

(2020年12月22日受稿 2021年9月24日受理)

【研究ノート】

戦前の国民優生法から戦後の優生保護法 第二次改定までの審議経過の粗描

中村 隆一

連絡先 E-mail: reach.nakamura@nifty.com

【注記】

※本稿では「精神薄弱」などの歴史的表記はそのままとした。

※帝国議会の会議録は帝国議会会議録検索システム (<https://teikokugikai-ndl.go.jp/#/>)、国会の会議録は、国会会議録検索システム (<https://kokkai.ndl.go.jp/#/>) を利用した。

※帝国議会の会議録は、旧漢字を新字体に、カタカナ表記をひらがなに変更した。難読語には適宜振りがなを付した。

※引用した議会会議録は、本稿が資料をもとにした分析のため資料名を文中で示した。なお、下線は引用者が付した。

1 はじめに

2018年に旧優生保護法に基づいた強制不妊手術について、被害者が国にたいして国家賠償をもとめて提訴して以後、あらためて旧優生保護法が注目されるようになった。それにとともに旧優生保護法による強制不妊手術、すなわち「優生手術」とは一体なんであったのか、を問う作業は、この問題の根底に踏み込んでそれを克服していこうとするためにも欠かせないものとなっている。もちろん優生手術はなによりその手術をうけた被害者においてその意味が結像する。同時に、優生手術を法的に規定する優生法制に基づき遺伝学上の知見をもとに、

「遺伝性疾患のある人に将来生まれてくるだろう子どもに同じ遺伝性疾患が生じることを防ぐためという優生上の目的のために国策として実施される不妊手術である」と理解した場合、それは公権力の行使であり、それがどのように正当化されたのか、についても具体的な検討が必要であると考えられる。残念ながら、その背景にある「優生思想」や歴史的評価まで踏み込むことは筆者の力量をこえるものであり、本稿では次のような問題意識のもとで作業をすすめてうとした。

日本の優生法制は、戦前国民優生法として1940年に成立し、戦後優生保護法として1996年まで存在した。戦前・戦後を対比した場合、戦後において強制優生手術がきわだって増加し

たのはどのような経緯があったのか、同じくなぜ戦後優生法制に非遺伝性疾患に対象が拡大されたのはどのような経過であったのか、など初步的な疑問がある。

本稿では、その疑問に迫るための基礎作業として、どのように優生法制が議会で論じられたのか、またその議論が行政内部での優生法制の解釈とどのような関係にあったのかの粗描をこころみる。

具体的には、優生法制をめぐる帝国議会・国会での審議の過程について強制優生手術に焦点をあてて再度見直しをおこなった。

戦前期については、国民優生法は厚生省の提案、戦後の優生保護法は議員立法であることから、前者では提案者でありかつ優生行政を担当する官僚の見解にも配意した。戦後期については、優生保護法について、同じく国会審議の過程を第二次改定までたどる。あわせて、直接優生行政を厚生省内で担当した官僚が記した優生保護法とその改定に関する見解についてもとりあげ検討をこころみた。なお戦後の優生行政は実際には都道府県によって実施されており、その実態をあきらかにする作業も欠かせない。それについては現在各地でなされているさまざまな検証作業の成果を待つこととしたい。

2 民族優生保護法案・国民優生法の審議過程

(1) 国民優生法成立までの経過

政府内で優生政策が意識されたのは1921年に保健衛生調査会が民族衛生の問題を取り上げたことからであるとされている。その後、日本医師会は1927年に内務大臣から「民族衛生施設」に関して諮問され、それを受けて優生法制の整備を政府に求めた（厚生問題研究会編1988 p.212）。

帝国議会に優生法制がはじめて提案されたの

は1934年の第六十五回帝国議会においてで、荒川五郎議員らによる「民族優生保護法案」である。同法案は1935年の第六十七回帝国議会にも再提出されたが、いずれも審議未了となった。この法案は、目的と手段の関係など法案としての形式が整っておらず、そのため学会からも政府内の関係者からも批判があった（たとえば、久下 1934 pp.13-14：久下は内務省の医系官僚）。

内務省は1936年の時点でも、優生法制については消極的で、1936年に警視庁衛生部からの優生法制制定の求めに対して、内務省衛生局は日本の家制度のもとでは強制が困難、遺伝性の特定など対象規定の困難、手術術式の安全性などの理由をあげて「時期尚早」と回答している（藤野 1998 p.178）。この時点では、優生手術を政策的概念として導入する合意が政府内でまだ成立していなかった。

荒川らの動きと並行して、1934年から日本民族衛生学会（のち日本民族衛生協会）も優生法制の検討をしていたが、八木逸郎議員は法成立のために内務へ働きかけを強めるため衛生局と「断種法協議会」をもち、意見交換を始めた。その後、八木などが中心となったあらたな法案が1935年にとりまとめられた。これは1936年の第六十八回帝国議会に提出の予定だったが、議会解散のため提出できなかった。さらに第七十回帝国議会に八木と荒川によって再度法案が提出されたものの、やはり審議未了となっている。八木は、第七十三回帝国議会にあらためて民族優生保護法案を提出し、これによって実質的な審議がはじまる。審議の期間は1938年3月14～25日であったが、法案自体は審議未了となった。

以上のような経過もあって民族優生保護法案の審議過程では、それが議員提案であるにもかかわらず、もっぱら政府の優生政策の姿勢が追

及されるという展開となった。とくに、1938年1月厚生省が設置されて予防局内に優生課が設置されたため、厚生省の消極姿勢への批判があいついだ。

提出された民族優生保護法案について政府側はやはり「反対」の立場を表明し、八木らの民族優生保護法案の審議を厚生省側がひきとる形となった。そこから厚生省として本格的な法案の検討が開始される。

厚生省の法案策定は国民体力審議会に委ねられ、1939年10月から約1か月でそれが完了し、第七十五回帝国議会（1939年12月26日～1940年3月26日）に上程され会期末の3月26日に法律第百七号国民優生法として成立した。

(2) 民族優生保護法案をめぐる

八木による民族優生保護法案の提案趣旨では、優生手術は個人の私益の擁護に力点をおいて説明された。八木は、てんかんの女性の場合を例にあげ、その幸せ（結婚）を追求するため不妊手術が必要であり、そのための法制化であると述べている（第七十四回帝国議会衆議院民族優生保護法案委員会第二回会議録 pp.1-3）。

これに対して清水留三郎が「断種手術は違法行為ではないか」という質問を政府側委員におこなっている（同前 pp.2-3）。

それに対し厚生省予防局長高野六郎（会議録では「高橋政府委員」となっているが誤記）が答弁し、「治療として断種の術を行うことは固より議論の外と存じます」,「(優生手術は：引用者) 本人其者の健康保持とは関係が薄い、甚だ間接的になるのでありますから、優生の目的を以って断種手術をすることに付いては、色々議論がある訳であります」と回答した。

清水はさらに司法省の見解を求め、司法政務次官久山知之も「此精神病者の断種を実行する

と云う場合は、是は刑法上責任を受けることになろう」と前提を指摘した上で、「事理弁明の能力がありまして、本人の志望に基いて断種の手術を行うと云う場合には、刑法の責任はないと思います」（同前 p.6）とした。

この司法省の見解は、日本の家制度と矛盾するという優生法制消極論とはちがって、医療一般に関わる論点としてあらたに提示されたことが注目される。すなわち医療として、一般論として不妊をまねく治療上の術式の選択はありうるが、それは患者本人の健康保持（あるいは母体の保護）という目的の下で認められるのであって、優生目的の不妊手術は医療の範囲には入らない、というもので、先述の1936年の内務省衛生局の見解とは異なるあらたな論点として提示された。

医療一般は本人の健康保持を目的になされるために、通常の手術は刑法上の問題をきたさない、とする従来の医療についての見解を前提にしている（刑法第三十五条）。一方、優生目的の不妊手術は、本人の健康保持には相当せず、したがって刑法上の問題となるという趣旨である。つまり、被施術者の私益の保護という観点から見た場合、優生目的の不妊手術は被施術者の私益を侵害する、というものである。

その問題を回避しうるためには、「公序良俗」に反せず、つまり術式の安全性が確保され、また本人の申請がある場合、という条件が必要である、というのが司法省の見解であった。

大日本帝国憲法では、第二十七条で「日本臣民は其の所有権を侵さるることなし／〔二〕公益の為必要な処分は法律の定むる所に依る」とある。優生法制としては、この「公益の為必要」という論理をどう組み込むかがあらたな課題として認識されることとなった。

(3) 国民優生法をめぐる

上記のような議論をふまえて、民族優生保護法案では、「本法は我が民族の素質を保護し悪質遺伝を^{ぼうあつ}防遏するを以て目的とする」（第一条）となっていたものが、厚生省が第七十五帝国議会に提案した国民優生法案では「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共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」と変化する。

両者はよく似た表現であるが、民族優生法案では「悪質遺伝」の「防遏」が目的とされており、国民優生法案ではそれに加えて「国民素質」（傍点引用者、以下同様）の「向上」が目的に加えられている点が注目される。それまでの私益の擁護から構成した優生法制から、公益を軸にしたものへの転換がはかられた。

厚生大臣吉田茂¹⁾による国民優生法案の提案説明でも、まず「国民素質の向上」が目的としてあげられ、「悪質なる遺伝性疾患の素質を有する^{むき}向が、漸次増加するの傾向が見える」ためとして優生法制の必要性を述べている。その結果、国民優生法案では本人の申請や同意がない場合でも、「(疾患が：引用者)著しく悪質なるとき」、あるいは「其の疾患の遺伝を防遏することを公益上特に必要ありと認むるとき」は優生手術が実施可能、つまり優生手術の強制が可能である（第六条）とした点も民族優生法案との違いであった。

このように、厚生省の国民優生法案においては、あらたに公益の維持確保を軸に優生手術が組み替えられ、公益を根拠に公権力の行使として強制手術が組み込まれた。

そこで公益を軸にした優生法制案では、公益の根拠となる優生政策の実効性を示すことが必要になる。そのため、優生法制の実効性が国民優生法案のあらたな論点となった。

厚生省としてもそれを予想して、民族優生法案の審議直後から2年をかけ、大量の技術資料を作成し²⁾審議に臨んだ。ただそこでも「(優生政策の：引用者)効果は少なくとも個人衛生、家庭衛生に歴然と現はれることのように存じて居る訳であります」と私益増進の効果をのべるにとどまり、優生政策の公益上の根拠を十分に示すことはできていなかった。

遺伝性疾患の患者が不妊手術を受けると、その患者に子どもが生まれないのであるから、たしかに論理的には遺伝性疾患は予防されることになる。ただ、こうした遺伝学上の知見からただちに、国家規模としての優生政策の公益上の効果を導き出すことはできない。例えば、伴性潜性遺伝の形式を持つ遺伝病の場合、その人に原因となる遺伝情報が存在していてもその遺伝情報が発現しない。こうした遺伝学上の知識は当時すでに知られていたので国民優生法審議でも厚生書記官床次徳二が「劣性遺伝（伴性潜性遺伝のこと：引用者）の場合は、素質を持って居りますものは他に隠れて居りまして、発病者だけ断種する関係上、比較的長い間掛ける（ことになる：引用者）」（第七十五回帝国議会衆議院国民優生法案委員会第三回会議録 p.34）と優生政策の効果の上がりにくさを前提に説明している。

厚生省とすれば、このように遺伝学上の知見からは導き出せない「公益上の効果」を組み込んで国民優生法案を提案せざるをえなかった、ということになる。そのため、国民優生法案を所管する予防局長の高野も、法案の意義として「進んで国家社会の為に、社会に迷惑になるようなやくざの種は断とう、詰り^{つま}減私奉公の精神を以て、優生学の基礎に立って、世の中の改善を考へて戴く訳でございます」（同前 p.41）というように、優生政策の実効性ではなく「減私奉公」を根拠に説明せざるをえなかった。そ

れは時流の反映であったが、反面、医学など科学上の知見では優生政策の公益上の根拠を示し得ないことの反映でもあった。

このようにして法案には「公益上の必要」をうたいながら公益の実効性にふれず、「滅私奉公」を強調するため、特に民族優生法案の審議にも参加した議員の中に、前記の優生手術の違法性をめぐって示された司法省の議論が再び想起され、逆に実態のあきらかでない「公益上の必要」のために私益の侵害を合法化する国民優生法への疑念がひろがり、議論が紛糾していった。

たとえば、土屋清三郎議員は「今の「ナチス」一党専制の^{ドイツ}独逸に於て^{ユダヤ}猶太人の種を断つと云うことが政策の一つになっております」（第七十五回帝国議会衆議院国民優生法案委員会第四回会議録 p.88）ときりだし、「今日独逸が国内の「ユダヤ」人を撲滅する一つ的手段として、此の断種法を利用して居ると同じように悪用」される危険がある、と主張した（同前 p.90）。

国民優生法案が審議されていた1940年3月という時期は、日独伊三国同盟条約が第二次近衛内閣のもとで1940年9月27日に締結される直前にあたる。そのドイツでは1939年10月にヒトラーによる障害者などの〈安楽死〉が実行に移された半年後にあたる。国内的には、1930年代に軍部によるクーデターの画策や政府要人へのテロが相次ぎ、それを契機に軍部が台頭し、直後の1940年10月には大政翼賛会が結成されるなど軍部独裁体制が強まり、ファシズムへとあゆみをすすめていく時期にあたる。

そうしたなかでの土屋のナチスの優生政策への批判には、優生法制の提案とともにドイツと同盟関係を推進しようとする政府の姿勢に対する不信と疑念もあったのだろう³⁾。

また法案の提案に関わる政府側の説明では、

国民優生法案の目的である「悪質なる遺伝性疾患の素質を有する者の増加」の「防遏」の目的として援護に関わる財政負担の増加もあげていた。しかしそれも、むしろ障害のある人やハンセン病の人たちへの貧困な援護の充実をもとめる意見の引き金となった。援護の充実は国民優生法案委員会の主要テーマではなかったはずだが、多くの議員から繰り返し要望されることとなり、国民優生法案の委員会採決時においても援護充実が求められた（たとえば、第七十五回帝国議会衆議院国民優生法案委員会第六回会議録 p.116）。

(4) 国民優生法をめぐる「医療の悪用」という批判

前述の土屋は、もともと国民優生法案委員会の委員ではなく委員会審議の終盤にあたる第四回のみ参加したものである。先の「悪用」発言もこの場でのことである。

土屋は1882年生まれで東京慈恵医院医学専門学校を卒業した医師であった。以前内務省伝染病研究所に嘱託として勤務しており、高野予防局長も伝染病研究所に勤務していたから、医系官僚としては高野の先輩にあたる。

土屋は、先の発言に続けて、明治時代初期に同じ医系官僚で後に政治家となった後藤新平を引き合いに出し、後藤が相馬事件に関わったことが「政界革新の必要を痛感」したきっかけであると述べ、そこから医療のありかたについての自説を展開した。

相馬事件とは、明治時代に起きた相馬藩主であった相馬家の家督相続をめぐる紛争で、もと相馬藩主の相馬誠胤が精神病患者として座敷牢に監禁された後に精神病院に入院させられ、その診断に疑問を抱いた元藩士が関係者を告訴し、さらに病院に侵入し相馬を連れ出した、という事件である。ちなみに後藤は、元藩士の行動を

支持し、家宅侵入などの罪に連座した。

土屋は、この相馬事件を医療が本来の目的から外れ政治的に利用された典型例であるとし、社会の病弊が医療をゆがめることが往々にして生じると述べる。そこから社会と医療の関係について議論を広げ、国民優生法案は「今日独逸が国内の「ユダヤ」人を撲滅する一つ的手段として、此の断種法を利用して居ると同じ」（第七十五回帝国議会衆議院国民優生法案委員会第四回会議録 p.90）と同法の危険性を指摘する。

したがって土屋発言は、優生法制を所管する高野にむけられたもので、高野に対して「あなたは医療の悪用を許すのか」という問いかけであった。

実は高野も個人としては優生法制に疑問をもっていた。予防局長退官直後に著した高野の『予防医学ノート』（1942）では、「この方法（優生法制）で果して幾何の実効^{いくばく}をあげ得るかは、是亦軽々しく算定できない」（p.117）と優生法制の実効性についての疑問をのべ、そのような優生法制について「遠慮なく勇敢に断種法の断行を主張するのは概して研究室の理論家である」（p.116）と皮肉まじりに記しており、ここからも厚生省内でも優生法制をめぐる不一致が存在していたことがうかがわれる。くわえて個々に見た場合、優生手術が第一選択かどうかを軽々しく判断できない（p.119）とも述べており、法案提案者としての立場と高野個人としての考えの間に大きなへだたりがあったことがうかがわれる。土屋の「医療の悪用」発言は、こうした高野の揺れを鋭くついたものであった。

なお、高野が「断種法の断行を勇敢に主張」していたとする「研究室の理論家」たちは、戦後も厚生省内に医系官僚として一定の位置を占めていくことになる。官僚組織としてみた場

合、職員には法系官僚と医系官僚とにわかれるが、法系官僚は異動によって所管が変化していくことが一般的である。ところが医系官僚の場合にはその範囲がせまい。行政の継承性としては、後者は人に帰属するが、前者は法の解釈など概念的な部分でのものとなるという違いがあり、そのため優生法制の初期には特に医系官僚の比重が高くなると考えられ、戦前戦後の優生法制の継続性という意味では見落とせない点であろう⁴⁾。

(5) 第七十五回帝国議会における国民優生法の成立と「強制優生手術執行の保留」

以上のように衆議院国民優生法案委員会で審議された国民優生法案は、何点かの修正ののち全会一致で議決され衆議院本会議を通過し貴族院に送付された。

貴族院の国民優生法案特別委員会では、遺伝学上の知見などを説明する秘密会も何度かなされ、会期末がせまっていた。それも関係していると思われるが、法制化の議論における隘路となっていた強制手術（第六条）を含む法案全体の取り扱いについて、貴族院第三回国民優生法案特別委員会での採決にあたって吉田茂厚生大臣は、慎重に運用するため国民優生法の施行を翌昭和16年度からとすること、それにより第六条にある強制優生手術も「差し当たり執行致しませぬ」⁵⁾（第七十五回帝国議会貴族院国民優生法案特別委員会議事速記録第三号 p.24）と述べ、法案成立を最優先する姿勢をとったものと思われる。その結果、国民優生法は第七十五回帝国議会最終日の3月26日に成立した。

前述のように国民優生法について、ナチス・ドイツなどと同様に強制不妊手術規程を持ったいわばファシズム法制であり、日本国内の反対派は、もっぱら家制度にこだわる神道の立場にたつものであった、と理解されることも多い。

たしかにここでみてきたように審議過程においても、障害のある人たちへの偏見をもとにした議論や、逆淘汰論などをもとにした攻撃的な論調が審議の基層にあったことは事実である。しかし、優生法制そのものについては、公権力の行使の妥当性という点から、人道や人権との整合性なども意識されていたこともまた一方の事実である。

とくに優生法制における公益にかかわる質問の多くは、議員の頑迷さや科学知識の欠如のあらわれというより、道理をつくすべきという議会の趣旨にたった当然の主張であった。

議会最終盤における厚生大臣による国民優生法の1年間の執行の延期と強制優生手術執行保留表明は、そうした質問に対して政府側が十分な根拠を提示できなかったことの反映であったと解釈することもできる。もちろん、「強制優生手術の執行保留」を条件に法案通過をめざすという判断があったのかもしれない。

いずれにしても、国民優生法によって優生手術の公費負担を導入、条文として強制優生手術については法文には盛り込むことになったが、強制優生手術の執行には踏み込めず、優生法制としては半ば自壊した状態で成立したことになる。

1940年の国民優生法のもとでの優生手術の実施件数について、厚生省は当初対象者を30万人と見込み、初年度は3000人程度の申請があるものと予想していたが、先述のような経過で1940年には執行されず1941年から1947年の廃止までで538件にとどまっている（厚生問題研究会編 前出 p.350）。

3 優生保護法の制定と改定

戦後成立した優生保護法（法律第百五十六号1948年7月13日）は、超党派の議員による提

案により国民優生法を廃し、あらたに制定されたものである。

本稿では、優生保護法の制定から後1949（昭和24）年・第一次改定と1952（昭和27）年・第二次改定までを検討する。なおこの時期の改定も超党派の議員提案であった。

(1) 1948年優生保護法の制定

優生保護法の制定経過の概略は以下の通りである。

1947年、まず加藤シズエが優生法制を提案し立法化にむけてとりくんだ。加藤の提案説明は「戦争中に国民優生法という法律が出ました。これは名は優生法と申しておりますけれども、その法案の立案の精神は、軍国主義的な、生めよ殖やせよの精神によってできた法律」であるとし、そのため産児制限などに多くの制約があり、それとともに「手続が非常に煩雑で、実際には悪質の遺伝防止の目的を達することが、ほとんどできないでいる」と軍国主義的な人口政策と手続きの煩雑さが優生政策の実効性をあげにくくしている原因であるとし、優生保護法の必要性を訴えた（第一回国会衆議院厚生委員会会議録 第三五号 p.10）。

このように、加藤は国民優生法との断絶を述べるが、それを戦前と戦後の憲法理念の違いなどを意識して理解しているわけではなかった。さらに加藤らの優生保護法案では、優生手術について、国民優生法で禁じていた放射線照射も術式に含んでいること、さらに優生手術は遺伝性疾患以外も手術の対象にしていた。強制優生手術については犯罪者、精神病院の収容者、さらに国民優生法では遺伝性疾患ではないということで国民郵政法に含まれていなかったハンセン病者も含むなど、それまでの優生手術の範疇を大きく越えたものであった。そのため歴史的な経過や他の法律との不整合や矛盾が生じ、ま

た法執行に当たっての所管も厚生省と司法省にまたがるなどのさまざまな問題点をかかえていた。

第二回国会では、加藤に代わって提案者となった谷口彌三郎による優生保護法は、「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」（第一条）とあるように、法の目的を母体保護にも広げたものであった。

提案説明で谷口は、日本の人口が飽和状態にあることを挙げ、そのため必要とされる産児制限をめぐって「子供の将来を考えるような比較的優秀な階級の人々が普通産児制限を行い、無自覚者や低脳（ママ）者などはこれを行わんとために、国民素質の低下即ち民族の逆淘汰が現われて来る虞れがあり」、^{おそ}「現に我が国においてはすでに逆淘汰の傾向が現われ始めておる」（第二回国会衆議院厚生委員会会議録 第十三号 p.1）とのべ、母体保護を人口政策から論じて「逆淘汰」に論点を集中させ法案の意義を説明している。

この谷口提案は、基本的な部分は国民優生法を踏襲しているが、先にふれたように「目的」に母体保護があらたに加えられたが、いずれも私益に力点をおいて構成されている。

ただ、「公益」の文言は第四条において登場する。優生手術の適否の判断を求める場合の医師の機能の基準として「公益」という文言がもちこまれた。これは、国民優生法で政府側に問われた「公益」を優生保護法案では医師の専門的な判断に委ねて「公益」を担保しようとするものであった。これによって谷口の優生保護法案では、公益の担保は医師に委ねるので、国民優生法の審議過程で問題になった公益にかかわる説明責任を政府から切り離すこととなった。

このように、優生保護法は、まず国民優生法との断絶を強調し、次に戦前隘路となっていた

公益性の担保を、政府から医師に委ねるという方向で再構成した。強制優生手術の実施は、医師によって担保された公益性を根拠にして法律上の妥当性を維持するという形をとった。超党派の議員立法ということで、優生保護法案の基本部分については、議員から疑問も出されず、優生保護法は成立した。この点も帝国議会のもとでの審議の過程との大きな違いである。

優生法制は行政法の一つで、それによって公権力の行使の根拠がえられる。ただしその論理は同時に公権力の行使に対する限定でもある。国民優生法では強制優生手術に対して公益がその役割を果たしていたが、その担保を優生手術実施者でもある医師に委ねることで優生行政の説明責任も不要になり公権力行使における限定も極めてあいまいなものに変質されていった。

このようにみると、谷口の優生保護法の提案は一度半ば自壊した優生法制を復活させ、戦前の国民優生法に含まれていなかったハンセン病も不妊手術の対象とすることによって、優生手術が遺伝性疾患の防止という本来の制約もくつがえし、加えて公益を医療に委ねることで優生手術拡大の仕組みを用意することになった。

(2) 1949 年第一次改定

優生保護法成立の翌年第一次改定がなされる。

第一次改定で優生手術に関連する条文は、第三条と第四条である。

第三条の改定は、第一項第一号および第二号の「遺伝性精神変質症、遺伝性病的性格」という表現を「遺伝性精神病質」に、また第一項第二号中の「有し、且つ、子孫にこれが遺伝する虞れのあるもの」を「有しているもの」に改めるもので、これについては主に表現上の改定であった。

一方、第四条については、優生政策執行体制

に関わる大きな改定が含まれていた。改定前の第四条は、「医師は、診断の結果、別表に掲げる疾患に罹っていることを確認した場合において、その者に対し、その疾患の遺伝を防止するため優生手術を行うことが公益上必要であると認めるときは、前条の同意を得なくとも、都道府県優生保護委員会に優生手術を行うことの適否に関する審査を申請することができる（傍点引用者、以下同様）」という規程を、「申請しなければならない」という医師の義務に変更した。

第一次改定法案でも提案者となった谷口の提案趣旨説明では「社会情勢の急激な変化に鑑みまして、人工妊娠中絶の施行範囲を拡げる必要に迫られましたことと、受胎調節に関しまする適正な方法の普及、指導を差当り優生結婚相談所にして貫きたいと思うこと」、さらに「いろいろの手続きの簡素化を図りますために、その基本法規に改正を加える必要が生じた」（第五回国会衆議院厚生委員会会議録 第十九号 p.7）とのべ、もっぱらこの改定案全体が人工妊娠中絶適用をひろげるためであるとし、第四条改定の具体的な理由は示さなかった。

この第四条の改定については衆議院厚生委員会で床次徳二（前出国民優生法審議の際には厚生省書記官・予防課長であった。ここでは委員として参加）が、「強制が考えられるようになったことに対しては非常に賛成」ではあるとしつつも、「（医師への義務規定が：引用者）はたして一般国民がそこまで理解するようになり得たか」と疑念を呈している。これに対して谷口は、「かかる病者は全部是非ともそれらの子孫の出生を防止しなければならぬという立場」からすると「医者に任意判定させるということ是不十分」で、「この点に沿うて強制手術ができるようにしたい」と回答している（第五回国会衆議院厚生委員会会議録 第二十号 p.2）。

上述のように第二次改定における第四条の改定は、先述のように公益性の担保を医師に委ねるとともに、その執行体制に医師の参加を義務づけるものであった。

この点は、前出のように帝国議会で国民優生法案の審議過程において土屋議員が「医療の悪用」を危惧した点に通じる問題点であったが、戦前出された危惧を戦後一步現実化させるものであったといえる。この問題点は戦前優生行政を担当した床次も「国民の理解」として意識はしていたといえるだろう。

第一次改定によって、公益性の担保を委ねられた医師・医療が強制優生手術も含めた優生法制執行体制に義務的（罰則規定はない）に組織されていくことになった。

(3) 1952 年第二次改定

1952 年に第二次改定がなされる。

この改定案も谷口らによる議員提案でその提案趣旨は以下の通りであった。

「優生保護法は不良なる子孫の出生を防止するという優生上の目的と、妊娠から生ずる母体の健康障害を防止するという母体保護の目的とを併せ持っている」……「改正案は、この二つの目的を達成することを企図しまして、一方においては優生手術の可能範囲に必要な是正を加えますと共に、他方におきましては、人工妊娠中絶の手術の適正化を図りまして、又受胎調節に関連する条項を整備することを主要内容としている」……「先ず最近受胎調節が奨励されて、その普及成功の率が知能的に優れた階層に多くなるので、知能的に逆淘汰の起る虞れがあります上に、従来そのままでは優生手術の施行数が極めて少く更に一月から十月までの十カ月中におきまして、強制優生手術の施行数は僅かに三百五十七例というのであります。今回は配偶者が精神病若しくは精神薄弱の場合には、

同意がありますれば医師の認定によって優生手術を行い得るように拡大」をし、「遺伝性のもので以外の精神病、精神薄弱にかかっているものについても、保護義務者の同意がありますれば審査の上同手術を行い得ることにいたしている」……「そのほか婦人が妊娠又は分娩のためにその生命に危険を及ぼすようなものでありましても、^{しか}而も本人に手術を行うことができないという場合には、その配偶者に優生手術をすることができるように改正したのが第一の狙い（以下略）」（第十三回国会参議院厚生委員会会議録 第十二号 p.1）。

優生保護法の第二次改定全体では、人工妊娠中絶の適用に経済的な理由を組み込んだことが大きな改定内容であったとされるが、優生法制で問題となるのは優生手術の範囲の拡大であった。具体的には遺伝性以外の「精神病又は精神薄弱」も優生手術の対象に拡張されたのである。

1949年第一次改定の時点とくらべると谷口の提案説明は「逆淘汰」論をより強く打ち出しながら法案説明をしている。説明は、「受胎調節が奨励され」ているが、その「普及成功の率が知能的に優れた階層に多く」、それによって「知能的に逆淘汰の起る虞れ」があること、さらに従来の上までは優生手術の施行数が極めてすくなく、そのことによって生じる「逆淘汰」を防ぐための手術促進方策であるというのである。ただ、「逆淘汰」が優生手術によって減少するという根拠については提示していない。

この優生保護法第十二条の改定にあたっては、議論はほとんどなされず改定された。

第十二条の改定を公権力の行使という面でみると、非遺伝性疾患を対象とすることによって、遺伝性疾患の予防という優生法制の本来の目的から大きく変貌することになった。

（4）厚生省優生行政穴山徳夫の認識

以上みてきたように優生保護法は議員立法として成立・改定されてきた。もちろん議員立法は、唯一の立法機関である国会の発議権の行使であって立法に関わる国会の責任は第一義的である。優生保護法と成立直後の改定が議員立法であることを理由に、厚生省を受動的とみることになる議論もある（たとえば、岡野 2019）。しかし、行政内部でも、そこには他の法律、あるいは過去の関連法令との整合性は常に意識をされる。優生行政における厳密な法解釈は裁量の妥当性を担保するものでもあり、国民優生法から優生保護法、さらにその後の改定の中で、優生法制として大きな変化を経た過程があり、優生行政を担当する官僚にそれがどのように意識されたのかを検討することは、当時の優生行政をみる上でも欠かせない課題となる。

そこで、以下では優生保護法第二次改定の時期の優生保護法の担当者の発言や文章をとりあげ検討することとする。

現在、筆者が当時の厚生省官僚の発言や論考の中で確認できたのは、穴山徳夫による「妊娠中絶と産児制限—優生保護法の二つの論点—」（法律のひろば（2）5 1949）、「優生保護法の改正について」（保健婦雑誌（3）7 1952）である。

また、優生手術の実施に関わっての穴山の発言は、全国精神薄弱児施設幹部職員相互研究会議事録（小川 1952）に研究会での発言として記録されている。

なお穴山の生没年は現時点で不明であるが、関連する時期の穴山の厚生省内のポストについては、厚生省の資料（厚生問題研究会編 前出）や先の資料に附された資料の肩書きで概略以下のように確認された。

穴山は1947年3月には厚生省児童局に所属

していた。その後1949年に「妊娠中絶と産児制限—優生保護法の二つの論点—」を雑誌「法律のひろば」に「厚生事務官」という肩書きで寄稿していて、この時点ですでに穴山は優生保護法を担当していたと推測される。前記1951年の雑誌「児童」の記事内では「厚生省公衆衛生局庶務課事務官」となっていて、優生保護法の担当者として省内で認識されていたことは先の全国精神薄弱児施設幹部職員相互研究会の途中で急遽穴山が呼び出され優生手術について説明をしていたことからうかがわれる。さらに、1952年7月の「保健婦雑誌」での肩書きは「厚生技官」となっていたが、事務官と技官は省内で採用時から別コースをたどるのが通例で、誤記とも思われるが詳細は不明である。なお穴山は1961年に企画課長、1963年に保険課長、1965年に庶務課長、1969年には社会保険庁年金保険部長、1972年に児童家庭局長となっている。

1949年の記事は、優生保護法第一次改定の後に書かれている。まず、優生保護法が受胎調節に関わる法律ではなくあくまで優生法制であるので、そこで取り上げられている人工妊娠中絶は一般的な受胎調整の範囲内のものではないことを指摘し、優生保護法が認める人工妊娠中絶は「やはり優生学上又は医学上という嚴重な枠がある」と述べている。「(国民優生法の段階と比べると)一般的には刑法の墮胎罪で禁止されている人工妊娠中絶について、適法に行える分野を開いた」のではあるが、「生活難その他経済的理由」については単に経済的理由だけの人工妊娠中絶を法は認めていない、と繰り返しており、優生保護法の適用に厳格な認識を示している(穴山 1949 p.23)。

雑誌「児童」第8号は1952年1月に発行されている。記事は国の主催した全国精神薄弱児施設幹部職員相互研究会の会議録(小川

1952)で、そのもとになった研究会は1951年に開催されているので、ここでの発言は、第二次改定前の優生保護法の穴山の解釈・認識が語られているとみることができる。記事によると、穴山は当初同研究会には出席の予定がなかった。ただ厚生省内で開催されていた同研究会の意見交換の中で、施設の子どものたちの生活問題に関連して、優生手術の適用が議論になり、優生保護法所管の穴山が急遽呼び出され、そこでの発言がこの記事に残されている。

研究会の席上、精神薄弱児施設側からは、施設での指導にあたって、現場には性の問題に関わる困惑、具体的には月経の処理、性的な興奮などがあり、優生手術を受けさせたいという発言が相次いだ⁶⁾。

穴山の発言は、こうした施設側からの質問への回答で、席上計7回の発言が記録されている。以下に発言順にその全文を示す。

発言1「只今養護課長から本日の問題点を伺ったが子供について優生手術、断種ができるかということであるが現行の法規では手術の場合は任意によるものと強制によるものがある。任意の場合は未成年者には認められていない(法三条一項但書：原注)。未成年者に行う時は強制のみである。本法の別表の遺伝的疾患によるものだけで申請した場合、遺伝的資料がそろわないと却下される。実際としてはメンスの問題その他があるが、これは法律を改正することにもなるから現在の所にはこの法律でやる以外はない。遺伝性の疾患又は奇形の証明がなければ現行(法：引用者)上できない。次に精神衛生法では現在子供を預かっている精神病院がある。これは年令(ママ：引用者)の制限はないが医療保護に重点が置かれ子供の教育にまで手が及ばないから施設の方が子供の為によい。要するに精神衛生法では別に子供を排除していない」(p.107。なお下線は引用者、以下同

様)」

発言2「強制的優生の場合、別表の記載事項に、(一) 遺伝性精神病(精神分裂病、そううつ病、てんかん)、(二) 遺伝性精神薄弱、(三) 顕著な遺伝性精神病質、……(顕著な性欲異常、顕著な犯罪傾向)となっている。しかし単に顕著な性欲異常だけでは(優生手術に：引用者)該当しない。すべて遺伝性(の要件：引用者)が必要である」(p.107)

発言3「人権の侵害の問題であるから(手術の適用は：引用者)極く狭く解釈したい。社会的には色々問題はあがあるが現行法上ではやってもよいとは云えない」(p.107)

発言4「任意の優生手術については未成年者をすべて排除しているから適用できない」(p.107)

発言5「現行法が今のままである時に於いてはそれ以上を拡張することはできない。将来法の改正に待つより他はない。又将来どう改正するかは決定されていない。単に困る例のみを見て判断せずに社会的に悪用されることも考慮しなくてはいけない」(p.108)

発言6「(睾丸摘出が優生手術で可能か、という質問に：引用者)現在法では(優生手術の術式は：引用者)四種類しか認められていない。然し医療法で医師が認めた場合はやれるが優生手術についてはどうか」(p.108)

発言7「過去の事例のみで将来の問題は審査の資料としていない。遺伝性をとるだけである」(p.108)

これら穴山の一連の発言でまず注目されるのは、優生手術は人権の問題、つまり人権侵害にきわめて近いところで成立しているという理解が根底にあり、それが許されるのは優生保護法の規程に厳密に沿った場合のみであるとして、その「悪用」をさけるために厳格な優生保護法の運用をもとめている点である。この時点の穴

山の解釈では、非遺伝性の精神薄弱などへの優生手術の適用はありえないという立場である。

ただ、穴山は何度か「現行の法律では」という発言を繰り返している。つまり穴山の厳格な法解釈も法そのものの改定があった場合には優生手術の適用の可能性が生じる、とも述べているのであって聴き手の立場によっては、今後の法改定の必要性を誘導しているともとれる発言でもあった。

その後、穴山は第二次改定をふまえて「優生保護法の改正について」と題する記事を「保健婦雑誌」に書いている(穴山 1952)。

優生手術の適用対象を遺伝性以外の精神薄弱などに拡大した第十二条については、改定全体を紹介した後に、次のように感想を記している。

「優生手術についての一番大きな改正は、遺伝性以外の精神病、精神薄弱に罹っている者に対しても、都道府県優生保護審査会の審査の決定に基づいてではあるが優生手術を行うことができるようにして(いた：脱字 引用者)ことである。これは、従来社会的にも種々の問題が提起され実務上も困っていたことに対して法的に解決が与えられたのであるが、ただ、この法律の「優生上の見地から不良な子孫の出生を防止する」ことと「母性の生命健康を保護すること」という目的からは若干逸脱している点もある」(p.20)。

この穴山の発言をみると、ここでも穴山は優生保護法の条文にそって優生行政の側の原則的な解釈を繰り返している。しかも遺伝性疾患ではない場合の優生手術に適用拡大を図ろうとする第二次改定について、それは優生保護法の目的からの「逸脱」であると評価していることに注目する必要がある。

またここで、穴山が「優生」とともに「母体保護」をとりあげて説明している点も見落とせ

ない。第二次改定では、人工妊娠中絶をめぐる、違法で危険な堕胎が増加する中で、手続きを簡略化し、経済的な理由についても対象にいれる方向になったが、それらはもっぱら「母体の生命健康」が求められて改定されているという点を強調するのが穴山の論旨であった。これは、先にも見た優生保護法の目的に照らしてのことであろう。そして、この「母体の保護」という観点から見ると、第十二条の改定による手術は、母体を傷つけるのみで母親の私益を保護しないから、母体の保護という法の趣旨からみても「逸脱している」という論旨である。

戦前の民族優生保護法案の審議過程以来の優生手術をめぐる論点が穴山においても共有されていることがうかがわれる。先の研究会における穴山自身の指摘に照らせば遺伝性でない精神薄弱への手術は「悪用」であり、法改定後も「逸脱」と評価しているのは一貫性のあらわれと解釈するべきであろう。したがって、穴山の理解としてはこの第二次改定は「人権の侵害」の問題であると理解していた可能性が高い。

一方、穴山のこうした姿勢をみるにつけ、先の研究会に出席していた優生法制の専門家の奇妙な姿勢も浮かび上がる。具体的には現場から月経の対応をめぐるの困惑と苦労が出され優生手術の適用を求める意見に対して、優生保護法で定めている術式の前提として、それらは月経などに影響がないことが国民優生法以来の理解であったからである。

したがって、そもそも優生手術を「メンスの問題」への対応と結び付けること自体が意味をなさず、かりにあえてそれが法律の形式上適用できたとしても、これまた優生法制の目的からの逸脱であるはずである。これを混同した施設側からの発言に対して、穴山も、そして同じくこの研究会に同席していた医師で国民優生法案の準備過程に深く関与した厚生省の医系官僚の

青木延春にも、施設側の誤解を訂正する発言は一切みられない。

そうした現場の誤解は訂正しないまま、「それが許されるのは優生保護法の規程に厳密に沿った場合のみ」といいつつ、先に示したように「現行法上では」と限定し、優生手術の適用拡大をもとめる施設の要望は「将来法の改正に待つより他はない。又将来どう改正するかは決定されていない」と〈将来の法改正〉に解決を委ねるかのような発言をしているのは先述のとおりである。

これらを考えると、穴山がその後の第十二条の法改定を視野に入れ、そこに施設側を誘導しようとしていたのではないかという疑問も否定できないが、少なくとも優生保護法の第二次改定については、穴山は決して適法的な改正とはとらえていなかった。

(5) 優生保護法の第二次改定までの経過と厚生省の位置

以上、優生保護法成立から第二次改定までの経過を大雑把にふりかえった。この中で、議員立法によって国民優生法の廃案と優生保護法の成立によって戦前の国民優生法審議過程で制約が解除され、この時点で戦後の優生政策推進の仕組みがととのえられた。先に、戦前の国民優生法が強制優生手術をめぐるその論拠が「実質的に自壊した」と述べたが、戦後の優生保護法は戦前積み残されていた論点を根拠も示さず復活させたといえるだろう。さらに国民優生法の審議の論点となった公益の担保については医師にそれを委ねるものとすることによって、医療を優生政策に体制化することとなった。そして、非遺伝性の疾患であるハンセン病を優生保護法に組み込むことは、その後の優生手術対象拡大の起点となった。

第一次改定では、医師への義務規程が盛り込

まれ、医師を優生政策推進の体制に組み込んだ。

第二次改定では、遺伝性でない精神薄弱・精神病も優生手術の対象とされ、その後冒頭で述べたような優生政策に根本的な変化が生じた。戦前の国民優生法の優生手術の範疇からもさらに拡張されることとなった。

そして穴山の例にあるように、優生行政を所管する官僚の中にはそれを「優生保護法の目的からの逸脱」であるとする認識も厚生省内部に存在していた。

4 残された課題

以下では今回充分深められず今後の課題となった点をのべる。

第一に、第二次改定では、精神薄弱児施設の現場から出されている要望を優生保護法改定の課題として吸収する方向で議員提案がなされている。その過程で厚生省の関与がなかったのかどうか、検証が残されている。

第二に、優生保護法の第二次改定が穴山の述べるように障害児施設の声を一定反映した形でなされたとなると、所管の児童局の動きはどうであったのかの検討も必要となる。精神薄弱児施設は児童福祉法上の「保護」が目的とされていた施設であるが、こうした「施設」についての「保護」と「優生手術」の親和性はハンセン病の場合もあわせて想起されるところである。その意味では「施設」での処遇と優生手術のつながりについて、戦前戦後をとおし、また施設の種別をこえて、立体的に把握する作業も重要な課題である。

第三に、本稿では全く触れることができなかったが、優生保護法の意味を戦後政治の展開という点から検討する課題がある。1948年1月には「日本を反共の防壁にする」という発言

がなされるなど、アメリカの対日政策が大きく転換していく。時系列でみるとそれ以降に、ここでみた優生保護法とその改定がなされている。戦後日本の優生法制を戦後日本の歴史の全体の中でもう一度位置づけなおす必要がある。

(なかむら りゅういち)

注

- 1) この時点での厚生大臣は吉田茂であるが戦後首相となる吉田茂とは同姓同名の別人。吉田は、元内務省官僚。1937年から貴族院勅選議員。1940年1月より7月まで厚生大臣。
- 2) 国立国会図書館に所蔵されている「優生制度参考資料」(厚生省予防局 1940)。資料の構成は議会での厚生省の説明が対応しており、国民優生法審議にあたって委員会に提出された資料の一つと推定できる。
- 3) なおこれに先立つ1940年2月2日には、衆議院本会議において立憲民政党の斎藤隆夫議員が日中戦争に対する根本的な疑問と批判を提起して1時間半以上にわたって演説し、これにより、3月7日、斎藤は衆議院議員を除名されている。
- 4) 国民優生法審議にあたって資料を作成し、それを審議会で説明したのは青木延春(1902～1986)。青木は東京大学医学部で精神医学を専攻し、卒業後内務省に入省、厚生省設立にともなって厚生省技師となっている。戦後も医系官僚として厚生省に籍を置き、1946年には国立教護院武蔵野学院長になる。本稿で後に取り上げている1951年の全国精神薄弱児施設幹部職員相互研究会にも参加し発言もしている。
- 5) なお第六条の執行停止の判断については、国民優生法成立後の1940年12月に「国民優生法施行及酒精中毒に関する専門委員会」がひらかれ、優生手術の適用対象疾患が検討されている(国民優生法に関する専門委員会に於ける優生手術の適用に関する内規の決定 人口問題研究 (2)1 1941 pp.81-83)。
- 6) 「児童」第8号の発行月は1月で第二次改定の審議に先行している。この「児童」第8号に掲載された全国精神薄弱児施設幹部職員相互研究会の紹介記事のかかなりの部分が園生の優生手術に関係する内容で、施設側の発言の

多くは、優生手術適用の拡大を求めるものであった。記事の掲載の意図についての検討も必要である。なお、「児童」誌に上記研究会の記事があることや発行月などは河合隆平氏のご教示による。

引用文献

穴山徳夫 妊娠中絶と産児制限—優生保護法の二つの論点— 法律のひろば (2)5 1949 21-23.

穴山徳夫 優生保護法の改正について 保健婦雑誌 (3)7 1952 18-20.

藤野豊 『日本ファシズムと優生思想』 かもがわ出版 1998.

久下勝次 断種法 公衆衛生 (52)5 1934.

厚生問題研究会編 『厚生省五十年史 記述篇』 中央法規出版 1988.

岡村美保子 旧優生保護法の歴史と問題—強制不妊手術問題を中心として— 国立国会図書館レファレンス No.816 2019 3-26.

小川政浩 全国精神薄弱児施設幹部職員相互研究会議事録 児童 第8号 日本少年教護協会 1952 79-125.

高野六郎 『予防医学ノート』 河出書房 1942.