

(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<sup>1)</sup>「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<sup>2)</sup>(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<sup>3)</sup>「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<sup>4)</sup>「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<sup>5)</sup>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<sup>6)</sup>（「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<sup>7)</sup>「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<sup>8)</sup> 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。

<sup>9)</sup>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、<sup>10</sup>「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。<sup>12</sup>「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<sup>13)</sup>「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<sup>14)</sup>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<sup>15)</sup>「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<sup>16)</sup>「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<sup>17)</sup>「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<sup>18)</sup>小俣和一郎「精神医学とナチズム」(講談社現代新書 1997年)、<sup>19)</sup>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)、<sup>20)</sup>「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・リューデ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デインを並んで加えた。リューデ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」ことにあった。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った。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<sup>18)</sup> <sup>19)</sup> <sup>20)</sup>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った。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った。

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、ベルンベルク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。ヴェ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」<sup>19)</sup>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<sup>21)</sup>（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<sup>22)</sup>「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。

ベネダイクト・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のである。

「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<sup>23)</sup>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

- <sup>13)</sup> 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」）
- <sup>14)</sup> 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
- <sup>15)</sup> 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」）
- <sup>16)</sup> 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」）
- <sup>17)</sup> 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
- <sup>18)</sup> 小俣和一郎 「精神医学とナチズム」（講談社現代新書 1997年）
- <sup>19)</sup> 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）
- <sup>20)</sup> 「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）
- <sup>21)</sup> 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
- <sup>22)</sup> 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」）
- <sup>23)</sup> 上掲<sup>14)</sup>「米本英米」

### 4 欧米の保安処分の立法動向

森山公夫<sup>24)</sup>（「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

<sup>24)</sup> 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<sup>25)</sup>「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<sup>26)</sup>（「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<sup>27)</sup>「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<sup>28)</sup>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<sup>29)</sup>（「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」<sup>30)</sup>（「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<sup>31)</sup>（「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<sup>32)</sup>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<sup>33)</sup>(「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<sup>34</sup>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<sup>35</sup>「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<sup>36)</sup>「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

- <sup>25)</sup> 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」)
- <sup>26)</sup> 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
- <sup>27)</sup> 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』)
- <sup>28)</sup> 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)
- <sup>29)</sup> 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)
- <sup>30)</sup> 内村鑑三「1885 年新渡戸稲造への手紙」前掲 内村鑑三集所収
- <sup>31)</sup> 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」)
- <sup>32)</sup> 前掲<sup>31)</sup>「本多近代日本優生学」(19 頁～76 頁)
- <sup>33)</sup> 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」)
- <sup>34)</sup> 国崎定洞「社会衛生学講座 1927 年」(「川上ら国崎定洞」所収)
- <sup>35)</sup> 安部磯雄「産児制限の優生学的考察」(「人道」201 号 5-6 1922 年)
- <sup>36)</sup> 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<sup>25)</sup>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<sup>37)</sup>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<sup>38)</sup>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<sup>39)</sup>（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<sup>40)</sup>。

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<sup>41)</sup> (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<sup>42)</sup>。

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<sup>43)</sup>。

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<sup>44)</sup>(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<sup>45)</sup>。

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年から同協会でも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、癲癩者、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。

<sup>46)</sup>（「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<sup>47)</sup> (前掲<sup>27)</sup>、<sup>48)</sup> (前掲<sup>28)</sup> 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<sup>49)</sup> [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)<sup>50)</sup>「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。

<sup>51)</sup> 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う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<sup>52)</sup> (前掲<sup>1)</sup> 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で紹介する。

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。

<sup>54)</sup>「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）、<sup>55)</sup>「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。

<sup>56)</sup>「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・リュエーゲ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<sup>57)</sup>「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<sup>58)</sup>(「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。

<sup>59)</sup>(「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。

<sup>60</sup>「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。

<sup>61)</sup>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<sup>62)</sup>「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<sup>63)</sup>(「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。

<sup>64)</sup> 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

<sup>65)</sup> \* 同 (2) 脳第 11 卷 11 号 2-18 1937 年

<sup>66)</sup> \* 同 (3) 脳第 11 卷 12 号 2-25 1937 年

<sup>67)</sup> \* 同 (6) 脳第 12 卷 3 号 58-69 1938 年

<sup>68)</sup> \* 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

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

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

成田は成田自身<sup>65)</sup>「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<sup>63)</sup>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。

<sup>67)</sup>「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！」<sup>70)</sup>。

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<sup>71)</sup>「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。

<sup>72)</sup>「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。

\*<sup>73)</sup> (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)

<sup>74)</sup> 「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)

<sup>75)</sup> 「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、林暁との以下の論文<sup>76)</sup>「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<sup>77)</sup>「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<sup>78)</sup>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。

<sup>79)</sup>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<sup>80)</sup>「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<sup>81)</sup>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っ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った議論が行われた状況は皆無であった。

#### ・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もあり、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<sup>86)</sup>(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<sup>87)</sup>。

以下は古屋に関する横山尊の論述<sup>88)</sup>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<sup>89)</sup>「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<sup>90)</sup>「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<sup>91)</sup>（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<sup>92)</sup>（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<sup>93)</sup>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<sup>94)</sup>（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<sup>95)</sup>（「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<sup>96)</sup>（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

<sup>97)</sup>「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<sup>98)99)100)</sup>によって解説している。

<sup>98)</sup>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

<sup>99)</sup>同「同…(2)」15-19 同15巻10号 1941年

<sup>100)</sup>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、ムッソリーニの「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<sup>101)</sup>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、遺伝性病的性格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<sup>102)</sup>（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—一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」<sup>104</sup>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人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<sup>107)</sup>前掲<sup>94)</sup>「豊田占領下日本」、<sup>108)</sup>「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<sup>107)</sup>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ない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<sup>107)</sup><sup>108)</sup>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・ウイヘルム人類学・優生学・人類遺伝学研究所への財政支援<sup>109)</sup>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<sup>110)</sup>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面を飾った。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、遺伝性病的人格、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<sup>111)</sup>「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<sup>112)</sup>(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<sup>113)</sup>「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<sup>113)</sup>「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<sup>114)</sup>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<sup>115)</sup>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<sup>116)</sup>

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ったと言えよう。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<sup>117</sup>「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であった。

「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ったのが現実であった、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った。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<sup>118)</sup>「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。警察官たちはあっけにとられて、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<sup>119)</sup>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<sup>120)</sup>「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<sup>94)</sup>「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<sup>108)</sup>豊田  
110) 前掲<sup>108)</sup>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<sup>121)</sup>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（精神病患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。

<sup>122)</sup> 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が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<sup>123)</sup>（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<sup>124)</sup>「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<sup>125)</sup>「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<sup>126)</sup>「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 で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<sup>127)</sup>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<sup>128)</sup>(「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<sup>129)</sup>「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<sup>130)</sup>（「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」<sup>131)</sup>「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は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<sup>132)</sup> (「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。

・<sup>133)</sup> 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<sup>134)</sup>「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387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」。

・<sup>135)</sup>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<sup>136)</sup>（「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<sup>137)</sup>「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)

- <sup>134)</sup> 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）  
<sup>135)</sup> 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）  
<sup>136)</sup> 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）  
<sup>137)</sup> 内村鑑三 「流鼠録」（内村鑑三全集 3 岩波書店 所収）  
<sup>138)</sup> 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）

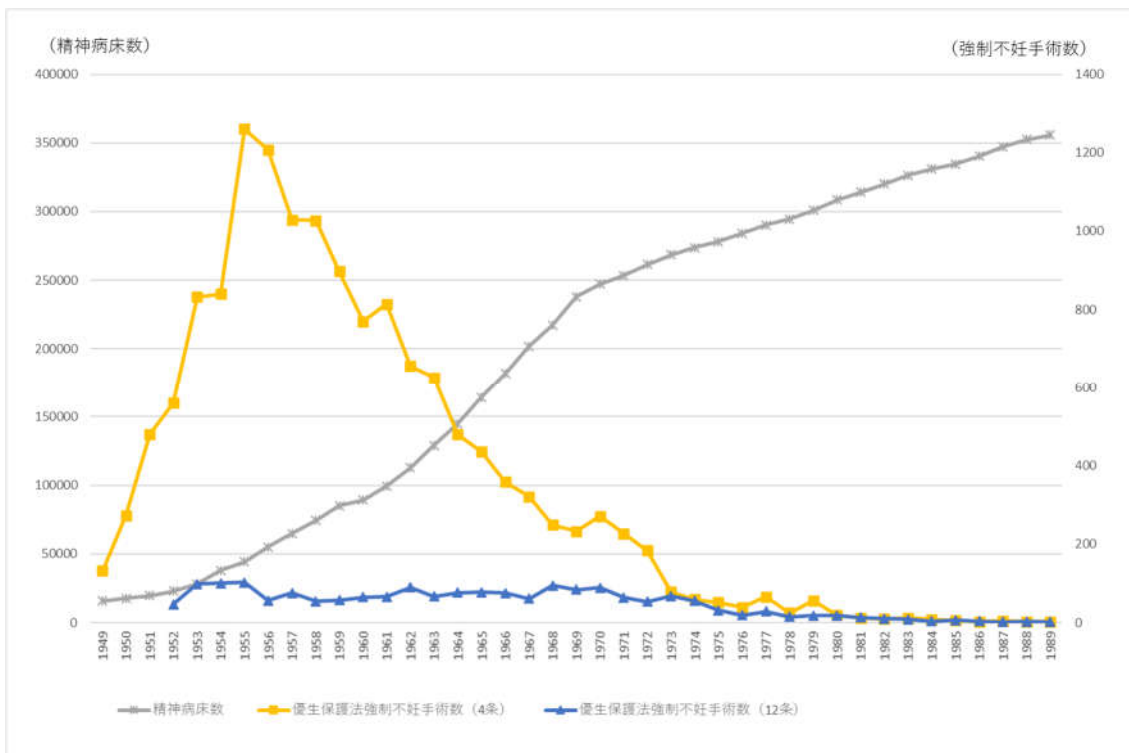
- ・（注：1945年3,995床、1955年44,000床）。

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」<sup>139)</sup>（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氏が都立松沢病院と昭和大学付属烏山病院に贈られた<sup>140)</sup>（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<sup>141)</sup>「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<sup>142)</sup>「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<sup>143)</sup> 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<sup>144)</sup> 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)<sup>145)</sup>
  - (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)<sup>146)</sup>
- 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)<sup>147)</sup>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)<sup>148)</sup>

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」<sup>149)</sup>。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)<sup>150)</sup> 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)<sup>151)</sup>
- 「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)<sup>152)</sup>
- 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）<sup>153)</sup>
- 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）<sup>154)</sup>
- 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）<sup>155)</sup>
- 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）<sup>156)</sup>。
- 1978年総会「島田事件に関する決議」（精神神経誌 80 : 333, 1978年）<sup>157)</sup>  
 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）<sup>158)</sup>
- 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）<sup>159)</sup>
- 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<sup>160)</sup> (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 )<sup>161)</sup>。

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<sup>162)</sup>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藁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<sup>163)</sup>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<sup>164)</sup>「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ないと説いた。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<sup>165)</sup>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。<sup>166)</sup>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<sup>167)</sup>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



心を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。

<sup>168)</sup>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<sup>169)</sup>「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。

<sup>170)</sup>「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<sup>171)</sup> (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<sup>172)</sup>「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<sup>173)</sup>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<sup>174)</sup>「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<sup>175)</sup>「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<sup>176)</sup>(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。

以上のよう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 ~~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<sup>178)</sup>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。

<sup>179)</sup>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「拜啓池田総理大臣殿」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<sup>180)</sup>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<sup>181)</sup>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<sup>182)</sup>「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<sup>183)</sup>「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」という思想は「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<sup>184)</sup>「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<sup>185)</sup> (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<sup>186)</sup>「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<sup>187)</sup>「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に來る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<sup>188)</sup>「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。

<sup>189)</sup>「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

<sup>190)</sup>「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。

<sup>191)</sup>「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。

<sup>192)</sup>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。

・<sup>193)</sup>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<sup>194)</sup>「ある精薄施設の歴史—福祉の原像—」(児童精誌14巻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<sup>195)</sup>「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えます。

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h<sup>196)</sup> (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<sup>197)</sup>「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<sup>198)</sup>「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<sup>199)</sup>「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)。

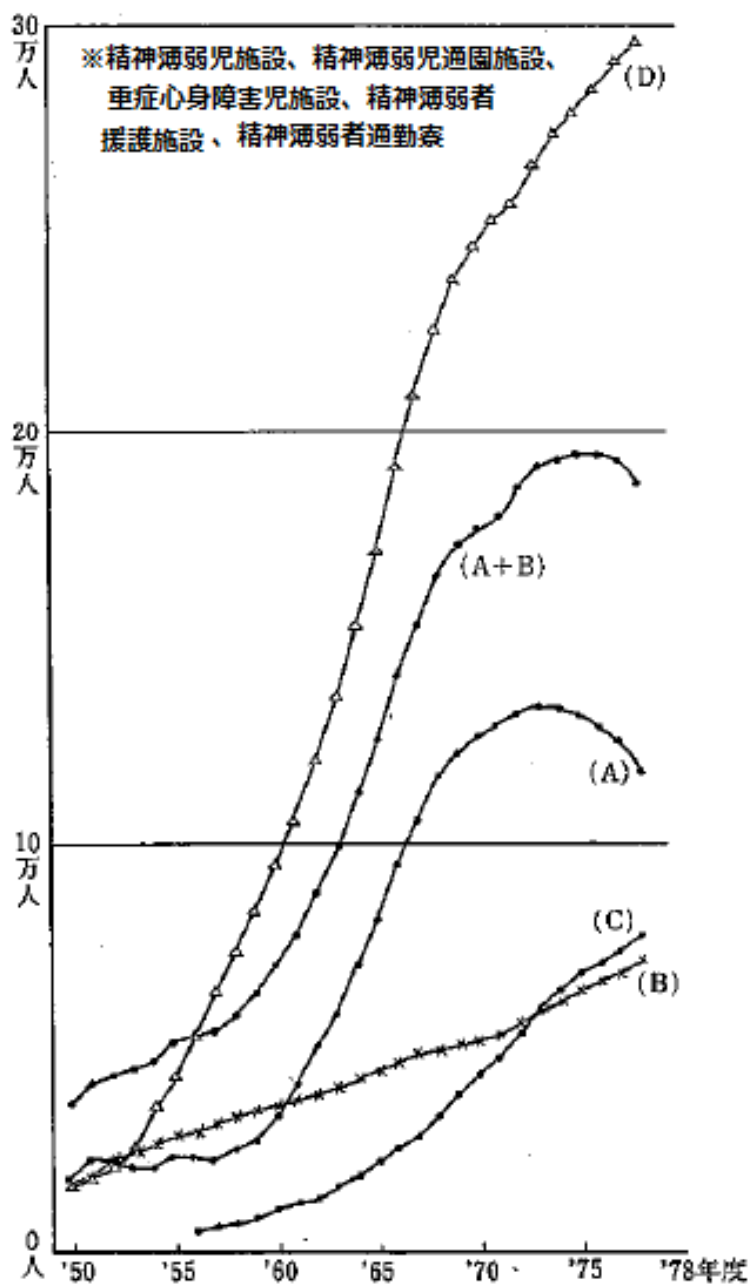


図1 小・中学校特殊学級児童・生徒数(A)、盲・聾・養護学校幼児・生徒・児童数(B)、精神薄弱関係施設・定員数(C)、精神病床数(D)の年次推移

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。

<sup>200)</sup> 「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<sup>201)</sup>（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)、<sup>202)</sup>（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<sup>203)</sup>「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<sup>204)</sup>（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医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<sup>205)</sup>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。

<sup>206)</sup> 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<sup>207)</sup>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<sup>213)</sup>「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。

- ・<sup>214)</sup>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

<sup>215)</sup>「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<sup>216)</sup> (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<sup>217)</sup> [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<sup>218)</sup> 「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ふ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

<sup>213)</sup> 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）

<sup>214)</sup> 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）

<sup>215)</sup> 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）

<sup>216)</sup> 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）

<sup>217)</sup> 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）

<sup>218)</sup> 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

<sup>219)</sup> 「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<sup>220)</sup>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。  
\*<sup>221</sup>岡江晃 宅間守精神鑑定書 亜紀書房 2013年  
\*\*<sup>222</sup>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  
\*\*\*<sup>223</sup>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<sup>224</sup>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<sup>225</sup>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、『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<sup>226</sup>（「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

<sup>219)</sup> 「強制不妊 旧優生保護法を問う」毎日新聞社 2019年

<sup>220)</sup> 前掲「人間社会松原日本」

<sup>221)</sup> 岡江晃「宅間守精神鑑定書」亜紀書房 2013年

<sup>222)</sup> 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）

<sup>223)</sup> 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

<sup>224)</sup> 前掲115)「渡辺・戦後の出産変遷」

<sup>225)</sup> 前掲立岩信也「私的所有論」（第9章372～418頁）

<sup>226)</sup> 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<sup>227)</sup>「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<sup>228)</sup>「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<sup>229)</sup>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<sup>230)</sup>「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<sup>228)</sup>）。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」<sup>231)</sup><sup>228)</sup>「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<sup>232)</sup> (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<sup>233)</sup>(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<sup>234)</sup>(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<sup>235)</sup> (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<sup>236)</sup> (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」<sup>237)</sup> (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<sup>238)</sup>「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<sup>239)</sup>「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<sup>240)</sup>「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

<sup>227)</sup> 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)

<sup>228)</sup> 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)。

<sup>229)</sup> 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)

<sup>230)</sup> 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)

<sup>231)</sup> 上掲<sup>228)</sup>

<sup>232)</sup> 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)。

<sup>233)</sup> 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

<sup>234)</sup> 「訳者解説」永井義雄訳 人口論 中公文庫 1973年初版

<sup>235)</sup> 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)

<sup>236)</sup> 川崎修「ハンナ・アレント」講談社学術文庫 2014年

<sup>237)</sup> 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

<sup>238)</sup> 柄谷行人「力と交換様式」 岩波書店2022年

<sup>239)</sup> 「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つては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。