

## 調 査 研 究

### 日本における優生政策とその結果について

岡 崎 文 規

1

悪質遺伝病の素質ある者や現に発病している悪質遺伝病患者のいない国はどこにもなであらう。厚生省は、1954年7月に、精神障害者を全国的に調査したが、その結果によると、精神障害者の総数は130万であつて、そのうち、「精神病者」は45万、「精神薄弱者」は58万、「何らかの精神的欠陥ある者」は27万となつている。この種の統計調査はきわめて困難であつて、その調査結果をそのまま信頼しえないとしても、日本にも、相当に多数の精神障害者のいることがわかる。もし現に発病していないが、悪質遺伝病の素質ある者も数え上げるとすれば、それは数百万にも達するものと推定される。

精神障害者は、大なり小なり、社会の負担になるものであり、またしばしば凶悪な犯罪を犯して社会的災害をもたらしているものであるから、精神障害者のうち、少なくとも悪質遺伝性素質に基因している者ならびに現に発病していないが、悪質遺伝病の素質ある者について、その子孫の増殖を防止しようとすることは、民族衛生上、避けがたい要請であるといわなければならない。

日本では、1917年に、優生学者や民族衛生学者によつて、「日本優生学会」が創設せられたが、日本の社会では、その当時、この種の問題の重要性を理解するまでに至つていなかったために、ほとんど何らの反響もなく、大した活動もすることなくして、立ち消えになつてしまつた。1930年には「日本民族衛生協会」が誕生して、体質遺伝の調査研究、優生学的知識の普及に努め、「民族衛生」という定期刊行物を発刊した。

国会議員の荒川五郎氏外数名は、1934年1月に、衆議院へ「民族優生保護法案」を提出したが、委員会で審議未了に終つた。彼らは、1935年2月に、同一の法律案を衆議院に提出したが、委員会で、再び審議未了に終つた。1937年3月に、国会議員八木逸郎氏外数名は、衆議院へ、改めて「民族優生保護法案」を提出したが、議題として取上げられなかつた。それで、彼らは、1938年1月に重ねて同一法律案を衆議院へ提出した。しかし、これも委員会で、審議未了に終つた。

これら二つの法律案は、いずれも、「民族の優秀な素質を保護し、悪質遺伝を防遏すること」を目的としているが、荒川案は、優生手術（断種法）を強制的に行うことを規定し、悪質遺伝病の素質ある者が、故なくして優生手術を拒みたる場合、本人または家族が虚偽の申立てをなした場合、本人が欺罔して結婚をなした場合には、処罰するという厳格なものであるが、八木案は、優生手術を任意的に行うことを規定し、本人または法定代理人あるいは保佐人、官公立の精神病院、刑務所、矯正院或いは救護院の長が申請した場合にかぎつて、優生手術を行いうるのであつて、しかも本人以外の場合には、本人の同意を必要とし、本人が無能力な場合には、その配偶者、法定代理人または保佐人の同意を求める規定になつていた。

4回にわたつて議会で提出されたこれらの法律案は、議会を通過しなかつたが、しかし、優生問題に関して、世人の関心を高めるには相当に効果があつたであろう。1938年には、厚生省に優生課が新設せられ、民族衛生が所管事項として取上げられたことは、政府がこの問題をいかに重要視して来たかを察知することが出来る。これと前後して、「民族衛生研究会」が結成されて、優生思想の啓発宣伝のために、しばしば講演会を開き、また各種のパンフレットが刊行された。

1940年に、政府は、「国民優生法案」を議会に提出し、その協賛を経て、5月1日法律第107号をもつて、「国民優生法」は公布せられた。この「国民優生法」は、概括的にいうと、八木案ときわめて類似しているものであつて、優生手術は、強制的でなく、任意的に行うものであつた。そして優生手術の申請があつた場合、それを受理した地方長官は、地方優生審査会の意見を徴して、優生手術を行うべきものと認めるか否かを決定しなければならなかつた。もちろん、地方長官の決定に不服ある場合には、申請者は、厚生大臣に、これを申立てることができるが、厚生大臣は、申立てを理由なしと認めるときはこれを却下し、また申立てを理由ありと認めるときは地方長官の決定を取消し、中央優生審査会の意見を徴して、優生手術を行うべきものと認めるか否かを決定することになつていた。

このように、「国民優生法」は、優生手術にきわめて慎重な手続を規定しているだけではなく、故なくして優生手術を行うことを厳禁して、もしこれを濫用した場合には処罰することを規定してい

第1表 「国民優生法」による優生手術実施件数

年次	男	女	計
1941	47	47	94
1942	83	106	189
1943	62	90	152
1944	—	18	18
1945	—	1	1
1946	20	39	59
1947	5	20	25

る。行政当局は、優生思想の啓発宣伝の結果、「国民優生法」の制定によつて、優生手術の申告が相当の数に上り、かつ不法に優生手術を行う危険も少なくないと考えたのではあるまいかと推想される。しかし、事實はこれと全く反対であつて「国民優生法」による優生手術の実施件数はきわめて少数であつた。いま、厚生省公衆衛生局調べによつて、1941年ないし1947年までの優生手術の実施件数を示すと、左の第1表のようである。

この僅かな実施件数を見れば、悪質遺伝病の素質ある子孫の増殖を防止するためには、「国民優生法」はほとんど全く無力であつたといふほかない。

このように僅かな優生手術でもつて、悪質遺伝病の素質ある子孫の増殖を防止し、民族資質の向上を計るといふことは、百年清河を待つにひとしい。国民大衆は、優生思想の啓発宣伝によつて、悪質遺伝病のおそるべきことについて、或程度の知識をもつに至つたであらうが、しかし、なお自ら進んで、任意的に優生手術の申請をする者は至つて稀であつたといわなければならない。

## 2

戦後、1948年に、国会議員の加藤シズエ氏外数名は、「優生保護法案」を国会に提出し、議会の協賛を経て、7月13日法律第156号をもつて、「優生保護法」は公布せられ、これと同時に、「国民優生法」は廃止せられた。「優生保護法」は、その内容から見て、「国民優生法」を改正したものであるというよりは、全く別個の法律であると見るのが至当であらう。

「国民優生法」は、純粋に優生政策的であつたに対して、「優生保護法」は、その第1条に、「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共に、母性の生命健康を保護することを目的とする」とある通りに、二つの目的をもつて制定せられたものである。

「優生保護法」は、その後、数次にわたつて改正せられたが、最新の規定によると、優生手術を行うには二つの場合があり、その一つは医師の認定によるものであり、いま一つは優生保護審査会の審査の結果によるものである。優生保護審査会の結果によつて行われる優生手術は強制的であつて「国民優生法」には、このような規定はなかつた。

この強制的な手術は、つぎのような手続を経て行われることになつてゐる。すなわち第4条によつて、医師は、診断の結果、遺伝性精神病、遺伝性精神薄弱、顕著な遺伝性精神病質（顕著な性欲異常、顕著な犯罪傾向）、顕著な遺伝性身体疾患および強度な遺伝性奇型に罹つてゐることを確認した場合に、その者に対し、その疾患の遺伝を防止するため優生手術を行うことが公益上必要であると認めるときは、都道府県優生保護審査会に優生手術を行うことの適否に関する審査を申請しなければならないのである。都道府県優生保護審査会は、第5条の規定によつて、優生手術を行うことの適否を決定して、その結果を、申請者および優生手術を受くべきものに通知するものである。この決定に異議ある場合には、中央優生保護審査会に対して、再審査を申請することができるが、優生手術を行うことが適當であると決定した場合には、指定医師が優生手術を行うのである。

つぎに、医師の認定による優生手術は任意的のものであつて、つぎのような場合に、優生手術を行つてよいことになつてゐる。すなわち第3条の規定によつて、医師は、本人の同意ならびに配偶者のあるときは、その同意をえて、つぎのような事情ある場合に、優生手術を行うことができる。その事情というものは、（1）本人若しくは配偶者が遺伝精神病質、遺伝性身体疾患若しくは遺伝性奇型を有し、または配偶者が精神病若しくは精神薄弱を有しているもの、（2）本人または配偶者の4親等以内の血族関係にある者が、遺伝性精神病、遺伝性精神薄弱、遺伝性精神病質、遺伝性身体疾患または遺伝性奇型を有しているもの、（3）本人または配偶者が、癩疾患に罹り、かつ子孫にこれが伝染するおそれあるもの、（4）妊娠または分娩が、母体の生命に危険を及ぼすおそれのあるもの（5）現に数人の子を有し、かつ分娩ごとに、母体の健康度を著しく低下するおそれあるもの、の5つの場合である。

優生手術は、元來、優生的見地から行われるものであつて、1ないし3の場合には、明らかに優生手術の対象となるにちがいないが、4または5の場合にも、優生手術を行いうるという規定は、従來の優生手術の概念からすれば甚だ奇妙である。このような規定は、世界にも類例がないのではあるまいか。

「優生保護法」には、優生手術のほか、人工妊娠中絶を行いうることを規定している。すなわち第14条の規定によると、指定医師は、つぎの場合に該当する者に対して、本人および配偶者の同意をえて、人工妊娠中絶を行うことができるのである。これに該当する場合は、（1）本人または配偶者が精神病、精神薄弱、精神病質、遺伝性身体疾患または遺伝性奇型を有しているもの、（2）本人または配偶者の4親等以内の血族関係にある者が遺伝性精神病、遺伝性精神薄弱、遺伝性精神病質、遺伝性身体疾患または遺伝性奇型を有しているもの、（3）本人または配偶者が癩疾患に罹つてゐるもの、（4）妊娠の継続または分娩が、身体的または経済的理由により、母体の健康を著しく害するおそれのあるもの、（5）暴行若しくは脅迫によつて、または抵抗若しくは拒絶することができない間に姦淫されて妊娠したもの、の5つの場合がある。

人工妊娠中絶は、「国民優生法」でも、優生上の見地から、優生手術の対象となるような女子が妊娠した場合には、これを行いうることを規定してゐたのであつて、1および2の場合に、人工妊娠中絶を行いうることについては、われわれは別に驚かないし、外国の優生法にも、これと同様のことを規定している場合がある。また胎児を犠牲にして母体を救うか、母体を犠牲にして胎児を助

けるかという医学的緊急状態において、医師が人工妊娠中絶を行うことは、日本においても、古くから許されていることであり、外国においても、同様の処置がなされている。しかし、妊娠の継続または分娩が、経済的理由により、母体の健康を著しく害するおそれある場合にも、人工妊娠中絶を許すという「優生保護法」は、実におどろくべき法律であるといわなければならない。このような法律は、世界に類例がないのではあるまいか。

貧困家庭の女子が妊娠して、母体の健康を著しく害するおそれがある場合に、母体保護の措置を講ずる必要があることはいうまでもないが、人工妊娠中絶以外に救済手段がないかどうかは甚だ疑問である。日本のように過剰人口に悩んでいる現状においては、殊に貧困家庭では、受胎防止によつて、妊娠を回避することは最も望ましいが、しかし、懐胎した以上は、その胎児の生命を尊重し、母体の健康を害しないように、あらゆる経済的救護の手をつくすべきであろう。母体の健康は、経済的救護によつて、害されるおそれがなくなれば、胎児の出生をさまたげる何らの理由もないはずである。現行の「生活保護法」では、貧困家庭の妊婦に対して経済救護をなすには、財政的に微力であるとすれば、まず「生活保護法」を強化するよう配慮すべきであつて、このような努力をしないにおいて、母性保護の名の下に、貧困家庭の妊婦に人工妊娠中絶を許すことは、到底、納得しがたい。

「優生保護法」が制定された当初には、「現に数人の子を有し、かつ分娩ごとに、母体の健康度を著しく低下するおそれある」ものに人工妊娠中絶を行うには、優生保護審査会に申請し、その決定を待たなければならないことになつてしたが、1952年の政府法律では、人工妊娠中絶については、この条項を削除すると共に、人工妊娠中絶は、本人および配偶者の同意を得れば、指定医師の判断だけでこれを行いうることになつた。

### 3

「優生保護法」による優生手術および人工妊娠中絶の結果は、厚生省公衆衛生局に報告されているのであつて、その報告に基づいて作成された統計資料によつて、「優生保護法」の実施状況を統計的に観察しよう。

まず第1に、優生手術の実施状況を見ると、1949年には5,752件、1950年には11,403件、1951年には16,233件、1952年には22,424件、1953年には32,552件、1954年（1月—6月）には19,926件を示している。このように、優生手術の実施件数は、年を追うて次第に増加しているだけでなく、「国民優生法」によつて実施された戦前の優生手術件数にくらべると、雲泥の差がある。優生手術の実施件数がこのように激増したのは、「優生保護法」の第4条によつて、悪質遺伝病患者の優生手術について、医師の申請が増加して、審査の結果、強制的な優生手術が増加したためであろうと考える人や或いは戦後、優生思想が一段と普及して、悪質遺伝病の素質ある者が、自ら進んで任意的に優生手術を受けるようになったのではあるまいかと想像する人があろうが、事實は決してそうでない。いま、優生手術の実施件数を理由別に示すと、次頁の第2表のようである。

右の第2表で見ると、医師の診断の結果、優生手術の申請がなされ、優生保護審査会の審査を経て行われる精神病患者に対する優生手術は、1949年には僅か132件に過ぎず、その後、年を追うて次第に増加しているが、1953年においても1,000件に達していない。優生手術総数に対する精神病患者の優生手術数は、1949年には2.3%、1953年には2.8%にすぎない。

また医師の認定によつて行なわれる遺伝性悪質病質に対する優生手術は、1949年には僅か167件に過ぎず、その後、年を追うて増加の傾向にあるとはいえ、1953年においても344件という少数に止ま

第2表 理由別優生手術数

年次	医師の認定によるもの				籍査によるもの	合計
	遺伝性悪質病質	らい疾患	母体保護	小計	精神病	
1949	167	97	5,356	5,620	132	5,752
1950	235	103	10,792	11,130	273	11,403
1951	237	107	15,409	15,753	480	16,233
1952	340	237	21,241	21,818	606	22,424
1953	344	116	31,162	32,622	930	32,552
1954 (1月～6月)	125	72	19,210	19,407	519	19,926

っている。優生手術総数に対する遺伝性悪質病質の優生手術数は、1949年には2.9%、1953年には1%強にすぎないのである。これによつて見ると、「優生保護法」が、優生手術によつて、悪質遺伝病ならびに悪質遺伝病の素質ある者に対する子孫の増殖を防止する役目は無視してよいほど小さいものといわなければならない。この程度の優生手術数では、優生上の見地から優生手術の対象となる悪質遺伝家系の人口は、減少するどころか、むしろ増加しているにちがいない。

「優生保護法」が制定せられて以来、優生手術数が、戦前にくらべて激増したのは、もつぱら母体保護の名目で行われる優生手術によるものである。すなわち母体保護を理由とする優生手術は、1949年には5,356件であり、年を追うて増大の一途を辿り、1953年には32,622件にも達している。優生手術総数に対する母体保護の優生手術は、いずれの年次においても、実に90%以上を占めている。

母体保護のために行う優生手術は、「優生保護法」が制定せられる以前には、法的に認められなかつたのである。ところが、「優生保護法」は、医師の認定のみによつて、母体保護のためには、優生手術を行いうることを認めるに至つたのである。母体保護のための優生手術は、受胎防止の手段や人工妊娠中絶にくらべて、母体保護のためには一そう完全な措置であるという理由で、この種の優生手術は、優生手術総数の大部分を占め、しかも年々、累増の傾向を示している。また或論者は、整形外科医師が本人の申出によつて美容手術を行いうるのであるから、医師が本人および配偶者の同意をえて、母体保護のために優生手術を行つても、一向に差支えないと弁論しているが、目的が真に母体保護のためであつても、医師の認定だけで、優生手術を行うことは、果して当を得たものであるかどうかは甚だ疑問である。母体保護のために優生手術を行うことそれ自体が問題であるばかりではなく、母体保護のために行われる優生手術には多くの場合、「経済的条件」が最も重要であるが、優生手術を受けようとする者の家庭が、母性の妊娠を許さないほど経済的に貧困であるかどうかを認定する能力を医師がもっているかについても問題がある。いずれにしても、母体保護のためにも優生手術を認めている「優生保護法」は、世界に類例の乏しい法律であつて、学界の研究課題として攻究されて然るべきであろう。

つぎに、「優生保護法」による人工妊娠中絶の実施状況を観察しよう。戦前には、どれほどの人工妊娠中絶数があつたかは、統計資料がないので明らかでないが、母体の生命に危険ある医学的適応症を除いては、人工妊娠中絶は厳重に取締られていて、不法に人工妊娠中絶を行う場合には、刑法

第3表 人工妊娠中絶数と出生数および出生数に対する人工妊娠中絶数の割合

年次	人工妊娠中絶数	出生数	出生に対する人工妊娠中絶数
1949	246,104	2,696,638	9.13
1950	489,111	2,337,507	20.92
1951	638,350	2,157,414	29.59
1952	798,193	1,999,488	39.92
1953	1,068,066	1,862,348	57.35
1954 (1月～6月)	589,026	914,636	64.40

の墮胎罪をもつて処罰されることになつていたのであるから、問題にならないほど少数であつたことだけは確実である。ところが「優生保護法」が人工妊娠中絶を容易に行いうるように規定して以来、人工妊娠中絶はおどろくべき数に達し、しかも、年々激増の一途を辿つているのである。いま、年次別に、人工妊娠中絶数と出生数に対する人工妊娠中絶数の割合を示すと、左の第3表のようである。

左の第3表で見ると、人工妊娠中絶数は、1949年には246,104であるが、年を追うて急激に増加し、1953年には100万を突破するに

至つた。またそれぞれの年次における出生100に対する人工妊娠中絶数を見ると、1949年には9.13であるが、この場合にも、年を追うて激増し、1954年(1月～6月)には64.4にも達している。人工妊娠中絶数の激増はおどろくほかない。それでは、これらの人工妊娠中絶は、どのような理由で行われているかを示すと、つぎの第4表のようである。

第4表 理由別人工妊娠中絶数

年次	実数				割合			
	理由 悪質遺伝病と悪質遺伝病質	母体保護	その他	合計	悪質遺伝病と悪質遺伝病質	母体保護	その他	合計
1949	2,738	241,047	2,319	246,104	1.11	97.95	0.94	100.00
1950	4,361	481,868	2,862	489,111	0.89	98.52	0.59	100.00
1951	3,165	633,766	1,419	638,350	0.50	99.28	0.22	100.00
1952	7,081	787,232	3,880	798,193	0.88	98.63	0.49	100.00
1953	4,684	1,060,168	3,234	1,068,066	0.44	99.26	0.30	100.00
1954 (1月～6月)	1,734	585,970	1,322	589,026	0.30	99.48	0.22	100.00

備考 「その他」には、「本人または配偶者が脳疾患に罹つているもの」、「暴行もしくは脅迫によつて、または抵抗もしくは拒絶することができない間に姦淫されて妊娠したもの」、「母体が医学的緊急状態にあるもの」などの場合に行われた人工妊娠中絶を含む。

上の第4表で見ると、いずれの年次においても、人工妊娠中絶総数中、「悪質遺伝病および悪質遺伝病質」ならびに「その他」の理由による人工妊娠中絶数は、きわめて少数であつて、2%程度にすぎない。したがつて、人工妊娠中絶数の大部分は、「母体保護」を理由とするものであつて、「優生保護法」による人工妊娠中絶は、もつぱら「妊娠の継続または分娩が身体的または経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれあるもの」および「現に数人の子を有し、かつ分娩ごとに、母体の健康度を著しく低下するおそれあるもの」(この条項は、1952年以降、削除された)の条項によつて行われている。それゆゑに、「優生保護法」は、優生手術の実施状況の点から見ても、また人工妊娠中絶の実施状況から見ても、優生上の目的に寄与するところきわめて軽少であつて、全く「母体保護」のための人工妊娠中絶に重心がおかれていゝというほかない。

第2次世界大戦の結果、日本の経済力は著しく弱体化し、生活水準の低下によつて、国民の経済生活は困窮化したことは、明白な事実であるが、しかし、そのために、妊婦の甚もが、出産を避けなければならないほどに、その健康を害しているかは甚だ疑問である。殊に、近年、日本の経済力も次第に回復の傾向にあつて、生活水準も、徐々ではあるが、上昇しつつあるにもかかわらず、「母体保護」の名目で、人工妊娠中絶が年毎に激増している実状は、「優生保護法」の濫用と悪用とがきわめて多いことを物語っているというほかない。

第2次大戦後、日本の人口は著増した。すなわち日本の人口は、終戦直後の1945年には7,200万であつたが、1950年には8,320万になり、この5年間に1,120万の増加を見た。これは、海外に在つた600万を越える旧軍人、軍属および移住者が引揚げて来たほかに、出生率の上昇と死亡率の低下による自然増加率の増大によるものである。人口を扶養する経済力にくらべて、人口増加の勢いが急速であるために、人口の重圧が痛感せられて、出生抑制の必要が宣伝せられるに至つた。そして産児制限運動団体が多数に組織せられて、狂気のように、産児制限思想の啓発普及に努めた。これと同時に、受胎調節の技術を解説した小冊子が幾種類ともなく刊行せられて、青少年も自由に購読できるような仕方で販売せられたために、性道德の腐爛を誘致したのである。また、従来、法律で禁止せられていた避妊薬および避妊器具の販売は、「優生保護法」の制定と同時に、厚生省の認可を受ければ、全く自由になつたために、売薬業者は、多種多様の避妊薬や避妊器具を販売しはじめた。そして売薬業者たちは、互に販売戦において、誇大な広告をつづけたが、その毒々しさは目に余るものがあつた。

このような事情の下で、産児制限の実行は、都市においても、また地方においても、急速に普及した。しかし、受胎調節の技術が未熟であり、避妊薬も誇大な広告ほどに効果がないところから、受胎調節に失敗して、欲せざる受胎が激増した。欲せざる受胎は、多くの場合、「優生保護法」の経済的理由による人工妊娠中絶によつて処理されたのであつて、このためにおどろくべき人工妊娠中絶の流行を来したものと推断することができる。結局、出生抑制に、最も効果的な役割を果しているものは、受胎調節ではなく、人工妊娠中絶であるといつても過言ではない。すでに述べたように、「優生保護法」による人工妊娠中絶は、毎年、尨大な数に達しているのであるから、そのために出生率は、近年、目立つて減少して来ている。

日本の出生率は、1933～1937年の平均では30.8であるが、1947年には32.9、1950年には28.1、1951年には25.5、1952年には23.3、1953年には21.4、1954年には19.5に低減し、いまや西欧諸国の出生率とほぼ同じ程度の低率になつている。もし「優生保護法」によつて、「母体保護」の名目で、人工妊娠中絶が行われなかつたとしたならば、受胎調節が普及したことが事実であつても、出生率はこのような低下を示さなかつたはずである。