拠が薄弱な断種で、目的は手段を択ばない、というのは禁物である。1 5 断種者の血族者の思想が悪化する。1 6 人道に反する。疾病の種類によって差別し、最近の治療精神病学の進歩を見落とす。1 7 公安上の危険が増加する。病気の隠蔽が進み結果的に危険となる。1 8 社会の救済処置であるとの説は成立しない。精神病者は減少しない。更に精神病者に対する日本の施設はあまりにも貧弱である。従って精神病者の断種は精神病者の救済施設の不足を補う救急処置であるとするは、至極不当の説で、精神病者に対する救済施設は拡充せねばならぬ。1 9 社会的危険性は減少せぬ。2 0 経済的意義がない。2 1 精神病者の後系に優秀者がいる。2 2 精神病院の発達が可能となる。断種論は精神病が不治である、という考え方から来ており、法が制定されると、その考え方が強化・拡散し、精神病者救済事業と精神病院は不要とされ、精神病学及び精神病治療学の発達がないがしろにされる。2 3 精神薄弱者の社会化はできる。2 4 断種と婚姻の間には解決困難の問題がある。生殖能力が無くとも性交は可能であり、その結果婚姻も可能である。断種を隠しての婚姻の問題が生じる。被断種者の兄弟姉妹の婚姻の問題、婚姻の相手の先系が精神病者であった場合の離婚問題等が生じる。2 5 家庭不和の問題が生じる。「優生学的断種には科学的根拠が薄弱で、優生学的目的も達成されず、その社会的利益も殆どない」。

以上の金子の反対理由は、「民族国策としての人口問題」—1941年の後述「人口政策確立要綱」に大枠一致していると言えるだろう。然し多彩な目配りもしている。階級矛盾や大東亜の内の民族矛盾が増大する危険性を強調し、それを天皇制家族主義国家体制により統括しようという思想となっている。医学的にも断種論の粗雑な遺伝学的論拠を批判し、断種によって民族劣化を防止できるという論拠を否定し、さらに逆淘汰論が成立するはずがないと断定している。断種によってむしろネオマルサス主義が發展して人口抑制が生じ、しいては興亜の大策が破綻するとしている。それは論理の道筋は異なるが成立した国民優生法の産児制限禁止論に同調していると言えるだろう。他方、以上の金子の断種法批判は、呉以来の、私宅監置に偏った我が国

の精神病患者対策を精神病院の拡充によって精神病患者を救済する、という悲願の下にあったと言える。

*⁷³⁾ (インタビュー① 旧優生保護法と精神医療 聞き手太田順一郎 精神医療 旧優生保護法と現代 93号 2019年 44頁—60頁) で、岡田靖雄は、生前の金子との会話を踏まえて、当時新しかったインシュリン療法、電気けいれん療法、持続睡眠療法、発熱療法などの治療法に期待し、断種法はそれらの発展を抑える恐れを持っていたと発言している。

・植松七九郎 (慶応大学 東京帝大卒)

⁷⁴⁾ 「断種法制定に就いて」 (日本医事新報 893号 1939年)

「私が何故反対もしくは自重論を固執するかというと、その最大の理由は精神病の遺伝学が分かっていない今日、何を根拠として人道上にも社会的にも影響の大きい法律を敢えて制定しなければならぬかということである。論者殊に基礎医学者は遺伝の事実は既に認められているのではないかというが、私たちは決してそうではないと思っている。…断種論者は精神病の遺伝を豌豆の遺伝と同じと思っているらしい。それは甚だしい思い違いで、遺伝するのは素質であって精神病そのものではない。しかも素質は軽重があって誘引の如何によっては誰でも発病する」。

・秋元波留夫 (東京帝国大学精神病学教室)

⁷⁵⁾ 「断種法と精神病学—いわゆるナチス精神病学の危機—」 (日本医事新報 944号 1940年)

「一体、断種法という法律が必要とする根拠は、…それが決して個人の不幸である疾患を除くといった…見地に基づくものではなくて、…遺伝的疾患による社会的負担を軽減しようとする社会的要求に…切実な動因がある」。「民族の衰滅が遺伝的悪疾の瀰漫に起因するという見解は一つの架空の想定に過ぎなく、実証された歴史的科学的事実ではない」。「ドイツの精神病学者の中で国民社会主義の思想に最も忠実に実践している第一人者は精神病遺伝学者として知名なエルンスト・リューゲンである。…此の、ヒットラーに忠誠を誓うナチス精神病学者のリューゲン教授は…本年3月、ウイースバーデンにおいて開かれた第五回全ドイツ精神神経学会で開会の挨拶として述べた演説は、更に一層深い意味を含む…今や精神病学は甚だしい重大危機に直面していると述べて居るのである。これは我々にとって実際予期しない言葉である。全世界の精神病学の中で、最も華やかに脚光を浴び、国家の大政策の理論的背景たる重任を果たしつつあると思われていたドイツ精神病学の、しかもその指導者自らの口から精神病学の危機なる言葉を聞くとは意外である」。「…では如何にしてこのようなばかばかしい、しかし精神病学にとって重大な誤解が社会一般に発生したのか。…このような遺伝疾患患者に対する誤解—つまり、極端に言えば遺伝精神病

者といったような輩は単に断種の対象となるのみで精神病学は高々その番人でありかかるものに種々たる医療的努力を払うことは無意味であるばかりで得なくかえって有害であるといった見解が、断種法実施によってもたらされた産物であると明言していない。彼として、それは口にしえない言葉であろう。けれどもそれは言外の辞とし誰の耳にも聞き取れる所である。…『たしかに、若干の精神疾患が、吾がドイツ民族の将来に及ぼすべき遺伝危機につき国家及び党に最初に警告したのは我々精神病学者であった。けれども以上のことは、精神神経病者を医療的顧慮の要なきものであるとし、或いは彼らは民族衛生的法律（断種法）の遂行により早晚絶滅するから、精神病医等は段々不用になるだろうとか…精神病院の代わりになる精神病者収容所があればよいといった類の論説を結果するものではない』。つまり我々は以上の言葉によって、断種法の実施がドイツの精神病学及び精神病医にとって一つの危機とも云うべき甚だ心外な事態をもたらした原因であることを知るのである。

我が国の断種法は、少なくともドイツの国とは異なり、形式的にも実質的にも精神病学がイニシャチブをとったのではない。我が国の精神病学者は大部分一私の理解する限りでは一断種法については今まで消極的であったし、また現在でも尚しかりである…少なくとも精神病学の領域に於いて、十分に確実な遺伝学的研究の進展を見ない今日、これを不可欠の前提とする精神病学的民族優生学が断種法の源泉たり得るわけがないのである…」。

秋元は、我が国の国民優生法が成立した後に、1933年ドイツ断種法の数年後の実情をリュージンの言葉からその実情を推測して論じ、その認識は確かなもので、金子準二に劣らない。

なお秋元には、林暉との以下の論文⁷⁶⁾「精神分裂病の予後及び治療（神経学雑誌 43 卷 10 号 705-742 1939 年）」がある。これは第 38 回日本精神神経学会宿題報告である。林、秋元は関連文献的紹介の上、東大病院精神科（病室開設以来の 1917 年～1938 年の入院患者全て）および松沢病院（1923 年～1935 年退院患者全て）の患者に対して照会一回答を受けたものを調査した。回答で得られた 565 例について完全寛解 22.1%、不完全寛解 9.6%、未治 30.1%、死亡 30.1%であった。女性や、緊張型の寛解率が高い等の知見を得ている。また治療としてインシュリン及びカルジアゾール療法の転帰を全国の大学、専門学校精神科、公私病院に退院時転帰の調査依頼をした治療実績の調査をし、また東大及び松沢病院についても行った。これらの効果は、在来の治療法に比べて寛解などは卓越しているといえるが、本来の分裂病の寛解傾向の強化が認められるにすぎない、と考察している。

・日本精神病院協会⁷⁷⁾「日本精神病院協会断種法制定の支持を決議」（精神衛生 39-41 1939 年）

厚生省は「日本精神病院協会」（戦後の日本精神病院協会ではない。公立病院と精

神病院法による代用精神病院の構成による団体)に「断種法制定の可否」について意見を求めた。協会は1939年「断種法制定に関する決議」をまとめた。決議は、現在は非常時において民族優生に関する政策の充実は急務であるから、断種制度の趣旨に関する限り否定する理由はない」とした。

「立法及び実施に際し出来る限り慎重を期し社会的影響を顧慮し一切の弊害を排除し有効適切にして而も過激に亘らざるを要す」と注文を付けた。

「有用なる社会人として再起奉公」させるために、我が国の保護治療施設は極めて不十分であるとしてそれを拡充すべきと主張し16項目の要望を出した。断種は主として自発的な希望により行うこと、断種は遺伝性の中でも特に遺伝発病する危険が大きいと認められる場合に限ること、精神病はすべて遺伝であるという誤解を生じないようにすること、他の優生方策(優生結婚、健常者の多産の奨励等)を併せて実施することを上げた」

この協会決議では、断種法制を容認するが慎重な態度でのぞむことを要請しており、金子らの反対論を組み込んでいると思われる。

・日本精神衛生協会

岡田⁷⁸⁾によると「精神衛生」を機関誌にしていた「日本精神衛生協会」成立の経緯は以下である。1926年12月に小峰茂之の主唱により私的団体として設立、当初機関誌として「脳」を1927年「精神衛生学会」名で1927年発刊した。5月に三宅鉦一が会長に就任した。1930年にワシントンで開かれた精神衛生国際会議に三宅鉦一会長と植松七九郎副会長が出席した。1931年に正式に「日本精神衛生協会」の発会式が行われた。協会の機関誌として「精神衛生」を1931年10月30日に発刊。

(1938年改正会則によると、事務所は厚生省予防局優生課および東京帝国大学医学部脳研究室にあった一国民優生法制定を推進した厚生省優生課と関係がある。三宅は、1936年精神病学教授を内村に譲ったのち教室に隣接してできた脳研に拠点を移していた。国民優生法の成立に吉益とともに各団体に関わり推進した。)

・協会は会員へのアンケート調査報告を行った。

⁷⁹⁾金原種光「断種問題に就いての質問に対する会員寄りの回答」(精神衛生 第12号1938年 1—11頁)

—この件は岡田⁸⁰⁾「斎藤茂吉・ほか—断種法史上の人びとその(七)」(日本史学雑誌第5巻2号 2004年)も触れている。

その回答結果の数字は下に示す。

- 質問 一、断種 of 精神 可 否
二、断種を法律とする事 of 可 否
三、法律とする場合
イ 被断種 of 範囲

ロ 強制とすることの 可 否

ハ その他手術の方法等

四、今までの御経験にて断種を施すことの望ましき実例あらばその詳細

回答は次のようであった。

回答 540 通のうち回答は 94 通

一 (精神) 可 85、否 6、保留 3

二 (法制化) 可 72、否 14、保留 8

三 イ 範囲は決めがたく個別例によるとするもの、及び、悪疾遺伝が確実な精神異常者、犯罪者、癩者、花柳病、慢性腎炎などの病名を列挙するもの、ただしこの列挙されたものに共通なものはない

ロ 可 51、否 31、保留 12

ハ 結紮、人工流産、剔出、去勢、レントゲン照射、具体的には専門家に一任、空白のもの 31

なお質問四に対して、それぞれの実体験に即して詳細な症例が報告返答されている。

総括として以下のようにまとめられている。

- 1、断種は特殊な場合においては民族自衛上やむを得ざる手段として許さるべきである。従って之が合法化について考慮されることは妥当である。
- 2、断種は強制形式と任意形式が併用されるべきである。
- 3、断種の判定は国家機関が之にあたるべきである。
- 4、断種の術式は結紮法によるべきである。

・断種問題に関する理事懇談会⁸¹⁾上記「精神衛生」12巻1938年(12頁から35頁)

上記、精神衛生協会のアンケートに関しての理事懇談会記録である。

出席者：植松七九郎、青木延春、岩崎佐一、金平準二、金原種光、菅修、斎藤玉男、竹内一、原泰一、林暲、前田忠重、三浦信之、村松常雄、吉益脩夫、渡辺道雄

懇談会からいくつか拾ってみる。植松は副会長なのだが、この調査に異議を申し立てている。断種法の精神は如何、というような質問はどう答えていいかわからない。予備知識も与えられていない、私は之には賛成と書いたが、後の質問には反対と書いた。自分は反対なのか賛成なのか。「大きな意味での断種は実は不賛成です。民族が良くなることのために行う断種は不賛成です。断種したら民族が良くなるとは決して考えません」。

金子準二の発言の一部は以下のようなものである。

「私は優生学的断種ということは反対であって、こんな意味のないくだらないこ

とはないが、他の意味の断種は敢えて反対の立場をとっているわけではありません」

「日本は特別な国であって、民法において禁治産であつても結婚も離婚もできる、また精神病患者監護法の規定を見ましても四親等までを監護義務者にしてあるくらいで、断種なら断種を本人が可いというだけでやれる国かどうかということも一つの考え方に思っています」。

吉益も発言している。

「私は積極的に何でも断種したほうが良いと言っていると誤解されているがそうではない、しかしある程度は出来たほうが良いと思つている、悪い素質の人は万人のうち一人でも減つた方がよい、少しでも必要なことはやつたほうがよく、よくないとわかればやめればよい」。

興味深いのは議論が白熱している世間の反応を配慮して、このアンケート結果や、懇談会の内容を公表しないほうがよいのではないかと議論され、結論的に会員向けに発表するがそれは三人の編集担当理事（齋藤、三浦、金原）に委ねると結論したことである。

1938年当時の国民優生法成立前段の精神科医のみならず社会の反応が煮詰まつた状況を髣髴させる。戦後、旧優生保護法に関して精神科医の間でのこのような煮詰まつた議論が行われた状況は皆無であつた。

・木田文夫

精神科医ではないが小児科医木田文夫の事績を上記本多 82)により紹介する。

木田文夫を戦中から戦後にかけて主流派優生学者の傍流に日本の優生思想の特異な批判者として小児科医木田文夫を紹介している。1908年、岡山県真庭郡勝山町（真庭市勝山）に生まれた。代々の医家の子ども。東京帝国大学医学部入学—1932年医学部卒業。小児科学教室に入る。1938年パリ大学留学。「小児科外科学舎ルイ・オンブレダンスに師事した。そのおり、ごくまれにしか見られない身体的特徴も、発生学的な視点に立てば、多くの人間に同じような特徴を微弱とは言え観察できることを学んだ」。1939年12月帰国。1939年東大小児科外来医長。1941年6月医学部講師。1941年医学部教授として北京大学赴任。1942年熊本医大教授。1949年日本医大教授、1970年逝去。受精卵確定説を否定し、受精卵不確定説へ、前成説から後成説を主張した。遺伝という現象はあつてもそれは環境との兼ね合いで現象するのであつて、受精卵確定説から優生学を構想することを否定した。

「木田は、新しい遺伝学を提唱し、それに立脚して、応用方法も障害者の誕生予防、障害の発生予防、障害程度の抑制に分けている。

木田は、宿命的な遺伝観をひとまず引き継がれるのは素質だとして、ここに環境要素の調整によって、病的反応の抑制や、現れ方の変更といった改善の道を開いた。また、環境其のものによって障害がもたらされることがあり、その防止を説いた。たと

えば知的障害の一部は甲状腺の機能を補う投薬によって改善でき、或いは母胎の衛生によって予防できるとした。もちろんメンデル—モルガン説に一致することが明らかかな一部の病気に関しては、遺伝因子保持者への断種手術や人工妊娠中絶手術を承認しているので、右の投薬や母胎を含む外部環境の改善は、前者の範囲を狭めながら合わせて提案されたものと位置付けるのが妥当である」。

木田は、国家による強制政策としての優生性格を主導した本流優生学と隔絶したフランスへの留学と小児科医であったことから、我が国の精神医学に関連した優生学からは距離を置いていたことが知られる。

吉益や斎藤、林暲や秋元の宿題報告は国民優生法制定過程を意識して学会としての学問的検討を意図したものだったのではないだろうか。

・小野清一郎

本多 83)によれば、1929 年雑誌「優生学」(1924 年～1943 年優生運動媒体誌)で小野清一郎は以下の様に述べた。

「治療を目的とした睾丸もしくは卵巣の除去手術は合法であるが、民族衛生を目的とした断種手術は従来法律意識では違法になる可能性が高い。だが、『最近に至って法律思想は一展回を為し、個人の自由よりも社会の利益を重しとするに至り、個人本位より社会本位に、個人正義より社会正義に、推移しつつある』と述べて、いずれ合法になるのではないかと見通しを語っている」(優生学 七 十二 十六)

1940 年小野精一郎解説「第七十五回帝国議会新法律国民優生法の解説」

本法は専ら優生を目的としたもので、直接刑事政策を目的としていない。しかし殺人、放火、傷害などの犯人や又常習の窃盗、詐欺の犯人に病的低格者または精神薄弱の多いことは犯罪生物学的に顕著な事実であるのだから、本法の実施は間接に刑事政策的効果を持つことは蓋し疑いを容れない」とした 84) 前掲「横山日本優生社会」。

小野のような刑法学者にとって、刑事政策的効果と断種法の効果は地続きであった。

小野は戦後刑法改正—保安処分新設に関連して最重要な刑法学者であった。その経緯は戦後の刑法改正と学会の項目で述べる。

・正木亮 (法学士 広島控訴院次長 民族優生協会の 1937 年民族優生法案の立案者委員) 85) 「断種法に関する諸問題」(日本医事新報 893 号 1939 年)

断種を論じる時感情論を排し科学的立場で考えること、定説を重んじ変質可変論(成田勝郎の説—筆者注)などの医学的異説に惑わされるべきではないとした。また断種法は科学法であるから、国民の意向を問うことは社会法と異なり必要性は少ないとした。社会法の例として当時欧州で提起されていた刑法改正を上げ、遺伝性精神

病が危険である故に保安処分を要望しているが、その法があっても危険者が繁殖することは民族の後退を招く。今や世界は戦争の渦中にあり、国力の消長は武器や経済力のみではなく最も重要なのは人的資源であるとし、当局の断行を求める、とした。

(4) 「民族国策としての人口政策」と「人口政策確立要綱」

優生学は近代国家における国力との関連において人口政策に直接に関わっていた。その観点から、民族衛生学会一協会の主要な論客であり、官僚として政府の人口政策にかかわった古屋芳雄や館稔の足跡を見ておく⁸⁶⁾(高岡裕之「総力戦体制と「福祉国家」戦時期日本の「社会改革」構想 岩波書店 2011年」以下「総力戦体制と福祉国家」)。

古屋芳雄：金沢医科大学衛生学教授、農村結核の研究で注目され、1939年厚生省勅任技師となる。民族生物学に関心を持ち人口問題をその質と量で検討していた。それこそが、真の国力の指標である、と考えていた。わが国は1920年代は出生率が低下していた。それは、大都市のインテリを中心に産児制限をしているからであるとし、西洋流の個人主義、物質万能主義に培われた自由主義の浸透があるとしていた。そこに西洋化=近代化に伴う日本固有の民族文化の衰退を見出していた。民族生物学を最高指導原理として採用したのがナチスドイツであった。体位向上を目指す陸軍の考えは、真の民族生物学的認識から位置づけなおす必要があるという見解に達していた。「民族国策としての人口政策」の樹立を目指す古屋は1938年設置の厚生省の枠にとどまらない活動をしていた。

総力戦体制下において生産力拡充政策、労務動員計画の一環をなす生産力主義的な戦時労働政策の体系が姿を現していた。しかし、第一次近衛内閣(1937年6月)、盧溝橋事件、39年1月の「国民政府を相手とせず」とした近衛声明から、我が国は4月国家総動員、11月、12月東亜新秩序というかたちで、アジアを欧米による支配から脱して大東亜という体制に向かおうとしていた。それにより、38年の厚生省設置までとは様相の異なった人口政策の転換が始まる。過剰人口対策から増殖政策への転換にとどまらず、「民族問題としての人口政策」が主要な問題となった。館稔一厚生省社会局人口問題研究会研究委員幹事の人口問題専門家一は「我が国現下の人口問題」(学術振興第18号—1940年1月)で「事変下に当面する我が国の人口問題が、一面に於いて、所謂戦時人口問題であると同時に、他面に於いてそれは深く民族悠久の発展の基礎に培うべき恒久的なる問題の萌芽であり、出発点たるべき事を知らねばならぬ。…今や帝国は東亜諸民族解放の聖戦を闘い、その余燼を蹴って新しき秩序の下に東亜諸民族の真の協力の上に、大和民族を盟主として東亜新秩序建設の民族的大使命を着々と遂行しつつある。此の民族的要求の下に一切の要求は克服調整されなければならぬ。現下の人口問題もこの意味において著しく民族問題化しているといわねばならぬ」。

戦時経済の要請は近代化都市化(大河内一男の生産力主義的な社会国家論)であるが、国家総力戦としては、人口資源の涵養基地としての農村人口の増強を目指すという志

向が具体的には「民族問題としての人口問題」としてあった。それは、1941年1月22日第二次近衛内閣閣議決定―「人口政策確立要綱」（閣議決定）として具体化する。それは第二次近衛内閣の（1940年7月22日成立）「高度国防国家」に向けた「新体制運動」、内閣成立直後の「基本国策要綱」から発している。1940年初頭からの陸軍省軍務局国策研究会が革新官僚を動員して作成した「東亜新秩序建設の礎石たる人的資源の質的並び量的発展を帰するための人口政策」が盛り込まれたものであった。

人口政策確立要綱（抜粋）は以下である。

第一 趣旨 東亜共栄圏を建設し其の悠久にして健全なる発展を図るは皇国の使命なり、之が達成の為には人口政策を確立し我國人口の急激にして且つ永続的なる発展増殖と共に其の質の飛躍的なる向上を図るとともに東亜における指導力を確保する為其の配置を適正にすること特に喫緊の要務なり。

第二 目標 一～四

右の趣旨に基づき人口政策は内地人人口に就きては…昭和35年総人口一億を目標とす、外地人人口に就きては別途之を定む。

三 高度国防国家に於ける兵力及び労力の確保すること。

第三 一～四

二 個人を基礎とする世界観を排して家と民族とを基礎とする世界観の確立、徹底を図ること。

第四 人口増加の方策 一 (イ)～(ル)

一 出生増加の方策

出生の増加は今後の十年間に既婚年齢を現在に比し概ね三年早むると共に一夫婦の出生数平均五児に達することを目標として計画す。

(へ) 女子の被傭者としての就業に就きては二十歳を超ゆる者の就業を可成り抑制する方針を採るとともに婚姻を阻害するが如き雇傭及就業条件を緩和又は改善せしむる措置すること。

(ル) 避妊、墮胎などの人為的産児制限を禁止防遏するとともに、花柳病の絶滅を期すること。

第五 資質増強の方策 (イ)～(ト)

(ロ) 農村が最も優秀なる兵力及び労力の供給源たる現状に鑑み、内地農業人口の一定数の維持を図るとともに日滿支を通じ内地人人口の四割は之を農業に確保する如く措置すること。

(ト) 優生思想の普及を図り、国民優生法の強化徹底を期すること。

人口の農業との関連では、農本的小農保護論、農本的中農保護論、農業近代化論=適正規模論―生活水準向上論の三つがあった。民族人口政策論は、農本主義的小農保護論に最も近く、農村の生活水準を上げることは否定されていた。

「すでにみたように、人口の量と質の増大強化を目指す戦時人口政策は、1939 年後半の段階から厚生省古屋芳雄や館稔らを中心に、いわば『民族国策としての人口政策』として構想されるようになっていた。それが『人口政策確立要項』として具体化するの
は、1940 年半ばに生じた全体主義的総力体制確立への動きによってである。

1940 年春季におけるヨーロッパ情勢の激変（ナチスドイツによる西ヨーロッパ制覇）を背景に成立した第二次近衛内閣（7 月 22 日成立）は、高度国防国家の建設を標榜してその実現に向けた「新体制」運動に着手する⁸⁷⁾。

以下は古屋に関する横山尊の論述⁸⁸⁾である。

「結局、同法は貴族院で 1940 年 3 月 22 日可決した。作成に関与した協会の主要メンバーにもさほど期待されなかったように見える。40 年 5 月、古屋芳雄は、新聞で、国民優生法を『優生国策の大方針を掲げながら中にはただ悪疾の遺伝病者に断種手術を行いうるかのような規定があるだけだ』と批判した。39 年以後厚生省の勅任技師に就任し、国民優生法と国民体力法の作成に関与した立場からの批判である。古屋によれば、国家は民族国策に踏み込みながら、優生法は優生政策の一部にしか過ぎない。これは『悪質の遺伝病者に優生手術を行ってその増殖』を防ぐ、避妊思想から来る断種手術を取り締まる建前だという。古屋の民族国策とは、出生率低下の改善や『農村の無力化』の防止、その他あらゆる『保健国策、体力国策』を包摂して『民族変質の防止』を講ずることだった」。

以上の古屋の論旨は、以下古屋⁸⁹⁾「今日の人口問題」（優生学第 16 年 1939 年第 10 月号）におけるわかりやすい語りがその実質を示している。

従来の人口問題は失業問題を中心にした経済問題だったが、事変後は、大陸経営上人口資源をいかに配分するかが人口問題の関心事となり、数年前のサンガー夫人の産児制限論を唱える者は一人もいなくなった、としている。都市化によって農山漁村から都会に出た知識階級予備者たちが産児制限を行い、むしろ減るべきである農山漁村に残る無能力階級が多産のままであるとして、それは欧米に於いて経験した逆淘汰であると嘆いている。しかしまだ我が国の農山漁村は健全である、とも訴え、「生めよ殖えよ」というイスラエルのアブラハムの言葉を我が国の現状に引き写し、「皇軍の前途に祝福あれ！」と叫んでいる。「民族国策としての人口問題」とは兵士補給問題としてもあったのである。多くの兵士を補給するために、貧しい農民の多産を必要とした。また女子は結婚早婚を奨励し多子家族を優遇した。

以上の様な、1938 年以後の人口政策の変動は以下のような論述と重なる。

大貫恵美子⁹⁰⁾「捻じ曲げられた桜一美意識と軍国主義」（岩波学術文庫 2022 年 3 月—2003 年 4 月岩波初版）の第 4 部 10 章国家ナショナリズムとその「自然化」の過程）によれば次のようである。

「源泉性の最も重要な特徴を「純潔」とすることはよくあることである。日本人、そしてドイツ人の場合も、源泉性とはまさしく純潔を、すなわち、他者や都市化・産業化

といった後世の発展によって汚される以前の自己を意味する。ドイツ人の源泉が、精神的強靱さと純潔を兼ね備えたとされるアーリア人やチュートン人の伝説に探し求められたように、日本政府は日本人の源泉性と純潔を古代に定め、これを天照大神に遡る皇系によって象徴した。国家が単民族または同質であることは殆どありえないから、国家の民族統一の構築は必然的に矛盾の上に成り立つことになる。このため、国家の支配的な社会集団は自己浄化しなければならないことになる。…日本人の場合、儀礼により神々の純潔を搬入する一方、自分たちの穢れはマイノリテイ（少数派集団）に転移することで処置してきた。

…

こういった偏見の構造は、日本人が領土拡大の途に就き、兵士を可能な限り確保しなければならない段階において修正を余儀なくされた。即ち、政府は大和魂を少数派集団ばかりでなく、内地と台湾、朝鮮、樺太の占領地に住む中国人、朝鮮人、その他の人々にも『与え』、現実には、首相近衛文麿の悪名高い宣言【1940年7月23日】の一億のうち三分の一は、これらの人々に占められる結果になった。『一億一心』は、『真実のご奉公を期さねばならぬ』ことを『日本人』全員に激励するスローガンとなった。

これは金子が、興亜の大義において、精神病患者とともにアジアの諸民族をも天皇制家族国家に包摂する国家方針（一億一心、のスローガンの一億は内地人7千万人に台湾、朝鮮、樺太の支配下の民族の数を算入しないと間に合わない）と、国民優生法の（家族国家から精神病患者やアジアの民族を排除する）考え方は矛盾するとしていたことと重なる。国民優生法は近代的な社会防衛の理念を中心に1930年代に準備を進められてきたが、中国侵略と国家的危機のなかで優生政策の理念の中核が、公式な大東亜の理念に包含された「民族国策としての人口増強策」によって転換されることになった。

（5）国民優生法の成立—ハンセン病断種の影響と法の「無効化」

松原⁹¹⁾（松原洋子「母体保護法の歴史的背景」 母体保護法とわたしたち 斎藤有紀子編著 明石出版2002年所収）によれば、以上のような戦時下の人口政策の国策状況により厚生省が発足した1938年は、人口増強策が一举に強まった。荒川案や八木案のような議員立法を超えて、政府・厚生省が提出した国民優生法案は国会に於いて「健全なる素質を有する者の増加」の要素が付加され、一般の不妊手術は、すべて他の医師の意見を求めたうえで事前に届け出ることが義務付けられた。衆院での修正では優生学的な理由による中絶条項が削除され、貴族院では公益上必要とされた強制断種を規定した第六条の施行が凍結された。

当初の政府案では、法案の第十四条で、優生学的理由で不妊手術が決定した女性の妊娠3か月以内の場合の中絶は可能というものがあり、それはドイツ遺伝病子孫予防法の第一次改正1935年に倣ったものであった。それが法案審議の過程で削除された。結局、この法に中絶禁止の条項は無いが、刑法の墮胎罪が有効ということが残った。1932

年には、有力な産児調節運動家や婦人運動家たちによって堕胎法改正期成同盟が結成されたていたが、その動きは封じられた。国民優生法は徹底的な人口増加策の一環として1941年に施行され、従来医師の裁量に任されていた医学的理由による中絶までもが、当局に厳しく監視されることになった。その結果、女性は一層危険なヤミ堕胎に追い込まれることになった、ということであった。

結局戦時体制と38年以後の天皇制国家の超国家主義により強制断種条項は無効化し、優生学的な理由での中絶も禁じられることになり、我が国ではドイツとは異なった形で優生学は非優生学的結末となった。当時福祉ケアコストを削減するという動機は（近代的な）社会国家になっていなかった日本では西欧のようにはならなかった⁹²⁾（三成美保「戦前～戦後日本の優生法制（国民優生法から優生保護法へ）」インターネット掲載2014.11.23 初出：科研費報告「ナチス優生法制」2007年）といわれるのは故なしとしない。医療の国家管理と医師の「国有化」—生殖の国家統制ともいうべきナチス国家に対して、我国は超国家主義においても家族主義的な統合理念を持っており医療も福祉も家族依存と不可分でありその分社会化は進まず優生政策も不徹底となった、という理解が可能である。

松原⁹³⁾によれば、国民優生法案提出に先立ち、厚生省は「優生断種制度調査費」という予算で、全国の3000家系の調査をした。この調査には各大学公的病院の精神科医などが協力したと思われるが詳細は不明である。政府はそのデータを法案提出の根拠とした。

また、豊田⁹⁴⁾（豊田真穂「アメリカ占領下の日本における生殖の管理—優生保護法の不妊手術/断種—」アメリカ史研究36号 63-82 2013年8月 以後「豊田占領下日本」）によれば、厚生省はこの時、1939年6月、予防局予防課予防課長はすべてのハンセン病療養所の、1915年から1939年まで、官立の各療養所で行われた男性患者への合計1003件の輸精管切除術ワゼクトミーを分析している⁹⁵⁾（「第七 ハンセン病政策と優生政策の結合」ハンセン病問題に関する検証会議最終報告書所収 財団法人日弁連法務研究財団ハンセン病問題に関する検証会議 2005年）。また青木延春はこの全例の分析を行っている⁹⁶⁾（青木延春「優生手術について」『人口問題研究』第1巻5号1940年8月）。青木は輸卵管不妊法はその安全性には産婦人科の経験があるが不妊手術としての経験は外国の実績に徴するほかないが、輸精管不妊法は古くから癩療養所（私立のものを除く）での経験があるので検討するに極めて適当である、として、被手術者全例の統計的検討を示している。彼は「癩療養所における被術者は重篤なる癩患に罹って居て病勢は大体において進行性に増悪しつつあるを以て手術の影響は当然顕著に存在すべきも尚前項に示す如く比較的軽微なるを以て一般人に対する輸精管不妊法が極めて安全なるを推定することができる」と結論している。このワゼクトミーは本来刑法上傷害罪に当たり、当初国民優生法案の中にハンセン病の断種を組み込もうとしたが、それを分離して癩予防法改正案を同時に提出し合法化しようとしたのである。国会で

は種々の矛盾をつかれるなどして、国民優生法のみが通過した。このワゼクトミーは光田健介が東京の全生病院で1915年4月に始めたものである。院内の男女隔離の失敗で妊娠し出産するものなどがあり、生後間もない子供への感染や、胎内感染のおそれを患者に説いて、断種による次世代の出生防止策として採用した。光田は内務省衛生局の氏原佐蔵の「民族衛生学」(1914年)で、アメリカにおいてインディアナ州監獄で1909年までに456名の囚人に行われていたことなどを紹介していることを参考としたものであった。ワゼクトミーの源流はアメリカであった。この断種の技法が我が国ではハンセン病に対してすでに広く行われていたことが法成立の医学的な担保とされた。

(6) 国民優生法の骨格

⁹⁷⁾「国民優生法概説」(厚生省予防局 西岡光太郎著 医事法釈義 光星社 1941年所収)によれば、「元来一民族一国家の人口を減少せしめる、従って素質の低下を招来する究極的最大原因は、戦争にあらず、悪疫にあらず、実にその民族、国民が、或るは経済的な理由により、或るは享楽主義の爲め、又はその他各種の理由によって行う人為的な産児制限にあることは、歴史の専門家が等しく認めるところである。…右の如く悪質なる素質者が漸増し健全なる素質者が漸減すると云う、自然淘汰に反する所の所謂逆淘汰の現象が幾世代も続くときは、一国の人口構成は転倒して国民の有能健全分子は悪質分子によって圧倒されてしまうことになる」と、永井潜のような口調で逆淘汰論をぶっている。

成立した国民優生法について当時の厚生省技師青木延春は以下の論文⁹⁸⁾⁹⁹⁾¹⁰⁰⁾によって解説している。

⁹⁸⁾青木延春 厚生省技師 医学博士「国民優生法の施行について(1)」11-19 乳児研究第15巻9号 1941年

⁹⁹⁾同「同…(2)」15-19 同15巻10号 1941年

¹⁰⁰⁾同「同…(3)」11-16 同15巻11号 1941年

第一条 本法は悪質なる遺伝性疾患の素質を有する者の増加を防遏するとともに健全なる素質を有する者の増加を図り以て国民素質の向上を期することを目的とす。

第二条 本邦に於いて優生手術と称するは生殖を不能ならしむる手術又は処置にして命令を以て定るものを謂う。

第三条 左の各号に該当する疾患に罹れる者は其の子又は孫医学的経験上同一の疾患に罹る虞特に著しきときは本法により優生手術を受くることを得但し其の者特に優秀なる素質を併せ有すると認められるとは此の限りにあらず。

青木は、国民優生は即ち人口問題であるが、従来、食糧問題や失業問題、産児制限問題を論じられて適正人口を説き、それは自由主義的であったが、「人口政策確立要綱」(閣議決定1940年1月22日)では、国家民族の目的に覚醒し本来の姿に復帰した、としている。それは日本民族の永久の発展を自覚強調し、増強力及び資質において他国を

圧倒する健全人口の増強をせしめることを第一義とし、ムツソリーニの「人口戦」という言葉を引いて、「我々はまず此の戦の勝者となることが絶対必要である」としている。

そして国民優生法は二つの事柄によってなっているとす。第一は、不健全素質者に対する優生手術の規定であり、第二は健全者の産児制限防遏の規定である、としている。

既述のような経過で肝心な強制断種の第六条は凍結され、任意のみが残された。法の中で断種そのものが「産めよ殖えよ」の流れにおいて限定的に評価されることになったということができる。

第一の目的について以下である。

手術の対象として、遺伝病（施行規則第二条の別表）であることは当然としても、症状強度で反社会性かつ社会不適応であるものに限っているとす（厚生次官以命通牒による）。

なお精神病はすべて反社会性・社会不適応であるから何れも悪疾と見るとしている。

・法第四条は任意申請で本人及び家族から申し出る純然たる任意である。

これは配偶者の同意を得て申請するが、30歳に達しないときや軽度の精神薄弱（低能）か重い病的性格などであって心神耗弱とされるときは父母の同意も必要となる。又白痴のごとき高度の精神薄弱や確実に診断される精神病などであって心神喪失とみられる場合は父母と配偶者の連名で申請することとなっている。それらが不可能の場合は後見人、戸主、親族会が順次にその代わりとする云々とし、煩雑な手続きは府県庁の衛生課が世話をする、としている。いずれにしても家の観念を重視している。

・法第五条は同意申請で精神病院長（代用精神病院の長を含む）、保健所長、官公立病院長その他が本人たちに代わってその同意を得て申請するものである。これは第四条と同様に本人、配偶者、父母の同意を十分に尊重し家を見捨てること無しの規定している、としている。これらの諸手続きは家の観念を重視したものとしている。

凍結となった第六条は以下のようなものである。

「前条の規定に依り優生手術の申請を為すことを得る者本人の疾患著しく悪質なるとき又は其の配偶者本人と同一の疾患に罹れるものとなるとき等其の疾患の遺伝を防遏することを公益上特に必要あると認るときは同条の規定に依る必要なる同意を得ること能わざる場合と雖もその理由を付して優生手術の申請を為すことを得」。

この申請者は上記第5条の申請者と同様である¹⁰¹⁾上掲「国民優生法概説」の「五 優生手術適用の形式及その申請手続」

第七条 申請書は地方長官に提出する。添付書類としては健康診断書、及び簡単な遺伝調書、並びに本人たちが優生手術の結果生殖不能となることを了知した旨の医師の証明書である。

第八条 手術の可否は、地方優性審査会の意見を聞いて地方長官が決定する。決定に不服があるものは30日以内に地方長官を経て厚生大臣に申し立て、中央優生審査会に於いて意見を徴して厚生大臣が決定する。

第十三条 手術は国家行為として安全確実に行われなければならないので、医師と場所を指定して行うことになっている。

青木は、手術する医師は練達の医師が指定されるはずで、男子に対しては泌尿器科医師、女子に対しては産婦人科手術の知識経験のある医師となるはずとしている。場所は官公立病院又は十分な設備を有する病院が指定される、としている。手術費用は原則国費（第十四条では費用は勅令の定めるところによるとしている）である、としている。

・第六条強制断種は国会で凍結とされた。断種手術について、「厚生次官依命通牒」という文書をもとに強調しているのは次のようなことである。如何なる遺伝性疾患を手術の対象とするかは最も大切な点であるが、本法では症状強度であって反社会性、社会不適応のものに限っている。精神病、精神薄弱、病的性格、遺伝性身体疾患、遺伝性奇形の各項目について、遺伝性が強度であること、治療困難であること、強度の反社会性かつ社会不適応であることを強調している。さらに、「また手術実施に際しては、遺伝確実であることが根本であるから法第五条により医師が積極的に奨めて本人に代わって申請する時には、四親等以内の血族に一人以上同一疾患に罹っているものを有することを以て条件とする。但し本人の側より自発的に希望する時には必ずしもこの範囲内に同一罹病者がなくとも差し支えない」と念を押している。対象疾患は施行規則第2条別表に掲げてあるが、そのうち以上の条件に合致するものが対象となるのみではなく、別表に掲げていない疾患といえども強度且つ悪質の点で上記基準に準ずるものは手術を受ける事が出来るとしている。

別表は以下である。

- 一 遺伝性精神病
精神分裂病
躁鬱病
真正癲癇
- 二 遺伝性精神薄弱
精神薄弱（白痴、痴愚、魯鈍）
- 三 遺伝性病的性格
分裂病質
循環病質
癲癇病質
- 四 遺伝性身体疾患
- 五 遺伝性奇形

青木は優生手術を必要とするものの数、として次のような数字を挙げている。

我国の遺伝病者の数は部落調査の成績などを基礎として計算すれば遺伝性精神薄弱120万人、病的性格者120万人、精神分裂病者22万人、癲癇13万人、その他50種の

対象疾患を合計すると約 300 万人の多数に上るとし、このうち中強度かつ悪質なものは約 1 割とみられるから、現在 30 万人の手術対象者がいる、としている。青木は、それら対象者は、本人はもちろん家族にとって極めて気の毒であり社会にとっても悲惨な病気であり、延いては国家の将来にも関係するところが多いのであるから…進んで手術を申し出るように、また医師や方面委員や町村長その他の社会事業関係者は自発的申請を進めてほしいと述べている。後の優生保護法に比べると、任意のものであっても優生手術に関する縛りはより厳密であることが知れる。

第二の産児制限の防遏が法の目的になったというのは上記のような国民優生法の制定過程の国策変更によるだろう。法第十五条、第十六条がそれに該当する。

法第十五条 故なく生殖を不能ならしむる手術または放射線照射は之を行うことを得ず。

法第十六条 第 13 条の規定による場合を除くの外医師生殖の不能ならしむる手術若しくは放射線照射又は妊娠中絶を行はんとするときは予め其の要否に関する他の医師の意見を聴取し且つ命令の定むる所により予め行政官庁に届け出ずべし但し特に急をようする場合はこの限りにあらず…と続く。

青木は第十五条は、不法な不妊手術または処置の禁止であって云わば「不妊罪」というようなものを始めて明確に規定したものであるとしている。

刑法において墮胎罪があるが医師が医療目的のために行うものを除き厳禁している不妊手術の処置については現在まで何らの規定がなかったもので、これを不法でないと考えたものもあり、延いては産児制限思想の蔓延のもととなっていたのである、としてこの条項の産児制限禁止の意図を解説している。出生率の減少は健全者の産児制限がその主な原因であることは誰にも疑う者のない程度になっているのであって、この防遏は人口問題上の最大目標である、としている。

なお、青木は癩療養所における、結婚に際して 30 年前から行われ今日までに千余例以上行われている不妊手術は、癩が特殊な疾患であるため社会通念上不法とされていないと述べている。

第十六条については、様々な疾病に伴う医療的処置に関して、届け出が必要な場合と必要でない場合について、施行規則第 17 条に基づいて煩雑な解説をしている。青木自身が煩雑であると思いつつながら判例を紹介しながら解説しているのである。背景に、後述の様な産児制限論者への弾圧やその取り締まりの際の論理構成の必要があったのではないかと推測される。

末尾に次のように注釈している。「以上の法第十五条及び第十六条は刑法の墮胎禁止と相まって国民の産児制限思想を打破し健全者の増加を図らんとする目的に出たものであるから医師の側としても種々不便な点もあろうが進んで国策に協力していただきたい。…誤れる避妊思想を断固として排除し、優生産児報国の実を上げてほしいもので

ある」

国民優生法による優生手術（任意）の実数は以下の様であった。

1941年から47年の優生手術件数は計538名、遺伝性精神病380名、遺伝性精神薄弱116名、遺伝性病性格13名、遺伝性身体疾患23名、遺伝性奇形6名、手術該当者21,580名のうちの2.5%である¹⁰²⁾（岡田靖雄 教育講演「差別の論理と精神科医療」精神神経学雑誌120巻3号 221-226 2018年）。青木の優生手術対象数の予想概算数に比べて極端に少なく強制断種は皆無である。しかし、我が国初の優生法制であり、精神病の遺伝性とその不治性、それに伴う差別性を我が国は法的に印づけた。国民優生法を巡る精神科医を含めたこの時の議論は本格的なものであり、戦後の法改正—優生保護法成立の礎となった、と言えよう。

6：注

- 37) 前掲「本多近代日本優生学」129頁
- 38) 前掲「横山日本優生社会」第5章1930-40年における民族衛生誌の成立と変容)
- 39) 永井潜「日本民族の優越性」教育学術界78巻5号 24~30 1938年
- 40) 前掲「横山日本優生社会」193頁
- 41) 古屋芳雄「産児制限論批判」社会事業 10巻4号 1926年 5-9頁
- 42) 前掲「横山日本優生社会」160~161頁
- 43) 前掲「横山日本優生社会」250頁注27
- 44) 山本起世子「優生及び精神衛生政策の展開と精神障害者の処遇の変遷—1900年代~1950年代の日本において—園田学園女子大学論文集50号—2016年1月
- 45) 前掲「横山日本優生社会」230頁
- 46) クレップリン述、三宅紘一抄「変質問題」神経学雑誌8巻11号 535~541 1910年
- 47) マーチン・バー（上掲27）
- 48) マーチン・バー（上掲28）
- 49) 岡田靖雄 [斎藤茂吉・ほか—断種法史上の人びとその（七）]（日本医史学雑誌第50巻2号2004年）
- 50) 呉秀三「血統と人妖」（「人性」第6巻第11号 1910年）
- 51) 懇談会 「社会問題としての精神病」（社会事業14巻5号 1930年）
- 52) 吉益脩夫（前掲1）吉益社会防衛論（1）~（6）「脳」1930~1931年
- 53) 吉益脩夫「断種問題について」精神医学第1巻6号1934年
- 54) 吉益脩夫「ノルウエー断種法案とナチス断種法の比較検討（上）」（脳 第7巻12号12-18 1932年）、
- 55) 吉益脩夫「ノルウエー断種法案とナチス断種法の比較検討（下）」（脳 第8巻1号 23-28 1934年）。
- 56) 吉益脩夫「優生学的断種の精神病的適応」 民族衛生3巻4・5号1934年
- 57) 吉益脩夫「精神病質の遺伝生物学的考察—双生児研究より見たる犯罪者の遺伝素質と環境の意義」（精神神経誌第45巻9号 1-7頁 1941年）
- 58) 岡田靖雄「断種法史上の人びと（その五）」（日本医史学雑誌 第48巻2号2002年）
- 59) 青木延春「わが国における断種法立法運動の経緯」精神衛生12号：39~42、1938年
- 60) 斎藤玉男「強制断種法制定の妥当性」（精神衛生 第一巻8号 1934年）
- 61) 斎藤玉男「断種法に伴う諸問題」（日本医事新法 893号 1939年）
- 62) 斎藤玉男「精神分裂病の遺伝生物学」精神神経誌第43巻10号、1-48頁

-
- 63) 岡田靖雄「断種法史上の人々 その六」日本医史学雑誌 第49巻2号 2003年
- 64) 成田勝郎「変質可変の実験的証明の顛末(1)」脳第11巻10号2-19 1937年
- 65) 同「同(2)」脳第11巻11号 2-18 1937年
- 66) 同「同(3)」脳第11巻12号 2-25 1937年
- 67) 同「同(6)」脳第12巻3号 58-69 1938年
- 68) 同「精神病学の再建を目指して(四)断種論葬送譜(1)」脳第13巻5号1939年
- 69) 同「同(六)断種論葬送譜(4)」脳第13巻7号1938年
- 70) 同「同(七)断種論葬送譜(5)」脳第13巻9号1939年
- 71) 岡田靖雄「金子準二—断種法史上の人々(その二)」日本医史学雑誌第45巻3号 1999年—)
- 72) 金子準二「社会問題としての精神病患者の断種法」(日本医事新報 893号 1939年)
- 73) 岡田靖雄(インタビュー①)旧優生保護法と精神医療 聞き手太田順一郎 精神医療旧優生保護法と現代 93号2019年 44頁—60頁)
- 74) 植松七九郎「断種法制定に就いて」(日本医事新報 893号 1939年)
- 75) 秋元波留夫「断種法と精神病学—いわゆるナチス精神病学の危機—」(日本医事新報 944号 1940年)
- 76) 林暲、秋元波留夫「精神分裂病の予後及び治療 第38回日本精神神経学会宿題報告」神経神誌 43巻10号 705-742 1939年
- 77) 日本精神病院協会「日本精神病院協会断種法制定の支持を決議」(精神衛生 39-41 1939年)
- 78) 前掲「岡田精神科医療史」189頁
- 79) 金原種光「断種問題に就いての質問に対する会員寄りの回答」精神衛生 第12号1938年 1-11頁
- 80) 岡田靖雄「斎藤茂吉・ほか—断種法史上の人びとその(七)」日本史学雑誌 第5巻2号 2004年
- 81) 「断種問題に関する理事懇談会」(「精神衛生」12巻1938年(12頁から35頁))
- 82) 前掲「本多近代日本優生学」269-288頁
- 83) 小野清一郎発言「本多近代日本優生学」232頁
- 84) 前掲「横山日本優生社会」244頁
- 85) 正木亮「断種法に関する諸問題」日本医事新報 893号 1939年
- 86) 高岡裕之「総力戦体制と「福祉国家」戦時期日本の「社会改革」構想 岩波書店 2011年」以下「総力戦体制と福祉国家」
- 87) 前掲「総力戦体制と福祉国家」187頁)
- 88) 前掲「横山日本優生社会」247頁
- 89) 古屋芳雄 厚生省技師「今日の人口問題」優生学 第16年1939年第10月号
- 90) 大貫恵美子「捻じ曲げられた桜—美意識と軍国主義」岩波学術文庫 2022年3月—2003年4月岩波初版(第4部10章国家ナショナリズムとその「自然化」の過程)
- 91) 松原洋子「母体保護法の歴史的背景」(母体保護法とわたしたち 斎藤有紀子編著 明石出版 2002年所収)
- 92) 三成美保「戦前～戦後日本の優生法制(国民優生法から優生保護法へ)」インターネット掲載 2014.11.23 初出: 科研費報告「ナチス優生法制」2007年
- 93) 前掲「松原講演 2018年」
- 94) 豊田真穂「アメリカ占領下の日本における生殖の管理—優生保護法の不妊手術/断種—」アメリカ史研究 36号 63-82 2013年8月 以後「豊田占領下日本」)
- 95) 「第七ハンセン病政策と優生政策の結合」ハンセン病問題に関する検証会議最終報告書所収 財団法人日弁連法務研究財団ハンセン病問題に関する検証会議 2005年
- 96) 青木延春「優生手術について」『人口問題研究』第1巻5号 1940年8月
- 97) 「国民優生法概説」(厚生省予防局 西岡光太郎著 医事法釈義 光星社 1941年所

取)

98) 青木延春厚生省技師 医学博士「国民優生法の施行について(1)」11-19 乳児研究第15巻9号 1941年

99) 同「同…(2)」15-19 15巻10号 1941年

100) 同「同…(3)」11-16 15巻11号 1941年

101) 上掲「国民優生法概説」の「五 優生手術適用の形式及其の申請手続」

102) 岡田靖雄 教育講演「差別の論理と精神科医療」(精神神経誌120巻3号 221-226 2018年)

7 占領下における優生保護法の成立

(1) 社会党案(1947年)から優生保護法成立(1948年)へ

戦後の優生保護法の成立は、国民優生法の時とは打って変わり、戦時中に弾圧されていた産児制限運動家がGHQのバックアップの下に活動を開始したところから発する。

敗戦時日本国軍隊は740万人であり内地部隊所属250万人、中国東南アジア490万人に上り、1950年くらいまでかかって復員した。占領地は一気に失い、民族移動というべき事態で、国内の都市面積の三分の一は戦災で消失し、農業を含む産業は崩壊し職業もなかった。人口過剰問題に直面し、食糧事情は飢餓線上にあり貧困問題とともにその改善が急務となった。時代は「産めよ殖やせよ」から一転してマルサスの状況になった。さらに敗戦と占領に伴う強姦問題への不安などが渦巻いていた。以下はほぼ松原103)による。

・1946年1月「人口問題懇談会」が開催された。そこでは「産児調節の採用」、「人口資質向上は不変の人口政策」、「且つ人口の量的増加が歓迎されない」、「人口の先天的並びに後天的資質の向上に関する具体的方策を検討すること」とした。

・1946年1月厚生大臣芦田均(幣原喜重郎内閣—1945年10月9日より1946年4月22日)は、国民優生法を「なまぬるくかつ封建的」とであると批判し、「民族復興と文化国家建設」のスローガンのもとに新しい法律が必要である(日本医事新報第1175号、1946年)とした。

・1946年4月財団法人人口問題研究会の「新人口政策基本方針に関する建議」【1946年11月】では、産児調節が公認(GHQは個人の自由として容認)したが、他方それによる逆淘汰を警戒された。

1947年5月 日本国憲法施行

1947年8月まず社会党「優生保護法案」案が第二回国会に提出された。

社会党議員3名(福田昌子産児調節論者—産婦人科医、大田典礼産児調節運動家・産婦人科医、サンガーに師事した加藤シズエ(女性解放・産児調節運動家)が主導した。GHQは彼らの行動を後述のように容認していた。

社会党案の第一の特徴は 第一条「母体の生命健康を保護し、且つ、不良な子孫の出生を防ぎ、以て文化国家建設に寄与すること」にあらわされている。法案はまず母体保護を掲げて産児制限—中絶の容認を詠うもので、人口抑制をねらっていた。優生

政策については、国民優生法の優生的処置の対象が「悪質なる遺伝性疾患の素質を有するもの」（第一条）であったが、社会党案ではその対象は「悪質な遺伝性素質（遺伝性精神病など）、遺伝性が明らかでなくとも悪質な病的性格、酒精中毒、根治し難い梅毒、ハンセン氏病療養所入所者、「病弱者、多産者、又は貧困者」で「出生児が病弱化しあるいは不良な環境の為に、劣悪化するおそれ」も中絶や不妊手術の対象とされ、非遺伝性のものへ拡大された。第二は、強制断種【第五条で常習性犯罪者に、第六条で癩収容所で】を遺伝性疾患ではない対象に対して認めたことである。遺伝性疾患でない反社会的な存在を強制断種によって除こうとする極端な拡張主義ということになる。第三に妊娠中絶を条文化して一定の条件（断種手術を受ける理由がありかつ、母体の生命健康に害を及ぼし、子孫に悪影響を及ぼすか、強姦などによる場合）のもとで専門的技術下に行うとした。

社会党案が審議未了になったのち、優生保護法案はそれを引き継ぎ議員立法で法案提出をし、1948年6月30日衆議院先議、参議院で全会一致で成立した。それは、参議院議員谷口弥三郎（産婦人科医一後述）が社会党案推進勢力を取り込み合同で超党派議員の提出の議員立法により成立したのである。松原は「GHQが強制断種を許容したのは、優生保護法成立当時アメリカでも23州でまだやっていた。アメリカの不妊手術はアサイラム（施設）に入っている人を対象としていた、ということです」¹⁰⁴としている。

（2）占領政策と優生保護法—三野進の要約

三野進の105)「優生保護法の成立・改定とGHQ 別表の変遷レジュメ」は占領政策下の優生保護法の成立過程を国会議事録をも踏まえて要約しているのでその概略を以下に示す。

1) 1945年10月 1922年のマーガレット・サンガー来日に関連していた加藤シズエはこのころCIE (Civil Information and Education Section 民間情報教育局—GHQ 直属) より依頼されて婦人問題の非公式顧問となった。

1946年加藤シズエが衆議院選挙で社会党より立候補最高得票で当選した。

1946年以降のGHQの検閲方針

- 1 産児制限法（避妊法）についての雑誌記事、図書の発行などを許可
- 2 人口問題が戦争を招いたという議論は検閲で不可
- 3 占領下で法案を国会に提出するにはGHQの許可が必要

2) 1947年10月6日社会党案法案提出（太田典礼、加藤、福田昌子）→GHQ 福祉局長サムスの了承を得ていた。

1947年12月1日 国会衆議院厚生委員会加藤発言

「戦争中にできた国民優生法は、軍国主義的で、生めよ殖やせよの精神によって

できた法律であることはご承知の通りであります。そうしてその手順が非常に煩雑で、実際には悪疾の遺伝防止の目的を達することが殆どできないでいることは、この国民優生法が出来てから今日までどのくらいの方がこの法律を利用したかという報告を見ますとよくわかることでございます。また現行法の国民優生法は、むしろ出産を強要することを目的としていましておりますために、実際には出産が適当でない人を、出産を逃れるようないろいろの医学的処置を医師に求めることを不可能にする結果国民又は妊娠、出産を致さなければならない婦人たちが、非常に苦しんでおるという現状でございます。…そこで私どもはこの法律を提出いたしまして、その目的は第一章に書いてある簡単な条項がすべてを説明しております。すなわち第一条に「この法律は、母体の生命健康を保護し、且つ、不良なる子孫の出産を防ぎ、以て文化国家建設に寄与することを目的とする」と申しておりますが、これはこの法案すべてを説明しております。

→結果は審議未了。

3) 社会党案への谷口の介入

優生保護法案を提出する前の経過は以下である。

(ア) 1948年5月11日 GHQ 民政局 (Government Section, GS) は公衆衛生福祉局 (Public Health and Welfare Section, PHW) に意見を述べた。谷口らの法案不可とし6項目の修正提案をした。

- 1 強制不妊手術の根拠として遺伝性疾患の正確な定義づけ (法案では対象疾患が明確でなかった)
- 2 強制不妊の適否を決める委員会決定に対する法廷への異議申し立ての保証
- 3 任意の不妊手術から未成年者、被後見者の除外、成人による同意に関する確認条項の挿入
- 4 中絶に関し、特に未成年者による同意の自発性について調査する特別の責務を委員会に付与
- 5 委員会の構成に関する条項の改善
- 6 民間業者による優生結婚相談所の設置について厚生大臣による許可に加えて追加の要件を設定

(イ) 1948年5月21日付 GHQ 公衆衛生福祉局 (PHW) → 民政局に対して優生保護法案に対する意見書を提出。

強制断種を正当化する法律は、遺伝性特性があると科学的に認められた病気について、そして公共の福祉に深刻な脅威を及ぼすほどの重大なものについてのみ、それらの拡散を防止する手段を与える範囲に限定されるべきである。個人の権利という容認された民主的原則に従いこの方針に基づき、GHQ 公衆衛生局は法案に対して下記の修正項目を挙げる。

- 1 遺伝性悪質 hereditary evils の定義を明確にすること
- 2 強制断種の決定に対して不服のある者は、中央優生審査会に訴える権利を認めているものの、審査会の決定を変更できないため、審査会の決定に対して裁判所に訴えることができるようにすること
- 3 未成年者および後見人の保護下にある者に対する任意断種に除外を規定すべきである

(Draft Legislation GHQ/SCAP Record From PHW To GS, 21 May 1948, GHQ/SCAP Records PHW 0482)

- 4) 1948年6月12日 谷口、加藤、福田を含めた超党派国会議員を発議者として優生保護法案提出（1948年6月12日提出—参議院先議）へ。

太田、加藤、福田の社会党案発議者、東京都内の産婦人科医代表者、参議院の川上和吉法制部長、中原武夫第一課長、草間弘司厚生部専門員などと各条項について検討し、厚生省公衆衛生局長・医員、法務庁事務官との検討を加え、前後21回にわたる協議を経て原案を作成した。発議者は、谷口、参議員竹中七郎（愛知県立医専卒業、耳鼻科医、1947年参議院議員）、中山壽彦（東京帝大医科大学卒、1946年貴族院勅撰議員、日本医師会会長となったが公職追放—1947年参議院当選、精神衛生法成立にも関与）、藤森真治（兵庫県出身、岡山医専卒、耳鼻科医、藤森病院開業、1947年参議院議員、厚生委員長）、衆議院の福田、太田、加藤、大原博夫（東京慈恵医専卒、1943年広島県医師会長、1946年衆議院議員）、榊原享（九州帝大卒心臓外科医、1947年衆議院議員）、武田キヨ（東京女子高等師範一現お茶の水大卒、婦人参政権獲得運動家、教育者、1946年衆議院議員）であった106）（前掲「横山優生社会日本」—273頁、カッコ内経歴は筆者注、主にWikipediaから）。

PHW意見書を入れ、当初案を下記のように修正—参議院先議

国民優生法別表5分類をもとに、「二 遺伝性精神薄弱」と「四 遺伝性病的性格」の間に国民優生法別表にはない「三 強度且つ悪質な遺伝性精神変質症（著しい性欲異常、凶悪な常習犯罪者）」を入れた。

優生保護法 1948年7月13日別表

6分類 56疾患

- 1 遺伝性精神病
 - 精神分裂病
 - 躁鬱病
 - 真正てんかん
- 2 遺伝性精神薄弱

- 精神薄弱
- 3 強度且つ悪質な精神変質症
著しい性欲異常
凶悪な常習性犯罪者
 - 4 遺伝性病的性格
分裂病質
循環病
癲癇病質
 - 5 遺伝性身体疾患
37 疾患
 - 6 強度な遺伝性奇形
8 疾患
- (国民優生法の別表は6の6参照)
- 1948年6月22日参議院厚生委員会可決
1948年6月23日参議院本会議可決

5) 1948年6月25日GHQ公衆衛生福祉局PHWが別表に強い疑義表明
(公衆衛生局から民政局GSへ)。

- 1 優生保護法案の修正案に含まれる欠陥症状のリストは、日本側は公衆衛生福祉局他提起した反対意見を示す要請を満たすと考えているが、ごく少数の例外を除き、遺伝性かどうかには議論があるものである。「厚生省を通じた調査によれば、問題のリストは、厚生省の一医師により、遺伝性に関する重要な医学的意見の分析検討なしに、1941年の国民優生法の施行規則からそのまま取り入れたものである。(厚生省の一医師、とは誰か。谷口らの別表に関する厚生省に医師の相談相手がいるとしたら青木延春ということにならないだろうか—筆者推測)
- 2 従って、公衆衛生福祉局PHWは強制不妊手術に関する同法案には同意できない。

6) 1948年6月28日 優生保護法衆議院厚生委員会可決 同日衆議院本会議可決
1948年7月13日優生保護法公布 (GHQの別表不同意のまま成立したことになる)。

1948年11月11日参議院厚生委員会議事録—谷口の発言

人口政策について、優生保護法ができたがこれでは不十分であることを強調して以下のように述べている。「例えば保健所を大いに活動させまして、そうしていわゆる浮浪者とか、或いは極く下の階級、乞食みたようなものですが、そういう方面に互って大いに検診をいたしまして、優生手術の必要なものを見出だし

たならば、どしどし保健所の医師が申請して、そうして優生手術を断行する。…なお同時に生活能力のないものと申しますか、経済的無資格者と申しますか、そういう者も一つ時々総狩りいたしまして、そういう場合に妊娠しておるようなものを見出したらば、それをよく検査をする、よく聞きますところによると、パンパンガールあたりでもかなり精神薄弱者などがおるようでありますから、そういう適応者を見出しまして、そういうものの人工妊娠中絶をして、そういう出生を防止するという方面に一つの大活動をしていただくように進むことができんものだろうか」。

7) 1949年4月18日 谷口弥三郎→GHQ 公衆衛生福祉局へ優生保護法改正案提示
GHQ の別表不同意を受けて第4条別表削除することを提示

8) 1949年5月6日 優生保護法改正案 参議院厚生委員会改正案提出
第4条別表を削除、厚生大臣指定のものとする、とした。

谷口弥三郎「本法の第3条の中におきまして、最近精神病並びに遺伝学の趨勢に従いまして、この改正の機会に、遺伝性精神変質症並びに遺伝性病的性格といえますのを遺伝性精神病質と改めたこととございます。第4条の中で別表におきまして、病名を列記していたのでございますが、これを削除いたしまして、時代に即応すべく、厚生大臣指定といたしまして、その指定の時には中央優生保護委員会の意見を聞くことといたします」と提起。

9) 1949年5月10日 優生保護法改正案の修正を GHQ 公衆衛生局に提示した。
上記(8) 別表削除の提起を変更しその復活を明言

10) 1949年5月11日 GHQ 公衆衛生福祉局は民政局に対して意見
改正案の修正に疑義を表明するも、反対はしないと回答。

「最新の修正案には、いわゆる別表が含まれており、優生手術の対象となる遺伝性と考えられる症状が現行法から変更されている。再修正案には現行別表よりも良いが、依然として遺伝性が証明されない症状が含まれている。別表が復活した結果現行別表より大幅に改善されたとはいえ、…改善は殆どない」との意見。

11) 1949年5月12日 参議院厚生委員会 山下信義議員改正案修正可決 別表復活

「○山下義信君 私はこの際本案に対しまする修正案の動議を提出したいと存じます。修正案は次の通りでございます」(議事録)、として、第四条の医師の申請できるを「申請しなければならない」に改めた。

- ・別表の改定は次のように定める。
- 一 変更なし
- 二 変更なし
- 三 顕著な精神病質
 顕著な性欲異常
 顕著な犯罪傾向
- 四 顕著な遺伝性身体疾患
 以前の別表から 15 疾患を削除して 22 疾患に。
- 五 強度な遺伝性奇形
 6 疾患を削除して 2 疾患に。

1 2)

1949 年 5 月 13 日 優生保護法改正案参議院可決

1949 年 5 月 22 日 衆議院可決

1949 年 6 月 24 日 優生保護法の一部を改正する法律公布

1949 年 10 月末 GHQCCD 検閲政策終了

以上は、対象疾患一別表に関して、谷口らと GHQ との「交渉」に終始し、一時は別表を撤回したり厚生大臣の定めるもの、としようとしたり、結局別表を復活し、3 の遺伝性が保証されない犯罪性を特徴とした「顕著な精神病質」（顕著な性欲異常および顕著な犯罪傾向）を谷口らの執念で入れ込むことに成功したということになっている。また（1 1）に見られるように医師の申請を義務規定に変更した。それも精神科医や精神神経学会に相談・検討した気配はない。上記のこの過程の変遷はめまぐるしく、到底精神神経学会のみならず精神医学界（医師会については後述）の意見を取りまとめたり考慮したりする余地はなかった、と見られる。留意しておくべきなのは、精神神経学会は 1946 年 6 月 1 日社団法人となり内村祐之が理事長となり、1959 年度までその位置にあった。優生保護法の成立と法に基づく断種が多く行われていた時代をカバーしている。

- (3) 占領政策と優生保護法—豊田論文¹⁰⁷⁾前掲⁹⁴⁾「豊田占領下日本」、¹⁰⁸⁾「アメリカ占領下の日本における人口問題とバースコントロール: マーガレット・サンガーの来日禁止をめぐって (関西学院大学人権問題研究室紀要 57 巻 1—34) による豊田論文¹⁰⁷⁾の優生保護法制定過程を時系列で要約する。

連合国最高司令官総司令部 (General Headquarters of Supreme Commander for the Allied Powers, SCAP/GHQ) は優生保護法案について「ナチス民族理論と実践の再生であるから反対すべきだ」という意見があった。ソ連がバースコントロールを進めると大量虐殺だと非難することが予測されておりそれはドイツの戦争犯罪を裁く

ニュルンベルグ裁判が進行中の政治的状況の故であった。米国占領軍 GHQ はそれにもかかわらずその方向性を黙認した。占領期のどのような経過があったのか。豊田は、この法が議員立法として成立したことに意味を見出そうとしている。

1) 1945 年、加藤シズエ衆議院議員と政府の当初の産児制限の禁止の継続

1941 年 1 月「人口政策確立要綱」で、バースコントロール（避妊、中絶、不妊手術/断種）を禁じていた。政府は戦後も当初はその方針に変わりはないとしていた。1945 年 11 月加藤シズエが「飢餓戦場に立たされている国民の食糧事情、失業者の洪水、絶無に近い医療設備など、そのどれをとっても絶対に必要」と訴えても芦田均厚生大臣は「政府は産児制限を認める意思はない」との声明を出していた。SCAP も同様だった。

2) サムスの発言→バースコントロールの解禁へ

1946 年 2 月公衆衛生局（Public Health and Welfare Section, PHW）局長のクロフォード・サムスは記者会見で過剰人口政策について「それには三つあると思う。一つは日本の高度の経済建設で工業製品によって食料を買うこと、一つは労働者の大量海外移住、もう一つは出生率の低下を図ること」としている。「しかし第一と第二の問題は極東委員会…の権限であり日本に許されるかどうかは私からは言えない」と続けている。しかし、人口増加は産児制限によらなければ日本の人口増加は止めえない、しかし、それがよいかどうか自分は言えない、と、それに関しては SCAP は指示すべき課題ではないとの立場をとった。記者から「司令部では産児制限問題に何等か積極的な態度をとるのか」と確認されたときも、それは「日本国民自体で考慮されるべきものと思う。司令部には何らの用意もない」と明言している。戦前からバースコントロールの運動を進めてきた運動家は、日本人自身が進めていく問題として SCAP の支持を得られたと受け止めた。太田典礼は 1945 年 11 月に「産児制限同盟」を立ち上げ、1946 年 4 月日本医師会主催「産児制限を語る座談会」、1946 年 2 月「産児制限研究会」、1947 年 4 月「日本産児調節連盟」（間島憊）、1947 年「産児制限普及会」（加藤シズエ）など次々に創設された。

サムスの第一の工業化に関しては、極東委員医会は当初、工業化レベルを低くおさえるよう指示していた。軍需産業や軍国主義化を抑えるためには重工業生産の能力を破壊するだけではなく、対外進出の衝動を強めるような経済構造も変革しなければならぬという認識があった。しかし、サムスによれば、日本の工業化を認めなければ人口は安定せず、人口が安定しなければ平和で民主的な国にできないばかりか、人口増加は経済的自立化の遂行を脅かす。そこでサムスは極東委員会に再工業化を認めるよう尽力した。

3) 産児制限—断種論へ CIE の反論

1946年11月、日本側の優生保護法への動きに対して、SCAP 内部の民間情報教育局 Civil Information and Education: CIE の世論社会調査課課長のハーバート・パッシンは CIE 調査分析課長あてに長文の覚書を出している。それは「本質的にナチの民族理論と実践の復活に等しい」と深刻に受け止め、米国や英国だったら自然人類学や遺伝学の分野から間違いなく反対の意見が出るだろうと指摘した。パッシンは遺伝学を学んでおり、断種を施したところで全人口からその遺伝子を排除することは出来ないし、そうした特質は統計的に発現することは知られており、それは突然変異によって現れることは近年の研究によって明らかになっている。また、パッシンは伝染病の患者までも対象にしていることに注目しており重大な過ちを指摘していた。パッシンは、SCAP が日本政府が「人口管理」や「民族を改善」したり、「先天的不適格者」や「矯正不能な犯罪者」やそれに類することを排除するような如何なる方策も日本政府が公式にとることのないよう禁じるべきだと主張した。

4) マッカーサーの不干渉主義と極東委員会

しかし、SCAP の不作為には理由があると考えられる。人口政策、特にバースコントロールに関しては不干渉主義をとっていたことと関係がある。占領軍の人口政策を研究したデボラ・オークレーによれば、ダグラス・マッカーサーは、かなり早期から連合国の極東委員会 Far Eastern Commission: FEC において、ソ連代表が（優生保護法策定に関して）大虐殺を非難するだろうと予測していた。背景に、ドイツの戦争犯罪を裁くニュルンベルグ裁判が進行しており、SCAP はバースコントロールを極東委員会の課題としなくなかった。それで、公式にはバースコントロールは占領政策に含まれないと明言するようになったとオークレーは指摘している。「このように、日本の人口問題の解決策にバースコントロールが有益であっても、SCAP がそれを推進することはない、と公言されたのである」

5) 1948年 SCAP の対日産業政策の方針

1947年初頭に、「日本の産業的戦争能力の削減案」を検討していた極東委員会に対して、日本経済の復興こそが重視されるべきで、産業の規制水準を緩和すべきであるとする米政府の修正案が出されている。FEC 極東委員会では反対意見も強かったが1947年8月に承認された。→「以上のように、SCAP は人口コントロールに直接的には手を触れることなく人口を安定させる方策をはかっていたといえよう。言い換えれば、バースコントロールの推進を日本人自身の手任せつつも、そのお膳立てをしていたといえる」

6) 社会党案一二つの法律案の提起—審議未了

SCAP からの是認を得たと考えた太田典礼、加藤シズエ、福田昌子は優生保護法案を 1947 年 10 月 6 日に提出。その目的を「母体の生命健康を保護し且つ不良な子孫の出生を防ぎ以て文化国家建設に寄与する」としている。第一に母体の保護を目的とし不良な子孫の出生の防止は後景になっていた。太田典礼は SCAP との交渉で、二つの物の抱き合わせではないか、二つの法律にしてはどうか、と云われた。太田は最終的に合意したが、12 月 1 日に加藤が法案説明したのみで審議未了となった。

7) 社会党案の特徴一略

豊田は社会党案を次のように評価している。

母体保護—産児制限が優位。

法案の特徴は断種を任意と強制を明確に区別した。

任意：悪質な遺伝性素質、例えば遺伝性の精神病、精神薄弱、病的性格、身体疾患、奇形を持ち、且つ、子孫にそれが遺伝するおそれがあるとき。

強制：常習性犯罪者、精神病者、ハンセン病。

子孫への遺伝を防ぐために必要であると裁判所、精神病院院長、癩療養所長が認めるとき、優生委員会の審査を経る。

8) 強制断種について

法案が国会に提出される 1 か月前に 1948 年 5 月初め、強制断種の対象は国民優生法と同様の、遺伝性精神病、遺伝性精神薄弱、強度且つ悪質な遺伝性病的性格、強度且つ悪質な遺伝性身体疾患、そして強度な遺伝性奇形であった。これに対して、SCAP 民政局 GS の法務課課長アルフレッド・G・オプラーはより詳細な条件を明記すべきと 5 月 11 日付に覚書を民政局局長あてに出している。

・スカップ民政局 Government Section GS の法務課のアルフレッド・G・オプラー、ナチの断種法さえ医学が遺伝性とみなした個々の疾患について詳細に明記している、と批判している。警察国家イデオロギーを持つ国には濫用が度重なると警告した。PHF も同様な提起を 5 月中頃に出している。国会に提出された法案には別表という名の疾患障害リストがつけられていた。6 月 15 日提出された後 25 日に PHW のサムスはその別表にも同意できないと意見した。

9) 任意断種について

第 3 条 第一に本人又は配偶者が遺伝性変質症、遺伝性病的性格、遺伝性身

体疾患または遺伝性奇形、第二に、本人または配偶者の四親等以内の血族が遺伝性精神病、遺伝性精神薄弱、遺伝性精神変質症、遺伝性病性的性格、遺伝性身体疾患または畸形を有し且つ子孫にこれが遺伝する虞があるものの場合。問題は第三に本人または配偶者が癩疾患に罹り、且つ子孫にこれが伝染する恐れのある者、が入っている。

これについては国会でも議論されず SCAP も問題にしなかった。それは「任意」だからである。第四、五は母体保護要件である。

1 0) ハンセン病に不妊手術/断種が強制された事例

豊田は詳細にその事例を記し、日本側も米国側もその告発を無視したとしている。

1 1) 48年7月法の別表への批判→49年別表改正、申請義務化

1949年10月の時点で、サムスは、強制断種の対象となっている49年改正別表リストについても言うまでもなくばかげている (ridiculous)、としている。その一方で「国家議員たちが作り出したこの法律の成立は、日本政府自身の決断である」と明言している。「PHW が明らかな人権侵害を黙認したのは、人口問題を解決するためには優生保護法が必要なことを理解しており、その一方で、問題が多すぎるこの法律が SCAP の関与なしに成立したと言い逃れることが可能であったからである」

ところで、豊田は¹⁰⁷⁾¹⁰⁸⁾で、社会学者シュテファン・キュールの著者「ナチ・コネクション」を基に次のように言っている。米国のロックフェラー財団がカーネギー財団と同様に、ドイツ民族衛生学に大きな影響を与えた(カイザー・ウイルヘルム人類学・優生学・人類遺伝学研究所への財政支援¹⁰⁹⁾は、リューデイン等のナチス優生学を援助することになった)こと、CIEのパッシンやGSのオプラーらが優生保護法におけるナチズム的要素を批判していたが結局はSCAPが黙認して優生保護法が成立したのは米国の影響があったと結論付けている。1930年代以降ナチズムの優生政策が否定的に評価され始めると米国の主流派の優生学者の権威が失墜し、戦後は優生学者は自らを「人口科学者」、「社会学者」と呼称を変えることになったと指摘している。また、米国内の宗教団体からのバースコントロールへの反対の圧力もあり、SCAPは自らの関与を最小限にする必要があったとしている。ここで確認できることは、ナチス優生学が1970年代に「再発見」された、という言い方の中に、実はドイツの戦後処理の過程ですでに「発見」されていたことが確認できることである。ナチスの戦争犯罪は、その政治的暴政とユダヤ人のジェノサイドに焦点化されたが優生学的問題は連合国内部において微妙な問題となっていた

ことが知れる。米国は人口抑制—強制不妊手術や産児制限をドイツの非ナチ化の文脈でドイツの優生政策を焦点化しないという形式において、同時に自らの優生政策を焦点化しなかったと言いうる。その文脈で、日本が独自に優生政策を遂行しているという形で容認したのである。

さらに豊田¹¹⁰⁾は日本の軍国主義的な膨張は人口増加がもたらしたものである、との認識が米国—連合国の中に根強いものだったこと、他方でバースコントロールを敗戦国にやらせることは「大量虐殺」であるという批判ともなりうる矛盾にSCAP/GHQは置かれていた。当時マッカーサーは以下の様にこの問題の見解をまとめた。

「バースコントロールは、社会的、経済的、神学的な側面を含めて、最終的には個々人の決定にかかっている。基本的に人口問題とは幅広く世界規模の問題であって、当然のことながら、既定の連合軍の政策の範囲内にも、最高司令官の行政責任の権限内にも含まれていない」SCAP's Open Letter 1949。

占領政策において、日本の優生保護法問題は極東委員会での議論から米国内の諸勢力の論争と絡みジャーナリズムで大きく論争されることとなった。加藤シズエ他の、マーガレット・サンガーの招待問題も論争の的となりGHQは1950年2月サンガーの来日を拒否した。この事件はニューヨークタイムズの一部を飾った。前大統領夫人で社会活動家として著名なエレノア・ルーズベルトがその拒否を批判するコラムを公表した。マッカーサーはエレノアに書簡を送り事情を説明し、エレノアはそれを受け容れた。マッカーサーの説明の要点は以下である。

入国許可の判断は占領軍当局の責任においてであり、それは占領目的に合致していることを意味することになるのであり、占領軍が日本の優生政策に具体的に指示していることを意味してしまうのでそれを避けなければならない。バースコントロールは占領軍の干渉を受けずに現実化しつつあるのであり「日本にはバースコントロールに関する問題は何も残っていない」としたのである。

こうして、優生保護法はドイツの戦後処理をにらみながら戦後世界政治の枠組みの中で、SCAP/GHQ 占領当局と産児制限運動家・谷口らとの交渉の中で制定された。国民優生法のような国民的議論や精神医学者の関与も事実上排除されていた。議員立法という手法は少なくとも谷口らにとってはそのために有効だったのである。

(4) 優生保護法の成立・改正と「医師」および逆淘汰論の偏向

以上のように、産児制限は個人の自由とされ、また多くの若者の戦死による「人口資質低下」が危惧され、母性の保護—中絶が逆淘汰となることを強く恐れられ、断種などの優生政策を強化することとなった。

1948年制定の優生保護法の要点は以下である。

第一条 (目的)「この法律は、優生上の見地から不良な子孫の出生を防止するとともに、母性の生命健康を保護することを目的とする」。

第三条 (任意優生手術)

「医師は、左の各号に該当する者に対して、本人の同意並びに配偶者(届け出をしない事実上婚姻関係と同様な事情にある者を含む。以下同じ)があるときはその同意を得て、任意に優生手術をすることができる。但し未成年者、精神病患者又は精神薄弱者については、その限りではない。

2 本人又は配偶者の四親等以内の血族関係にある者が、遺伝性精神病、遺伝性精神薄弱、遺伝性精神変質症、遺伝性病的性格、遺伝性身体疾患、遺伝性奇形を有し、且つ子孫にこれが遺伝する虞のあるもの

3 本人又は配偶者が、癩疾患に罹り、且つ子孫にこれが伝染する虞のあるもの

4 妊娠又は分娩が、母体の生命に危険を及ぼす虞のあるもの

5 現に数人の子を有し、且つ分娩ごとに、母体の健康度を著しく低下する虞のあるもの

2 前項の同意は、配偶者が知れないとき又はその意思を表示することができないときは本人の同意だけで足りる」。

第四条 (強制優生手術)「医師は診断の結果、別表に掲げる疾患に罹っていることを確認した場合において、その者に対し、その疾患の遺伝を防止するために優生手術を行うことが公益上必要であると認めるときは、前条の同意を得なくとも、都道府県優生保護委員会に優生手術を行うことの適否に関する審査を申請することができる」。

第五条 「都道府県優生保護委員会は、前条の規定により申請を受けたときは、優生手術を受くべきものにその旨を通知するとともに、同条に規定する要件をそなえているかどうかを審査の上、優生手術を行う適否を決定して、その結果を申請者及び優生手術を受くべき者に通知する」。

2 都道府県優生保護委員会は、優生手術を行うことが適当である旨の決定をしたときは、申請者及び関係者の意見をきいて、その手術を行うべき医師を指定し、申請者、優生手術を受くべき者及び当該医師に、これを通知する」。

第六条 上記決定に異議ある者は、中央優生保護委員会へ再審査を行うことができる規定。

第九条 中央優生保護委員会の決定に不服ある者の訴えを提起することができる規定。

第十条 「優生手術を行うことが適当である旨の決定に異議ないとき又その決定若しくはこれに関する判決が確定したときは、第五条第二項の医師が、優生手術を行う」。

第十二条 (任意の人口妊娠中絶) 都道府県の区域を単位として設立された社団法人

たる医師会の指定する医師（以下指定医という）は、第3条1項1号から第4号の1に該当する者に対して、本人及び配偶者の同意を得て、任意に、人口妊娠中絶を行うことができる。

（この医師会の規定に基づいて谷口は1949年4月日本母性保護医協会一日母設立）第十三条では指定医師は以下の場合（1 別表1号又は第2号の疾病、2 分娩後1年以内の期間に妊娠し且つ著しく母体の健康を害する虞、3 現に数人の子をすでに有して分娩によって著しく母体の健康を害するおそれ、4 暴行若しくは脅迫によって、また抵抗若しくは拒絶できない間に姦淫され妊娠したもの）、本人及び配偶者の同意を得て、「地区優生保護委員会」に中絶を申請することができる。委員会は審査し、指定医師はそれを実施する（第15条）。

第十六条で、優生保護委員会は、優生手術及び人工妊娠中絶に関する適否を審査するなどの業務を行う。

第十七条で、優生保護委員会には、中央優生保護委員会、都道府県優生保護委員会、地区優生保護委員会がある。中央の委員会は厚生大臣、都道府県及び地区委員会は知事の監督のもとにある。地区委員会は人口妊娠中絶の適否の審査を行う。

第十八条の3項で、優生保護委員は、医師、民生委員、裁判官、検察官、関係行政庁の官吏又は吏員その他学識経験者の中から命ずるとある。命ずるのは中央委員会は厚生大臣、他は都道府県知事である。

以上の優生保護委員会の規定は、本法が厚生大臣、都道府県知事の監督のもとに行政官、裁判官、検察官（弁護士は入っていない）、民生委員、医師が動員された骨格が明示されている。専門家という立場は、国民のための存在であるとともに国家の行政執行の僕であることが良く示されている。産婦人科医は優生学的母性保護の観点において主に中絶に関連し、優生保護指定医という資格によって、中絶の判断を地区優生保護委員会の審査を経ずして決定することになった。その指定医の団体が日母である。精神科医は、別表との関連から医師という枠組みの中で優生手術の申請を担当する。精神科医が精神衛生法に規定されたような判断・決定を行なうのではない。

「別表」（48年7月13日施行）の概略は既述上記。

- ・優生保護法その後の改正の経緯と日本医師会—優生保護法施行の実際
48年の法の制定からその後の改正と、53年のらい予防法制定によって、旧優生保護法の体制が出来上がった。
- ・49年改正で中絶理由として、第十三条に、妊娠の継続又は分娩が身体的又は経済的理由により母体の健康を著しく該するおそれ、が追加された（現に数人の子を有している場合…は削除された）。
- ・別表の改正経緯については既述2) 3) のようである。
- ・第四条の医師の申請が任意であったものを義務に変えた。

前述(2)の(11)のように別表改正案提案時に山口義信により修正案の動議として提案されたものである。この任意から義務への変更は医師の任務として重大であるが、当時の精神神経学会誌にはその記事も問題となった形跡も無い。これに関連して、以下のことを記述しておく意味もあろう。2020年6月25日の日本医学会連合の¹¹¹⁾「旧優生保護法の検証のための報告書」の初めに次のような記述がある。「本連合は1902年に設立された日本聯合医学会(1910年に日本医学会と改称)を母体としているが、1948年に米国による占領政策の一環として日本医学会は日本医師会内の組織とされた」とある。日本医師会は1948年の公職追放の洗礼を受けて組織を改組した。優生保護法の優生手術の申請者を「医師」とされたこと。また第4条の申請が義務に変更されたことについて日本医師会—日本医学会にしても重要な問題であったはずだが、日本医師会と「医師の申請」にの関連については以下の事情を考慮する必要がある。当時中山壽彦が医師会会長であったが先述の公職追放で辞任したが、1947年参議院議員に当選し、優生保護法案提出の一角を担っていた。

日本医師会は西洋医学の整備を背景に、各地に組織化の動きがあり、郡市医師会、道府県医師会として1906年以後地域ごとに組織化され始め、1923年医師会令に基づき北里柴三郎を会長に日本医師会として整備設立された。吉益脩夫¹¹²⁾(優生学 南江堂 180頁 1961年)によると、日本医師会の断種法に対する態度は以下の様である。

「しかし、一方ですでに昭和2年、内務大臣の民族衛生施設に関する諮問に対して、日本医師会は遺伝の濃厚な者に対しては特殊の審査機関の審査決定によって断種しうよう法規を制定することが必要であると答申している。また法律家の側では、すでに同年、小野教授が優生学的断種に関する法律的問題を詳論し、法律制定の必要を述べられた」。

従って戦後の優生保護法についても、方針の既定の流れで踏襲したと考えることができるのである。

—優生保護法の制定は社会党主導の47年法案から谷口他、中山壽彦ら日本医師会所属議員主導による議員立法となったもので、断種申請の「医師」は以上の流れを背景にしていたものだろう。

国民優生法第4条は純然たる任意申請であり第5条の同意申請は強制的なもので、既述のように精神病院長(代用精神病院の長を含む)、保健所長、官公立病院長などの立場にある医師の申請であったものが、優生保護法では医師とのみされたのである。また優生学的措置は遺伝性精神疾患のみならず遺伝性身体疾患も対象であるから、優生保護法は包括的な医師でなければならない理屈ともなり、精神科医もそのうちに包含される法理となるだろう。優生保護法では優生手術の可能な疾患の診断が医師にしかできない、という理解¹¹³⁾「谷口弥三郎「優生保護法解説」(「三野進「1950年代の北海道の優生保護法の運用と精神科医の関与—法委員会報告—より」)

の上で定めたとされている。

国民優生法制定過程とは異なって、産児制限—母体保護が大きな柱になった優生保護法において精神科医が脇に置かれたという実情もあったかもしれない。中絶に関する優生保護法指定医は医師会—産婦人科医の団体でありその団体規制—資格のもとにおかれた。

なお吉益は上記「優生学」において1955年～1959年の優生手術実施状況及び人口妊娠中絶実施状況の表を挙げて、概ね次のように評価している。断種の殆ど、男の90.8%、女の96.8%が母体保護のためであり、優生断種が少なすぎることに比べ、人口妊娠中絶では1950年から1959年の10年間の優生学的適用は3万人であるのに比べ、母体保護適用は1,000万人であるとしている。国民優生法の時の優生断種は最も多い年でも200例であったが優生保護法の時代は年間1,000例以上であり、あまりにも安直に行われているのではないとしたら「まことに結構なことと思う。断種は人間性の根本にも触れる問題であるから、慎重な態度こそ真に望ましいからである」。吉益の記述はその評価においてアンビバレンツである。この本は、優生手術が減少に向かっていった時代に優生学の教科書たることを目指していたと思われる。なお序によれば、「双生児研究」と「精神分裂病」は井上英二博士、「てんかん」と「精神薄弱」は上出博之博士が執筆し、他は自分と武村（信義）博士が担当したと述べている。内村東大脳研所長と民族衛生学会を主宰している福田名誉教授（筆者注：邦三、永井の跡を継いだ東大生理学教授）に謝辞を述べ、巻頭には、永井潜および三宅の写真をかかげて、「我が国優生学と優生運動の先達としての両先生の御偉績を追慕しつつ、この貧しき一書をご霊前に捧げます」としている。

優生保護法では優生手術の可能な疾患の診断が医師にしかできない、という理解¹¹³⁾「谷口弥三郎「優生保護法解説」（「三野進 「1950年代の北海道の優生保護法の運用と精神科医の関与—法委員会報告—より）」の上で定めたとされている。

- ・51年には中絶の地区委員会の審査制度が廃止され、優生保護指定医師による判断で中絶が行われるようにした。
- ・52年改正では、新たな十二条で遺伝性の者以外の精神病または精神薄弱に罹っている者が精神衛生法（1950年）の「保護義務者」の同意で強制不妊手術が可能となった（提案者谷口）。これも都道府県優生保護審査会が審査する。非遺伝性のものへの強制手術の拡張であった。
- ・1953年、ハンセン病患者などの反対を押し切ってらい予防法が制定された。その結果、優生保護法、精神衛生法、らい予防法の3法が関連することとなった。
- ・産児調節運動家と産婦人科医谷口の登場の意味
産児調節運動は元来貧民・下層階級の産児制限によって生活向上を目指していた。彼らの優生的志向は、むしろ付随的なものであったといえる。谷口は、このような社

会運動家とは異なった産婦人科医であり、優生的多産奨励運動を行っていた産婦人科医の重鎮であった。彼は戦後産児調節思想に転向して過剰人口問題対策に対応して、社会党案を飲み込み、「文化国家建設」の潮流に乗った。その要点は優生政策と産児調節—中絶の容認（国民優生法の否定・克服）の二本立てである。しかし、中絶容認は逆淘汰を恐れさせ断種政策を強化させた。さらに、中絶事由の経済的理由は、障害者の中絶ではなく一般人の中絶の「自由」を実質的に保障し過剰人口対策となり、産婦人科医—優生保護法指定医の権限に基づく業務となった。優生保護法は量的には主に産児制限—中絶による産婦人科の法律となった。

谷口弥三郎と日本母性保護医協会について横山¹¹⁴⁾によると以下のようなになる。

谷口は熊本県医師会長、日本医師会副会長なども務め、人口政策に深い関心を持ち、1939年から熊本県から22万人の婦人の出産調査を行った。戦時の「産めよ増やせよ」に象徴される優生学的な人口増強策を主張し、多産を奨励し避妊防止を主張した。39年以後の人口資源調査を基に、1 死産、乳児死亡の減少、一騎当千の良児を作ることと訴えた。2 結婚奨励、多産者優遇政策の推進を、3 避妊防止推進、断種法の制定を主張した。戦後は過剰人口を抑制する人口政策に転向し、逆淘汰論への危機感を持ち、社会党案に乗って優生保護法を制定させた。1947年8月2日、参議院議長を経て、片山内閣に5項目にわたる質問趣意書を提出した。その趣旨は、横山によれば人口抑制策と優生政策の拡張であり、産児調節と中絶はその中に位置付けられる。担い手は国家と医師であり、社会党案と同一であった。

彼は、優生保護法の政策と産婦人科医の権限を結び付けた。48年優生保護法12条に基づき1949年4月日本母性保護医協会（日母）を設立した。48年優生保護法第12条の「都道府県の区域を単位として設立された社団法人たる医師会の指定する医師（指定医師）」に準じたのである。横山¹¹⁵⁾によれば「谷口は、優生保護法の運営と改正の主導権を、戦前からの産児調節運動家から谷口自身と日母を構成した産婦人科医や参与の厚生官僚のもとに奪うことに成功した」ということになる。

49年改正、51年改正、52年改正はともに谷口の主導で行われた。精神衛生法制定も議員立法であり谷口が関与した。

・公衆衛生局長の疑義照会と法務庁の見解回答¹¹⁶⁾

1949年9月20日厚生省公衆衛生局長は法務府法制意見第一局長に憲法との関連を照会した。法務庁は1949年10月11日に回答した。これは第四条の医師の申請が任意から義務に変更されたことによる照会であった。

照会と回答は以下の様である。

照会：

1. 「基本的人権の尊重と云う点より見て本人の意思に反してあくまで手術を強行できるか否か」。

2. 例えば、「身体的拘束を加え拒否不能の状態において手術を強行」、「手術事前に麻酔等により心神喪失の状態です手術」、「手術を受ける者を欺罔」などの「手術を強制する方法が人権尊重との関連において認められるものであるか否か」。

回答：「真に必要なやむをえない限度において、身体の拘束、麻酔薬使用または欺罔等の手段を用いることも許される場合があると解すべきである」、「以上解釈の基本的な人権の制限を伴うものであることはいうまでもない」が、優生保護法に「優生上の見地から不良な子孫の出生を防止する」という公益上の目的が掲げられている、その上去勢不妊手術は医師により『公益上必要である』とみとめられることを前提とするものである、したがって、「決して憲法の精神に背くものであるということはいかなる（憲法第十二条、第十三条参照）」。

これを受けて、公衆衛生局長は都道府県知事あてにその旨を通知した。それが 96 年まで生きた。

この回答でいう「公益」が、民族復興、文化国家建設のためという「優生上の見地」と、専門家の医師がそれを認めているということによって、合憲とされた。それは民族や国家を至上の価値とする近代国家の利益のことであつたと言えよう。国民優生法に於いて論じられた治療目的での断種ではない種族衛生上の強制断種は（国民優生法では凍結されたが）、優生保護法では国家の法的解釈を確定したのである。

1953 年厚生事務次官通知「優生保護法の施行について」は¹¹⁷「前掲松原日本優性社会 227 頁」によると強制的な不妊手術については以下の様にあつた。

「審査を要件とする優生手術は、本人の意見に反してもこれを行なうことができるものであること、但し、この場合に手術を施行することができるためには、優生手術を行なうことが適当である旨の決定が確定した場合、すなわち、手術を受けなければならない者が、優生手術の実施に関して不服が或るにもかかわらず、法第六条の規定による再審査の申請又は第九条の規定による訴の提起を法定の期間内に行なわないために、都道府県優生保護審査会の決定が確定した場合か、優生手術を行なうことが適当である旨の判決が確定した場合でなければならない。その場合に許される強制の方法は、手術に当たって必要な最小限度のものでなければならないが、それぞれの具体的な場合に依りては、真にやむをえない限度において身体の拘束、麻酔薬施用又は欺罔等の手段を用いることが許される場合があると解してもさしつかえないこと」。これによると、強制または欺罔は、不服申し立てによる再審査の決定または裁判による判決による確定の上で許容されるものであるが、その考え方がそのような最終的な確定もなく行われることとなつたのが現実であつた、と言えよう。

逆淘汰論の偏向

国民優生法から優生保護法の制定の過程における、優生学立法の根幹に、逆淘汰論と産児制限論議が密接不可分であつた。それは以下の 5 点にまとめることができる。

1. 国民の多くを占める貧困階級は労働力（富を生み出す）および兵力の供給源である。
2. この階級は無知で教養がなく多産でかつ治安的に危険であり、さらに遺伝学的に劣悪である。
3. その中に多くの無能力且つ負担を社会に及ぼす遺伝学的な負因を持った精神障害者が多発する。
4. 産児制限は有能な中産階級以上で意識的に行われてその階級の人口減につながるが、貧困階級では人口増が起こり、国家としての人口の質の劣化がもたらされる。従って、産児制限は良質な人口を減らし悪質な人口を増やすことになるので逆淘汰ということになる。
5. 従って、悪質な遺伝負因のものを強制的に不妊手術をして産児制限を抑制することが重要となる。

階級という言葉に違和感があるが逆淘汰論の論者は皆階級という言葉を使っていたのは既に紹介している通りである。吉益は、不妊手術を階級裁判ととられる恐れがあるがゆえに遺伝学的に厳密に対象者を決めるよう発言していたが金子はこの逆淘汰論を否定していた。人口政策が労働力としての貧民問題であるとともに治安と社会的負担問題であった。そのような貧困の問題を生物学的な負因の問題にするという近代国家のイデオロギーとしての偏向があったとみるべきだろう。

（5）法成立過程における精神科医の関与

産児調節運動と優生保護法

優生保護法を母性保護—中絶問題を中心に見る立場から法の成立を論じている渡辺典子¹¹⁸⁾「人として産み、育てること—戦後の出産、出生の変遷—」（2000年度博士論文 現代社会文化研究科、以下「渡辺・戦後の出産変遷」）を見ておく。渡辺の見解は「優生保護法は、第一義的目的の優生手術を全くと言っていいほど行われず、第二義的目的とされた経済的理由による人工妊娠中絶を行うものとされた」というものである。以下は、渡辺による優生保護法成立事情である。

「産児調節運動は1910年代に胎動がみられる。その後、1920年代から30年代初頭にかけて産児調節運動は、無産階級運動として最盛期を迎える。しかし、1931年の満州事変、1937年の日中戦争、そして1941年の太平洋戦争と日本全土を挙げて「産めよ殖やせよ」の戦時体制は、着実に産児調節運動を弾圧して行った」。

戦前の産児調節運動の担い手たちは、一人残らず執筆停止、検挙、逮捕されたりした。

大田典礼の「産児調節百年史」によれば…石本静江（加藤シズエ）は逮捕、相談所も閉鎖、産児調節については話すことも書くことも禁じられた。大田は逮捕され敗戦まで隔離されていた。その他の活動家も軒並み同様な状態であった。彼らは敗戦後、

活動をすぐ復活させた。加藤はGHQにパイプがあり、GHQ 公衆衛生福祉局長 C.F. サムスの政策は既述のように 1946 年 2 月の記者会見によって示された。彼は、本国アメリカでのカトリック教会を意識して産児制限については中立を装ったが、実質は支持した。人口問題研究所の理事である館稔や北岡寿一、公衆衛生局長の古屋芳雄…らの日本政府の衛生行政学者たちは、戦前の「産めよ、殖やせよ」をやめ GHQ の政策に連携し、産児制限を国策化すべく力を尽くした。産児調節運動には個人と団体があるが、団体のものは官庁のものと「毎日新聞社人口問題調査会」がありいずれも産児調節推進の立場であった。産児制限運動家は国会に進出、1946 年 4 月の第 1 回衆議院選挙に立候補。加藤シズエと新妻尹都子が当選した。ソ連兵による強姦により女性と混血児童の引き上げに伴うスキャンダルは長く秘されていたが、秘密病院は厚生省の運営費によって運営されるなどの事態もあり占領軍による強姦—混血問題への社会的忌避も渦巻いていた。制定過程での大田典礼の立場は次のようである。原案を加藤シズエ、福田昌子と協力して作った。目的はまず「根本的に法（国民優生法）の立場を変える必要がある。国家の為ではなく、母体保護を中心に、婦人のための法律にしなければならない。もちろん優生学的要素は十分取り入れて「優生保護法」という名前を付けた。ここで、特に医師による避妊、人工妊娠中絶を合法化することに重点をおいた。これが私の年来の主張であり、念願であった。それによって受胎調節は普及し、矛盾した墮胎罪は事実上骨抜きにすることをねらいとしていた。大田は、避妊リングの普及を図るとともに、次のように述べていた。「国民優生法も墮胎罪もあったものではない。やみ墮胎が盛んになり、その被害として子宮穿孔、細菌感染、死亡さえ次々に起こった。是は危険である。私は当時、京都市内で産婦人科医を開業していた。早速、産児調節運動を始め、ヤミ墮胎防止につとめた。と同時にヤミを防ぐには受胎調節が必要であるとし、避妊リングの公認と普及に努める一方、人工妊娠中絶は専門医の手に依らなければならないと主張して、堂々と実行した。食うものもないのに妊娠した主婦が大ぜい相談に来た。一方、外国軍隊が進駐してパンパンが増え、彼女らは心ならずも妊娠して、私のところにやってきた。私は警察へ行って、この非常時には、墮胎罪をふりまわすべきではない、ことに専門医の行う手術は認めるべきだと説明し、墮胎罪の法的根拠のないことを詳しく話してやった。警察官たちはあつけにとられて、いいとも、いけないとも、いわなかった」（大田典礼「墮胎禁止と優生保護法」経営者科学協会、1967 年）。

その後、谷口らが社会党案を吸収して新たに優生保護法案を議員立法したことは既述の通りである。

国会審議

1948 年 6 月 12 日、超党派議員によって第 2 回国会衆参両院に同時提出。

1948 年 7 月 13 日法律第 156 号を持って公布、同年 9 月 11 日施行。

6 月 24 日衆議院厚生委員会で福田昌子が提案説明をした。

「我が国は敗戦によりまして 4 割強の領土を失い、その狭められた国土に 8 千万からの国民が生活しておりますため、食糧の不足は已む措けざることでありまして、しかも人口は一か年に約 120 万人からの自然増加を呈しておる現状でありますので、この現状に対しましては対策として食糧の増加、移民の懇請とともに、もう一つ優生の見地から不良分子の出生を防止するとともに、加えまして従来母性の健康までも度外視して出生増加に専念してまいりました態度を改め、母性保護の見地からある程度の人工妊娠中絶を認め、以て人口増加を抑制する必要があるのであります」。

松原¹¹⁹⁾は次のように言っている。

日本では 1948 年の優生保護法によって中絶が認められた。先進国・欧米では 70 年代によく女性の権利として中絶が認められ、その一つの理由として胎児の障害というのが適用になった。日本では優生保護法改正の時に、優生政策そのものとして胎児条項が出てきた。欧米では 80 年代に障害学のジャンルで、障害をもつ当事者から、出生前診断は優生思想と関係があるという異議申し立てや批判が出たのだが、日本がその意味で先行していた。

・優生保護法制定時の精神神経学会および精神科医の関与（「不関与」）について

優生保護法制定時、その法（法は「医師」としてのみ規定していた）のもとで役割を担うことになる精神科医の関与・議論が皆無とあってよいほどだったのは考えれば不可解と言ってもよいぐらいである。しかし、実情は、精神科医、ましてや精神神経学会などへの打診もおそらくないまま改正された。法は、申請の義務化により、医師を申請に駆り立てようとした。

吉益に¹²⁰⁾「優生学から見た優生保護法」（法律の広場、2(5) 20-21 ぎょうせい 1949 年）がある。

「今回出来た優生保護法には全く関与していない筆者としてはただ前回の国民優生法の経験に基づいて一優生学徒として一つの感想を述べることしかできないが求められるままに卑見を述べよう」と書き出している。彼は自らを「優生学徒」と自負していることが目を引く。それはともかく、彼は参考意見を求めるべき医学者としては我が国では最適な人物であったはずだがその彼が議論の輪に招かれなかったのである。吉益の優生保護法に関する意見で注目すべきなのは二点である。

一つは、国民優生法では優生学的目的のみであるのに、この法は母性保護と二つを同等な重さを持っているとして、「立法者の意図に反して、単なる母性保護の法律になったとしたら、我が民族将来の幸福のために重大である」と逆淘汰を懸念している。

もう一つは別表に関するものである。精神変質症ということばの変質は、人種や民族の質の低下を意味しており既に学問の言葉ではないので精神病質という言葉を使うべきこと、性欲異常や犯罪傾向も精神病質の枠に相当することを指摘している（この吉益の意見が 49 年別表の改正に影響したかにみえるがそれはわからない）。その

上で吉益は「専門的な学会の意見を求めたほうが民主的である」と指摘している。以上の経過により、法成立過程についてまとめれば次のようになる。

第一 社会党案の時から、戦時下に国民優生法—人口政策確立要綱によって弾圧されていた産児制限運動家が占領軍当局から用いられていた。とりわけ社会党案には遺伝学に基づいた優生学的な厳密さは全く見られず犯罪者や反社会性のものが対象の軸になっており、医学的議論は法案提出者には関心が希薄であった。

第二 谷口案に至っても過剰人口対策—母性保護—産児制限—中絶容認が重要であり、医学的議論の厳密さは希薄であった。社会党案から谷口案にいたるまで、加藤シズエの存在を含めて産児制限運動家—産婦人科医が優生保護法成立の主要プレイヤーとなっていたことは疑いようがない。総じて彼らは、優生学法制についての遺伝学的根拠についての意識が希薄であったと見られる。優生遺伝学については国民優生法成立過程での議論で終わっていると理解されていた可能性がある。優生保護法指定医は主として中絶の資格であり、日母は産婦人科医団体である。

第三 法成立過程での精神科医の関与については、上記 1949 年の吉益論文の指摘に見られるように概ね否定できるように思われる。しかし、谷口らの陰に精神科医がいなかったと断定することまではできない。既述のように 1948 年 6 月 25 日 GHQ 公衆衛生福祉局 PHW が別表について強い疑義表明したことに対応して、「厚生省の一医師」が関与したと PHW が GS 民政局に報告しているが、そのことはむしろ責任ある立場としての専門家団体の立場からの精神科医が関与していないことの証になる。

谷口らは日本医師会—医師や産婦人科医のみを背景にして、精神神経学会—精神科医の意見を徴する意識は殆どないかの如くであり、GHQ のみを相手に法の成立を図っていたように見える。

当時同時並行的に精神衛生法制定に動いていた精神科医諸団体（精神病院協会や厚生会など）が優生保護法に関与していたようには見えない。そのあたりの事実の真相が十分解明が出来ていない。

第四 法案提出過程において、谷口らの他に中山壽彦ら医師会幹部が参与している。国会議員発議者の多くは中山を中心として医系—医師会系議員と見られる。武田キヨは、婦人国会議員のはしりであり、母性保護の流れとして見られよう。49 年改正における申請の医師の義務規定への改変が医師会（幹部）の了承を得ている可能性は強い。しかし、個別精神科医諸団体—精神神経学会がこの申請義務規定に関与していたかは疑わしい。

第五 優生保護法は敗戦後の我が国に対する連合国 SCAP/GHQ—極東委員会の占領政策の枠組みの中にあることは経緯により明確である。結論的に、法は精神科医関係諸団体の協議はほぼ抜きに、米軍占領下という状況のもとに、産児制限運動家—谷口らと（おそらくは日本医師会の了解のもとに）SCAP—公衆衛生局（Public Health and Welfare Section, PHW）局長のクロフォード・サムスなどとの交渉の枠内で成立した。

以上のような法の成立過程では精神科医の関与の場は確認できず、国民優生法制定の時とは異なり、優生保護法に対する精神科医の無関心を強化した可能性が強い。

7：注

- 103) 前掲「松原人間社会日本」
104) 前掲「松原講演 2018」
105) 三野進「優生保護法の成立・改定とGHQ 別表の変遷レジュメ 2022年」
106) 前掲「横山優生社会日本」—273頁、カッコ内経歴は筆者注、主にWikipediaから。
107) 前掲⁹⁴⁾「豊田占領下日本」
108) 「アメリカ占領下の日本における人口問題とバースコントロール：マーガレット・サンガーの来日禁止をめぐって（関西学院大学人権問題研究室紀要 57巻 1—34 2009年）」
109) 前掲¹⁰⁸⁾豊田
110) 前掲¹⁰⁸⁾豊田
111) 一般社団法人日本医学会連合旧優生保護法の検証のための検討会「旧優生保護法の検証のための報告書」旧優生保護法の歴史を振り返り今後のあるべき姿勢を提言する 2020年6月25日
112) 吉益脩夫等「優生学 南江堂」180頁 1961年
113) 谷口弥三郎「優生保護法解説」（「三野進 1950年代の北海道の優生保護法の運用と精神科医の関与—法委員会報告—より」）
114) 前掲「横山日本優生社会」
115) 前掲「横山日本優生社会」（282頁）
116) 前掲「松原講演 2018」
117) 前掲「松原日本優性社会」227頁
118) 渡辺典子「人として産み、育てること—戦後の出産、出生の変遷—」 2000年度博士論文 現代社会文化研究科、以下「渡辺・戦後の出産変遷」
119) 前掲「松原講演 2018」
120) 吉益脩夫「優生学から見た優生保護法」（法律の広場、2(5) 20—21 ぎょうせい 1949年）

8 優生保護法の動向

(1) 占領下の精神病院協会設立と精神衛生法制定

岡田¹²¹⁾によれば、1947年占領軍民生部のサムス准将の示唆もあり、精神衛生の新法制定の動きがあり、精神厚生会（精神病者慈善救治会と日本精神衛生協会、日本精神病院協会—公立病院と代用精神病院の団体—が合併してできた）と厚生省で協議を始めた。その時は法案が作られていたが実現に至らなかった。1947年頃から私立精神病院の間で、混乱期を脱するために、協会を設立する動きがあり。同時に精神衛生法制定を促進する動きがあり、両方の動きが金子準二を中心に進められた。1949年精神病院協会が植松七九郎を理事長として82院の参加で設立された。それに先立つ1948年の「医療法の特例等に関する政令」の第4条に基づいた「医療法施行規則第19条」の、標準によらないでもよいとする低い基準が作られ、この協会設立を後押ししたともみられる。1949年に精神衛生法の金子試案が作成された。他方青木義治も私案を作り、精神衛生法案が作成された。その過程では、参議院議員中山壽彦（旧日本医師会会長、当時

日本精神病院協会顧問)が中心になって法案を議員立法ですることになった。金子試案を基に金子、植松、林暲【精神厚生会、松沢病院】などが、参議院法制局、占領軍総司令部、大蔵省と折衝して作成した。1950年国会提出し成立し5月1日公布施行となった。このように、精神病院協会の設立とからみながら精神医学諸団体・個人、法制局、政府、占領軍が関与し、医師会が中心となり議員立法によって精神衛生法は成立した。学会そのものは顔を出さないが、優生保護法の成立過程とは異なって精神科関係諸関係団体が関与していた。

上記の精神衛生法の成立過程は岡田の解説につきるが、精神神経誌の資料を優生保護法の成立については何も触れていないこととの比較のために紹介しておく。

¹²²⁾ 雑報 精神衛生法の施行神経誌 51 巻 7 号 307-308 1950 年 松沢病院院長 林暲)

「この3年間来の懸案であった精神病関係法律の改正が、曲がりなりにも新しく精神衛生法として議会を通過し本年5月1日より施行された。この問題は精神厚生会の事業の一つとして推進されて来たのであったが、昨年になって厚生省当局も本腰を入れ、漸く法律としての条文を整えたものが出来上がり、厚生会の小委員やその他有志の人々と厚生省で会合を重ねたが、漸く具体化してくるにつれて、私立精神病院の側からも色々意見要望も提出され、最後にこの方面の代表委員も加えて検討の上漸く現実的に試行の見込みのあるような案が厚生会の案として出来上がったわけである。処が、前議会提案の直前に至って、厚生省公衆衛生局で他の法案山積のため、今回はとても食い切れぬということになり、中山壽彦氏その他が提案者となり、本年1月下旬から、参議院法制局、厚生常任委員が中心となって原案の再検討、他の関係官庁との折衝が始められた。我々は最初比較的簡単に済むと思っていたのであったが、厚生省ではまだ省議もへておらず、他省、裁判所方面との折衝もしてなかったもので、いざ実際の法律とするためにはこうした方面に提示したり、予算の面で大蔵省の横やりが入ったり、又GHQの意見をきいたりすると容易にことは進行せず、一時は前議会に提案できるかどうかと危うんだ程であったが、参議院法制局の非常な勉強によってともかく押し切られた。この間の会合やたくさんのプリント、翻訳その他の費用は私立精神病院の団体である精神病院協会の後援によって支障なく整えられたことは特筆しなければならない。(以下法の概説)」。

上に見るように、優生保護法の成立がGHQの直接的・間接的関与があったように、精神衛生法も民税局サムスの示唆・関与があった。その上に議員立法の議員の中に、谷口が一角を占め、提案理由を述べている(参議院厚生委員会1950年4月5日)。彼は、精神衛生法について、第一に、精神障害者の中に精神病者だけではなく精神薄弱者と精神病質者を加えて精神障害者全般を入院対象としたこと、第二に、私宅監置制度を廃止して長期に自由を拘束する必要のある精神病者を収容するために、都道府県の責任において精神病院を設置し、そのために入院の費用は経済能力のないものに関しては国家

が半分は負担することを挙げている。1948年の優生保護法と1950年の精神衛生法はいずれも占領下の議員立法で、両方に谷口が関与していた。1952年の優生保護法の改正は谷口の提案であり保護義務者の同意により非遺伝性精神障害の強制不妊手術が可能となった。金子は1950年の時点で（後述に陳情書の1953年を待たずに）優生保護法を受け入れていたことを示唆していると考えられる。

精神衛生法は私宅監置を禁止したことが近代的な原理への精神病者処遇の転換であった。当然GHQはこれを支持したのである。1年の猶予期間において51年に実質的に私宅監置は禁止された。入院制度としては措置入院、同意入院を主として規定し、対象者を「精神障害者」とし、精神病者（中毒性精神病者を含む）、精神薄弱者、精神病質者を規定した。措置入院は自傷他害のおそれを要件として行政処分とした。目的は、医療及び保護のため、ということであったが、措置入院は公費負担を原則として、1950年の事務次官通知は「公安上必要とする強制的な措置である」として、法の「医療及び保護」の目的の実質が治安的な意図にあることを明示した。1958年の医療法特例により、それ以前より運用されていた精神科医療の低格運用が固定化し、国策の下で精神科病院は収容主義・治安主義の道をまい進した。包括的な精神衛生法批判に山下¹²³⁾（山下剛利『精神衛生法批判』日本評論社 1985年）がある。

1953年の精神衛生実態調査はその基礎資料とするためとして実施された。その内容は無作為抽出調査区を選択し、全国より100地区、4895世帯、23,993人が調査対象となった。調査は基礎調査と専門調査の二段階方式であった。基礎調査は、所帯の構成、状況を調べるとともに、調査地区の事情を知るものから、精神障害者と思われるものについての情報を集め、情報カードを作成した。情報の聞き込み先としては、衛生・民生・教育関係者、警察官、また地区有力者も含まれていた。専門調査は専門調査員一精神科医が調査地区の全所帯をもれなく個別訪問し、面接して精神障害の有無を調べその個人票を作成した。厚生省は、その結果から現在入院中約3万人を除く在宅の精神障害者数を127万人と推計し、このうち施設（精神病院・精神病室、精神薄弱者収容施設、教護院など）収容必要人員を43万人とした。63年実態調査も類似した手法で行われた。73年、83年実態調査は、精神病院の惨状への批判から広範な反対運動が起こり、以後中止になった¹²⁴⁾「調査と人権」広田伊蘇夫、暉峻淑子編（現代書館 1987年）。

（2）精神衛生会と日本精神病院協会の陳情書一法の受容へ

1953年7月 日本精神衛生会理事長としての内村裕之（東大精神科教授・精神神経学会理事長でもあった）と金子準二（日本精神病院協会会長）が連名で、53年に陳情書を出した¹²⁵⁾「精神衛生課設置を陳情」（財団法人日本精神病院協会 20年1969年所収）。

「陳情書」によれば、精神障害による惨害が、結核や急性伝染病と同様に重大な問題であることを指摘し、欧米諸国に比し、精神病床数が八分の一から十分の一に過ぎない

ことを述べ、精神病発症率は欧米と同じであり、根本的対策を実行すべきことを主張した。最後に「わが国における公衆衛生施策は、戦後著しく進展しましたが、ひとり精神衛生対策のみ正に無策の状況であり、厚生行政面における一大欠陥であります。私達は、ここに左記施策を強く要望し、350万人に上る患者とその家族のために福祉の道の開かれんことをお願いするものであります」とし、以下五項目を記した。

- 一 精神病床の画期的増床策を講じること。
- 二 精神衛生相談所の設置とその財政的措置を講ずること。
- 三 精神障害者の遺伝を防止するため優生手術の実施を促進せしむる財政措置を講ずること。
- 四 精神衛生の調査研究を図るために国立精神衛生研究所の拡充強化などを図ること。
- 五 厚生省公衆衛生局に精神衛生課を設置すること。

日本精神衛生会の成り立ちは以下である。1902年4月呉秀三らにより日本神経学会が創立された年、10月呉秀三により精神病者慈善救済会が発足した。救済会はもともとは私宅監置などの悲惨な境遇の精神病者の治療看護の援助を目指す慈善運動団体であり啓蒙活動をも行った。この救済会と並行して日本精神衛生協会（呉後の東大教授三宅鉦一を会長として1926年発足、1931年正式発足）が発足した。1938年改正会則によると、事務所は厚生省予防局優生課および東京帝国大学医学部脳研究室とある。厚生省設置とともに、精神衛生協会は三宅の脳研究所と一体となったことになる。この協会と精神病慈善救済会、当時の日本精神病院協会（代用精神病院+公立精神病院）とが合併して1943年精神厚生会が発足した。会長が小泉親彦厚生大臣、副会長三宅鉦一であった。戦時下に於いて官主導の組織であったことが知れる。戦後になって1951年、精神衛生法成立の翌年、精神厚生会が財団法人日本精神衛生会（内村祐之理事長・東大教授・学会理事長）となった。衛生会の立ち位置は厚生会を引き継いでいる。その軸にその歴史的経緯から東大精神医学教室があった。

この時代、1949年にできた民間の精神病院組織である「日本精神病院協会」と「精神衛生会」は、厚生省精神衛生課が所管する精神衛生法と優生保護法の二つの法律によって、精神障害者収容政策の「実践組織」、あるいはそれを含めた精神衛生・優生政策の「啓蒙組織」となっていたとみられる。それに対比して「精神神経学会」は東大を頂点とした大学医局講座という体制に担保された「学問組織」であった。しかし内村は精神神経学会理事長をこの陳情書の肩書にはできなかつたはずである。呉秀三以来、精神病院問題等は別として、学会は優生政策—不妊手術に関して発言する伝統・役割は想定されていなかつたからである。しかし、実質的に医局講座制という学問組織の頂点にいる内村がこの陳情書を申請することは、精神神経学会が異論を差し挟まないこと一容認したことを意味したはずである。

金子は国民優生法に対して最も徹底的に総括的に批判した精神医学者であった。その金子がここでは断種実施の促進を強く要請している。この「転向」は何故なのか。

岡田は、2019年6月総会シンポジウム「旧優生保護法と精神科医療を検証する」のシンポジストとしての抄録¹²⁶⁾「優生保護法と精神科医療—障害者は棄民だった—」に次のように記し、口演でもそのように語っている。「…1940年に国民優生法が制定されるまで、金子準二を中心とする精神科医は、少数ではあったものの断種法反対の激しい声を上げていた。しかし、1948年の優生保護法制定に対して精神科医からの声は無かったといってよい。これはどうしてなのか？無知のためとはいえ優生保護法に加担し、しかも精神科医療史を己の課題としている身には、この謎をなんとかときたい、といっても、この点に触れている文献はない。精神病についての当時の精神科医の認識を、主として自分の記憶から掘り起こしていくしかない。当時外来では、結婚させれば直りますか、という問いが親からしばしば発せられた。1957年東京大学精神科に入院していた女患者の回復ぶりを見て内村祐之教授は岡田君 Schizophrenie てよくなることもあるんだねと目を見張っていった。国立下総療養所の林三武郎はその論文に、いま精神科医がなすべきは病院を患者の楽園にすることであると説いた。とりまく状況を見ると、精神科特例、生活保護による入院患者日用品費の精神病院の場合の切り下げ、150%にもおよぶ超過入院の公認、野放し呼ばわり、変質者論と、精神病患者は三流国民扱いされていた。優生規定は生活能力のない患者への恩恵とされていた。優生保護法を支持していたのは、政府、報道機関、国民のすべてだった」(抄録)。

優生保護法成立時における精神科医の不関与については既に述べた。

金子らの優生保護法推進への「転向」については、岡田とは、幾分違った観点から、しかし岡田の指摘している事実から考えてみる。

岡田¹²⁷⁾には次のような記述がある。

「私は、松沢病院の栄養士である鈴木芳次に内務省本(注：私宅監置の実況)をみせられ、1964年ライシャワー事件につづき精神医療史研究会編で出した「精神衛生法をめぐる諸問題」(松沢病院医局病院問題研究会、東京、1964年)の巻頭に『我邦十何万人ノ精神病患者ハ』云々の句を掲げて、精神衛生法改悪反対・全面改正促進の旗印とした。ところが、何人かの先輩方にこの論文についてうかがうと、調査に参加した斎藤玉男、警視庁におられた金子準二のお二人をのぞいて、この論文の2、3年後に精神病学教室に入った人でも知る人はいなかった」とある。金子¹²⁸⁾(「岡田靖雄 金子準二 断種史上の人びと(その二) 日本医史学雑誌3号—1999年」)は1917年に東京帝国大学医学部を卒業した。従って、私宅監置の実況調査時は学生であったので調査には参加しなかったがその成果と志は充分理解していたことになろう。金子は1948年公職を辞して慈雲堂病院顧問となり、病院協会の設立や、精神衛生法の成立に奔走していた。呉らの戦前の公立精神病院設立運動は、神経学会—精神神経学会の再三の要請にもかかわらず行われずに、我が国は私宅監置に頼っている実情が続いた。戦後、戦争によってさら

に精神病床が激減している状況の中で、金子、植松は民間病院設立—増床策に自ら乗り出したということになる。精神衛生法は私宅監置の禁止にも眼目があり、その上での精神病者の病院への入院はそれが民間病院であったとしても彼ら及び精神医学者の大勢の悲願であったと言えよう。

以上を踏まえてみる時、金子の優生保護法推進への転換は以下の三つによると考える。

第一、精神病院増加策と精神衛生法制定—私宅監置禁止は我が国の精神医学の「近代」の達成であった。呉らは「実況」において当時の精神病者処遇の悲惨を改善するのに、一つに精神病院の増加を、二つに、私宅監置の禁止をあげていた。呉らの主眼は官公立病院の設置であったが、金子らの民間病院増加策は我が国の公的病院抑制という国家政策を受け入れた現実的な選択であったということができよう。

第二は、敗戦による天皇制戦時家族国家の崩壊から市民主義的近代社会への転換に伴った経済的・民族的復興が社会的課題となったことにある。それは大多数の国民が敗戦後に、天皇の臣民として統合された社会から市民的な資本主義的な民主主義に「転向」したことを意味した。金子も同一の道をたどった。第三に、敗戦による貧困と過剰人口という差し迫った「マルサスの状況」があった。

民族国策としての人口政策の枠で国民優生法を制定した古屋芳雄ら厚生省官僚はその戦時体制から転向し過剰人口対策—人口抑制策としての優生保護法に尽力していたことと同一の傾向である。後述 9—5) に述べるように、労働能力の有無による人間評価を軸とする近代資本主義社会のあからさまな状況は 48 年優生保護法、50 年精神衛生法から 50 年代の絶対的貧困からの復興過程において露呈し、精神障害者の収容と優生学的思想は欧米諸国と共に) 我が国ではほとんど誰も疑問を持つことはなかったと言えるのかもしれない。

第四に、金子らの元来の消極的優生思想である。山本¹²⁹⁾「山本紀世子 優勢及び精神衛生政策の展開と精神障害者の処遇の変遷 1990 年代～1950 年代において—」(園田学園女子大学論文集第 50 号 2016. 1) は以下のような事実を指摘している。戦前に国民優生法に反対を主張していた植松七九郎は、1948 年の著書(「精神医学」 文光堂 1948 年)において、精神病者に対する優生的処置(結婚制限、避妊、隔離、断種)として、施設への隔離収容が最も有効な方法だとした。つまり、彼らを施設で保護・治療することによって優生学的目的も達することができるため「一石二鳥」であった。

以上のように、1953 年の段階で我が国の精神医学の世界は、優生保護法を受容した。それは、優生保護法の成立および第四条申請義務化の時点で関与できなかった学会としての不関与が、精神医学の世界全体は能動的とは言えないながら法を受容という関与に転化したことを意味しているだろう。

(3) 優生手術の推進—その現場と精神衛生実態調査

1955年、断種数は1362件となったが、その後減り始めていた。

毎日¹³⁰⁾（「強制不妊 旧優生保護法を問う」毎日新聞社 78頁 2019年）によると、1950年代、議員や行政側に強制不妊手術の予算が消化できない、という焦りが生じたとしている。

1953年7月28日、自由党人口対策特別委員会委員長谷口弥三郎名によって山口公衆衛生局長あてに「中間報告」¹³¹⁾「自由党人口対策中間報告」が出されている。

報告書の概略は以下である。

委員会は、民族の逆淘汰の防止策、移民特に技術者の海外進出、経済食料問題や都市計画など人口問題関連事項を学識者から意見を聴取して、中間報告を答申するとしている。報告は、第一に、過剰人口問題の実情を記し、第二に、産業構造と過剰人口問題を論じている。戦後は、農村人口が増加する事態であるとともに、中農以上が出産抑制の傾向が強くなっていると指摘している。それを改善するために高度の工業化産業化のための資本蓄積が必要であり労資の配分闘争を肅清しなければならない。

第三として、精神病、精神薄弱者対策が提起される。産児制限の実情を述べて逆淘汰を警戒する。結語として、(1) 生殖可能な精神病患者に対する優生手術、(2) 精神薄弱者、生活保護適用者並びにボーダーラインのうち、二人以上の生児を有するものに、優生保護法指定医などに避妊施策（指導、避妊薬及び器具の配給）を推進させる。(3) 避妊施策の実施にもかかわらず妊娠したものに対して人口妊娠中絶を、妊娠を数回に及ぶ場合は優生手術を行わせること、としている。予算総額9億8千5百81円としている。

1953年は上述の如く金子、内村により陳情書が出された年である。

1955年、福田昌子は、1955年12月衆院予算委員会で、遺伝的な犯罪者に対する人口政策上の措置をいうものを今後積極的にお取り入れていただきたい、と述べ、法務大臣牧野良三は「特別な考慮を払いたい」と応じた。

1957年8月10日参議院社会労働委員会は次のようである。

谷口弥三郎は断種実施数がかどらないことを質問して、公衆衛生局長山口正義から四条の対象とする精神障害者を12万6千人と推定しているとの回答を引き出している。その数は1954年の実態調査から生殖年齢の障害者数（答弁では4万人）を割り出し、それに一定の係数を掛けた数であると説明している。この件で筆者は、2020年12月15日に厚労省精神保健課に電話で確認した。この答弁で「実態調査」とあるのは1954年精神衛生実態調査であること、この調査は優生保護法のための調査として行ったものではないことなどの回答を得た。一定の係数とは何かについてはわからない、とのことであった。谷口は「12万6千人に比して実施件数が少ないのはどうしてか？」と質問したのに対して局長は「第四条—強制不妊手術の医師の申請義務—の対象として医師が遺伝性疾患とする患者が少ないから」と答えた。さらに、山口は、精神科医の話として、遺伝歴が詳しくわからない場合、人権上から申請することは出来ない、と

云っていると説明している。これは、医師の医療現場から考える時、次のような事態となるのである。医師は、生殖不能となる不妊手術の患者には必要であることを説明しなければならない。第四条は強制であるからその説明もしなければならない。医師は患者のみではなく、当然家族やその他行政にも説明するか、むしろ家族や行政から不妊手術が必要であるから、申請書を書くように要請される、という事態となることが多いはずである。医師はそれに応ずる場合、優生保護法施行規則によれば、第一に申請書を、第二に健康診断書と遺伝診断書を書き、優生保護審査会に出さなければならないのである。すなわち、医師は目の前の本人を対象とする医療の志向性とは全く別の優生的見地の志向性に変換しなければならないことになる。それは不妊手術に対する人口優生学的確信（あるいは周囲の強い要請）がなければ、敢えて申請するまでには至らないことは大勢としてはむしろ自然である。しかし優生手術が現実に行われる場合には、1949年9月20日厚生省公衆衛生局長の照会に対する法務府の回答に基づいての「身体的拘束を加え拒否不能の状態において手術を強行」、「手術事前に麻酔等により心神喪失の状態で行術」、「手術を受ける者を欺罔」などが行われることがありえたのである。そのために国家は医師の任意の申請の無効性を自覚して義務にしたのであろう。しかし、医師にとっては上のような状況にあるから、山口のことは、優生保護法の現場であえて優生手術を実施しようとはしない精神科医のありさまの一側面を表現していることともなったであろう。

国家審議では谷口はさらに、提案して国庫補助を法第十二条一保護義務者同意の非遺伝性疾患の断種にまで広げること、保護義務者同意に精神衛生鑑定医2名の判断で可能として、審査会審査を無くすることを提案している。十二条への国庫補助は、神奈川県が独自に1956年より実施していた政策（後述）を知っている谷口はこれを全国に広げようとしたものと思われる。山口はそれについては、なかなか難しい、と回答している。

さらに谷口は、犯罪を犯したもので、心神喪失ないしは心神耗弱になったものの断種を提案し、さらには保安処分を推進すべきことまで述べて法務省の回答を引き出している。法務省刑事局横井大三は、1940年の刑法仮案を土台に、保安処分・刑法改正を準備していると回答している。

福田昌子にしろ、とりわけ谷口に見られるように、遺伝性精神疾患のみではなく断種の拡大を主張していること、さらに犯罪を犯した精神障害者に拡張しようとし、且つ、保安処分導入までを厚生労働委員会で主張していることは留意していただろう。

行政の枠、精神衛生と優生保護法を一体として精神衛生課で所轄していたことを、改めてその意味を考えて見る必要があるだろう。

1954年精神衛生実態調査の概要は以下のようなものである。この「聞き込み調査」が優生保護法に流用されていたことになる。

1950年に精神衛生法が成立施行され、戦後の精神医療行政の骨格の一つが固まった。

もう一つの骨格は精神病院・医療行政であった。その基礎資料とするためとして54年調査が実施された。その内容は既述の通りである。優生保護法第四条による断種実施は、想定数のほぼ13%であり、実態調査の精神障害者の施設収容想定数はほぼ達成された。

(4) 優生保護法実施の実際

優生保護法強制不妊手術¹³²⁾ (「生殖技術とジェンダー」江原由美子編 勁草書房 1996年の表より)

優生保護法第4条件数表—1 (隔年)

西暦年	4条計	男	女	西暦年	4条計	男	女
1949年	132	39	93	1971年	227	34	193
1951年	480	170	310	1973年	78	4	74
1953年	832	311	521	1975年	59	2	57
1955年	1,260	534	726	1977年	39	1	38
1957年	1,029	418	610	1979年	24	—	24
1959年	898	335	563	1981年	19	—	19
1961年	814	270	544	1983年	9	1	8
1963年	626	166	460	1985年	8	—	8
1965年	436	127	309	1987年	2	—	2
1967年	321	70	251	1989年	2	—	2
1969年	233	39	194	1991年	—	—	—
合計 16,475人 (女 11,312人。男 5,163人)							

第12条の年次推移は以下の表のようである。

優生保護法第12条件数表 (1957年以後5年おき)

年	合計	男	女	年	合計	男	女
1952年	46	3	43	1967年	61	10	51
1953年	98	10	88	1972年	53	4	49
1954年	160	13	147	1977年	28	2	26
1955年	102	23	79	1982年	10	2	8
1956年	56	11	45	1987年	1	—	1
1957年	75	16	59	1992年	1	—	1
1962年	90	21	69	1993年以後	—		

全国の優生保護法第四条、第十二条の実態は以下の様である。第三条、第四条、第十

二条の 1949 年～96 年までの実数 824,794 件、このうち第三条 4 号、5 号（4 号は妊娠・分娩が母体の生命に危険を及ぼす恐れ、5 号は現に数人の子を有し且つ、分娩ごとに母体の健康を著しく低下させる虞—母体保護）を除けば、24,334 件である。第 4 条（医師の申請、優生保護審査会が適否を判断。全額国庫負担）は 14,167 件、第 12 条（52 年新設、第十三条で本人保護を名目としている。保護義務者の同意書を必要とし、審査会判断）は、1,869 件、合わせて 16,036 件。第三条の、4 号、5 号を除いても、女性に対して 24,334 件、男性 18,381 件。

1955 年に強制不妊手術ピーク（1362 件）となり、その後急激に減り始めた。1960 年代は年間 1000 件を下回り、1966 年は 500 件、1969 年にはピーク時の四分の一となった。

他方、法は優生施策と母体保護の二本立ての法律だが、以下の数の上でこれを見てみると以下である。

不妊手術 年	第 4 条（強制遺伝性）			第 12 条（強制非遺伝性）		
	合計	男	女	合計	男	女
1955 年	1,362	534	726	102	23	79
1965 年	436	127	309	77	21	56
1975 年	51	2	49	31	3	28
1985 年	5	1	4	6	2	4
1994 年	—	—	—	—	—	—

不妊手術 第 3 条（任意）				遺伝性	らい	母性保護
年	合計	男	女			
1955 年	43,255	1,528	41,727	491	129	41,273
1965 年	27,002	697	26,325	166	9	26,334
1975 年	10,100	244	9,856	69	1	9,948
1985 年	7,657	88	7,569	44	2	7,600
1994 年	4,466	20	4,446	38	0	4,428

年	中絶総数（任意）	遺伝性	らい	母体保護	暴行脅迫	不詳
1955 年	1,170,143	1,492	303	1,166,946	441	961
1965 年	843,248	784	131	839,651	207	2,475
1975 年	671,597	637	37	567,552	567	2,804
1985 年	550,127	292	0	548,798	505	532
1994 年	364,350	106	5	363,966	211	62

優生手術（任意を含めれば）にしても中絶にしても母性保護理由が圧倒的で、数字の上では優生のための法律というより産児制限法（不妊手術—中絶法）と云いうる実態がある。1972年の優生保護法改正問題で多くの一般女性の反発を買ったのは必然であった。優生保護法はその名とは別に中絶解禁法であったのである。その意味では、逆淘汰論の一つの論拠である優生学的な産児制限ではない母性保護のそれが多数となるという予測は正しかった。しかし、それが遺伝的に劣悪な貧困階層の人口が増えて人口劣化が進むという論が、偏見に満ちたものであったことも明らかになったというべきである。逆淘汰論は経済成長と敗戦直後のような過剰人口問題が解消したことで無効化したのである。

自治体の事例

・優生保護法運用主体は精神衛生行政と同じく都道府県であり、自治体によって大きな差がある。強制不妊手術件数の多い順に並べると以下である。

1 北海道 2512 件 2 宮城県 1355 件 3 岡山 825 件 4 大分 648 件 5 大阪 553 件 以下断種件数を略して順位を記す。 6 静岡 7 東京 8 山形 9 埼玉 10 神奈川 11 徳島 12 長野 13 福島 14 岐阜 15 福岡 16 広島 17 兵庫 18 岩手 19 滋賀 20 新潟 21 栃木 22 宮崎 23 愛知 24 青森 と続く。

・¹³³⁾ 北海道の優生保護法運用と精神衛生行政 舟津悠紀（大原社会問題研究所雑誌 No. 722・2018. 12）

北海道は第四条実施件数は全国最多であった。

北海道は51年に急増（10→166件）、56年に312件とピークとなり、その後年200件以上であったが1962年に62件と急減した。

北海道は衛生部・保健指導課が所管で優生手術を実施した。1946年から70年代まで、衛生部長は西野陸夫、北大医学部公衆衛生学講座出身。1937年以後内務省—厚生省の社会局、人口局、生活局に勤務した。1938年「母性及児童保護」を著しその中で、人的要素の拡充強化即ちその量と質の増大は国家社会の希求、産業文化の発達、生産力の充実等何れも其の根底に優良健全なる児童の獲得をと謳った。

1950年「北海道における公衆衛生行政について 昭和24年度」緒言で、

開拓地としての明治以来の北海道の特殊性は、植民地を失った我が国の敗戦後の引き上げによる過剰人口の解消の唯一の土地として位置づけられたとしている。国により、52年から第一次5か年計画が開始され、50年から北海道開発庁が発足していた。1956年には機構改革によって、優生係は精神衛生行政をも担う意味で優生精神係と改められた。これは厚生省中央と軌を一にしているものと云える。

1955年道衛生部及び道優生保護審査会が¹³⁴⁾「優生手術（強制）千件突破を顧みて」

(1956年)を出版した。

「千件突破」では、国民の素質の向上、国力を復興し、明るい文化国家建設をうたい、家族計画の過程での逆淘汰を憂い、民族衛生、人口の質の問題の緊要を訴えている。件数報告は第四条の申請件数であり、「優生手術（強制）」と記されている。この強制を強調しているのは60年代に至っても続いた。49年から55年までの申請で、保留37件は、遺伝歴が見当たらず且つ家族等が希望しなかったものであるが、再審査で解決したとある。それは、第十二条を適用したものと考えられる、としている。

遺伝調査については、保健所が担う体制のために診断・申請を担う医師は簡便に行っていた構図が窺われるとしている。

道優生保護審査委員の構成についてみる。

1956年段階の優生保護審査会委員一覧から

委員長「稲垣是成 北海道衛生部長兼民生部長

委員 松本剛太郎（北海道医師会長）、蜂須賀芳太郎（北海道地方更生保護委員会委員長）、水島ヒサ（北海道教育委員）、板橋真一（札幌家庭裁判所判事）、太田清之（太田病院長）、中川秀三（札幌医大精神科教授）、諏訪望（北大精神科教授）、小川玄一（北大産婦人科教授）、更科駒緒（札幌家庭裁判所調停委員）、幹事 井上千秋（保健予防課長）、山田正夫（同課長）、荒木正利（同課総務係長）、本間幸雄（同課優生精神係長）、吉川万雄（北見保健所長）、書記 千葉正美他3名（保健予防課）である。ここに優生保護法の審査委員会の具体的事例が見られる。道行政が主導し、保健衛生予防担当部署が実務を担い、医療関係者大学教授など、裁判所判事、民生委員などが加わっている。諏訪は東大で内村祐之に師事、太田、中川、吉川は北大時代の内村に師事し、北大精神科ネットワークがあった。

「千件突破」では、申請の殆どは精神科医によると記している。またきわめて積極的にこのことに協力している、と述べる。

49年から55年までの主な申請対象者は「精神分裂病」だった。件数の85%。1012件のうち約860件。その他は「精神薄弱」、「真正てんかん」、「躁うつ病」、「精神病質」、「進行麻痺」があり、身体疾患や奇形は皆無だったとしている。

1956年保健予防課会議資料「昭和三十一年度 保健所次長会議資料（第五分冊）」「優生精神事業方針」では以下のようなものである。

「…全道的な家族計画の普及推進を図り、特に低所得階層に対する受胎調節特別対策については適用地区の的確な実施を務め、併せて優生保護の見地から保健所活動による強制優生手術の徹底を期する」。

・¹³⁵⁾舟津悠紀「優生学の地域史—神奈川県優生行政の実態—」（日本歴史841号 2018年6月）

神奈川県は「優生手術費補助規則」（1956年8月3日）を独自に交付して第十二条を

推進した。その結果、1949年から、同規則が廃止される1970年の後の1972年までの、優生手術件数は、第十二条266件、第四条152件と、全国の動向と逆転した。規則趣意は以下のようなものであった。

…法第四条はその疾患が、当該家系に於いて遺伝性であると証明されなければ適用出来ないが、綿密な家計調査は甚だ困難…。このような場合は、精神衛生法に規定する保護義務者の同意があれば法第十二条の適用を企てることができるが手術費の負担で同意を得にくい場合が多かった。一方精神病患者又は精神薄弱者の子孫にそれらの疾病がしばしば現れることは統計の示すところであり且つ本人保護の点からも優生手術は必要であるが、本人の家族又は保護義務者から進んで優生手術を受けさせようと申し出ることは従来皆無であった。…

以上の認識から、手術費用を公費負担して第十二条による優生手術をしやすくし、かつ第四条該当のものも第十二条該当とする余地をもたらしめたものであったとしている。行政の指向性如何が第四条、第十二条の垣根も超えて運用を強化した実例である。

優生政策—優生保護法の施行は管掌機関は都道府県でありその行政執行によっている。優生保護委員会—審査会は第十八条の3項で、優生保護委員会（1952年審査会となる）は、医師、民生委員、裁判官、検察官、関係行政庁の官吏又は吏員その他学識経験者の中から命ずるとあり、国家—自治体—社会の行政機構によって構成されている。決して医学—医療法ではなく国家の人口政策の構造によっていることは留意しなければならない。

1973年加倉井駿—公衆衛生局長は優生保護法指導者講習会で強制不妊手術の適正化—抑制方針を発言した（11の7参照）。1960年代に減少していた実態を追認強化するものであった。行政がこの加倉井発言を経てどのように動いたかは明らかではない。

（5）内村祐之の矛盾と秋元波留夫

内村は1968年の段階で¹³⁶⁾（「わが歩みし精神医学の道」（みすず書房1968年196頁～214頁）で以下の様に述べている（同書XII章 国民優生法の制定をめぐって—民勢学的調査と双生児研究—）。興味深いこととして、「X章 東京大学への転任と傑出脳の研究」のところで、1936年に北大から東大教授に転任した時のことに触れている。「当時の東大教室の沈滞ぶりは、学問的発表の様子などからうかがわれたから、この時、『乃公出でずんば』の自負心が無かったとは決して言えない」としている。その三宅前教授が教授退官の時に新設された脳研究所の主任となり、何かと教室運営の妨害があったと憤慨している。その6年後に自分が脳研の主任になったことでその問題は解消したとしている。また、当時の松沢病院医局や東大の教室は、「まだクレペリンの体系に依存しており」自分が現象学的知見や用語を採り入れて状態像を把握して診断する（ヤ

スペースの) ハイデルベルグ学派精神病理学を採り入れていたことと比較して不満だったことを記している。

「XII 国民優生法の制定をめぐる一民勢学的調査と双生児研究」は以下の様である。

1934年1月にナチスが大規模に「劣性人種法」を実施したことに触れ、クレッペリンに範をとったリューデインとその門下が、学問的克明さで悪疾の遺伝性疾患を研究していたから、「ドイツのこの法律制定に学問的基礎があったことは認めていいと思う」としている。「しかし私の知りたいのは、リューデイン自身が、この立法に、どれほど積極的に関与したかということである。即ち、断種法制定に踏み切るのに、この立法に、どれほど積極的に関与したかということである。…リューデインの人と為りを多少とも知る私は、さすがのリューデインも、ナチスの権勢に押し切られて、御用学者的存在となりおわたたのではあるまいかとの疑問を抱くのだが」としている。既述のように、内村の部下・同僚である秋元が、ナチスドイツ、リューデインについて強い疑念を示していたことと重ね合わせてみる事が出来よう。以下内村の記述をまとめると以下のようである。

1. 民族衛生協会はその中心が生理学者や公衆衛生学者で精神医学者を殆ど交えない団体であったし(三宅鉦一や吉益脩夫の事を無視)、1933年、1935年に民族優生保護法案が提出されたが審議未了となった。それらは不完全きわまるものであった。2. 国民優生法の論議で精神医学者は消極的で、生理学者や公衆衛生学者は積極的だった。1938年になり、厚生省が出来、民族衛生協議会、国民体力審議会を主催したあたりから、自分はそれらの委員となった。3. 印象的だったのは、精神医学畑の人々は、終始、消極的、懐疑的であったことである。時世のおもむくところ如何ともしがたいと感じながら、生殖可能な精神疾患のなかから、悪疾遺伝を確言できるものを多数えらびだすことができるであろうか、患者を収容すべき精神病院を整備することを後回しにして、こんな方法を採用することが果たして正当な政治だろうかなどと思いめぐらした。植松七九郎、金子準二等は最もはっきりと否定的であった。4. しかし、我が国に遺伝学的研究は欠けており、リューデイン一派の研究成果を参考にするほかなく、屈辱的であった。5. 自分たち一教室と松沢病院医局一は1940年より、八丈島、三宅島、池袋、小諸などの地域遺伝学調査研究を行った。小諸の調査の時臺弘君のもとに召集令状が来た。6. その調査から引き出された結果は、ドイツ、ヨーロッパの数字とほぼ同一であった。外国の研究成果に頼っていた屈辱から幾分救われた。「断種法を強行するのに、これだけの所見で十分であるかという点になると、又、すこぶる、疑わしい。いわんや。実情を予見しただけで学術立法に踏み切るなどの醜態は向後絶対に避けなければならぬと痛感した次第である」。7. 「一方時代の力に押されて出来上がった国民優生法の方は、…結局、泰山鳴動して、ねずみ一匹で終わった観があった。それには、精神医学者が全幅の協力をしなかったことも影響していると思う。(戦後の優生保護法は) 主として人工妊娠中絶の

規制を目的にするものとなった。本来の目的の断種手術も行われているが、それは必要やむをえぬ者に限られ、その数はまことに少ない。もともと、このような、自然の生態現象に逆らう小細工によって民族の優生が促進されるはずがないのである」。8. 双生児研究についての記述。

内村らの遺伝学研究文献一覧を以下の様にあげている。

1 八丈島研究内村他「精神神経学雑誌」44巻(1940年) 2 三宅島研究内村他「民族衛生」第10巻(1942年) 3 津川武一其の他「精神神経学雑誌」46巻(1943年) 東京池袋町内3千人余対象 4 秋元波留夫其の他「精神神経学雑誌」47巻(1944年) 長野県小諸町一部対象5000人余 5 内村祐之「精神神経学雑誌」47巻(1944年) 日本各地の平均成員対象 6 立津政順「精神神経学雑誌」49巻(1947年) 多数の発端者調査→分裂病、躁うつ病、てんかんの出現頻度がヨーロッパに近似 7 内村・諏訪望・岡田敬蔵「医学の進歩」第6輯 南条書店(1949年) 双生児研究 8 岡田敬蔵「精神神経学雑誌」49巻(1946年) 双生児研究 9 諏訪望「精神神経学雑誌」49巻(1947年) 双生児研究 10 内村祐之編 双生児の研究1 日本学術振興会(1954年) 11 内村祐之編 双生児の研究2 日本学術振興会(1956年)。

内村の以上の記述は、大きな矛盾を孕んでいる。国民優生法成立時の批判と、優生保護法に対する批判を口にしながら、不妊手術の学問的基盤への貢献に対する自負心が勝っている。しかし、彼は、1948年の優生保護法成立から以下のような優生保護法にとって重要な時期に精神神経学会理事長の立場にあったことに触れていない。1949年5月の第4条での医師の申請の義務化、1952年での保護義務者同意による強制不妊手術である第12条制定、さらに1953年、精神病院協会会長金子と、精神衛生会理事長としての自らによる陳情書の提出についても触れていない。

内村のこの本には、父鑑三のこと(本論 5 国民優生法成立前史と産児制限論の1) 精神医学界への優生学の紹介(マーチン・バーの来日) 参照) も記されている。榊俣が我が国精神医学専攻者として初めて留学先のドイツに到着したのが1882年3月であったが、鑑三がペンシルバニア州立訓練学校に苦学生として看護人となったのはその2年後の1884年であったと記している。1927年祐之は鑑三を「拾ってくれた」その施設の長であったケルリンの墓に詣でたことを記している。鑑三の1894年の¹³⁷⁾「流鼠録」には、当時のケルリンの精神薄弱者施設の実情が記され、「現在の院長のドクトル・バー氏は余の在院時の下役の医員なり」とあるのは1921年に来日したマルチン・バーであろう。息子祐之が、父とは対極的な身分の精神医学研究者としてドイツのミュンヘンの精神医学研究所に留学したのは1923年から1925年であった。鑑三の父は、明治維新时期は幕府側高崎藩の武士で儒学的思想の堅固な持ち主であったが、札幌農学校でキリスト教に回心した鑑三のしぶとい教化に逢ってキリスト教徒になった。この内村家三代の系譜は、幕末から明治維新後の我が国の西洋文明の受容とその後の屈折した西欧化

の道筋を現わしている。優生学は国家や民族の動向に深く結びついた思想であったから、キリスト者にして愛国者であった鑑三が祐之の位置にあったならどのような優生学批判をしたらどうかと想像する。鑑三は、国民優生法制定の道を我が国が歩みだした1930年に70歳で永眠した。

ここで、内村の「盟友」秋元波留夫の1990年の優生保護法批判を記しておく。「この法律に基づいた、遺伝を理由とする優生手術や人工妊娠中絶は、最近ほとんど実施されていません。それは、分裂病、躁うつ病、てんかんの発病原因としての遺伝の関与が、昔ほど重要視されなくなったためです。…(分裂病、躁うつ病、てんかんなどの近年に遺伝学的知見にふれて)…子孫に伝えないという公益のために優生手術や人工妊娠中絶を定めているのは、学問的根拠がないばかりではなく、分裂病、躁うつ病、てんかんに悪疾という烙印を押し、社会的偏見を助長しかねない逆効果を及ぼすものですから、その存続を許すべきではありません」(138)(秋元波留夫・上田敏「精神病を病むということ」264-265(医学書院 1990年)としている。既述のように秋元は1940年に国民優生法批判をナチスの状況を洞察して論じていた。また、彼は内村と北大時代から行動を共にし精神病の疫学調査を共にやり、内村の後の東大教授—学会理事長となった。国民優生法—優生保護法に関する明確な批判を持続していたことに敬意を払わなくてはならない。しかし疑念は二つある。一つは90年当時優生手術がほとんど実施されなくなったのは遺伝学的知見が進歩したからである、と述べていることである。しかし、理由の第一は逆淘汰論が無効となる社会経済状況—経済の復興とそれに伴う過剰人口問題の減退—のためであり、第二は、65年精神衛生法改正問題から始まる69年金沢学会以後の伝統的精神医学批判と障害者の復権運動の社会動向によるというべきである。もう一つは、1953年の金子—内村の陳情書の時に彼はどのような反応したのだろうか、という疑問である。現在、私たちはそれを論じる根拠となる文献を確認できていない。

8：注

- 121) 岡田靖雄「日本精神科医療史」201頁
- 122) 松沢病院院長 林暲 「精神衛生法の施行」精神神経誌 51巻7号 307-308 1950年
- 123) 山下剛利『精神衛生法批判』日本評論社 1985年
- 124) 広田伊蘇夫、暉峻淑子編「調査と人権」現代書館 1987年
- 125) 「精神衛生課設置を陳情」財団法人日本精神病院協会 20年1969所収
- 126) 岡田靖雄抄録「優生保護法と精神科医療—障害者は棄民だった—」(2019年6月総会シンポジウム「旧優生保護法と精神科医療を検証する」)
- 127) 岡田靖雄上掲「日本精神科医療史」172頁
- 128) 岡田靖雄「金子準二 断種史上の人びと(その二)(日本医史学雑誌3号1999年)
- 129) 山本紀世子「優勢及び精神衛生政策の展開と精神障害者の処遇の変遷1990年代～1950年代において—」園田学園女子大学論文集第50号(2016.1)
- 130) 「強制不妊 旧優生保護法を問う」毎日新聞社 78頁 2019年
- 131) 山口公衆衛生局長宛「中間報告」自由党人口対策特別委員会委員長谷口弥三郎1963年7月25日
- 132) 江原由美子編「生殖技術とジェンダー」勁草書房 1996年
- 133) 舟津 悠紀「北海道の優生保護法運用と精神衛生行政」(大原社会問題研究所雑誌

No. 722・2018. 12)

- ¹³⁴⁾ 北海道衛生部及び優生保護審査会「優生手術（強制）千件突破を顧みて」（1956年）
¹³⁵⁾ 舟津悠紀「優生学の地域史—神奈川県優生行政の実態—」（日本歴史 841号 2018年6月）
¹³⁶⁾ 内村祐之「わが歩みし精神医学の道」（みすず書房 1968年 196頁～214頁）
¹³⁷⁾ 内村鑑三 「流鼠録」（内村鑑三全集 3 岩波書店 所収）
¹³⁸⁾ 秋元波留夫・上田敏「精神病を病むということ」264—265（医学書院 1990年）

9 1970年代の精神神経学会

(1) 収容所列島の形成と強制不妊手術の推移

戦後の我が国の精神障害者の精神病院収容政策は、1949年の民間精神病院の病院精神病院協会の設立、1950年の精神衛生法制定を嚆矢として進んだ。ここでは、1960年から1975年までの精神病床の増加の推移を見る。

1960年から1975年の精神病床（単位千）、措置、医療扶助患者数推移表

年	全病床	措置	措置率	扶助	公費率
1960年	89	12	12%	49	67.2%
1961年	106	35	33%	50	82.2%
1965年	173	65	42%	64	75.1%
1970年	247	77	31%	95	69.6%
1975年	288	64	22%	112	63.3%

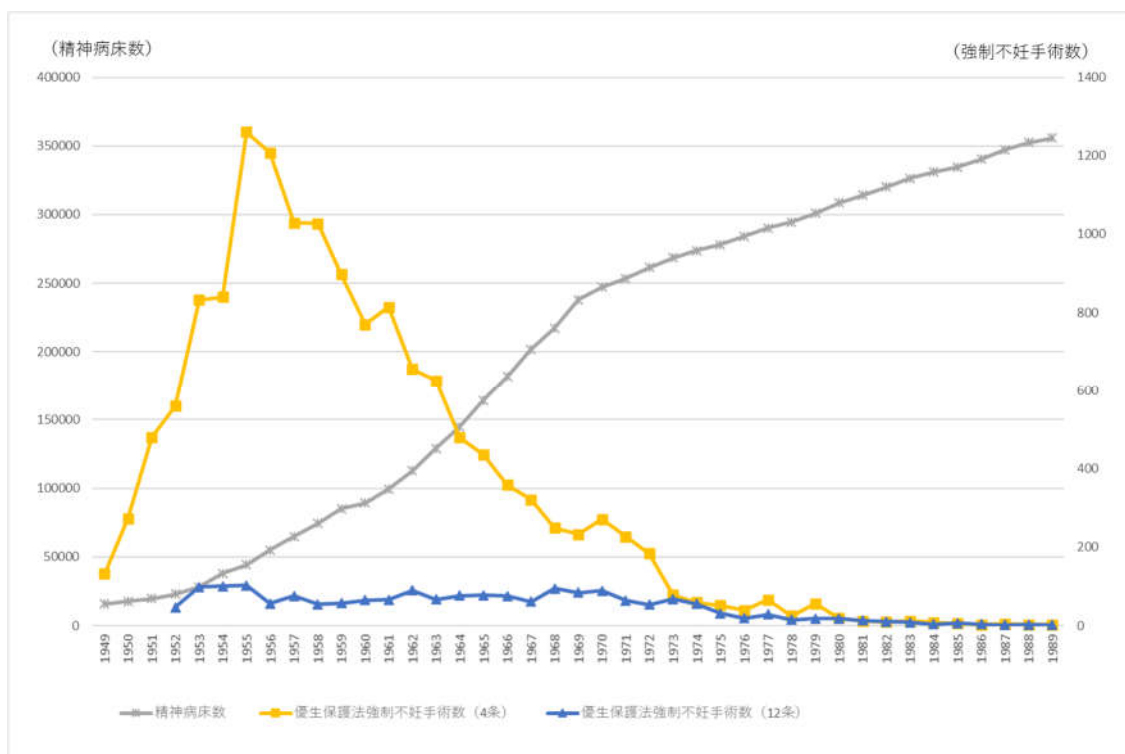
（措置入院制度運用の推移 中山宏太郎 精神医療より作成）

- ・（注：1945年3,995床、1955年44,000床）。

1948年の「医療法の特例等に関する政令」の第四条に基づいた「医療法施行規則第十九条の、標準によらないでもよいとする低い基準、その後の1958年の医療法特例により、精神病床は低基準が固定化した。これらや措置入院や生活保護による公費入院等の下支えにより精神病床は急増した。精神衛生実態調査によって目標とされて治安対策としての意味が強い精神障害者収容政策は確実に実現され、低規格で劣悪な精神病床は急増した。この時期は措置率の高さに注目すべきであろう。それに加えて医療扶助—生活保護入院の合算—公費負担が70%から80%の時代があったのである。その間、個人のための医療・社会保障政策ではなく、社会のための「救貧的治安収容施設—精神病院」¹³⁹⁾（富田三樹生「精神病院の底流」青弓社 1992年）に精神病患者・精神障害者を病院に閉じ込めた。このような状況はヨーロッパでの絶対王政期に、貧民として概括される社会的逸脱者の大規模な監禁に類比されるものであった、と言ってよい。精神病院問題は単に精神医学・医療問題ではなかった。病床はその後さらに増え、1993年精神病床数は36万3千とピークを迎え、逆に措置入院比率は2.1%に下降した。2020年32万5千床、27万5千人入院、措置率1%未満となった。

1968年WHOのクラーク勧告はわが国の精神科医療の收容主義を厳しく批判してその改善を勧告した。世界的には欧米では1960年代に精神障害者の收容政策は転換して脱施設化・地域医療に変革されていたが、我が国ではこの高度経済成長下に收容政策が強化されていた。

以上のような精神病院の動向に、旧優生保護法の強制不妊手術の第4条と第12条の数の動きをグラフにして比べれば以下になる。精神病床数は左の、不妊手術は右の軸の数値である。精神病床の増加に伴い不妊手術は激減した。強制不妊手術の減少は、高度経済成長による貧困と過剰人口の矛盾が解消に向かったことに起因し、精神病床の増加は、精神科病院の低医療費收容政策が経済成長一家族・地域からの労働力調達機能を負っていたからであると考えられることができる。



(2) 1969年金沢学会と70年代の学会運動

・1964年ライシャワー事件

米国駐日大使ライシャワーが、精神障害者に刺された。精神障害者野放しキャンペーンは政府をはじめマスコミを沸騰させた。それにより医師の精神障害者通報制度を軸とする警察庁申し入れの精神衛生法改正の動きが急となり、精神科医・大学医局連合・本学会などによる反対運動が拡大した。「精神衛生法改正対策委員会」が学会

に作られた。

1965年精神衛生法改正（当初の通報制度は阻止された）が行われた。保健所による精神衛生地域機能、通院費公費負担制度などが新たに作られた。66年学会総会で精神衛生法改正における活動によって呉秀三牌が都立松沢病院と昭和大学付属烏山病院に贈られた¹⁴⁰⁾（百年史 181頁、精神神経誌 68巻4号：545-548）。この改正問題の運動は学会全体としてのものであったと言える。

この運動を経て、政府が動き始めていた保安処分新設と学会としての議論を経て、保安処分制度への批判が始まった。全国の医学部での医学生、青年医師のインターン改革・撤廃闘争が年次的に積み重ねられ、大学闘争に発展した。

- ・1968年 革命（ベトナム反戦、大学闘争とプラハの春）
- ・1968年7月8日 東大全共闘結成
- ・1968年 東大精神科医局解散（10月14日）一東大精神科医師連合結成（10月21日）
- ・1969年1月16日～17日 東大全共闘などによる安田講堂占拠が機動隊により制圧→全国に大学闘争広がる。
- ・1969年9月8日 東大精神科病棟自主管理闘争開始（→1994年1月分裂していた東大精神科医師連合と教室会議の診療統合。この間の東大精神科での闘争は各地の大学や精神医療改革運動・保安処分反対運動・学会運動・患者運動と連動した）
- ・1969年5月 金沢総会¹⁴¹⁾「第66回日本精神神経学会議事録」（精神神経誌 71巻11号 1030-1206 1969年）

金沢学会の議論は、関西医師会議・京大の小沢勲が提起した二点から始まった。一つは、政府は労働力にならない疾病からは医療を剥奪し…精神医療の荒廃をもたらしているとし、学会理事会はその矛盾に背を向けてインターン制度に替えた報告医制、認定医制構想にまい進してきたことを痛烈に批判した。二つには、大学教授・医局講座制はそのように荒廃した民間病院を領地 Sitze にして無給医を派遣して支配し、精神病院の荒廃に手を貸しているとした。大学講座が体現する精神医学の隆盛は上の二つの事態を意味し、近代精神医学批判とはそのような体制批判を意味していた。この総会は全日程を理事会と医局講座制の腐敗についての全体討論となり、臺東大教授理事長・理事会退陣となった。その後新理事会が選ばれ、1969年12月20日「精神病院に多発する不祥事件に関連して全学会員に訴える」で、頻発する精神病院不祥事に対して学会として警告を発した。その後の70年代精神神経学会の活動とその近代批判との一応の総括的運動ともないうる宇都宮病院事件—精神保健法成立までの概略は以下のようなものである。

- ・1969年12月 新理事会¹⁴²⁾「精神病院に多発する不祥事件に関連して全学会員に訴える」（精神神経誌 72巻1号 1970年）を発した。
- ・1971年¹⁴³⁾シンポジウム「我が国の精神医療の現状と課題」（精神神経誌 72巻3号 229-238 1970年—）

- 1971年6月14日¹⁴⁴⁾ シンポジウム「刑法改正における保安処分問題と精神医学」(精神神経誌 74 卷 3 号 189-230、1972年)を開き「保安処分に反対する決議」(6月15日下記)をした。それに基づき「保安処分に反対する委員会」(中山宏太郎委員長)を設置した。
- 刑法改正に対する学会の態度表明(精神神経誌 73 : 537-538 1971年)¹⁴⁵⁾
 - (1) 保安処分に反対する決議
 - (2) 刑法改正問題委員会が従来発した第一次、第二次、第三次意見書を廃棄すること
- 1970年6月 精神科医全国共闘会議結成
- 1971年 シンポジウム「精神医療の現状と『中間施設』」(精神神経誌 74 卷 231-276 1972年)¹⁴⁶⁾
- 1971年8月、「保安処分に反対する委員会」と理事会は「保安処分に反対する意見書」(精神神経誌 73 卷 9 号 735-741 1971年)¹⁴⁷⁾を發した。意見書の末尾は次のようである。

「…精神衛生法は、戦後の精神科医療の法的基盤をなしているが、その運用は措置入院を中心になされてきた。しかるに、(1950年の厚生事務次官通知に触れ)、措置入院は公安上のものであることを明らかにしている。措置入院患者は、1969年の全入院患者 24 万余名中、7 万 5 千人を数え、30%余りに達している。かくして、同法は精神科医療を、社会防衛的立場から歪曲せしめた一因となっていることを指摘せねばならない」。
- 1972年 シンポジウム「いわゆる精神病質について」(精神神経誌 76 卷 1 号 1-36、1974年)¹⁴⁸⁾

精神病質概念は刑事政策的概念であるとして医学的概念としての無効性を論じられ否定された(欧米でも精神病質の変質論・生物学的決定論が批判され刑事政策的危険性はリスク概念に移行した)「吉岡隆一・大下顕 再犯予測について 精神医療と法に関する委員会報告 精神神経誌 104 卷 10 号 978-1001 頁 2002年」¹⁴⁹⁾。また、2023年4月よりの精神保健福祉法改正において、法の精神障害者から精神病質という文言がはずされた。
- 1972年 シンポジウム「生活療法」とは何か？(精神神経誌 75 卷 12 号 1003-1036 1973年)¹⁵⁰⁾ 収容所化した精神病院における抑圧管理体制として批判。
- 1972年9月地域精神医学会(箱根) 全関西精医研連合と精神科医共闘会議による4点問題による追及一学会崩壊。
- 1973年学会臺氏人体実験批判決議(精神神経誌 75 : 826 1973年)¹⁵¹⁾
- 「石川清氏より台氏批判問題委員会報告」(精神神経誌、75 : 848-895、1973年)¹⁵²⁾
- 精神衛生実態調査反対運動(患者摘発的調査手法と精神病者収容のための調査として批判した)。

- 1973年9月優生保護指定医の研修で加倉井駿一公衆衛生局長：「優生保護法の適正なる運営」（1973年度家族計画・優生保護法指導者講習会—日本医師会・厚生省主催）→強制不妊手術の適正化—抑制方針。
- 1974年シンポジウム「精神外科」（精神神経誌 77 卷 8 号 547—597 1975年）¹⁵³⁾
- 1974年 全国「精神病」者集団結成（←全国患者集会）
- 1974年「保安処分に反対する百人委員会」結成（学会理事森山公夫、「精神病」者集団大野萌子などが幹事となり、全国各地に当事者運動体が成立、精神病院問題・保安処分反対・赤堀問題冤罪事件を課題とする運動を展開）—1987年精神衛生法改正当時まで活動。
- 1974年全関西精医研連合が岩倉病院入院問題（精神科医全国共闘会議が対象）を告発し、それは改革運動の中での対立であり問題は保安処分問題の方針にまで及んだ。それは改革運動そのものが問われることとなった。その混乱により1976年の学会総会は中止された。
- 1975年 精神外科を否定する決議（精神神経誌 78 卷 2 号 170 頁）¹⁵⁴⁾
- 1975年 通信及び面会の自由に関する決議（精神神経誌 78 卷 2 号 170 頁）¹⁵⁵⁾
- 1975年 シンポジウム「精神分裂とは何か」 反精神医学の Thomas Szasz, David Cooper 招聘。
- 1977年 「岩倉病院へのK氏入院の当・不当問題についての理事会見」（精神神経誌 79 : 265, 1977年）¹⁵⁶⁾。
- 1978年総会「島田事件に関する決議」（精神神経誌 80 : 333, 1978年）¹⁵⁷⁾
 1954年に起こった殺人事件の犯人として死刑が確定していた赤堀政夫さんが障害者であることを理由にその無実の主張が認められず1961年に最高裁で死刑が確定した。その後も再審請求を本学会（担当 赤堀問題小委員会）も加わり全国的な運動が展開されていた。第4次再審請求に当たって学会が再審請求、死刑の執行停止を要求した。同年赤堀問題委員会が発足した。赤堀さんは1989年再審無罪釈放となった。
- 1983年「昭和58年精神衛生実態調査に関する見解」（「精神神経誌」：992, 1983年）¹⁵⁸⁾
- 1986年「宇都宮病院についての見解—精神障害者の人権擁護のために—」（精神神経誌 88 : 131—133, 1986年）¹⁵⁹⁾
- 1987年精神衛生法改正—精神保健法成立

以上は、医局講座制批判とともに収容所精神病院・精神衛生法・保安処分批判が展開されていた。他方で、学会としては、当時優生保護法改正案でゆれていた状況には全く触れていなかった。国民優生法成立過程における精神科医の激しい関与に比して、その無関心ぶりは際立っているのである。国民優生法という新たな優生学法制立法に対する精神科医の批判は、学会として保安処分という新たな立法に対して激しく戦われたことに類比できる。なお、以上のような1970年代の精神神経学会の動き

に違和感を持つ精神科医も多いはずである。この時代は、学会の旧体制に対する批判と対立と抗争の時代でもあったからである。そのような運動にもかかわらず収容所列島ともいうべき状況の骨格はなかなか変わらなかった。中澤¹⁶⁰⁾ (中澤正夫「巨大な空転」風媒社 2017年) は脱施設化から遠い現在のわが国の精神病院状況の要因として以下の三つにあるとしている。第一に1969年金沢学会を契機にした精神神経学会の変質、第二に東大精神科病棟の暴力的占拠の長期化、第三に地域精神医学会の破壊による地域精神医療・医学への悪影響。中澤のこの論は精神科病院が置かれた経済社会状況一国の精神医療政策分析よりも当時の学会における思想的対立の構図をそのまま当てはめている。中澤は群馬大学における生活臨床の実践者だった。筆者は我が国の改革運動と精神病院状況については別に論じた(富田三樹生「私たちは何をしてきたのか—イタリア精神病院廃絶運動と我が国の精神病院改革運動—」精神医療(1) No. 97 2020年、(2) No. 98 2020年、(3) No. 99 2020年)¹⁶¹⁾。

当時の精神医療改革・学会をめぐる著作は多数ある。そのうちにいくつかを下に掲げる。優生保護法問題については、岡田のものが、ナチスの優生政策に触れ、小沢のものは章を割いて優生保護法批判を掲載している。雑誌「精神医療」が1970年1月に東大精神科医師連合の理論誌として発刊され、1971年11月より全国誌となり、変遷を経ながら現在に至っている。

- 岡田靖雄「差別の論理」—魔女裁判から保安処分へ— (勁草書房 1972年)
- 小沢勲「反精神医学の道標」 (メルクマール社 1974年)
- 森山公夫「現代精神医学解体の論理」 (岩崎学術出版 1975年)
- 森山公夫「狂気の軌跡—構造論的歴史主義の視座」 (岩崎学術出版 1988年)
- 石川信義「開かれている病棟」 (星和書店 1978年)
- 烏山病院問題資料 I 1981年、同 II 1984年 (精神医療委員会発行)
- 広田伊蘇夫「精神病院」 (岩崎学術出版 1981年)
- 藤沢敏雄「精神医療と社会」 (批評社 1982年)
- 島成郎 「精神医療のひとつの試み」 (批評社 1982年)
- 浅野弘毅「精神医療論争史」 (批評社 2000年)
- 富田三樹生「東大病院精神科の30年」 (青弓社 2000年)

他方、70年代学会運動への批判として代表的なものは上記中澤の他以下があげられる。

- 秋元波留夫「精神医学と反精神医学」 (医学書院 1976年)

秋元は内村の後を継いだ東大精神科教授で、国民優生法批判を当時既述のように論じており、1990年にも優生保護法批判をしている。この本では東大精神科医師連合及び自主管路闘争、69年以後の学会を徹頭徹尾批判している。

- 臺弘「誰が風を見たか」 (星和書店 1993年)

臺は、秋元の後を継いだ、東大精神科医師連合結成時の東大教授でかつ69年金沢

学会当時の学会理事長、臺実験の当事者。

(3) 刑法改正の流れと学会

精神病院増床が急激に進んでいるとき、刑法改正¹⁶²⁾中島 直「精神障害者と触法行為をめぐる学会の議論」(日本精神神経学会百年史 2003年 356—376頁)の動きも急であった。それは戦前からの刑法改正の継続としてあった。

戦前の我が国の刑法改正は、次のような経過を経た。政府は1921年刑法改正に関する諮問を臨時法制審議会へ出した。

その内容は、政府は次の3点において刑法改正の必要を認めるが如何、というものである。

- 1 わが国固有の道徳及び美風のために。
- 2 人身及び名誉の保護を全かしめるために。
- 3 犯罪防止効果を確実にする刑事制裁の種類及び執行の方法は如何。

1925年治安維持法、普通選挙法成立。1926年「刑法改正の綱領」、1940年「刑法改正仮案」で、監護処分、矯正処分、労作処分、予防処分が規定された。然し改正はなされず、1941年治安維持法改正—予防拘禁制度の導入が行われ戦時天皇制ファシズムの法体制が整備された。戦後刑法改正を主導した小野清一郎の動向を見てみる。

京大教授の滝川幸辰は旧派刑法学者で、「刑法読本」などで前期旧派—自由主義的立場を鮮明にしたことから蓑田胸喜らの超国家主義者の排撃などがあり京大を追われた(滝川事件・京大事件 1933年)。その2年後美濃部達吉の天皇機関説事件(1935年)が起こる。小野は元来旧派刑法学者であった。当時断罪されたこれらの法学者と対極的な立ち位置にいた。

小野は戦前の刑法改正においては、「刑法並監獄法改正調査委員会幹事」であったが、1940年になって「刑法における道義と政策—改正刑法仮案に対する概括的批判」を発表¹⁶³⁾出口雄一「統制・道義・違法性—小野清一郎の『日本法理』をめぐる」(桐蔭法学 20巻 20号 139—169頁 2014年)して刑法仮案を批判したのである。

それはドイツ刑法を受け入れ、旧派刑法から新派刑法の二つの流れを形成し小野は前者に属して指導的立場を築いてきたのだが、仮案を目的主義・主観主義の主張を容れることで本邦の醇風美俗を害すること無きかを疑うと批判した。それは彼の日本法理という理念からする、実定法としての仮案への超国家的な国体明徴的立場からの批判であった。小野は、欧米の法理念を克服し皇国という国体を道義的理念の中心とする「日本法理」、「皇道刑法」を提唱し、東亜新秩序の法理を唱えていた¹⁶⁴⁾「日本法理の樹立」・「東亜の新たなる法律理念」(日本法理研究会 1942年)。

西欧では法と情理・道義が切り離されているがそれを一致させ、天皇と臣民との人倫的關係を中核とした国体に基礎づけられたものでなければならぬと説いた。刑法においては、応報刑、目的刑、社会防衛主義も個人主義的なものとして批判した。「東亜

の新たな法律理念」では、明確に「国体明徴」を称揚した。東亜新秩序とは、個人主義的な国際連盟とは異なった家族法的・親族法的な関係でなければならないと説いた。このような前歴により小野は戦後公職追放となった。これは、優生保護法を推進しながら、最終的には超国家主義的な立場からそれを「無効化」した我が国の流れと類似の動向である。

しかし、1956年「刑法改正準備会」が法務省にでき、刑事局長を会長に、法務省特別顧問である小野を議長とした。1940年の刑法改正仮案を基に作業を進めた。彼は「転向」して一旦否定した刑法仮案をもとに1961年12月「改正刑法準備草案」を完成したのである。超国家主義から敗戦により我が国そのものが「転向」したのであり小野もそれと軌を一にしている。準備草案では保安処分として治療処分と禁断処分を提起した。その理由として、「さしあたり、その対象として何人の念頭にも浮かび上がってくるのは、イ) 精神障害者によってなされる犯罪防止への処置と、ロ) ヒロポンその他覚せい剤ないしは麻薬中毒者によってなされる犯罪に対する処置である」とされていた。

精神神経学会は1961年に本学会総会評議員会において、新井尚賢よりの提起があり、その刑法改正の動きに対しての学会意見を取りまとめるためとして、吉益脩夫を委員長とする「刑法改正問題研究委員会」を組織した。

法務省は1963年に法制審議会に刑法改正について諮問した。審議会刑事法特別部会(委員長小野清一郎)を設け1971年刑法改正の必要があるとし、改正草案と法制審議会に報告した。1974年5月改正刑法草案を法務大臣に答申した。

この過程で、学会は1965年に至り、学会に設立された「刑法改正問題研究会」(当初委員長は吉益脩夫、後に中田修に交代)は法制審刑事法特別部会に提出を予定した「刑法改正に関する意見書(案)」が学会誌67巻10号に掲載された。研究会には中田修委員長、吉益脩夫などがいた。この意見書案は、61年準備草案では排除されていた危険な常習犯人の保安監置、労働嫌忌者の労作処分、去勢を含むものであり、40年の仮案のものを引き継いでいた。これには学会員から反対意見が相次ぐようになった。青木繁久1966年「刑法改正問題におけるうれうべき精神神経学会」(「健康会議」第18巻2号)岡田靖雄1966年「精神障害者の保安処分について—精神病院の現場からの意見」(法律時報第38巻7号)、関口進1966年「精神科医のみた保安処分とは何か—どんな問題があるのか」(社会医学研究 京都社会医学研究会第6巻2号)である。委員会意見書は第三意見書までできたが、そこでは、治療処分、禁断処分に限定して、準備草案に沿ったものになった。意見書は1967年の64回総会でも承認されなかった。新委員会を設置して学会としての意見を新たに検討する必要があるとされた。→「刑法・少年法に関する小委員会」設置(広瀬貞雄委員長)→「刑法・少年法に関する小委員会」(逸見武光委員長)となり72巻7号に医療の立場に立って保安処分に反対する意見書に掲載した。その後は既述の1970年代の精神医学会に略述したような経過となった。

永野周志¹⁶⁵⁾永野周志「刑法と支配の構造」(批評社 1975年)によれば戦前から一

貫した保安処分の推進者は以下である。刑法学者では小野清一郎東大名誉教授、久礼田益喜明治大学講師、木村亀二明治大学教授、正木亮神奈川大学教授（1938年国民優生法案を作った民族衛生協議会委員）、安平政吉青山学院大学教授、医学者では吉益脩夫東京医科歯科大学教授。

このようにして、保安処分と国民優生法—優生保護法はそれらを推進した人脈において一致していた。

保安処分問題は、その後も精神科医療の中核的な問題であり続け、学会は批判的に関わってきたが2003年、医療観察法成立によって一応の決着がつけられた。

（4）近代精神医学と社会防衛論

ヨーロッパにおいて、近代精神医学が成立する過程を振り返ってみると近代社会の在り方と不可分な関係が見えてくる。それは精神病論における変質論—遺伝学の流れにおける精神病論においてであり、もう一つは公衆衛生—社会治安政策思想の流れにおいてである。この二つの系列は刑事政策的転換—保安処分論と優生学において結びついている。

変質論の系譜は以下である。¹⁶⁶⁾市野川容孝「身体・生命」（岩波書店 2000年 以下「市野川・身体」）によれば、変質概念は啓蒙思想から始まる。ルソーの「人間不平等起源論」（1755年）は「自然」から「社会」の進化における人間の過程を変性（個体レベル）としてとらえた。私有制の成立による社会的政治的不平等が変性をもたらすとしている。人間を苦しめている病苦の多くは、人間が自然状態を離れ、社会生活を営み、「文明社会に生きる人間は、野生の状態で生きる人間や動物よりも虚弱になっている」とされ、すなわち変性 degeneration しているのである。動物の飼育による変質・退化と人間のそれとを類比した。ルソーは社会的不平等を批判したが自然的不平等は虚弱な体質を淘汰する自然の力として肯定された。

ルソーの自然淘汰に似た概念が近代西洋医学の中に取り込まれることとなった。それがモレルの変質論である。モレルの医学的変質論は1857年の著作から始まり、それはダーウインの進化論（1859年「種の起源」）とは独立のものであった。

それは第一に、変質によって身体的疾患や精神的疾患、道徳的逸脱行動が生じ、第二に、変質の原因が遺伝にあるとされた。それまでの「変性」が個体の内部にとどまるものが、世代を超えた種の変質として広がり、あらゆる精神的疾患、知的障害、道徳的逸脱行動の累積から家系の死滅にまでいたるものとされた。

中谷陽二¹⁶⁷⁾中谷陽二「変質学説からみたヨーロッパの精神医学・医療」（臨床精神医学講座 精神医療の歴史 中山書店 1999年）によれば、変質学説は未発達な遺伝理論に基づいた、悲観主義、宿命論、差別的な人間観に刻印された疑似科学思想とみなされるが、しかし、同時代者の目には、これこそ新しい人間科学の到来を約束する曙光として映じていた。その理由は、精神疾患の原因論に踏み込み、さらには予防の学へと関

心に向けさせたからである。こうした予防への関心は優生学運動に結びつきナチスドイツの障害者政策に結びついた、としている。

マニャンは、モレルの変質論を宗教的、倫理的な関連にあるものを臨床的事実に結び付けて発展させた。精神的不均衡者概念として知能、感情、意志に於ける不均衡者として特徴づけられた。急性期の挿話性急性錯乱と変質者の加害的被害者概念は慢性妄想病を潜伏期、被害妄想期、誇大妄想期、痴呆期とする位相の流れとしてとらえられた。眼メビウスは、マニャンの変質論を取り込んで、有機体の外からの原因と内からの原因に分けて、変質過程を内因とした。その構想をクレッペリンは導入したのである。クレッペリンの早発性痴呆は 1893 年教科書第 4 版に登場する。精神的変質過程の項目に、緊張病および妄想型痴呆と並び、1896 年第 5 版で代謝疾患（粘液水腫や麻痺性痴呆とともに）における痴成化過程とされ、破瓜病、緊張病、妄想性痴呆三型が位置付けられた。1899 年第 6 版に独立の項目として分類され、破瓜型、緊張型、妄想型がおかれる。経過概念が重視されアメンチア、パラノイアと区別され、躁うつ病がまとまった疾患単位として登場する。何よりもクレッペリンが変質論と結びついたのは、ロンブローゾの生来性犯罪人説であった。

¹⁶⁸⁾P/ホッフ著 那須弘之訳 P/ホッフ「クレッペリンと臨床精神医学」(星和書店 1996 年・原著 1994 年) は次のように述べている。

「クレペリンの精神医学は、極論すれば政治的精神医学であるというのは決して驚くべきことではなくて、むしろ彼の学問理解から起こる期待にまさに相当したものである。精神医学はその主な課題、精神障害の認識と治療の他に、最も広い意味での予防の問題、疫学そして一司法領域を経て一刑法問題にも重要な影響を及ぼしている。『国家の持つ精神医学的課題』についてクレペリンは 1900 年に意見を述べている。教科書の第 7 版 1903 年で彼は主な考えをつぎのようにまとめている。

あらゆる精神障害が患者自身にとってではなく、その周囲、共同体、子孫に対しての大きな影響を考えれば、精神病の予防は公共の問題である。国家は精神病に対する戦いを、あらゆる手段を用いて引き受ける緊急な理由がある。国家のみがこの戦いに課せられた大きな課題に効果的に取り組むことができる (1903 年、395 頁)」(同書 112 頁)。また、「予防はクレッペリンにとっては—ほとんどすべての同時代の学者にとっても—『変質過程』の予防あるいは少なくともその進行の阻止を意味している」(同書 113 頁)。ほとんどすべての同時代の学者、という文言に注意すべきだろう。

市野川¹⁶⁹⁾「性と生殖をめぐる政治—あるドイツ現代史—市野川容孝」(「フェミニズムの主張 3 生殖技術とジェンダー」江原由美子編 勁草書房 1996 年 所収) は論文の注 (7) として次のように述べている (214 頁)。

精神疾患者に対する不妊化措置は、さらにクレッペリンによって力説される。精神病質性人格というカテゴリーを立て、「社会的敵対者 (反社会的人格)」を設け、1910 年代に次のように述べている。「本質的なのは、彼らを何かの方法で社会生活から遠ざけ、

できるだけ長くは破壊的でない生活を送らせることである。このような生来性犯罪者の特質の遺伝に関して考える可能性として、1899 年以来北米で、後にはスイスでも実施されている、不妊を目的とする男性精管切断術がある」(Kraepelin1913=1989:304)

フーコーは近代精神医学について次のように述べている。

¹⁷⁰⁾「狂気の歴史」(狂気の歴史—古典主義時代における—) 田村俣訳 新潮社 1975 年:原著 1972 年)の「自由の正しい使徒について」の項目で、大革命直前から大革命の過程において、狂人保護院の誕生と自傷他害概念形成の密接不可分の関係について述べている。それは従来からの法的主体の責任能力の問題とは別に、社会的人間としての狂気が、自傷他害概念を軸に狂人保護院に収容されることが公認されていく過程である。

(1) (精神医学は)「公衆衛生学としての医学」の機能の必要性和「個人の矯正技術としての法的処罰」の機能の必要性和の適合…精神医学制度と司法制度とに、危険な人間という主題が書き込まれる、とした。

(2) 19 世紀精神医学は、危険な人物に印をつける病理学的徴候—背徳狂、本能的狂気、変質—を探す傾向↓イタリア学派の犯罪人類学、当初のベルギー学派の「社会防衛理論」を生むことになる¹⁷¹⁾ (19 世紀司法精神医学における「危険人物」という概念の進展 講演 上田和彦訳 1978 年 (ミシェル・フーコー思考集成VII 筑摩書房)

(3) 彼は¹⁷²⁾「社会医学の誕生」(講演 1974 年、1977 年中央アメリカ保健科学評論掲載:フーコーコレクション6 生政治・統治 小林康夫、石田英敬、松浦寿輝訳 ちくま学芸文庫)では以下の様に述べている。

「近代医学とは社会医学でありその基礎は社会をめぐるある種のテクノロジーにはかなりません。医学とは社会的実践であり、その一側面だけが個人主義的で、医学と患者の関係を重視するのです」としている。

18 世紀から 19 世紀にかけて、ドイツの国家医学、フランスの都市医学、イギリスの労働者の医学が、民族や国家や都市社会における産業と人口の健康や感染対策、労働治安対策の要請とあいまって近代医学が形成されてきた。それは、社会や国家や「民族」に浸透する産業政策の中での公衆衛生—社会精神医学として誕生した。自由な個人の医療を対象として発展したものではなかった。そのうえで、19 世紀後半以後、諸個人の身体と健康は労働力人口として把握された。19 世紀後半以後は明確に社会・国家の労働力、ひいては兵力としてとらえられてきたこと、その人口に対するテクノロジーとして医学は社会医学として形成されてきた。諸個人、家族、地域社会の幸福と安寧は、社会を構成する人口、国家の労働力の安寧のもとに成立するのであり、その限りで尊重されることになる。

フーコーの精神医学批判は主に治安的な「生権力」批判として論じられ、優生学と

の関連は希薄であるのは、フランスの優生学は国家的な意味が少なかったことと関係があるだろう。19世紀末から20世紀の優生学の勃興形成は、精神医学を精神病の予防の名において、優生学の僕にする動向が顕在化する。社会防衛の二つの柱は吉益の言うように保安処分と強制不妊手術となる。

(5) 優生学の近代性と1968年革命—現代への途上

以上のような近代精神医学批判は、概略的には近代批判としての1968年革命を経て起こったものである。第二次大戦後の戦後処理は米国とソ連の二つの超大国によってその枠が確定され、キューバ危機を経てデタントにより平和共存という形になった。68年革命はそのデタントの世界分割支配体制に対する反乱であり、政治的革命としては無効に終わったが、国家や民族の桎梏の相対化という文化革命としては大きな意味をもったのである。

米本の述べている第二次大戦後ナチスの優生政策の否定的再発見—非ナチス国家の優生政策の再発見は、1960年代の公民権運動やアメリカや全世界に沸き上がったベトナム反戦運動の高揚の中で1968年革命を準備し、西側ではフランスのパリでの闘争が一つの象徴となり、ソ連圏ではソ連に対抗した「プラハの春」が一つの象徴となった。

ベトナム戦争では戦闘における外傷精神病や女性の性的外傷が顕在化し、児童への虐待が社会的に取り上げられ、精神病患者も声を上げ始めた。それらの世界の動きの一環に1969年金沢学会総会があった。ミシェル・フーコーの精神医学批判における、(精神)医学の「生権力」、という把握も1968年革命の流れとともに生まれたものである。

優生学の動向は、精神病(いわゆる内因性精神病、精神薄弱、精神病質を含み、戦後の精神衛生法の精神障害に相当する領域)の労働無能力性を中核として、社会不適応—反社会性に対しており、それは新派刑法・保安処分の対象とほぼ同一であり、19世紀後半以後の精神病に対する動向の二つの側面、優生学の対象性と、保安処分の対象性ということになる。精神医学はその対象性に対する専門知として形成されてきた、といえる。松原が¹⁷³⁾において、優生学は近代性のものと云い、社会主義との関連に言及したことは、重要である。

今村仁司¹⁷⁴⁾「近代性の構造—「企て」から「試み」へ」(講談社 1994年)は、フランス革命以後の近代を第二近代(絶対王政期を第一近代)と呼び、近代資本主義の特性とそこに内在する本質的な矛盾について述べ、その克服運動として1968年革命を第三の近代—現代の始まり—と位置付けている。今村が指摘しているように1968年から近代の矛盾が世界的に広がりをもて論じられるようになったとしている。彼は前著¹⁷⁵⁾「排除の構造—力の一一般経済学序説」(青土社 1989年)において、近代資本主義社会の形成理論を「資本論」の価値形態論—貨幣・資本形成をモデルにして深く論じていた。彼はそれを宗教民族学における供犠と王の両義的犠牲形成メカニズム—第三項排除と結

びつけて論じていた。物々交換的な商品交換から、諸商品の中から特別商品としての「貨幣」を排除析出しさらに資本を析出する過程を犠牲形成メカニズムとして論じているのである。供犠は下方への排除であり、王は上方への排除である。価値形態論に位置づければ、供犠は、売れないガラクタ、であり、王は、貨幣（資本）となろう。ガラクタと貨幣が犠牲として析出されることと、それにより共同社会（商品社会—市民社会）が形成される過程とが等根源的な事態としてとらえられる。

それに対応するように、労働能力のない危険な人間は下方排除され、労働能力の高度なもの、社会的に有能とされるもの（有産者—資本家）は上方排除されるであろう。このようにして市民社会は（交換）価値を軸とした使用価値を対象とした差別社会として現れるだろう。前近代社会では儀礼と日常生活は区別され「聖」（上方排除）と「俗」と「穢れ」（下方排除）に分割されているが、近代においては世界は普遍的に世俗化された形で第三項排除—犠牲形成がなされることになる。

近代国民国家は国家の領域に住む住民は等しく国民となるとともに実際は多人種によってそれが複合構成されることになりその矛盾が人種問題を生み、労働能力の差異が障害者問題を生んだのである。それがもたらす社会外排除（民族、人種、…）⇔社会内差別（貧困、階級、非理性—精神病—、労働無能力、ジェンダー…）によって下方排除される第三項は、それぞれが、社会科学及び自然科学の学的対象となり、近代知—専門知または「社会思想知」が形成される。またその専門知—「社会思想知」によりその矛盾を克服・処理する政策が企画される。排除されたものがその排除の根拠をその知によってもたらされるという形態をとる。専門知の中に近代医学（精神医学）、遺伝学、福祉政策、刑法・刑事政策学なども含まれる。社会的逸脱や貧困とともにあった狂気は精神病として下方排除され専門知としての精神医学はそれを対象化しつつ自らは上方排除される。人口論と不可分に形成された優生学もそのような社会的な専門知であった。近代とはそのよう過程と構造によって社会政策が企画実行される。それらが19世紀以後の今村の云う第二近代に形つくられた近代科学・近代社会科学というものであった。とりわけ19世紀末以後の帝国主義の時代は、国家とか民族が他の国家、民族との対抗上差別と分断が「専門的思想」によって合理化された時代であった。とりわけ第一次と第二次の大戦戦間期はそのような労働無能力者の社会的負担が強調された。第二次大戦後も米ソを軸とした戦後処理—戦後の国際秩序としての冷戦構造によってそのような近代の構造が残ったが米ソによるデタントによってもたらされた世界支配体制のもとで、二つの超大国に対する反乱—1968年革命がおこりその体制が動揺したのである。

1755年 ルソー「人間不平等起源論」

1776年 アダム・スミス「国富論」

1789年 フランス革命

1798年 マルサス「人口論」初版
1857年 モレルの変質論
1859年 ダーウイン「種の起源」
1867年 マルクス「資本論」
1876年 生来性犯人説 ロンブローゾ
1883年 フランシス・ゴルトン「人間の能力と発達の研究」(優生学の始まり)
1899年 クレペリン教科書第6版
1914~1918年 第一次世界大戦
1917年 ロシア革命
1919年 ワイマール共和国成立
1929年 世界恐慌
1933年 ナチス政権成立
1937年 第一次近衛内閣、日華事変、日独伊三国防共協定
1939年 ドイツポーランド侵略・第二次世界大戦~1945年
1941年12月 真珠湾攻撃一日米開戦「大東亜戦争」
1945年 第二次世界大戦終結一米ソ体制
1955年~1975年 ベトナム戦争
1962年 キューバ危機—デタント(米ソの世界分轄体制)
1968年 「1968年革命」(世界のベトナム反戦—大学闘争とプラハの春)
1989~91年 東欧革命・ソ連崩壊
1990年 湾岸戦争
2001年9月11日 同時多発テロ
2003年3月 イラク戦争
2022年2月24日 ロシアのウクライナ侵攻

「人間不平等起源論」、「国富論」、「人口論」、「変質論」、「種の起源」、「資本論」、「生来性犯人論」というようにして近代というものの骨格が現れるであろう。啓蒙主義時代からの近代は社会主義思想をも包含している。また、欧米諸国や我が国の優生学的立法の経過を重ね合わせてみれば、市野川の次の言葉は頷けるだろう¹⁷⁶⁾(市野川容孝「強制不妊手術の過去と現在—ドイツ・スウェーデン・日本：母体保護法とわたしたち 斎藤有紀子編著 明石書店2002年所収)。

「思い違いをしてはならない。優生学は、帝国主義戦争での生き残りを賭け、富国強兵を掲げる政治的右派のナショナリズムが生み出したものではない。本来は『インターナショナル』を原理とする社会主義もまた、優生学を人間解放の手段として積極的に動員しようとする。社会主義は性を解放しながら、同時に、ブルジョア的な私有財産を廃棄しようとする。だが、人間の性と生殖、そして人間の生そのものもまた社会的に管理

されるべき何者かとなったのだ。優生学はまた、ゴビノーやチェンバレン、そしてまたヒトラーのあの荒唐無稽な人種差別イデオロギーとも本来は無関係である。優生学が定位しているのは、不治の病にあり、その病ゆえに社会に何らかの形で危害を与える人間であり、優生学の最大の課題は、彼らの生命の再生産をはばむことによって、彼らの病そのものを社会から根絶することである」(185頁)。

米本の述べている第二次大戦後のナチスの優生政策の否定的再発見—非ナチス国家の優生政策の再発見は、60年代の公民権運動やアメリカや全世界に沸き上がったベトナム反戦運動の高揚の中で68年革命が準備したものであった。

以上の様な近代国民国家の矛盾への批判は、近代革命のあるいは資本主義社会の肯定的な理念の裏にある悪—貧困問題を暴露したものである。肯定的な面は人間的価値の属性主義から個人—人権の背景にある能力主義への転換である。ところが能力主義は能力による差別を生むだろう。能力による差別は身分による差別を克服する資本主義社会の原理であった。他方で次世代の労働力再生産と家族や女性の問題は障害者—「労働無能力者」や子供や老人の役割を考慮しかつその消費生活は諸商品の市場を用意するだろう。諸個人は個人の権利と尊厳を自己主張するだろう。

70年代以後の ability—disability の問題は、生産能力の問題から日常生活能力の問題、障害者の社会における自立生活の問題に移行していった。日常生活における幸不幸と結びついた諸個人の日常的な「実感」とも結んだ議論が展開される。その日常は、新たな生殖技術と深く関連する。中絶の「自己決定」と、生まれようとする新たな他者との関係、代理出産における契約は何処まで自己のものでありうるのか、近代の能力主義を肯定しつつ能力主義を克服していかなければならないことになる 177) (立岩真也「私的所有論」 勁草書房 1997年)。ここでは、すでに述べた様に障害が遺伝的に証明されれば優生的処置は許されるという次元にはない。

9：注

139) 富田三樹生「精神病院の底流」青弓社 1992年)

140) 「百年史 181 ページ」、精神神経誌 68 巻 4 号：545—548

141) 第 66 回日本精神神経学会議事録 精神神経誌 71 巻 11 号：1030—1206 1969 年

142) 1969 年 12 月新理事会「精神病院に多発する不祥事件に関連して全会員に訴える」(精神神経誌 72 巻 1 号 1970 年)

143) 1971 年 シンポジウム「我が国の精神医療の現状と課題」(精神神経誌 72 巻 3 号：229—238 1970—年)

144) 1971 年シンポジウム「刑法改正における保安処分問題と精神医学」(精神神経誌 74 巻 3 号：189—230、1972 年)

145) 刑法改正に対する学会の態度表明 (精神神経誌 73：537—538 1971 年)

146) シンポジウム「精神医療の現状と『中間施設』」(精神神経誌 74 巻：231—276 1972 年)

147) 「保安処分に反対する意見書」(精神神経誌 73 巻 9 号：735—741 1971 年)

148) シンポジウム「いわゆる精神病質について」(精神神経誌 76 巻 1 号：1—36, 1974 年)

149) 吉岡隆一・大下顕「再犯予測について 精神医療と法に関する委員会報告 精神神経誌 104 巻 10 号 978—1001 頁 2002 年」

-
- 150) シンポジウム「生活療法」とは何か? (精神神経誌 75 巻 12 号 : 1003-1036 1973 年)
- 151) 臺氏人体実験批判決議 (精神神経誌 75 : 826 1973 年)
- 152) 「石川清氏より台氏批判問題委員会報告」(精神神経誌 75 : 848-895, 1973 年)
- 153) シンポジウム「精神外科」(精神神経誌 77 巻 8 号 547-597 1975 年)
- 154) 精神外科を否定する決議 (精神神経誌 78 巻 2 号 : 170 頁)
- 155) 通信及び面会の自由に関する決議 (精神神経誌 78 巻 2 号 : 170 頁)
- 156) 「岩倉病院へのK氏入院の当・不当問題についての理事会見解」(精神神経誌 79 巻 : 265, 1977 年)
- 157) 「島田事件に関する決議」(精神神経誌 80 : 333, 1978 年)
- 158) 「昭和 58 年精神衛生実態調査に関する見解」(「精神神経誌」: 992, 1983 年)
- 159) 「宇都宮病院についての見解—精神障害者の人権擁護のために—」(精神神経誌 88 : 131-133, 1986 年)
- 160) 中澤正夫「巨大な空転」 風媒社 2017 年
- 161) 富田三樹生「私たちは何をしてきたのか—イタリア精神病院廃絶運動と我が国の精神病院改革運動—」精神医療 (1) No. 97 2020 年、(2) No. 98 2020 年、(3) No. 99 2020 年
- 162) 中島 直「精神障害者と触法行為をめぐる学会の議論」(日本精神神経学会百年史 2003 年 356~376)
- 163) 出口雄一「統制・道義・違法性—小野清一郎の『日本法理』をめぐる—」(桐蔭法学 20 巻 20 号 139-169 頁 2014 年)
- 164) 「日本法理の樹立」・「東亜の新たなる法律理念」(日本法理研究会 1942 年)
- 165) 永野周志「刑法と支配の構造」(批評社 1975 年)
- 166) 市野川容孝「身体・生命」岩波書店 2000 年
- 167) 中谷陽二「変質学説からみたヨーロッパの精神医学・医療」 臨床精神医学講座 精神医療の歴史 中山書店 1999 年
- 168) P/ホッフ著那須弘之訳「クレッペリンと臨床精神医学」星和書店 1996 年・原著 1994 年)
- 169) 注(7) 市野川容孝「性と生殖をめぐる政治—あるドイツ現代史—」(「フェミニズムの主張 3 生殖技術とジェンダー」江原由美子編 勁草書房 1996 年 所収)
- 170) フーコー「狂気の歴史」(原著 1972 年) (「狂気の歴史—古典主義時代における—」田村俣訳 新潮社 1975 年)
- 171) フーコー「19 世紀司法精神医学における『危険人物』という概念の進展 講演」(上田和彦訳原著 1978 年 : ミシェル・フーコー思考集成VII 筑摩書房 2000 年)
- 172) フーコー「社会医学の誕生」(講演 1974 年、1977 年中央アメリカ保健科学評論掲載 : フーコーコレクション 6 生政治・統治 小林康夫、石田英敬、松浦寿輝訳 ちくま学芸文庫 2006 年)
- 173) 前掲「松原講演 2018 年」
- 174) 今村仁司「近代性の構造—「企て」から「試み」へ」 講談社 1994 年
- 175) 今村仁司「排除の構造—力の一般経済学序説」青土社 1989 年
- 176) 市野川容孝「強制不妊手術の過去と現在—ドイツ・スウェーデン・日本」(母体保護法とわたしたち 斎藤有紀子編著 明石書店 2002 年所収)
- 177) 立岩真也「私的所有論」 勁草書房 1997 年

10 優生保護法改正案(1972年)とその後

(1) 「不幸な子供」と新たな人口政策

横山¹⁷⁸⁾は日本母性保護医協会一日母のおぎゃー献金について記している。「新優生学の内容は多岐の内容を含むが、ここでは、染色体異常を主な対象とした羊水検査、出生前診断などによる選択的中絶などをさし、生命倫理の論点となって久しい。これは国民優生法、優生保護法などの断種を通した古典的な優生学と区別される」と云っている。

「おぎゃー献金」は1964年鹿児島県大口市の産婦人科医遠矢善栄の提唱の下に始められた日母の全国キャンペーンである。妊婦が健常児を出生した場合先天障害児の福祉と先進的医療の開発のために献金を求めるものであった。70年代から始まる優生学的思想批判の始まる前のもので、優生学的発想がまだ科学的で道徳的とされ認識されていた60年代半ばのものであった。「それは健常児と障害児を二分し前者を幸福で後者を不幸とする発想が見られ、先進技術の開発で障害児の出生を減少させる発想と結びついていた」

1963年8月谷口の死があり、日母は危機を迎え、1964年3月に新会長の東大教授の森山豊を選んだ。その総会で、鹿児島支部提出の「重症心身障害児の救済対策」が採択された。それが「おぎゃー献金」である。

おぎゃー献金はコロニー構想と重なりながら進展した。

1965年献金額が1千万円にのぼったことから配分が議論された。

島田療育園、びわこ学園、不二愛育園、一二三学園や、障害防止研究費などに配分された。自治体の「不幸な子どもを生まない運動」（1966年兵庫県で開始され41都道府県と15の市に拡大した。1970年代の批判により中止された）に日母のおぎゃー献金が関与した。

¹⁷⁹⁾松原洋子は戦後の人口政策の中での障害者施策を要約している。1950年代半ば以後の高度経済成長、出生率の急低下により過剰人口問題は解消された。1960年代以後は将来の高齢化社会を見据えて人口政策が課題となった。池田内閣の1960年代以後の所得倍増計画、1962年5月の「人づくり政策」、1962年7月厚生省人口問題研究会の「人口資質向上対策に関する決議」などが出された。そこでは、「人口構成においては、欠陥者の比率を減らし、優秀者の比率を増やすように配慮することは、国民の総合的能力向上のために基本的要請である」とされた。旧来の優生学における民族復興、逆淘汰論は影を潜めたが、高度経済成長に即応した優生政策は維持された。政府は「社会開発」ということばに「人口資質向上」と「福祉」の拡充を一体的にとらえた。1965年7月佐藤内閣の「社会開発懇談会」は、重度障害者の大量収容施設—コロニー構想を唱え、1974年までに全国コロニー網を完成する計画を立てた。それには障害児の親たちの運動が背景にあった。また当時「誌上裁判 奇形児は殺されるべきか」（婦人公論第48巻2号 1963年）で、水上勉、石川達三は「障害児の生殺を決める委員会があるといい」と発言（2018年学会シンポジウム岡田靖雄「優生保護法と精神科医療—障害者は棄民だった—」）した。

1963年6月号中央公論の、水上勉「拝啓池田総理大臣殿」は大きな反響を呼び施設

収容への拍車がかかった。1970年代後半公害反対運動が各地に勃興し、人権意識の高揚があった。1970年心身障害者対策基本法が制定、1972年身体障害者福祉法改正が行われたが常時介護必要障害者の生活施設も法的根拠を与えられ、社会復帰を前提として更生・訓練施設ではないコロニー構想と連動した。障害者対策の拡充の流れは障害者福祉が財政圧迫をもたらすとする福祉コスト削減の流れが起こり、「障害児の発生予防」という声につながった。その頃1968年羊水チェックが日本でも行われた。

1974年の学術会議生物科学研究連絡委員会・遺伝学分科会と人類遺伝学会が合同で「人類遺伝学将来計画」（1974年9月）が作成された。障害児治療と発生抑制が財政軽減を導き福祉国家の実現と結びつけて論じられた。

「個々の症例に対する医療水準が向上した結果、かつては自然淘汰によって集団からのぞかれていた有害遺伝子におけるプールにおけるその頻度が上昇する機会が多くなったことである」とし、旧来の変質論と同様な認識が語られていた。人類遺伝学将来計画では「不幸な子供を生まない運動（1966年兵庫県で開始）」に言及して、それを称揚した。アメリカの性革命が日本にも上陸し、生殖から解放された性の解放が喧伝される一方で、母子保健では優生結婚の必要が説かれ続けていた。1970年当時「不幸な子供を生まないための運動」は42の道府県市で行われていた。1965年の母子保健法の公布から60年代の「人づくり」の流れを汲んでひろがっていた。

不幸な子どもの定義（兵庫県衛生部不幸な子どもが生まれない対策室が著した「幸福への科学」1973年）は以下のようであった。

- 1、生まれてくること自体が不幸である子供 遺伝性精神病など
- 2、生まれてくることを誰からも希望されていない子供…
- 3、胎芽期、胎児期に母親の病気やあるいは無知の為に起こってくる、各種の障害をもった子供…
- 4、出生直後に治療を怠ったため障害や不幸な運命を背負って過ごす子供、例えば分娩障害・未熟児・血液型不適合…
- 5、乳幼児期に早く治療すれば救いうる…例えばフェニールケトン尿症などの先天性代謝障害による精神薄弱など…

この施策は「不幸を背負った子どもを、一人でも新たににつくらない」ためとされ、兵庫県衛生部は1972年には羊水検査を県費で負担する制度を発足させた。この時代、民族や国家の逆淘汰論の問題ではなく個々人の幸不幸の問題と、福祉的財政負担の軽減がセットで、産む側の自己選択として新たな優生政策が展開されていた。これを「新優生思想」ということができる。この動向に真正面から告発運動を展開したのが脳性麻痺の当事者団体である「青い芝の会」であった。

(2)「青い芝の会」の運動の開始

- ・1970年5月29日横浜市の母親が脳性まひの女の子を殺害した。

障害者を持つ親の会などの減刑嘆願運動が湧き起こり、福祉政策の貧困、福祉施設の不足を批判して世論が盛り上がった。

同年7月10日、日本脳性麻痺者協会神奈川青い芝の会が、子を殺した親に対して厳正なる判決を要請する、とする文書を横浜地方検察庁、横浜地方裁判所に出した。福祉政策の貧困に事件の原因を帰して無罪・減刑にすることは、重症児の殺害を正当化することになるとして「どうか法に照らして厳正なる裁判をお願い申し上げます」とした。

「青い芝の会」は「庶民のマイホームを守らんがために、またこれを基盤に成り立っている社会体制をこそ守らんがために、障害者収容施設、巨大コロニー網が必要なのである」と健全者社会を痛烈に批判告発した¹⁸⁰⁾横塚晃一青い芝全国常任委員会会長「ある障害者運動の目指すもの」(ジュリスト臨時増刊1974年10月10日)。

1975年の青い芝行動綱領は以下のようなものである。

われらが生きるために

1、われらは自らCPであることを自覚する。1、われらは強烈な自己主張を行う。1、われらは愛と正義を否定する。1、われらは健全者文明を否定する。1、われらは問題解決の路を選ばない。

青い芝の運動は健全者の正義や同情を峻拒し、これに立ち向かって自己を主張しえたのは、ほぼ女性たちの運動のみであった。

(3) 1972年政府の優生保護改正案—第一の論点—経済条項問題

松原¹⁸¹⁾によると以下の様な経緯の中で優生保護改正案が政治日程に上った。中絶を禁止する運動を展開していたのは主としてカトリック医師会と生長の家であった。野放し中絶を非難する記事が度々マスコミに登場していた。1967年に「優生保護法改正期成同盟会」が結成された。経済的理由の拡大解釈と胎児の生命の尊重が掲げられ、自民党を動かした。日母や日本医師会も対応を迫られ、経済的理由の文言の削除や先天性異常時発生の予防という胎児側の理由を追加する方向が出された。政府から1972年に改正案が出された。優生保護法制定の原動力となった母性保護—中絶問題が俎上に挙げられたのである。

- 1 中絶の対象から経済的理由を削除し、精神的理由を加える。
- 2 胎児の障害を中絶の理由に加える。
- 3 優生保護相談所の義務として、初回分娩の適性年齢の指導項目を導入する。

第一の論点は経済的理由の削除。改正論者からは経済的理由は、戦後混乱期の緊急避難措置であったとし、安易な中絶の口実、生命軽視、性道德の乱れ、…墮胎天国の国際的汚名返上などが主張された。

・1974年まで審議が持ち越され、「ウーマンリブ活動家から自民党女性議員まで」が経済的理由の削除に反対した。女性解放運動は、産む産まないは女の自己決定の権利と

して国家から女に権限を回収することを主張した。この改正は最終的に撤回された。

(4) 改正案—第二の論点—胎児条項批判と女性解放運動の矛盾—1

第二の論点は2の胎児条項であった。青い芝の会の運動は、胎児条項がナチスの優生思想の再来との批判を行った。

優生保護法の下で広く行われている中絶（公式統計で1953年から1961年まで年間100万件超え、1970年から1979年まで73万件から61万件）、羊水穿刺などによる胎児診断の広がり、現実の障害者殺しへの社会の同情、という現実から、選択的中絶を「本来あってはならない存在」、「障害者殺し」と同等であると批判した。「健全者のエゴ」、「内なる優生思想」を糾弾した。これも結論的には改正はならなかった。

重要なことはこの70年代の問題提起は、それ以前の優生保護法議論は障害の遺伝原因の不確実さを巡る議論であったが、この時代以後障害があってもそれを理由に中絶や優生手術をすることへの原理的な批判に変化したことであろう。

(5) 改正案—第三の論点—胎児条項批判と女性解放運動の矛盾—2

第三の論点 女性—出生の国家管理批判・女性の自己決定の権利という思想と障害胎児の生きる権利は、優生保護法改正反対運動に鋭い矛盾を突き付けた。女性運動は優生学的中絶の否定としてこの矛盾を乗り越えようとした。

しかし、この女性の自己決定と胎児条項の矛盾は、近代の自由意志の問題とかかわった原理的な問題をはらんでいる。

・市野川¹⁸²⁾「性と生殖をめぐる政治—あるドイツ現代史—」（生殖技術とジェンダー 江原由美子編 勁草書房1996年）は次のように論じている。フェミニズムの「女の自己決定」からの国家への異議申し立てとしての権利 Recht は、国家・法 Recht と同一の地平にあり、それは「自己決定が否定される生命」に対する優生学的（近代）権力となる。それを19世紀末以後の（ドイツ）のラディカルなフェミニズムの歴史を通して、日本にも見られた傾向として考察している。

市野川の指摘に対応した江原久美子¹⁸³⁾「生命・生殖技術・自己決定」（生殖技術とジェンダー 江原由美子編 勁草書房1996年）の対応は以下の様なものである。

「むろん、このようなフェミニズムと優生思想の結びつきという断罪を、当時の力関係を無視した断罪であるとしてフェミニズムを弁護することもできる」。富国強兵政策を取っている国家・政治家が圧倒的な力を持っている時、彼らが論点の枠を決めるのであり、劣位にあるフェミニストはその枠で政治的に論じるほかないという弁護がありうる、とする。しかし、優生学的言辞が現実存在することが消えるわけではない責任がある」。

「女性の自己決定権」と言う思想は「自己決定権を欠く存在は生きるに値しない」考えを含まざるをえないのだろうか」と言い、江原はそれは必然的に優生思想を含むもの

ではない、という。

江原によれば自己決定権は二つの意味を含意する。

第一の含意は、「意思に従って生きられる」という点に重点を置き、生きることの価値を個の意思の存在によって判断するという解釈に基づくものである。それは生きるに値するものは意思の存在のあるものであるという解釈が生まれうるだろう。しかし、第二の含意を持ちうる。それは「自らの」という点に重点を置き、生きることの価値を決めるのも自分以外にはできないという解釈に基づくものである。「自分」とは身体的存在としての「私」であり、「私の生命が生きるに値するかどうかはこの『私』しか決められない」と主張していると解釈するのである。…他者が私の生きる価値があるかどうかを決めることは出来ない、ということである。江原の意図は意思能力から生命体自らの生きる意思を切り離すことにあるように思える。

この問題は近代の本質的な課題を提起している。近代原理の克服を意図していると思われる障害者権利条約（2006年国連）の障害者の法的能力の承認という原則はこの議論にかかわるだろう。

松原によれば、1960年代後半から1970年代までに西欧では建前としては選択的中絶が個人の生殖の権利の尊重とみなされた。わが国では1948年から中絶が合法化されていたので、選択的中絶は優生政策のためという意味が強かったのである。1972年斎藤厚生大臣は事実そのように説明した。胎児条項が削除されたことに、当時のマスコミは殆どその意味を積極的に論じることはなく経済的理由の削除が優生・母性保護という利点よりも人口増大という副作用が現れる恐れがある（1974年5月25朝日新聞社説）などと論じていた。

10：注

178) 前掲「横山日本優生社会」第9章

179) 前掲「松原人間社会」—3福祉と「優生」190頁、4—1970年代の「優生」198頁)

180) 横塚晃一青い芝全国常任委員会会長「ある障害者運動の目指すもの」(ジュリスト臨時増刊1974年10月10日)

181) 前掲「松原人間社会」

182) 市野川容孝「性と生殖をめぐる政治—あるドイツ現代史」(生殖技術とジェンダー 江原由美子編勁草書房1996年)

183) 江原久美子「生命・生殖技術・自己決定」(生殖技術とジェンダー 江原由美子編勁草書房1996年)

11 優生保護法批判—1970年代から1980年代

(1) 岡田靖雄の優生保護法批判と医学史研究

岡田は、1960年代から優生保護法の問題を発見し批判していた。

自らの優生保護法に関する発言の出発点を以下のように語っている。

岡田は¹⁸⁴⁾「国民優生法・優生保護法と精神科医」(母体保護法とわたしたち 中絶・多胎減数・不妊手術をめぐる制度と社会 齋藤有紀子編著 明石書店2002年)さらに

2019年の以下¹⁸⁵⁾ (インタビュー① 旧優生保護法と精神医療 聞き手太田純一郎 精神医療 旧優生保護法と現代 93号 2019年 44頁～60頁) は次のようである。

1962年頃、岡田は松沢病院で勤務していたが、年2回ほど医局の黒板に、優生手術の対象を書き出すようにと言われていた。そこに一人の女性の患者の名前を書きだしたことがあると述べている。松沢でのその慣習は法律があるのだから、という程度だったのだろうが、思い返すと、開放病棟の患者で、ともすると男性患者に誘われて性的行為に及んだり妊娠したりする恐れがあったので、書きだしたのだが、その時、閉鎖病棟に入れるとは考えなかった。そうすればよかったのだろうか、と。そこから精神病患者や障害者のセックスの自由や欲望をどう考えるのかということになるが、一般にはそれは全く考えられていないとしている。優生学的手法には遺伝子レベルの段階から様々な段階がありそれらをすべて絶対反対ということが出来るだろうか。我々はどこかで区切って差別をしている存在ではないだろうか、と。

しかし、岡田はこの1962年の体験を踏まえて、医学史に優生保護法問題を研究し発言する先駆者となる。

・1964年岡田靖雄¹⁸⁶⁾「精神医療 精神病はなおせる」(38頁～39頁 勁草書房 1964年)。

「…この法案を推進したのは、故永井潜博士を中心とする日本民族衛生協会の優生学派であった。これに対し、当時警視庁技師として精神病行政にあずかっていた金子準二は、精神病は不治ならずとして、断種法案に強く反対した」としている。金子のその反対の背景には1938年にインシュリンショックによる分裂病の治療結果が系統的に発表されて、精神病もなおせると印象付けられたことがあるだろうとしている。さらに植松七九郎の国民優生法反対論に触れたうえで「軍国化の時流の中で断種法支持勢力が勝って、国民優生法が成立した」。「戦後の1948(昭和23)年に、国民優生法に母性保護のために人口妊娠中絶の面をくわえた優生保護法が公布されたが、ここでも精神病は遺伝であるという考えがあらためられていないのは遺憾といわざるをえない」と述べている。岡田の1964年のこの発言は精神科医の多くが戦後になって、この問題に言及していない時代のものである。

・1972年岡田靖雄¹⁸⁷⁾「差別の論理 魔女裁判から保安処分へ」(勁草書房)「第I編 現代における差別の論理」(1970年11月3日第21回駒場祭青少年友の会主催公演会報告)はナチスに触れ、保安処分問題と優生保護法問題を批判的に紹介した。以下はその抜粋(24頁)である。

ナチスの「遺伝病子孫予防法」の立法理由は以下。

「遺伝的に健康なる家族が大部分子供一人主義又は子供を持たぬ主義に傾いて行っているのに反して、無数の低格者及び遺伝性素質者は無制限に繁殖して行き、その病的にして非社会的な子孫が社会全体の重荷になりつつある…のみならず、毎年数百万の金額が精神薄弱者、保護児童、精神病患者及び非社会者のために消費されているのであ

って…断種が精神病及び重き遺伝性疾患を防止する為の唯一の確実なる手段であるが故に断種を施すということは将来に及ぶところの世代に対する隣人愛的予防行為であるとみられなければならぬ」（「ナチスの法律」日本評論社 1934 年、木村亀二氏の支持的紹介による、と注記）。

1934 年のナチス党会議におけるワグナー医師の発言の紹介は次のようである。「遺伝病に苦しむ人々によって生じる経済的負担は、国家及び社会に対して危機を醸成しております。200 万人のアル中患者と約 400 万人の精神病患者の出費を除外しても彼らの看護に充当するためには、全部で 3 億 100 万マルクの出費が必要であります。…自由な自然においては、これらの被造物は生存することができず神の法に方によって殲滅されるであります」。

以下の 3 人についてはその言葉を記して批判している（31 頁）。

永井潜については「民族の花園を荒らす雑草は断種手術によって根こそぎに刈取り日本民族永遠の繁栄を期さねばならぬ」（読売新聞 1936 年 12 月 12 日）。

内村祐之については「それゆえ、（重篤な性格異常者である）被告の精神能力に相応した刑の他に、さらに改善と医療と保安を兼ねた保安処分制度の設定を焦眉の急として提議したい（「精神鑑定」1952 年創元社）。

吉益脩夫については「フランス革命という芝居の役者たちの大部分は家と職のない平素の犯罪者や浮浪者、無政府状態において犯罪本能を蘇らせた潜在犯罪者…半呆けの狂信家の精神病患者からなっていた…」（吉益脩夫「犯罪心理学」東洋書館 1952 年）。この駒場祭での発言は 1970 年のものである。

・教科書の紹介。

岡田¹⁸⁸⁾「2. 差別の論理と精神科医療—今日において反優生・反差別ということは—2017. 6. 23」岡田靖雄 青人呟語・過去から将来へ（青柿舎・2018 年 7 月 20 日発行）は精神医学教科書の優生保護法に関する笠松章の優生保護法批判の先駆的な記載を紹介している。

¹⁸⁹⁾「臨床精神医学」（笠松章 中外医学社 1959 年）

「旧国民優生法は戦時中の立法で、国力の基礎は人口にあり、その人口はどこまでも健康でなくてはならないという考え方を背景としたものであった。あたらしい優生保護法は、戦後の急激に増加した人口問題を打開するために、非合法的におこなわれていた妊娠中絶の一部を合法化し、産児制限を普及させようとした政策的側面をもっている。…本法の対象とされる精神疾患ないし異常状態には、上記のとおり精神病（分裂病、躁うつ病、てんかん）・精神薄弱・精神病質などがある。これらのうちには、たしかに遺伝性と考えるとよいものがあるのは否定しないが、これと非遺伝性のものとの境界はかならずしも明瞭でない。精神医学の立場からは、この優生保護法の速やかな改正がのぞまれるのである」。

岡田の優生保護法批判は後述の野田や小沢とは異なって、1969年金沢学会や1972年の優生保護法改正問題の前からのものであり、金子らが「転向」して精神科医の大部分がこの問題から関心を失っている時にこのような意見を独自に持つことが出来た。笠松の言葉も静かで穏当なものである。

岡田の断種法を巡る医史的な検証は以下がある。本論は多くをその研究をベースにしているのは見てのとおりである。

- ・日本医史学雑誌

断種法問題—その広がりで見取り図—日本医史学雑誌 28 (2) 1992年

斎藤玉男—断種法史上の人々 (その一) 日本医史学雑誌 44 (1) 1998年

金子準二—断種法史上の人々 (その二) 日本医史学雑誌第45巻3号 1999年

永井潜—断種法上の人々 (その三) 日本医史学雑誌第46巻4号 2000年

吉益脩夫—断種法をめぐる人々 (その四) 日本医史学雑誌第47巻2号 2001年

断種法史上の人々 (その五) —三宅鉦一—日本医史学雑誌第48巻2号 2002年

断種法史上の人々 (その六) —成田勝郎、付菊池甚一—日本医史学雑誌第49巻2号 2003年

斎藤茂吉・ほか—断種法史上の人々 (その七) 日本医史学雑誌第50巻2号 2004年

- ・国民優生法・優生保護法と精神科医 (母体保護法とわたしたち—中絶・多胎減数・不妊手術をめぐる制度と社会—明石書店 2002年) 所収

- ・日本精神科医療史 医学書院 2002年

- ・過去から未来へ (1. 精神疾患を持つ人の人権をまもるために 2016. 11. 11、 2. 差別の論理と精神科医療—今日において反優生・反差別ということは—2017. 6. 23) 岡田靖雄 青人呟語 V 青柿舎・2018年7月20日

- ・差別の論理と精神科医療 教育講演 第113回精神神経学会総会 (精神系誌 120巻 3号 221~226頁 2018年)

(2) 野田正彰の教科書・優生保護法批判

¹⁹⁰⁾「偏見に加担する教科書と法—精神科医は訴える」1973年2月16日号 (朝日ジャーナル)

野田は、各種の教科書の不正確な遺伝学的優生観念に基づく精神疾患に関する記載例を列挙し批判した。それら教科書に共通する問題として以下の三つを挙げている。第一は、上からの行政管理的視点からのみ書かれていること。第二に、自分が精神病にいつかかるかもしれない、そういうときはどうすればいいだろう、という視点が全くない。第三に、以上のことを支える根拠として、精神病が遺伝によるとだけ述べ、文部省の指導要領に「優生上問題となる疾患について理解させる。優生保護法にふれ、これに基づいて行われている優生学術や人工妊娠中絶を知らせる」とだけ述べ、ここもまた、苦しむ患者や家族への理解はどこにもない、としている。その上で、精神病遺伝論の根拠と

なっている報告を吟味し、その上で批判し、教科書記載の差別性を具体例を挙げて痛烈に批判している。教科書の記載を「法の上で支えているのが優生保護法である」と批判した。そのうえで、1949年に304人であった強制優生手術が1955年には1751人にまで上昇し、1970年では375人になっているグラフを提示し、精神科医も行政もすでに優生手術の必要性を認めていない、として、優生手術を批判している。

¹⁹¹⁾「偏見改まらぬ教科書—再び精神科医の立場から」朝日ジャーナル1974年9月20日号

優生保護法は人権抹殺思想である、と訴えた。

73年2月の上記の野田の教科書批判以後、文部省は「精神薄弱・精神病の記述について」という指導メモを各教科書出版会社に送り記述の改善を申し入れた、としている。要約は、精神薄弱の主要な原因が遺伝であるとしているものや精神病が遺伝病であるとは言えないこと、精神病質は否定する学説があり、保安処分で学会は紛糾していること、優生保護法は成立当初から議論があり教科書に載せる際は配慮が必要である、というものである。この文部省の指導メモは1970年代前半での精神神経学会の近代精神医学批判の連続したシンポジウムを踏まえてのものである。野田は、なおも改善後の教科書の記述を点検しそれが不十分であると批判した。当時の野田の議論は、教科書のあからさまな差別的記述を支えているのは、優生保護法であるというまっとうな認識と、1970年代には断種そのものが激減して大勢としては意味がなくなっていると指摘し、なお旧態依然のままにある教科書記載の根拠は無効であると指弾し、文部省に影響を与えている。

以上の野田の教科書批判—優生保護法批判は家族会運動を背景にしていることは重要である。

私の手元に以下の冊子が残っている。

¹⁹²⁾優生保護法＝人間抹殺の思想「続」教科書による精神病への差別

発行者は以下2団体である。

- ・奈良県の精神医療をよくする会・わかくさ会
- ・全関西精神医療研究会連合会

奥書には連絡先として「わかくさ会診療所」、奈良医大精神医療研究会、奈良女子大学精神医療研究会が載っている。

「わかくさ会」は全国精神障害者家族会連合の奈良県の地域家族会である。冊子のY.M.氏の文章によると、「教科書に表れた精神障害に対する偏見差別」がいかにかの障害者並びに家族を毒しあるべき医療を妨害し、ひいては人間抹殺思想につながる現代性の貧困性を嘆じて来た、と難じている。

その冊子には、野田の論文が二つ掲載されている。資料として①から⑳までの中学、高校の保健体育、家庭一般等の教科書記述例が掲載されている。

一つは教科書に見る精神病への差別—優生保護法の問題点—(1973年1月)である。

二つ目は「偏見を造る教科書 精神病への差別はつづいている」(1974年9月)である。

上記の朝日ジャーナルの二つの論文はほぼそれに対応している。

この冊子は1974年に発行されたものと推測でき、「続」とあるように、「教科書改正運動の輪の中で」の深山ゆりによれば1973年に「教科書による精神病への差別」という冊子が発行されていたのであろう。

野田の問題提起の後、学会理事会にも学会員から教科書問題が持ち込まれていた。

・¹⁹³⁾長田正義「看護教科書に見る差別・偏見について」精神医療8巻2号(95-100頁 1979年)に以下の記事がある。

メデイカルフレンド社看護学教科書「精神衛生」及び「精神科」の記載について、浅尾博一氏よりの申し出により、偏見と誤解を抱かせる危険性が大きいとして、学会理事会は森温理理事長名で、1978年9月2日付に著者の小林八郎氏とメデイカルフレンド社に善処を申し入れた。

問題にした記載は例えば以下のようなものである。ほんの一部転載するが、長田の「注」は言わずもがなのので略する。

p. 3 「予防的精神衛生」

優生的処置によって、内因性精神病その他の遺伝的な精神疾患、神経疾患を持つ子孫が生まれないように処置する(後略)

p. 6 遺伝学

優生学の立場は次のようである。すなわち人類は、精神的および身体的の遺伝疾患、身体欠陥および発育異常などによって劣等化するものと考えられるから、遺伝学の知識を用いて人類の劣等化を防ぐのみならず、さらに遺伝素質の改良を目的とするものである。

p. 86 「病的社会現象」

貧困は人間の精神の健康を次第に侵し、道徳的判断を失わせるにいたるものである(後略)

p. 89 「貧困の影響」

貧困が深化すると、生活は乱雑となり、注意は散漫となり、道徳的判断が低下して、生活の退廃のために悪徳、不貞、狂暴があらわれるようになる。

p. 91 学童に対する貧困の影響

(前略) 保護家庭と貧困家庭の学童は、一般に、交友が少なく、孤独で、性質も暗く、さびしい。親と同じように閉鎖的である。積極的なものは少なく、無口で因循である。教室では学習意欲は低く、注意が散漫で、ときには乱雑、粗暴、虚言の傾向が認められる。一般児童と比べてリーダーシップをとるようなこともほとんどない。

出版社としては善後策を講じ、著者と相談し、7月10日をもって販売出荷を停止した。上記の記述は現在から見たら驚くべき記載であるが、小林は戦後生活療法を創始したといわれる先進的な精神医学者であった。

(3) 小沢勲の優生保護法批判

小沢は、京都市立醍醐和光寮の木野村峰一とともに¹⁹⁴⁾「ある精薄施設の歴史—福祉の原像—」(児童精誌 14 卷 1 号 1973 年) という報告をしている。和光寮が創設されたのは総動員令が制定された 1938 年であった。1929 年に政府は救護法を制定し、家族制度及び隣保相扶の情誼を尊重したものとされ、「以て国民生活の不安と思想の動揺を防止するに努めんとする趣旨」とうたわれ、実質は家族の救済を目的とされていた。資料に基づいてその実質を示し、「精神耗弱者」を収容する目的とされ、看護人は隔日に一昼夜の交代勤務とし、博愛を旨、としながら、生活はすべてカギの中の閉ざされた居室の中にあつた。処遇に関する心得としては、特に看護人は被収容者と起居をともにし、和光に満ちた生活を送らせるとしていた。戦争末期、戦争直後には栄養失調による多数の死者を出していた。精神薄弱者に限られてきたのは近年であり当初は様々な逸脱者が入れられていた。障害者の隔離収容の動向、精神病院の増加などを指摘して、優生保護法の改悪について、科学の進歩により障害者を胎児のうちから抹殺するものであり、(国家による) 生めよ殖やせ、の時代が来るとして、警告している。

その後、小沢勲は¹⁹⁵⁾「優生保護法改正問題をめぐって」(児童精神医学とその近接領域 14 卷 3 号 38~47 頁 1973 年) を発表する。小沢は、優生保護法改正案をめぐる議論を紹介しつつ、優生保護法そのものを告発し、中絶問題と共に強制不妊手術も批判し、法そのものの廃止を主張した。当時の精神科医として最も根底的で主体的な議論を展開した。

「…〈障害児〉をもつ方々から『あんたたちは自分の苦しみがわかるものか』とつめ寄られても、われわれは歯を食いしばって踏みとどまらなくてはならない。踏みとどまる支えは〈健常者〉の良識ではない。むしろ、〈障害者〉によって初めて可能となった、彼らの開示する世界にふれて、われわれのもっている〈健常者〉の良識が崩壊していき、そこから新たな視界を得ようと模索する〈もがき〉のなかからエネルギーを獲得されねばならない…」。

最後に、「優生保護法改正断固阻止！、優生保護法解体！、保安処分解体！、墮胎罪解体！」と結んでいる。

(4) 日本児童精神医学会（現児童青年期精神医学会）声明

同学会の声明を以下に掲載する。

「優生保護法「改正」に反対する声明

1973年6月10日

日本児童精神医学会理事長 岡田幸夫

政府は今国会に優生保護法の改正案を提出しています。

この法案の意図するところは、労働力確保の政策のもとに、家族を国家管理のもとにおき、ことに女性に対する支配を強化し、さらに障害者を排除した社会秩序を維持しようとするものであります。とりわけ、改正案にもられた障害児となるおそれのあるものに対する中絶の促進は、今日現存する障害者に対する差別と抑圧をさらに胎児期にまでさかのぼって系統的に強めるものであり、きわめて危険な意図を持つものと思われまます。すなわち、すでに少年法「改正」「中教審答申」などに見られるように、子供に対する管理・分断の強化による圧迫は、目に余るものがあります。そこには、「能力」を軸にした徹底的な差別・抑圧構造ができあがっており、その方向は優生保護法を改悪することによって、ほぼ貫徹されていくこととなります。以上のような観点からわれわれは次のような諸点について学会としての見解を明らかにしたいと思います。

1、優生保護法改正案は、生む権利の侵害であり障害者の生きる権利を否定するものであるので直ちに撤回すること。

2、現行優生保護法についても、基本的には前文で主張した趣旨によって廃止すべきであります。すなわち、現行優生保護法は「不良な子孫の出生を防止する」ことなどを目的とするものであり、障害者に対する差別思想によって貫徹されています。

われわれは、生まれてきた障害児がいかなる差別をもうけることなく、発達する権利を保障されることを要求するものであり、「生まれてきた障害児」が「生まれるべきでなかった存在」として抹殺される方向を断固拒否することを明らかにしておきたいと思ひます。

以上の観点にたつて、われわれは優生保護法「改正」案を廃案とすべく持続的に行動することを声明します。以上h¹⁹⁶⁾(児童精神医学とその近接領域 14巻3号 198～199頁 1973年)

1991年の精神神経会の「優生保護法に関する意見」の18年前の事である。小沢は児童精神医学会の声明の時点から主要な問題提起者として持続していた。

(5) 小沢の1970年代から1980年代の思潮

小沢の優生学批判は近代精神医学批判を明確に意識して行われたものである。彼は1975年に¹⁹⁷⁾「反精神医学への道標」(めるくまー社 1974年)を出している。その本の中で、精神神経学会で70年代に入って大きく問題にされた小沢も深く関与した生活療法批判や臺人体実験・ロボトミーの医学思想を徹底的に検証・批判した。児童精神医学領域では自らの1968年の自閉症論(幼児自閉症論の再検討(一)症状論について(児精医誌 9巻3号27頁 1968年、幼児自閉症論の再検討(二)疾病論について(児精医誌 10巻1号 147頁 1968年))を自己批判し否定し、適応概念を中心とした治

療・福祉・教育体制を批判した。当時の大学闘争に関与し、児童精神医学会総会での自閉症の母からの告発「なにか特殊な自閉症児という子が存在しているのでしょうか」から、自己の置かれた観察者としての立場を超えた関係の相対化の中に精神医学そのもの、自閉症論を徹底的に批判する立場に転換したのである。彼は、近代精神医学批判を自覚的にとらえた。彼はその後¹⁹⁸⁾「我が国における幼児自閉症論批判」(精神医療 1980～1983年)を書き、それを書き改め¹⁹⁹⁾「自閉症とは何か」(精神医療委員会 1984年11月)を刊行した。その一部を以下に引用する。

「さて、障害児処遇を貫く国家の意思或いは思想的原理は、端的に言えば能力主義と社会防衛である。もっとも能力主義とは基本的には人間を労働力商品と見るところから発生するものであり、社会防衛とは権力が狭義には治安の問題として被支配者に社会的規範を強制する構造であるから、単に障害者処遇に関するものとしてのみみるべきではない。」

(同書第7章 2 障害者処遇の国家原理 392頁)

「戦後の福祉政策の展開、特殊教育という名の二重教育体制、別学制度が養護学校義務化に至る過程の総括についてここでは述べる余裕がない。ただ、ここでは、精神病床数、特殊学校・学級生徒数、養護学校幼児・児童・生徒数、福祉施設定員の増加がいかに並行しているかを図1に示しておくにとどめる。ことに1950年代後半から、1960年代後半にかけての急増現象に注目されたい。福祉施設定員数の増加が実数においても時期的にも他に比べてやや遅れているように見えるが、これは公教育から疎外された障害児を福祉が拾いあげるといった順序によって処遇体制が二元化していった過程を示すものであろうか」(同 3 障害者処遇の方法 396頁)。

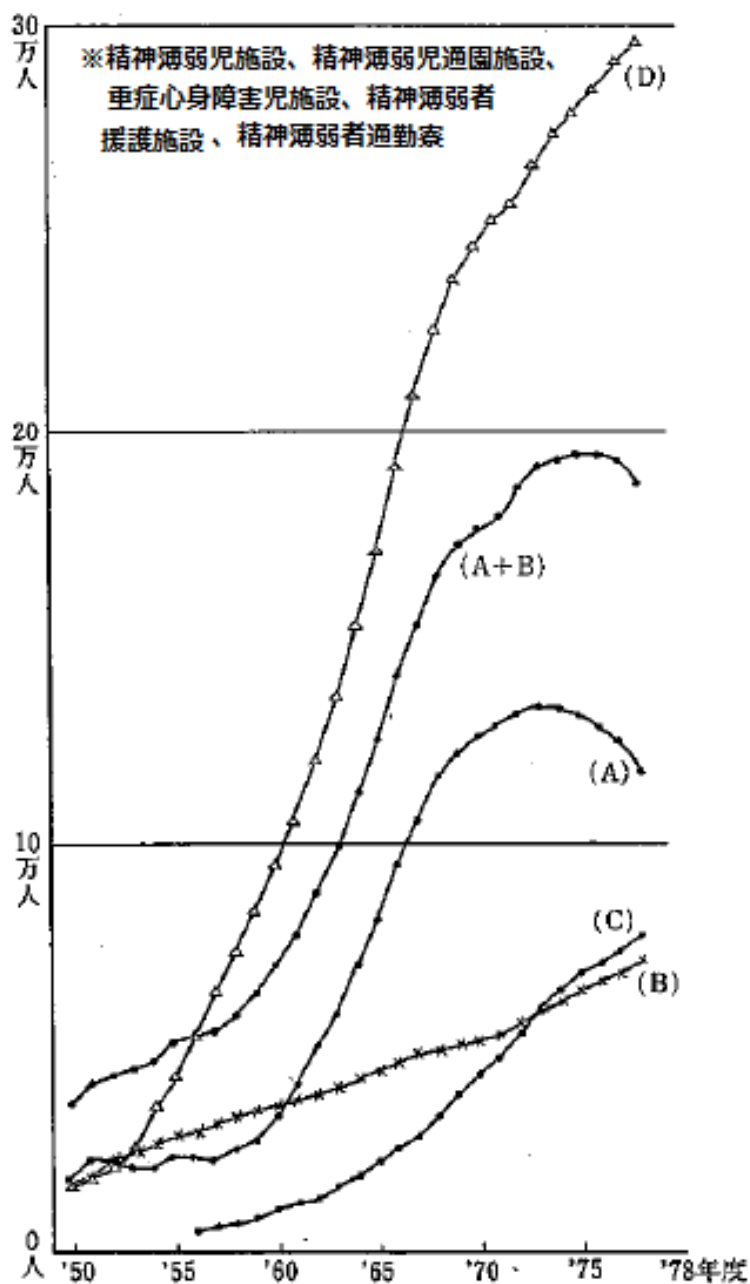


図1 小・中学校特殊学級児童・生徒数(A)、盲・聾・
養護学校幼児・生徒・児童数(B)、精神薄弱関係
施設・定員数(C)、精神病床数(D)の年次推移

図1を本論9—1)「収容所列島の形成と強制不妊手術の推移」の図に重ねてみてほしい。精神病床、障害児童収容施設の増加と、強制不妊手術数のグラフが交差していることがわかる。施設収容の増加という社会変化が強制不妊手術の減少という社会変化と

交差していることが示される。

「このように見てくれは、国家の障害者対策の基本は棄民政策だった、とみることができる。そして、その極端なかたちが優生思想に基づく抹殺であった。そのために、まず遺伝が強調され、断種がすすめられる。石田（1942年）はその著「忘れられた子供たち」のなかで、『まず、かう云う子供たちが生まれぬようにしなければならぬ』と述べ、『子供たちは多く遺伝によって生まれてくるのであるから、かう云う悪い素質を持った者を生まぬやうに』するべく『国民優生法』がつくられており、『悪い素質を持っている人たち』は断種手術を施行し『良い素質の人達』は『どしどし生むように』せねばならない、といい、これが、『かう云う不幸な子供達を増やすまいとする方法としては、一番基礎的な対策』であると述べている。

だが、このような抹殺の思想は決して過去のものなのではない。例えば、最近においても、『胎児に重度の精神又は身体の障害の原因となる疾病または欠陥を有している恐れが著しいと認められる者』という事由を人工妊娠中絶の適応事由として加えるなどの優生保護法改正案策動の中で明らかであり、さらに、『羊水チェック』によって出生前に障害児を抹殺することを施策の一つに折り込んだ『不幸な子供の生まれない運動』（！）を行政が主導して進めてきたのは法改正を待たないで行われたその実態化である」（同 397頁）。

小沢の背後には小沢のように発言しなかった多くの賛同者がいたはずである。その人々が小沢に発言させたのである。私は小沢を、1930年代の国家や民族の Sollen の医学を否定して Sein の医学を目指した、少年院を舞台にした成田勝郎に近いものを見る。

1969年の金沢学会の小沢の批判は、社会や国家のための Sollen の医学を告発して、精神病者の Dasein を回復する運動であった。多くの精神科医は精神医療体制批判に留まっていたが、小沢はここで自閉症の Sein の発見を通してその Dasein の回復を目指す道の中に優生保護法批判を展開している。

小沢は、後に「痴呆老人からみた世界」（岩崎学術出版 1998年）によって、痴呆（認知症）という生物学的に否定的にとらえられてきた世界を、人間学的世界として切り開く仕事にいたった。

（6）精神障害当事者の声明と「私」たちの限界

1974年に以下のようなビラが出た。

²⁰⁰⁾ 「抗議文 優生保護法改悪を策動する生長の家糾弾！

優保法改悪絶対阻止、現行優保法粉碎、墮胎罪撤廃、保安処分粉碎、病苦からの解放！

1974・3・24 保安処分粉碎赤レンガ病棟（東大病院精神科）患者共闘会議

内容は「生長の家」とカソリック系団体との共同での「優生保護法改正期成同盟」が政府案の方向での優生保護法の改正を運動していることへの批判である。

精神障害者当事者としてはおそらく最も早い声明の一つである。「期成同盟」は生命

尊重を謳いながら、中絶の経済的理由の削除—中絶の禁止と、胎児条項による障害胎児の中絶の受容・推進を主張しており、それは優生保護法の障害者差別とそのものであると糾弾し…精神衛生法体制・保安処分推進の当時の政府の動向と類比して精神障害者に敵対するものであるとしている。『人口激増の危機』のなかであらためて人間を優生・劣生の相の下に区別し、劣生を一物として、操作の対象として一排除することをもってこの危機を乗り切ろうとした瞬間、この瞬間に日本は紛れもない『優生国家』へ再度の純化を開始したのだ」。

このビラは、2019年法委員会企画の優生保護法に関する本学会シンポジウムで米津知子（後述）が「優生保護法のもとで障害者と女性の葛藤と共闘」という題で発言したときにスライドで示したものである。筆者は、当時、この東大精神科医師連合による病棟の自主管理闘争の一員であったが、シンポジウムの時、この声明を覚えていなかった。このわたしの「忘却」は単に私の記憶力の問題ではないと思う。この「忘却」には「否認」が働いているように思う。優生保護法問題は、青い芝の会の運動が、健常者の正義を峻拒して活動しており、それは私たちには衝撃的であった。この問題は、私たち一たかが精神科医、健常者を代表するかのような存在様式である私たちはむしろ告発される側である—が関与することはできない、というような意識が働いていたことを覚えているのである。私たちに比べて、健常者でも女性たち（東大構内でも確かに運動があった）は自らの主体的な問題として、障害者と矛盾対立しながらでも果敢に戦っているというような畏敬の念に近い感情の記憶のようなものなら私にはあった。自主管理病棟を拠点にした病者組織がこのようなビラによって優生保護法問題をアピールしていた時、「私」は自らの闘争課題としてこの問題を選択できなかったのである。教科書問題としてなら、集会などのかすかな記憶があるが、正面切った優生保護法問題での活動の記憶は無いのである。

当時の自主管理病棟については他で述べた²⁰¹⁾（富田三樹生「東大精神科医師連合—自主管理闘争を中心に」(精神障害問題資料集成戦後編7 六花出版 所収 2018年)、²⁰²⁾（同 自主管理闘争の私的回顧「東京大学精神医学教室120年 同120年編集委員会編集」所収 新興医学出版社 2007年）。

米津知子²⁰³⁾「優生保護法のもとで障害者と女性の葛藤と共闘」於2019年6月学会総会シンポジウム「旧優生保護法と精神科医療を検証する」(米津知子(SOSIREN 女(わたし)のからだから・優生手術に対する謝罪を求める会、DPI女性障害者ネットワーク)は「70年、80年代に、優生手術を問題化できなかったことは、運動の場にいた者として無念に思う」と述べていた。当時、胎児条項をめぐる中絶問題が焦点化していたが、強制不妊手術は、女性解放運動や障害当事者からも主要な論点として提起されていなかった。断種問題が社会に広く認知されたのは、実は、優生保護法が母体保護法に改正された以後といえるのである。問題は運動を媒介に社会化する。米津らの1997年の「強制不妊手術に謝罪を求める会」の活動がそれに発火したのである。

(7) 優生保護法批判に対する反応—加倉井俊一公衆衛生局長発言

以上のような近代医学批判や優生保護法改正問題への批判は行政に影響を及ぼした。以下は、松原洋子による講演²⁰⁴⁾(優生保護法の問題点—優生と強制不妊を中心に—日本医学会連合第2回母体保護法(旧優生保護法)の検証のための検討会 2019年6月11日—)のものである。

1973年優生保護指定医の研修で加倉井俊一公衆衛生局長:「優生保護法の適正なる運営」(1973年度家族計画・優生保護法指導者講習会—日本医師会・厚生省主催)

(1) 第1条の「不良な子孫」という言い方は身体障害者からの批判があり検討を要する。(2) 第3条の1項第二号によって配偶者までも優生手術の対象となることは是非がある…。(3) 第4条および別表について、公益上必要と認めること、例えば精神病、躁うつ病、てんかん、さらには遺伝性精神薄弱も遺伝性としての医学的見解が確立していない…精神病質については学会ではいろいろ意見があるので難しい問題である。(4) 第4条及び別表について手術件数が少ないので表立って問題にはなっていないが学問的には問題と考えている。…本人もしくは配偶者、と云って、本人が疾患をもっていないのに手術が出来るのはおかしいのではないか…。

これは公式な会合での局長としての発言である。優生保護法改正に対する厳しい批判や精神神経学会での当時の議論を採り入れていることがわかる。1970年代の不妊手術の激減は、当時の優生保護法をそのものを主題にはしていなかったが学会運動の批判活動が厚生省に影響を与えていた証左であろう。しかし、加倉井発言の後も行政的な優生保護法に関する見直しは行われなかった。

松原洋子²⁰⁵⁾によると、上の件の外にも見直しの機運が以下のようななかったわけではない。

- 1 日本医師会優生保護対策委員会が、70年8月に「優生保護対策の詳論」という文章を出した。別表は人類学の進歩の応じて再検討の余地がある、とか別表は再検討の余地があるとし、他方で逆淘汰の防止の目的を主張したりしている。
- 2 自民党政務調査会社会部優生保護法等検討委員会
80年代に「優生保護法の取り扱いについて」を出している。

「優生上の見地から出生を防止する」という言い方や、別表は今の医学的水準に問題があるとは言う。保守系議員による中絶の話になり、墮胎天国という汚名を排除しなければならぬとか、これは戦後の混乱期だけで緊急避難に容認したわけで今はおかしいということになり中絶の経済条項の取り扱いが問題で、「難しいので慎重に」となった、としている。問題は議論としては浮かんだが、立ち消えになったのである。

(8) 宇都宮病院事件の影響

1980年代再度の優生保護法改正問題

1982年—1983年にも生長の家系の議員の運動により、政府が経済的理由の削除を目的とする優生保護法改正案を上程する動きが再燃し、女性団体、産婦人科医を中心とする医師の団体をはじめ、労働組合も参加して再び強力な反対運動が起こった。

当時の発言を見ておこう。

²⁰⁶⁾ 声明文 1982年11月23日 全国「精神病」者集団（1974年結成）

＜優生保護法—刑法堕胎罪撤廃！＞

「経済的理由による中絶を優生保護法から削ろうとする今回の動向に対して、…強く抗議すると共に、優生保護法の撤廃、刑法226条堕胎罪の撤廃を要請します。

一、「劣勢」遺伝の抹殺を本質とする…今回の改悪案は、「障害者」の生存権、生きることを真っ向から敵視しようとするものであり、決して許し得ません。これは、「胎児からの保安処分」としてかけられてきています。

二、いつどんな時に、どのような子供を生むかを、国家の管理支配下に置こうとするものであり、…。私達は、戦争への突入の中で国民優生法が作られ、多くの「精神障害者」の断種が強制されていった歴史を忘れる事ができません。…。

生命尊重国会議員連盟（会長小沢辰男）による大会決議（1983年2月8日）は以下のようなものであった。

「生命尊重」は政治の根幹であります。鈴木前首相が、「生命は受胎の瞬間から始まる」と明言（昭和57年3月、衆議院予算委員会）していますように、胎児の生命を守ることは、個人の生命を尊重するという憲法13条の精神に適うものであります。「経済的理由を名目として人工妊娠中絶の横行は、生命の恩寵の気風を損なうものであると言わなければなりません。…今日、GNPは32倍、国民所得は24倍となっており、「経済的理由」は、實際上その意義を失っております。…母子保健等の充実を図るとともに、優生保護法改正の早期実現を、政府に強く要請するものであります。

国際婦人年（1975年）以降勢力を増した女性運動諸団体の連合である82優生保護法改悪阻止連絡会（阻止連）は、反対運動の中核となりその後のフェミニストによるリプロダクティブ・ヘルス/ライツ運動の推進力となり上程は見送りとなる。

欠格条項と宇都宮病院問題

1984年に発覚した宇都宮病院事件は精神科医や当事者の精神病院収容政策の結果として国内的のみならず国際的にも厳しく批判にさらされた。もともとこの告発は、東大精神科医師連合委員長で学会理事である森山公夫に告発者が訴えてきたことから発覚した。精神神経学会も他の運動団体と共に総力を挙げて関わった。国際法律家協会の勧告もあり国連人権委員会でも政府は批判を受け1987年の精神衛生法改正につながった。

精神病院批判運動は、第一に精神病患者当事者運動を中心に、精神衛生法—精神保健法撤廃を掲げる流れ、第二に精神衛生法の改正を一定の成果として見ながらさらなる実質的な改革を求める流れ、第三にこの改正を基本的には受け入れるという流れを生んだ。厚生省の精神衛生課は精神衛生行政と優生保護行政を所管しており、精神障害者の欠格条項批判も当事者・精神神経学会からも問題視され、その問題の対応も迫られていた。松原²⁰⁷⁾によると 1988 年には厚生科学報告書「優生保護法における優生手術の適応事由に関する研究」が出た。「公益上の必要」による強制的な不妊手術は人権侵害に当たると言及されていたがそれ以上の取り上げはなかった。

精神神経学会も精神病院問題に関与しながら、この状況においても優生保護法に関しては有効な手立てを果たす認識が無かったことになる。他方で、多くの資格に制限を設けられていた欠格条項問題は具体的には 1967 年から運転免許問題について中心的に学会が取り上げてきた 208)①石川義博 自動車運転免許問題—その発端・学会の対応・そして廃止へ—641～643 頁 日本精神神経学会百年史 所収 2003 年、209)②精神医療と法に関する委員会 道路交通法および道路交通法施行令の改正 (2002 年 6 月 1 日施行) についての報告—特に精神障害者の運転免許証の取得と保持について— 精神神経誌 106 巻 6 号 2004 年 812 頁～847 頁、210)③精神神経学会ホームページ「患者の自動車運転に関する精神科医のためのガイドライン」(2014 年 6 月 25 日)。交通事故死が年間 1 万人以上となる状況の中で、1966 年 12 月、警察庁は精神障害者の運転が危険であると根拠もなく決めつけて、運転免許証取得/更新時に、(一般科) 医師に精神障害者ではないとの診断書の提出を義務付けることを決めた。警察庁は精神障害者の運転免許証の絶対的欠格条項—道路交通法 88 条の具体化を道路交通法施行規則の改正により 1967 年 4 月 1 日より強行した。学会はこの問題の取り組み運動を展開し、1968 年に廃止に持ち込んだ。道路交通法問題は現在に至るまで問題は残っている。1999 年に総理府障害者施策推進本部の「障害者に係る欠格条項の見直しについて」以後欠格条項の見直しが徐々に進んだが、道路交通法問題を中心に議論されてきたのである。田原明夫 211)「資料 精神障害をめぐる欠格条項について」(「精神保健法・資料」悠久書房 1988 年 所収) は欠格条項の膨大な内容について詳細に記載した。当然その中に優生保護法がある。宇都宮病院問題をうけて精神衛生法改正が課題になった 1987 年、中山宏太郎 212)「精神衛生法改正フォーラムの決議と法改正に関わる私見」精神神経誌 89 巻 1 号 1987 年) は「私見」として以下を提言していた。第一 人権擁護の促進の一つとして法の規制の廃止をあげ精神衛生法の施設外収容禁止、保護義務者の監督義務、欠格条項、優生保護法別表、医療法特例等の廃止、二つとして精神衛生法改正とともに湧き上がっていた「適正手続き」の導入である。中山は学会の理事でもあり「保安処分反対する委員会」の委員長でもあった。彼は宇都宮病院問題から精神衛生法改正に強く関与していた。彼の視野には優生保護法問題が存在していたことが確認できる。行政も精神神経学会も優生保護法の問題が視野にありながら、そこに踏み出すことはなか

った。

11：注

- 184) 岡田靖雄『国民優生法・優生保護法と精神科医』（母体保護法とわたしたち 中絶・多胎減数・不妊手術をめぐる制度と社会 齋藤有紀子編著 明石書店 2002年）
- 185) 岡田靖雄インタビュー① 旧優生保護法と精神医療 聞き手太田純一郎：精神医療 旧優生保護法と現代 93号 2019年 44頁—60頁）
- 186) 岡田靖雄「精神医療 精神病はなおせる」：38頁～39頁（勁草書房 1964年）
- 187) 岡田靖雄「差別の論理 魔女裁判から保安処分へ」（勁草書房 1972年）「第I編現代における差別の論理」（1970年11月3日第21回駒場祭青少年友の会主催公演会報告）
- 188) 岡田靖雄 [2. 差別の論理と精神科医療—今日において反優生・反差別ということは—2017.6.23 青人呟語・過去から将来へ 青柿舎 2018年7月20日発行
- 189) 笠松 章「臨床精神医学」（中外医学社 1959年）
- 190) 野田正彰「偏見に加担する教科書と法—精神科医は訴える」1973年2月16日号（朝日ジャーナル）
- 191) 野田正彰「偏見改まらぬ教科書—再び精神科医の立場から」1974年9月20日号（朝日ジャーナル）
- 192) 奈良県の精神医療をよくする会・わかくさ会・全関西精神医療研究会連合会発行「優生保護法＝人間抹殺の思想『続』教科書による精神病への差別」
- 193) 長田正義「看護教科書に見る差別・偏見について」（精神医療8巻2号（95—100頁 1979年）
- 194) 小沢勲、木野村峰一「ある精薄施設の歴史—福祉の原像—」（児童精神医学とその近接領域 14巻1号 1973年）
- 195) 小沢勲「優生保護法改正問題をめぐって」（児童精神医学とその近接領域 14巻3号：38～47 1973年）
- 196) 日本児童精神医学会理事長 岡田幸夫「優生保護法『改正』に反対する声明」（1973年6月10日 児童精神医学とその近接領域 14巻3号：198～199 1973年）
- 197) 小沢勲「反精神医学への道標」（めるくまー社 1974年）
- 198) 小沢勲「我が国における幼児自閉症論批判」（精神医療 1980～1983年）
- 199) 小沢勲「自閉症とは何か」（精神医療委員会 1984年11月）
- 200) 抗議文 優生保護法改悪を策動する生長の家糾弾！優保法改悪絶対阻止、現行優保法粉碎、墮胎罪撤廃、保安処分粉碎、病苦からの解放！1974・3・24 保安処分粉碎赤レンガ病棟（東大病院精神科）患者共闘会議
- 201) 富田三樹生「東大精神科医師連合—自主管理闘争を中心に」（精神障害問題資料集成戦後編7 六花出版 所収 2018年）
- 202) 富田三樹生「自主管理闘争の私的回顧」（「東京大学精神医学教室120年、120年編集委員会編集」所収 新興医学出版社 2007年）
- 203) 米津知子（SOSIREN 女（わたし）のからだから・優生手術に対する謝罪を求める会、DPI女性障害者ネットワーク）「優生保護法のもとで障害者と女性の葛藤と共闘」於2019年6月精神神経学会総会シンポジウム「旧優生保護法と精神科医療を検証する」
- 204) 松原洋子講演「優生保護法の問題点—優生と強制不妊を中心に」（日本医学会連合第2回母体保護法（旧優生保護法）の検証のための検討会 2019年6月11日）—
- 205) 前掲「松原講演 2018年」
- 206) 声明文 1982年11月23日 全国「精神病」者集団（1974年結成）
<優生保護法—刑法墮胎罪撤廃！>
- 207) 前掲「松原人間社会日本」
- 208) ①石川義博 自動車運転免許問題—その発端・学会の対応・そして廃止へ—641～643頁 日本精神神経学会百年史 所収 2003年

209) ②精神医療と法に関する委員会 道路交通法および道路交通法施行令の改正（2002年6月1日施行）についての報告—特に精神障害者の運転免許証の取得と保持について—精神神経誌 106巻6号：812頁～847頁、2004年

210) ③精神神経学会ホームページ「患者の自動車運転に関する精神科医のためのガイドライン」2014年6月25日

211) 田原明夫「資料 精神障害をめぐる欠格条項について」（精神保健法・資料 悠久書房 1988年）

212) 中山宏太郎「精神衛生法改正フォーラムの決議と法改正に関わる私見」（精神神経誌 89巻1号 1987年）

1.2 「研究と人権問題委員会」設置から「優生保護法に関する意見」まで

(1) 岐阜大学人体実験問題

これは宇都宮病院問題の問題提起と激しい運動の中に新たに提起された問題であった。1984年6月30日学会理事会（森温理理事長）において、宇都宮病院では惨憺たる病院の中で、数々の研究論文²¹³⁾「研究と人権問題委員会『宇都宮病院における研究』に対する見解」（精神神経誌 93巻10号：978-996, 1991年）が作られていたということがあり、そのような病院での研究の実態調査が課題となっていた。新たに提起された岐阜大学胎児人体実験問題を検討する必要性が重なり、理事会は「研究と人権問題委員会（仮称—当時）」を発足させることとした。担当理事は辻悟、星野正光、吉田哲雄とされた。9月8日正式に名称が決定され、第一回の委員会で辻悟が委員長に選任され、同年12月寺嶋正吾が新たに担当理事として加わった。

岐阜大学精神医学教室での人体実験問題の概要は以下の資料による。

- ・²¹⁴⁾研究と人権問題委員会報告「岐阜大学精神神経科における胎児解剖研究」に対する見解 精神神経学雑誌 88巻8号：573-617。1986年）

問題概要：精神分裂病（1984年当時34歳）女性の中絶による胎児脳のハロペリドール濃度分析実験を告発したものである。人口妊娠中絶は本人及び配偶者の同意を得て優生保護法指定医によって行うことができるとする優生保護法14条の1項1号*によるというのが岐阜大産婦人科からの回答であり、国会における厚生省の精神保健課長の回答では14条1項4号**によるとして矛盾があった。委員会は本人の発言の経緯から本人同意の存在に疑義を呈している。研究と人権問題委員会はこれを取り上げて幅広く検証した。結論として委員会及び理事会はこの研究は非治療的人体実験として批判した。この事例は精神神経学会のみならず、生物学的精神医学学会においても学会を揺るがす激しい御論が交わされた。この問題に関連して全国「精神病」者集団より優生保護法問題が提起され、同委員会は優生保護問題の検討を本格的に開始した。

すなわち、この問題は1970年代の近代精神医学・研究至上主義・医局講座制批判と、当該患者の中絶胎児脳確保のために、民間病院での措置入院—大学病院での同意入院という恣意的な精神衛生法の利用と、優生保護法の14条中絶条項の問題が複雑

に絡んでいたのである。精神病患者から優生保護法問題の検討が要請されたことから、学会がそれまでの優生保護法への消極的態度を転換させて取り組んだ事例だった。

* 本人または配偶者が精神病、精神薄弱、精神病質、遺伝性身体疾患又は遺伝性奇形。

** 妊娠の継続又は分娩が身体的経済的理由により母体の健康を著しく害する虞。

研究と人権問題委員会は旧優生保護法に関連して当時問題とされたその他の事例についても積極的に調査を試みた。それについては以下の報告がある。

(2) 研究と人権問題委員会の活動

²¹⁵⁾「岡山県等における優生保護法関連の問題について(報告)」(精神神経誌 93 巻 12 号 1353~1355、1991 年)で、当時の委員会の活動を知ることができる。同委員会優生保護小委員会は、新聞の報道で、岡山県の入所施設で、1989 年 11 月「知恵遅れの女性」が、「生理が近づくと精神状態が不安定になる、という理由で子宮が摘出されていた」(1989・11・18、朝日)という情報を得たとし、同時期に北海道、青森においても優生保護法が適用され問題になったケースと合わせて調査をし、道及び青森県に対して質問書を出したが回答はなかったとある。岡山の事例に関してはその施設と手術をした病院に質問書を提出したが、回答は得られなかった。同委員会としては限られた資料の範囲で岡山の事例に関して医療行為として問題があったという趣旨の見解を示している。このケースでは、その施設が、全国身体障害者療護施設研究協議会において「処遇困難な事例とその対策」という題で報告がなされていたものであることを確認した。疑義が指摘されるまでは、それが人権上の問題として認識されていなかったと推測されている。この委員会・小委員会報告の「おわりに」は次のように結ばれている。

「この岡山県での問題の他、同じ時期に北海道、青森ではやはり『知恵遅れ』の女性がそれぞれ『性的誘惑に弱く理性が働く能力に欠けるため、不特定多数の男性と性交渉がある』、『性欲が非常に強いが避妊能力がない。子どもを育てる能力にも欠け』という理由から優生保護審査会の審査を経て優生手術を受けたということが問題になった(…北海道保健予防課長、青森県公衆衛生課長宛に質問状を送付したが、今のところ何ら回答が得られていない。)

これらの問題に共通するのは『障害者』(特に今の社会において意思を明らかにし、人に伝えることにおいてハンディキャップがあったりそのことにおいて差別的状況に置かれている人)は医療場面においての人権を侵害されやすい、ことに施設にいる『障害者』においてその傾向が強いということである。そしてその根底には障害者排除につながる優生思想があると思われる。今後も、類似の問題に就いては学会で検討を重ねていく必要があると考える」。

そのような中で北海道(保健予防課)、青森県(公衆衛生課長)は委員会に対して回答しなかったのだが、2018 年になって優生保護法の一連の報道の過程で、厚生省が、

委員会の青森県の問い合わせに対して回答の無視を指示していたことが明らかになった²¹⁶⁾ (2018年5月23日 河北新報)。

記事の概略は以下である。

旧優生保護法下に90年

不妊手術への質問「無視を」

厚生省、青森県に助言

「…青森県の旧優生保護審査会の「手術適当」認定に対して、障害者差別撤廃を訴える日本精神神経学会が90年に出した質問状について、厚生省（当時）が「無視する方が良い」と青森県に助言していたことが22日に、県が共同通信に開示した資料で分かった」という記事である。手術適応の認定は21歳の障害女性であった。明らかになった青森県知事あての復命書（1990年3月31日保健公衆衛生課）によれば、その指示は次のようにあった。「この学会は精神障害者を差別することはよくないという趣旨の学会である。…厚生省にも何かと質問してくる。しかし、今回の質問であるが…回答する必要はない。…一切無視する方がよい。厚生省もその方法をとっている。…」当時北海道にも同様な事例があり委員会は質問を出していたが回答はなかったものであり厚生省の指示があった。70年代以後の学会の活動は政府の精神医療政策批判であったので、このような取りあつかいになったものであろう。

(3) 「優生保護法に関する意見」

研究と人権問題委員会優生保護法小委員会は、優生保護法の構造、歴史、運用実態、人口政策との関連、「不幸な子供を生まない運動」の総括、最先端医療における優生思想、優生手術の事例などについての検討を行い、小委員会の中間報告として²¹⁷⁾ [資料・優生保護法—優生保護問題小委員会報告にかえて] (精神系誌、91:1047-1050、1990年)を提出した。そのような検討経過を経て1991年に²¹⁸⁾ 「優生保護法に関する意見」 (研究と人権問題委員会・優生保護法問題小委員会 精神神経学雑誌93巻12号:1356-1362 1991年) という提言 (委員長は辻悟、優生保護小委員会は、小沢勲、椿恒男、寺嶋正吾、本谷研司) をした。

同意見は次のようである。

「提言」は以下のようである。

「わが国の優生保護法は、『優生上の見地から不良な子孫の出生を防止する』ことを目的とする条項と『母性の生命健康を保護すること』を目的とする条項から構成されているが (第一条)、前者を目的とする条項および法的に後者を目的とする条項とされていても事実上前者の目的に添った条項はすべて削除すべきであり、精神神経学会はその実現のために各方面に働きかけるべきである。当面、精神神経学会として削除を求める条項は、第三条 (任意不妊手術) 第1項の一、二、第四条 (強制不妊手術)、第十二条 (保護義務者同意による不妊手術)、第十三条 (都道府県優生保護審査会の役割)、第

十四条（人口妊娠中絶）第1項の一、二、同条第3項である」（カッコ内本報告注記）として各条項の内容を記している。

「説明」として

- 1 優生保護法の成立と改正の経過
- 2 優生保護法の内容
- 3 第三条第1項の一、二、第四条、第十二条、第十三条、第十四条第1項の一、二、同条第3項の削除を求める理由

「我が国の精神障害者は、健常者には認められているさまざまな権利をはく奪されている。このような事態に対して、精神神経学会は、これまでも精神障害者に対する差別偏見を是正し、その人権を確立するために様々な提言や運動を行ってきた。ところが現行優生保護法には、このような学会の方針に抵触するものであり、到底容認しがたい」として上記各条項の削除を求めることにしたと述べている。

その理由の1)として、優生保護法が「産む産まない」という私事に国家が介入して刑法（二百十二条の墮胎罪、二百十四条の業務上墮胎罪）を規定しながらその例外規定として優生保護法の人口妊娠中絶条項が存在する。また、優生手術については優生保護法第二十八条に「何人も、この法律の規定による場合の外、故なく、生殖を不能にすることを目的として手術またはレントゲン照射を行ってはならない」とあり、この条項の例外規定として、優生保護法の優生手術に関する条項が定められている、として法の構造を明らかにしている。「…このように、優生保護法は総じて障害者の基本的人権を侵害し、さらには生存権までも脅かす内容を有している。というのは、精神障害者には不適格条項がすでに数多くあり、従来からその削除を学会としても強く求めてきたところであるが、優生保護法は、将来精神障害者・精神薄弱者・精神病質者になる可能性のあるものの誕生に関する不適格条項ともいえるべき内容になっており、精神障害者が生み育てる権利をはく奪しているのみならず、現に生きている精神障害者は生まれるべき存在ではなかった、と見られることになるであろうからである。このような法の内容は、従来本学会が目指して来た方向と明らかに相反する」。

理由2)として、遺伝性精神病として、精神分裂病、躁うつ病、てんかんがあげられ、遺伝性精神薄弱が併記されており、さらにその社会的価値判断の要素があまりにも大きいことから医学的概念としては否定された精神病質が、その一部を遺伝性と標識（第四条別表）されていることを指摘し、それらの診断によって優生手術の対象となることの問題点—差別性を指摘している。

理由3)として、優生手術に関して、遺伝性身体疾患や遺伝性奇形、遺伝性精神病質については本人（および配偶者）の同意を要件としているが、遺伝性精神病・精神薄弱については医師の診断と都道府県優生保護審査会の審査、遺伝性ではない場合には保護義務者同意によって優生手術が行われることになっており、それらに同意能力が認められないこととなっていることを問題視している。また第十四条の人口妊娠中絶に

においては保護義務者の同意において本人の同意とみなすことなどの問題点も同様に指摘している。

さらに付記として「不幸な子どもの生まれない運動」において優生思想が現実化しているとして批判し、最先端医療においても同様な視点から再点検が必要と指摘している。

これを受けて理事会（笠原嘉理事長、森山公夫、吉田哲雄各副理事長）は1992年11月7日「優生保護法に関する意見」を承認し厚生省に送付した（精神神経誌95巻2号222頁記載）。この意見書に重要な役割を果たしたのは、既述のような経過で70年代から優生保護法批判を行っていた小沢であった。「意見」は、優生保護法による国家の差別性を手厳しく批判し優生保護法の優生条項の削除を提言した。現在の観点から見る時この意見は本学会および精神科医の不作為の責任については触れていないことが指摘されよう。

12：注

²¹³⁾ 研究と人権問題委員会『宇都宮病院における研究』に対する見解（精神神経誌93巻10号：978-996、1991年）

²¹⁴⁾ 研究と人権問題委員会報告「岐阜大学精神神経科における胎児解剖研究」に対する見解（精神神経学雑誌88巻8号：573-617、1986年）

²¹⁵⁾ 研究と人権問題委員会・優生保護法小委員会「岡山県等における優生保護法関連の問題について（報告）」（精神神経誌93巻12号1353-1355、1991年）

²¹⁶⁾ 旧優生保護法下に90年不妊手術への質問「無視を」厚生省、青森県に助言（2018年5月23日河北新報）

²¹⁷⁾ 研究と人権問題委員会・優生保護法問題小委員会[資料・優生保護法—優生保護問題小委員会報告にかえて]（精神系誌、91：1047-1050、1990年）

²¹⁸⁾ 研究と人権問題委員会・優生保護法問題小委員会「優生保護法に関する意見」（精神神経誌93巻12号：1356-1362 1991年）

13 母体保護法成立以後

(1) 母体保護法と新優生思想

²¹⁹⁾ 「強制不妊 旧優生保護法を問う」（毎日新聞社 2019年）によれば以下の経過であった。

1994年9月エジプト／カイロ（リプロダクティブ・ライツの議論）にて、国連の国際人口開発会議のNGOフォーラムで安積遊歩は外務大臣河野洋平と会い問題を訴えた。

1995年北京 世界女性会議 NGOフォーラム（リプロダクティブ・ライツ合意）でも問題が議論された。当時全家連滝沢武久事務局長が動いていた—厚生省・自民党衛藤晟一に働きかけていた。「障害者差別をなくするという一点だけで短期決戦で行く」として、衛藤や村上正邦らが動いた。1996年6月18日母体保護法は運動団体が知らないうちに成立した。

松原²²⁰⁾によれば以下のようなようである。

(1) カイロ、北京での、障害者の不妊化を正当化する優生保護法が非難された。

(2) 1996 年らい予防法の廃止—優生保護法の癩疾患が削除され、優生条項の一角が崩れた。

(3) 障害者のノーマライゼーションを掲げて障害者基本法が制定され、資格の欠格条項の見直しが行われる動きが起こっていた。優生保護法を所管していた保健医療局精神保健課は、大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課に改組され優生保護法を手放すこととなった。それに伴い母子保健課は問題を抱えたままの優生保護法を引き継ぐことに難色を示した。1996 年 7 月が優生保護法の母子保健課への移管予定であった。このような行政上の所管の都合もあり、優生保護法の優生条項の削除が行われ、母体保護法は同年 6 月に制定された。

(4) 中国では 1993 年に優生保護法案が提案されていたが、障害者への人権侵害として非難され、母子保健と名称を変えて 1995 年に施行された。日本の優生保護法がその時否定的に引き合いに出されていた。

以上の文脈で電光石火、法改正が行われた。それによって優生保護法の下での人権侵害の実情は調査されず保障問題も放置された。

このころの精神医学・医学—障害者問題の流れは以下のようであった。

- 1980 年 WHO ICIDH 公表、アメリカ精神医学会 DSM-III
- 1981 年 国連国際障害者年—以後障害者の人権を国際的な課題として向上させていく流れが強化される。
- 1982～1983 年 経済条項削除を目的とする優生保護法改正案の動き
- 1982 年 優生保護改悪阻止連絡会（阻止連 反対運動の中核）→法改正上程断念
- 1983 年 精神衛生実態調査反対運動
- 1983～1992 年 国連障害者の 10 年
- 1984 年 宇都宮病院事件
- 1987 年 精神衛生法改正・精神保健法成立
- 1987 年 厚生省「優生手術の適用事由等に関する研究班」設置
87 年優生保護法も所管していた精神衛生課は宇都宮病院問題について、国連人権委員会で批判され精神保健法に改正された過程で、欠格条項が問題にされ、優生保護法も人権問題とされる可能性を危惧した。
- 1988 年 厚生行政科学研究書「優生保護法における優生手術の適応事由に関する研究」
- 1989 年 東欧革命—1991 年ソ連解体—湾岸戦争
- 1992 年 ICD-10
- 1993 年 障害者基本法
- 1995 年 精神保健法が改正され精神保健福祉法に。
- 1996 年 らい予防法廃止

優生保護法改正—母体保護法成立

- ・1997年 「強制不妊手術に謝罪を求める会」は「優生手術に対する謝罪を求める会」と改称。大橋由香子、市野川容孝らが参加。障害者と女性の対立の止揚。厚生省交渉開始。
- ・1998年11月19日 国連の人権委員会日本政府に対して、被害補償を受ける権利を法律で規定することを勧告。
- ・2001年熊本地裁 ハンセン病患者の隔離や優生保護法不妊手術を人権侵害と断じ、国もこれを受け入れた。
- ・2001年 WHOのICFが成立し障害の医学モデル、社会モデル、統合モデルが明確にされた（1980年のICIDHが改革）。
- ・2001年 池田小学校児童殺傷事件*
- ・2003年 医療観察法成立—戦後保安処分問題の一定の決着
、*
- ・2006年 障害者の権利条約 日本政府署名、
- ・2013年 権利条約 国会批准→国内法の整備に向かった。
*²²¹岡江晃 宅間守精神鑑定書 亜紀書房 2013年
**²²²富田三樹生 医療観察法に関する委員会報告 精神経誌 112巻3号 2010年
***²²³富田三樹生 医療観察法を批判する「精神病院の改革に向けて」青弓社 2011年所収) 参照

渡辺²²⁴が1996年の母体保護法について次のように述べている。「母体保護法制定の意義について一言ふれておく。母体保護法制定の意義は、ただ一つ、障害者が強く求めていた優生思想にもとづく差別的な条項を撤廃したことにある、と理解されている。しかし、ことはそう簡単ではない。…(96年にはすでに行われている) 出生前診断には、優生手術を代行している側面が潜んでいる。現在、出生前診断という新たな優生手術が、実施されているのである。反対の多い優生思想にもとづく差別的な条項を温存しておく必要性は、すでになくなったのである。このような事情が、優生保護法をいとも簡単に改正させた根拠である」。

立岩信也²²⁵前掲「私的所有論」(第9章 372頁～418頁)は以下のように述べている。

- ・「むしろ、能力と能力のないこと＝障害 (disability) に関わる優生学の「本体」に対する批判が行われるのは1970年代に入ってからである—そしてそれは出生前診断の出現と無縁なことではないと—私は考えている。…ただ批判がこの場面に来た時、批判自体も困難なものになるのである」。
- ・「もちろん以前から、障害者の権利に関わる社会運動、当事者による運動はあったが、1970年代初頭にその運動は質的転換を迎えた。そしてここには、出生前診断・選択的中絶の問題も関わっていた」。

・障害を持って生まれて生きることを、不幸と決めつけられることへの抗議、不幸と決めつける健常者たちは、健常者の幸福をまもるためにそう言っているのだという告発が行われた。

・「これは、排除と憐れみと社会復帰（というより職業復帰）という発想しかなかった時、意義のあるものであったが、人権の語に翻訳すれば、通りの良い、少なくとも通ることは通るはずの主張ではあった。だが、『出生前』が問題にされるとき、これだけではすまない。さらに現れる問題は、以上のような認識を促し、深化させるものであったとともに、固有の困難な問題も生じさせ、さらに主張の吟味を促すものだった。」

・人口妊娠中絶を認める限り、少なくともこれを殺人・抹殺だとして禁止することは出来ない。胎児を人格として設定し、そこから、消去されること不幸を言うことによって、権利の侵害を言うことによって選択的中絶を禁止することは出来ない。これが第一の問題である。第二は、障害という範疇自体をどうとらえるかという問題であった。選択的中絶に対しては、障害そのものに対して価値判断し否定する、という批判が出てくる。それには、生まれぬ方が良いが、生まれた者には権利が保障される、という反論がなされた。しかし、それは二つの規範が並立するという事に過ぎず、前者自体を問題にするなら、二つの規範の成立例を実証しても反論たりえない。「障害を肯定する」場合、中絶でも治療でも、それを除去しようとする一切の行為は認められないことになる（しかし、そうはならないだろう―筆者）。

そして第三の問題が出てくる。女の権利と障害者の権利の衝突である。

経済条項の削除は人口の量の確保を狙ったもの、胎児条項の付加は人口の質を狙ったもの、という本質把握は女性にも障害者にも共有される（同書 385 頁）。

しかし、権利としての中絶を主張する女性に対して、障害者は障害者を抹殺する権利は無いはずだと主張した。障害児を生み育てる苦難を国家・制度から女性が背負わされているとして女性の権利を肯定しても、生命の質が問われていることは見逃されるべきではない、と批判される。しかし、生み育てる女性の苦難がなくなる国家が誕生するまではどうするのか。そのような国家になったとき女性は選択的中絶を行わないのか。このような議論は『差別』という理念と、障害はない方が良いのではないか、という『実感』との乖離が、言葉にされないまま続くことになる。

第四に、自己決定とは何かという問題になる。

立岩は、自己決定という問題設定そのものに疑義を呈する。産む産まないは、第一に女性の、第二に、親の権利ということは出来るだろう。では、選択的中絶は人口妊娠中絶に含まれるのだから、容認される、といえるだろうか。立岩は、全面的には否定できない、としながら是認できる、わけでもないとする。女性は自己決定で、他者となる子供を自己の所有物として産むわけではない。女性の身体が生み出そうとしている子供―胎児は母と同格な他者となる過程にあり、女性の自己決定の範囲に収まらない、と述べている。

他者の幸不幸を勝手に決められないこと、障害をめぐる負担の問題は結局社会が負担するということがありうべき姿であることなどが述べられる。

優生保護法は、障害の因果関係の不十分さと、国家の強制性において否定されたが、選択的中絶や新優生思想については全か無かではないその克服過程における「私達」の「決定」として容認していると言えよう。

「禁止するのでもなく、義務化するのでもないとしたら、結果としてその決定は当の女性に委ねられることになる」（同書 416 頁）として容認することになる。

「検査（出生前診断）を受けないでもよく、生まれたものは誰でもあれ生まれて生きることを本当に現実に認めるのであれば、単に、それは個人の選択であるというのでは足りず、誰であれ生まれて生きることを、いやいやでもなんでも、私達が実質的に認める必要がある。産む側の当事者と生まれる者とが現実に暮らせるために、家族の扶養義務は、制度的・実質的に、解体あるいは大幅に縮小され、その義務は社会全体が負うことになる」（同書 417 頁）。しかし、わたしたちはどのような資格でこの問題を論じているのであろうか、という疑問と向き合うことになろう。

市野川²²⁶（「性と生殖をめぐる政治—あるドイツ現代史—市野川容孝」（『フェミニズムの主張 3 生殖技術とジェンダー』江原由美子編 勁草書房 1996 年）は以下の様に述べている。

1960 年代末には羊水穿刺検査、1975 年以後絨毛診断が導入され、1980 年代には体外受精、着床前診断が可能となっている。そればかりか、体外受精は、精子及び卵細胞を選択し、受精そのものが人為的にコントロールできる水準にある。

「…出生前診断の結果に基づく選択的中絶や、新しい生殖技術を駆使して『健康』な子供を産もうとすること、これらを法によって禁止することなどできないし、個々人がそれぞれ重い決断をくだす具体的な場面をはなれて、抽象的で粗雑な批判を行うことは慎まなければならない。個々人のそうした経験に結びついている点に優生学という『権力』の実定性がある。『権力』から完全に自由であることなどできない。それが可能だと思う時、人は権力というものを過小評価しているのだ。だが、この『権力』をエレメントとしながら、それが与えるのとは別の生の在り方を、他者との関係の中から生み出していく自由というものが残されている」（202 頁）

以上のような複雑な議論を要約することはむずかしい。

1. 人が健康や能力を選好することは一般的に不可避なことである。
2. 他方で、病気や障害による能力低下があってもその生きようとする同胞としての価値を認めなければならないことも不可避なことである。この選好を現実化するには社会または国家が個々人の生命と人権の価値を認めそれをサポートすることが不可欠であり、それには社会的負担の問題が潜んでいる。
3. 国家が国家である限り、その権力において生産能力を称揚し無能力を人口論とし

て低価値化することは一般的に不可避である。しかし、それを個人に強制することは否定されなければならない。

4. 国家や社会ではなく、個人の自己決定として、1及び2のどちらかを選好することは認めなければならない。
5. 中絶を問題にするとしたら、受精後何時から可能かという時間の線引きが不可避となる。

以上のような相矛盾する不可避性や選好や価値観の方程式を、現に生存している者の自己決定として選択することの中に新優生思想の困難性があるということになる。

しかし、すべての人は自己の選択によって生まれたのではない。未生の時に既にあった二人の人間によって、さらに言えばその二人を含む世界によって生まれたのである。しかるに生殖技術によって生きている者の選択が可能となったのである。自己決定とは、自己を巡る国家に規定された他者性に伴う自己決定でしかありえない。私たちは選択の可能性と健康を求める選好の不可避性と、さらに社会の貧困との矛盾世界にいる。

(2) 優生保護法被害者の提訴と一時金支給法成立

優生保護法問題がマスコミに大々的に取り上げられる様になったのは以下の様な経緯であった。

- ・2016年7月26日 津久井やまゆり園障害者殺害事件
- ・2017年12月3日 毎日 佐藤由美さんの提訴を一面トップ報道、各紙が追う。、弁護団「立法不作為」主張。
- ・2018年1月30日 佐藤由美さん仙台地裁へ提訴。
- ・2018年3月6日 超党派議員連盟「優生保護法下における強制不妊手術について考える議員連盟」福島瑞穂が事務局長、尾辻秀久が会長（超党派）。
- ・2019年4月19日 「旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた者に対する一時金の支給等に関する法律」（一時金支給法）成立施行

320万円支給する内容。請求期限は5年間。2022年1月時点請求認定966件

以後も裁判が提起されている。

13：注

²¹⁹⁾ 「強制不妊 旧優生保護法を問う」毎日新聞社 2019年

²²⁰⁾ 前掲「人間社会松原日本」

²²¹⁾ 岡江晃「宅間守精神鑑定書」亜紀書房 2013年

²²²⁾ 富田三樹生「医療観察法に関する委員会報告」（精神神経誌112巻3号 2010年）

²²³⁾ 富田三樹生 医療観察法を批判する「精神病院の改革に向けて」青弓社2011年所収

²²⁴⁾ 前掲115)「渡辺・戦後の出産変遷」

²²⁵⁾ 前掲立岩信也「私的所有論」（第9章372～418頁）

²²⁶⁾ 市野川容孝「性と生殖をめぐる政治—あるドイツ現代史—市野川容孝」（「フェミニズムの主張3 生殖技術とジェンダー」江原由美子編 勁草書房 1996年）

1.4 人口政策としての優生思想

(1) 人口問題とは何であったか

ルソーの²²⁷⁾「人間不平等起源論」(原著 1755 年、本田喜代治・平岡 昇訳 岩波文庫 1933 年第 1 刷、2000 年第 77 刷) は人間を「自然人」と「社会人」の二重性としてとらえそこから不平等社会が生まれたとするのである。彼は自然人の限りでの質の不平等とそれによる淘汰は是認するが、私有財産制・文明化・社会進化によって個人の「変性」が起こるものととらえその改革を志向していた。

マルサスの人口論²²⁸⁾「永井義雄訳 人口論」(原著初版 1798 年、中公文庫 1973 年初版) はフランス革命時代における社会の貧困問題を課題としながらも理念的な社会主義的思想を批判する(保守的)社会論であった。マルサス人口論の直接の始祖は²²⁹⁾アダム・スミスの「国富論」大河内一男監訳(中公文庫 1978 年 原著初版 1776 年)である。国富論の序論の書き出しはこうである。

「国民の年々の労働は、その国民が年々消費する生活の必需品と便益品のすべてを本来的に供給する源であって、この必需品と便益品は、常に、労働の直接の生産物であるか、又は其の生産物によってほかの国民から購入したものである。…だがこの割合は、どの国民の場合も、次の二つの事情によって左右されるに違いない。すなわち、第一は、国民の労働がふつう行われるさいの熟練、技能、判断力如何であり、また第二は、優良な労働力に従事する人々の数と、そのような労働に従事しない人々の数の割合である」。

スミスは、国民の富を重商主義時代に考えられていた金銀や財宝というものから、労働によって生み出される必需品と便益品に分類される生産物の総量としてとらえ、質に応じた労働力の数と非生産人口の数との割合で左右されるとして、資本主義社会の人口論—労働力論の骨格と本質を示している。国富論第 1 篇第 8 章の賃金論には以下のようなことが述べられている。賃金は夫婦の労働維持と次代の子ども—労働者の生活維持に必要な額でなければならない。困窮者夫人は多数の子どもを出産するがそのうちの多くは死んでいく。他方で土地の豊富な北アメリカでは、人口は 20 年~25 年で倍増しており土地はそれを支えることができ、早婚が奨励され、子持ちの未亡人は子持ちで再婚することが有利であった。それは子どもが労働力として重宝されているからである。他方で、「シナ」では結婚が盛んに行われるのは、子供殺しの自由があるからであり多産で多死である。労働の維持に充てられるストック(資本)が減退する国では、賃金は減り、労働者は供給過剰となり、餓死するか乞食をするなりし、困窮、飢餓死が増加することになる。人々は多くを生み、多くが死んでゆく。比較的裕福な夫人は、少子となる。スミスによって富の源泉として見出された労働価値を生み出す賃金労働者—その人口動向と産業・食料生産・土地問題が提起されていた。分業論—産業論—自由主義経済論—労働価値論—人口論によってスミスは資本主義経済学のもとを創った。ダーウインの 1859 年の「種の起源」における進化論は、貧困社会を生き延びる人類を描いたマルサス人口論から一つの発想を得たものである。そしてマルサスは国富論か

ら人口論を生み出す。このように近代思想の血脈が受け継がれている。ダーウインの生物学的進化論が優生学を生み出したのではなく、近代資本主義社会論—人口労働力論がダーウインとその後の優生学を生み出したとも言うるのである。

マルサスは英国国教会牧師であった。全能の神が創造した世界に何故「悪」や「不幸」、すなわち「貧困」があるのか、という神学上の疑問があった²³⁰⁾「橋本比登志 マルサス研究序説 親子書簡・初版人口論を中心として 嵯峨野書院 1987年」の第二編（牧師マルサス 序章 牧師マルサスに対する評価 99頁）。ダーウインは1859年の「種の起源」において、貧困社会を生き延びる人類を描いたマルサスから「適者生存」を発想したのである。マルサスはフランス革命時代の楽天的社会改革思想家であるコンドルセやゴドウインの議論（コンドルセは資本主義下で、ゴドウインは社会主義による—上掲橋本による）—理性による社会の完全化・社会主義化と、人間の生物学的品種改良によって以下のマルサスの公準を否定的に超える可能性を否定したのである。

第一公準—人間にとり食物は不可欠である。

第二公準—男女両性間の情欲は不変である。

この二つの公準に基づいて以下の二つの命題が生まれる。

第一命題—人口のより大いなる力が困窮と悪徳によって生存手段の水準まで押し下げられ手其の水準で均等化される。

第二命題—人口と食物とは相互依存関係にある。

当時の改革論者であるコンドルセやゴルトンは優生学の創始者とされるフランシス・ゴルトンに先立って家畜改良をモデルにして積極的「優生学」というべきものの構想を持っていた。それに対してマルサスは私有財産制度と家族制度の否定によっては人口問題と貧困は解決しないとしかつ生物学的人種改良をも否定したのである。

彼はイギリス救貧法についてはむしろ人口問題を悪化させるものとして批判した。貧困の中から人間社会のありうべき進歩がもたらされ、それが神の意志であるとした。当然ながら後のマルクス主義はマルサス人口論をアダム・スミスを批判するように経済学批判の観点から論難した。また、土地の生産力は科学の進歩によって人口を養うだけの生産力が増加することを主張した（エンゲルス経済学批判大綱 1844年—上掲²²⁸⁾）。このような文脈は1883年フランシス・ゴルトンの優生学とその後につながる。優生学そのものが、人口論の自然人（種の生命共同体における淘汰）と社会人（労働力人口における貧困）の二重性として現れた。既述のようにワイズマンの獲得形質の遺伝の否定は積極的優生学（人種改良）の可能性を否定し消極的優生学—結婚統制や断種論の道を推し進めることになった。マルサスは上記公準と命題との関連で次のように言うことになる。「人口はさまたげられなければ等比級数的に増加し、生存資料は等差級数的にのみ増加する。…生物界全体に幅を利かせている重大な自然法たる欠乏（等比級数と等差級数の差から来る）は生命の種子を神によって規定された限界内に無理やり閉じ込める。…植物と動物の場合、この法則がもたらす結果は種子の浪費、病気、早死にであ

る。人類の場合には貧困と悪徳である」^{231) 228)}「上掲マルサス人口論」。

生存資料の等差級数的増加と人口の等比級数的増加は科学的に証明されていないが、人口と食料—土地の生産性—産業を巡る貧困問題は世界史の問題であり続けている²³²⁾ (JK ガルブレイス「不確実性の時代」都留重人監訳「不確実性の時代」TBS ブリタニカ 1978年)。

過剰人口問題の解決の自然史的解決として、マルサスはほぼ以下の三点を指摘している。

(1) 予防的制限

「家族の扶養に伴う諸困難の予想が、人口の自然増加に対する予防的制限として作用し、下層階級にあるものから、子供たちに適当な食料と注意を与える能力を失わせている現実の困難は積極的制限として作用する、ということである」。「予防的制限は、イングランドの全社会階層にわたってある程度作用していると思われる。もっとも高い階級のなかにさえ、家族を持つと想定した場合に、消費しなければならない費用およびみずから放棄しなければならない想像上の快樂を考えて、結婚をひかえる若干の人たちがいる」。

この予防的制限は人口論第2版以後、「道徳的制限」(自発的道徳的抑制—結婚の抑制)と改められた²³³⁾(水田 洋「イギリス保守主義の意義」世界の名著第34巻中央公論社 1969年)。マルサスは、人口増加の圧力が一方で貧困を生むが、他方で食料需要の増大が耕作を促進するから、社会の進歩にとって必要であるとした。

(2) 積極的制限 子供・人口の多死、困窮による食料の欠乏、不健康な生活環境、労働環境が、人口制限につながる。

(3) 究極的な制限 飢饉、戦争、疾病。

このマルサス人口論から新マルサス主義が生まれる。

(4) それが産児制限論である。1824年フランス・プレイスは「人口原理の例証」において人口を食糧の水準に抑制する第四の方法として、産児制限を付け加えたのである²³⁴⁾(訳者解説 永井義雄訳 人口論 中公文庫 1973年初版)。

産児制限論は、貧困階級の生活向上を目的とするが、人口の減少をもたらすことにつながるから、産業力や兵力の減退をもたらすゆえに、民族や国家の観点から批判対象となった。貧困の中の貧困である精神病者の出生を「防遏」することに優生学の対象を限定すれば逆淘汰の問題は解決するというのが、逆淘汰論優生学の論法であった。そこに遺伝を持ち込むことで医学の問題に偽装できる。しかし、問題の本質は、人口を労働力や兵力の生物学的資源として考える国家や民族の問題設定であり、そのような近代の人口政策における「量と質」論なのであった。

近代批判の先駆者にハンナ・アレントもあげなくてはならないだろう。

彼女は、政治哲学者である。ドイツで生まれた中産階級の同化したユダヤ人の生まれで、自分の母とともにローザルクセンブルグを敬愛していた。ハイデッガーとヤスパー

スに学び、ナチスの台頭の中で反ナチの活動に協力しフランスに亡命した。独仏戦争の中でフランスの収容所に入れられるが、1941年にアメリカに亡命した。

ハンナ・アレント²³⁵⁾ (志水速雄訳「人間の条件」ちくま学芸文庫 原著 1958年)は古代ギリシャのポリスが、生きる必要性の労働一家政としての—私的領域と政治的公共性とが明確に区別されていたことを範として、人間の活動力について、「労働」と「仕事」と「活動」に分けて論じている。

アレントは、アダム・スミスから始まった労働価値説とそれを徹底して論じたマルクスを近代批判の軸として近代西欧、19世紀近代—国民国家—さらに帝国主義批判を展開している。「仕事」に世界制作の意義を付与し、様々な道具や建物や仕組みを人間の住む世界として制作する機能を与える。「活動」という概念に人間の複数性の中において自分が「誰であるか」を現わすものとして人間の共同世界に関わる価値を見出している。その中心に公共的な機能としての政治がある。「労働」は個体の維持と種の存続に役立つ自然との代謝関係とする「ドイツイデオロギー」のマルクスの定義を通してとらえられ、その労働者(と資本)を軸にしてとらえられる経済システムが社会とされる。この生物学的な個体と種の維持につながる労働理解はマルサスの第一公準(個体維持と食物の必要性)と第二公準(生殖による種の維持)にそのまま相当する。労働者の社会的位相と労働力の生物学的な必要性の位相の二重性として近代(資本主義と社会主義)の貧困問題—労働力論—人口論が生まれ、優生学はその生物学的位相に焦点を当てて人口政策を構成する。マルクス主義は労働過程そのものを自然過程—生物過程として一元化するものであるとアレントは理解しているのである。

川崎²³⁶⁾ (川崎修「ハンナ・アレント」講談社学術文庫 2014年)によればアレントは「全体主義の起源」(1951年)において、スターリンとナチスの国家を、その国家、秘密警察、強制収容所に特徴づけられた20世紀の全体主義として批判する。19世紀はヨーロッパの旧秩序としての「階級」(貴族、ブルジョアジー、貧民・労働者)が崩壊し、大衆は「故郷喪失」に陥ってアトム化し、その上19世紀に成立した国民国家の仮象は第一次大戦によって崩壊し、大量の無国籍者と難民を生み出した。第一次大戦後の「民族自決権」は民族が混在する国民国家の人種問題を極端化して国家を解体し、ナチスはその矛盾を「人種主義」(汎ゲルマン主義—反ユダヤ主義)によって世界制覇を目指す全体主義国家となった。スターリンのボルシェヴィズムは国家の革命を史的唯物論としての「自然過程」としての労働者階級による世界革命を一国化・一元化して粛清と強制収容所の「全体主義」国家を形成した。優生学はこの二つの「全体主義」国家によってその運命を全く異にした。既述の国崎定洞に見られたようにマルクス主義は階級社会における優生学を否定するのである。

「实际的に言えば、このことはテロルが、<自然>が<生きるに値しない>人種もしくは個人に下した死の宣告、あるいは<歴史>が<死滅する階級>に下した死の宣告を、自然もしくは歴史そのものより緩慢で非効率な過程を俟たずに即座に執行する

ということを意味する」²³⁷⁾ (ハンナ・アレント「英語版第十三章エピローグ 1951年」
大久保和郎・大島かおり訳新版「全体主義の起源」3 みすず書房 2017年)

自由の国、アメリカでは、第一次大戦前から断種は実践され断種法も州によっては成立させ、ナチス断種政策のモデルになった。このことは、第二次大戦後のGHQによる我が国の占領政策に影響を及ぼし、優生保護法成立に影を落としたのは既に見た通りである。

柄谷行人²³⁸⁾「力と交換様式 岩波書店 2022年)は従来の伝統的な生産力—生産様式からのマルクス理解を、資本論における商品交換—貨幣・資本—交換様式論から—社会構成を考える議論を展開している。近代の労働の問題は資本の問題と不可分だからである。交換様式 A を氏族社会に優勢な贈与交換とし、国家に典型的な交換様式 B を略取と再分配・保護権力とし、この B に伴って発生し近代に支配的な商品交換様式 C としている。この商品交換は交換価値による現代世界に席卷するグローバルな格差—差別を生み、そのような矛盾から交換様式 D=アソシエーションが発生するとする。それは商品交換が発達した古代国家—古代帝国を背景に普遍宗教—世界宗教が発生したのに類比されている。交換様式 D は交換様式 A が高次に回復したものととらえられる、アソシエーションとは友愛に基づいた相互的な心的物質的交換様式ということになる。それは、政治的に意図して制度的に作られるというより危機の時代に終末論的に到来するものであるとされる。

アレントにしても柄谷にしても、近代の生産力—労働力—資本—国家(ネーション=ステート)の矛盾を批判的にとらえその思想を展開している。優生学は彼らが指摘する矛盾に基因する優生学的人口論思想であったと見られる。

(2) 三つの問題系—福祉政策、医療政策、人口優生政策

プレッツによれば人間社会の「社会」の位相が医療や福祉の相互扶助の領域であり、「種」の水準がとりわけ出生前の生殖細胞による優生学の領域である、としていた。この云い方を借りれば、社会の位相では人口問題は生存しているものの労働力(労働能力・無能力)、富と貧困、疾病と障害の社会的課題である。種の位相では人口問題は生殖細胞を介した人口の「生命共同体」としてとらえられることになる。未来の生命から障害者を抹消するのが優生学の本質となる。

社会の位相において第一に、現在生きている者の医療と社会的治安の対象とされるものたちのために精神病院—保安施設が用意され、医療治安政策問題系である。第二に、生きている者の労働無能力性を対象特性にすれば福祉施策問題系である。この二つ(反社会性、非社会性)は、社会的不適応としてとらえられて精神医学的な範疇としてはひとつのものとなる。

精神保健福祉法は精神障害者の範疇を、医療対象としては Disorder を Mentally disordered とし、福祉概念としては Mentally disabled と明示するようになったのは

そのためである。医療対象も福祉対象も、1970年代になるといずれも権利の主体として社会的に登場する。

第三が、上の二つを包摂する種の位相におけるものが人口—優生学的問題系であり、近代資本主義社会を規定する労働力としての人口の量と質の問題系である。第一や第二を問として論じる時、第三の問題は当然の如く「否認」されてきた。医療問題に関しては、呉以来、呉の云うところの「政治と法律」の問題であったとしても掲載されてきたことと対照的である。優生保護法成立過程は内村理事長の時代だが、全く学会誌に反映されなかった。優生保護法改正案で揺れていた1974年のジュリスト臨時増刊号—福祉の特集号²³⁹⁾「ジュリスト臨時増刊号 特集 福祉問題の焦点」(1974年10月10日号)は多岐にわたってラデイカルに福祉問題を論じているが、優生保護法問題には一言も触れていない。事情は福祉の論者も同じなのである。また日本精神衛生会は2018年11月に²⁴⁰⁾「図説日本の精神保健の歩み」(改訂増補版 初版2002年)を発行しているが、優生保護法のこと、1953年の精神病院協会会長金子と衛生会理事長内村によった連名の陳情書の事も触れていないのも同様の「否認」によるだろう。

近代社会における労働価値を軸とした社会と国家の成立、そこにおける人口論、帝国主義時代の到来、第一次世界大戦、戦間期、第二次世界大戦、大戦後における我が国の貧困と過剰人口問題、米ソの世界分割と冷戦、経済成長を背景にしたその後の社会変革という流れ、そのような中で優生学的人口論は展開し、我が国の人口政策—優生学も変遷してきた。精神医学は、そのような中で、不妊手術を強制する社会に対して、自らがその優生学を社会防衛の立場から関与した事実をも踏まえ、他方で医学の本来の目的とは異なるものとして自らに要請されてきた役割に対して、否、と自覚的に云えなかったのか、ということが問題となる。

14：注

²²⁷⁾ ルソー「人間不平等起源論」(本田喜代治・平岡 昇訳 岩波文庫 1933年第1刷、2000年第77刷 原著1755年初版)

²²⁸⁾ マルサス著 「人口論」(永井義雄訳 中公文庫 1973年、原著初版1798年)。

²²⁹⁾ アダム・スミス「国富論」大河内一男監訳(中公文庫 1978年 原著初版1776年)

²³⁰⁾ 橋本比登志「マルサス研究序説 親子書簡・初版人口論を中心として」(嵯峨野書院 1987年) 第二編 牧師マルサス 序章 牧師マルサスに対する評価 99頁)

²³¹⁾ 上掲²²⁸⁾

²³²⁾ JK ガルブレイス著 都留重人監訳「不確実性の時代」(TBS ブリタニカ 1978年)。

²³³⁾ 水田 洋「イギリス保守主義の意義」世界の名著第34巻 中央公論社 1969年

²³⁴⁾ 「訳者解説」永井義雄訳 人口論 中公文庫 1973年初版

²³⁵⁾ ハンナ・アレント・志水速雄訳「人間の条件」(ちくま学芸文庫 1994年 原著1958年)

²³⁶⁾ 川崎修「ハンナ・アレント」講談社学術文庫 2014年

²³⁷⁾ ハンナ・アレント「全体主義の起源英語版第十三章エピローグ」大久保和郎・大島かおり訳新版「全体主義の起源」3 みすず書房 2017年

²³⁸⁾ 柄谷行人「力と交換様式」 岩波書店 2022年

²³⁹⁾ 「ジュリスト臨時増刊号 特集 福祉問題の焦点」(1974年10月10日号)

1.5 精神神経学会と優生学法制—その関与と責任

(1) 神経学会の創立以後と国民優生法

呉秀三による日本神経学会の創立以後、日本神経学会は欧米の近代精神医学を導入し、医療制度もその近代化を目指した。戦前は私宅監置—精神病患者監護法の、精神病患者取り締まり法としての「家」による監置の枠組みが、精神病院法の中にも貫かれていた。呉らが告発した我が国の精神病患者の「二重の不幸—病を受けたる不幸とこの邦に生まれたる不幸」を克服するのは、精神病院の設立と私宅監置の禁止と云う近代化の道であると考えられていた。学会は近代精神医学の専門知の確立を第一に目指し、第二に医療制度の近代化を目指した。欧米においては第一次大戦と第二次大戦の戦間期、特に1930年代は、前世紀からの生来性犯罪人—精神病質説による精神医学の新たな潮流と結びついた新派刑法—保安処分新設の動向があり、他方で人口の質の確保を目指した強制不妊手術を軸とした優生学法制が、精神障害者に対する「社会防衛」策として世界の国家主義的な動向と連動しながら勃興していた。そこには国民の多くを労働力としての富と兵力の源泉としながらもその貧民階級を優生学的・遺伝学的に劣悪なものとする矛盾が見られた。北欧では、社会民主主義政権によって、福祉政策と優生学法制が密接に組み合わされた。ナチスドイツでは精神医学を優生学的手段として全面化する体制がつけられた。我が国でも、産児制限は中流階級以上の「良質」の人口の減少と「悪質」な遺伝負因を持つ貧民の増加をもたらして人口の劣悪化につながるとする「逆淘汰論」が強く主張され、国民優生法制定の際の国の説明もそれが強調された。このような動向の中で、精神医学の中でも社会防衛を旨とする犯罪生物学は矛盾なく優生学を自らの学問と結びつけるようになっていた。しかし、呉を始めとする近代化を目指す精神医学者は、精神医療の治安的役割は容認しても優生学法制の導入に批判的であるか、(精神)神経学会として主体的に扱う問題と考えなかったようである。それは優生学が本質的に医療の問題とは次元の異なる人口論の問題であったからである。戦前においては優生学法制については個々人の資格において関連雑誌においては活発に議論されたが学会誌においてはほぼ皆無であった。我が国の戦時体制の煮詰まりにおいて、国家が人口増強策に転じるなかで天皇制家族主義的な色彩濃厚な「民族国策としての人口政策」によって優生政策を限定する方向に転じた。成立した国民優生法では強制断種の凍結と産児制限—中絶の禁止として帰結した。このため国民優生法のもとでは任意断種も少数にとどまり、産児制限論者は弾圧された。この時代における精神医学者の国民優生法をめぐる議論は活発でありわが国に初めて導入された優生学法制に対しての本質的な議論が戦わされ社会的にも大きな影響を与えた。

(2) 優生保護法の成立と精神科医の関与

敗戦後の我が国は、産業の壊滅による貧困と食糧難と過剰人口によってマルサスの状況に見舞われた。戦時中に弾圧されていた産児制限運動家は、国民優生法によって抑制されていた人口抑制—産児制限—中絶解禁（母性保護）を第一とし、遺伝学的負因よりも反社会性を持つ対象の優生学的処置を組み込む法改正（社会党案）を目指した。谷口弥三郎らは社会党案を取り込み、第一に優生学的法制の趣旨を明確にし、第二に産児制限—中絶容認—母性保護の二つを目的とした法案に組みかえた。しかしその実質の主流は母体保護—中絶解禁—人口抑制を主としたものとなった。GHQ（占領軍）はこの二つの柱による優生保護法案を容認した。他方で谷口らは産児制限による「逆淘汰」を恐れて優生政策—不妊手術は強化する方針をとった。優生学的処置の対象の規定や範囲に関して占領軍担当者は批判的に見て意見を付したが結局谷口らの提案を容認した。このGHQと谷口らによる優生保護法制定過程において精神医学者は事実上その議論から排除されていたと見られる。さらに1949年の強制不妊手術の第4条改正による「医師」の申請義務化は、1949年5月参議院厚生委員会において議員側より突然出されたものであった。この重大な義務化についても学会誌にそれを問題視した形跡が見られない。優生保護法—優生学は精神医学—医師を強制不妊手術の対象者を発掘する手段として扱ったのだが、それに対して学会においてしかるべき議論や対応がなされたことが見当たらない。また、1952年の優生保護法改正は1950年の精神衛生法における保護義務者の同意による非遺伝性精神障害の強制不妊手術を可能としたが、それについても学会誌には議論が見当たらない。優生保護法は大きく言えば、ドイツに対する戦後処理であるニュールンベルグ裁判と連動する我が国の戦後処理との関連の中で、GHQの判断と谷口等の交渉—取引の枠組みによって成立したものと云える。この過程は国民優生法の成立の時と同じく学会としての関与はなかった。またこの過程で精神科医が責任ある立場として意見を求められた形跡はほぼみとめられない。法の理念は強制不妊手術を中核とした優生学的なものであったが、その本流は過剰人口対策—産児制限—中絶解禁にあったこともありその後の精神科医の主体的関心を失わせた可能性がある。

（3）精神医療の近代化と優生保護法の受容と推進—1969年金沢学会まで

国民優生法に反対した金子準二や植松七九郎らは、民間精神科病院の団体—精神病院協会を設立し、それに伴う形で精神衛生法の制定を目指して活動した。この精神衛生法の成立もGHQによる容認の下で行われた。精神衛生法という自らの土俵については多くの精神科医—精神医療関係者—医師会、政府法制局は協議の上議員立法によって成立させた。他方、1951年9月のサンフランシスコ講和条約の後、1953年、日本精神衛生会理事長内村祐之と日本精神病院協会会長の金子の連名による精神病院増床策と強制断種推進の二つを軸にした陳情書が出された。この陳情書における内村の肩書は日本精神衛生会理事長であるが、彼は東大教授であり日本精神神経学会理事長でもあ

った。国民優生法制定時、強く反対した金子が優生保護法の強制断種を推進する立場に転換したのである。その理由についての金子の明示的な言葉は伝わっていない。しかしそれは戦後の以下の三つの状況変化と関連することは理解できるだろう。第一は天皇制家族国家の崩壊と占領政策の下での資本主義的「民主主義」社会の枠組みへの転換である。第二は、戦後の我が国の貧困と食料危機と過剰人口のマルサスの状況である。第三は、金子自らが関与し呉以来の念願—精神病院設立増加政策と精神衛生法制定—私宅監置の禁止が達成されたことである。以上のような状況変化を踏まえれば金子らの「転向」は我が国そのものが戦後、資本主義的民主主義国家に転換したことに伴う変化であったというべきであろう。この1953年の事態は、本学会を含む精神医学界が優生保護法を実質的に容認—推進する立場に立ったことを示している。

(4) 精神病院の収容所化と1969年金沢学会—1970年代とその後

我が国の戦後精神科医療は、国家政策として民間精神病院主導による低基準な精神科病院—病床の増加によって特徴付けられる。1964年のライシャワー事件、1965年の精神衛生法改正問題は、この近代化の実質が精神障害者を治安主義的にあつかうものであることを多くの精神科医に知らしめることになった。

「1968年革命」という世界の動きは、我国の精神医学界にあっては1969年の金沢学会闘争をもたらした。そこで問われたことは、医局講座制と精神病院の惨状の結合の状況であった。政府はこの時期、戦前からの課題であった刑法改正—保安処分新設に動き出していた。若手の精神科医は大学医局講座からなる学術団体としての学会に対しては近代精神医学批判・研究至上主義批判・医局講座制批判によって対峙し、医療政策においては収容主義的な精神衛生法体制・保安処分新設に対抗する運動を展開した。

優生保護法の実際には、強制不妊手術は厚生省や優生保護法を主導した谷口弥三郎らの想定よりも大幅に少なかった。1957年の参議院での山口正義公衆衛生局長が、4条不妊手術が少ない理由として、「精神科医の話として、遺伝歴が詳しくわからない場合、人権上から申請することは出来ない、と言っている」としているのには意味がある。通常の医療現場から考える時、目の前の本人を対象とする医療の志向性から優生学の志向性に転換することは自然なことではない。医療とは関係がない生殖不能とするための優生手術を患者に勧めることは通常は不自然且つ困難だからである。その意味で優生保護法への強い批判がなくとも、全国的に見れば強制不妊手術がそれほど増えない事態は起こり得たのである。他方で、あえて強制不妊手術を行う際、1953年厚生事務次官通知「優生保護法の施行について」が許容したように医師—精神科医の「欺罔」に基づいて行われることにもなったのである。

1955年を極期にして1960年代には強制優生手術は急速に減少した。その理由を明示することは困難だが、経済の立ち直りによる絶対的な貧困からの離脱と極端な過剰人口の解消、精神障害者の収容の増加促進は優生手術を敢えて行う理由も「逆淘汰論」の

有効性を失わせた。69年金沢学会を転機に、1970年代は近代から「現代」への画期になっていたのである。

1972年の政府の優生保護法改正案は、中絶の経済的理由の削除と、胎児条項の導入という新たな優生政策の強化が問題とされた。「青い芝の会」の運動は、激烈に健常者社会を告発し、健常者の「正義」を拒絶して障害者運動の新しい視野を切り開いた。ここでは、障害者の障害胎児中絶の批判運動と、女性の出産・中絶を巡る自己決定を求める運動が大きな矛盾を孕みながら優生思想そのものが問われることになった。その1970年代、1980年代は、強制不妊手術—断種問題はこの運動団体においても主要な注意をひかなかつたのだが、優生保護法改正が中絶をめぐるものであり、またそれが障害者を超える一般人の広範な問題だったからであろう。そのような経緯の中で、精神科医の内から積極的にこの問題に関わり発言するものが現れた。特に日本児童精神医学会は学会として1973年に優生保護法改正に反対し、法そのものの廃止を訴える声明を出すに至った。この発言者たちの背景には少なくない若い精神科医の運動や、意識の変化があったことは忘れられるべきではない。本委員会の学会員へのインタビュー調査の中で、1970年代中頃、某大学においてある患者への教授の不妊手術の提起が、若手医師の反対で中止になったというエピソードが語られているのはその証左であろう。またこの時期、1973年9月優生保護指定医の研修会で加倉井俊一公衆衛生局長発言は「優生保護法の適正なる運営」と題した講演を行い、事実上、強制不妊手術の抑制を示唆した。その発言内容には障害者当事者や、日本精神神経学会の精神医療改革活動が影響していたことが明確に見て取れる。しかし、行政は政策的に優生保護法を見直すことはなかった。またそのような状況でも日本精神神経学会は優生保護法そのものに対しては不作為のままであった。その不作為は、不妊手術が減少したとしても着実に法は生き続け、被害者を生み続けることにつながった。

欧米においては、1970年代はナチスの優生政策は「否定的に再発見」されるとともにナチス以外の国々においても戦後も不妊手術が行われていたことが再発見され、自国の優生学法制の再点検が行われるようになっていた。上のような我が国の1970年代の動きもそのような世界の潮流と大枠においては同調するものであった。その動きの背景には精神病患者—障害者の復権運動があり、WHOにおいても精神病問題は1980年の障害概念の改革の提起 ICIDH に結び付くような社会変革によって洗い直され、疾病と障害の二重性として捉えられようになっていた。障害は、ability-disability を軸に、障害は労働能力のみでなく、自立社会生活を行うための日常生活の能力と社会的障壁を変革する支援・環境改善が論じられる時代を迎えていた。しかし本学会はそのような観点で優生保護法問題に向き合うことがなかった。民族や国家の立場からの逆淘汰論優生学は失効し、個々人が、女性が、障害者が権利の主体として登場し、新たな生殖技術を踏まえて諸個人の「内なる優生思想」と向き合う「現代」になっていたことに対する十分な認識を欠いていた。

(5) 「優生保護法に関する意見」 (1992年)

1984年の宇都宮病院事件の最中、岐阜大学人体実験問題が提起され、日本精神神経学会理事会は1984年6月に「研究と人権問題委員会」を発足させた。1970年代の臺人体実験問題を発端とする研究至上主義問題と、人権がないがしろにされていると批判される宇都宮病院での医学研究とは何かという問題意識に加えて岐阜大学問題が結びついてこの委員会が発足したのである。この岐阜大学問題においては実験対象である胎児脳の入手のために優生保護法に基づく中絶が利用されていたことから、全国「精神病」者集団から優生保護法について検討するように学会が要請されたことから始まっている。同委員会は当時にも散発していた不妊手術の事例にコミットしながら優生保護法問題に取り組み見解を公表した。1991年の同委員会がまとめ、1992年に理事会が承認して政府に送付した「優生保護法に関する意見」は、次のように提言した。

「わが国の優生保護法は、『優生上の見地から不良な子孫の出生を防止する』ことを目的とする条項と『母性の生命健康を保護すること』を目的とする条項から構成されているが(第一条)、前者を目的とする条項および法的に後者を目的とする条項とされていても事実上前者の目的に添った条項はすべて削除すべきであり、精神神経学会はその実現のために各方面に働きかけるべきである。当面、精神神経学会として削除を求める条項は、第三条(任意不妊手術)第1項の一、二、第四条(強制不妊手術)、第十二条(保護義務者同意不妊手術)、第十四条(人口妊娠中絶)第1項の第一、第二、同条第3項である」(カッコ内は本報告注記)。

(6) まとめ

精神神経学会は個々の精神科医の発言は別として学会としては学会創立から長い間優生学法制に関して公式に意見を表明したことが無かった。とりわけ戦後の優生保護法の時代は、大勢として無関心のまま、無批判にその与えられて実務を果たしてきたと言えるだろう。近代資本制国家の人口労働力政策はその量と質において労働能力一日常生活能力と社会との関係の矛盾と無縁ではありえない。従ってその故にこそ不断に生み出される社会的な又は個々人の内なる優生思想に対する自己省察と社会批判活動が不可避と云わなければならない。とりわけ個人を対象とする医療の立場から見た時に、社会と個人の間の矛盾を精神医学は突きつけられてきたのである。近代批判としての1970年代以後において学会は精神医療批判には取り組んできたと言っているが優生保護法の矛盾に対する深い自覚を欠いたまま法に規定された実務を果たしてきた。学会はその無作為によって、少なくない精神障害者の生と人権を損ねた事実を被害者に謝罪しなければならない。学会は、歴史に学び、人間社会にむすびついている優生思想をどう克服すべきなのか、精神医学と社会の関係を深く自省し自らを問いなおしてゆかなければならないだろう。

(資料論文)

「旧優生保護法に基づく優生手術を受けた者に対する一時
金支給等に関する法律第21条に基づく調査報告書」
(2023年6月／衆・参厚生労働委員会) の要約・採録

日本精神神経学会法委員会委員長 富田三樹生

はじめに)

法委員会は理事会に対して 2023 年 6 月 20 日付けで優生保護法に関する法委員会報告を提出した。他方、国会衆議院及び参議院は 6 月 19 日付けで以下の報告書を公表した。

「旧優生保護法に基づく優生手術を受けた者に対する一時金支給等に関する法律第 21 条に基づく調査報告書」

第 1 編旧優生保護法の立法過程

第 2 編優生手術の実施状況

第 3 編諸外国における優生学・優生運動の歴史と断種施策

上記第 1 編は私たちが見ることがなかった多くの資料を当たって記述している。この国会資料によって優生学法制と精神神経学会および精神科医が果たした役割についての私たちの記述の骨格を修正しなければならないものはなかった。しかし、本資料論文の補強のために注 1～注 6 として、その記述を要約し採録する。

2023 年 8 月 5 日法委員会にて報告

- 1) 「国会資料」より注 1) 断種法をめぐる論争
- 2) 「国会資料」より注 2) 優生思想関連の国会提言の始まり一産児制限論
- 3) 「国会資料」より注 3) 国民優生法成立過程と強制断種の凍結
- 4) 「国会資料」より注 4) 1949 年改正（経済的理由、および申請義務化）に関わる記述
- 5) 「国会資料」より注 5) 1952 年（昭和 27）年改正（保護義務者同意による断種）
- 6) 「国会資料」より注 6) 精神衛生法制定と 1953 年陳情書の記述

一 注要約)

- 注 1) 当時のマルクス主義者の議論が注目される。資料論文ではマルクス主義衛生学者の国埼定洞に触れたのみであった。
- 注 2) 優生保護法制に関する議論が本格化する前の優生思想についての国会の議論とりわけ産児制限論が論じられたことに注目。
- 注 3) 1930 年の厚生省設置から 1938 年の「国民体力審議会」の設置及び専門委員の動向、勅令による第 6 条凍結の経過の記述。
- 注 4) 優生保護法改正過程における中絶の経済的理由の追加および第 4 条申請義務化に関連して参考になる。資料論文の申請義務化の法改正過程に関する記述の一部を補強する。すなわち、谷口弥三郎や（日本医師会の）中山壽彦らによって改正案が提起された大枠の中で山下義信が提起したものであった。元来第四条の申請が精神科医ではなく「医師」であることの背景要因とも関連するだろう。資料論文（7 の（4）「優生保護法の成立・改正と「医師」および逆淘汰論

の偏向」で触れたように、日本医師会は1927年に内務大臣の民族衛生施設に関する諮問に応じて、特殊審査機関の審査決定により断種をなし得る法規の制定、を答申しているのです。その流れの延長によると思われる。

注5) 優生保護法第12条制定の経緯。

注6) 精神衛生法制定の筆頭発議者は中山壽彦であり、谷口弥三郎も参画している。国会議員レベルでは、日本医師会—優生保護法発起人の谷口らが主体であることが知れる。金子ら精神科医の精神衛生法制の動きは、戦後の優生保護法制定の大きな政治的文脈の中にあることが推察される。

二 注採録

1) 「国会資料」より注1) 断種法をめぐる論争

第一篇 旧優生保護法の立法過程

3 断種法をめぐる論争（「国会資料」5ページ）

【「...いわゆるナチス断種法が制定され、我が国においても民族優生保護法案が提出されるなど断種の法制化に向けた動きが活発になる中で、法制定に慎重あるいは批判的な声も上がった。昭和9年2月17日、日本民族衛生学会は名古屋においてナチス断種法批判座談会を開催し、立石謙輔名古屋控訴院長は、「今日の医学の進歩が遺伝質を治す事が出来ぬ。其知識がないと云ふ事はなんとしても悲しい事のやうに思ふ。ステリリゼーションと云ふ事が変に考へられる事になり、私共は人間として何となら惨忍な事のやうに思はれてならぬのである」、「精神的疾患やナチス法第一条（中略）に挙げられた不具の如き者が遺伝質のものであるかどうかと云ふ根本さへが疑はれてならないのである。今日の科学や医学の知識或は其経験丈けで能不能を断定し有無を決定する事は極めて危険である様に思ふ」と述べ、ナチス断種法に対する疑問点を列挙した。また、弁護士齋藤最氏は、任意による断種法の制定は認めだが、強制断種については、「遺伝病の禍害を蒙れる子孫の輩出を防止する為め可憐なる罪なき患者の身体にメスを加へ各人天賦の生殖機能を剥奪するものにして到底（中略）治療行為及予防行為と同一視し強制断種の正当性を理由づくること能はざるを以て、我国の法制上強制断種法の制定は不可能なりと断ぜざるを得ず」とした。さらに、医学博士の内藤八郎氏は、「断種法案を作るには果して人に身体的障害を疾患の治療の意味でなく与へてよいかどうかといふことを決めなければならぬと思ひます」、「吾々医家の立場から云へば、今は不治であり治療法なしと白状しなければならぬ病気でも、将来はこれを治療せしむる方法を研究すべき使命を有して居るから、（中略）治療に直接関係のないと認められる断種法の実施を要求することは、使命に反すると思ふ」と述べた。これに対し、永井潜氏は、「断種法に対する反対の反対」として、「現在世の中に生れ来た聾啞や不具者を勞はることが、人間の徳性の誇であるとして、扱て未来に斯る不憫な者が産れることを防遏せんとすることに反対すべき理

由が、何処にあるだらうか。産れたものは仕方がない、十分に之を庇護しなければならない」とした上で、「吾等は、あらゆる問題に就て、吾等の有する現在の知識の最高レベルに準拠して、現在のことを捌いて行くより外、仕方がないではないか。而して現在吾等の有する遺伝学の知識は、断種の合法性を十分物語つて居るのである」、「遺伝学の進歩せる今日に於て、国家がその将来の長計の為に、禁婚法や断種法を制定して、その民族の素質の向上発展を期するのは、当然過ぎる程当然のことであつて」、「事一度び断種法に及べば、人体傷害を敢てするものとして、往々之に反対する法律家があるのは、畢竟するに、唯個人の権利を尊重することにのみ急にして、法律制定の根本義たるべき国家社会の安寧幸福を閉却せる為であらう」、「断種法を施された後、産児・育児の負担より免れて、安んじて家庭生活を営み、人生を味ふことが出来るのは、無能者低能者に対する一大恩恵でなくてはならない。そして又、この事が、独り無能劣弱な当事者にとつて幸であるばかりでなく、先天的に悪質の遺伝による暗い運命を以て、此の世に生れ出で、親も悲み子も泣くと云ふ惨劇を省略することが出来るのは、最も大なる仕合せと言はなくてはならない。(中略)断種を行ふことが惨忍なのではなく、これを行はしないで放任して置くことこそ、却て惨忍である」として、断種法の必要性を訴えた。また、動物学者で遺伝学者の駒井卓氏は、「ゴールトンとメンデルとは同年に生れ、同年に夫々の学説を発表したに拘らず、其の普及の速さが著しく違つたので、応用の優生学の方が基礎の遺伝学より早く発達した。此の逆縁が禍して、此の二つの兄弟科学は仲悪く生長した」、「遺伝学の発達に従ひ、初め簡単と思はれた人類の遺伝が実は甚だ複雑な事が分つた例が多い。同時に淘汰の効果も昔考へたのと著しく劣るものである事が知られた。此点から云つても、人類の因子の淘汰を主題とする優生学は大に考へ直さなければならぬものである」として優生学に懐疑的な姿勢を示し、「現在の人類の遺伝学や優生学の知識は甚だ貧しいから、先づ其獲得に懸命にならなければならぬ。その上でないと、法律や制度を設けても、実効は覚束ないものになる恐れがある」、「此種の法律を施行するに当つては、実施はなるべく内輪にし、眞の優生学的意義は薄くとも、人情的意義乃至研究的意義の程度で満足する事にし、其の成績を注意深く観る事に力むべきである」と述べている。一方、医師で唯物研究会の会員であり、従兄弟の山本宣治氏とともに産児制限運動に携わつた安田徳太郎氏は、日本における遺伝学や優生学の流行の根底にいわゆる上流階級と知識階級の階級理論があり、生物学というものは資本主義にとっては便利重宝な御用学問であるとして、「今日の人類遺伝学は優生学者が宣伝するほどにはつきりしたものであるかが疑問である。とりわけ悪種遺伝といはれる疾病とか犯罪性、さらに知能の遺伝については今日の遺伝学の知識は非常にあやふやである」、「優生学者が科学の大海の一握の事実をあつかましくも人間社会における普遍妥当の心理として押し売するその生物学主義に対して吾々は反対するのであり、今日の人類遺伝学に対しては吾々はどこ迄も批判的態度をとらねばならぬのである。

実際日本人の遺伝についてどの位研究されてゐるか」と断種法を批判した。また、同じく唯物研究会でマルクス主義的哲学者、経済学者の見田石介氏は、瀬木健のペンネームで、「優生学者がいふような逆淘汰の概念はあり得ない」、優生学者は、「現代の社会がかもし出す社会悪や民族的退廃を、差別出生率のせいにして、(中略) 現代の資本主義制度そのものに向ふべき人々の批判の眼を他に背らしめる (中略) 現代の支配階級の御用をつとめるブルジョア学者」であると批判した。さらに、同じ唯物研究会の会員であった石井友幸氏は、民族生物学について、「民族主義者たちは種族なるものを非歴史的な、絶対的なものと考へることによつて誤つた非科学的な結論を導き出す」、「一応は客観的態度を以て研究せられても、もし民族に対する正しい観点がなかつたならば、導き出される結論は非科学的なものとなるであろう」と述べた。なお、同氏は戦後、「人間の遺伝を生物の遺伝と全く同一に理解し、その観点から人類の改良を考へるところの優生学および優生運動は、根本的な点で誤つてゐるのである。人間の場合には、生物的なものよりも社会的なものが本質的なものであり、それゆゑに生物的なものを改善することよりも、社会的なものを変革することによつて、生物的なものを変化せしめることが根本的に重要」、「優生学は根本的な点で誤つてゐる (中略) 優生学が遺伝学的方面から解決しようとするのは、じつは社会的諸矛盾 (階級的対立) から生じてゐるのであつて、その社会的諸矛盾をのぞくことが根本的な問題なのである」等として優生学を批判している。一方、ヨード製剤による治療法、健康法を提唱していた牧野千代蔵氏は、神国であり、大和民族固有の系図を尊重する我日本帝国において、「全世界人類の最高位を占むる此の尊ぶべき民族を動物視し恰かも牛馬に対すると同様の処置を講ぜんとするは血迷へるも甚だしく (中略) 断種法の如きを唱導するは実に言語道断の事にして赤化も亦甚だし」として、断種法に反対した。マクロビオティック (食養) を提唱した櫻澤如一氏も、「一方では、複雑な社会生活と、メチャクチャな食生活によつて、精神病患者を濫造しながら、他方でそれらを片つ端から断種して行つたら、遠からずして、民族は絶滅の悲運に陥るであらう。何故、精神病、白痴そのもの... を予防しようとししないのか?」として、断種法に反対している。断種法の主な対象が精神障害者や知的障害者となることが認知されるにしたがつて、精神医学会では断種法をめぐる激しい論争が巻き起こった。精神科医で最も強く反対を表明したのは、警視庁技師の金子準二氏であり、昭和 13 年から翌年にかけて精力的に反対の論陣を張り、「日本の断種法が一日でもおくれることありとすれば金子準二先生健在に由来するだらう。げに断種法はえらい強敵をもつたのである」と評された。金子氏は、約 40 の反対の理由を述べているが、その主なものは、医学的には人類の遺伝の研究はまだ不完全であり、特に日本においては固有の統計がない、精神病の遺伝の実態が不明である、精神病の原因は複雑で単一でなくまだ不明の点がある、精神病学の診断は不完全でその重症度の診断、遺伝の程度の診断は困難である、今後の医療の発展により発症予防や治療の見込みがある、断種は

大海の水を杯でくむようなもので優生学的効果はごくわずかである、断種法の制定は精神病学の研究を阻害する、断種の実施によって患者は精神科にかかることをおそれて患者の治療が妨げられる、遺伝性恐怖精神病者が増加する等であり、また、社会的には、家族制度を崩壊させ、祖先崇拜観念を消失させて人道に反する、天才の芽を摘むことになる、社会の上層階級は優秀者、下層階級は劣等者となり階級闘争が激化する、断種者の血族は潜在的な精神病者との烙印を押され思想が悪化する等である（参考文献略）】。

【「...いわゆるナチス断種法が制定され、我が国においても民族優生保護法案が提出されるなど断種の法制化に向けた動きが活発になる中で、法制定に慎重あるいは批判的な声も上がった。昭和9年2月17日、日本民族衛生学会は名古屋においてナチス断種法批判座談会を開催し、立石謙輔名古屋控訴院長は、「今日の医学の進歩が遺伝質を治す事が出来ぬ。其知識がないと云ふ事はなんとしても悲しい事のやうに思ふ。ステリリゼーションと云ふ事が変に考へられる事になり、私共は人間として何となら惨忍な事のやうに思はれてならぬのである」、「精神的疾患やナチス法第一条（中略）に挙げられた不具の如き者が遺伝質のものであるかどうかと云ふ根本さへが疑はれてならないのである。今日の科学や医学の知識或は其経験丈けで能不能を断定し有無を決定する事は極めて危険である様に思ふ」と述べ、ナチス断種法に対する疑問点を列挙した。また、弁護士齋藤最氏は、任意による断種法の制定は認めたが、強制断種については、「遺伝病の禍害を蒙れる子孫の輩出を防止する為め可憐なる罪なき患者の身体にメスを加へ各人天賦の生殖機能を剥奪するものにして到底（中略）治療行為及予防行為と同一視し強制断種の正当性を理由づくること能はざるを以て、我国の法制上強制断種法の制定は不可能なりと断ぜざるを得ず」とした。さらに、医学博士の内藤八郎氏は、「断種法案を作るには果して人に身体的障害を疾患の治療の意味でなく与へてよいかどうかといふことを決めなければならぬと思ひます」、「吾々医家の立場から云へば、今は不治であり治療法なしと白状しなければならぬ病気でも、将来はこれを治療せしむる方法を研究すべき使命を有して居るから、（中略）治療に直接関係のないと認められる断種法の実施を要求することは、使命に反すると思ふ」と述べた。これに対し、永井潜氏は、「断種法に対する反対の反対」として、「現在世の中に生れ来た聾啞や不具者を労はることが、人間の徳性の誇であるとして、扱て未来に斯る不憫な者が産れることを防遏せんとすることに反対すべき理由が、何処にあるだらうか。産れたものは仕方がない、十分に之を庇護しなければならぬ」とした上で、「吾等は、あらゆる問題に就て、吾等の有する現在の知識の最高レベルに準拠して、現在のことを捌いて行くより外、仕方がないではないか。而して現在吾等の有する遺伝学の知識は、断種の合法性を十分物語つて居るのである」、「遺伝学の進歩せる今日に於て、国家がその将来の長計の為に、禁婚法や断種法を制定して、その民族の素質の向上発展を期するのは、当然過ぎる程当然のことであつ

て、「事一度び断種法に及べば、人体傷害を敢てするものとして、往々之に反対する法律家があるのは、畢竟するに、唯個人の権利を尊重することのみ急にして、法律制定の根本義たるべき国家社会の安寧幸福を閑却せる為であらう」、「断種法を施された後、産児・育児の負担より免れて、安んじて家庭生活を営み、人生を味ふことが出来るのは、無能者低能者に対する一大恩恵でなくてはならない。そして又、この事が、独り無能劣弱な当事者にとつて幸であるばかりでなく、先天的に悪質の遺伝による暗い運命を以て、此の世に生れ出で、親も悲み子も泣くと云ふ惨劇を省略することが出来るのは、最も大なる仕合せと言はなくてはならない。(中略)断種を行ふことが惨忍なのではなく、これを行はないで放任して置くことこそ、却て惨忍である」として、断種法の必要性を訴えた。また、動物学者で遺伝学者の駒井卓氏は、「ゴールトンとメンデルとは同年に生れ、同年に夫々の学説を発表したに拘らず、其の普及の速さが著しく違つたので、応用の優生学の方が基礎の遺伝学より早く発達した。此の逆縁が禍して、此の二つの兄弟科学は仲悪く生長した」、「遺伝学の発達に従ひ、初め簡単と思はれた人類の遺伝が実は甚だ複雑な事が分つた例が多い。同時に淘汰の効果も昔考へたのと著しく劣るものである事が知られた。此点から云つても、人類の因子の淘汰を主題とする優生学は大に考へ直さなければならぬものである」として優生学に懐疑的な姿勢を示し、「現在の人類の遺伝学や優生学の知識は甚だ貧しいから、先づ其獲得に懸命にならなければならぬ。その上でないと、法律や制度を設けても、実効は覚束ないものになる恐れがある」、「此種の法律を施行するに当つては、実施はなるべく内輪にし、真の優生学的意義は薄くとも、人情的意義乃至研究的意義の程度で満足する事にし、其の成績を注意深く観る事に力むべきである」と述べている。一方、医師で唯物研究会の会員であり、従兄弟の山本宣治氏とともに産児制限運動に携わった安田徳太郎氏は、日本における遺伝学や優生学の流行の根底にいわゆる上流階級と知識階級の階級理論があり、生物学というものは資本主義にとっては便利重宝な御用学問であるとして、「今日の人類遺伝学は優生学者が宣伝するほどにはつきりしたものであるかが疑問である。とりわけ悪種遺伝といはれる疾病とか犯罪性、さらに知能の遺伝については今日の遺伝学の知識は非常にあやふやである」、「優生学者が科学の大海の一握の事実をあつかましくも人間社会における普遍妥当の心理として押し売すその生物学主義に対して吾々は反対するのであり、今日の人類遺伝学に対しては吾々はどこ迄も批判的態度をとらねばならぬのである。実際日本人の遺伝についてどの位研究されてゐるか」と断種法を批判した。また、同じく唯物研究会でマルクス主義的哲学者、経済学者の見田石介氏は、瀬木健のペンネームで、「優生学者がいふような逆淘汰の概念はあり得ない」、優生学者は、「現代の社会がかもし出す社会悪や民族的退廃を、差別出生率のせいにして、(中略)現代の資本主義制度そのものに向ふべき人々の批判の眼を他に背らしめる(中略)現代の支配階級の御用をつとめるブルジョア学者」と批判した。さらに、同じ唯物研究

会の会員であった石井友幸氏は、民族生物学について、「民族主義者たちは種族なるものを非歴史的な、絶対的なものと考へることによつて誤つた非科学的な結論を導き出す」、「一応は客観的態度を以て研究せられても、もし民族に対する正しい観点がなかつたならば、導き出される結論は非科学的なものとなるであろう」と述べた。なお、同氏は戦後、「人間の遺伝を生物の遺伝と全く同一に理解し、その観点から人類の改良を考へるところの優生学および優生運動は、根本的な点で誤つてゐるのである。人間の場合には、生物的なものよりも社会的なものが本質的なものであり、それゆゑに生物的なものを改善することよりも、社会的なものを変革することによつて、生物的なものを変化せしめることが根本的に重要」、「優生学は根本的な点で誤つてゐる（中略）優生学が遺伝学的方面から解決しようとするのは、じつは社会的諸矛盾（階級的対立）から生じてゐるのであつて、その社会的諸矛盾をのぞくことが根本的な問題なのである」等として優生学を批判している。一方、ヨード製剤による治療法、健康法を提唱していた牧野千代蔵氏は、神国であり、大和民族固有の系図を尊重する我日本帝国において、「全世界人類の最高位を占むる此の尊ぶべき民族を動物視し恰かも牛馬に対すると同様の処置を講ぜんとするは血迷へるも甚だしく（中略）断種法の如きを唱導するは実に言語道断の事にして赤化も亦甚だし」として、断種法に反対した。マクロビオティック（食養）を提唱した櫻澤如一氏も、「一方では、複雑な社会生活と、メチャクチャな食生活によつて、精神病者を濫造しながら、他方でそれらを片つ端から断種して行つたら、遠からずして、民族は絶滅の悲運に陥るであらう。何故、精神病、白痴そのもの...を予防しようとしぬのか？」として、断種法に反対している。断種法の主な対象が精神障害者や知的障害者となることが認知されるにしたがつて、精神医学会では断種法をめぐる激しい論争が巻き起こった。精神科医で最も強く反対を表明したのは、警視庁技師の金子準二氏であり、昭和13年から翌年にかけて精力的に反対の論陣を張り、「日本の断種法が一日でもおくれることありとすれば金子準二先生健在に由来するだらう。げに断種法はえらい強敵をもつたのである」と評された。金子氏は、約40の反対の理由を述べているが、その主なものは、医学的には人類の遺伝の研究はまだ不完全であり、特に日本においては固有の統計がない、精神病の遺伝の実態が不明である、精神病の原因は複雑で単一でなくまだ不明の点がある、精神病学の診断は不完全でその重症度の診断、遺伝の程度の診断は困難である、今後の医療の発展により発症予防や治療の見込みがある、断種は大海の水を杯でくむようなもので優生学的効果はごくわずかである、断種法の制定は精神病学の研究を阻害する、断種の実施によつて患者は精神科にかかることをおそれて患者の治療が妨げられる、遺伝性恐怖精神病者が増加する等であり、また、社会的には、家族制度を崩壊させ、祖先崇拜観念を消失させて人道に反する、天才の芽を摘むことになる、社会の上層階級は優秀者、下層階級は劣等者となり階級闘争が激化する、断種者の血族は潜在的な精神病者との烙印を押され思想が悪化する等である

(参考文献略)】。

2) 「国会資料」より注2) 優生思想関連の国会提言の始まりー産児制限論

第一篇「旧優生保護法の立法過程」2023年6月19日)において「国会における優生法法制の提起は以下を嚆矢とする」として以下が示されている。

第一に、1930年昭和5年第58回帝国議会、1931年第59回帝国議会に中馬興丸衆議院議員「帯病患者結婚制限制定に関する建議案」提出。

精神病、アルコール中毒、結核、癩、白地、花柳病などの結婚制限に関する提言(10ページⅡ帝国議会における立法化に向けた動き)

第二に、1931年昭和6年第59回帝国議会小俣政一衆議院議員「産児調節に関する建議案」(産児制限運動家小川隆太郎氏の依頼によるもの)の提出である。それは衆議院で可決、政府に送付された。趣旨は、貧しい階級の経済状態の改善と福利の向上を図り、その産児調節の知識普及と徹底化を図ることを目標とし、それにより危険思想の撲滅を基本方針として遂行せしむることを目的とする(12ページⅡ帝国議会における立法化に向けた動き)。

ここでは、1922年に来日したサンガーから広まった産児制限論は後述のように逆淘汰論によって手厳しく非難されずに国会で議論されていることに注目される。

3) 「国会資料」より注3) 国民優生法成立過程と強制断種の凍結

「国会資料」は国民優生法成立過程を次のように記している

Ⅲ 国民優生法の成立

1 国民優生法案提出の経緯

【(1) 厚生省の設置と民族優生制度案要綱に至る経緯(国会資料25ページ)

昭和6年9月に満州事変、昭和12年7月に盧溝橋事件が勃発し、さらにこれが長期化の様相を見せる中で、我が国は戦時体制に移行していった。こうした中で、戦力増強のため、結核予防、国民の体力向上を強力に進める新省の設置が検討されるようになった。陸軍省医務局は、昭和11年に「衛生省」案を作成し、昭和12年6月にはこれに代えて「保健社会省」案を提案した。一方、福祉国家の構想を持っていた近衛文麿内閣総理大臣は、内務省社会局と通信省保険局を統合する案を練っており、国民体力の向上及び国民福祉の増進を図るため、これに関する行政を総合統一し、拡充刷新することは喫緊の要務であるとして、同年7月9日、「保健社会省(仮称)設置要綱」を閣議決定した。しかし、盧溝橋事件によるその後の国際情勢の緊張や、簡易保険、生命保険も含めた保険行政の移管への通信省及び商工省の反対等があり、新省の設置は当初予定していた10月1日から延期された。さらに、保健社会省設置案の諮詢を受けた枢密院では、新省の名称に異論が出て119、協議の結果、「厚生」を適当として政府に勧告した。こうした紆余曲折を経て、昭和13年1月、国民保健、社会

事業及び労働に関する事務を管理する厚生省が設置された。設立当初の厚生省は体力局、衛生局、予防局、社会局及び労働局の5局体制で、予防局には民族衛生に関する事項、精神病に関する事項等を所管する優生課が置かれた。

—中略—

厚生省優生課の設置により、政府内での断種法の検討は加速した。優生課は、昭和13年4月、民族衛生協議会を開いて断種法について精神病学者、遺伝学者、法学者から意見を聴取したが、その意見は、委員13名中12名が断種法を可とし、残る1名も条件付で可とするものであった。同年11月には優生課内に民族衛生の調査研究と優生思想の普及を目的とする民族衛生研究会が設置された¹²⁵。昭和14年度予算において優生断種制度研究費が計上され、昭和14年4月、厚生省は全国的調査を実施した。さらに、厚生省は「民族優生制度案要綱」を作成し、同年10月、この年に政府に設置された国民体力審議会に国民体力管理制度案要綱とともに諮問した¹²⁶。民族優生制度案要綱は、専ら遺伝的疾患を防遏し、優秀な民族素質を保護することを目的とし、①遺伝性精神病、②遺伝性精神薄弱、③強度かつ悪質な遺伝性病性性格、④強度かつ悪質な遺伝性身体疾患、⑤強度な遺伝性奇形にかかった者について、その子又は孫が医学的経験上同一の疾患にかかるおそれが極めて大きいときに、本人が天才のような特に優秀な素質を併せもっている場合を除いて、断種手術を行うことができることとしている（略）。

(2) 国民体力審議会における審議—民族優生から国民優生へ—（資料27ページ）

国民体力審議会は、昭和14年10月に第1次総会及び第2次総会を開き、民族優生制度案の説明を聴取し、意見開陳の後、これを特別委員会に付託して審議することを決定した。同月開会された特別委員会は、「断種の対象たる疾病の範囲及び判定に関する件」等審議の内容の専門的な事項について専門委員を設けて審議することとし、同年11月、専門委員会は三宅鑛一氏を委員長に選出し、4回にわたり協議を重ね、同月、報告書を審議会会長である小原直厚生大臣に提出した。専門委員会には、三宅氏のほか、内村祐之、植松七九郎、福田邦三、川上理一、吉益脩夫各氏といった民族衛生研究会の主要メンバーが参画した。専門委員会報告書は、「断種」という用語は適当ではないので、例えば「不妊手術」のような用語に改めるのが適当とするとともに、強制断種の対象について「その疾患著しく悪質なりと認むるとき」を「公益上必要なりと認むるとき」と改め、反社会性の甚だしい場合のみならずその子孫が極めて多数同一の疾患に罹るおそれのある場合等も含めるのが適当である、断種手術の申請者に官公立病院長だけでなく適当な私立病院の長も申請できるよう規定することが適当であるとした。また、「人工流産（人工早産を含む）」は「妊娠中絶」に、「生殖を不能ならしむる為の手術」は「生殖を不能ならしむる手術」に改め、優生審査会は、少なくとも医学者、遺伝学者、精神病学者、判検事、関係各庁官吏、社会事業家等をもって組織し、必要がある場合には学識経験ある者を臨時委員として参加させ

るのが適当であるとした。さらに、癩患者に対する断種については必要と認めるも、遺伝病と誤解されるのを避けるため癩予防法に規定するのが適当とした。また、被断種者の結婚に対しては特に指導を必要と認め、断種を秘して婚姻した場合の離婚原因又は取消し原因とできるよう考慮を認めた。その後、特別委員会が審議を行い、同年 12 月に民族優生制度案要綱を修正するとともに、癩に罹った者の断種に関する事項は癩予防法中に規定するのが適当である旨の報告書を提出した。修正の内容は、①制度の名称について、「民族」という用語は現在なお熟していない感があるのでこれを削除し、「優生制度」に改める、②制度の目的について、単に遺伝的疾患を防遏し民族の素質を保護するのみならず、健全なる人口の減少を阻止することを目的としているので、この目的も併せ規定し、国民素質の向上とともに健全なる素質を有する国民の減少を阻止し人口増を図る目的を有することも加える、③「断種」なる用語は惨酷な印象を与えるので「優生手術」に改める、④遺伝性精神薄弱という用語が一般に周知を欠くため、(遺伝性白痴、痴愚の類)との説明を付加する、⑤現状では生殖を不能とすることを直接の目的とせずとも結果として生殖を不能とする手術も相当行われているので、こうした手術も禁止するため、「生殖を不能ならしむる為の」の「為の」を削除し、「生殖を不能ならしむる」一切の手術を包含させる、⑥手術の申請者に私立病院長の適当な者を加える、⑦本人が同一疾患罹患者と結婚した場合のようにその子又は孫が極めて多数同一の疾患に罹るおそれのある場合も強制手術の申請の対象に追加する、⑧優生審査会において審査のため必要があると認める場合には本人の健康診断をもできることを明記する、⑨届出の対象について「人工流産(人工早産を含む)」では範囲が広すぎるので、不妊手術と妊娠中絶を行おうとする場合にのみ届け出ることとする、⑩優生審査会の委員又は公務員の秘密保持義務について、委員又は公務員であった者も対象とし、被断種者の氏名及び住所に限定していたのを若干拡張し、「その業務上取扱いたることに付知得たる人の秘密を漏洩したるとき」とする、⑪不法な手術を行った場合の罰則について、それにより人を死傷させた場合の罰の加重について規定する、⑫癩に罹った者の断種に関する事項は癩予防法中に規定する、⑬被断種者が結婚するときこれを告知すべきとの規定は社会の現状より必要を認めないのでこれを削除するとするものであった。これを受けて同年 12 月、国民体力審議会の第 3 次総会が開催され、委員会報告書のとおり可決確定し、「優生制度案要綱」として答申した。厚生省はこれをもとに更に検討を重ね、昭和 15 年 3 月 8 日、「国民優生法案」が政府から第 75 回帝国議会に提出された(参考文献略)】。

衆議院、貴族院議員での議論の上、修正可決。

その上で、強制不妊手術と癩予防法改正案については以下のように記述。

【「国民優生法の施行期日は勅令で定められることになっていたが、昭和 16 年 6 月

6日勅令第680号において「国民優生法は第6条の規定を除くの外昭和16年7月1日より之を施行す」とされた。第6条の強制申請の規定は、実施に遺憾なきを期するため遅れて施行させる予定であったが、勅令は定められることなく、未施行とされた。また、前述のとおり、癩予防法改正案は衆議院で廃案となり、ハンセン病患者に対する不妊手術は、引き続き法的根拠を持たないまま実施されることとなった（62ページ）】。

国会での法案議論を超えて勅令で、第6条が凍結されたことになる。

4) 「国会資料」より注4) 1949年改正（経済的理由、および申請義務化）に関わる記述第一篇「旧優生保護法の立法過程」によれば、次のように報告されている。

第3章 旧優生保護法の改正過程—昭和24年改正から昭和30年改正まで—

2 改正案の提出及び改正内容（120ページ）

【優生保護法の一部を改正する法律案（第5回国会参法第2号）は、第5回国会の昭和24年4月28日、昭和23年の優生保護法（昭和23年法律第156号）と同じ谷口彌三郎、竹中七郎、中山壽彦、藤森眞治各参議院議員の発議により参議院に提出され、5月6日の参議院厚生委員会において、提案者である谷口議員から提案理由の説明が行われた。同議員は、改正の理由について、優生保護法の施行以来の実績と社会情勢の急激な変化に鑑み、人工妊娠中絶の施行範囲を拡げる必要に迫られたこと、受胎調節に関する適正な方法の普及、指導を差し当り優生結婚相談所にしてもらいたいと思うこと、及びいろいろな手続の簡素化を図るため、その基本法規に改正を加える必要が生じたことを説明している。修正を含めた昭和24年改正の全体像は付表3に示すとおりである。改正案で大きな焦点となったのは、人工妊娠中絶の要件に貧困という経済的理由を入れることであり、谷口議員自身これが最も重要な改正点である旨提案理由説明で述べているが、優生手術に関しても任意の優生手術の対象を広げる意図をもった表記の改正や強制手術に関する医師の申請の義務化等が図られた。すなわち優生手術に関して、①第3条の任意優生手術の対象について、最近の精神病及び遺伝学の趨勢に従い、「遺伝性精神変質症、遺伝性病性的性格」を「遺伝性精神病質」に改めるとともに、本人又は配偶者の4親等以内の血族関係にある者が、遺伝性精神病、遺伝性精神薄弱、遺伝性精神病質、遺伝性身体疾患又は遺伝性奇形を「有し、且つ、子孫にこれが遺伝する虞れのあるもの」とされていたものから「子孫にこれが遺伝する虞れのあるもの」という条件を外して、単に遺伝性疾患を「有しているもの」と簡素化するとともに、②第4条の強制優生手術について、その対象となる病名を列挙していた別表を削除し、時代に即応すべく厚生大臣の指定するものとするとし、医師が診療の結果強制優生手術を行うことが公益上必要であると認めるときは、審査を「申請することができる」から「申請しなければならない」に改め、強制優生手術の審査の申請を医師に義務付けるものであった。

3 国会における審議の経過（121 ページ）

優生保護法改正案は、同日衆議院に送付され、5月14日、衆議院厚生委員会で谷口参議院議員から提案理由説明が行われた。

次いで、5月16日から同委員会における質疑が行われたが、優生手術に関しては、床次徳二議員が優生的立場から、第3条の任意の優生手術の対象者について、4親等以内の血族関係にある者が遺伝的疾患を「有し、且つ、子孫にこれが遺伝する虞れのあるもの」から単に「有しているもの」に改めたのはその範囲が少し広くなることを想定しているのかと尋ねたのに対し、谷口議員は、従前の「子孫にこれが遺伝する虞れのあるもの」では非常に限局され、調査をするのにも非常に面倒で、特に非常に厳選されることになるので、今頃の状態から考えても、遺伝性の精神病というようなものであれば「遺伝する虞れのある」とか言わずに、そういうものを持っているものというように広げた方がよかろうということで広げるようにした旨述べた³⁸。なお、このように、谷口議員は答弁において任意の優生手術の対象を広げる立法側の意図を明確に表明したが、改正法施行に関する昭和24年6月25日の厚生次官通知においては、第3条第1項第2号中「有し、且つ、子孫にこれが遺伝する虞れのあるもの」を「有しているもの」に改めたのは、ここに掲げられている遺伝性精神病、遺伝性精神薄弱等の遺伝性疾病等は「当然遺伝する虞れのあるものであるから削った」とされている。

また、床次議員が、第4条の強制優生手術の申請の医師への義務付けについて、強制手術には非常に賛成であるが、一般国民が理解できるか、義務化された医師が確実に職責を果たし得るかを尋ねたのに対し、谷口議員は、従来医師が対象疾患を確認した場合、公益上必要と思えば審査することができるというような医師の任意判定に任せていたが、「かかる病者は全部ぜひともそれらの子孫の出生を防止しなければならぬという立場から申しますと、医者に任意判定を下させるということでは不十分と存じまして、ぜひ医者に申請しなければならないという義務をつけることがほんとうに公益上必要であろう」ということで義務付けることとしたが、医者立場からも、「申請することができるというくらいの程度では、申請してもせんでもよい、あまりしていると患者の方から恨まれるというような点もありますが、申請しなければならないと法律で義務づけられておれば、安心して申請することができるという点がある」、患者立場からは、患者自身にはこれはよほど啓蒙したり話したりしなければならないと思うが、「とにかく公益上必要なものにはぜひ十分啓蒙して、この意に沿うて強制優生手術ができますようにいたしたい」旨答弁した】（参考文献略）。

5) 「国会資料」より注5)

昭和1952年昭和27年改正（保護義務者同意による断種）について（154 ページ）。

【優生保護法の一部を改正する法律案は、第 13 回国会の昭和 27 年 3 月 24 日、参議院に提出された（第 13 回国会参法第 1 号）。発議者は、昭和 23 年の優生保護法案（第 2 回国会参法第 7 号）、昭和 24 年の優生保護法改正案（第 5 回国会参法第 2 号）と同じ谷口彌三郎、中山壽彦、藤森眞治各議員に、参議院厚生委員長の梅津錦一議員を筆頭に厚生委員会のメンバーである山下義信、長島銀藏、松原一彦、大谷瑩潤各議員が加わり、更に深川タマエ議員及び看護婦の井上なつゑ議員を加えた 10 名である。参議院においては、3 月 25 日に厚生委員会で提案者である谷口議員から提案理由の説明が行われ、同日採決、27 日に本会議で採決され（いずれも全会一致で可決）、衆議院に送付された。衆議院においては、4 月 15 日に厚生委員会で趣旨説明聴取、17 日に質疑の後、討論、採決、19 日に本会議で採決され（いずれも全会一致で可決）、成立した（昭和 27 年法律第 141 号）。同法律案の主な内容は、①優生手術の適用範囲の拡大、②人工妊娠中絶の手術の簡素化、③受胎調節に関連する条項の整備である。谷口議員は、改正の理由として、①については、持論の逆淘汰論を展開し、最近受胎調節が奨励され、その普及成功の率が知的に優れた階層に多くなるので、知的に逆淘汰の起こるおそれがある上、従来の上では優生手術の施行数が極めて少ないこと、②については、優生保護法によらない闇の人工妊娠中絶が跡を絶たず、昭和 25 年には 12 万～50 万と言われているところ、闇の手術は、拙劣な技術による中絶手術の結果母体の健康を害し、他方合法的な手術費用に比較して多額の経費を取られ、経済的の浪費を伴うが、優生保護法の要求する手術が余りにも煩雑に過ぎることが当該手術が行われざるを得ない大きな理由の一つになっていること、③については、政府の積極的な受胎調節指導に便乗した不徳義な業者の介入を禁止することを挙げている。改正の内容は、第 1 に、優生手術に関して、①第 3 条による任意の優生手術（改正後の「医師の認定による優生手術」）の対象に、配偶者が精神病又は精神薄弱の場合を追加するとともに、妊娠又は分娩のために母体の生命に危険を及ぼす場合等について、配偶者にも優生手術を行うことができるようにする、②別表に掲げる遺伝性のもの以外の精神病又は精神薄弱についても、精神衛生法に規定する保護義務者の同意があれば審査の上同手術を行えることとするものである】（参考文献略）

6) 「国会資料」より注 6) 精神衛生法制定と 1953 年陳情書の記述

第 3 章 優生保護法の改正過程—昭和 24 年改正から昭和 30 年改正まで—のⅢ精神衛生法の制定

1 精神衛生法成立までの経緯（150 ページ）、は以下のものである。

【一方、昭和 25 年には、優生保護法とも関連のある精神衛生法が参議院の議員立法により成立した（昭和 25 年法律第 123 号）。この精神衛生法によって創設された保護義務者制度は、昭和 27 年の優生保護法の第 2 次改正における、精神病患者や知的障害者に対する保護義務者の同意による人工妊娠中絶、遺伝性以外の精神病、知的

障害に係る優生手術の実施につながっていくものとなった。我が国においては、明治33年の精神病患者監護法により私宅、病院等での監置制度が設けられたが、いわゆる座敷牢による私宅監置が容認され、医療保護の面では極めて不十分であった。その後、大正8年に精神病院法が制定され、主務大臣は道府県に精神病院の設置を命じることができ、その設置経費を補助することとされたが、国の予算が確保できない中で実際の設置は進まず、私宅監置が継続された。さらに、太平洋戦争下において精神病患者は顧みられることなく、精神病院も激減した。なお、戦後、昭和23年9月には大阪の複数の脳神経病院の被収容者処遇事件が発覚した。この脳神経病院事件は、昭和21年夏に大阪において一斉浮浪者狩りを行い、浮浪児者を大阪の代用精神病院である脳神経病院に精神病患者として収容したが、被収容者に十分なカロリーを与えなかった結果、昭和23年9月に最初の豊中の事案が発覚するまで、多数の子供を含む多くの被収容者が栄養失調により死亡した事件であった。参議院厚生委員会はこの問題に集中して調査を行い、複数回にわたる委員派遣を行うとともに、参議院本会議において林讓治厚生大臣から説明を聴取した。こうした状況を背景に、昭和23年頃から戦時中に精神衛生関係団体を統合して作られた精神厚生会が中心になり、厚生省と新たな法整備に向け検討を開始したが、なかなか実現に至らなかった。第5回国会の昭和24年3月24日の参議院厚生委員会においては、厚生省から精神衛生法で法律改正を考えているが、なかなか今期議会には間に合わないの次回の議会までには間に合うよう考えたい旨答弁がなされている。精神科医で警視庁衛生技師であった金子準二氏は、昭和23年末に公職を辞し、同年私立病院の団体である日本精神病院協会を設立し、昭和24年10月、精神衛生法案、いわゆる金子私案をまとめた。一方、法案提出に向け準備を進めていた厚生省からは法案山積のため提出困難との申入れがあり、昭和25年1月、厚生省了解の下で日本精神病院協会の顧問でもあった中山壽彦参議院議員ほかを提出者とする議員立法で精神衛生法案を提出することとなった。日本精神病院協会、精神厚生会と参議院法制局で法文の整備・検討が行われ、3月31日、精神衛生法案が中山議員ほか14名による議員立法により第7回国会に提出された（第7回国会参法第3号）。筆頭発議者の中山議員は、昭和23年の優生保護法案（第2回国会参法第7号）、昭和24年の優生保護法改正案（第5回国会参法第2号）の発議者でもあり、同じく両法案の発議者であった谷口彌三郎、竹中七郎、藤森眞二各議員も精神衛生法案の発議者に名を連ねた。なお、本法案の参議院本会議における委員長報告において、本法案は、参議院厚生委員会全員並びに中山、谷口両議員の提出法案である旨の報告がなされている。精神衛生法案は、4月5日の参議院厚生委員会において趣旨説明、質疑の後全会一致で可決され、7日には参議院本会議において全会一致で可決された。衆議院厚生委員会においては、4月5日に趣旨説明（予備付託）、7日、8日に質疑が行われ、14日に討論の後全会一致で可決され、4月15日の衆議院本会議において討論の後、多数で可決された。

2 精神衛生法の概要（151 ページ）

—中略—

さらに、この精神衛生法により創設された保護義務者制度は、遺伝性以外の精神病患者や知的障害者に対する強制不妊手術に道を開くものとなった。後述のとおり、昭和27年の改正優生保護法（昭和27年法律第141号）において、保護義務者の同意による遺伝性以外の精神病患者や知的障害者に対する強制不妊手術が可能となり、強制不妊手術の対象が遺伝性以外の精神疾患や知的障害に拡大されることとなった。日本精神病院協会の設立に携わり、精神衛生法制定を推進した金子準二氏は、戦前の国民優生法制定に一貫して反対を表明したが、「戦後の優生保護法については発言していないようである。かれの関心は精神衛生法に集中していたのかもしれない」とも評されている。しかし、金子氏は昭和28年7月には、日本精神病院協会理事長として日本衛生会理事長の内村祐之氏との連名で、精神衛生行政強化に係る陳情を厚生省に提出している。その中では、精神病床の増加、精神衛生相談所の増設と財政措置、国立研究所の拡充強化、精神衛生課の早期設置とともに、「精神障害者の遺伝を防止するため優生手術の実施を促進せしむる財政措置を講ずること」が陳情されている】（参考文献略）

(資料論文)

1950年代の北海道の優生保護法の運用と
精神科医の関与

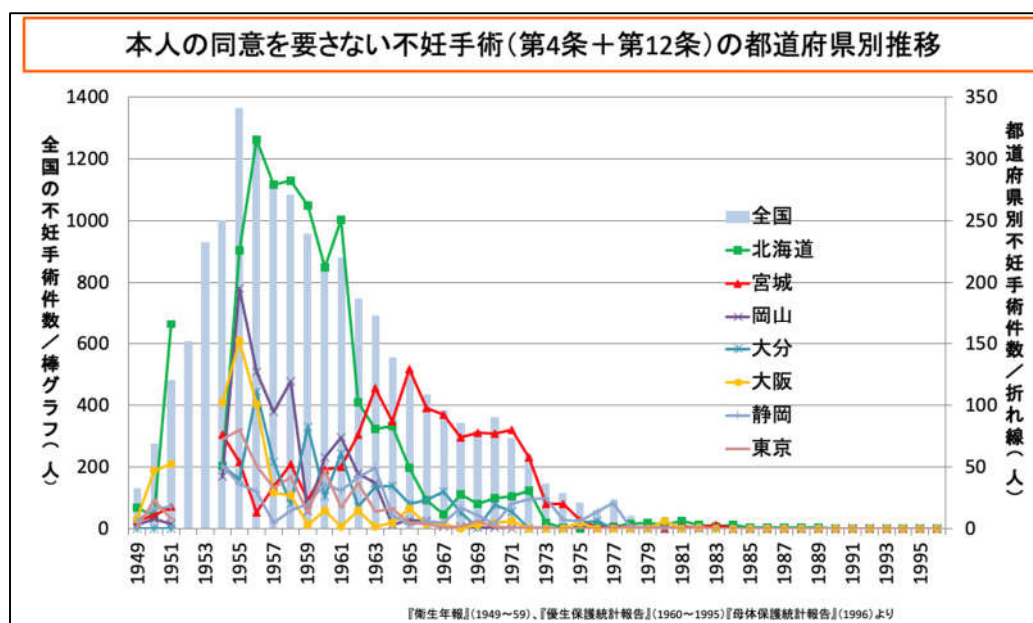
日本精神神経学会法委員会委員（主担当理事） 三野進

1950年代の北海道の優生保護法の運用と精神科医の関与

はじめに

優生保護法が存在していた1948年から1996年まで、法で規定された強制（本人の同意を要さない）不妊手術を受けた人は少なくとも全国で約16,500人いるとされる。北海道では全国で最多の2,593人（全国の実施件数の16%）が手術を受けたことが判明している。

優生保護法の実際の運用を担ったのは都道府県であるが、強制不妊手術件数は都道府県により顕著な差があり、北海道は全国最多の2,593人（全国件数の16%）が手術を受け、2位の宮城県（1406人）、3位の岡山県（845人）に比べ突出している。この偏在は件数の推移にも特徴があり、北海道は1955年をピークとし1962年に半減し、それに代わり宮城県が1963年から1972年まで全国最多となった。この偏在について、地域の精神科医療が関与していると思われるが、厚生省衛生年報には法条（第3・4・12条）分類による不妊手術件数は記録されているが、4条で適応された遺伝性疾患分類はなく、精神科医がどれほどの関与をしたのかは不明であった。

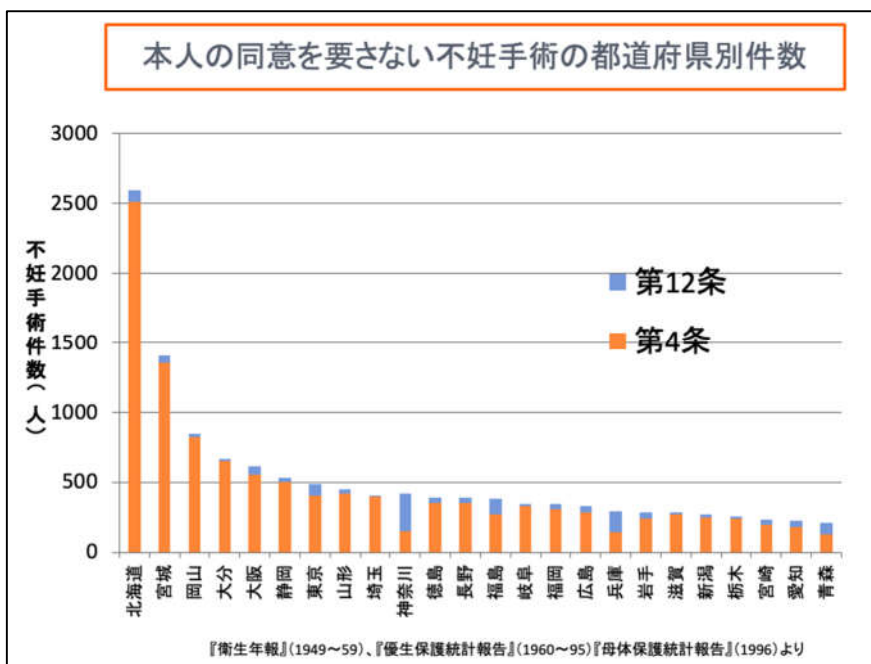
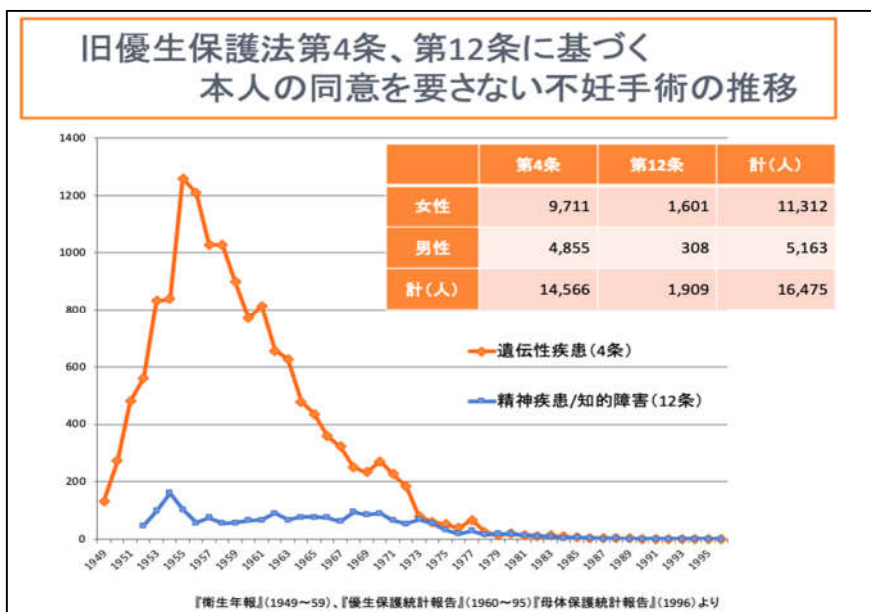


2018年1月より開示された優生保護法関連の北海道保存資料から1,314人の被申請者の氏名が判明し、優生保護審査会の審査結果も明らかになった。しかし、これらの資料は1963年～1973年までの優生保護審査会の決定通知等で大部分にマスキングが施されており、北海道で申請件数がピークとなった1955年前後の審査の実態を解明することはできなかった。

ところがその1ヶ月後、北海道衛生部と優生保護審査会が1956年1月に作成した「不妊手術（強制）千件突破を顧りみて」と題する冊子が京都府公文書保存館（歴彩館）の関連保存資料から発見されたことにより、1948年から1955年までの北海道における優生保護法の運用の実態が知られることとなった。

この冊子の中で、上記8年間の強制不妊手術申請1,021件のうち944件は精神科医からの申請であり、うち853名が精神分裂病と記されていることから、この時期の優生保護法の北海道における運用は、ほぼ精神科医療の場で行われていたことが明らかとなった。従って、この冊子で述べられた内容を解題し、行政（厚労省・道衛生部）が発した通知文などと突き合わせることで、なぜ北海道だけが、このような積極的な運用を10年間続けることができたのか解明することができるだろう。

加えて、優生保護審査会への申請は医師に限定されており、精神科医が4条申請にあたり遺伝性精神疾患についてどのような診断を行ったのか、申請書と審査結果を検討することで、優生保護法運用と精神科医の関与の実態を明らかにすることができると考えた。



1 北海道の衛生行政の展開と優生保護法の成立

以下に、1950年代の北海道の（精神）衛生行政の展開と、強制不妊手術件数の推移を並べ検討する。

強制不妊手術件数（1954年以降は4条に加え12条申請も加える）は主に厚生省衛生年報によるが、1952年と53年の自治体別統計は存在せず、千件突破に記載された件数を採用した。衛生年報と千件突破の件数に大きなバラツキがあるが、年度集計月が異なることによる。

1950年代の北海道において医療・衛生行政を統括したのは衛生部である。衛生部が発行した「北海道における公衆衛生行政について（昭和24年度）」によれば、衛生部には薬務課・予防課・環境衛生課・保健指導課・医務課の各課があり、保健指導課の6係の中で優生係が「優生保護法の施行、精神病者の監護法の施行」を担当している。優生保護法と精神衛生を合わせ管理する体制は、1955年に保健指導課と予防課が統合されて保健予防課になった後も、70年代に至るまで変わっていない。成立間もない優生保護法と精神科医療は行政において一体のものと認識され、しかも当初は優生保護法が上位であったことは注目される。

この冊子の結語で、「北海道における公衆衛生の最も大きな課題の一つとして人口問題があり、年々増加する過剰人口を道内で処理するに、地積、資源の点より本道の総合的な開発によって解決するより他に途がない」と人口問題対策の重要性を強調している。実際、北海道の人口は昭和20年度には戦前の疎開・開拓政策から351万人を越え全国一位となり、戦後も外地・旧樺太からの引揚者の増加から24年には419万人と急増し、過剰人口対策が急務であった。

一方、前年の昭和23年に成立した優生保護法の成立時の議論においても、同じように急増する人口問題への危機感が表明されている。提案者の谷口彌三郎議員は参議院厚生委員会では優生保護法の目的を下記のように語っている。

「我が国は敗戦によりその領土の4割強を失いました結果、甚だしく狭められたる国土の上に8000万からの国民が生活しておるため、食料不足が今後も当分持続するのは当然であります。（略）既に飽和状態となっております。然らば如何なる方法を以て政治的に対処するか。対策として考えられることは産児制限であります。併しこれは余程注意せんと、子供の将来を考えるような比較的優秀な階級の人々が普通産児制限を行い、無自覚者や低脳者などはこれを行わんために、国民素質の低下即ち民族の逆淘汰が現れて来る虞れがあります。現に我が国においてはすでに逆淘汰の傾向が現われ始めておるのであります。（略）従ってかかる先天性の遺伝病者の出生を抑制することが、国民の急速なる増加を防ぐ上からも、亦民族の逆淘汰を防止する点からいっても、極めて必要であると思っておりますので、ここに優生保護法案を提出した次第であります」

と、切迫する人口問題に対して産児制限（人工中絶）を行わなければならない。その弊害

として民族の「逆淘汰」が現れるので、「先天性の遺伝病者」の出生を抑制することが必要であり、それが優生保護法の目的であると謳っている。

強制不妊手術については、以下のように説明している

「強制断種の制度は、これは社会生活をいたします上に、甚だしく不適応な者とか、或いは生きて行くことが第三者から見ても極めて悲惨な状況を呈する者に対しては、優生保護委員会の審査決定によって、たとえ本人の同意がなくてもその者には優生手術を行い得るといようにいたしておるのでございます。これは悪質な、強度な遺伝因子を国民素質の上に残さないようにというのが目的であるのでございます。(略)

そうして、尚本人或いは関係者が不服の場合には、再審制度と、その上に裁判所の判決を求めるといようにいたしておるのでございます。尤も強制断種の手術は、専ら公益のためにしますので、その費用は国庫が負担するというにいたしておるのでございます」

つまり、「先天性の遺伝病者」の出生を抑制することが、民族の「逆淘汰」の防止に必須であり、「社会生活に甚だしく不適応であり、第三者から見ても極めて悲惨な状況を呈する先天性の遺伝病者」には、審査会の審査を得て強制優生手術を行い得る、これは悪質な遺伝因子を国民素質の上に残さないという公益のためにするので費用は国庫負担であると、強制優生手術の目的と公益性を整理している。

1949年度	強制不妊手術件数	北海道 32	全国 130	衛生年報では北海道 17
1950年度	強制不妊手術件数	北海道 76	全国 273	衛生年報では北海道 10

2 精神衛生法施行と北海道精神衛生白書

1950年5月、精神衛生法が施行されたが、この法も優生保護法と同様に議員立法であり、医師である谷口彌三郎議員も提案者に連ねている。周知のように、この法により、私宅監置は廃止され、措置入院・精神衛生鑑定医が制度化され、精神障害者の定義が精神病者に加え知的障害、精神病質にも拡大された。

翌1951年12月、北海道衛生部保健指導課は早くも「北海道精神衛生白書」を刊行した。相当量の分量(32ページ)の中から、優生保護法に関連する項目を抜粋する。

- ・ 精神障害者はその疾病のため社会復帰が出来ず失職、貧困、浮浪、犯罪その他甚だしい反社会的な不安を醸成している。
- ・ 本道には約19万人、22人に1人の割合という驚くべき数となっている。
- ・ 膨大な数の精神障害者による損失を考察するに、放火殺人等の犯罪による経済的損害については、その約八割までが精神障害者によって占められ、更に詐欺、横領、強窃盗、破壊行為、生産離脱等を累算するとき経済的損失は如何に多額なものであるかが知られる。
- ・ 人としての健全な生活を送ることのできぬ精神障害者の不幸、家庭の悲惨等に思いを致すとき、この有形無形の損失は誠に大なるものであり、精神衛生対策の緊要性に

については容易に領かれる。

- ・精神衛生法は医療保護の完全実施と発生予防を目的としている。しかしこの後者に対しては相談所を設けることを規定しているのみで積極的な予防策はない。この発生予防のために、本法は、優生保護法、或は児童福祉法等と相俟って始めて精神衛生の目的を得られるものである。
- ・文化国家として世界の先進國に伍して行くためには國民の優秀化と遺傳性疾患の発生防止を計らなければならない。昭和二十三年公布された優生保護法は優生上の見地から不良なる子孫の出生を防止することを目的としている点において洵に大いなる意義を有するものと言わなければならない。
- ・この法は又精神衛生とは極めて密接なる関係をも有する。精神障害の相当部分を占める遺傳性精神病は優生保護法の的確なる運用によって遺傳の発生を防止せしめ、精神病の治療がより有効確實となり社会に貢献することも期し得られるのである。精神病は、この法に見られる如く優生手術及び人工妊娠中絶ともに非常に大きく採り上げられ、特に遺傳性精神病の優生手術については医師の申請義務とされている。
- ・結核、傳染病の如き疾病は、時代の進歩とともに漸減を示しつつあるのに對し、近代機械文明の所産物たる一次性精神障害を含め、精神病は文化の進展と社會の複雑化とともに、却って漸増の一途を辿りつつある傾向を持っているのである。
- ・かかる増加の現象は民族の変質としとして国力をも減退せしめる恐るべき要因をも内蔵しているこの問題は、公衆衛生としても社會としても、はた又國家としても益々重要な問題として採り上げられて来ているのである。

白書は、優生保護法の適確な運用により遺傳の発生を防止し、精神病の治療がより確實になり、社会に貢献する、遺傳性精神病の優生手術は医師の申請義務であると強調している。

白書が強調した精神障害者の増加（「逆淘汰」の懸念）、犯罪による膨大な経済的損害の強調、精神障害者の不幸と家庭の悲惨、國民の優秀化と遺傳性疾患の発生防止の為に優生手術があるとした内容は、優生保護法成立時に谷口彌三郎議員が語った法の理念・目的と驚くほど類似している。

三項目にある「放火殺人等の犯罪による経済的損害については、その約八割までが精神障害者によって占められ」とし、また「更に詐欺、横領、強窃盗、破壊行為、生産離脱等を累算するとき経済的損失は如何に多額なものであるか」とは、耳を疑う記述であるが、これは優生保護法成立時の「別表の三 強度且つ悪質な遺傳性精神変質症(性欲異常、常習性犯罪者)」の規定を、1949年第二次改正において遺傳性病性的性格(精神医学的に本来定義された精神病質)を削除して、「遺傳性精神病質(性欲異常、常習性犯罪者)」に入れ替え、さらに1950年精神衛生法において精神病質が精神障害者に含まれることが定義されたことで、常習性犯罪者も精神障害者としたことに起因する。もとより当時でも、優生保

護法で精神病質に精神変質症が含まれることに一部の精神科医は異を唱えており、精神衛生法の運用においてもそのような解釈は行われていない。しかし、このような当時の精神医学の常識を大きく逸脱する解釈を谷口彌三郎は再三国会で述べており、ここでも際だった類似が認められる。

(参照：別表の変遷)

国民優生法 昭和16年6月11日 施行規則 別表	優生保護法 昭和23年7月13日 別表 6分類56疾患	改正優生保護法 昭和24年6月24日 別表 5分類30疾患
一 遺伝性精神病 精神分裂病 躁鬱病 真性癲癇	一 遺伝性精神病 精神分裂病 躁鬱病 真性癲癇	一 遺伝性精神病 精神分裂病 そううつ病 てんかん
二 遺伝性精神薄弱 精神薄弱	二 遺伝性精神薄弱 精神薄弱	二 遺伝性精神薄弱
三 遺伝性病性的性格 分裂病質 循環病質 癲癇病質	三 強度且つ悪質な遺伝性精神変質症 著しい性欲異常 兇悪な常習性犯罪者	三 顕著な遺伝性精神病質 顕著な性欲異常 顕著な犯罪傾向
四 遺伝性身体疾患 37疾患	四 遺伝性病性的性格 分裂病質 循環病質 癲癇病質	四 遺伝性身体疾患 22疾患
五 強度な遺伝性奇型 8疾患	五 遺伝性身体疾患 37疾患	五 強度な遺伝性奇型 8疾患
	六 強度な遺伝性奇型 8疾患	

1951年度 強制不妊手術件数 北海道 83 全国 480 衛生年報では北海道 166

3 優生保護法の運用 強制不妊手術（第四条）申請様式と手続について

「優生手術(強制)千件突破を顧みて」の解題に入る前に、この冊子が発刊される以前の北海道での優生保護法の運用、具体的には強制不妊手術（第四条）申請手続について検討する。

本人、配偶者、保護義務者の同意を要件としない強制不妊手術について、優生保護法が規定する条文は第四条であり、医師は優生保護審査会に優生手術をおこなうことの適否に関する審査を申請することになる。翌年の改正で、この規定は義務規定となった。

1948年（昭和23年） 優生保護法 条文

(強制優生手術の審査の申請)

第四条 医師は、診断の結果、別表に掲げる疾患に罹っていることを確認した場合において、その者に対し、その疾患の遺伝を防止するため優生手術を行うことが公益上必要であると認めるときは、前条の同意を得なくとも、都道府県優生保護委員会に優生手術を行うことの適否に関する審査を申請することができる。

1949年（昭和24年） 改正条文

(強制優生手術の審査の申請)

第四条 医師は、診断の結果、別表に掲げる疾患に罹っていることを確認した場合において、その者に対し、その疾患の遺伝を防止するため優生手術を行うことが公益

上必要であると認めるときは、都道府県優生保護委員会に優生手術を行うことの適否に関する審査を申請しなくてはならない。

医師にのみ優生手術の審査の申請権を与えたことについて、谷口彌三郎は「優生保護法解説」逐条解説において、

醫師が診療中別表に掲げる疾病を発見した場合には、本人の同意如何に拘らず、公益上必要と診断した場に限り地方優生保護委員会に対して、優生手術の申請をすることができる。勿論、別表に掲げた六種類の疾病は、共にその遺伝が高度であって、しかも遺伝の確實なものに就いてのみ申請書を提出せねばならない。

ここには特に醫師にその申請権を與え、一般公人即ち刑務所長、裁判所長、警察署長、又は町村長等にこれを與えてないのは、こうした疾病の診断は醫師以外のものに於てはこれを決定する事が不可能であって、それらの各所の長は單に推定に止まり、決定を要する場合は各々の關係醫師に診断させるのであるから、これらの面倒を省いて一般に醫師としたのであるから、醫師は十分な責任を以て申請をなす必要がある。

醫師が精神病でないものに対して精神病と申請をした場合には、名譽毀損または損害賠償をなさせる必要があるというものもあるが、醫師は全智識を傾注して診断したのであって、悪意にこれを決定したのでない場合は、これに賠償をさせたりまたは罰則を設ける事は不適當と考えられる。それらの点を玩味して、申請には特別な考慮をはらって貰いたい。

と解説している。つまり、公人ではなく医師だけに申請権を与えたのは、被申請者が遺伝性疾患にあって、その遺伝が高度かつ確実であると判定できるのは医師のみであるので、面倒を省いた。従って、医師は、申請に当たって遺伝が高度かつ確実であるとする判定に十分な責任を持たねばならないとしている。

優生保護法施行細則は、医師による申請にあたり、谷口が示した「十分な責任」を申請者に果たせるべく別紙様式申請書と診断書の標準を定めている。別紙様式第一号の優生手術申請書に被申請者（患者）の住所氏名を記し、入院中であれば現住所を病院とし、申請者（医師）は、住所氏名と診療科名と申請理由を記さねばならない。

別紙様式第二号には、同一用紙に健康診断書と遺伝調査書があり、健康診断書に被申請者の病名、発病からの経過と現在の症状を記入し、遺伝調査書には被申請者の血族で遺伝病にかかったもの、その他自殺者、行方不明者、犯罪者、酒乱者についても記入することとされた。

優生保護法施行規則（昭和24年6月24日 厚生省令第24号改正） 1949年

（審査を要件とする優生手術の申請）

第2条 法第4条の規定による申請は、別記様式第一条による申請書によらなければならない。

2 前項の申請書には、別記様式第二号による健康診断書及び遺伝診断書を添えなければならない。

4 優生保護法における遺伝性・非遺伝性疾患の境界と基準

申請する医師の立場にたてば、強制不妊手術の申請にあたっては、被申請者が遺伝性疾患（に罹っている）であることを示し（遺伝調査）、かつ産児の可能性のある人に不妊手術を行うことで疾患の遺伝を「防止」し、子孫を産ませないことが公益上必要であることを証明（申請理由）する必要がある。

しかし優生保護法では、遺伝性疾患であることの判断をひとり医師のみに委ね申請義務まで課しておきながら、別表で定めた精神疾患、精神病質、精神薄弱などが遺伝性であることの定義（遺伝性と非遺伝性の境界と基準）はおろか例示もない。

優生保護法の前身ともいえるべき1940年に制定された旧国民優生法にあっても、成立前に活発な反対論もあって、任意の断種手術について第三条で「左ノ各号ノ一ニ該当スル疾患ニ罹レル者ハ其ノ子又ハ孫医学的経験上同一ノ疾患ニ罹ル虞特ニ著シキトキハ本法ニヨリ優生種手術ヲウクルコトヲ得」として疾患の遺伝のおそれの程度にふれ、さらに発布翌年に厚生省予防局が発刊した「国民優生法釈義」の逐条解説では、断種手術が許容される例の一つとして「此等ノ疾患者ニシテ医学、勿論之ニハ人類遺伝学モ含ンデ居ルノデアアルガ其ノ学理ト経験ニヨリ明瞭ニ遺伝ニ依ルモノト認メラレ而モ其ノ遺伝ガ極メテ確実デアリ、且発病率ノ著シク高イ場合、即チ其ノ子又ハ孫が必ズ同様ノ疾患ニ罹ルニ相違ナイトセラルル場合ニ限り適用セラレル」と示されていた。

優生保護法発布後、「別表に掲げる疾患にある人が遺伝性疾患である」こと、「優生手術を行うことが公益上必要であること」の2要件について厚生省から釈義されたものはなく、わずかに、公益上必要であることに言及した2つの通知があるのみである。

法務府法意一発第62号 1949年

昭和二十四年十月十一日

「強制優生手術実施の手段について」

厚生省公衆衛生局長あて 法制局意見第一局長回答

要旨

優生保護法第10条の規定による強制優生手術は、本人の意思に反しても、これを実施することができる。この場合身体の拘束、麻酔薬施行等の手段を用いる事は誠にやむを得ない事情のある場合に限りかつ必要の最小限度に止めなければならない。

1 問題

- (1) 優生保護法第10条の規定により強制優生手術を行なうに当って、手術を受ける者がこれを拒否した場合においても、その意志に反して、あくまで手術を強行することができるか。
- (2) 右の場合、強制の方法として、身体拘束、麻酔薬施用又は欺罔等の手段により事実上拒否不能の状態を作ることが許されるか。

2 意見

- (1) 略

(2) 略

(3) 以上の解釈が基本的人権の制限を伴うものであることはいうまでもないが、そもそも優生保護法自体に『優生上の見地から不良な子孫の出生を防止する』という公益上の目的が掲げられている（第1条）上に、強制優生手術を行なうには、医師により『公益上必要である』と認められることを前提とするものである（第4条）から決して憲法の精神に背くものであるということはできない（憲法第12条、第13条参照）。その手術の実施に関する規定に徴すれば、医師の申請により、優生手術を行なうことが適当である旨の都道府県優生保護審査会の決定がなければ、これを行なうことはできない（第5条）。しかも、この決定に異議があるときは、中央優生保護審査会に対して、その再審査を申請することができる（第6条）ばかりでなく、その再審査に基づく決定に対しては、さらに訴えを提起し判決を求めることができるようになってきている（第9条）のであって、その手続はきわめて慎重であり、人権の保障について法は十分の配慮をしているというべきである。従って、かような手続を経て、なお、優生手術を行なうことが適当であると認められた者に対して、この手術を行なうことは、真に公益上必要のあるものというべく、加うるに、優生手術は一般に方法容易であり格別危険を伴うものではないのであるから、前示のような方法により、手術を受ける者の意志に反してこれを実施することも、なんら憲法の保障を裏切るものということとはできない。

衛発第七八三号 1950年

昭和二十五年十月十九日

地区優生保護審査会の審査手続料について

厚生省公衆衛生局長

記

第一 優生手術について

三 審査を要件とする優生手術について

- 1 法第4条の「公益上必要であると認めるとき」とは、優生上の見地から不良な子孫の出生するおそれがあると認められるとき、すなわち、法の別表に掲げる疾病にかかっていることが確認され、且つ、産児の可能性があると認められるときをいうものであって、単に狂暴又は???（読み取り不能）によって公共に危険を及ぼすだけでは、これに当たらないこと。

このうち、法務府法意一発第62号「強制優生手術実施の手段について」は、優生保護法の第一次改正直後に厚生省公衆衛生局長からの質問に答える形で法制局から発せられたものであるが、強制優生手術を実施する場合の有形力の行使が基本的人権の侵害に当たらないかという問題について、医師により、さらに優生保護審査会の審査により「公益上必

要である」と認められ、提訴もできることから、有形力を行使したとしても憲法の保証を裏切るものではないと回答している。ここで「公益上の必要性」が繰り返し確認されるが、それを担保する「優生上の見地」の基本である遺伝性と「不良な子孫が出生する可能性」の判断基準には全く触れられていない。

衛発第七八三号では、公益上必要であるとは「優生上の見地から不良な子孫が出生するおそれがみとめられるとき」で、言い換えれば別表に掲げる疾病にあると確認され、産児の可能性がある場合としているが、遺伝性の定義・境界については述べられていない。

一方、谷口彌三郎は厚生省積義に替わるものとして優生保護法解説、優生保護法改定版などを著し、逐条説明をおこなっている。後者で谷口は遺伝性精神病という項をもうけて、「精神分裂病は遺伝によって発病すると言われ、その遺伝形式は劣性遺伝とされている」、以下「そううつ病は一般に優性遺伝」、「遺伝性癲癇の遺伝形式は劣性殊に多元性劣性」と言われていると記しているが、医学的および遺伝学的根拠は明らかにしておらず、当時の精神科医にとってそのような認識を共有できるものではなかったと考えられる。

後年、1957年8月10日参議院社会労働委員会において優生保護法の実施状況が議題となり、谷口彌三郎は厚生省公衆衛生局長に

「私の調べたところでは、昭和24年から30年までにおきまして、総数6050人の方に優生手術をやらうとされて、予定人員というのを出されたのでございますが、その実施はわずかに3843人、言いかえれば62%だけしか実施されておらぬのでございます。(略)従って、精神異常者に対する優生手術というのは非常に少ないのでございますが、これは何に原因するか、その隘路はどこにあるかというようなことについてはいかにお考えになっておりますか」

と質問し、厚生省山口公衆衛生局長は

「先ほども申し上げましたように、医師からの申請が割合少ない。たとえば申し上げますと、昭和31年度の統計でございますと、医師からの申請が1470件、その中で都道府県の審査会を通過いたしましたものが1380件、9割は通過いたしているわけでございます。従いまして、医師からの申請が十分でないということが第一の原因だと思えます。なぜ医師からの申請が割合少ないかという点につきましては、これは精神医科の専門の方々からもいろいろ伺っておりますが、やはり人権の問題など関連して、遺伝歴も十分わからないというのをむやみに申請するわけにもいかぬということであらうと聞いております。これは私ども精神医科の専門の方々とはよく話し合っており、もっと申請がよけい出るようにしなければいかぬというように考えております」

と答えており、これからも谷口が優生保護法の目的とした「遺伝性疾患」に対する優生手術という概念は、当時の精神科医には信じられていないということが分かる。

つまり、当時の精神医学と遺伝学の水準にあっても、精神病の成り立ちは多元的なもので、遺伝病とは外因より素因の役割が勝っているものの総称というのが適当であると考え

られていた（内村祐之 精神病の遺伝）ことから、遺伝病の基準が明確にされる筈もなく、せいぜい家系図による遺伝負因の多寡の程度によって示されるしかない。従って医師は、たとえ4条申請を行うことを強く勧奨されたとしても、「遺伝性」疾患にあることを立証する困難に直面し、患者の人権を考え、申請を躊躇するのは当然であろう。

更に、このような遺伝性立証をめぐる困難をくぐり抜け申請された人が、遺伝性疾患にあるかどうかの判断基準は優生保護審査会の審議によって大きく異なると考えられ、審査会が厳格な基準を示せば申請は抑制され、診断が不確実なものでも承認されるとなれば、遺伝性に疑問がある人までが申請されるものとなる。各都道府県における強制不妊手術件数の大きな格差は、この優生審議会の審査基準に関わる事情が関与している可能性が高い。

5 優生保護法の北海道独自の運用 強制不妊手術申請を容易にするための法的整備

残された1950年代の公文書を悉に辿ると、北海道行政（衛生部）は、前項であげた申請にあたっての困難を取り払うべく、四条申請に関わる独自の運用を行ったことが明らかになった。

優生保護法第一次改正の直後に、北海道は他府県にはない独自の優生保護法施行細則を定め、医師からの申請書を保健所経由にしなければならないとした。この細則は優生保護法第4条に明記された「優生保護審査会への申請」に違反しており、保健所経由以外を認めていない。その理由は明らかではないが、翌年には各保健所長に「医師による家族調書の作成」を要請しており、遺伝性の立証（家系調査）を保健所に移管することで、医師の申請を容易にする目的があったと考えられる。

後の公文書で昭和二十五年二月十五日二五保指第一一〇号において厚生省細則で定められた別紙様式第二号（申請者が記載すべき健康診断書と遺伝調査書が一体となった用紙）とは異なる様式として、健康診断書と分離した別紙優生手術遺伝調査書により調査書を作成しなければならないと指示したことが記載されている。

（北海道）

優生保護法施行細則 1949年

（昭和二十四年七月三日北海道規則第百三十七号）

（昭和二十四年十二月二十二日北海道第二百六十三号改正）

（趣旨）

第一条 優生保護法（昭和二十三年法律第百五十六号）の施行については、優生保護法施行令（昭和二十四年政令第十六号）に定めるものの外、この規則の定めるところによる。

（書類の経由）

第二条 省令第二十八に規定するものを除く外、法、省令及びこの規則の規定により、知事及び北海道優生保護審査会又は厚生大臣に提出する申請書、願書、届書及び報

告書は、その住所地を所管する保健所を経由しなければならない。

(書類の進達)

第三 保健所は、省令第二十八及び前の規定により書類を受理したときは、書類の記載事項に誤りがないか、省令及びこの規則に規定する事項を具備しているかどうかを調査し、不備の点はこれを整備させ、意見を付してしてすみやかに知事にしなければならない。

(北海道)

昭和二十五年八月三十日

北海道→市長・保健所長 回議 1950年

(保健所) 医師による家族調書の作成・提出を願う

昭和27年5月 優生保護法第二次改正があり、遺伝性ではない精神病患者・知的障害者に保護義務者同意をもって強制優生手術を認めた。

その後、北海道保健指導課は各保健所長宛「優生手術にかゝる遺伝調査要領について」なる通知を発し、改正を機として四条と十二条による優生手術の「普及徹底」を期したいとし、保健所による遺伝調査要綱を定めて、5項目の留意点を並べ、最後に調査にあたるものは、優生の一般的知識を体得しているよう留意願いたいとするのみで、申請医師が記載しなければならないとの指示はなかった。

さらに遺伝調査について、細部にわたる要綱を示し、内容は調査方法・範囲(4代にわたり調査)に始まり、調査事項として1.性格について(12項目) 2.身体状況(11項目) 3.智能について(6項目)の記載具体例を示し、さらに四代にわたる家系図を例示している。

この通知文は、医師の申請に関わる遺伝性疾患であることの確認を保健所が代わって行うことの確認・宣言であり、谷口彌三郎が「優生保護法解説」で説いた医師の申請責任を免責するものであった。また、被申請者の家族関係まで破壊するような徹底した調査は1954年精神衛生実態調査が実施されるまでは他府県にはなく、4条申請に拘った北海道独自の運用といえよう。

二七保指第一二〇九号 1952年

昭和二十七年九月一五日

北海道保健指導課長

各 保健所長殿

優生手術にかゝる遺伝調査要領について

優生保護業務並に精神衛生業務の画期的推進を図り、その必要性を一層強調される現状に鑑み、今般の優生保護法の一部改正を機として「優生手術」特に優生学的立場から法四条及び法第十二条による優生手術の広範な普及徹底を期したいので左の要項によ

り協力指導を願いたい。

記

- 一 強制優生手術(法第四条)及び申請優生手術(法十二条)の遺伝調査にあたっては、充分行き過ぎがないよう又、機密の漏洩等について遺憾のないよう留意すること。
- 二 強制の場合は、配偶者等その保護者の同意を必要としないが、申請の場合は、当該保護者の同意書施行規則(別紙様式第六号)が必要である。
- 三 なお、強制の場合にも保護者の同意を得ることが望ましい。
- 四 手術に要する諸経費は、前者(法第四条)にあつては、全額公費負担であるが、後者(法十二条)にあつては、被手術者(保護者)負担となるから留意されたい。
- 五 この調査にあつては、家族の意見は勿論、隣人、民生委員、関係々員(市町村衛生担当吏)、知己等、調査の対象に対する過去の動態を明らかにし得る聞き込み等の調査併必要とすること。(ただし、遺伝関係明瞭なる場合はあえて必要としない)
- 六 法第四条による場合は、障害者が将来、優生手術をなしていることによって、自他ともにその益を認められる場合があるので、調査にあたるものは、優生の一般的知識を体得しているよう留意願いたい。

遺伝調査要綱

略

6 北海道行政の暴走 優生保護審査会との一体化

昭和28年9月、さらに北海道衛生部(保健指導課)は、強制不妊手術の申請者である医師の申請権限に踏み込み、精神病院院長・施設長に宛て「優生手術の実施について」という通知を発し、「逆淘汰防止の衛生教育的意味あいを兼ねて、強制優生手術を強力に実施したいので、以下の要領で申請して欲しい」と要請している。

衛生部長が示した「要領」は、法四条申請について、遺伝歴が不明であっても診断が確実であれば申請を願う、遺伝歴は保健所で調査するので、遺伝歴不明であっても怯まず極力申請願いたい、その上で各病院長・施設長に月毎の申請件数ノルマを課すという驚愕すべき内容であった。

こうした運用は翌29年も続き、内部(保健所)に向け遺伝調査について万全を期し遺漏のないようにせよと通知し、優生保護法(施行細則)で規定されている健康診断書と遺伝調査書はあるが、これに替えて保健所が行った遺伝調査の別紙様式に代えて提出するよう、協力することに「なんらかの配慮を願いたい」としている。

多数の申請を誘導するために、遺伝調査を免除することで医師の申請に当たっての懸念を取り払い、医師を飛び越え精神科病院長に強制勧奨を行い、多数申請を審査する優生保護審査会を毎月開催するために遺伝調査を遺漏なく敏速に行えと配下の保健所を叱咤するまで、北海道行政(衛生部)は優生保護法の運営に力を入れ、優生保護規則に定められた

運営の枠を無視し暴走したことがわかる。

1952年度 強制不妊手術件数 北海道 99 全国 606 衛生年報記載なし

二八保指第一一四五号 1953年

昭和二十八年九月二十五日

北海道衛生部長

精神病院長

精薄施設長

優生手術の実施について

優生手術の実施については、従来とも、ご協力をいただいておりますが最近の受胎調整の普及に伴い、逆淘汰防止の衛生教育的意味あいも兼ね、強力に実施されたいと思っておりますので、左記要領により申請していただきたく、お願いいたします。

一、申請取扱について

1. 法第四条の申請は、診断確実であり、諸種の条件が手術を行うに適して居れば遺伝歴が不明であっても申請願いたい
2. 遺伝性でない進行麻痺、外因性精神薄弱等についても、適当と認めた場合は十二条による申請を願いたい。
3. 遺伝歴については、審査に必要な範囲に於て、当方(保健所)で調査致しますから、申請者は遺伝歴不明のため申請を控えることのないよう極力申請願いたい。
4. 申請書の作成にあたり、ご多忙であれば、最寄保健所へ連絡下されば、お手伝いに伺います。
5. 貴病院には、本年度中(二九年三月末日迄)に月平均 最低 名は申請願いたい。
6. 申請書用紙(申請書、診断書、遺伝調査書等)は当庁に印刷用意してありますから申越しあれば送付します。

1953年度 強制不妊手術申請件数 北海道 229 全国 930 衛生年報記載なし

二九保指第四六八号 1954年

昭和二十九年四月二十七日

北海道衛生部長

各 保健所長殿

優生手術遺伝調査について

優生保護法(以下「法」という)第四条及び法第十二条に基づく、遺伝調査については、爾今左記により、取扱の万全を期すこととなったから施行に当たっては、遺漏のな

いよう配慮されたい。

おって従来施行通知のうち本通知の各項と抵触する部分は、本通知により訂正されたものと了知願いたい。

- 一、法第四条及び法第十二条申請があったとき、保健所長は申請書に別記様式による調査を添え申達すること。所轄保健所外のため又はその他の事情により前項の調査が不能の際はその旨を記すること。
- 二、北海道優生保護審査会は毎月二十日前後に開催予定であるから、取り合いの敏速且つ適正を期するため申達又は調査の取運びについては十分留意されたい。
- 三、医師が申請書に添付すべき健康診断書及び遺傳調査書については、法によって規定されているところであるが、これらの書類については前項一の証左により様式に代え提出されるよう協力方につき、なんらかの配意を願いたい。

かくして、強制不妊手術の申請に関わる持続可能で強固なシステムが行政主導で構築された。これが全国手術件数の2割を長期間北海道が維持するに至った根拠であろう。

しかし、ここで大きな疑問が残る。同様の申請システムが他府県において行政主導で構築されたとして、優生手術申請・承認件数が北海道と同じように飛躍的に増加するものだろうか。

国の優生保護法施行規則で定められた別紙様式第二号は、申請者による健康診断書と遺傳調査書（別の医師が記載することも可能）は分離不可とし、連名署名もしくは両方とも申請者が署名する形式をとっている。そうすることで、申請者自身が「別表に掲げる疾患に罹っていることを確認」したことを担保し、優生保護審査会はそれを確認し承認する形式を保っている。被施術者が遺伝性疾患に罹っていることを示す遺傳調査書が健康診断書から切り離され、申請者（医師）の署名もない申請書を、他府県優生保護審査会では法的に有効とはみなされないだろう。

さらに、精神疾患にある人が遺伝性であるという診断は、単に血族内に精神病のものがいるということで判断されるものではない。四親等まで徹底的に「聞き込み」調査をおこなえば、血族の何人かに精神病患者、精神病質にあるものが見いだせるかもしれないが、北海道精神保健白書が嘆いたように、22人に1人が精神障害者なのだから、血族中になんらかの障害がある人を見いだすだけで遺伝性だとは言えないだろう。これらのことを勘案しつつ審査するのが、行政とは独立した存在である優生保護審査会の役割である。しかし、千件突破冊子によれば、北海道審査会では申請の大部分が承認されており、このような申請書様式や遺傳調査の結果について、異論がでなかったことが分かる。つまり、北海道優生保護審査会は、違法と思われる申請書形式や申請者を外した遺傳調査結果についても容認し、北海道行政と一体となって、ひたすら多数の申請を承認する場となっていることが推測される。

7 京都府における優生保護法の運用 優生保護審査会の役割

行政からの強い勧奨があり多数の申請があっても、厳格な審査基準を保つ優生保護審査会の下では、申請理由が曖昧であれば手術が承認される件数は少なくなるだろう。以下に同時期の京都府行政での運用を示す。

昭和 29 年末に、厚生省公衆衛生局は、全国の自治体衛生部長宛に「強制優生手術の実施状況が計画を相当に下回っているので、一層努力して計画通り実施（予算を執行）するよう」通達を発している。

京都府衛生部はこれに応じ、府下精神病院院長宛に「精神障害者に対する優生手術の実施方について」という通達を出し、「精神障害者は年々増加傾向にあるのに第 4 条申請が極めて少ないことは憂慮に堪えない」と嘆き、「優生手術の実施方（申請）について格段のご協力を願う」との要請を行っている。優生保護法運用について啓蒙が足りないと考えたか、運用の詳細を図示し条文を解説している。さらに京都府の精神障害者推定数、入院数に比して優生手術の件数は目立って少ないのは明白であり、大阪府では年間 200 件以上行なわれており、大体において入院患者の割は手術の対象であるのでそれに相応した申請数を望んだ。

この強い勧奨に応じて多数の申請があったと思われるが、京都府衛生部長は、その僅か 2 ヶ月後に精神病院院長宛に通達を出し「京都府優生保護審査会に申請を行う場合には、被申請者の遺伝関係の有無、症状の詳細が審査の重要な要件でありますので、その者の血族中遺伝病にかかったものについての遺伝調査を充分に行い、且つ『公益上必要であると認めるとき』、すなわち優生上の見地から不良な子孫の出生するおそれがあると認めるときの条件に適合するかどうかについて慎重な検討を加えた上、別紙調査書に必要事項を起草いただき、責任のある申請をされるよう特に配慮願いたく」として、前回要請を事実上撤回している。

京都府優生保護審査会において、行政からの強い勧奨に応じた多数の申請について、遺伝調査、症状、公益上必要であることの記載内容が不十分であるとの議論があったと思われる。

この年度の京都府での強制不妊手術例は 2 件にとどまっている。

1954 年度 強制不妊手術件数 北海道 317 全国 1000 衛生年報では北海道 49

(厚生省)

衛庶第一一九号 1954 年度

昭和二十九年十二月二十四日

厚生省公衆衛生局庶務課長

各都道府県衛生部長殿

審査を要件とする優生手術の実施の推進について

表記については、毎年ご配慮を煩わしている処であるが、本年度における十一月までの実施状況をみるに、本年四月三日衛庶第二七号（昭和二十九年度優生保護関係事業計画について）及び十月六日衛庶第三〇二号（昭和二十九年度強制優生保護手術費の国庫負担について）により提出願った実施計画を相当に下回る現状にあるので、なおいっそうのご努力をいただき計画通り実施するように願いたい。

（京都府）

十衛予第四五二号 1954 年度

昭和三十年一月二十五日

京都府衛生部長

精神病院 院長宛

精神障害者に対する優生手術の実施方について

- ・ 同法第 4 条の改正により同条に該当するときは優生種々の適否について申請しなければならない義務が課せられましたが未だにこれが申請は極めて少なくしかも精神障害者は年々増加傾向にあつて誠に憂慮に堪えない次第
- ・ 別紙優生手術関係文の抜粋などを送付するので、何卒優生手術の実施方について格段のご協力をお願い申し上げます
- ・ なお参考として大阪府においては各病院において年間 200 件の以上の優生手術が行われ（略）大体に於いて精神病院入院の患者の内 1 割程度は優生手術の対象になると推定されます

（京都府）

十衛第二二二九号 1954 年度

昭和三十年三月二十五日

京都府衛生部長

各病院院長宛

精神障害者に対する優生手術の申請について

（略）優生手術の実施方については、本年 1 月 25 日をもってご依頼申し上げた次第であります。今後病院の医師より精神障害者に対する優生保護法第四条の規定による強制優生手術の適否に関し、京都府優生保護審査会に申請を行う場合には、被申請者の遺伝関係の有無、症状の詳細が審査の重要な要件でありますので、その者の血族中遺伝病にかかったものについての遺伝調査を充分に行い、且つ「公益上必要であると認めるとき」、すなわち優生上の見地から不良な子孫の出生するおそれがあると認めるときの条件に適合するか、どうかについて慎重な検討を加えた上別紙調査書に必要事項を起草いただき、責任のある申請をされるよう特にご配慮願いたく

右 依頼します

8 「優生手術(強制)千件突破を顧りみて」

1956年1月、北海道衛生部と優生保護審査会は、北海道における強制優生手術の申請が優生保護法施行以来千件を突破したことを記念し、「優生(強制)手術突破を顧りみて」を刊行した。各都府県衛生部送付された。この冊子は、2018年2月、北海道公文書館ではなく、京都府公文書館である府立京都学・歴彩館に保存された衛生部関連の書類の中から発見された。

冊子に添えられた1956年3月8日付けの北海道衛生部長から京都府衛生部長に宛てた「送り状」には「強制優生手術の審査件数は、医師、審査委員その他関係各位の協力により年々増加しその数は千件突破をみるに至り、この実態を別添のとおり印刷致しましたので参考のため配布致します」と記されており、この冊子が北海道から各都府県衛生部に配布されたと思われる。しかし、北海道においてすら廃棄され発見されなかったこの冊子が、京都府のみで保存されていたのは偶然ではなく、前項で触れた同時期の京都府行政の優生手術申請勸奨と頓挫騒動と無縁ではないだろう。

冊子は、表紙・目次をのぞき16ページにおよび、冒頭で民族衛生が遅々としていることを嘆き、その文脈で優生保護法と強制優生手術の意義を論じ、優生保護審査会の役割を解説している。申請件数の分析(病類、性別、地域、審査結果など)結果を図示し、最後に6事例をあげている。その記述の端々に、北海道行政と優生保護審査会のメンバーが共有している思想が垣間見られる。

幾つかの記述を抜粋する。

- ・ 国民の素質の向上を図ることは如何なる時代においても重要なことである。まして、新しく起ち上り国力を復興し、明るい文化国家の建設を願う我が国においては最も肝要なものの一つである。
- ・ まして家族計画の過程における逆淘汰の問題が憂慮されていることを併せ考えると、民族衛生、所謂質の問題は益々その緊要度を加えたものというべきである。
- ・ 現下の日本にとっては、公衆衛生はいうまでもなく、憂慮される人口問題や社会対策などの鑑点から、特に民族衛生に立脚した抜根的な考案と施策は焦眉の問題である。

冒頭から繰り返し表明される民族衛生とは、「民族(人種)の衰亡にいたる危険のある疾病、遺伝性疾患、精神疾患、犯罪などの予防撲滅を期すもの」と考えられるが、「逆淘汰」、質の問題などと繰り返ししていることから、優生学をも合体した概念とも考えられる。すなわち「逆淘汰」と民族毒(梅毒、アルコール、麻薬など)の影響を排除して民族の変質を阻止し、優良健全者の産児を奨励し民族素質の向上を図るとした、戦前の国民優生法の骨格となった「民族優生」と同義である。千件突破で語られる国民優生は、戦前の天皇制国家を「明るい文化国家」と置き換え、戦争勝利の代わりに「新しく起ち上り国力を復興」を対置したに過ぎない。戦前と大きく変わったのは人口政策で、産児奨励から急増人

口対策としての産児制限に変わったが、ここでは産児制限（家族計画・人口問題・社会対策）の推進によってもたらされる「逆淘汰」（所謂質の問題）が強調されている。

- ・ さて優生保護法は昭和 23 年に優生上の見地から、不良なる子孫の出生を防止することを主目的として、公布されたが、これは民族衛生の見地からして、誠に大きな意義を有するものである。
- ・ 優生手術は遺伝性疾患を有する場合の優生保護の見地からと母体保護の立場から行うものとあるが、施術件数は年々倍増し昭和 29 年には 5,848 件に達している。母性保護を理由とするものは鰻上りに増加しているが、優生保護を理由となるものは殆ど変わらない。その理由別は別表第 1 のとおり母体保護を理由とするもの、所謂子供が欲しくないというものが殆んどで 99.1 % を占め、優生保護を目的とするものは僅か 0.9% にも満たない。
- ・ このことは人工妊娠中絶においても同様で、年次的に優生保護の数は殆んど変化が見られず昭和 29 年には母性保護 82,479 件に対し優生保護は僅か 0.22% の 185 件にすぎない。これでは優生保護法の看板倒れであり母性保護法或は人工妊娠中絶法なりと言われる所以でもある。

次節で優生保護法の民族衛生の見地からの意義を強調するが、「不良なる子孫の出生防止」以外の目的である「母性保護」が人口政策上で大きな意義があることには敢えて触れず、優生手術と人工妊娠中絶件数において、母体保護に比し優生保護を目的とするものは圧倒的に少数であり、優生保護法は看板倒れであると嘆いている。これは、精神衛生白書でも同様の記載があり、北海道行政（衛生部）において、過剰人口対策を総合開発として強力に推進する中で、産児制限が「逆淘汰」を招くことへの懸念が強かったことを表している。

- ・ 次に今回千件突破の実績を収め、優生保護法の面目を拝し民族衛生の立場からも多大の意義をもたらした審査を要件とする優生手術について、即ちこの稿の眼目たる本論に入ることとしたいこの手術は一般に言うところの強制優生手術である。
- ・ 審査会誕生当初は隔月開催であったり、審査対象も数件に過ぎなかったりしたが、最近 2、3 年来申請件数は急激に増加し、昭和 30 年 12 月で回を重ねること 59 回、その数は 1,012 件に及んだ。件数においては全国総数の約 5 分の 1 を占め他府県に比し群を抜き全国第 1 位の実績を収めている。
- ・ これは他府県に比べ多数の対象となる患者を有することに依るものでなく、申請に対する医師、審査委員その他関係各位の協力に外ならない。申請者は精神科医が圧倒的に多く、又極めて積極的にこのことに協力されている。
- ・ 被施術者の病類別についてはそのすべてが精神疾患であり特に精神分裂病が 85% とその大部分を占めている。申請者の 93% 以上が精神科医であって見れば当然のことである。
- ・ しかし乍ら、数において十数倍するといわれている精神薄弱、精神病質の申請が極

めて僅少なのは誠に憂慮すべきことである。

- ・ともあれ精神薄弱又は身体的疾患等については今後一段の正しい理解と積極的な協力を請いたい。

ここでは、強制優生手術を「優生保護法の面目を民族衛生の立場からも多大の意義をもたらしたものと高く評価したうえで、審査会の頻回開催、全国1位の手術件数など、北海道衛生行政の運用と実績を誇示している。そして申請医師の大部分は精神科医で、被申請者の85%が精神分裂病であると明らかにしている。強固な申請システムを基礎として「精神科医の極めて積極的な協力」があったことは、むろん秘匿されている。

- ・なお、優生保護審査会としての審査回数等は別表のとおりであり、審査対象実人数1021件に対し否決9件となっている。これは年令が若い場合、若しくは遺伝歴の見当らない病歴の新しい者がそのほとんどを占めている。(略) 保留件数37件は審査会としては必要を認めたと、主として遺伝歴が見当らず且つ家族等が希望しない場合においてなされた措置であるしかしこれらは殆ど再審査によって解決されて来ている。

冊子で示された「優生保護審査会の年度別審査適否調」表によれば、審査件数1012件のうち否決(未成年ないし非遺伝性で優生手術不可)9件で、残りは全て遺伝性疾患としての4条申請として承認されている。これとは別に非遺伝性疾患で家族の承認がないとされたものは37件あり、再審査(おそらく12条申請)で解決されたとある。厚生省衛生統計でも、この期間の12条申請はわずか6件であった。

他府県の例をみても、この承認率は極めて高率である。当時の北海道の精神科病院は、昭和25年で6病院519床、昭和30年15病院2413床にすぎない。外来や退院患者を加えたとしても精神科医が治療をしている患者のうち、遺伝負因濃厚で生殖可能年齢の患者が1000人も越えて存在したとは考えにくい。北海道においては、保健所が四親等にわたり遺伝調査をおこない家系図も添付されるので、被申請者が「遺伝が高度、かつ確実なもの」であることを広義に解釈する(同病ではない血族者、精神疾患にはないが自殺者、行方不明者、犯罪者が血族にいる等)ことが可能であったかもしれない。

いずれにせよ、当時の優生保護審査会の審査に関わる関係書類は全く残されておらず、推測に過ぎない。唯一、当時の審査委員が投稿した文献が残っており、ここから審査委員の考えを推測することができる。この「優生指数EQの提唱」によると、

- ・私は北海道優生保護審査会委員中の唯一の精神病医として過去1年半有任に当たって来たが、その審査に実際に当たっても又種々なる困難に直面した。その主たるものは、本人は勿論のことその配偶者や家族にとって、生涯に関する大問題であるべき断種と言うことの決定が、比較的安易のうちに簡単に決し去られて居る如き印象である。私は敗戦国日本に於いても、無限に増大して行く人口に対する不智不識の圧迫や、審査委員達の常識的な感情が、断種の可否を決定するものではあつてならないと思う。以上の如き、申請すべき医師達の冷淡なる傍観と審査会の陥り易い危

険から脱却するために、優生断種の申請やその審査に当って、その指針ともなるべきものの必要を痛感し、種々考慮の結果、私は新しく優生指数 EQ と名付ける一指数を考案した。これは次の如き公式をもつ。

とのことである。

$$\text{eugenic Quotient EQ} = Z \frac{K}{S} (A+H+C+W)$$

次にこの構成分子を説明しよう。

Z 現在の精神状態
 正常又は正常に近いもの 1
 著しく病的なもの 2
 病的で且つ反社会的なるもの 3

K 悪質遺伝素質の存否
 血族中に悪質遺伝病なきもの 1
 血族中に異種悪質遺伝病(傾向者を含む)を認めるもの 2
 血族中に同種悪質遺伝病(傾向者を含む)を認めるもの 3
 但し異種と同種の悪質遺伝病が共存する時は 3 とする。

S 良性遺伝の存否
 血族中に良性遺伝を認めぬもの 1
 血族中に優秀遺伝を認めるもの 2
 血族中に特に優秀なる遺伝を認めるもの 3

A 発病後の経過年数
 発病後一年に満たぬもの 1
 発病後一年以上経過せるもの 2
 生来性のもの 3

H 結婚の未既(内縁関係を含む)
 未婚 1
 既婚 2

C 孝子の数(流産を含む)
 孝子なし 1
 孝子三人迄 2
 孝子四人以上 3

W 家人及び本人の断種に対する諸否
 家人及び本人承諾せず 0
 どちらか一方承諾す 1
 家人も本人も共に承諾す 2

第2表 優生指数と適応度

(一) 指数 一—九	非 適 応
(二) 指数 一〇—二九	相 對 的 適 応
(三) 指数 三〇以上	絶 對 的 適 応

この優生指数の構成分子「K=悪性遺伝子素質の存否」に注目すると、この審査委員にあっては、血族中に同種遺伝病を認めなくとも、同種傾向者や異種悪質遺伝病があれば、適応の可能性があると認識していることが分かる。この指数が実際に北海道優生保護審査会や申請に当たって採用されているとは思えないが、当時の優生保護審査会の審査委員の考え方と審査状況を推測することができよう。

- ・ 審査会で取扱った事例の中には遺伝歴は見当らないものであっても、その殆んどが、人は勿論家庭的にも社会的にも悲惨な幾多の問題を擁しているものによって占められている。特に遺伝歴を有する場合には、誠に目を覆わしめるようなケースが極めて多い。
- ・ 更には社会的にも憂慮されている売春婦、チンピラ、やくざ、累犯者などの大多数が、精神病質或は精神薄弱によって占められている事例の数々、審査を要件とする優生手術の荷なう責務は極めて大なるものがある

冊子の最後に「強制優生手術から拾った悲惨な事例」として、6事例が紹介されている。優生学的見地からではなく、被申請者の社会生活や家庭生活、経済状況を揶揄するような報告である。紹介の中で、現在では、いや当時であっても許されない侮蔑的な表現や、「誤まれるヒューマニズム」「もっと早く打つ手はなかったとは、常々交わされる言葉である」「生活保護支給の適応をするのであれば首をかしげる」といった表現が繰り返され、精神病者を排除・切り捨てに至る思想を審査会委員が共有していることがわかる。

一方、発案者である谷口彌三郎も前掲の優生保護法改定版 逐条解説、精神病質で下記の様に説明している。

- ・次に精神病質について述べると、元来精神病患者と精神健康者との間には明確なる境界はない。即ち健康者→妙な癖のある人→大分妙なことをする人→狂人じみた人→精神病患者となっており、この健康者と病者との間に在る各段階の人を総括して境界人即ち精神病質と称する。だからこれを広義に解釈すれば世界人類の大部分がこれにはいることになるわけで、優生保護法では特に顕著な遺伝性のものと断つてある。
- ・以上の外なお色々の型が挙げられるが、要するに正常の軌道を逸脱した偏奇な性格があり、また此の異常性格が温床となって精神分裂症や其他様々なる精神異常者を生産するものであるから、その高度なものは当然本法の対象とすべきである。
- ・犯罪者殊にその常習者が一部分生来性に精神病質に属するものであり、また貧困者には富有者に比して多数の精神病質や精神薄弱者が存在し、所謂パンパンガールや娼婦にも低脳者が多く、不良行為をなす青少年や放浪者の多数などが只境的事情だけでなく本質的にそうなるものと考えられる現在、これらの悪質を次代にまで存続せしめて社会に悪影響を及ぼすが如きは極力とれを阻止すべく、そのためにはこの優生保護法を活用せねばならないと思う。

千件突破は、民族衛生が一義であり、優生保護法の面目を押し民族衛生の立場からも多大の意義をもたらした強制優生手術であるとして4条申請に拘っているが、事例紹介の大部分は、谷口と類似の社会防衛的な優生思想に絡め取られていると考えられる。

千件突破の著者は不明であるが、巻末に作成時点での優生保護審査会委員を列挙している。また、この冊子の作成主体を北海道衛生部と優生保護審査会の連名にしたのは、一体となって優生保護法を運営し他府県にない「成果」をあげていることを全国・全道に誇示する意図があったと思われる。

1956年1月現在の優生保護審査会委員一覧 (※は精神科医)

委員長	北海道衛生部長兼民生部長
委員	北海道医師会長
	北海道地方更生保護委員会委員長
	北海道教育委員
	札幌家庭裁判所判事
	精神科病院長※
	札幌医大精神科教授※
	北大精神科教授※
	北大産婦人科教授
	札幌家庭裁判所調停委員
幹事	保健予防課長

同課 次長
同課 総務係長
同課 優生精神係長
北見保健所長※

行政が主導し、保健予防課が実務を担い、医療関係者として精神科・産婦人科大学教授など、さらに裁判所判事、司法関係者などで締める構成は他府県と同様であるが、北海道では委員に精神科医が3名、幹事にも1名（保健所長）いるのが特徴である。

この4名の内、一人は戦前に内村祐之ら東京大学精神科同門が行った各地域での精神病遺伝・疫学調査に加わり、単名で報告論文を書き、もう一人は内村と共に遺伝学的双生児研究を行っており、精神疾患の遺伝に関わる専門家であった。

おわりに

以上、1948～1955年にいたる北海道行政（衛生部）の優生保護法の運用を辿った。その間に行政が発した通達・法令のなかから、強制不妊手術の申請に関わる持続可能で強固なシステムが行政主導で構築されたことがわかった。

北海道衛生部が強く勧奨した遺伝性疾患にある人の強制不妊手術申請は、千件突破が述べたように、人口問題対策の総合開発に対置した「先天性の遺伝病者」の出生を抑制する民族衛生政策に過ぎない。人口が急増する戦後北海道という沸騰点において、暴走した行政と優生保護審査会が一体となった優生保護法の運用において、多数の強制不妊手術という犠牲をうんだといえる。

優生保護審査会は、申請システムの実態を知った上で殆どの申請を適（承認）としており、委員には申請者である精神科医以上に重い責任がある。申請者である精神科医の内声は一向に聞こえなかった、「千件突破」冊子の作成に精神科医も関わっていたが、そこで示された民族優生思想が北海道の精神科医の共同主観であったという証左はない。むしろ、国家施策を前にした傍観と諦念の中で、唯々諾々と勧奨に従った精神科医のほうが多数であったろう。この時流に激しく抵抗した跡はなく、あるいは精神病者に対する支援が全くない時代の中で他の理由からやむを得ず申請に加わった精神科医もいたかもしれない。しかし、積極的であろうが消極的であろうが、強制不妊手術を受けた人々に取り返しのつかない傷を負わせた歴史的事実から目を逸らすことは許されない。

この4条申請に関わる強固なシステムと強制不妊手術を一義とする体制は、千件突破刊行の1956年以降も申請件数が200を超えて続いた。1961年になり半減し、その後は減少の一途をたどり他府県と変わりがなくなった。北海道の人口急増は一服し、1950年に20%を超えていた増減率は1955年には11%、1960年には5%となり人口問題は北海道総合開発の主要な眼目ではなくなった。千件突破刊行以降、人口政策は低所得者層に対する受胎調整対策などに移行し、1960年代中期にいたり、逆淘汰論が無効となる社会経済状況に移行したことで、強制不妊手術自体がその根拠を失ったといえる。

一方、精神科医療については、精神科病院数が6(昭和25年)519床、15(昭和30年)2413床、31(昭和35年)5457床、47(昭和40年)10031床、57(昭和45年)14087床、65(昭和48年)15827床と激増している。

1955年度	強制不妊手術件数	北海道 226	全国 1362
1956年度	強制不妊手術件数	北海道 315	全国 1264
1957年度	強制不妊手術件数	北海道 279	全国 1104
1958年度	強制不妊手術件数	北海道 283	全国 1081
1959年度	強制不妊手術件数	北海道 262	全国 955
1960年度	強制不妊手術件数	北海道 212	全国 735
1961年度	強制不妊手術件数	北海道 251	全国 880
1962年度	強制不妊手術件数	北海道 102	全国 749
1963年度	強制不妊手術件数	北海道 81	全国 693
1964年度	強制不妊手術件数	北海道 83	全国 555
1965年度	強制不妊手術件数	北海道 49	全国 513
1966年度	強制不妊手術件数	北海道 23	全国 433
1967年度	強制不妊手術件数	北海道 12	全国 382
1968年度	強制不妊手術件数	北海道 28	全国 343
1969年度	強制不妊手術申請件数	北海道 20	全国 317
1970年度	強制不妊手術申請件数	北海道 25	全国 360

1949～1996年度強制不妊手術申請件数 北海道 2593 全国 16475

表1 強制不妊手術の都道府県別個人資料残存比率

都道府県	手術人数	個人資料 がある 人	比 率 (%)	都道府県	手術人数	個人資料 がある 人	比 率 (%)	都道府県	手術人数	個人資料 がある 人	比 率 (%)	
北海道	2593	1314	51%	石川県	88	12	14%	岡山県	845	—	—	
青森県	206	11	5%	福井県	37	—	—	広島県	327	31	9%	
岩手県	284	—	—	山梨県	55	—	—	山口県	181	7	4%	
宮城県	1406	929	66%	長野県	387	5	1%	徳島県	391	—	—	
秋田県	97	14	14%	岐阜県	347	64	18%	香川県	180	72	40%	
山形県	445	96	22%	静岡県	530	—	—	愛媛県	155	—	—	
福島県	378	120	32%	愛知県	227	55	24%	高知県	179	175	98%	
茨城県	54	19	35%	三重県	110	47	43%	福岡県	344	6	2%	
栃木県	254	—	—	滋賀県	282	7	2%	佐賀県	86	—	—	
群馬県	21	25	119%	京都府	95	1	1%	長崎県	51	51	100%	
埼玉県	405	374	92%	大阪府	610	—	—	熊本県	204	—	—	
千葉県	174	220	126%	兵庫県	294	—	—	大分県	663	101	15%	
東京都	483	—	—	奈良県	20	36	180%	宮崎県	229	—	—	
神奈川県	420	80	19%	和歌山県	103	191	185%	鹿児島県	178	—	—	
新潟県	267	—	—	鳥取県	11	20	182%	沖縄県	2	—	—	
富山県	118	—	—	島根県	123	—	—	不 明	1536	—	—	
									合 計	16475	4083	25%

医療施設実数年次別推移

		病 院					診 療 所	
		総 数	精 神	結 核	伝 染	一 般	一 般	歯 科
施 設 数	昭 20	256	6	10	12	228	857	758
	25	258	6	15	6	231	1,267	815
	30	348	15	41	5	287	1,566	875
	35	420	31	37	3	349	2,006	980
	40	449	47	18	3	381	2,374	1,137
	45	496	57	12	2	425	2,626	1,213
	48	500	65	9	2	424	2,715	1,287
病 床 数	昭 20	12,305	382	2,310	804	8,809	—	—
	25	16,675	519	3,059	573	12,524	—	—
	30	30,804	2,413	11,846	907	15,638	6,762	17
	35	44,393	5,457	13,200	1,042	24,694	10,680	13
	40	55,426	10,031	12,251	895	32,249	14,037	27
	45	67,418	14,087	10,003	1,410	41,913	17,231	45
	48	70,354	15,827	9,060	1,390	44,077	—	—

(北海道衛生統計年報より作成)

(資料論文)

宮城県における優生保護法の運用とその背景

日本精神神経学会法委員会委員 岡崎伸郎

宮城県における優生保護法の運用とその背景

要旨

宮城県において1965（昭和40）年をピークとして、全国でも突出して多い優生手術が行われた背景要因について文献的に調査した。入手できた資料からは、当時創立された社会福祉法人宮城県精神薄弱児協会が主導し、地元の政・財・官・メディア・医療・教育・福祉を網羅した「オール宮城」体制のもとで、優生思想の普及と優生手術の促進のための県民運動が展開されたこと、同時期に設置された県営の優生保護相談所附属診療所が精力的に優生手術を行ったこと、当時の県議会での質疑もこうした施策を後押ししたこと、等が浮かび上がった。

一方、こうした社会的潮流の中で、地元の精神科医ないし精神科医療業界が、制度運用の実務の担い手という役割以上に、自らの積極的、主体的判断によって制度の推進に寄与したのかどうかについては、関連する資料を見出すことができなかった。

はじめに

優生保護法（1948年～1996年）に基づく強制不妊手術は1950年代から1970年代半ばを中心に全国で行われたが、その件数は都道府県によって差が大きい。最多は北海道、次いで宮城県であり、このふたつの道県が全国でも突出して多い。ただし宮城県においては手術件数の推移が全国の傾向とは異なる。すなわち手術のピークが全国では1955（昭和30）年であるのに対して、宮城県では1965（昭和40）年と約10年遅くなっており、この間、先に減少に転じた北海道を抜いて年間手術件数で全国最多になっている。

厚生労働省の衛生統計によれば、宮城県では法施行期間内に1,406件の優生手術が実施された。同県が保存している優生手術台帳には、1963（昭和38）年度から1986（昭和61）年度までの優生手術に関する情報が記載され、859人分の手術実施が確認されている。

本論では、当時の資料から宮城県における優生思想普及の実態を振り返り、強制不妊手術を推進することになったこの県に特有の背景要因を探る。

1. 宮城県精神薄弱児福祉協会の設立と“愛の十万人県民運動”

1956（昭和31）年12月11日、宮城県内で当時唯一の精神薄弱児入所施設であった「亀亭園」（仙台市長町）が火災で焼失し、約50人の入所者のうち3人が死亡した。施設は公費の補助によってゆくゆくは再建される見込みであったが、それを待たずに、広く県民から資金を募る運動が火災から2ヶ月足らずのうちに起こった。そしてこれが1957（昭和32）年2月12日、社会福祉法人宮城県精神薄弱児福祉協会の設立に結実したのである。

設立趣意書には、協会の目的として4つの柱があげられている。

- ・ 県民のなかに精神薄弱児をしあわせにする考えをひろめる
- ・ 精神薄弱児のいろいろな施設を整備してやる

- ・特殊教育をもり上げる
- ・優生保護の思想をひろめて県民の素質をたかめる

このうち4つ目が優生思想の普及に直接関係するので、その説明の全文を掲載する5)。

そこでいよいよ最後の仕事にきました。それは遺伝性の精神薄弱児を増やさないという優生手術の徹底です。どこの町でも、村でも、親のどちらかが、あるいは両方が精神薄弱で、しかも六人も七人もある子どもがみな精薄であって、生活扶助のやっかいになっている家庭があります。知恵が遅れているのですから、満足な生活技術をもっておりません。けっきょく国民の税金で生活を保護してやるほかはありません。

周知のように、受胎調節や家族計画の思想が普及して、県の人口はだんだん増加の速度を落しております。それなのに精薄の家庭は全然へっておりません。悪貨が良貨を駆しておるのです。このままで過ぎていたら宮城県民の質はだんだん低下していくでしょう。

県内の精薄児童三万、その原因のうち、日本、特に東北では、七割が遺伝性のものに考えられます。先進国の場合では、相当な手がうたれていますから、遺伝性精神薄弱は約三割とみられています。ですから、県内でみても、遺伝性精薄児童は、約二万一千、平均三人の子どもが一家族にあるとすれば、七千家族、この大部分は生活扶助家庭とみられます。

こう考えますと、遺伝性の場合、その両親と子ども、後天性の場合はその精薄の子どもに対して、子どもが生まれないように優生手術をする必要があります。それが、その親と子どものしあわせです。

しかし、へたをすると、これは人権の侵害になります。ですから、これをやるためには精神薄弱児に対する愛の思想が県民のなかにもり上がって、人間が人間を愛していくというヒューマンイズムの土台の上で、この仕事が行われなければなりません。

この仕事はいま、どこの県でも手をつけようと考えながら、前に申したようなさまたげがあって徹底的にやることができないでいるのです。宮城県百年の大計として、民族の再建を考えるなら、どうしてもやらなければならない仕事です。

このように力説している。そこには「いわゆる逆淘汰による国民の資質の劣化を防ぐ」という優生思想が色濃く顕れており、その具体策として優生手術の促進が必要不可欠であるとの考え方が強く打ち出されていると言えよう。そして趣意書は以下のように結んでいる。

私たちの心からのねがいは、四つの仕事を、県民の下からもり上がった愛の運動として、純然たる民間の協力でやりとげたいと思うのです。

十万人のお父さま、お母さま方が、小さい浄財を出し合って、この「宮城県精神薄弱児福祉協会」の会員になって下さるならば、たやすくできる仕事なのです。そしてこれは、日本でも最初の、人間愛にもとづく県民の大きな運動であります。

優生思想の普及とそれによる優生手術の推進を大きな目的のひとつとしたこの県民運動

は“愛の十万人県民運動”と名付けられた。そして県民1人が1口100円で入会し、会員10万人で基金1千万円を集めるという目標が掲げられたのであった。

運動開始から5年目の達成状況について、以下のように報告されている4)。

	目標額 (円)	入会状況 (円)	今後の活動目標額(円)
仙台市	2,000,000	1,279,404	720,596
宮城県 (仙台市以外)	8,180,150	6,397,501	1,782,649
計	10,180,150	7,676,905	2,503,245

(“愛の十万人県民運動”のあゆみ)

◆協会役員名簿

宮城県精神薄弱者福祉協会設立時の役員名簿は以下の通りである6) (肩書のみ記す)。

(会長)

東北電力社長

(副会長)

宮城県肢体不自由児協会会長

宮城県地域婦人団体連絡協議会長

宮城県教職員組合委員長

(理事)

宮城県 PTA 連合会長

宮城県高校 PTA 連合会長

宮城県特殊教育研究会長

宮城県小学校長会長

宮城県社会福祉協議会理事

宮城県手をつなぐ親の会会長

宮城県医師会長

宮城県社会福祉協議会事務局長

宮城県地域婦人団体連絡協議会役員

宮城県教職員組合教文部長

(顧問)

宮城県知事

宮城県民生労働部長

衆議院議員

衆議院議員

衆議院議員

衆議院議員
衆議院議員
衆議院議員
衆議院議員
衆議院議員
衆議院議員
参議院議員
参議院議員
宮城県議会議長
宮城県精神障害者救護会理事長
仙台市長
河北新報社会長
仙台中央放送局（現在の NHK 仙台支局）長
宮城県社会福祉協議会会長
宮城県教育委員会委員長
宮城県教育委員会教育長
東北大学医学部教授（精神医学）

この役員名簿を見てもわかる通り、協会の設立と“愛の十万人県民運動”が、政・財・官・メディア・医療・教育・福祉を網羅した「オール宮城」体制のもとで推進されたと言ってよい。

ちなみに顧問に並ぶ衆議院議員 9 名と参議院議員 2 名とは、当時の宮城県選出の国会議員すべてであり、保守系・革新系の別なくこの運動に賛同していたことがわかる。

また顧問には当時の東北大学医学部精神科教授が名を連ねている。この職分が地元の精神医療界に大きな影響力をもっていることは、この時代には衆目の認めるところであった。ただしこの教授が教室の門下生や地元の精神科医らに対して優生手術の申請を促進するための具体的な働きかけを行っていたかどうかは、資料がないためわからない。

2. 宮城県の施策

国家賠償請求が提訴されて社会的関心が強まった 2018（平成 30）年に、県が議会保健福祉委員会に提出した資料 1）によると、県はいわゆる機関委託事務として、優生保護法に基づく以下の事務を執行していた。

- （1）優生保護相談所を設置して優生保護に関する相談、普及向上等に当たった。相談所は、中央優生保護相談所（1962（昭和 37）年度～1976（昭和 51）年度）のほか、各保健所に 1996（平成 8）年度まで附置されていた。
- （2）優生保護審査会を設置して手術の適否を審査した。審査会は医師、民生委員、裁判

官、検察官、関係行政庁の官吏又は吏員、その他の学識経験者の中から知事が任命した10名以内で構成。

- (3) 中央優生保護相談所に附属診療所（通称「愛宕診療所」）を設置して優生手術の実施に当たった。
- (4) 優生手術に関する費用は、国庫負担の下で、県予算に計上して支弁した。

このうち(3)の中央優生保護相談所附属診療所（通称「愛宕診療所」）の前身は、終戦後に米軍が駐留していた影響で女性の中に蔓延した性病の治療や中絶手術を行うために県が設置していた愛宕病院である。その後米軍の撤収とともに患者数が減少したことによって規模が縮小されたところに、優生手術という役割を新たに担わされて、中央優生保護相談所附属診療所として改組されたのであった。

県の文書2)によれば、同診療所は仙台市越路（当時）にあり、1962（昭和37）年6月5日から1972（昭和47）年10月23日まで存続した。診療科目は産婦人科と泌尿器科であるが、「優生保護法第4条と12条による手術のみ。一般外来は行わない」との但し書きが県の文書に残されており、優生手術に特化した県営の医療機関であったことがわかる。病床数は7床。職員は医師1名、看護婦（当時）2名、助産婦（当時）1名であり、その後看護婦が若干名増員された時期もあったようである。診療所長はある産婦人科医が一貫して勤めていた。

次項に述べる当時の県議会における県衛生部長の答弁からもわかるように、当時この診療所では県下の年間優生手術件数の約8割が行われており、精力的に役割を果たしていた。また診療所長は、県外での講演等で優生思想および優生手術の普及にも努めていたことが別の記録に残っている。

「愛宕診療所」をめぐる経緯については当時の県議会の質疑で詳しく取り上げられており、次項で述べる。

3. 宮城県議会の動向

前述の「愛の十万人県民運動」のあゆみが刊行された1962（昭和37）年の県議会定例会の一般質問で、優生手術の運用体制についての質疑が行われたことが議事録からわかる。該当部分を以下に抜粋する3)。

宮城県議会 昭和37年9月定例会（第103回）会議録（抜粋）

昭和37年10月3日

◆ 四十六番（斎藤莊次郎君）

（初めから途中まで略）

それから衛生部に関係しますが、去る九月十日の日に私ども文教厚生常任委員一行が、愛宕診療所を見ました。しかしなんとなく影のうすい感じがしたのであります。愛宕病院は開設以来いろいろ変遷が

ありまして、昭和三十二年に売春法施行と同時に、病室の一部を婦人相談所に提供し、診療所に縮小しましたが、それでも所長以下十二名の職員で経営し、昭和三十六年度において患者六千九百五十五人もあり、収入も二百四十万円を上げて、逐年利用度を増す傾向が見えておつたのであります。それに婦人がお産をするにしても、市の病院の半額ですむので、低所得者に非常に喜ばれておつたのであります。ところが今年五月突如として診療所を廃して、中央優生保護相談所附属診療所として医師、事務職員を半減して、優生手術を取扱うことになつたのであります。部長はこの診療所を改革するにあたりまして、事前にもつと部下職員の戸も聞き、納得のいくまでよくはかり、機構改革すべきでなかつたかと思うのであります。こういう点遺憾に思うのであります。なお、地元の人たちから従来のまま診療所をお願いしてもらいたいという陳情書も出ておりますが、時期を見て衛生部では前に復活する意思あるかどうか、また現在半減された職員をもつて、優生保護診療所の仕事を、宮城県には優生保護を受ける人は二万人もあるといいますが、そういう大へんな仕事があるのであります。現在のようなわずかな人で、本当にこの優生保護施設の仕事をできるかどうかということも、衛生部長さんにお尋ねしたいのであります。

(以下略)

◆知事（三浦義男君）

齋藤君の御質問に対してお答えを申し上げます。

(途中略)

それから愛宕病院の問題でございましたが、これは御承知のようにこの二十五年の七月に性病予防法に基づく性病院として設置されたのであります。これは外国部隊が撤退したこと、また売春法の施行に伴いまして、売春常習者が減ることから、愛宕病院の利用者が急激に減つて参りまして、そういうようなことでございましたので、同病院を診療所に縮小いたしましたわけでございます。この診療所には性病科のほかに産婦人科、泌尿科というようなものを設けまして、性病についての診療を受けられるようにしたのであります。その受けられる数もだんだんと減つて参りまして、はなはだしいときには一日一、二名というような状態にもなりましたので、この性病診療所を本年の四月にこれを廃止したのでございます。ただこれに対して性病対策として、しからばどうかということでございましたが、これは御承知の代用病院というのが全県下に三十九もございます。そこでその御用を務める、特に仙台には二カ所もございますので、そこで御用を承つてもらいたいというつもりで、実は廃したのでございましたが、そういうことで廃止いたしますと同時に、名称を改めて引き続き中央優生保護相談所及び付属診療所として発足したのであります。従いましてこの診療内容等につきましては、従来の事業そのまま継承しております部分もございますので、優生保護行政上は私は支障がないものと思っておりますが、しかしこれは今後の事業の実績等も勘案をして、職員及び機動力の増強には努めて参らなければならないものと存じております。

宮城県議会 昭和 37 年 9 月定例会（第 103 回）会議録（抜粋）

昭和 37 年 10 月 4 日

◆ 五十三番（高橋富士男君）

(初めから途中まで略)

最後に、これも斎藤議員の関連質問になるのでございますが、中央優生保護相談所付属診療所に関する件についてお伺いいたします。なぜ私はこれをさらに取り上げたかと申しますと、昨日の知事さんの答弁で、理解ある態度で職員を増加し、機動力をましてやりたいというお言葉があつたのでございますが、その話の中に一つ二つ、たとえばこういうことです。具体的に例を上げますと、終戦後売春禁止法が設けられるようになってから、だんだんだんだん診療所に患者さんが少なくなつて、日に一、二名しかなくなつた、そういうことを聞いたのでございますが、そうではないのであります。そこで私は、これはどうもあまりちつちやいものですから、中央優生相談所に対する見方が非常に軽く見られては大へんだと、こういう観点から、私は特に強調したい点がございまして、あらためて取り上げたのでございます。

第一点は、社会を明るくするためにも、民族素質の劣悪化防止の立場からも、優生保護法の立法の趣旨から考えましても、愛宕診療所を形だけ整えるというだけではなしに、これを強化していただきたいのでございます。一体宮城県内における遺伝性の精神病患者、白痴、そういった優生保護の対象となるものは最低で県内人口の一・五%から二%であると専門家は申しておりますから、二万四千人から三万六千人くらいいるのでございます。ところが診療所で今手術をする者は年間に七十名でございまして、ですから、十年間かかつて七百人、五十年間かかつて三千五百名しかできないのでございます。そうしますというと、今現在二万四千から三万五千、そういった数でございまして、そのうちの五十年かかつて十分の一しかやれない、しかもその間に子供がどんどんふえる、こういうような状態では、どうにもならないのじやないかと思ひます。生まれて来た子供は、昔だつたらこれは自然淘汰されます。少し白痴であつたり、ばかだつたりしますというと、これはいろいろなものをむちやくちや食べたり、そうして自然淘汰されたのでございますけれども、今日では人権尊重の世の中でございまして、どんな白痴の方でも人間として尊重しなければなりません。ですから特殊学級を作つたり、あるいは亀亭園を設けたり、旗立の施設で大事に余生を送らしたりしているのでございます。ところがこういう子供たちが各家庭にいる場合には、その各家庭は暗い生活を送りながら、この子供たちを見守つていましてございまして。しかも現状のままでは、このこそくなやり方ではふえとも決して減少はいたしません。民族の将来を考えましたときに、まことに寒心にたえないものがあるのでございます。しかもこの手術の費用は一切これは厚生省からただで来るのであります。ただやつてくれるのでございます。費用は厚生省が持つてくれるのでございます。しかもその手術の期間というものは、男は五日間、女は一週間の短期間で治療ができるのであります。県では施設を整えて、そうして職員をちよつとふやせば、もう少しそれに熱意を加えれば、二倍、三倍の実績は立ちどころに上がるのでございます。しかるに現在たつた五名でやつております。どうにも動きがつかない。お医者さんの所長さんが地方に出かけて勧誘に行くというと、こちらの患者をなげつ放しにして行かなければならない、所長室のお医者さん一人、看護婦三人、事務長兼事務職員小使のような人が一人、この五人ではどうにも動きがとれない、こういう形だけのものにしてしまつたのがこの五月からでございまして。私はもう少しこの問題について真剣に民族の劣悪化を防ぐ、そういう立場に立つて、さらにまた各家庭の明るい家庭を、県民の家庭を作る、そういう新しい観点のもとに立つてこの問題に対してお考えを願ひたいと思うのでございます。(中略)

政治は愛情だと思うのでございますが、私は知事の積極的な対策を一日も早く立てられまして、建物の一隅に追いやられた、ひさしを貸しておもやをとられたというような実態がここにも見られるのでございますが、単なる形だけのものではなくて、これは小さいけれども重大な機関だということを、知事さん初め衛生部の方々に深く認識をしていただいて、この問題を緊急に処置せられんことをお願いしたいのでございます。事は一診療所でございますけれども、その根ざすところは深く広いと思うのでございますが故に、再び登壇させてまことに申しわけございませんけれども、知事さん並びに部長さんの御所見を承りたいと存じます。

◆知事（三浦義男君）

高橋富士男君の御質問に対してお答えいたします。（中略）

次の愛宕病院の問題、これは私昨日斎藤君の御質問に対してお答えをした節もでございますし、ただいまはまた数字をあげてのいろいろの御質疑がございましたので、これは衛生部長の方からお答えをさせることにいたします。昨日申し上げたことは、今日も私が申し上げるのと同じだとご承願したいと思います。

◆衛生部長（伊吹皎三君）

愛宕診療所の問題についてお答えいたします。

昨日知事から御答弁がありましたように、売春防止法が施行されましてから同病院の性病の部門が非常に扱い方が少なくなりまして、昨年一年間で一千四百名ばかりの性病の患者を扱っております。これが一日にいたしますと大体三、四人というような勘定になるわけであります。一方一般の患者でございますが、分娩が九十五人ございました。それから妊娠中絶が二百四十名ばかり、あとはその他の患者になっております。一応性病病院としてのあまりに患者の数が少ないものでございますから、代用病院を市内に置きまして、経費の軽減をはかろうという考えも持ったのであります。それからまた、先ほどお話しにありましたように、母子愛育会を何とかしてもつと強化いたしたいと考えておりましたが、諸種の事情でなかなか実現できません。一方優生手術が、先ほどのお話しのように非常に重大化して参りました。県内で年間大体百名近くの優生手術が行なわれますが、このうちの八割くらいが愛宕診療所で行なわれております。私らは今後ともこの優生問題に重点を置きまして、同病院の機能も発揮させ、またそれに対するいろいろな措置も講じまして、十分使命を果たしたいと、このように考えておりますので、何分よろしく御承願したいと思います。

県議会でこの質疑が行われた翌年の1963（昭和38）年から、宮城県では優生手術の件数が急増し、1965（昭和40）年にピークを迎えることになる。これは、宮城県中央優生保護相談所附属診療所が開設されて、精力的に優生手術を行った時期とほぼ重なる。このことから、県議会において優生手術の促進を求める質問がなされ、県知事や県幹部が前向きに対策を講じる旨の答弁を行ったことの意味は大きいと推測される。ただし議会の質疑を受けて県当局が地元医療業界や障害者施設に対して何らかの具体的働きかけを行ったことを裏

づける資料は見つかっていない。

4. 考察

宮城県において1965（昭和40）年をピークとして、全国でも突出して多い優生手術が行われたが、その背景として以下の要因が直接的間接的に関係していることが推測される。

- ① 1957（昭和32）年に創設された社会福祉法人宮城県精神薄弱児福祉協会が、優生思想の普及と優生手術の促進を主要な目的に掲げた県民運動“愛の十万人県民運動”を、政・財・官・メディア・医療・教育・福祉を網羅した「オール宮城」体制のもとで展開したこと。
- ② 1962（昭和37）年に設置された県営の宮城県中央優生保護相談所附属診療所が、精力的に優生手術を行ったこと。
- ③ 1962（昭和37）年の宮城県議会において、優生手術を行う体制の整備促進を求める質問とそれに前向きな考え方を示す県当局の答弁が行われたこと。

おわりに

今回入手することのできた資料から、ある時期の宮城県において優生手術の件数が突出して多かった背景として、地元の政・財・官・メディア・医療・教育・福祉を網羅した「オール宮城」体制のもとで、優生思想の普及と手術実施体制の整備が精力的に行われたことが浮かび上がった。

そうした社会的潮流の中で、地元の精神科医ないし精神科医療業界が、制度運用の実務の担い手という役割以上に、自らの積極的、主体的判断として制度の推進に寄与したのかどうかについては、関連する資料を見出すことができなかった。

文献

- 1) 宮城県：旧優生保護法の基づく優生手術について。宮城県保健福祉委員会配布資料。2018
- 2) 宮城県：宮城県中央優生保護相談所附属診療所文書。編集復刻版 優生保護法関係資料集成（松原洋子編）第3巻。六花出版，東京，p123，2019
- 3) 宮城県議会：昭和37年9月定例会（第103回）会議録
- 4) 社会福祉法人宮城県精神薄弱児福祉協会：“愛の十万人県民運動”のあゆみ。編集復刻版 優生保護法関係資料集成（松原洋子編）第3巻。六花出版，東京，p170-171，2019
- 5) 社会福祉法人宮城県精神薄弱児福祉協会：宮城県精神薄弱児福祉協会趣意書—ちえおくれの子をしあわせにするしごとのかんがえ—。編集復刻版 優生保護法関係資料集成（松原洋子編）第2巻。六花出版，東京，p134-137，2019
- 6) 社会福祉法人宮城県精神薄弱児福祉協会：社会福祉法人宮城県精神薄弱児福祉協会役員名簿。社会福祉法人宮城県精神薄弱児福祉協会1957年度事業報告書。1957

執筆担当者一覧

「優生保護法下における精神科医療及び精神科医の果たした役割に関する研究報告書」

- 精神衛生と優生教育
法委員会委員 中村江里
- 優生保護法の強制不妊手術に関わる精神科医の役割—1962年度神奈川県公文書の分析—
法委員会委員 後藤基行
- 手術件数の多い都道府県の背景要因の検討
法委員会委員 竹島正、三野進、岡崎伸郎
- 診療録を利用した研究の実現可能性の検討
法委員会委員 後藤基行、太田順一郎、岡崎伸郎、加藤春樹、
佐藤眞弓、早苗麻子、竹島正、富田三樹生、
中島直、中村江里、三野進、
- 優生手術への精神科医の関与—学会員を対象とした質問紙調査—
法委員会委員 後藤基行、中村江里、竹島正
- 優生手術への精神科医の関与：学会員を対象としたインタビュー調査
法委員会委員 中村江里、後藤基行、竹島正

(資料論文)

- 精神神経学会と優生学法制—精神科医療と人口優生政策—
法委員会委員 富田三樹生
- 1950年代の北海道の優生保護法の運用と精神科医の関与
法委員会委員 三野進
- 宮城県における優生保護法の運用とその背景
法委員会委員 岡崎 伸郎

日本精神神経学会 法委員会名簿（2023年6月1日現在）

役職	氏名
委員長	富田三樹生
主担当理事	三野進
担当理事	太田順一郎
担当理事	早苗麻子
担当理事	田口寿子
委員	梅田芳彦
委員	岡崎伸郎
委員	加藤春樹
委員	黄舜範
委員	後藤基行
委員	佐藤眞弓
委員	高岡健
委員	竹島正
委員	津田敏秀
委員	中島豊爾
委員	中島直
委員	花輪昭太郎
委員	福原秀浩
委員	吉岡隆一
委員	和田央
外部委員	中村江里
オブザーバー	一瀬邦弘
オブザーバー	佐藤忠彦