

「優生保護法の歴史と現在」講演録

医療政策関連情報

旧優生保護法の調査に医学関係者も協力を

旧優生保護法では、1996 年に母体保護法に改正されるまで、強制不妊手術が合法化されており、多くの人々の生殖を不能にする不妊手術を強制する重大な人権侵害が行われてきた。協会は、この問題についての意見をとりまとめ、談話として発出するための作業を進めており、3 月 28 日に講演会を開催した。講師の松原洋子氏（立命館大学副学長）は科学史、生命倫理学、科学技術社会論、特に優生学史のパイオニアとして医学系学会の理事会等での講演、厚生省の旧優生保護法一時金認定審査会委員も担われている。講演会は鈴木理事長のあいさつに続いて、協会の医療制度検討委員会において、優生保護法問題検討の座長を務める小泉昭夫部員（京都大学名誉教授）が基調報告した。小泉氏は 3 つの問題意識として、①我々は当事者なのか傍観者なのか。経過から考えると私たちは当事者であり調査に協力せねばならない②人権侵害と医療政策あるいは公共の利益と人権という問いかけ③医療と医学のギャップを提示。その上で「物事は正しく理解し、状況を把握することで次の段階に移ることができる」と講演会の趣旨を述べた。

1. 優生保護法の概要

はじめに「平成 5 年度優生保護法指定医師研修会資料」（主催・厚生省 協力・（社）日本母性保護医協会）を見ていただく。1993 年といえは旧優生保護法廃止、母体保護法へ改正される数年前であり、この時点にあっても公式な研修でこうした内容で運用上のルールが伝えられていたことを知っていただきたい。例えば「優生保護法」では本人同意なく、医師の申請と都道府県の審査に基づき実施できる強制不妊手



松原 洋子氏

立命館大学副学長、立命館大学大学院先端総合学術研究科教授、著作に『優生学と人間社会』（共著、講談社現代新書、2000 年）、『生命の臨界』（共編著、人文書院、2005 年）、『優生保護法関係資料集成』（編集：六花出版、2019 年）など。

優生保護法の特徴

不妊手術および人工妊娠中絶について、条件を限定して刑法違反にならないようにするための法律（違法性阻却）

- 不妊手術・人工妊娠中絶は、「正当業務行為」でなければ刑法「傷害罪」「堕胎罪」に抵触するおそれ
- 特に優生学的理由による強制不妊手術は、本人の同意を必要とせず、「公益上の理由」により、一方的に体を傷つけ生殖能力を奪うもの
→刑法違反→別途合法化の仕組みが必要
→20世紀初頭から世界的な断種法（不妊手術を合法化する法律）の制定運動

術の対象疾患に「顕著な犯罪傾向」というおよそ遺伝性疾患とは考えられないものも含まれていた。戦前の国民優生法を引き継いだ部分さえある。

優生保護法は、優生手術・母性保護・優生保護相談所の 3 本柱で運営されてきた。優生手術は不妊手術、母性保護は人工妊娠中絶を意味している。これらは正当業務行為（本人の健康や生命の維持のための医療）でなければ、刑法上の違法行為（傷害罪・堕胎罪）にあたるため、独立した法律が必要となった。優生学的な理由による強制不妊手術は本人の同意も不要であり、本人の健康や救命のためでなく、その方の

子孫を残すのが「公益上」よろしくないという理由で一方的に肉体を傷つけ、生殖能力を奪うものであり、法律の裏付けが必要であった。

20 世紀の初め、世界で断種法が制定された。それは一方では人道的な見地から、むやみやたらと不妊手術をすることを許さないための、「こういう条件があれば合法である」と定めたルールともいえる。また、人工妊娠中絶について欧米では 1970 年代に女性の権利運動を受けて合法化された面がある。しかし、日本では、優生政策的な観点と敗戦直後の非常に大きな混乱の中、1948 年の段階から中絶が合法化された。

終戦間もない 1948 年、優生保護法は占領下で公布された。目的には「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」と明記された。だが 1970 年代あたりから障害者の運動、女性の運動の高まりの中で、人権にもとるものだという声が拡大した。以降、母体保護法に変わるまでの間、一貫してそうした声はあった。ハンセン病の療養所でも事実上強制不妊手術は行われており、批判があった。だが改正には時間がかかり、1996 年にようやく母体保護

母体保護法

本則

第1章 総則

第1条（この法律の目的）

第2条（定義）

第2章 不妊手術

第3条

第4～13条削除

第3章 母性保護

第14条（医師の認定による人工妊娠中絶）

第15条（受胎調節の実地指導）

第4章及び第5章削除

第16～24条

第6章 届出、禁止その他

第25条（届出）

第26条（通知）

第27条（秘密の保持）

第28条（禁止）

第7章 罰則

第29条（第15条第1項違反）

第30～31条削除

第32条（第25条違反）

第33条（第27条違反）

第34条（第28条違反）

「別表」削除

本則全34条のうち計21条が「削除」

法に変わった。そこで「優生手術」は「不妊手術」に変更され、「不良な子孫」という文言が削除された。不妊手術と人工妊娠中絶に関する法律として仕切り直されたのである。母体保護法に変わった際、趣旨説明の中に「優生思想に基づく部分が障害者への差別になっている」とあり、優生関連規定の削除がなされた。即ち、母体保護法は優生保護法のまずいところを削除し、言い換え、その残った部分だけでできている法律である。優生保護法の全 34 条のうち計 21 条が削除されたものの、条文の番号は母体保護法後もそのまま使われている。

つまり母体保護法は 1996 年の段階で、優生保護法の問題を受け止めて、大きく考えを変えた結果の産物ではなく、緊急避難的に作り変えた「消去法の法律」である。

なお、1996 年に母体保護法へ移行する際には胎児条項の追加（胎児に異常が認められたとき、異常を根拠に中絶を認める）を求める産婦人科医の声もあった。これに対し、優生保護法に反対していた人たちは「それは優生思想を残すものになる」と反対した。また、中絶を女性の権利として位置づけるべきであるという意見もあった。しかし、最終的には優生条項を削除するにとどまった。

2. 「優生」と「強制不妊」は優生保護法にどのように導入されたのか

強制不妊に注目して話をすすめたい。優生保護法以前にも強制不妊手術を認める法律が存

「優生保護法の一部を改正する法律」

平成8年6月26日法律第105号（→母体保護法へ）

趣旨説明

「現行の優生保護法の目的その他の規定のうち不良な子孫の出生を防止するという優生思想に基づく部分が障害者に対する差別となっていること等にかんがみ、所要の規定を整備しようとするもの」

○改正の主な内容＝優生関連規定の削除

(1) 「優生保護法」→「母体保護法」

「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」

→「不妊手術及び人工妊娠中絶に関する事項を定めること等により」

(2) 「優生手術」→「不妊手術」

遺伝性疾患等の防止のための手術及び精神病者等に対する本人の同意によらない手術に関する規定を削除

(3) 遺伝性疾患等の防止のための人工妊娠中絶に係る規定を削除

(4) 都道府県優生保護審査会と優生保護相談所を廃止

優生保護法の系譜**1940（昭15）国民優生法公布**

「本法ハ悪質ナル遺伝性疾患ノ素質ヲ有スル者ノ増加ヲ防遏スルト共ニ健全ナル素質ヲ有スル者ノ増加ヲ図リ以テ国民素質ノ向上ヲ期スルコトヲ目的トス。」

1945（昭20）敗戦・占領**1948（昭23）優生保護法公布・国民優生法廃止**

「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。」

1996（平8）優生保護法改正・母体保護法に改称

「この法律は、不妊手術及び人工妊娠中絶に関する事項を定めること等により、母性の生命健康を保護することを目的とする。」

在しており、1940 年の国民優生法がそれにあたる。1938 年に厚生省ができ、ドイツの「遺伝病子孫防止法」をモデルに同法は作成された。全体主義の下で成立したため、強制力が優生保護法よりも強いものと思いがちである。しかし同法の下では法律に基づく強制不妊手術は一件もなかった。戦時中であり「産めよ・増やせよ」であったこと。そして家を継ぐ子孫を残すという民法上の家制度が背景にあった。帝国議会では大論争となり、医学的な観点からの反対もあり、相当時間をかけた議論となった。その結果、条文は残すものの強制不妊手術の施行だけは凍結するとの約束で成立したのである。

戦時下にてできた法律であること、「堕胎」について戦前は医師の裁量に任されていた面があったのに対し、戦争の本格化の中での人口増が目指される中、堕胎罪を厳しく適用するなど、中絶のハードルを厳しく設けていた。そのこともあり国民優生法は廃止された。しかし優生保護法は、「優生」思想をむしろ強化する形で成立した。

国民優生法の立案には、当時の著名な優生学、精神医学、公衆衛生学等の専門家が参加した。厚生省は法案提出に向けたエビデンス確立のため、全国 3,000 家系の「精神病者遺伝家系調査」も実施した。法案審議にあつては戦後、優生保護法を推進することになる精神科医である金子準二等が反対の立場でキャンペーンを

展開した。

施行された同法の下、強制不妊を凍結したとはいえ、「任意」での手術は行われた。任意といっても「心神喪失者」の患者に対する手術は代理申請・代諾が認められていたことから、事実上の強制性はあったといえる。任意の優生手術には 3 万を超える申請があった。これは注目すべき点であろう。

戦後、優生保護法に優生思想は引き継がれた。それはなぜなのか。

敗戦直後の日本は復興、独立の見通しが立たない混乱状況だった。後に首相になる芦田均厚生大臣は「新時代の厚生行政」（1946 年 1 月『日本医事新報』）において、厚生行政の課題の筆頭に「民族復興」を掲げた。「法律として既に優生法が設けられているが、それは封建的勢力華やかなりし頃に設けられたものであり、従って封建的色彩の濃厚なものである。斯様な生ぬるいものを以てしては、到底わが国民の優化、民族形質の向上は期せられない」。ここに強い優生学的な危機感が感じられ、民族復興と優生が裏表になっているといえる。さらに「吾々は更に視野を広くすると共に正しき科学的基盤の上に遠大なプランを樹て、以て民族復興の理想を達成し、文化国家、健康国家を建設しなければならぬ」とも述べており、優生の強化と文化国家の建設が矛盾せず、重なっているといえるだろう。

1946 年 11 月には、財団法人人口問題研究会が「新人口政策基本方針に関する建議」を発した。建議は、強制断種規程の実施に加え、国民優生法の改正として、医師らが遺伝病者の存在を地方長官に届けられるようにする、遺伝病者が妊娠した場合中絶できるようにする、遺伝性病的性格と診断された性的犯罪者は去勢できるようにする（実際には採用されず）、X線照射による不妊手術も採用できるようにする（採用されず）、優生手術の申請手続きを簡易化する、という内容だった。

1947 年には社会党衆議院議員であった福田

昌子（産婦人科医）、加藤シヅエ（産児制限運動家）、太田典礼（産婦人科医）が優生保護法案を提出した。この法案は審議未了で廃案となるが、その第 1 条に「この法律は、母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を目的とする。」と掲げられた。「不良な子孫の出生を防ぎ」という言葉が初めて書かれたのが、この社会党案である。

優生保護法が実際に成立したのは翌年の 1948 年である。

提案者は社会党の提案者も含む超党派だが、中心は熊本の医師会長であった谷口弥三郎（産婦人科医）だった。戦中から民族優生に強い関心を持って取り組んできた人物であり、氏を中心に優生保護法は成立していく。

法案の提案理由では、食糧不足、人口飽和をどう解決するかを問うている。かつての日本なら「移民」という道が採られたであろうが、占領下の日本ではそれは不可能で

あった。そこで手っ取り早い方法として産児制限が採り上げられる。だが谷口は、産児制限が「民族の逆淘汰」を産む可能性に言及している。即ち、避妊を実行し、バースコントロールできるのは教育程度・生活程度の高い、「優れた人たち」ばかりである。そうした優れた人たちが減る一方、バースコントロールに関心を持たないような人たちの子ばかりが増えてしまうと「逆淘汰」が起こってしまう。優生保護法における人工妊娠中絶の要件である「経済的事由」は、提案当初は優生学見地からのものであり、貧困層に限定して中絶を認めようとの意図によるものだったのである。また「浮浪児の 80% が低能児」との記述もあり、人口の質に対する強烈な

国民優生法施行規則（1941年、厚生省令第22号）別表

1. 遺傳性精神病

精神分裂病
躁鬱病
真性癲癇

2. 遺傳性精神薄弱

精神薄弱（白痴、痴愚、魯鈍）

3. 遺傳性病性的性格

分裂病質
循環病質
癲癇病質

4. 遺傳性身体疾患

遺傳性進行性舞蹈病
遺傳性脊髄性運動失調症
遺傳性小脳性運動失調症
筋萎縮性側索硬化症
脊髄性進行性筋萎縮症
神経性進行性筋萎縮症
進行性筋性筋栄養障害症
筋緊張病
筋痙攣性癲癇
遺伝性震顫症
家族性小児四肢麻痺
痙攣性骨髄麻痺
硬直性筋萎縮症

先天性筋緊張消失症
先天性軟骨發育障礙
多発性軟骨性外骨腫
白児
魚鱗癬
多発性軟性神経線維腫
結節性硬化症
色素性乾皮症
先天性表皮水胞症
先天性ポルフィリン尿症
先天性手足趾角化症
遺傳性視神経萎縮
網膜色素変性
黄斑部変性
網膜膠腫
先天性白内障
全色盲
牛眼
黒内障性白痴
先天性眼球震盪
青色鞏膜
先天性聾
遺伝性難聴
血友病

5. 遺伝性奇型

裂手、裂足
指趾部分的肥大症
顔面披裂
先天性無眼球症
囊性脊髄披裂
先天性骨欠損症
先天性四肢欠損症
小頭症

25

優生保護法 別表

（1952年改訂～1996年）

1. 遺傳性精神病

精神分裂病
そううつ病
てんかん

2. 遺傳性精神薄弱

精神薄弱（白痴、痴愚、魯鈍）

3. 顕著な遺伝性精神病質

顕著な性慾異常
顕著な犯罪傾向

4. 顕著な遺伝性身体疾患

ハンチントン氏舞蹈病
遺傳性脊髄性運動失調症
遺傳性小脳性運動失調症
筋萎縮性側索硬化症
脊髄性進行性筋萎縮症
神経性進行性筋萎縮症
進行性筋性筋栄養障害がい症
筋緊張病
筋痙攣性癲癇
遺伝性震顫症
家族性小児四肢麻痺
痙攣性骨髄麻痺
硬直性筋萎縮症

先天性筋緊張消失症
先天性軟骨發育障礙がい
多発性軟骨性外骨腫
白児
魚りんせん
多発性軟性神経線維しゅ
結節性硬化症
色素性乾皮症
先天性表皮水ほう症
先天性ポルフィリン尿症
先天性手足趾しよ角化症
遺傳性視神経い縮
網膜色素変性
黄斑部変性
網膜膠腫
先天性白内障
全色盲
牛眼
黒内障性白痴
先天性眼球震とう
青色きよう膜
遺伝性の難聴又はろう
血友病

5. 強度な遺伝性奇型

裂手、裂足
指趾部分的肥大症
顔面披裂
先天性無眼球症
囊性脊髄披裂
先天性骨欠損症
先天性四肢欠損症
小頭症

26

危機感と優生思想が結び付いて、優生保護法は作られたのである。

GHQは適宜、優生保護法案にコメントしており、特に疾患リストについては時代遅れと指摘していた。当時の疾患リストは、当時施行されていた国民優生法の施行規則にある疾患リストをそのまま使用したものだった。当初、日本の準備した優生保護法の疾患リストはもっと大括りなものだったのに対し、GHQがもっと細かな分類をするように求めた。そこで当時の官僚は国民優生法のものをそのまま使ってしまった。

一方、GHQは強制手術を否定しなかった。その背景には、当時アメリカでも多くの州で断

種法を施行していたことがある。実は悪名高いナチス断種法もアメリカの法律を模して造られた。だが人を騙して手術を受けさせること、拘束したりすることが、憲法と両立するという判断になるのはなぜなのか、との疑問が湧くであろう。しかし日本国憲法 12 条「公共の福祉のために」との文言、あるいは 13 条「公共の福祉に反しない限り」との文言を根拠に、優生政策は公共の福祉のための政策とみなされた。したがって憲法と両立すると判断されたのである。

厚生省は優生保護法施行後の 1949 年 9 月、当時の「法務府」（後の法務省）に強制優生手術に関し、次の点を照会した。「基本的人権の尊重という点より見て本人の意思に反してあくまで手術を強行することができるか否か」、たとえば「身体的拘束を加え拒否不能の状態において手術を強行」「手術事前に麻酔薬等により心身喪失の状態において手術」「手術を受ける者を欺罔」等の「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」。これに対する 1949 年 10 月 11 日、法制意見第一局長の回答は次である（法務府『法務総裁意見年報』昭和 24 年度）。「真に必要なやむを得ない限度において、身体の拘束、麻酔薬施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ものと解すべきである」。「以上の解釈が基本的人権の制限を伴うものであることはいうまでもない」が、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。そのうえ強制優生手術は「医師により『公益上必要である』とみとめられてい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とはできない（憲法第 12 条、第 13 条参照）」。

これが 1949 年 10 月 24 日、知事宛厚生省公衆衛生局長通知、1953 年知事宛厚生務次官通知「優生保護法の施行について」（～1996 年）にほぼ反映された。1949 年の価値観は 1996 年の廃止まで、受け継がれていた。国民優生法時代

に、批判の急先鋒であった植松七九郎・金子準二は、戦後、日本精神病院協会理事長となり精神衛生法と優生保護法の運用を推進する立場になる。日本精神衛生会理事長・内村祐之と日本精神病院協会理事長・金子準二の連名で、1953 年 7 月に「陳情書」が厚生省に提出され、精神衛生課の設置等を求めている。その要望のひとつとして「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」を挙げている。彼らは総論では断種法賛成、各論反対であった。いわば「流派の違い」ということになる。

国民優生法と優生保護法の違いをみておきたい。大きな特徴は「らい疾患」（ハンセン病）を優生手術の適応として考えていることである。国民優生法においては「らい」は優生手術の対象ではなかった。それは、国民優生法はその概念を遺伝性に限定しており、「らい」は遺伝性概念に入れることはできないからである。しかし当時のハンセン病療養所では入所者に対する不妊手術が既成事実となっていたため、国民優生法成立と同時にらい予防法改正を行い、ハンセン病患者に対する優生手術を合法化しようとし

国民優生法と優生保護法の優生条項【任意】

	国民優生法	優生保護法（1952年改正）
優生手術の適応	○第3条 遺伝性精神病 遺伝性精神薄弱 強度且悪質ナル遺伝性病的性格 強度且悪質ナル遺伝性身体疾患 強度ナル遺伝性奇形 （特に優秀な素質を有する者は除外） ・子や孫が医学的経験上同一疾患に罹るおそれが特に著しい時 ・四親等以内血族に該当疾患罹患患者ある者同士が結婚する時 ・子が該当疾患に罹り将来出生する子が医学的経験上同一疾患に罹るおそれが特に著しい時 ・疾患名詳細は 施行規則の別表 ・申請：本人/心神喪失者は 父母・配偶者/精神医院又は保健所指定医師 ・同意：配偶者・父母等	○第3条 遺伝性精神病質 遺伝性身体疾患 遺伝性奇形 ・本人または 配偶者 ・ 本人または配偶者の四親等以内血族 遺伝性精神病 遺伝性精神薄弱 ・本人または 配偶者の四親等以内血族に該当疾患 精神病・精神薄弱 ・配偶者 癩疾患 ・本人または配偶者 ・非遺伝性疾患を含む ・申請：医師 ・同意：本人・配偶者
優生手術の審査	全件審査あり ・ 地方優生審査会 の意見を聴取し、地方長官が適否を判定。 ・不服ある場合は厚生大臣に申し立て。 中央優生審査会 の意見を聴取し、厚生大臣が決定。 ・委員は関係各庁高等官および学識経験者から指名	全件審査なし ・ 診察した医師の判断のみで「遺伝性」等を判定

た。しかし、改正案は成立しなかった。そこで、優生保護法制定にあたり、ハンセン病を優生手術の適応とした。つまり、優生保護法における優生手術の対象として、「不良な子孫」概念へ遺伝性疾患以外のものも含ませたのである。

また、優生保護法に基づく審査会が設置され、本人の同意に基づかない手術の実施にあたっての「審査」が行われることになった。審査を行うのは医師、精神科医師だけではない。教育委員や裁判所判事も加えられた。即ち審査は、医学的に特化したものでなく、優生政策を運営していくにあたり、その判断にかかわるべき人々たちを広く加えているのである。

そして長期にわたり、別表や、申請書様式、通知はそのまま放置された。強制不妊手術に対する人権上の問題を厚生省自身が認識していたにもかかわらず、1996 年まで放置されたのである。

3. 優生保護法の批判的再発見

1960 年代にはまだ、優生は肯定的なものとして受け止められていた。厚生白書や学校の保健体育、あるいは日本学術会議生物学研究連絡委員会遺伝学分会・日本人類遺伝学会「人類遺伝学将来計画」（1974 年）も優生政策を評価した。この時点では決してタブーではなかった。そうした事態を大きく変えることとなったのが 1972 年、優生保護法改正時の「運動」である。

まず改正法案において「経済的理由の削除」が注目された。非常に保守的な観点から、政府から自民党による提案だった。既にウーマン・リブ運動があり、革新政党や産婦人科医団体が猛反対したため、社会的に注目された。

しかし、優生思想との関連で重要なのは、同時になされた「胎児条項」の提案の方であった。

当時の羊水検査技術の向上を受け、検査の結果、胎児に障害のあることが認められた場合、優生上の見地から中絶を許すという仕組みが提案されたのである。

当時、世界的にはサリドマイドがあり、一方

国民優生法と優生保護法の優生条項【強制】

遺伝性疾患

	国民優生法 ○第6条←施行凍結で実施せず	優生保護法（1952年改正） ○第4条
優生手術の適応	遺伝性精神病 遺伝性精神薄弱 強度自悪質ナル遺伝性病的性格 強度自悪質ナル遺伝性身体疾患 強度ナル遺伝性奇形 （特に優秀な素質を有する者は除外） ・本人の疾患著しく悪質または配偶者と本人が同一疾患で疾患遺伝の防遏が「公益上特に必要ありと認むるとき」・必要な同意が得られなくとも申請できる。	別表に掲げる疾患 ・本人が罹患し、遺伝防止の不妊手術が「公益上必要であると認めるとき」。 ・同意不要。 ・医師は申請をしなればならない。
優生手術の申請	任意と同じ。ただし同意不要。	・申請：医師 ・同意：不要
優生手術の審査	任意と同じ。	・都道府県優生保護審査会が適否を判定。委員は医師、民生委員、裁判官、検察官、関係行政庁の官吏又は吏員その他学識経験ある者から、都道府県知事が任命。
再審査の申請	・地方長官からの決定通知を受けた日から30日を超えない期間に、地方長官を通じて厚生大臣に申し立てる。期限後も受理する場合もある。	・都道府県優生保護審査会の決定通知を受けた日から2週間以内に、都道府県優生保護審査会経由で中央優生保護審査会（のち公衆衛生審議会）に再審査申請。 ・2週間を待たずに手術を実施している例も。 ・中央への再審査申請は1件？ ・さらに不服ある場合提訴。

国民優生法と優生保護法の優生条項【強制】

非遺伝性の精神病・精神薄弱

	国民優生法	優生保護法（1952年改正） ○第12条
優生手術の適応	---	別表1号2号の遺伝性のもの以外の精神病・精神薄弱
優生手術の申請	---	・申請：医師 ・同意：保護義務者
優生手術の審査	---	都道府県優生保護審査会が適否を審査 ・再審査の申請制度なし。

で女性の権利向上としての中絶の権利の枠組で、胎児条項が合法化されていった。だが日本のそれは純粋な優生上の見地からの動きであり、そもそも欧米とは趣旨が違った。脳性麻痺の若者団体である「青い芝の会」は、当時頻発していた障害のある子を親が殺害する事件に対し、殺した親に世間の同情が集まるという現実と、胎児条項とを重ねて捉えた。そして、「障害児は生まれるなというのか」と猛烈な運動を展開し、車椅子で厚労省に詰め寄ったのである。当時、車椅子の人たちが表に出てくること自体が、極めて強い印象を人々に与えたといえる。

その運動は革新政党や運動団体に新たな視点を獲得させた。結果として、経済的理由の削除はなされず、胎児条項も「障害者差別である」という理由で実現しなかった。

以上のように、優生保護法が障害者差別であるという認識が広まったのは 1970 年代ということになる。

ちなみに日本医師会の 1970 年の優生保護対策委員会の資料には次のようにある。

「近年の精神医学及び人類遺伝学の進歩に応じて、優生手術に関する条文及び別表は再検討の必要がある。この『別表』には、所謂遺伝性疾患が列挙されているが、その内容が必ずしも適当でないことは専門学者が指摘しているところである。また、男性及び女性に対する優生手術に関する一般医師の法の運用には適正を欠く面があり、人類の逆淘汰を防止する目的からも、その強化が必要である」（出典：厚労省公開資料⑥-20 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_01166.html）。

1973 年の「家族計画・優生保護法指導者講習会」においては、公衆衛生局長が「不良な子孫」という表現については「身体障害者の方々から差別をしているというご意見があった」と発言している。

つまり、1970 年代には（日本医師会の認識は優生政策については否定していないものの）、優生保護法が差別であるという認識、医学的にも問題があるという認識があった。

1980 年代には、自民党政務調査会社会部会優生保護法等検討委員会が、1983 年 5 月 18 日の「優生保護法の取扱いについて」において次のように記している。「まず現行優生保護法は、終戦直後の特殊な社会経済情勢と国民意識を背景として制定されたものであることから、法の立法趣旨の根底に人口政策や民族の逆淘汰の防止といった思想が存在することが判明された。従つてこの点今日の社会思潮と医学水準等に照らして法の基本面に問題があるものとの認識を得るようになった。即ち本法の目的規定の中の『優生上の見地から不良な子孫の出生を

防止する』との表現や第三条第一項に掲げる優生手術の適応事由及び別表に掲げる優生手術の適応事由及び別表に掲げる遺伝性疾患等がその具体例である」（出典：厚労省公開資料⑥-34 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_01166.html）。

こうした動きがあり、1980 年代後半には、精神保健課、母子衛生課、厚生省研究班等で優生条項の見直しが検討された。だが改正は実現しなかった。優生条項の削除という優生保護法の大改正は、自民党保守層がこだわる経済条項削除という争点も同時に呼び込むことになるため、結果として優生条項は放置されることになった。

そして 1996 年、優生条項はようやく削除された。長年優生保護法に反対していた当事者の人たちにとっては「寝耳に水」だった。なぜこのタイミングだったのかについて、様々な推測が可能だが、当時は「自社さきがけ政権」であり、自民党による一党支配ではないという政治環境も関連しているのではないかと。

しかし、強制不妊の実態が明らかにされないままの改正となったのは問題であった。当時の朝日新聞は社説において 1997 年に優生保護法下での強制不妊手術の実態解明を求めた。だがこれは、スウェーデンの強制不妊手術問題が注目されたことがきっかけであった。日本で同様のことが行われていた事実があまりにも知られていなかったのである。

1997 年、「優生手術に対する謝罪を求める会」が結成された。これは母体保護法に変わってもなお、優生保護法がもたらした問題についての検証ができていないと考える人たちによる市民運動である。1997 年には同会によってホットラインがつけられ、強制不妊手術の被害者である飯塚順子さん（仮名）が市民運動とつながった。その後、飯塚さんが粘り強く国や自治体に対して被害の真相解明を求め続けたことによって、優生保護法のもとでの優生手術の深刻さが明らかになっていった。

2016 年、国連の女性差別撤廃条約委員会が日

本政府に対して、優生保護法下での優生手術の実態調査や被害者に対する補償を勧告した。

同年 7 月、相模原事件が引き起こされ、「優生」という言葉が国内で急浮上した。

飯塚さんは 2015 年に日弁連の人権救済申し立てをし、日弁連は厚労大臣に対して意見書を 2017 年に提出。こうした動きの中で、様々に問題が顕在化していった。

そして 2018 年、初めての提訴がなされた。原告は宮城県在住の知的障害のある女性だった。その方の義理のお姉さんが飯塚さんにつながったことで提訴に踏み切ったのである。飯塚さんは、優生手術の実施を証明する資料が自治体に保存されておらず、提訴が難しい状況であった。しかし、初提訴の原告は手術を裏づける決定的な書類を提出することができたのである。この提訴を受け、社会の注目が高まる中、飯塚さんはじめ、他の人々も相次いで提訴した。

優生手術についての決定的な資料は国ではなく地方自治体にあるのが特徴である。

全国紙地方支局や地方紙の若い記者たちが自治体に対していっせいに情報公開請求し、8 歳の女の子へ不妊手術を施した事例等、次々にスクープされた。優生保護など知らなかった若い世代の記者たちが、「自分たちが生まれ、生きていた時代にこんなことがあったのか」と同時多発的に取材したのである。

こうした中、国も自治体も対応せざるを得ないところに追い込まれていった。

2019 年には超党派議連によって 4 月「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」が成立した。

優生保護法施行下の強制的な不妊手術を対象としたものであり、優生学的理由による任意での手術や、優生保護法の適用外であった子宮摘出等をうけた方も含むものだった。ただし、中絶は対象となっていない。

5 月の仙台地裁は違憲判決（賠償請求は棄却、優生保護法の優生条項は憲法 13 条違反と訴えた）。仙台地裁には原告 2 人が控訴しており、札

幌、仙台、東京、静岡、大阪、神戸、福岡、熊本で国賠訴訟は継続中である。

法に基づく補償は 2 月末段階で 476 件が認定された。また、母体保護法になってからも強制的な不妊手術を受けたとして人権救済申し立てがなされている。

遺伝性疾患、知的障害、精神障害がコアなターゲットだが、貧困や人種差別を背景とした事実上強制的な不妊手術や人工妊娠中絶もあったことが諸外国では確認されている。日本でも、例えば生活保護受給と引き換えにしたと思しき手術など、「優生政策」とは違うラインでの不妊手術も行われている可能性がある。これらについては国が責任をもって検証事業を行うべきであろう。

日本の補償金 320 万円という金額はスウェーデンにおける補償金が根拠となっている。しかしスウェーデンの補償額は日本とは意味合いが違う。同国では多くが任意による手術である。また政府が厳密な検証作業を経て決めた金額である。これに対し、日本では時間のかかる厳密な検証に先立ち、高齢の被害者を早急に救済するために急ぎ設定した補償金額である。被害を軽くみている、補償金額が安すぎるという声があげられているのも当然である。

4. 残された問題と今後の課題

あまり知られてはいないが、補償法には再発防止のため、国による調査を実施するとの文言が第 21 条にある。今後、国会で調査が実施される見通しである。

最後に皆さまにお願いしたいのは、国の調査が始まったなら、医学関係者の皆さまに積極的にご協力いただきたいということだ。そうした取り組みがあつてこそはじめて、ゲノム編集による子孫の遺伝子改変の是非や出生前診断結果をふまえた中絶の倫理的課題など、現代の遺伝子技術や生殖技術の問題と優生思想の関係を歴史をふまえて評価できるようになるだろう。