

日本精神衛生会と優生保護法等の 関係に関する調査報告書

2025 年 7 月

日本精神衛生会

目次	1
本報告書の目的	2
日本精神衛生会 2025 宣言	3
はじめに	4
I. 精神衛生会と前身 3 団体：戦前・戦後の 5 文書と時代背景	9
日本精神衛生会と前身 3 団体の関連 5 文書	11
前身 3 団体と日本精神衛生会関連年表	11
【文書①】精神病対策確立に関する陳情書（1936）	12
【文書②】内務大臣諮問事項「精神病の発生を防止する方策如何」に対する答申書（1937）	15
【文書③】断種法制定に関する決議（1939）	17
【文書④】厚生大臣諮問「事变下に於ける精神衛生の対策如何」に対する答申案（1940）	19
【文書⑤】陳情書（1953）	21
5 つの文書と時代背景	23
II. 国民優生法・優生保護法の成立当時から以後の諸状況を考える	39
1 日本精神衛生政策と優生思想	40
2 経済的困窮・逆淘汰への不安と強制不妊	45
3 精神科医療の実情と精神衛生法	47
4 高度経済成長時代にも続いた優生思想への支持または無関心	51
5 法律と人権の視点からの考察	54
6 遺伝性の理解と解釈に関する問題	59
III. 日本精神衛生会としての反省	61
IV. 日本精神衛生会会員アンケート	64
おわりに	81
謝辞	82
資料	83

本報告書の目的

本報告書の目的は、公益財団法人日本精神衛生会およびその前身の団体が、わが国における優生保護法の成立とその実施にどう関与したかをできる限り解明し、それにもとづいた謝罪と将来に向けての姿勢を示すことである。

公益財団法人日本精神衛生会（以下、本会）は、1902年に設立された精神病者慈善救済会を母体とし、その後、会の名称変更や他団体との統合・分離などはあったものの、一貫して精神障害者とその家族への支援の充実、さらには国民の精神衛生・精神保健の向上を目標に掲げ、活動を続けてきた。

そのような本会とその前身団体が、本報告書の本文で記述した通り、わが国における優生保護法とその前身である国民優生法の制定に大きく関わり、さらに優生保護法に基づく優生手術の実施促進を陳情していた事実を、本会はきわめて重く受けとめている。法の対象とされた方々に謝罪をおこなうとともに、一体どのような経緯と背景事情からこのような過ちに関わったのか、自らの過去を直視し、事実関係を明らかにすることが、本会がおこなう謝罪に心と実を与えることであり、精神保健・医療・福祉に関わる団体としての矜持を正しく保つことになると思う。

本会は2019年に「日本精神衛生会と優生保護法等の関係に関する調査委員会」を設け、その下部に「日本精神衛生会と優生保護法等の関係に関する調査委員会小委員会」を置いて、本会と優生保護法の関わりについて資料収集および調査をおこなってきた。2020年には全会員（836名）を対象にアンケート調査を実施した。

本報告書は、優生保護法が成立し施行されていった当時の社会状況と医療の実状、遺伝性等の医学・科学知識に関する誤解・未熟な理解について論ずるとともに、戦前の精神科医の発言や動きについても検証した。同法の成立・施行当時は、その内容が人権侵害であるという認識に乏しく、「社会のため、国民の福祉のため、文化国家建設のために必要で正しいこと」として堂々と議論されていた。ここには今からは想像を絶する敗戦後の困窮と混乱が背景としてあったが、似たような社会経済状況が将来、わが国や世界に再び起こる可能性もある。

同じ過ちを再び起こさないために、当時の状況とその影響を含めた多角的視点での理解が必要であり、国や社会にそのような動きが起こる時にはそれを防ぐよう最大限の努力を払うことが、本会の重要な使命と考える。

注）本報告書で「障害」は漢字表記とした。

引用文献が旧仮名使いのものについては、一部そのまま転記している。

過去の文献の中に不適切な表現があるが、史料として原文のまま再録している。

分担執筆部分があるため、言及内容や引用に若干の重複が存在している。

日本精神衛生会 2025 宣言

- 1 私たちは、かつて日本精神衛生会が、その名のもとに優生施策を促進する陳情をおこなったことに痛切な責任を感じ、深い反省と悔悟の念を抱くものである。優生保護法のもとで精神科医が主体的かつ具体的な役割を担ったことで、精神障害や知的障害のある人に苦しみと痛みを与えたことについて、当事者のみなさまに心からお詫び申し上げる。
- 2 私たちは、正しい医学知識のもとに精神医療と精神衛生施策が実施されるよう、専門家として力を尽くさなければならない。会の内外で、開かれた議論をおこない、異論を排さず、社会の声に耳を傾け、どのような立場の人や組織に対しても誤りを正すことを恐れない。
- 3 私たちは、人間の価値に対する差別や選別に陥ってはならない。侵すことのできない人間の尊厳は、常に個々の人間の尊厳であり、我々はいかなる法律、いかなる公益、いかなる研究目的によっても、これを軽視する方向に導かれてはならない。
- 4 私たちは、日本精神衛生会が精神障害や知的障害のある人への差別や偏見をなくすための啓発活動をおこなう団体であることを忘れない。精神科医として、周囲の環境がどのように変化しても、世論の動きがどのように変わっても、患者の人権を守る立場を貫かねばならない。
- 5 私たちは、精神医療の職能団体として優生保護法の重大な人道問題に気づける立場にあり、また気づくべき存在であった。精神衛生会の長い沈黙と不作為への自責の念を込め、歴史を語り継ぎ、過ちを繰り返さないことをここに誓う。

2025 年 7 月 24 日

はじめに

優生保護法（1948年～1996年）およびそれがもたらした結果（以下、優生保護法問題）は、日本の障害者政策史上最大かつ最悪の人権侵害と断じてよからう。2024年7月3日の最高裁大法廷での判決を機に事態は大きく動き出した。勝訴という司法判断に続いて、行政府や立法府においても全面解決に向けて新たな方向が示された。

優生保護法問題が表面化したのは、2018年1月末のことだった。優生手術を受けた一人の女性が仙台地方裁判所（以下、地裁）に優生保護法被害者国賠請求訴訟（以下、国賠訴訟）を起こしたのである。この動きは、改めて優生保護法問題を社会に浮かび上がらせただけではなく、全国の被害者に対して、国賠訴訟の道があることを示すうえからも重要な意味があった。2024年6月時点で、全国の12の地裁（地裁支部を含む）において39人が提訴している（うち同年12月末までに7人が死亡。高齢にあることが影響していると考えられる）。

仙台地裁への提訴が直接的な転機になったことは間違いないが、それ以前にも特筆すべき動きがあった。簡単に付しておく。

まずは、同じ宮城県在住の別の女性を中心となりながら、優生保護法の優生条項が廃止された1996年の直後より、厚生省（その後厚生労働省に改称）に対して再三にわたり真相究明と謝罪を求めていたことである。

同時にこの女性は、日弁連に人権救済の申し立てをおこなっていた。これを受ける形で、日弁連は「旧優生保護法下において実施された優生思想に基づく優生手術及び人工妊娠中絶に対する補償等の適切な措置を求める意見書」（2017年2月16日）を公表している。

また、時系列の上では多少前後するが、日本の優生保護法問題は自由権規約委員会や女性差別撤廃委員会などの国連の人権機関においても取り上げられてきた。新しいところでは、女性差別撤廃委員会による日本政府への勧告があげられる（2016年3月7日）。そこでは、日本政府に対して「優生保護法による強制不妊手術についての実態把握、関与した者の処罰、被害者に対する法的救済、賠償、権利と尊厳の回復」などを求めている。

仙台地裁への提訴は決して唐突なものではなく、これらの積み重ねのうえに成されたものだった。

ここで、優生保護法の実相について触れておく。

法の本質を凝縮する目的条項には、「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ともに、母性の生命健康を保護することを目的とする。」（第1条）とある。

問題は、前段の、「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」で、「優生思想」の正当性を法律で認め、障害者を「不良」と決めつけていることである。法律全体からみて、同法の主たる対象が、精神障害者（優生保護法の別表に掲げられ

ていたのは、精神分裂病、そううつ病、てんかん）および精神薄弱者（現在の呼称は、知的障害者）であることは論を争うまい。実際にも、優生手術を受けた者の44.3%が精神障害者、42.6%が精神薄弱者となっている（国会調査／旧優生保護法一時金支給法第21条に基づく調査報告書）。

優生保護法の実相を押さえるうえで、同法と医師との関係についても触れておく必要がある。

同法には、「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おこな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おこなうことの適否に関する審査を申請しなければならない。」（第4条）とある。

これらからみて、ここでの医師とは、その多くを精神科医ととらえて差支えない。精神科医の関与は他にもある。それは、優生手術の適否を判定した都道府県優生保護審査会（第5条）に各地で名を連ね、一定の発言権を有していたことである（日本精神神経学会・優生保護法下における精神科医療及び精神科医の果たした役割に関する研究報告書：1962年度神奈川県公文書の分析）。

なお、優生手術をおこなったのは都道府県優生保護審査会指定の医師であり（第5条）、人口妊娠中絶については、都道府県の医師会の指定する医師によっておこなわれた（第14条）。

不透明で疑問の少なくない優生保護法である。

大きな疑問の一つが、基本的人権を高らかに謳った新たな日本国憲法（新憲法）下でなぜ生まれたのかということである。それへの明解な答えとはいかないかもしれないが、一つ手がかりがある。それは、戦前、戦中の優生政策の根拠となっていた国民優生法（1940年～1948年）の存在である。

新憲法の制定前後には、戦前、戦中の優生政策の推進者も少なくはなかった。更に言うならば、時代は大きく変貌を遂げたものの（戦争遂行から戦後復興へ）、「社会のお荷物を減らしたい」では、共通していたのかもしれない。社会の体制は変わったものの、国会議員を含む一部の為政者の考え方の深層は変わっていなかったに違いない。静かに根を下ろしていた国民優生法は、折からの逆淘汰説の台頭などもあり、今度は優生保護法として開花することになる。法律制定の手続き上も、優生保護法は新たな法律ではなく、国民優生法の改正という形をとっている。

その国民優生法の目的条項をみておきたい。そこには、「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」（第1条）とある。

さらに、国民優生法が何に由来しているかであるが、国の内外の優生政策が複雑に関与していると思われる。そんな中で、はっきりしていることの一つは、ナチス・ドイツ時代に推進された遺伝性疾患子孫予防法（いわゆるドイツ断種法 1933年制定）の影響が少なくなかったことである。ドイツ断種法も、それ単独でみるのではなく、米国各州や北欧諸国の優生政策と合わせみることが肝要である。

こうしてみると、優生保護法には深い背景がある。優生保護法問題の全体像をとらえるためには、こうした国際的で歴史的な背景の把握が肝要であることを強調しておく。いずれにせよ、これらの点については今後の検証の主要テーマの一つとなろう。

次に、優生保護法がもたらした影響について述べる。三つに大別する。

第一は、被害者がおびただしい数に上ることである。厚生省の調査によると、優生手術を受けた者は24,993人（本人の同意有りが8,518人、同意無しが16,475人）である。また、優生上の理由による人工妊娠中絶は、58,972人となっている。これらの数値は、厚生省の把握分のみで、実数はもっと多いとされている。また、「本人の同意有り」については、「実際には同意を強要されたのでは」とする見方が少なくない。先の最高裁判決でも、「同意の有無を区分けすること自体意味が無い」と断じている。

なお、優生保護法に基づく優生手術がいかに非人道的であるかについては、法の施行後に出された厚生省事務次官通知（1949年、1953年）からもうかがえる。そこには、「真にやむを得ない限度において」との前置きはあるものの、「身体の拘束、麻酔薬施用または欺もう等の手段をもちいることも許される場合があると解しても差し支えない」とある。驚くべきは、この通知に法務府（法務省の前身）がお墨付きを与えていたことである。

第二は、障害関連立法への影響である。日本の障害関連の立法は、戦後の新憲法下で整備されることになる。その先鞭となったのが優生保護法であり、その優生保護法において障害者を「不良」と規定したのである。その後の障害関連法律や障害関連制度の障害者観に、有形無形で影響したことが考えられる。そこには、精神衛生法（1950年成立 現在の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）や関連制度も含まれよう。

第三は、市民社会全体への優生思想や誤った障害者観の醸成と普及に影響したことである。むろん、単純に優生保護法と障害者差別とを結びつけることはできない。とはいえ、「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」が48年間にわたって日本社会に君臨した事実は重い。

こうした考え方が政策面に反映された一例として、過去の高校教科書があげられる。一部を紹介すると、「すぐれた才能の人が正しい結婚によって優秀な子孫をもうけた例は少なくない。逆に、悪質の遺伝によって精神病者や犯罪者を出した例もある。」

（文部省検定済教科書 高等保健体育 1972年1月30日発行 講談社）と記されている。今なお後を絶たない障害者差別であるが、優生保護法の存在と無関係とは言えない。

前述した国賠訴訟であるが、その後の動きを紹介する。

まずは国会が動いた。具体的には、「旧優生保護法に基づく優生手術を受けた者に対する一時金の支給等に関する法律」（以下、一時金支給法）を制定し、同日施行した（2019年4月24日）。ただし、同法に基づく認定件数是一向に伸びず、公表資料によれば2025年6月30日時点で、累計1,197件に留まっている。

一時金支給法に関連して、もう一つ付け加えておく。同法第21条に基づいて、「旧優生保護法一時金支給法第21条に基づく調査報告書」が取りまとめられたことである（2023年6月19日）。取りまとめは、衆議院厚生労働調査室、参議院厚生労働委員会調査室、国立国会図書館社会労働調査室の三者によっておこなわれた。

なお、一時金支給法については、謝罪が明示されず、問題の責任主体があいまいなど原告等からは不評だった。最高裁判決でも、「損害賠償責任があることを前提とはしていない」など、批判的な見解が示されている。

他方、国賠訴訟については、前述の通り、2024年7月3日の最高裁大法廷での判決をもって事実上の終結となった。悉く国の主張が退けられ、原告側の全面勝訴となった。

具体的には、①優生保護法下での強制不妊手術の行為は憲法第13条ならびに第14条1項に違反する、②そもそも優生保護法の規定は立法時から違憲であり、国会（議員）の責任は重大、③除斥期間（民法により、不法行為から20年間を経過すると賠償請求権が失効）は本事件には適用しない、とした。わけでも、「②優生保護法は立法時から違憲」は訴訟団の予想を上回る判示であり、判例変更を伴うものとなった。

最高裁の判決を受けて、政府と国会は、連携を図りながらもそれぞれの立場を取ることになる。

先ず政府においては、いち早く、原告団に対する総理大臣の謝罪面談がおこなわれた（2024年7月17日、総理大臣官邸にて）。これに続いて、政府と訴訟団（原告団、弁護団、優生保護法問題の全面解決をめざす全国連絡会）との間で基本合意書が締結された。そこには、「優生思想に基づく誤った施策を推進し、特定の疾病や障害のあること等に係る方々を差別し、特定の疾病や障害のあること等を理由に優生手術等という個人の尊厳を蹂躪するあってはならない人権侵害を行ってきたことについて、悔悟と反省の念を込めて深刻にその責任を認めるとともに、心から深く謝罪する。」と記されている。

国会においては、大きく二つの動きがあった。

一つは、旧優生保護法に基づく優生手術等の被害者に対する謝罪とその被害の回復に関する決議（以下、国会決議）の可決であり、もう一つは、旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた者等に対する補償金等の支給等に関する法律（以下、補償法 施行は2025年1月17日）の成立だった（いずれも、2024年10月7日から8日にかけての衆院本会議ならびに参院本会議にて）。

国会決議には、「優生思想に基づく偏見と差別を含めておよそ疾病や障害のある方々に対するあらゆる偏見と差別を根絶し、全ての個人が疾病や障害の有無によって分け隔てられることなく尊厳が尊重される社会を実現すべく、全力を尽くすことをここに決意する。」とある。

補償法には、具体的な補償額（賠償額）が明示された。喫緊の課題としては、すべての被害者に補償金をいかに届けるか、検証体制や再発防止策をどう構築するかなどが問われることになる。

司法、行政、立法での関連動向を背景に、一日も早い全面解決を願わずにはられない。

以上、優生保護法問題の特徴とこの間の関連動向を概観してきた。

ここで、公益財団法人日本精神衛生会（以下、日本精神衛生会）と優生保護法問題の関係について述べる。大きくは二点ある。

第一は、これほどの歴史的で重大な問題にあって精神障害分野全体に係わる専門団体の一員として真摯に向き合うことである。

第二は、日本精神衛生会の歴史において、優生政策の推進に関与した事実があり、これへのふり返りが求められるのである。

「関与した事実」とは厚生省に対して、「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」と陳情していることである（1953年7月 日本精神衛生会および日本精神病院協会の連名）。如何なる理由をもってしても弁解の余地はなく、痛恨の極みである。これに関連しては、「市民の人権擁護の会 日本支部」からも公開質問状が届いている。

もとより、上記の二点は深く関係するもので、これらを合わせて検討するために、日本精神衛生会の理事会の下に「日本精神衛生会と優生保護法等の関係に関する調査委員会」（2019年1月29日）を設置した。さらに機動力を高めていくために、この調査委員会の下に小委員会体制を取ることにした。また専門的な知見を得ることと、客観性の保持という観点から外部委員を委嘱した。

以下、日本精神衛生会会員からのアンケート調査などもまじえながら、「日本精神衛生会と優生保護法等の関係」に迫ってみた。ただし、あまりの時の経過と限られた資料にあって、歴史の暗部に迫ることは容易ではない。どこまで解明できたのかと問われれば、決して胸を張れるものではない。それでも、私たちとして今もちうる力を最大限発揮して向き合ってきたことは間違いない。

日本精神衛生会の会員各位において、広く精神障害分野に関与している関係者において、優生保護法問題を考える上での一助となれば幸いである。

I. 精神衛生会と前身3団体：戦前・戦後の5文書と時代背景

日本精神衛生会が「優生手術促進のための財政措置」を陳情した理由

日本精神衛生会は、昭和28（1953）年に日本精神病院協会と連名で「陳情書」を作成し「関係方面」に提出している。陳情の内容は5項目あり、うち3項目目は「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」であったが、この陳情書を作成・提出した経緯や背景については当時の会報に次の記述があるのみで、それ以上のことはわからない。

「厚生省に精神衛生課設置等を陳情。去る六月の年次大会で政府の精神衛生対策の貧困をとりあげた日本精神衛生会及日本精神病院協会では七月各々の理事長名をもって次のような項目に関する陳情書を各関係方面に送付すると共に、“我が国における精神衛生施策について”という小冊子を作製配布した」（精神衛生39号、1953）。

かつて国民優生法制定前後の時期には、精神科医は「断種」について活発な議論を交わしていたが、戦後の優生保護法については議論の痕跡がほとんどない。陳情の検証材料として上記会報の記述のみでは資料不足の感が否めない。さらなる手がかりを求めて、戦前・戦後の日本精神衛生会の会報「精神衛生」から、関連団体の優生手術（断種）に関する過去の発言や活動を振りかえる。

ちなみにここで言う関連団体とは、日本精神衛生会の前身（「精神病者慈善救済会」「日本精神衛生協会」および、戦前の「日本精神病院協会（1936年までは公立及び代用精神病院協会）」）である。この3団体をなぜ関連団体とするのかは、次に示すそれぞれの沿革から理解いただけるだろう。

日本精神衛生会の前身（関連3団体）の沿革

昭和31（1956）年の日本精神衛生会会報によれば、「現在の日本精神衛生会が既存の日本精神衛生協会と精神病者慈善救済会と日本精神病院協会と三者の合同で成立し其の後病院協会が分離した成行は既に述べられた通りである（精神衛生45号）」とある。

精神病者慈善救済会は明治35（1902）年に始まり、精神病者救済会、救済会と名前を改めながら続き、途中理事長制になってからは、呉秀三、三宅鑛一、内村祐之が理事長職を務めた。発行雑誌名は当初「心疾者の救護」のちに「救済会会報」となる。

日本精神衛生協会は、「なかば私的な団体」として昭和元（1926）年12月に結成された。三宅鑛一が会長となり雑誌「脳」が発刊された。正式な発足は昭和6（1931）年、あらためて三宅鑛一が会長となり会誌「精神衛生」の発行が始まる。これは現在の日本精神衛生会の「精神衛生」につながるものである。

日本精神病院協会は 1932 年の院主院長会議に始まり、翌年、公立及び代用精神病院協会となり、昭和 11（1936）年に日本精神病院協会となった。三宅鑛一が理事長となり、次いで内村祐之が理事長を引き継いでいる。

- 参考 ・ 山田敏恵：昭和期太平洋戦争開戦前の精神科病院における慰安の実践：公立及代用精神病院協会機関雑誌『和光』の記事分析を通して、社会福祉学 65 巻 1 号、2024
- ・ 末田邦子、戦前日本における精神衛生相談事業の制度化への動き：精神衛生関連団体の検討、社会福祉学、57 巻 1 号、2016

精神厚生会への統合と、戦後の再出発

3 つの団体はすべて 1941 年に発展的に解消し、1943 年に精神厚生会として統合した。複雑な経緯をまとめると次のようになる。

「開戦直前の非常事体制の時流の中で、昭和十五年の半ば頃から（中略）三団体が当時のいわゆる発展的解消により、さらに強力なる法人に統合する論が台頭し、遂に昭和十八年三月に至って財団法人精神厚生会が誕生し、三宅先生はその副会長になられた」（精神衛生 100 号 1966）。

「精神厚生会々報」は戦中の紙の統制、戦後の紙不足と資金窮乏から、戦中戦後に 1 号ずつ発行されたが、その後は、戦後の空白状態が続いたという。

戦後、昭和 24（1949）年、植松七九郎を理事長とする日本精神病院協会が精神厚生会と分離して発足した。ちなみに現在の日本精神科病院協会はこのときを団体設立の年としている。

精神厚生会は昭和 25（1950）年、名称を日本精神衛生会と改め、理事長に内村祐之（東大教授）が就任して再出発した（日本精神衛生会サイト「日本精神衛生会のあゆみ」）。

日本精神衛生会は「精神衛生会会報」を 2 号発行したが、その後、会報名を「精神衛生」に改称し、会報の号数も日本精神衛生協会の「精神衛生」が創刊された昭和 6（1931）年からの通し番号にすることとなった。会が変わっても母体の中心は変わらないというのがその理由である（精神衛生 36 号 1952、精神衛生 100 号 1966）。

- 参考 ・ 秋元波留夫：日本の精神衛生の歩んだ道、『日本の精神衛生』《心と社会》合併増刊号、1973

前身 3 団体と日本精神衛生会の関連年表

日本精神衛生会の前身は「精神厚生会」の前身 3 団体「精神病者慈善救済会」「日本精神衛生協会」および戦前の「日本精神病院協会（1936 年までは公立及び代用精神病院協会）」である。日本精神衛生会が公式に「断種」に言及した文書を 5 つ見出すことができたので、以下の年表で流れを示す。

日本精神衛生会と前身3団体の関連5文書

【文書①】日本精神衛生協会・公立及代用精神病院協会・救治会

「精神病対策確立に関する陳情書」1936年

【文書②】日本精神病院協会

内務大臣諮問「精神病の発生を防止する方策如何」に対する答申書 1937年

【文書③】日本精神病院協会断種法制定の可否に関する特別委員会

「断種法制定に関する決議」1939年

【文書④】日本精神病院協会

厚生大臣諮問「事變下に於ける精神衛生の対策如何」に対する答申案 1940年

【文書⑤】日本精神衛生会・日本精神病院協会

「陳情書」1953年

前身3団体と日本精神衛生会関連年表

明治 35 (1902) 年 10 月 「精神病者慈善救治会救治会」発足 (→救治会、～1941)

昭和元 (1926) 年 12 月 「日本精神衛生協会」が私的団体として発足

昭和 6 (1931) 年 「日本精神衛生協会」正式発足 (～1941)

昭和 7 (1932) 年 「院主院長会議」発足 (→日本精神病院協会、～1941)

昭和 11 (1936) 年 7 月 【文書①】「精神病対策確立に関する陳情書」

昭和 12 (1937) 年 11 月 【文書②】「精神病の発生を防止する方策如何」に対する答申書

昭和 13 (1938) 年 1 月 「厚生省」設立、予防局に優生課新設

昭和 14 (1939) 年 8 月 【文書③】「断種法制定に関する決議」

昭和 15 (1940) 年 3 月 「国民優生法」可決

昭和 15 (1940) 年 11 月 【文書④】「事變下に於ける精神衛生の対策如何」に対する答申案

昭和 16 (1941) 年 7 月 「国民優生法」施行

昭和 16 (1941) 年 12 月 救治会・日本精神衛生協会・日本精神病院協会が発展的解消

昭和 18 (1943) 年 3 月 「精神厚生会」として上記3団体が統合 (～1950)

昭和 23 (1948) 年 6 月 「優生保護法」成立

昭和 24 (1949) 年 「日本精神病院協会」が精神厚生会から分離して発足

昭和 25 (1950) 年 5 月 「精神衛生法」施行 (保護義務者制度を制定)

昭和 25 (1950) 年 「精神厚生会」が「日本精神衛生会」となり再出発

昭和 27 (1952) 年 5 月 「優生保護法」改正
(保護義務者の同意で非遺伝性の優生手術申請可能に)

昭和 27 (1952) 年 「国立精神衛生研究所」設置

昭和 28 (1953) 年 7 月 【文書⑤】「陳情書」

昭和 30 (1955) 年 「優生手術数」ピーク (1,982 件)

昭和 31 (1956) 年 4 月 「精神衛生課」新設 (優生保護法が精神衛生課の所掌となる)

昭和 32 (1957) 年 「優生関連予算措置」ピーク (18,908,000 円)

【文書①】 日本精神衛生協会・公立及代用精神病院協会・救治会
「精神病対策確立に関する陳情書」昭和 11（1936）年

出典：日本精神衛生協会「精神衛生」11号、1937掲載

精神病対策確立に関する陳情書

左は本協会会長、公立及代用精神病院協会理事長三宅鑛一博士並に救治会理事長
内村祐之博士連名にて昭和十一年七月内務大臣潮恵之閣下に宛てたものである。

精神病者は文明の進展と社会の複雑化と共に逐年増加し、昭和九年末には七九、一三五、人口千に付き一・一六の率を示すに到れり。右は極めて少数且低率の如きも元来警察官の発見せる病者数を根拠として算出したるものなるを以て極めて重症且保安上危険なる者のみの計を示すに過ぎず。従って病者総数は其の数倍に達す可く学者の定説によれば少くとも人口千に付き四人内外と云はるるを以て我国にては約三十万人前後と推定せらる。尚この他に低脳は人口千に付き二十人、病的性格は五十人と称され、是等を精神病者に合算すれば概略六百万人の恐怖すべき数に上る可し。然し之等の精神異常者は逐年増加し精神病患者中重症なる者のみに就ても其の増加の傾向は一般人口増加に比し遙かに急激なり。之を外国の例に鑑みるに一般衛生施設既に完備に近き欧米先進国にして尚病者の非常なる増加に対して殆んど其の対策に窮したるかの観あるは以て精神病対策の極めて緊要にして且寸時も忽（ゆるが）せに為す可からざるを示す適切なる実例というべきなり。斯くの如く世代を逐ふて健全正常なる人々が減少し精神異常者が増加する現象は之を民族の変質と称し臙（やが）ては其の国力を減退せしむる要因として夙に恐れられたる事実なり。然して前述の如く我国に於ても既に其の徴歴然たるものあるは蓋し容易ならざる事態にして速かに対策を講ずるに非ざれば国家百年の悔を残すに到るべし。

翻って精神病患者の家庭、社会に及ぼす影響を考ふるに日常新聞紙上に現はれる殺傷、放火、一家心中、窃盗、浮浪其の他種々なる犯罪の多くは保護せられざる精神病患者により醸成されつつあるは容易に察知せらるる事実なり。又過激なる危険思想を抱く者の内に精神病的傾向の大なるもの多きは之亦幾多の実例によりて証明さるる所なり。

此等の出来事が秩序を砂壊し、人心を惑乱し世相を險悪ならしめ、為に社会の蒙る損害極めて大なるのみならず精神病患者ある家庭に於ては其の病的行為を防止する為に家族悉く看護に疲れ、自費を以て精神病院に入院せしむるも概ね難治にして長年月の治療を要する為其の費用の負担に耐えず肉親縁者の末に到るまで破滅に瀕するに到る其の惨状たるや殆んど言語に絶し、都市農村を通じ生活の安定を失ふの之より甚しきは無し。依て政府は速かに次の各項を実施せられ、以て国力の伸展を計られん事を切望して止まざるものなり。

一、公立精神病院の拡充

精神病患者を救済すべき施設は極めて僅少にして現在にては病者の約六パーセントを收容し

得るに過ぎず殊に公立病院は僅かに七院を算ふるのみなるを以て全府県に対して其の拡充を計るは極めて緊要なり。依って各府県に少くとも一院以上の公立精神病院を設置し重症なる病者の全部を収容せられたし。

二、国立精神病院の設置

精神病患者中には過激なる思想を抱きて社会の秩序を破壊し、又浮浪徘徊して其の住所、原籍地不明なる者多し。

之等は府県の保護に委すべきものに非ず宜しく全国枢要なる場所に数個の国立精神病院を設置してその収容に努められ度し。

三、精神衛生研究所並に相談所の設置

精神病の発生防止及其の取扱の改善を計るは極めて急務なるも未だ方面の研究機関無く又其の相談に応ずる所殆んど無し。依って主要なる都市に研究所及び相談所を設置するは現下の社会情勢に鑑み極めて必要なるものと信ぜられる。

四、精神病専門技術官の増員

精神病に対する行政を適正ならしむる為には格別の学識経験を必要とするを以って中央地方に専門技術官を増員せられ度し。

五、精神病院費国庫補助の増額

現行精神病院法に於ては府県の経常支出額に対して其の六分の一を国庫より補助しつつあるも、救済を要する精神病患者はますます激増するを以て、地方財政の疲弊せる今日到底救済の実績を挙げ得ず。依て国庫補助は二分の一以上に増額せられたし。

六、特殊施設の設置

低脳、病的性格等は勿論精神異常者に属し社会に多数存在して其の及ぼす影響極めて大なり故に速かに特殊なる施設を設置し之が収容保護を計られ度し。

七、院外保護

精神病患者にして私宅に監置せられたるものは昭和九年末に於て、六、七二八人に達するも多くは貧困の為療養の途を失ひたるものなるを以て其の悲惨なる状況は言語に絶するものあり。故に前記公立精神病院をして其の管下の私宅被監置者を能ふ限り収容せしめ又は院外にて保護治療を行はしめ、併せて軽症患者及退院患者をも保護せられたし。

八、断種法の制定

精神病患者の過半数は遺伝性のものなるを以て断種法を制定して出来る限り伝染性精神病患者の発生を予防せられたし。

九、中毒予防

麻薬、酒精の他による中毒性精神病は其の原因より見て中毒を防止する適切なる方策を樹立せられたし。

十、花柳病予防

精神病者の約二〇パーセント内外は黴毒に起因するを以て花柳病を予防して黴毒を撲滅することを得ば確実に精神病者の発生を減少せしめ得べし。殊に国民の一割以上に黴毒の蔓延せる恐るべき事実より見ても花柳病予防を一層徹底せしめられ度し以上に挙げたる事項は悉く重要にして差別をつけ得ざるも、就中前半の数項は特に緊急にして寸時も忽（ゆるが）せになす可からず。殊に近時の世相に鑑み深く精神衛生の必要を洞察され、速かに其の実現を計られんことを切望して止まず此処に陳情書を提出して閣下の御同情に訴ふる次第なり。

昭和十一年七月

日本精神衛生協会長

三宅鑛一

公立代用精神病院協会理事長

三宅鑛一

救済会理事長

内村祐之

内務大臣 潮 恵之輔 殿

【文書②】日本精神病院協会

内務大臣諮問事項「精神病の發生を防止する方策如何」に對する答申書

昭和 12 (1937) 年 11 月

出典：日本精神衛生協会「精神衛生」11号、1937掲載

「精神病遺傳の防止」のみ内容を転記、他は項目名のみ記載

内務大臣諮問事項「精神病の發生を防止する方策如何」に對する答申書

- 一、收容施設の擴充（略）
- 一、精神衛生研究所設置（略）
- 一、国民精神健康調査（略）
- 一、兒童の精神衛生と兒童相談所の普及（略）
- 一、精神衛生相談所の普及（略）
- 一、精神病専門技官の増員及精神病事務に當る警察官其の他に對し精神衛生講習會の實施（略）
- 一、邪教及迷信的療術行為の禁止（略）
- 一、特殊施設の擴充（略）
- 一、院外保護の確率（略）
- 一、麻薬、酒精等の中毒防止（略）
- 一、花柳病豫防（略）
- 一、精神病遺傳の防止

精神病の過半数は遺傳性の疾患と稱せらるを以て其遺傳の防止に對する適切なる方策を確立するの必要なるは論を待たざる所なり。

其の具體策として擧げらるゝものは次の如し。

イ、隔離

精神異常者を病院其の他に收容して社會より隔離すれば自ら生殖の機會を有せざるを以て收容施設の擴充は先ず第一に圖るべき緊要事なり。

ロ、結婚及産兒の制限又は禁止

遺傳性精神異常者の結婚を制限又は禁止するは理論上發生防止に有効なるべきも斯くの如き精神異常者は自ら抑制する能力を缺く者多く又生殖は必ずしも正常の結婚生活に於てのみ行はれるものに非ざるを以て其の効果を過大に期待する事を得ず。但し間接には社會教育的の價值を有するは勿論なり。産兒制限に就きても同様の事を言い得べし。

ハ、去勢

精神異常者にして性的犯罪を爲したる者に對しては特に刑罰の意味も含めて去勢を行ふを適當と認めらる。

二、女子精神異常者の人工流産

女子精神異常者にして妊娠したる者に對しては遺傳防止其の他の見地よりして人工流産を施し妊娠を中絶せしむるを必要と認むものなり。

ホ、斷 種

斷種法を制定して遺傳性精神異常者の發生を防止するは我國に於ても屢々其の必要を説かれたる所なり。即ち斷種を徹底的に實施するは直接に精神病の發生の根源を絶つが如くに思はるるを以て今日世界の流行となりたるの觀あり。勿論遺傳の明確なる場合に斷種を行ひ得るの途を開くは極めて望ましきことなるも概括的に遺傳性なりとの認定により直ちに之を施行するは尚甚だ考慮の餘地ありと信ずるものなり。

然も優生學的に斷種を施行するは徹底的に之を行ふに非ざれば殆んど効果無きに近かかるべきを以て先ず精神病の遺傳に關し慎重なる研究を行ひ其の結果に基きて有効適切なる斷種法を制定するを肝要なりと思考するものなり。

一、社会生活の改善（略）

一、産業衛生の改善（略）

右及答申候也

昭和十二年十一月

日本精神病院協會

理事長 三 宅 鑛 一

内務大臣 馬場鑓一殿

【文書③】日本精神病院協会断種法制定の可否に関する特別委員会

「断種法制定に関する決議」（委員長 内村祐之）昭和 14（1939）年

出典：日本精神衛生協会「精神衛生」14 巻 4 号、1939 掲載

断種法制定に関する決議

日本民族現下の非常時に即應し將來永遠の光輝ある發展を企圖する爲に民族優生に關する施設を速かに充實するは是に焦眉の急務とす。したがって断種制度の確立は其の趣旨に關する限り何人と雖も是を否定する理由なし、只立法及び實施に際し、出来る限り慎重を期し、科學を十分に尊重し社會的影響を顧慮し一切の弊害を排除し有効適切にして而かも過激に亘らざるを要す。即ち次に掲ぐる各項の條件に基きて其の立法の速かなるを要望するものなり。

尚断種の對象として最も重要なる可き精神異常者が逐年夥しく激増しつゝある現狀に鑑み彼等をして遺憾なき保護治療を受けしめ速かに全治の上有用なる社會人として再起奉公せしむる事の國家社會の見地よりして最も肝要なるは是亦論を俟たざるところなり、然も今日我國に於ける之が保護治療施設は極めて不十分に於て多數の病者に對し科學的の早期治療を施すが如きは到底不可能の事なり。依つて断種法等各種の民族優生施設充實の必要なるは勿論なるも是と共に一面精神病院其他の收容保護施設の急速なる擴充を圖り其の保護治療上遺憾なからしむる事を併せて希望するものなり。

- 一 断種は主として自發的の希既（ママ）に基き強制は必要なる限度にとゞむること
本人判斷能力なき時は其の監護義務者の希望に基くこと
- 二 對象の規定方法は病名列舉主義を避くること
- 三 遺傳性疾患なりとの認定のみによつて断種を實施することなく個々の場合に當たつて子孫に遺傳發病する危險特に大なりと認められる場合に限ること
- 四 さらに右の場合に於て同一家系に優秀なる才能を併せ有する時には断種可否につき慎重に考慮すること、換言すれば何等の優秀性無しと認められる場合に初めて断種を行ふこと
- 五 對象の種類としては遺傳性精神病、遺傳性精神薄弱、遺傳性盲聾其の他重篤なる遺傳性疾患及び其の遺傳素質を有するものとする
- 六 右の對象は收容施設外に在るものに限らず施設内在に（ママ）るものについても特定の條件に於ては同様に扱ふこと
- 七 断種可否の判定は精神病専門醫を主要なる構成分子とする特別委員會に一任すること
- 八 断種手術は手術に練達せる醫師をして特定の病院に於て行はしむること
- 九 手術の費用は成る可く公費を以て賄ふこと
- 十 断種は優生學的目的の場合にのみ許可し、社會的、刑罰的のものは認めざること
- 十一 去勢手術も場合によりては實施し得る様にすること

- 十二 X線照射による斷種も身體虛弱にして手術に耐へざる女性に限り行ひ得る様にすること
- 十三 斷種確定せる婦人にして妊娠中なる場合には胎児に生存能力なしと認められる限度に於て其の中絶を實施し得る様にすること
- 十四 本法實施に際しては充分優生思想の普及徹底を計り徒に斷種を恐怖せざる様寧ろ斷種報國の思想に導く様極力努力すること
- 十五 又精神病悉く遺傳病なりとする誤解の生ぜざる様充分努力すること。尚其の他豫想される悪影響については其の除去につき萬全の策を講ずること
- 十六 斷種法は民族優生施設（ママ）の一部分なるを以て其の立法と同時に他の優生方策も併せて實施し各方面より力を集中すること。即ち結婚禁止又は制限等結婚健康に關する法規を制定し更に進んで健常なる人々の多産を積極的に獎勵し各種方策相俟つて國平均素質向上を期すること

【文書④】日本精神病院協会

厚生大臣諮問「事變下に於ける精神衛生の對策如何」に對する答申案

昭和 15 (1940) 年 11 月

出典：日本精神衛生協会「精神衛生」15 卷 6 号、1940 掲載

「前文」「精神病の發生防止」「法規の制定及改正」のみ内容を転記、他は項目名のみ記載

厚生大臣の諮問「事變下に於ける精神衛生の對策如何」に對する答申案

凡そ國家興隆の根基は優秀健全にして旺盛なる精神力を有する國民を益々多數に擁するにあり。

我國二千六百年の光輝ある歴史は蓋しこの事實を立證するものと言ふべし。

然るに近時西欧文化の浸潤と社會生活の複雑化とに伴ひ漸く國民資質の低下を來たさんとしつゝあるは寔に憂慮すべき事態にして國家悠久の發展の爲に之が對策の確立は極めて緊要とさるゝ所になり。

今や國を擧げて興亞の大業に當り、未曾有の非常時局に直面せるの秋、健全にして豊富なる人的資源の涵養を特に絶對要件とするは言を俟たざる處にして之が重要方策の根幹たる精神衛生を振興し、精神缺陷の發生防止及治療保護による作業力の恢復、一般國民の精神作業能率の向上等各般の施設を充實し以て他の人口政策と力を協せて優秀健全なる國民の増加を圖るに非ずんば國家將來に不測の禍を招來する虞無しとせざるなり。

本諮問に接し平素抱懷する微意を述べて此處に答申書を提出するを得るは我等の等しく欣幸とする處にして速かに有効適切なる國策を樹立し皇國永遠の礎石を不動ならしめんことを切望して止まざる次第なり。

一、國民精神能力の検査（略）

二、産業分野に於ける精神能力検査精神衛生に關係ある施設の擴充（略）

三、精神衛生施設の擴充（略）

四、精神病者處置の改善（略）

五、精神病の發生防止

精神病の豫防はその原因の如何によりて自ら多岐多様なるべしと雖も大別して遺傳衛生方策による内因性精神病の發生防止。環境衛生による外因性精神病の防遏並びに各種發病誘因の除去の三者を擧ぐることを得。之等は何れも更に多數の方策に細分し得べくその各方面に對して積極的な豫防方策の實施を必要とす。

精神病の豫防が時局下に於て特に緊要とされる所以は既に詳述せる所によりて明白にして敢へて多言を要せざる所なり。豫防方策の主要なるものを列記するに次の如し。

（一）國民優生法の適切なる實施。

- (二) 優生結婚相談による健康結婚の奨励
- (三) 不衛生、不規則なる生活精神の過勞衝撃等發病誘引の除去。
- (四) 性病殊に梅毒の撲滅。
- (五) 酒精、麻藥等の濫用防止。
- (六) 頭部外傷殊に出産時及び生後幼少時に於ける外傷防止。

六. 法規の制定及改正

以上各般の精神衛生方策を遺憾無く實施する爲には一方に於て優生結婚に關する法規を制定すると共に他方精神病に關する現行法規を改廢統一して有効適切且強力なる精神病者法を制定せざるべからず。而して前者に於ては遺傳病者、惡質慢性遺傳病者惡質慢性中毒患者等に對する結婚制限は結婚前健康證明書の交附、優生結婚相談所管制等につき規定し後者に於ては廣く精神缺陷者の治療保護を目的とし收容施設と院外保護の充實を圖り精神缺陷者の届出、強制入院又は強制治療其の他必要なる事項を規定するを要す。即ち次の如き法規の制定及び改正を要望するものなり。

- (一) 優生結婚法を制定すること。
- (二) 精神病者監護法及び精神病院法改廢統一して精神缺陷者法を制定すること。

【文書⑤】日本精神衛生会・日本精神病院協会

「陳情書」昭和 28（1953）年

出典：日本精神病院協会「二十年：社団法人日本精神病院協会」1971 掲載

陳情書

精神障害による惨害が結核や急性伝染病の惨害と同様に社会的に如何に重大な問題であるかは今日の常識であります。

それにも拘わらず精神衛生に関する施策は、結核や急性伝染病対策に比すれば雲泥の差があり、極めて貧弱であります。これがため益々社会問題を増大せしめつつあるのであります。わが国における精神衛生に関する施設の中心である精神病床は、欧米諸国の八分の一乃至、十分の一に過ぎない実情であります。諸外国の例に照らしても結核または急性伝染病の如き疾病は一般に文明の進歩と共に懺滅の傾向を辿るのに対して、精神障害は文化の進展、社会生活の複雑化と共に益々増加の傾向を持つものであり、専門的の調査あるいは統計によって見ても精神病の発生率は欧米諸国の場合と殆ど同様であります。

この跛行的状態がこの方面の実務に当る者にとっても患者をかかえた家族等にとっても非常な困惑と焦燥を感じしめているのであります。

都市においては、更に住宅事情等から一層困難な事情にあるのであります。なお周知の如く公安上の必要から強制入院をさせる者であっても都道府県の財政力の不足および病床の不足の影響を受けて、その措置がとられないでいるものが甚だ多く、そのため社会的不安を増大しつつあるのであり、更に治療が長期に至るために家産を傾け家族全体が経済的落伍者となるものの事例も多いのであります。斯くの如く精神衛生の対策の不足からくる障害は、これ以上放置しえない状態まで来ているのでありまして、今にして根本的対策を講じ早急に諸種の施策を実行せざれば、国家的損失および個人の不幸は大変なものがあると存じます。わが国における公衆衛生施策は、戦後著しく進展致しましたが、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、ここに左記施策の実現を強く要望し、三五〇万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。

記

- 一 精神病床の劃期的増床を図ること。総病床数十五万確保を目標として少なくとも昭和二十九年年度は、一万五千床を実現されたいこと。
- 二 精神衛生相談所を早急に全保健所に併置し機を全からしむる財政措置を講ずること。
- 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 精神衛生に関する調査研究を推進するため早急に国立精神衛生研究所の拡充強化を図ると共に各方面の研究を補助、奨励すること。

五 精神衛生行政の強力なる推進を図り各関係機関の連絡調整を図るため厚生省公衆衛生局に精神衛生課を早急に設置しこれが充実を図ること。

以 上

昭和二十八年七月

日本精神衛生会 理事長 内 村 祐 之

日本精神病院協会 理事長 金 子 準 二

5つの文書と時代背景

ここから5つの文書が作成された当時の時代背景と関係者の発言を追っていく。

「精神病対策確立に関する陳情書」1936年【文書①】

まず、国民優生法制定前に作成された陳情書（文書①）についてである。

三宅鑛一（日本精神衛生協会、公立及代用精神病院協会）と内村祐之（救国会）は、1936年に連名で10項目にわたる陳情書を内務大臣宛てに提出している。「日本精神衛生協会」「救国会」ともに前述の通り、いまの日本精神衛生会の前身である。

陳情書前文で、三宅と内村は様々な精神病対策を訴えながら「健全正常なる人々が減少し精神異常者が増加する現象は之を民族の変質と称し臆（やが）てはその国力を減退せしむる要因として夙に恐れたる事実なり」と優生思想を明確に示している。

2項目目では、「精神病者中には過激なる思想を抱きて社会の秩序を破壊し、又浮浪徘徊して其の住所、原籍地不明なる者多し」と治安維持的観点から、患者収容のための国立精神病院設置を求めている。

8項目目では「精神病者の過半数は遺伝性のものなるを以て断種法を制定して出来る限り伝染性精神病者の発生を予防せられたし」と、「断種法制定」を求めている。

「精神病の発生を防止する方策如何」に對する答申書 1937年【文書②】

精神病対策確立に関する陳情書（文書①）を提出した翌年、日本精神病院協会（前身は公立及代用精神病院協会）は、三宅鑛一理事長名で、「精神病の発生防止」に関する内務大臣の諮問に答申している（文書②）。

「精神病の過半数は遺伝性の疾患と稱せらるるを以て其遺傳の防止に對する適切なる方策を確立するの必要なるは論を待たざる所なり」とした上で、具体策として「隔離」「結婚及産児の制限又は禁止」「去勢（「精神異常者にして性的犯罪を為したる者に対しては特に刑罰の意味も含めて」）」「女子精神異常者の人工流産」「断種」を挙げている。

【文書①】と【文書②】の提出者のこと

（文書①）と（文書②）の提出者である三宅鑛一（日本精神衛生協会、公立及代用精神病院協会）は、断種肯定論者として知られている。昭和14年（1939）には雑誌「科学知識」が主催した会において、「私は現在の日本国民1億のうち、極端

な断種論者ですが、1千万人くらいは断種していいと思ふのです。さうしたら低能は全部断種です」と発言している。

三宅と連名で陳情書（文書①）を出した内村祐之には、表だって断種を推進する発言は見当たらない。述懐を含め、いくつかの論稿は後に紹介するが、まずは内村が理事長を務めた救治会の歴史を紐解いてみる。

救治会と陳情書【文書①】：民族衛生と患者保護の視点の混在

「救治会」は、貧しい精神病者の治療、看護を援助することを目的として1902年に呉秀三（東京帝国大学教授）が中心となって立ち上げた慈善団体である。世界的にも古い歴史をもつ精神衛生のNGO（非政府機関）であり、発足時の名称は「精神病者慈善救治会」であった。

呉は、1910年から6～7年かけて国内の患者の実態調査をおこない、本来治療・保護の対象である国内の精神病者が私宅監置の状態に置かれ、「罪もなく窮状に陥り、医療が与えられていない者」となっている現状を明らかにした。有名な言葉に、「我が邦十何万の精神病者は実にこの病を受けたるの不幸のほか、この邦に生まれたるの不幸を重ねるものというべし」がある。呉は「日本精神医学の父」と呼ばれている。

「救治会」は慈善活動に加え、精神病の症状、原因、予防、治療や早期入院の必要性について啓発活動をおこなっていたが1921年にその名前から「慈善」の文字を消し「精神病者救治会」と改名した。この頃の日本は、慈善事業団体が社会事業団体に発展する動きがあり、救治会もその流れに倣った可能性がある。

関東大震災後の1924年に救治会は松沢病院臨時救護所を設立し、同時に、神田駿河台に「精神病者相談所」を開設して「精神病者の治療上看護上或いは法律上等一切の相談を引き受け」た。1933年の救治会会報では、府立松沢病院内で「精神病及神経病に関する一切のご相談に応じます」との告知もあったという。「一切の相談を引き受ける」という文言に、慈善事業でありながら社会事業として相談事業を展開する姿勢をみて評価する声がある。

一方、救治会が名称を変えた1921年は、日本で断種法制定が語られ始めた時期と重なる。

「医制八十年史」には「わが国において民族方策、殊に断種法制定の問題が真剣に論ぜられるに至ったのは、大正15（1921）年6月内務省の保健衛生調査会が民族衛生の問題を取り上げたことに始まった」と記されている。同調査会は1930年には「民族衛生に関する特別委員会を設けて各種の具体的方策、就中（なかんずく）断種法について調査研究を続け」、一方「同年日本民族衛生協会（会長永井潜）が創始せられて主として優生運動に当り、又同年日本精神衛生協会（会長：三宅鑛一）も設立されて、精神障害者の予防が主唱され、昭和8年には人口問題研究会が内務省社会局福利課に設けられ、漸次国民の資質向上へと社会の関心は高められていった」という。

- 参考 ・ 金川英雄、〔現代語訳〕 呉秀三・ 榎田五郎「精神病者私宅監置の実況」、医学書院、2012
- ・ 厚生省医務局、医制八十年史、1955
 - ・ 末田邦子、戦前日本における精神衛生相談事業の制度化への動き：精神衛生関連団体の検討、社会福祉学、57 巻 1 号、2016
 - ・ 中谷陽二、危険な人間の系譜：選別と排除の思想、弘文堂、2020
 - ・ 日本精神衛生会 WEB サイト

上記のように 1920 年代から 30 年代にかけて精神衛生に関する社会事業活動や、精神科医の言説は、軸足を「保護・治療」に置くものと「発生予防・民族の素質向上」に置くものが併存していた。

1936 年の陳情書の前文は、国策としての民族衛生（優生思想）が強く影響していることがありありと分かるが、続く陳情内容には患者保護の視点も存在するのは、このような時代背景があったと考えられる。

精神科医による「断種法」反対・慎重論

1936 年の陳情書（文書①）が作成された 1930 年代には、精神科医の間に断種法反対論・慎重論が存在した。また、肯定論者の中にも任意断種についてのみ容認し、強制断種には懐疑的な声も存在していた。

たとえば、植松七九郎は、「精神病の遺伝学がわかっていない今日なにを根拠として人道上にも社会上にも影響の大きい法律を制定しなければならないのか」と述べ、菊池甚一は強制断種は治療医学の逆行であり徹底的に反対するとした。

成田勝郎は不良少年が断種の対象とされるべきでないことを実証し、三浦岱栄は断種の優生学的効果に疑問を呈した。

秋元波留夫はドイツ断種法を推進した精神病遺伝学者リューデインの演説を紹介し、断種の推進は精神病学および精神病治療に重大な「危機」をもたらす（精神病者は早晚絶滅するから治療も精神科医も訓練を受けた看護者も不用となり、単に精神病者収容所があればよいという誤った世論を生み出す）と警告している。

さらに、推進派とされている吉益脩夫も精神疾患の遺伝が十分には解明されていない現状では強制断種はとるべきではない点を強調した。

「精神衛生に関心をもつべきものとして（断種に）反対すべき理由はない。」と述べていた齋藤玉男も、断種によって遺伝性精神異常者の絶滅は期待されないとしていた。

- 参考 ・ 岡田靖雄、優生保護法の時代を生きる：ある精神科医の戦後史、六花出版、2024
- ・ 衆参両院厚生労働委員長、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第 21 条に基づく調査報告書、2023.6
 - ・ 末田邦子、戦前日本における精神衛生相談事業の制度化への動き：精神衛生関連団体の検討、社会福祉学、57 巻 1 号、2016
 - ・ 中谷陽二、危険な人間の系譜：選別と排除の思想、弘文堂、2020

- ・日本精神衛生会 WEB サイト
- ・山本起世子、優生および精神衛生政策の展開と精神障害者の処遇の変遷：1900 年代~1950 年代の日本において、園田学園女子大学論文集 50 号、2016

中でも金子準二は断種法に強く反対した一人である。1940 年の論稿には 15 余りの理由が挙げられている。以下にいくつか紹介する。

人類の遺傳生物學的研究は不完全で社會に利用される域には達していない、精神病の発病原因は単一なものと考えられない、精神病の診断は極めて難しく不確実である、診断を附ける事は出来ても程度を決めることは困難である、精神病患者の断種では優生學的の目的は達せられない、日本の統計には断種を許すべきかの法律の材料になるものはない、精神病の治療率が愈々殖えてきた、断種法を制定すれば却って精神病の素質のあるもの同士が結婚する危険を増す、専門家に診断を受ける事を恐れ医者も断種法に列記しない病名を附ける傾向が生じ、精神病を隠蔽し早期治療に非常な障害を来す、優生學的断種委員会の決定に従ひ自己の医学的信念に反して施術するは医師本来の使命に反する冒瀆的行為である医師として死刑執行人の地位に顛落せしむるものである。（優生学 Eugenics 175 号、1940）

「断種法制定に関する決議」1939 年【文書③】

賛否の議論が続く中、帝国議会では 1934 年~1939 年の間、議員によって 5 回に渡り断種法が提出されたが成立していなかった。

1938 年に発足した厚生省は、断種法の可否について、日本精神病院協会（全国の精神病院院長を以て組織）に意見を求め、日本精神病院協会は内村祐之（東大教授）を委員長とする「断種法制定の可否に関する特別委員会」を数回に亘り開催し、1939 年に、条件付きで断種法を支持する「決議（断種法制定に関する決議）」を取りまとめた。

決議では、「断種制度の確立は其の趣旨に關する限り何人と雖も是を否定する理由なし」とした上で、「只立法及び實施に際し、出来る限り慎重を期し、科學を十分に尊重し社會的影響を顧慮し一切の弊害を排除し有効適切にして而かも過激に亘らざるを要す」と 16 の条件を列挙している。

たとえば、強制は必要な限度にとどめる、対象の規定方法は病名列挙主義を避ける、遺傳性疾患の認定のみをもって断種を実施しない、断種可否の判定は精神病専門医のいる特別委員会に一任する、手術は練達する医師により特定の病院でおこなう、社会的刑罰的な断種は認めない、精神病はすべて遺傳病という誤解や悪影響の除去に万全の策を講じる、など。

日本精神病院協会理事会は、この決議を満場一致で承認し厚生省予防局長に答申し、翌年の 1940 年、政府により提出された国民優生法が成立した。

なお、特別委員会設置の経緯については、精神衛生 14 巻 4 号に次のような記録がある。

「厚生省に於ては國家の躍進、民族の發展が國民精神の作興と物質的環境の改善に在つて、此の理想を達成せんが爲には生物學の原理に従ひ民族の素質の改善向上に努むる目的の下に優生課を設置する手前近き将来に斷種法を制定する事となり、昨秋前後二回に亘り醫學界、法曹界の權威者の參集を求め斷種法制定可否に關する協議會を開催し意見を徴した。所が賛否の意見が何れとも決定しなかつたが、大勢は時期尚早に傾いたので厚生省としては斷種制度の樹立に關し今後相當期間調査研究すべく十四年に於て豫算二萬圓を計上し、先づ全國約二千名の精神障害者の家系調査を行ふとなつた。更に斷種法制定に關し直接最も關係ある日本精神病院協會に於て「斷種法制定の可否」に關し意見を求めた」。

國民優生法の適切運用の根拠とされた精神科医たちの答申

精神科医たちの「決議」は、國民優生法成立にどのような影響を与えたのか。たとえば成立直前の国会議事録（第75回帝國議會、衆議院國民優生法案委員會1940.3.15）には、精神病の専門家が國民優生法を了としたことをもって当該法律に問題がないことを厚生省が答弁する様子が記録されている。

議員が「（精神病者に手術をおこなったときの本人・家族への影響について）廣ク日本ノ民間ノ精神病ヲ扱ツテ居ル、サウ云フ有名ナ方々ノ御意見デモ御伺ニナツタノデアリマセウカ」と問うたのに対し、厚生書記官は「特ニ精神病者ヲ扱ツテ居リマス所ノ精神病院長等ノ意見ニ付キマシテモ、之ヲ行フ上ニ於キマシテハ、實際ノ取扱ノ經驗ヨリ本案ノ如キ律制ノ出來マスコトニ付キマシテ、強イ要望ガアツタノデアリマス（中略）精神病ニ於キマシテハ帝大ノ三宅名譽教授、或ハ内村教授、慶應ノ植松教授等、精神病ノ専門教授ヲ初メ生理學、衛生、外科遺傳學、各方面ノ専門家ノ方ニ（体力審議會の）専門委員ヲ御願致シマシテ、十分此ノ實施上ノコトニ付キマシテ御意見ヲ御述願ツタノデアリマシテ、（中略）何レモ此ノ手術ニ付キマシテハ危險ノナイモノデアル、又病氣ノ認定等ニ付キマシテモ、遺憾ナク出來得ルモノデアルト云フ答申ヲ得タノデアリマス」と、精神科医たちの名を挙げて答えている。

また、同じ議員が「現ニ民間ノ精神病ヲ扱ツテ居ル醫者ノ中ニハ相當反對モアルト云フコトヲ聞イテ居リマス（中略）サウ云フコトガアツタノデアリマスカ」と質問した際にも、厚生省豫防局長は「精神病専門家ノ中ニ色々御意見ガアリマシタコトハ御話ノ通りデアリマス（中略）但シ今マデ御説明致シマシタヤウニ、精神病ハ全部遺傳病デアルト云フコトハ固ヨリ考ヘテ居リマセヌシ、其ノ遺傳ノ關係確實ナルモノニ付キマシテ、且ツ治療等ノ不可能ナル者ニ對シマシテ、任意申請ヲ原則ト致シマシテ、斯様ナル案ガ出來タト云フコトガ傳ハリマスルト、大抵ノ關係者ハ何レモ賛意ヲ表シテ居ルヤニ感じテ居リマス、只今モ申シマシタガ、全國ノ精神病院長ノ聯盟ノヤウナモノガアリマシテ、其ノ會議ノ席上デモ之ニ同意セラレタヤウナ次第デアリマス」と答えている。

この答弁をした厚生省予防局長は、前年に日本精神病院協会から「断種法制定に関する決議」を直に答申された人物である。

国民優生法の成立（1940年3月）

1940年3月、国民優生法は成立した（施行は1941年）。断種法に対して「直接最も関係ある」全国の精神病院長の団体の容認（決議）は、法制定の後押しになった可能性がある。一方で、「出来る限り慎重を期し、科学を十分に尊重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かも過激に亘らざるを要す」との念押しは、16の条件と合わせてそれまでの反対論を汲むものであり、優生手術の運用に抑制的に働いた可能性もある。

「事変下に於ける精神衛生の対策如何」に對する答申案 1940年【文書④】

国民優生法の成立から施行までの間に、日本精神病院協会は、厚生大臣の「精神衛生の対策」に對する諮問への答申案を作成している。

答申案には「精神病の発生防止」という項目があるが、そこにかつてのような「断種」「優生手術」を推進する文言はなく「国民優生法の適切なる実施」という表現にとどまっている。これが断種推進・抑制どちらの含意かの判断は難しいが、主要なる予防方策の第一に「国民優生法」が掲げられていることは確かである。

答申案ではまた、国民優生法成立（断種法制化）後の制度的課題として、「精神衛生方策を遺憾無く実施する爲には一方に於いて優生結婚に関する法規を制定すると共に他方精神病に関する現行法規を改廢統一して有効適切且強力なる精神病者法を制定」しなければならないと記されている。

厚生省による国民優生法解説（1942年、1943年）

国民優生法成立後、厚生省は、雑誌「優生学 Eugenics」に国民優生法に関する解説を複数回寄せ、法の目的と意義を説いている（優生学 198号、1942年）。

1942年には、予防局優生課が概説の中で次のように述べている。

「本法の目的は第一條に規定せられて居る即ち悪質なる遺伝性疾患の素質を有するものの増加を防遏すると共に健全なる素質を有するものの増加を図り以て国民素質の向上を期するに在る」

「遺伝性疾患は如何に治癒その他環境の改善を図るとも、発病の根源たる遺伝素質＝遺伝因子＝を変更し之を改善すると云ふことは全然出来ないのであるから、之が生殖を阻止する以外根本的方策はない」

「遺伝性疾患の治癒は極めて困難であり、仮令その人一生の間再発しない迄に治癒した場合と雖もその子孫には矢張り同一の遺伝素質を遺伝するのであるから、遺伝性疾患防遏の根本対策としては、生殖阻止一本法では優生手術以外にはないのである」。

また、1943 年の解説冒頭「国民優生法はなぜ必要か」という項目の中では、第一条の文言を繰り返したのち、「實に国力の基礎は国民の人口である。そしてその人口は何處までも健全でなければならない」、「不健全素質者、殊に悪質の遺伝病者は本人にも家族にもまことに気の毒であるばかりでなく、犯罪性や社会不適応性があるから社会にとっても大変困った問題である」、「遺伝的欠陥者の発生を防ぐことは民族悠久の問題ではあるが、また、実に国家社会の経済上、犯罪防止上及び個人の福祉上、その他有形無形の効果を十分に期待出来るものである」と述べている（優生学 Eugenics 209 号、1943 年）。

内村祐之の述懐

ここから 5 つの文書の多くに関与した内村祐之の論稿をいくつか紹介する。

内村祐之は、救済会理事長、日本精神衛生会理事長、東京帝国大学教授等、精神医学界の要職を務め、国民優生法・優生保護法に関する少なからぬ会議で委員（あるいは委員長）に迎えられていた。内村が精神医学界の権威であり、その意向や発言が影響力を有していたであろうことは想像に難くない。その内村が断種法制定を求め、精神疾患患者の遺伝防止のための優生手術の促進を求めた意味は重い。

国民優生法成立直後：内村祐之の述懐①（1940 年の寄稿）

まず国民優生法制定後まもなくの帝国大学新聞 813 号（1940.5.27）に寄せた内村祐之の文章（断種法の過去と将来：国民優生法への期待）からみていきたい。少し長くなるが引用する。

「ナチス独逸が断種法を布いて以来、わが国に於ける同法への関心は俄然昂まった。然もそれは極く少数の精神医学者を除くと、むしろ基礎医学者の間に於いてであった。これは奇妙な現象であるが、この傾向は最後まで継続したと言ってよい。断種の最多数の対象は精神病であるが、精神病対策の第一歩は精神病者の隔離保護施設であるとして、貧弱な本邦施設の拡充を主張して居た精神医学者にとっては、断種法の実施の如きは所謂二の次の問題と感じられたからであらう」

「国民優生法の主目的は、優生手術の実施によって遺伝性悪質者の子孫を絶ち、以って悪質者の増殖を防止して、優秀な民族資質を保護するにある。悪質としては遺伝性疾患及び畸形の全てが含まれるが、之等の内で再多数に存在するのが精神疾患及び精神欠陥であるから、結局本法実施の暁には、数量的に、精神医学範囲内で最多数の本法適用者が見出される訳である。所で新しい教養を有する精神医は、遺伝性精神疾患の存在すること、及び精神病累積の家系が存在して居ることを疑わず、従ってあらゆる視角から断種を必要とするやうな症例を知っている筈である。夫故に断種や妊娠中絶の如き施術が法律の上で許されなかった現在までの事情は、確かに不合理であった。斯る意味でも今回の法律は大きな進歩であると称し得られると思ふ。

然し他方に於いて臨床的経験を豊富に積み積むほど、遺伝径路の不規則なこと、突然変異を思はせるような発病例の多いこと、遺伝性精神病と相貌を同じうする他種精神病のあること等を知る機会が多くなって、断種の適否を単純な遺伝生物学で判断することに、著しい危惧を感じることにも事実である。この様な点が又断種法の可否を論ずる際に、精神医学者の態度を消極的ならしめた真相であったとも思ふ。内因外因の錯雑した原因が加はって起る精神疾患の如きを、仮にもメンデル律の単一なモードで律せんとする事が、抑々（そもそも）誤謬を生む所以なのである」

「言う迄もなき事ながら、真の国民優生は、悪質芟除のみの謂ではなく、又悪質芟除も単なる優生手術のみで到底到達されるものではない。国民優生法は単に一つの方法たるに止まるもので、優生結婚法の制定、優生知識の普及、隔離施設の整備等の併せ行はれる事が大なる目的の達成にとって必要である」。

「本邦優生法制定の動機となったナチス獨逸でも、適用判定の傾向が近時著しく慎重となった旨報ぜられて居る。診断遺伝径路等が十二分に吟味せられた後に、初めて手術の決が下されるとの事である。それは余りにも當然のことであり、我々が本邦に於いても希望するのは、この慎重な態度である。確実な足どりで決して功を急がない様に、殊に當局に要望したいと思ふ。國民各自の胸中に流れるものが、人と國とに對する熱い衷情であるならば、着實なる實行も大なる成果を齎（もたら）すべき途に外ならぬと思ふ」

精神医学者の消極的態度：内村祐之の述懐②（1968 年の手記）

1968 年発行の手記「わが歩みし精神医学の道」では、内村祐之は国民優生法制定当時のことを振り返り、次のように述べている。

「（新設の厚生省が）民族衛生協議会を開き、また国民体力審議会等をも主催して、精神医学も含めた各方面の意見を徴することにしたので、この辺から、私も委員として相談に加わるようになった。

これらの会合の内容は、今日あまり記憶に残っていないが、ただ一つ、印象的だったのは、他の専門領域から出た委員連と違い、精神医学畑の人々が、優性保護法（原文ママ）について、終始、消極的、懷疑的立場を採っていたことである。時勢のおもむくところ、如何ともしがたいとは感じながらも、生殖可能な精神疾患患者の中から、その子孫に確かに悪質を遺伝すると確信できる者を、多数選り出すことができるであろうか、それが、患者の家系内にある良質を同時に摘み取ることになるのではなかろうか、それから患者を収容すべき精神病院を整備することは後廻しにして、こんな方法を採用することが果たして正当な政治であろうか、などに思いをめぐらしたためではあるまいか。特に植松七九郎慶大教授や、金子準二氏らの態度は最もはっきりと否定的であった」

「こうして長い議論の末に出来あがった法案は、主として精神医学者の側から、行き過ぎのないようにと、さまざまな注文をつけたため、比較的簡単な断種法であ

るにもかかわらず、前後 20 条におよぶ長いものとなった。たとえば強制を廃して任意性とするなどの細かい配慮を取り入れたのである」

「時代の力に押されて出来上がった国民優生法は、その後、その実施をあまり強方に推進されることもなく、結局、泰山鳴動して、ねずみ一匹で終った観があった。それには、精神医学者側が全幅の協力をしなかったことも影響していたと思う。（中略）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はないのである」

学問的根拠の欠如に対する屈辱感：内村祐之の述懐③（1968 年の手記）

精神科医として国民優生法に注文をつけたことを肯定的に述懐した内村であったが、一方で「何ともやりきれぬ気持ち」をもったことを、先の手記で述べている。

「審議のあいだ、私を何ともやりきれぬ気持ちにさせたのは、この優性保護法（原文ママ）が、学問の成果に基礎を置くべき立法であるにもかかわらず、わが国自身の材料による学術的資料の皆無に近い状態において可決されたことだ。ごく数の少ない家系例を除いては、精神異常の全般を大観できるような特別の資料が、当時はわが国にまだ備わっていなかった。そこで局外者は、このような濃厚遺伝が通則でもあるかのような誤解を抱きやすく、また、われわれとしても、リューディン一派の研究結果を参考にする以外に方法がなかったのである。しっかりした自国の経験をもたず、ただ外国の所見だけを頼りとして法律をつくるとは、学問をする者にとり、この上もなく恥ずかしい、また非良心的のことである。この屈辱感と、これを何とかせねばならぬという責任感とを、このとき、私はヒシヒシと感じたのであった」「遅ればせながら、わが国自身の資料を作りたい。そして、わが国人と外国人との異同を知っておきたい、それが、この立法審議当時の私の心境であった」

地域一斉調査、安堵・なお残る疑問：内村祐之の述懐④（1968 年手記）

1940 年～1941 年にかけて、東大精神科教室、松沢病院（いずれも内村祐之が長）による地域一斉調査が、八丈島・三宅島・東京都池袋・長野県小諸町でおこなわれた。

ヨーロッパの離島や農村などの調査で得られた数字と著しい隔たりがなく、むしろ近似の所見を得たときの気持ちを、内村は手記で次のように振り返る。

「外国の研究に頼って出来たわが国の国民優生法ではあるが、わが国の精神疾患の実情が、外国のそれと同じであることが判明した結果、当時の屈辱的な気持ちが幾分とも救われたことである。わが国の立法にも、少なくともナチスドイツのそれと同じだけの学問的根拠はあったわけだ。但し、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、まだ、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、向後絶対に避けねばならぬと痛感した次第である」

あとづけの地域一斉調査結果に安堵しながら、それを十分な所見と内村が確信できないのはなぜであろうか。

日本の国民優生法が参考にしたのは、ドイツ断種法の学問的根拠となったリューディンの研究結果であった。

内村は、リューディンを「押しも押されぬ権威」と認め、ドイツの断種法に「学問的基礎があったことは認めていい」とする。一方で、リューディン自身が自らの研究結果が断種法制定に十分と信じていたか、断種法によって民族の健康保持・改善をできると確信していたかについては「さすがのリューディンも、ナチスの権勢に押し切られて、御用学者的存在となり終わったのではあるまいか」と疑問を抱いている。

内村が自国のデータを得てもなお十分な所見と確信できない背景には、このような思いもあったかもしれない。

優生保護法の成立（1948年）

1948年、優生保護法が成立する。優生保護法では、遺伝性精神病、遺伝性精神薄弱等に対する強制不妊手術が認められたが、国民優生法のときのような精神科医の反対の声は聞こえてこない。

人道上の理由から断種法制定に反対していた植松七九郎も著書（精神医学、文光堂、1948.1）の中で、「戦後各種の事情の変って来た今日では、此法律（国民優生法：筆者注）に重大な改正を加えるべき情勢となっている、即ち、極めて悪質のものは強制的に断種すべきであり、各種の手續を簡易化することが要望されている」と強制断種を肯定している。

一方で、「精神病者に対する優生的処置（結婚制限、避妊、隔離、断種）の中では、施設への隔離収容が最も有効な方法」、つまり、彼らを保護・治療することによって、優生学的な目的も達することができるため「一石二鳥」で、「日本が文化国家と云ふからには何よりも先ず此の方面に対して最大の努力を致すべき」と、断種以外の手段も推奨している。

法律の優生学的目的は肯定しつつ、断種が第一義の手段でないとするこの考えは、内村祐之が帝国大学新聞寄稿で「言う迄もなき事ながら、真の国民優生は、悪質芟除のみの謂ではなく、又悪質芟除も単なる優生手術のみで到底到達されるものではない。国民優生法は単に一つの方法たるに止まるもので、優生結婚法の制定、優生知識の普及、隔離施設の整備等の併せ行はれる事が大なる目的の達成にとって必要である」に通じるものがある。

断種に反対の精神医学者も優生施策自体は否定しておらず、結婚と隔離に関する制度を整えることで国民優生に実効性をもたせ、その目的を達成できると考えていたことが分かる。

精神衛生会と精神病院協会の「陳情書」昭和 28（1953）年【文書⑤】

1948 年の優生保護法制定および 1952 年の改定を通して、優生手術の強制化、遺伝性以外の精神病・精神薄弱への対象範囲の拡大、医師の申請の義務化などが進んだが、精神科医は反対の声をあげなかった。

そればかりでなく、1953 年には、内村祐之（日本精神衛生会）と金子準二（日本精神病院協会）が連名で、「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」を国に陳情（文書⑤）している。

かつて国民優生法に対しては「強制を排して任意に」したことを自負していた精神科医たちが、優生保護法については、本人の同意なき優生手術（いわゆる強制不妊手術）が対象拡大によってその限定性を失っても、戦前のような議論をすることなく、むしろ手術促進の財政措置を陳情するにいたったということである。

国民優生法制定から 10 年もたたないうちに、このような態度の変容が生じたのはなぜか。直接の原因がわかる資料を見出すことはできなかったが、次に述べる当時の精神衛生をめぐる状況が若干の手がかりを提供してくれる。

精神衛生法の制定（1950 年）

1950 年、精神衛生法が制定された。

制定までの詳細は参考文献に譲るが、1948 年頃から精神厚生会（救済会、日本精神衛生協会、精神病院協会が 1943 年に統合）と厚生省で法整備の検討を開始したが、なかなか進まなかったということである。

厚生省予防局長は国会答弁で「只今精神衛生法で、法律改正を考えておりますが、なかなか精神病院の法律改正に間に合いません。なかなか今期議会には間に合いませんから、この次の議会までには間に合いますよう、そのときに併せて民主的に考えてみたいと思います」と発言している（第 5 回国会、参議院厚生委員会 1949.3.24）。

金子準二は 1948 年末に公職を辞して、1949 年に日本精神病院協会（理事長：植松七九郎）を設立し、1949 年 10 月に精神衛生法案（いわゆる金子私案）をまとめている（日本精神病院協会設立年は同協会サイトによる。国会調査報告書 2023 年によれば同協会の設立は 1948 年の内）。

同時期に法案準備を進めていた厚生省が「法案山積のため提出困難」と申し入れたため、1950 年 1 月、厚生省了解のもとで、日本精神病院協会顧問でもあった中山壽彦議員ほかを提出者とする議員立法とすることになり、日本精神病院協会と日本精神厚生会および参議院法制局が法文の整備・検討をおこない 3 月に法案を提出、4 月に全会一致で可決・成立した（国会調査報告書 2023 年より）。

日本精神厚生会は同年に日本精神衛生会と名称を変更し、内村祐之が理事長となっている。

制定の経緯を見ると、戦後の精神科医の関心は精神衛生法に集中していたであろうことは想像に難くない。精神衛生法によって私宅監置の廃止、公立精神病院の設置、精神衛生相談所、精神衛生審議会など、戦後の精神衛生行政が確立されたが、優生保護法との関係では、のちに非遺伝性の精神病、精神薄弱者の優生手術に道を開く「保護義務者制度」も創設された。

中山壽彦議員（優生保護法の制定と1952年の改定にも携わった）は精神衛生法の趣旨について、「第一にこの法案は、いやしくも正常な社会生活を破壊する危険のある精神障害者全般をその対象としてつかむことといたしました。従来の狭義の精神病者だけでなく、精神薄弱者及び精神病質者をも加えたのであります」（第7回国会、衆議院厚生委員会1950.4.5）と述べている。

精神衛生法制定前後の社会状況については以下の文献も参考になる。

- ・秋元波留夫：日本の精神衛生の歩んだ道、『日本の精神衛生』《心と社会》合併増刊号、1973
- ・篠原由利子：戦後の精神医療状況とWHOクラーク勧告、佛教大学社会福祉学部論集16号、2020

優生保護法の改定（1952年）

精神衛生法制定から2年後の1952年、優生保護法が改定され、優生手術の対象者の拡大と、手続きの緩和がおこなわれた。

くりかえしになるが、精神衛生法で創設された「保護義務者」の同意で非遺伝性の精神病、精神薄弱者に対する優生手術を申請できることとなり（優生保護法12条）、人工妊娠中絶も精神衛生法の保護義務者の同意をもって本人の同意とみなすことができるようになった（優生保護法14条）。つまり精神衛生法の保護義務者制度は、優生手術・人工妊娠中絶対象者を拡大する機能を与えられ、優生施策促進に活用されたということである。

これは両法（優生保護法と精神衛生法）に関わった議員が重なっていることと無関係ではないだろう。

精神衛生法を発議した議員15名のうち中山壽彦、竹中七郎、藤森眞治、谷口彌三郎の4名は医師であり（いずれも精神科医ではないが、中山は日本精神病院協会顧問）、この4名は1948年に優生保護法を発議・成立させた議員でもある。また1952年の優生保護法改正案を発議・成立させた議員としても谷口、中山、藤森の名前がある。

すべてに関わった議員の一人である谷口彌三郎（産婦人科医師）は、優生保護法改定について次のように述べている。

「以前は単に遺伝性という名前をつけていたために精神科の方々が極めてやりにくかったが、精神病、精神薄弱と名前まで出して拡大したのだから、これを是非とも各方面に理解徹底していただいて、充分にやりたいものだ」（日本医事新報1466号、1952）

国会における優生手術推進議員たちの発言

優生保護法改定前後の国会の議論も見ておきたい。

1950年代、優生施策推進派の議員たちは、精神疾患の遺伝予防と治安維持の効果を兼ねて、優生手術の拡大を繰り返し主張していたことがわかる。以下、国会の調査報告書（2023年）に紹介されている議員発言から引用する。

「放火犯とか殺人犯とかのほとんど5分の4までは性格異常者であると精神病学者が言うくらいに多く、同時に性格異常者には遺伝が多いのだから、刑務所の医官などに徹底させて少なくとも1年に1万以上ぐらい強制優生手術をするようにして、同時に国庫の方でも昭和25年度予算の300人よりもっと多く出してもらう必要がある」（第7回国会、参議院厚生委員会 1950.1.30）

「精神病院の患者あるいは刑務所の重罪犯、殊に精神病的性格を持っている犯罪者は非常に遺伝的傾向が強いので、そういう犯罪者に対し優生保護法に基づいて断種手術をお願いしたい」（第7回国会、衆議院法務委員会 1950.3.25）

「強制断種手術に関して地方の衛生当局がほとんど無関心な状態にあり、殊に精神病院、精神異常者を扱っている刑務所関係においても、ほとんど優生保護法、殊に強制断種の条項を知らず、そういうことを言っても面倒くさいという気持ちを持っている向きが非常に多いので、もう少し積極的な強制断種に対する啓蒙を地方の衛生部等に通達願いたい」（第8回国会 衆議院厚生委員会 1950.7.27）

「優生保護法などでは精神薄弱者、精神変質者に対してできるだけ優生手術などをやって幾らかでも悪い質の者の出ることを少なくしたいが、残念ながら政府が十分な指導をしないために、昭和26年度においてもわずか357例くらいで非常に心配している」（第13回国会、参議院厚生委員会 1952.2.28）

「強制断種手術を必要とする人たちに対しても十分な手術をできないほど予算が僅少で、昭和26年度予算の対象人員である480人から500人未満程度の強制断種手術では優生保護法の趣旨にはほど遠い」（第16回国会、衆議院予算委員会 1953.5.29）

優生手術促進のために精神衛生予算措置を求めた陳情書 1953年【文書⑤】

優生保護法改定の翌年1953年7月に、内村祐之（日本精神衛生会）と金子準二（日本精神病院協会）は、精神衛生対策を5項目に分けて求める陳情書（文書⑤）を作成した。

3項目目は優生施策に関するもので、「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じること」とある。陳情の前文には「公安上の必要から強制入院をさせる者であっても都道府県の財政力の不足および病床の不足の影響を受けて、その措置がとられないでいるものが甚だ多く、そのため社会的不安を増大しつつある」などの記述もある。

かつて国民優生法の頃、内村は最後まで断種法の学問的根拠に疑問を抱き、金子は断種法反対の急先鋒であった。金子については「日本の断種法が一日でもおくれ

ることありとすれば金子準二先生健在に由来するだらう。げに断種法はえらい強敵をもったものである（全生園医官、日戸修一）」（東京医事新誌 3091 号、1938 年）。「金子は全体としては保守的な人だったろうとおもう。だが、たいへんに気骨ある人で、断種法反対の態度をつらぬきとおし、金子の存在が国民優生法の適用をかなりおさえたことはたしかである（岡田靖雄）」（日本医史学雑誌 45 巻 3 号、1999）などの評がある。しかしその金子も一転、優生手術の促進（財政措置）を陳情するに至っている。

精神科医の認識に変容があったのか、内発的要求があったのか、直前の国会（同年 5 月）における議員の発言「強制断種手術を必要とする人たちに対しても十分な手術をできないほど予算が僅少」（前項参照）を受けてのものだったのか。動機や経緯は不明だが、客観的には精神衛生予算措置の一環として優生手術を位置づけた陳情となっていることは間違いない。

自由党人口対策特別委員会「中間報告」（1953 年）

陳情（文書⑤）との関連は不明だが、陳情とまったく同じ 1953 年 7 月、谷口彌三郎を委員長とする自由党人口対策特別委員会は「中間報告」として、「精神病患者のうち、生殖可能年齢者に対しては速かに優生手術を行ふべく考慮すること」「精神病患者（遺伝性濃厚なる精神分裂病、そううつ病、てんかん）49,900 人中、男子 3,000 名、女子 2,000 名に優生手術を行い、男子は一人平均 8,190 円、女子は平均 14,168 円として計算すれば、男子 2,457 万円、女子は 2,834 万円。計 5,291 万円（予算総額 9 億 8,581 万円）」という「民族の逆淘汰防止策」が公衆衛生局長に答申されている。

陳情書 1953 年【文書⑤】のその後

陳情書（文書⑤）のその後も確認しておきたい。

（陳情項目 1）精神病床の増床（総病床数 15 万確保を目標）

陳情の翌年 1954 年に精神衛生法が改正され、精神病院の施設整備・運営への国庫補助、「精神病院建設ブーム」が始まる。1954 年の 37,849 床から 1964 年には 153,639 床となり 10 年で目標を達成した。

（陳情項目 2）精神衛生相談所の設置と財政措置

精神衛生相談所は 1950 年代 43 ケ所、1960 年代 11 ケ所が整備された。

（陳情項目 3）優生手術の実施を促進せしむる財政措置

予算は陳情 4 年後（1957 年）にとなりピーク（18,908,000 円）を迎えた。優生手術数は陳情翌年（1954 年）にピーク（1,982 件）を迎えている。

（陳情項目 4）国立精神衛生研究所の拡充強化

1950 年に精神衛生法制定時の付帯決議により、1952 年には国立精神衛生研究所が設置されていたが、その後 1960 年代に、精神薄弱部新設、精神科デイケア研究開始、社会復帰部新設など、拡充が図られている。

（陳情項目５）精神衛生課の早急な設置と充実

この要請が精神衛生課設置を求める正式な口火とされ、３年後の１９５６年に精神衛生課が新設されている。それとともに優生保護法の所管は受胎調節を除いて精神衛生課に移管された。精神衛生課新設の前年１９５５年に日本の優生手術数はピークを迎え、精神衛生課新設の翌年１９５７年に予算措置がピークを迎えている。

わかったこと・わからなかったこと

日本精神衛生会が戦後、なぜ「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」を陳情したのか。戦前の精神科医は、断種法制定の是非や、そのあり方について活発に議論していたにも関わらず、同じ人たちがなぜ、戦後、優生保護法が強制不妊手術に道を開く過程で「沈黙」していたのか。その経緯を直接明らかにする資料を見出すことはできなかった。

しかし関係者の動きから見えてきたのは、精神科医とその団体が精神衛生施策の充実に図ろうとする中で、優生施策と精神衛生施策を相互補完的に機能させる制度設計を直接・間接にあと押しした可能性があることである。「直接のあと押し」は陳情書等の提出、「間接のあと押し」は優生保護法制定過程での沈黙である。

精神科医の中には、かねてから優生手術の必要を強く説く者と、懐疑的な者（内心含む）が存在した。しかし日本精神衛生会と前身３団体の５つの文書は、団体としての一つの意思表示である。ときの権威である精神医学界の長の名前で出された文書は、日本の優生施策促進に影響を与え、一定の役割を果たした可能性がある。

なお戦後について言えば、国会で優生施策と精神衛生施策がほぼ同時期に議論され、優生保護法と精神衛生法がほぼ同じ議員たちによって整備されたことが、精神科医が立法府の動きに水をさす発言を控えたこと（沈黙）と無関係ではなかったかもしれない。なぜなら、精神病床の確保や精神衛生行政の充実に裏付けとなる精神衛生法の成立は、戦後の精神科医が全身全霊を傾けた施策であり、優生保護法に疑義を唱えることは、精神衛生法制定に尽力している議員の活動を妨げることになった可能性が高いからである。

さらに優生保護法と精神衛生法成立後、２つの法律が相互補完的に機能する仕組みになったことで、優生施策の拡充や予算措置は精神衛生施策の拡充や予算措置に直結する状況が生みだされた。新設された精神衛生課が優生保護法を所掌し、優生保護法への財政措置が精神衛生施策への財政措置の一環となったことも、精神科医を優生施策促進に近づけた可能性がある。

ただどのような事情が存在したとしても、日本精神衛生会が「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」を陳情したことを正当化することはできない。精神障害や知的障害のある人たちは、「不良な子孫の出生を防止（優生保護法Ⅰ条）」「（精神障害者の）発生の予防（精神衛生法第Ⅰ条）」を目的とする法律によって、長きにわたり痛みと苦しみを受けてきた。

内村をはじめとする当時の精神医療界の「長」たちは、自分たちの作為・不作為がもつ影響力にどのくらい自覚的であっただろうか。その影響力を利用していたのか、していないのか、もしくは時の流れの中で利用されていたのか、利用されていることを分かって受け入れていたのか、心のうちまでは知る由もないが、結果として、その影響力が患者の人権を損なう方向に働いた歴史を、私たちは重く受け止める必要がある。

Ⅱ．国民優生法・優生保護法成立当時から以後の諸状況を考える

ここからは、国民優生法と優生保護法の成立からその後における我が国の精神衛生政策の実情、社会経済状況、精神科医療の実情、遺伝要因の理解の実情について論ずる。また法律の観点で2つの法律と人権について考察する。

なお、これらについて論ずるのは、「そのような状況・実情では両法の成立も仕方なかった」と述べるためではない。どのような背景や経緯があったとしても国民優生法や優生保護法でおこなわれた人権侵害が正当化されることはない。当時の状況や実情について論ずるのは、両法でおこなわれた人権侵害が、当時の国民・医療者・為政者の多くが何の疑問もなく受け入れた政策や理念の陰でおこなわれたことを理解し、今後そのような人権侵害を起こさないために必要だからである。

現在のわが国は、世界全体の水準からみれば、きわめて安定した社会・経済状況と良好な治安を維持できている。食糧の確保や医療サービスの享受においても同様である。しかしこのような安定した状況がいつまでも続くとは限らない。全国規模の大震災などをきっかけに、財政破綻などが起こり、優生保護法の制定されたアジア・太平洋戦争の敗戦後にも匹敵する困難に国全体が遭遇する可能性もある。

仮にそのような状況となった時でも、国民優生法や優生保護法で犯した過ちを繰り返すことがないように、現代を生きる我々は、これらの背景や経緯についてしっかりと理解しておく必要がある。

Ⅰ．日本の精神衛生政策と優生思想

「優生上の見地から不良な子孫の出生を防止する」、これは 1948 年 6 月に成立した優生保護法の目的条項（第 1 条）である。そして、この一文に優生保護法の問題点の全てが凝縮されていると言っても過言でない。もともと法律は、目的条項にその本質が明示されることになるが、これほど端的に本質を表しているものも珍しかろう。

簡単に解説すると、「優生上の見地」とは、当時の国会審議の経過から見て、「優生思想の立場から」と同意義とみて差支えない。要するに、優生思想の正当性を法制化したのである。また、「不良」とは何を指すかであるが、優生保護法別表からみるに幅広い障害者ととらえてよかろう。ただし、法律の文脈から見て、また法律本体での具体的な障害名の明示という点で、「精神病患者」および「精神薄弱者」（現在の呼称は知的障害者）を主たる対象にしていることは間違いない。

以上からみえてくるのは、「優生思想の観点から、特に精神障害者と知的障害者については子どもを産ませない」とする考え方で、重要なことはそれを国家の定めとしたことである。そしてその定めは、すなわち優生保護法の効力は、約半世紀（1948 年～1996 年）に及んだ。内容の嚴重さと効力期間の長さにより、被害は甚大であった（本稿 4 頁参照）。

以下、本項のテーマである「日本の優生政策と精神障害分野」に沿って論述する。幅広いイメージを抱かせるようなテーマであるが、本項の役割はごく限定的にとらえてほしい。導入部としての、「優生保護法問題に向き合うにあたって」くらいに置き換えてもらって構わない。なお、前述のとおり法の対象障害の特性からみて、また本報告書の趣旨から、精神障害分野に重点を置くこととする。優生保護法問題の全体像ならびにこの間の関連動向については、本稿の「はじめに」や関連文献の一読を勧める。本報告書の他項でも触れられており、参考にされたい。

さて、本項についてであるが、大きく六点で略述する。

第一に、優生保護法そのものを深めることは言うまでもないが、それだけではなく優生保護法と並存した、あるいは前後して成立した精神障害関連の法律を一体的にとらえることが肝要である。

具体的にあげると、短期間ながら並存したのは、精神病患者監護法（1900 年～1950 年）ならびに精神病院法（1919 年～1950 年）であり、前身として存在していたのは国民優生法（1940 年～1948 年）、同時期に制定されたのは警察官職務執行法（1948 年～）ならびに精神衛生法（現在の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 1950 年～）である。それぞれ独自の性格を有し、時代背景が異なるなど、今日からみてその妥当性や問題点を一様には論じにくい。

他方で、通底する問題点は少なくない。今日、なお払拭できないでいる偏見を伴う「精神障害者観」は、これらの法律の相乗関係の中で醸成されていったように思う。例えば、前述の優生保護法に明記された「不良」は、同法の前身である国民優生法で

は、「悪質ナル遺伝性疾患ノ素質ヲ有スル者」(第1条)としている。文字面こそ異なれ、同根と言えよう。また、優生保護法案の提出者の1人で、いわゆる逆淘汰論を強弁した谷口彌三郎(参議院議員 産婦人科医)は、優生保護法の二年後に成立をみる精神衛生法の生成にも関与している。

第二は、日本の優生政策は、欧米の影響が大きかったことである。

ちなみに、優生関連の学術団体として世界最古は、ドイツで1905年に設立された「人種衛生(優生)学会」であり、法律で最古は、米国インディアナ州での1907年制定の断種法だった。これらを皮切りに優生政策は北半球を中心に世界を席卷することになる。悪質性を最も極めたのはナチス・ドイツ時代であり、その象徴的な政策が1933年制定の遺伝性疾患子孫予防法(いわゆるドイツ断種法)である。この直後より日本の優生政策をめぐる論議は新たな段階に移行することになる。

ちなみに、優生関連法律案の国会提出を時系列で並べると、議員提案による最初の「民族優生保護法案」は1934年・第65回帝国議会に提出(荒川五郎他提出)で、以降、1935年・第67回帝国議会、1937年・第70回帝国議会、1938年・第73回帝国議会、1939年・第74回帝国議会に提出されるがいずれも未成立に終わっている。その後、1939年11月に民族衛生研究会により、「民族優生制度案要綱」が示される。これが「国民体力審議会」に諮問され、「優生制度案要綱」と修正されたうえで答申につながる。この要綱をもとに政府が「国民優生法案」の創設に着手し、1940年5月、第75回帝国議会で国民優生法として成立をみた。

なお、以上の日本の優生政策の立法準備の経緯にあって、ナチス・ドイツの遺伝性疾患子孫予防法が影響したことは論を争うまい。ただし、影響の程度や内容についてはいくつかの見解がある。参考までに、国民優生法が可決される直前の国会審議の一部を掲げる。

意見陳述者は貴族院の下村宏議員。「……どういう病気までそれに入れるとか、あるいは何等親(原文ママ)迄の危険のある者までを含むとか、あるいはそれを強制するかあるいはしないか、この差別はご承知のアメリカの各州ほとんど大部はこの優生を施行しておりますが、それは国々によって、その州ごとによって多少の相違はありますけれども、何れも悪質者を除かねばならぬということにおいては一致しています。……断種法においては各国の中で一番手広くやっている、一番強くやっているのです。なぜ左様なことをドイツがやるのか、要するに我々が人が殖えなければならぬというのは、プラスの人が殖えなければならぬのである。マイナスがどんどん殖えてきてはその国は亡びたるのです。ここにドイツが1933年にこの断種法を行なうにあたって声明した理由書がございますが、その一部をここで朗読いたします。(理由書の朗読は省略 第75回帝国議会貴族院 本会議 1940年3月26日)

第三は、優生政策と「公益」の関係についてである。

「公益」は、優生政策の中核概念の一つであり、その実体はそのまま権力と置き換えてよかろう。公益の前に、おびただしい障害者がなすすべがなかったのである。

具体的には以下のとおりである。

優生保護法第4条（審査を要件とする優生手術の申請）には、「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、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。」とあり、その前身である国民優生法にも、「前条ノ規定ニ依リ優生手術ノ申請ヲ為スコトヲ得ル者本人ノ疾患著シク悪質ナルトキ又ハ其ノ配偶者本人ト同一ノ疾患ニ罹レルモノナルトキ等其ノ疾患ノ遺伝ヲ防遏スルコトヲ公益上特ニ必要アリト認ムルトキハ同条ノ規定ニ依ル必要ナル同意ヲ得ルコト能ハザル場合ト雖モ其ノ理由ヲ附シテ優生手術ノ申請ヲ為スコトヲ得」とある。

「公益上必要であると認めるときは」と「公益上特ニ必要アリト認ムルトキハ」とわずかな違いはあれ、中核要素らしく表現は酷似している。

第四は、優生政策と「人権」との関係についてである。

前述の通り、大きくは公益が大手を振っていたことと合わせみれば、人権がないがしろにされていたことは容易に想像できよう。ただし、人権論を明確に意識していたかどうかは別として、この観点が全く欠落していたわけではない。少なくとも国民優生法の審議過程では、次のような議論がおこなわれている。

発言者は土屋清三郎議員。「……制度は色々出来ましても、今日ドイツが国内のユダヤ人を撲滅する一つの手段として、この断種法を利用していると同じように、悪用されないことがないということはどうも私は断言が出来ないと思う。先ほどのお話の中に、社会に危害をおよぼすというような患者がありました場合には、これは保護手段によって隔離していくことができる。必ずしもこの法律の適用を俟たないと思います。隔離することによって自然断種ができる、むしろ私はここで厚生省が、世のなかにおいて最も気の毒な精神病患者を現状よりもっと良い環境において治療せられるように骨を折られてはどうであるか。それからこの精神病患者を生むことは何としてもその原因は環境にある。複雑怪奇なる社会生活の現状が多くの精神病患者を作りつつある。この環境を改善していくということが、新たに出来た厚生省に與えられた使命ではないか。」（第75回帝国議会 衆議院国民優生法案委員会議録 1940年3月17日）。

他方で、優生保護法の審議経過をみる限り、このような記述は残っていない。基本的人権を支柱とする新憲法下での審議にあって、なぜ人権関連の議論は影をひそめてしまったのか、その理由は定かでない。

第五は、日本の精神医学の中核層が、優生政策の推進に積極的に関与してきたことである。

代表格としてあげられるのが、三宅鑛一と内村祐之である。両者とも東京帝国大学精神病学教室の教授を歴任し、本報告書の作成主体である日本精神衛生会のルーツに当たる日本精神衛生協会の代表（三宅）、精神病者慈善救済会の代表（内村）を担っている。

両者による、本格的な優生政策の初期段階での最も重要な動きの一つは、連名で内務大臣に出された「精神病対策確立に関する陳情書」である（1937年）。

これに関して、中谷陽二は次のように論評している。「陳情書に盛られた三宅と内村の論調は精神医療の根本的改革の必要性を政府にアピールしながらも、患者やその家族の利益よりも国家の利益を全面に押し出している。改革が急務であるのは精神病患者の増加が国家の土台を危うくするからである。断種法制定の要望もこの基本姿勢に一致している。重症の精神病患者の急増と健常者の減少を『民族の変質』と『国力の減退』の要因とみなす発想は優生学そのものである。

三宅は1939年に雑誌『科学知識』が主催した『人口問題と断種法座談会』の席で、『私は現在の日本国民1億のうち、極端な断種論者ですが、1千万人くらいは断種してもいいと思ふのです。さうしたら低脳はもう全部断種です。』と語ったという（『科学知識』1939）。当時の精神医学アカデミズムの頂点にいた学者の認識とはこのようなものである。」（中谷陽二著『危険な人間の系譜：選別と排除の思想』弘文堂 2021年 242～243頁）

なお、内村は、優生保護法の施行後の約5年の段階で、金子準二（日本精神病院協会理事長）と連名で「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。」を厚生省に陳情書の形で提出している（内村の肩書は日本精神衛生会理事長 1953年7月）。国民優生法の審議過程と比較して、優生保護法の段階で影が薄いとされてきた精神医療分野であるが、この陳情書の動きをみる限り、優生政策推進の姿勢はなお根深いものを感じる。

内村に関して、もう一つ気になることを記しておく。晩年の自らの著述から引用する。「……この法律は、終戦後に至って、優生保護法と呼ばれるものに改められ、主として人工妊娠中絶の規制を目的とするものになった。本来の目的の断種手術もおこなわれてはいるが、それは必要やむを得ぬものに限られ、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はないのである。」（『わが歩みし精神医学の道』 みすず書房 1968年）。

どのような経緯で優生政策の批判論者になったのか、その詳細は不明である。また、優生保護法の影響を軽んじる書きぶりにも強い違和感を覚える。

第六は、優生政策の節目に当たり、一度も検証ならびに総括が加えられていないことである。

ここでの節目とは、1996年6月の優生保護法の改正（優生条項の撤廃）時であり、もう一つは、2019年4月の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の成立時である。

わけても、優生保護法を生成した立法府において、検証ならびに総括がなされないことは残念である。優生条項の撤廃時も、一時金支給法の成立時も、超党派による全会一致での可決となっている。「超党派による全会一致の法案」の提案者は、寄託委員会の委員長がこれを担い、国会の慣例として質疑を省略するとのことである。現に両法案とも、質疑0で可決している（委員長提案から採決まで数分間）。

これほどの被害者を出してきた法律である。国会の慣例がどうであれ、立法府として、政府として歴史に耐えうる総括が求められる。どうして公式な総括がなされてこなかったのか、公的な検証体制が設けられた暁には、この点も明確にされなければならない。

2. 経済的困窮・逆淘汰への不安と強制不妊

「国民のため」と考えられていた優生保護

優生保護法の制定とそれにもとづく強制断種の実施は、国による人権の蹂躪であることは言うまでもない。一方で、この法律の制定を許すにいたった、アジア・太平洋戦争直後の社会・経済状況についても我々は知っておく必要がある。今後のわが国に当時と似た混乱・困窮した状況が再び訪れないとは限らず、そのような状況となった場合でも本法律によるような人権蹂躪は許されないことを肝に銘ずるためである。

まず認識しておくべきことは優生保護法が、例えば「ナチスドイツ」でイメージされるような大量虐殺や独裁的圧政に通ずる政治の流れの中で成立したのではないこと、そのような、誰にも「悪」と分かる考えをもとにこの法律が作られたのではないことである。

優生保護法案は敗戦間もない1947年に、当時はリベラルと目されていた社会党衆議院議員3名（うち2名は女性）により初めて提出され、翌年、超党派の議員から再提出されて成立した。また法律の目的は「不良な子孫の出生防止」とともに「母体の生命健康の保護」「文化国家建設への寄与」とされていた。

世界的に見ても、「優生思想」による強制断種の法律がいち早く制定され最も積極的に実施されたのは、カリフォルニア州など米国の一部および高福祉国家として知られる北欧諸国であった。また北欧諸国で法律が制定されたのは、福祉政策を重視した社会民主党系の政権下においてであった。わが国でも優生保護法案提出の前年1946年には、厚生大臣芦田均が「新時代の厚生行政」の筆頭課題として、「優生学の強化による『文化国家』『健康国家』の建設」を掲げている。

このように、今考えれば許されない人権蹂躪が、当時は「国民の福祉のため」と称され、堂々と法律制定につながったのである。

戦後の貧困・食糧難と患者

では、なぜこのような法律が、「国民の福祉のため」と称され制定されてしまったのか？それを理解するには、当時の厳しい社会経済状況と、それを背景とした価値観を理解しておく必要がある。

ご承知の通り、当時の日本国民は、全国を焦土と化した空襲とその後の敗戦により、衣食住の全てにわたって想像を絶する厳しい生活状況にあった。海外からの支援などで餓死者の大量発生は免れたものの、食糧供給は乏しく、特に都市の住民はヤミ市や農村部への買い出しで最低限の食糧を得るギリギリの生活を送っていた。また空襲で都市部では住宅のほとんどが失われ、多くの国民が、瓦礫の中や駅の地下道などでの生活を余儀なくされていた。

このような中、海外領土等からの引き揚げ者と兵隊の復員により人口が急増、さらに戦前・戦中と続いた多産政策による子どもの増加と成長もあって（1947年以

後はベビーブームによる増加も加わって）生活物資の窮乏に拍車がかかり、国民全体が生き延びる上で人口の抑制が喫緊の課題となった。また、そこでは生産力の高い国民の割合を下げることなく人口増加を抑制すること、いわゆる「逆淘汰」の防止も急ぎ解決すべき課題とされるに至った。

なお多くの国民が「飢え死にせず生きていくのが精一杯」の状況では、障害者や子どもなど弱者への支援は極めて困難であったと想像される。ちなみに福祉の中心となる政府の財政支出は、戦争と敗戦により破産した国家財政の中では、望むべくもなかった。その結果、空襲等で親を失った戦災孤児（数万人以上におよんだ）は、多くが栄養失調で死亡し、あるいは「浮浪児」となって長年困難な生活を送る者が多かった。

精神障害者の状況も同じように悲惨で、精神科病院では多くの入院患者が飢えて亡くなっているが、配給食糧のみでは誰も生き残れない中で、高いお金を払ってヤミ市や農村への買い出しで食糧を手に入れることは、精神障害者などの弱者にはほぼ不可能であったろう。また当時精神障害者のうち入院患者はごく少数で、多くは入院外の生活を送っていたわけだが、そのうち少なからぬ人が家を失って浮浪者として生活し、飢えや伝染病などで亡くなることも多かったと考えられる。子どもを抱えている場合には、生活はさらに厳しく悲惨であったことが容易に推測される。

3. 精神科医療の実情と精神衛生法

ここからは国民優生法・優生保護法が制定され施行された当時の精神科医療の実情について、医療施設の不足、治療方法の乏しさに分けて述べる。これらの不足や乏しさが国民優生法・優生保護法の成立を正当化するわけではないが、どのような医療状況のもとでこれらの法律が成立していったのかを理解しておくことは、批判をしっかりと正しくおこなう上で必要なことと考えられる。

精神科医療施設の圧倒的不足

最初に戦前から戦後にかけて精神障害者数、施設数、病床数の推移を見てみたい。昭和10年代（1935～1941）の毎年精神障害者数は90,000人程度で、精神病院数は徐々に増えて140～160施設、病床数は19000～24000であった。戦争中は、精神病院32施設、精神病床数は4000床程度（1945）に激減していた（厚生省医務局、医制八十年史 1955）。地方の中核病院では、「戦争末期は食糧の不足、医師、看護員の不足、物資の不足に悩み、いかにして生命を保つかということに専念しなければならなかった。」と述べている。さらに敗戦後に悲惨な状態が到来した。「食糧の配給量は1日にわずか2合足らずで、家人からの補給のない患者は栄養失調でバタバタ死亡するのを見てどうすることもできなかった」という。松沢病院では戦争中に1,485人の患者が死亡し、敗戦後の3年間に342人が餓死している。福岡県立筑紫保養院では、同様の苦しい状況を報告している。戦争中、戦後の食糧不足で、多数の患者が餓死していた（寺嶋正吾、現代精神医学体系 23c、中山書店 1980）。戦後の病床数、入院患者数は、1949年 17,146床、14,176人、1951年 20,823床、21,707人、1953年 27,836床、31,605人で、病床数も入院患者数も徐々に増加していった（篠原由利子、戦後の精神医療状況とWHO クラーク報告、佛教大学社会福祉学部論集第16号、2020）。

制度面をみると、戦後まで、私宅監置等をおこなう精神病者監護法と精神病院に入院させるための精神病院法が併置され続いていた。これは精神病院の設置が進まないために精神病者監護法をやめられず両法が続いていたことになる。戦後の1950年になって両法が廃止されて精神衛生法が新たに制定された。その経過をみると、1949年には日本精神病院協会が設立され、中心人物である植松七九郎、金子準二によって精神衛生法私案がまとめられた。1950年に議員立法として精神衛生法が制定された。その骨格は、①都道府県に精神病院の設置を義務付けること、②私宅監置を廃止する、③精神衛生鑑定医を設ける、④入院制度として、措置入院制度、同意入院制度をもうける等であり、患者を入院保護するという色彩が強かった。金子は「都道府県は、いずこも赤字財政苦で精神病床の増加の社会的要請に応じがたく、社会的要請に応ずるのは私立病院より外はない」とのべていた。国民優生法に強く反対していた金子準二、植松七九郎が強制断種を推進する優生保護法に反対することなく、精神病院数の増大、精神衛生法の成立に最大の努力を傾けた。強制断種ではなくて精神病院に入院させ保

護することが重要と考えたに違いない。

精神科病床が戦前の水準まで回復したのは 1953 年のことで、病院数 200、病床数 28,000 床となった。それでも 10 万人以上の精神障害者が放置されていると推定された。国によって 1958 年に精神科病院従業者の定員の特例が設けられ、入院患者に対して医師数は一般病床の 3 分の 1、看護師・准看護師数は 3 分の 2 と規定され、国庫補助規定を設けるなど民間経営の病院建設を推進させた。その後民間の病院が急速に増加し、病床数は 1956 年には 47,000、1958 年には 70,000、1962 年 117,500、1965 年 164,000、1981 年 300,000、2002 年 356,000、となっている。

資格のある医師によって自傷他害などの恐れがあると診断され都道府県知事の権限で入院させる措置入院の患者が増加した。主に統合失調症の患者が入院した。家族の負担の軽減にもつながり保護的色合いが強く患者の人権を守るという考えは少なかった。このような流れの中で精神衛生法は措置入院制度を中心にした精神科病院への收容主義を引き起こしていると批判する意見があり、衆議院法務委員会で精神衛生法改正に対する決議が行われたが具体的な対応はみられなかった。1964 年、統合失調症の少年がライシャワー駐日大使を刺傷するという事件が発生し、治安対策を急ぐ警察庁と医療対策の充実が急務であるとする精神科医師、学会、精神医療福祉関係者の間に対立が生じた。その結果地域医療の推進や障害者の外来通院を促進する方向の改正が行われ、一方で緊急措置入院の新設など措置入院制度の強化も併せておこなう形になった。患者の人権を守るという考えが現実化したのは 20 年後の 1984 年宇都宮病院事件がきっかけであった。看護師による患者虐待による死亡事件であった。これに対して国の内外で批判が起き、厚生労働省、公衆衛生審議会が中心になり対応がなされた。日本精神神経学会をはじめ多くの団体から要望書が提出された。1986 年 12 月に公衆衛生審議会精神衛生部会が「精神衛生法改正の基本的な方向について」を公表し、この方針に従って法律案が作成され 1987 年 9 月に可決され同月公布された。これまでの精神衛生法は措置入院を中心とした收容法で患者の人権に関する法手続きが欠けていたと批判されていたところで、人権保障と社会復帰の促進を前面に打ち出し大きく転換した。日本国憲法が存在するにもかかわらず、法律で患者の人権が保障されたのは最近のことであった。

患者家族の困難

ここからは患者の家族がおかれた立場、困難な状況について考えてみたい。呉秀三は私宅監置の実態調査（1918 年）の中で、私宅監置をする家族を批判しなかった。

また、「精神病対策に関する陳情書」（三宅鑛一、内村祐之 1936 年）の中で「精神病者ある家庭に於ては其の病的行為を防止する為に家族悉く看護に疲れ、自費を以て精神病院に入院せしむるも概ね難治にして長年月の治療を要する為其の費用の負担に耐えず肉親縁者の末に到るまで破滅に瀕するに到る其の惨状たるや殆んど言語に絶し」と記載があり、家族の苦しみと同情の言葉を述べていた。このように医療関係者は家族の窮状に対して同情し、負担を軽減させたいと考えていた。

当時は精神病状態に対して有効な治療方法はなく、1930年代になって電気ショック療法が出現し、1950年の後半になって抗精神病薬のクロルプロマジンが登場した。その後新しい抗精神病薬が続々開発され、急性症状に効果があり、退院して外来での治療ができるようになってきた。一方で、長期にわたるケアの精神的・身体的および経済的負担は家族に大きな影響を与えていた。

家族としては患者が示す幻覚・妄想や纏まりのない行動への対応で心身とも疲れ果て、更に近隣への迷惑行為を考えると、可哀そうであるがなんとか入院して治療を受け、良くなるまで病院にいて欲しいという思いがあった。両親が健在の間は患者に対する支援の姿勢は維持されるが、両親がなくなると支援の姿勢は薄れ、引き受け手がなくなる場合がみられた。また、国からは保護義務が家族に押し付けられ、社会の精神障害に対する偏見や蔑視も加わって、極めて苦しい状況に追い込まれていた。家族が安心して地域で患者の生活を見守っていくには、多くの公的援助が必要になるが、それが不十分で、長期入院の一因にもなっていた。

1950年代後半になって自分たちの苦境を仲間同士で共有し、解決を図ろうとする家族会が誕生した。いくつかの精神科病院家族会が組織され、これに地域家族会も加わり、1964年に全国精神障害者家族会、1995年に全国精神障害者家族会連合会（全家連）が結成された。当事者団体としての保健医療福祉に関する要求活動、政策提言、作業所、授産施設の運営に携わり、我が国の精神保健医療福祉の改革を推進する団体の一つとして積極的な役割を果たしてきた。しかし、内部の不祥事があり解散せざるを得なかった。その後NPO法人全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）が家族会組織としての活動を引き継いでいる。家族会ができてからは、家族は家族会の中で癒し合い、助け合い、学習し、社会的活動ができるようになって、患者の状態に適切に対応できる場合も増え、家族の心理的負担は一部軽減し、自分たちの立場を築いていった。

一方、患者が再発しやすい家族がいることが分かり、家族に対する治療的なアプローチも見られるようになった。患者に対する家族の態度が①敵意がある②批判的である③情緒的に巻き込まれやすい等があると再発しやすいことが分かり、病気の特徴を教える心理教育をおこない、対応の仕方を学んでもらい、家族を支えること等が有効であることが分かってきた。また、近年になって訪問診療、訪問看護を受けながら入院せずに自宅に対応できる場合も増えてきた。入退院についても医師や多職種の医療関係者と相談しやすくなり、退院後も相談しながらデイケア、デイナイトケア、作業所、就労支援施設、グループホーム、福祉関係施設等最も適した方法を選択して、自宅だけでなく各種の施設で生活しながら就労に向けて活動するという包括的な地域支援制度が少しずつ進んできた。これらの動きが患者の意欲を引き起こし、家族の負担を一部軽減するようになった。

また、日本精神神経学会、日本統合失調症学会などでは、患者や家族がシンポジウムに参加してそれぞれの立場から研究や医療について意見や要望を述べるようになり、僅かであるが医学・医療との協力体制ができるようになってきた。

しかし、全般的にみると地域での支援は十分でなく、家族が保護義務者になる医療保護制度は変わらず、家族の負担は続いており、今後の課題になっている。

患者の人権よりも公益が優先されてきた時代が長く続き、ハンセン病、精神障害者等に対する偏見や差別が続き、患者や家族は精神障害そのものを受け止め対応する困難さの他に、精神医療保険制度の不備や社会の目と闘う苦難な道を歩まざるをえなかった。

治療手段の乏しさ

国民優生法・優生保護法成立当時の精神科医療の実情として、もう一つ知っておくべきことは、治療方法が極めて乏しかったことである。

統合失調症などの精神疾患は数年、数十年にわたって再発リスクの続く病気であり、その予防を含めて安定した状態の維持には薬の継続が極めて重要である。しかし優生保護法が成立した1940年代後半は精神疾患の治療に有効な薬はまだ一切開発されていなかった。統合失調症に対する世界初の治療薬はクロルプロマジンであるが、その有効性がフランスの精神科医によって最初に確認されたのは1952年のことである。有効性の確認後、クロルプロマジンの使用は欧米先進国ではかなり急速に広まり、貧しい敗戦国であった我が国でもその後使用が始まった。ただ精神科医療施設の数そのものが乏しかった1950年代は、わが国における実際の使用は、相当限られていたと考えるべきだろう。

なお薬の導入以前にも、精神病症状などに有効な治療法として通電療法が当時も存在したが、再発予防の目的も含めて日常的に使用できるものではなく、また精神科医療施設の数の問題から考えると、実際の使用可能性は限られていたと考えるべきだろう。つまり1950年代およびそれ以前のわが国では、精神疾患に対しては有効な治療法がほとんど無かった、あるいは利用できない状態が続いていたと言ってよいだろう。

4. 高度経済成長以後も続いた優生思想への支持または無関心

社会の状況と動き

ここまで論じてきた制定時の背景や経緯を別にしても、優生保護法に関してきわめて遺憾と思われるのは、戦後の混乱と厳しい生活状況が収束し、さらに高度経済成長で国民生活に余裕が出てきた後も、この法律の廃止に向けた議論が乏しかったこと、廃止どころかその継続を是とする議論が続いたことである。

例えば1962年には、高度経済成長による国民所得倍増計画を推し進めた池田内閣は「人口資質向上対策に関する決議」で、「人口構成において欠陥者の比率を減らし、優秀者の比率を増すよう配慮することは、国民の総合的能力向上のための基本的要請である」と述べ、経済成長のための優生政策の必要性を公然と主張している。

また1960年代、未だ「中進国」であったわが国は先進国入りを目標としていたが、その一環として欧米先進国並みの「福祉国家」を目指していた。特に当時、公的支援の乏しい状況での家族の疲弊を背景とした、親による障害児殺害が複数報道され、重度心身障害児（者）の養育施設の充実が喫緊の課題として認識されるようになっていた。そのような福祉政策の実現には当然ながら財政的裏付けが必要だが、限られた財政基盤の中で高いサービスを提供すれば、サービスを受けられる人の数は限られてくる。このような事情から「障害児（者）の発生の防止」が国の課題となっていた。

つまり高福祉実現による財政負担増大を抑制するための障害児（者）の発生予防政策である。これは欧米の高福祉国家が優生政策を進めたことと共通した事情である。実際にこの時代にわが国で障害児（者）の発生予防策として進められたのは、フェニルケトン尿症やクレチン病などの先天性代謝・内分泌疾患のスクリーニング等で、強制断種・中絶が促進された訳ではないが、優生保護法の見直し・廃止に向けて世論が醸成される状況ではなかったと考えられる。

なお、この時期に開発され普及したスクリーニングと予防的治療は、子どもの知的障害発症予防に大きく貢献しており、現在も続けられている。

さて遅ればせながら、優生保護法の「強制断種」の問題が議論されるようになったのは1970年代からで、「人権を無視した制度」として批判が向けられ始めた。

その動きは高校保健体育の教科書の記述にも表れていて、1970年代はじめの教科書では優生保護法は極めて肯定的に紹介されていたが、1970年代後半の改訂版では、「国民優生」のために障害者の人権や生命を軽視する「社会風潮」への批判が記されるようになった。

ただし優生保護法廃止に向けた議論が実際に本格化したのは1980年代に入ってからである。

1983年の自民党政務調査会の社会部会・優生保護法等検討小委員会の中間報告では「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」「立法趣旨の根底に人口政策や民族の逆淘汰防止といった思想が存在する」もので、「優生上の見地から不良な子孫の出生を防止する」との文言や、第三条第一項の「優生手術」の適応事由、別表に掲げた「遺伝性疾患」などは、「今日の社会思潮と医学水準に照らして」基本的に問題があることを指摘された。

また、拍車をかけたのが1984年3月に報道された「宇都宮病院事件」（死亡を含む入院精神病患者の虐待が発覚）で、これを機に日本の精神衛生行政が海外から厳しい批判を受けるようになった。

1987年には精神衛生法が精神保健法に改正され、さらに厚生省は3年後をめどに、強制手術の条項廃止を含む優生保護法の抜本的見直しをはかるとした。ただし最終的に優生保護法が母体保護法に変更され、強制手術が法律上廃止に至ったのは、1996年になってからである。

医療者側の態度

ここまで、わが国の社会の情勢と優生保護法への態度についてまとめてきた。問題はこの間、本会を含む精神医学・医療の関係者・関係団体が、優生保護法に対してどのように向き合ってきたかであるが、これについては大変遺憾なことに、医師・医療関係者の多くは「無知」あるいは「無関心」に陥っていった、というのが実状と思われる。

この報告書をまとめる際に実施した本会会員向けのアンケート調査（64～80頁参照）では、66件の回答のうち、「（優生手術申請したことがある）」との回答が4件みられたものの、「知らない・経験がない」との回答が過半数の39件におよんだ。このアンケートは、精神医療関係者の中でも恐らくは精神衛生に関心の高い本会会員を対象におこなったものであり、かつアンケートへの回答率は1割程度であったことを考えると、一般的な精神医療関係者では、「知らない・経験ない」という人の割合は、もっともっと高いのではないかと推測される。

この「無知・無関心」には様々な理由があるだろうが、一つには、優生保護法による「（優生）手術」件数の推移も関係していたかもしれない。

本会理事長の内村による1953年の陳情書以後、優生手術の件数は1955年（昭和30年）に1,982件まで増加したが、その後は次第に減少を続け、1980年以後は年間100件を下回った。優生保護審査会（本人同意不要）の決定による手術に限ると、1990年（平成2年）にいったん0件となり、その後、1992年（平成4年）に1件実施され、それ以降はおこなわれていない。

また都道府県別の施行件数の違いも大きく、優生保護法施行から廃止までの総件数は、多い方から北海道の3,224件、次いで宮城1,744件、大阪1,234件、岡山1,017件、静岡759件に対して、少ないところは、沖縄県18件、鳥取63件、福

井 66 件、奈良 70 件である。首都圏では東京 614 件、神奈川 602 件、埼玉 452 件、千葉 259 件であった。地域による意識の差があったのかもしれない。

参考 ・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第 21 条
に基づく調査報告書、2023 年

ただ、そのような事情が仮にあったとしても、優生保護法が法律として 1996 年まで厳然と存在し、件数が減少したとはいえ強制手術が長年続けられてきたことは事実である。精神疾患の医療関係者である以上、「身近で見聞きしなかった」「知らなかった」で済まされる問題でない。医療関係者側から優生保護法廃止に向けた動きがほとんど出なかったことは極めて恥ずかしいことである。

5. 法律と人権の視点からの考察

強制不妊手術と人権

日本精神衛生会およびその前身団体から内務省、厚生省（いずれも当時）に提出された2つの陳情書（文書①と文書⑤）は、2つの異なる法律に関連して出されたものである。戦前の国民優生法と戦後の優生保護法である。優生思想を前提とした不妊手術に加担するものとして、両方の陳情書は存在する。ただ、2つの陳情書においては、その背後にある法制度が全く異なる。

1936年陳情書（文書①）は、大日本帝国憲法下において、身分制度に基づく封建的な体制のもと、個人の尊厳や基本的人権が尊重されることが、法的には要請されていなかった。それに対して、1953年陳情書においては、1947年に日本国憲法が施行されており、そこでは、個人の尊厳（13条）や法の下での平等（14条）が謳われている。

1948年に成立した優生保護法に関しては、強制不妊手術に関する最高裁判所大法廷判決（2024年7月3日判決）において、「本件規定の立法目的は、特定の障害等を有する者が不良であり、そのような者の出生を防止する必要があるとする点において、立法当時の社会状況をいかに勘案したとしても、正当とはいえない」と、立法当時から憲法13条に反して違憲だとしている。

さらに、特定の障害を理由として、「本件規定により行われる不妊手術の対象者と定めてそれ以外の者と区別することは、合理的な根拠に基づかない差別的取扱いに当たるとして憲法14条1項にも違反するとしている。

この最高裁判所の判断を前提とすると、2つの陳情書のなかで、1953年陳情書は憲法違反を是とするより不適切な行為であったと言える。ただ、だからと言って、1936年陳情書に問題がなかったとは言えない。

日本精神衛生会とその権力性

人権概念は、近代と共に発展してきた。

しかし、フランス革命当初、人権の享有主体となれるのは、男性で有産者のみに限定されていた。人権を女性や子どもにまで拡大し、さらには、障害者や外国人にまで広げるのには、20世紀を待たなければならなかった。

日本においては、もっとも数の多いマイノリティである女性に対して参政権を認めたのは、敗戦後の1945年12月であった。現在でも、子どもや外国人には参政権はない。もちろん、障害のある人に参政権はあるが、「健常者」を前提としている現在のスタイルにおいては、あらかじめ郵便投票の手续や投票所のバリアフリー化が必要となる。

人間には生まれながらにして人権があるとしても、その人権を保障するのは第一義的には国家の義務である。人権概念は戦前においても広く知られていたとしても、日

本国憲法が施行されるまで、「人権」の概念は国家の義務としては存在しなかったし、法律によって、精神障害や身体的・知的障害のある人たちの声を法に反映する努力も、法律を作る政治家たちの間では十分ではなかった。

一方で、精神科医はその資質や社会的ポジションにおいて、「声を出すこと」が容易で、しかも、その声を法制度に反映させることができる程度の権力を有してきた。

日本精神衛生会は、1903年（明治35年）に呉秀三東京帝国大学教授が中心となり発足させた「精神病者慈善救済会」がその始まりで、その後1921年（大正10年）には三宅鑛一東京帝国大学教授を会長として「日本精神衛生協会」が発足し、1927年（昭和2年）に「救済会」と名称を変えた。その後、戦時体制中に発展的に解消後、1943年（昭和18年）に「精神厚生会」が発足、その後1950年（昭和25年）に、「日本精神衛生会」と名称を改め、理事長に内村祐之東京大学教授（1947年に東京大学と改称）が就任した。

呉が「精神病者慈善救済会」を始めた当時は、学位が出せる大学は、東京帝国大学と京都帝国大学（1897年）しかなかった。そのため、政府の施策に何らかの影響を与えることができるアカデミアが極めて限定されていたといえる。

日本精神衛生会は、東京帝国大学精神病学教授が歴代の理事長に就任することで、学会のみならず、政治的な発言力という権力を保持し続けた。

1936年陳情書も、肩書は東京帝国大学教授ではなく、三宅は「日本精神衛生協会会長、公立代用精神病院協会理事長」、内村は「救済会理事長」であったが、そもそも、東京帝国大学教授でなければ、それぞれの団体のトップになることもなかった。それは、1953年陳情書の時も同様である。

政策決定や立法に当たっては、政府が専門家であるアカデミアを利用することはよくある。そして、アカデミアでも臨床現場がある場合には、その現場の課題を解決することを目指して、政治的な行動をおこなうこともまたよくあることである。

ただ、どのような政治的行動をおこなう場合にも、精神科医は、その施策の対象となる人達の人権を第一に考えて行動することが求められる。そして、可能であれば、施策の対象となった人たちの意見を聞き、政策に反映させることが望ましい。

精神障害や知的な障害のある人たちは、十分に自己決定権を行使することができない場合も少なくない。その場合には、当事者たちの人権をどう守るのかについて、十分検討した上で、対応することが必要である。それが、圧倒的な権力や聞いてもらえる声や機会を有している専門家の義務である。

その点で、患者の人権を無視したパターンリスティックな政策への関与をおこなったことは、時代性を踏まえても反省する必要がある。

家族へのまなざし

1936年の陳情書は、「精神病者は文明の進展と社会の複雑化とともに逐年増加して」いることから、公立精神病院の拡充、国立精神病院の設置、精神衛生研究所・相談所の設置を求めるだけでなく、断種法について、「精神病者の過半数は遺伝性の

ものなるを以て断種法を制定してできる限りの伝染性精神疾患の誕生を予防せられたし」としている。

断種法についての言及は、陳情書の8番目であることから、喫緊の課題は、精神病院を増やすということであったと推測される。現に、1919年の精神病院法の施行によって、障害者の家族に負担をかけていた精神病者監護法（1900年）による私宅監置を病院収容へと変えていく動きがみられた。

その中で、1936年陳情書は、「精神病者ある家庭に於てはその病的行為を防止する爲に家族悉く看護に疲れ、自費を以て精神病院に入院せしむるも概ね難治にして長年月の治療を要する爲其の費用の負担に耐えず肉親縁者の末に至るまで破滅に瀕するに至る其の惨状たるや殆ど言語に絶」するとし、家族の負担を減らし、家族の生活を守ろうとするまなざしが見て取れる。

精神科医が当事者でもある家族の声にこたえようという姿勢が、陳情書に現れている。また、断種についても、家族のことをおもんぱかっていることは、全体として伝わってくる。

なお、中谷陽二は、当該陳情書に対して、「患者やその家族の利益よりも国家の利益を前面に押し出している」（中谷陽二『危険な人間の系譜』弘文堂、2020、243頁）としているが、日々家族と接している精神科医が、家族の利益を守ること、患者本人の利益を守ろうとしたことは、家制度という法制度のもとでは、精一杯のことだったともいえる。

「家族の利益を守る」という視点は、1953年陳情（文書⑤）ではより強調されている。その意味で、一貫して、家族の利益への配慮はおこなわれてきたが、その背後で、患者本人の人権は無視されてきたといえよう。

軍国主義の時代と人口政策

1936年当時、日本は、軍国化の道をたどっていた。1931年には、「満蒙は我国の生命線である」をスローガンに中国東北地方への侵略を開始し、1936年からは、中国への全面的な侵略を展開したことで、日中戦争が勃発した。

大東亜共栄圏建設のために「人口政策確立要綱」が閣議決定されたのは、1941年であったが、同要綱には、人口の増加と並んで、「資質増強の方策」も掲げられており、第5（ト）では、「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」とされている。

1916年に内務省に設置された「保健衛生調査会」は、当初、人口問題を質的に考えていなかった可能性を廣島清志が示唆している（廣島清志「日本人口政策史小論」50頁）。その後、1929年の「人口統制ニ関スル諸方策」において、人口問題は量的だけではなく、質的問題へと変化していき、産児制限が優生対策を公認していったと廣島は指摘する（同・56頁）。

戦時下において必要なのは、一定の質を備えた「健康」な兵士であり、その「健康」には、身体的のみならず、精神的健康も含まれる。国家が推し進める戦争が、何より

も優先され、民族主義と兵士人口の一定数の確保により、優生思想が幅を利かせ、そして、1940年の国民優生法へと結実していった。

1936年陳情書は、そのような時代の中で、作成されたものである。

犯罪への言及と陳情書

戦前の刑法犯検挙人員のピークは、1934年（昭和9年）であった。1936年陳情書では、「犯罪の多くは保護せられざる精神病患者により醸成されつつあるは容易に察知せらるる事実なり」としているが、統計からは、犯罪のどれだけが精神病患者によっておこなわれているのかは不明である。

しかし、当時の経済不況とともに発生した深刻な社会不安を背景として、社会が不安に陥っていたことは確かであろう。

だとしても、戦時中の犯罪検挙件数や発生件数（認知件数）の減少（尤もこれは警察力の衰退によるものと犯罪をおこなう年齢層の減少によるものと言える）が加速する中で、国民優生法が成立していくことは、犯罪との関係ではあまり説明がつかない。

犯罪に対する刑事政策は、合理的におこなわれるというよりは、時代の犯罪観や刑罰観によって変化することはよく知られている（松原英世『刑事制度の周縁』成文堂、2014、17頁）。そうだとすると、1936年陳情書においては、犯罪について言及することが、有効だと考えられていたことを意味する。

1953年陳情書に精神病患者と犯罪との関係の記述がないのは、その記述をおこなうことよりも、公衆衛生や医療政策の問題として強調する方が、より有効だと判断されたことによると考えられる。その背景には、日本国憲法の影響、特に25条との関係があることが推測される。

1953年陳情書と患者の人権

強制不妊手術に関する最高裁大法廷判決は、「特定の個人に対して生殖能力の喪失という重大な犠牲を求める点において、個人の尊厳と人格の尊重の精神に著しく反する」と優生保護法自体を基本的人権の尊重を定めた日本国憲法13条に反すると断罪している。

もし、当時の精神科医が日本国憲法の施行によって、人権意識を強化させたのであれば、国民優生法の際と同様、優生保護法成立に際して、精神科医による議論や反論があってもしかるべきであった。けれども、それがおこなわれた形跡はなく、残念ながら、何も声が上がらなかった。

1954年12月24日の「審査を要件とする優生手術の実施の推進について」（厚生省公衆衛生局庶務課長通知）による実施の推進からも明らかなように、一部の都道府県を除いては、「実施計画を相当に下回る現状」があった。その状況は、1953年陳情書を出す際に、精神科医のアカデミアには当然共有されていたはずである。

先に見たように、精神医療界における権力者である三宅と内村が陳情書を出す際に、当時精神衛生対策において、もっとも獲得したい病床の確保を実現するために、当時

厚生省が最も力を入れていた施策を入れるという配慮をした可能性は否定できない。

現に、1953年陳情書では、「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」という要望を除くと、全体として人権の視点から見て、問題ある記述はない。全体のトーンとの関係からすれば、この要望の方が違和感ある。

日本国憲法施行後間もないことや、法律として優生保護法が存在していたことを加味しても、「個人の尊厳と人格の尊重」を無視して政策を実現しようという発想は、どう受け入れることはできない。

再び同じことを繰り返さないために、いかなることがあったとしても、精神科医として、患者の人権や自己決定権を尊重することが何より大切であることを忘れてはならない。

6. 遺伝性の理解と解釈に関する問題

最後に、国民優生法・優生保護法の「科学的」根拠とされた「病気の遺伝性」についても、その解釈が極めて稚拙なものであったことを指摘しておきたい。

勿論これらの法律に基づく強制不妊手術は、病気の遺伝性とその解釈の如何と関係なく人権の蹂躪であり、許されないことである。ただ「病気の遺伝性」という考え方についての当時の解釈そのものが、実際には科学的に的外れなものであり、そのような稚拙な理解をもとに両法の「科学的根拠」が論じられたことは、是非とも理解し知っておくべきことであろう。

より具体的に述べると、国民優生法や優生保護法は、精神疾患の発症を減らすことを目的に、遺伝性のあるそれらの病気の罹患者が子孫をもたないように強制断種をおこなう、という論理展開のもとに制定された法律であったが、そもそもそのような論理展開で用いられた「科学的根拠」は、当時のごく限られたデータを不正確に解釈したものにはしかすぎず、全く根拠のないものであったということである。

すなわち、仮にこれらの法律を盾にいくら強制不妊手術を進めても、精神疾患発症の減少には全くつながらなかったということである。「目的」の非人道性は別にして、「科学的観点」だけから観ても、この法律が無意味で馬鹿げたものであったと言ってよいだろう。これらの点について、以下で具体的に説明したい。

まず理解しておいていただきたいのだが、病気に遺伝的要因が関与していること自体は、病気の具体的種類でその強弱はあるものの、身体疾患・精神疾患を問わず、ほとんど全ての病気に当てはまる。

例えば国民優生法・優生保護法による強制不妊手術の大きな対象となり、その後の精神科の医療でも入院患者の多数を占めた統合失調症について言うと、一卵性双生児の発症一致率に比べて二卵性双生児の発症一致率ははるかに低く、発症に遺伝的要因がそれなりに関与していることは科学的事実である。

ただ、ここで言う「遺伝的要因の関与」と、国民優生法や優生保護法の成立を推進した人達が考えていた「遺伝性」とは全く異なる。当時の人たちが「遺伝性」という言葉で想定していたのは主に、「罹患者の子どもの半数近くが発症する」（メンデル遺伝の）優生遺伝と考えられる。しかし、統合失調症の罹患者の子どもがこの病気を発症する確率は実際には平均で1～2割とはるかに低い。また、統合失調症の罹患者の多くは、親きょうだいなどの血縁者に罹患者のいない、いわゆる「孤発例」である。さらに、統合失調症の罹患者で子孫を残す人の割合は社会・生活状況の影響から決して高くないが、古今東西を問わず、一般人口中における統合失調症の発症率は約1%で、ほとんど変化していない。つまり罹患者が子孫を残さなくても、統合失調症の発症率は変わらないということである。

これらの事実は、統合失調症の発症に「遺伝的要因が関与している」といっても、1. そこには複数の様々な遺伝子の多型（バリエーション）が関与していること、2. かつ、それらの多型は、統合失調症に罹患していない人にも見られるもので

あり、3. 実際の発症は、それらの多型がいくつか偶然に組み合わさり、かつ何らかの環境要因が加わって起こっている可能性の高いことを示唆している。

このため、強制不妊によって罹患者に子どもを作らせないようにしても、優生保護法の支持者が考えていたような罹患者の減少につながることは無かった、ということである。倫理的問題を別にしても、このように間違った「根拠」をもとに優生保護法が制定・施行され、多くの人々の人権蹂躪がおこなわれたことは、精神科医療・医学に携わる者として極めて遺憾であると言わざるを得ない。

なお統合失調症や双極性障害の一卵性双生児の発症一致率は、糖尿病や結核でも報告されている一致率と同様の値である。このことは精神科の疾患が、少なくとも遺伝子の関与という点では身近な身体疾患と大きな違いないことを示している。

もう一点述べておきたいが、戦前の国民優生法の成立時には、「外国の遺伝学説に無批判に追従している。精神病の遺伝学が科学的に証明された後に法制定をすればよい」「遺伝家系に属しながら社会的に成功した実例がある」「統合失調症の親から生まれた子どもの8割は発病しないということは断種の効果が限定的であることを示している」など、「遺伝性」に関する実証が不十分であるとして、強制断種に反対する意見が精神科医から上がっていた。

戦後は困窮した社会状況にあったとは言え、精神科医がこのような声を上げて優生保護法制定に反対することがなかったことは非常に残念なことである。

さらに残念なことは本会理事長、内村祐之（当時）が、本段落で説明した「遺伝性」の実際についてそれなりに理解していたにも関わらず、1936年、1953年の陳情書を提出し、国民優生法の成立と戦後の強制断種の促進に関わったと思われることである。

国民優生法制定後まもなく帝国大学新聞813号（1940.5.27）に掲載された「断種法の過去と将来：国民優生法への期待」で内村は、「他方に於いて臨床的経験を豊富に積み重ねるほど、遺伝経路の不規則なこと、突然変異を思はせるやうな発病例の多いこと、遺伝性精神病と相貌を同じうする他種精神病のあること等を知る機会が多くなって、断種の適否を単純な遺伝生物学で判断することに、著しい危惧を感じること事実である。この様な点が又断種法の可否を論ずる際に、精神医学者の態度を消極的ならしめた真相であったとも思ふ。内因外因の錯雑した原因が加はって起る精神疾患の如きを、仮にもメンデル律の単一なモードで律せんとする事が、抑々（そもそも）誤謬を生む所以なのである」と述べている。

これは、精神病と遺伝性との関わりについて、内村が、現在の学術的解釈のレベルにも通ずる深い理解をもっていた可能性が高いことを示している。にも関わらず、内村が強制断種を進める方向に動いてしまったことは、優生思想に対する当時の社会の考え方、また戦後は貧しく混乱した社会経済状況に押されてという事情はあったにしろ、大変残念なことである。

Ⅲ. 日本精神衛生会としての反省

国民優生法は旧厚生省が議員提案の内容をたたき台にとしてまとめ 1940 年に成立した。同法制定の前に、1936 年三宅鑛一（日本精神衛生協会、公立及代用精神病院協会）と内村祐之（救国会）は 10 項目からなる陳情書を内務大臣宛に提出した。その中で優生思想を明確に示し、治安維持的観点から国立精神病院設置を求めた。

また、厚生省は断種法の可否について日本精神病院協会に意見を求め、内村祐之を委員長とする「断種法制定の可否に関する特別委員会」を設置して 1939 年に内村は 16 の条件付きで断種法を支持する「決議」をまとめた。

優生保護法については産婦人科医の谷口彌三郎が中心になり、優生学的法制と中絶容認・母体保護の考えを併せて GHQ と交渉し 1948 年に成立した。

1953 年に内村祐之（日本精神衛生会）と金子準二（日本精神病院協会）は、5 項目からなる精神衛生対策についての陳情書を作成して提出した。日本の精神衛生施策を推進するための項目が中心であったが 3 項目目に「精神障害者の遺伝を防止するため優生手術の実施を促進せしむる財政措置を講じること」を明記した。

三宅鑛一、内村祐之は東大教授であり、日本精神衛生会の理事長であったが、前者は国民優生法、後者は国民優生法、優生保護法の促進に大きな役割を果たした。

特に内村祐之は日本精神神経学会の理事長を長年務めており、東大の精神医学教室から優秀な人材を全国の医科大学の精神医学教室に派遣し、多くは教授として活躍した。

このように精神医学会の権威として戦後の精神医学会を牽引していた内村が、統合失調症、躁うつ病、てんかん等を遺伝病として認め、様々な条件が付いているとはいえ、これらの疾患患者を国民優生法の対象とし、優生保護法においても異を唱えることをしなかった。そしてこれらの患者の断種施行を促進させたと言わざるを得ない。

内村祐之の考え方と行動は、その後の東大精神医学教室関係者である日本精神衛生会の歴代の理事長にも影響していたと考えられる。国民優生法の成立の際には金子準二や植松七九郎等が反対したが、戦後の優生保護法の際には精神科医の反対は表面化しなかった。内村祐之が 1951 年から 1965 年まで日本精神衛生会の理事長を務め、1980 年まで生存していたことから、精神衛生会として優生保護法に対する反省や批判的な行動を起こすことは難しかったと考えられる。

後に理事長に就任した秋元波留夫は 1940 年 1 月 6 日発行の「日本医事新報」でドイツのリューディン教授の演説内容「強制断種によって精神病学者は拠って立つべき地盤を喪失し、これまでの仕事は無価値、無益、無意味であるという一般的見解が発生し、実践精神医学の意義がともすれば葬り去られる危機が迫っている」を紹介し、我が国においては断種法が実践されるとすれば、十分その機能の限界性を認識したうえでなければならぬと優生保護法に批判的な考えを述べた。しかし、秋元は 1986 年に日本精神衛生会の理事長に就任した後、強制断種の問題を取り上げることはなかった。

一方、東大教室関係者の岡田靖雄は自ら松沢病院勤務時代受けもった患者に優生手術を申請し、手術の助手を務めたことを開示した（1962年、1963年）。1964年編著「精神医療 精神病はなおせる」で優生保護法の問題点を指摘した。その後も著書や報道の取材で積極的に発言した。

また、東大教授の笠松章が教科書の「臨床精神医学」（1959年 南江堂）に優生保護法の内容を紹介して批判した。

北海道大学精神医学教室出身の野田正彰が1973年、1974年朝日ジャーナルで高等学校の保健教科書の優生保護法に関する記述を激しく批判し、文部省はそれを受ける形で教科書会社に精神薄弱・精神病の記述について改善を申し入れた。その結果一部の記述は改められ、1980年代になると精神病の記述自体が教科書から消えた。優生保護法に関して行政を動かした事例であった。

このほか何人かの精神科医が精神科関連雑誌に優生保護法に対する批判を述べていた。竹村堅次は「優生保護法」（臨床精神医学第4巻 1975年）で優生保護法は時代遅れで、対象疾患が一覧化されている別表を廃止すべきだと主張した。しかし、日本精神神経学会、日本精神衛生会を含めた精神医学界に広がることはなかった。

社会的にも戦後「産児調節こそ世界のどの国よりも日本で大切である」という視点で強制断種批判への意識は全くなかった。1964年ライシャワー駐日大使刺傷事件は精神異常者による犯行と報じられ、「野放しの精神異常者に対策を！」という論調であった。1984年の宇都宮病院事件で「精神障害者の人権を守れ」という声は上がったが、強制断種の問題とは結びつかなかった。このように新聞などのメディアが強制断種の問題を取り上げることはなかった。

海外では遺伝の医学的理解や人権意識が高まり、強制断種を戦後も続けたスウェーデンが1975年に廃止し、アメリカ各州でも1970年代にはなくなっていたが、日本の精神神経学会、日本精神衛生会は反応しなかった。

1996年に法律が改正されるまで施行されていたことに対して、当会として取り上げて議論できなかったのはなぜか。三宅鑛一、内村祐之が国民優生法、優生保護法に深く関与していたことに関して冷静に見つめ、問題点を明らかにし、批判し、反省する勇気をもち合わせていなかった。その理由には以下が考えられる。

- 1) 法律に基づいておこなわれていた
- 2) 重症な精神障害者の場合仕方ないという見解
- 3) 人権の侵害であるという視点の欠落
- 4) 当事者が現在も苦しんでいることに目を向けられなかった
- 5) マスコミを含めた社会がこの問題に関心が乏しかった
- 6) 推進した人物が当会の理事長であったことに対する忖度の気持ち

例えいかなる理由があったとしても当会の行動は、精神障害者の差別や偏見をなくすための啓発活動をおこなう会の趣旨に反するものであったと言わざるを得ない。何人かの精神科医が指摘していたにもかかわらず目を向けなかったことに関して痛切な反省と悔悟の念を示すものである。

私達は人間に対する価値評価に陥ってはならない。人間の尊厳は、常に個々の人間の尊厳であり、我々はいかなる法律によっても、これを軽視する方向に踏み出してはならない。日本精神衛生会の精神科医が実行し、与えた苦しみと不正に対して、またそれに続く時代の当会の精神医学関係者の長い沈黙と不作為に対して、犠牲になった方々に心からお詫び申し上げたい。

IV. 日本精神衛生会会員アンケート

日本精神衛生会優生保護法資料収集小委員会（以下、小委員会）は、日本精神衛生会が優生保護法と関わりの深い専門家集団であることから、文献資料のみならず、会員の声を通して事実関係を解明し、社会的責務を果たすことが必要であると考え、優生保護法に基づく優生手術と人工妊娠中絶の実態を知るために、2020年1月、会員に対するアンケートを実施した。

【対象・方法】

アンケートの対象は、2020年1月現在、日本精神衛生会に在籍しているすべての会員836人とした。実施期間は2020年1月～2月末日。方法は郵送法とし、記名・無記名いずれも回答者が選択できることとした。

アンケートで得られた情報は個人が特定できないかたちで扱い、日本精神衛生会の自己検証および提言作成のための基礎資料とすること、および、報告書等で紹介する可能性があるが希望しない場合は意向を尊重すること等を伝えた。

【内容】

アンケートは3つの質問で構成した。1つは、優生保護法の下でおこなわれた優生手術や人工妊娠中絶を見聞きした経験や関連資料の有無を問うもの、2つめは、昭和28年に日本精神衛生会と日本精神病院協会が連名で出した陳情書で優生手術を促進するための財政措置を求めていることについて意見・感想を求めるもの、3つめは、今後、日本精神衛生会が優生保護法の問題にどのように取り組むべきか意見を聞くものである。

実際の質問は以下の通りである。

- 問1) 優生保護法に基づく優生手術（不妊手術）や人工妊娠中絶について、直接あるいは間接的にご存じのことがあれば、差し支えない範囲で、詳細をお知らせください（時期、場所、関係者、経緯、当時のご自身の立場など）。また、関係する資料・文献をご存じであれば、わずかな情報でもご紹介ください。
- 問2) 昭和26年7月、日本精神衛生会（理事長 内村祐之）は、日本精神病院協会（理事長 金子準二）と連名で、厚生省に対し、「精神障害者の遺伝を防止するための優生手術の実施を促進せしむる財政措置を講ずること」を求める陳情をおこなっています（別紙参照）。この陳情書について、ご意見・ご感想をお聞かせください。
- 問3) 日本精神衛生会優生保護法資料収集小委員会に対する、みなさまのご意見・ご提案をお知らせください。また、日本精神衛生会が、優生保護法の問題にどのように取り組み、将来に生かしていくべきか、率直なご意見・お考えをお聞かせください。

【結果】

1. 回答者の属性

会員 836 人に郵送し、87 名（10.4%）から回答を得た。

内訳

性 別：男 65 人（75%）、女 19 人（22%）、未記入 3 名（3%）。

年 齢：40 代 8 名、50 代 10 名、60 代 21 名、70 代 24 名、80 代 21 名、
90 代以上 2 名、無記入 1 名

職 種：医師 63 名、精神保健福祉士 5 名、看護師 5 名、その他福祉 2 名、
その他 11 名、無記入 1 名

勤務先：精神科・クリニック 66 名、福祉施設 4 名、その他 16 名（18%）、
無記入 1 名

2. 回答の内容

A. 問1 見聞きした経験について

優生手術や人工妊娠中絶を見聞きした経験に関する自由記述では、「経験がある」という回答は合わせて 23 件、「知らない／経験したことがない」という回答は 39 件であった。

「経験」の内訳は、「申請したことがある」4 件、「手術を受けている人（中絶含む）を診たことがある」11 件、「手術について聞いたことがある」4 件、「記録がある」2 件、「中絶手術」3 件などであった。

自由記述には、知的障害の人に対する申請経験（却下されたもの含む）や、手術後の人を診察した経験が記されており、対象者の性別が記載されたものは全て女性であった。

時期は 1960 年代から 1990 年代まであり、長期入院している人に本人の同意なく断種手術したケース、家族の要望でおこなったケース、長期女性入院患者のほとんど（200 人以上）が不妊手術を受けていたという報告があった。

当時の気持ちとして、「自明なこととして疑問を感じなかった」「胸を塞がれる思いがした」

「患者さんがかわいそう／気の毒であった」などの記載（伝聞含む）があった。

その他の回答として、勤務先の方針として優生手術をおこなっていなかったもの、産科医に優生手術をすべきと言われたケースを撤回にもち込んだケースなども紹介された。

具体的記載は末尾を参照されたい。

B. 問2 陳情書に対する感想・意見（自由記述の抜粋は、文意を変えない程度に語尾等変更）

昭和 28 年の陳情書に対しては、その内容を肯定する意見は 7 件、消極的肯定（仕方なかった・当時の限界など）は 10 件、否定的意見は 21 件、否定的意見のうち謝罪や反省・訂正を求めると明記したものは 3 件あった。

1) 肯定

「家族が希望する場合に（手術を）求める陳情・財政措置には当然賛成すべき」「精神衛生課の設置を陳情して役に立ったときかされている。当時の社会事情を知らなければ陳情書の意味が理解できない」「当事者の幸福を考えての法律ということであったように思う」「現代の基準で過去を裁いてはならない」「このような陳情を続けて欲しいし、もっと広めてほしい」

2) 消極的肯定

「当時の医学的知見では今から見ると正しい判断ができなかったと思う」「当時の社会においては、やむを得ない処置であったと思う。現在では考えられない陳情書である」「時代的にはこういう考えが優勢だったのだろうが、障害者切り捨て、近代化の悲しい方向だったのだろう」「当時としては正しいことだと信じてなされたことだとは思ふ。現在では、その思想の危うさは明らかとなっているように思う」「そういう時代だったのだと思う」「当時の時代背景と精神科医療の実情からやむを得ずであったのではないかと思う」「当時としては仕方なかったのではないか」「今は非人道的なことで強く思うが、当時は特に憤りを感じなかった」「当時の限界を感じる」

3) 否定的意見

「憲法の趣旨が全く生かされておらず戦前の思想での陳情と考えられる」「手術の副作用や本人の同意に全く考慮されていない乱暴な考え方だと思う」「精神病に対する差別意識が医師の側にもあったと感じる。優生手術をすすめることを求めたことは、やはり明らかに誤っている」

「社会、家族の利益を優先しており、患者への配慮が感じられない」「当事者の人権に対する配慮が著しく欠けていたと感じる」「精神科の治療法も薬物療法がなく現在では禁止となるようなものが多かった時代の文書であることも考えるべきと思いますが信じられない印象」「たとえ遺伝的疾患がわかったとしても、生む生まないは個人の判断であろう」「呉秀三の主唱による精神病者慈善救済会と相反し、精神病者への虐待ともうけとれる」「医師、関係者の無知によるできごとで不幸としか言えない」「国家的損失が個人の不幸に優先されていることなど、現在から見れば違和感がある」「あってはならないことであり陳情をおこなっていたことに憤りを感じる。人としての存在をも否定しているようで、なぜこのような陳情を出したのか、全く理解できない」「はじめて知った。現在考えると人権侵害も甚だしい」

4) 謝罪・反省・訂正を明記した意見

「現代の知識や社会的文化的通念から当時をふり返り非難することは有意義ではない。反省をすることは必要であるし、何らかの補償も検討してもよいかもしれない。謝罪を被害者や遺族に対しておこなうことは言うまでもない」「不適切で有るとの印象を強くもつ。検証、検討の上、訂正等を必要に応じておこなうべきではないか」

5) その他の意見

「その当時の社会状況や国民の意識を踏まえて検討することが、この陳情書を評価し検討する上で必要」「陳情書を出すに至った経緯を詳しく知りたい」

C 問3 精神衛生会が取り組むべきことについて

(自由記述の抜粋は文意を変えない程度に語尾等変更)

日本精神衛生会として取り組むべきことについては、反省・謝罪・公表・宣言を希望するもの15件、検証・社会的啓発を求めるものが23件あった。

1) 反省・謝罪・公表・宣言等を求めるもの

「この歴史的汚点を素直に振り返り、その過ちを国民に報告することが必要」「できるだけ資料を収集し、真摯に事実に向き合い反省し、謝罪すべきであり、また、そのことを公表すべき。それをなされるよう強く要望する」「過去の手術実施を促進する陳情については全面的に反省すべき」「陳情が誤りであったことを明言すべき。同時に、わかる範囲で背景を探り、未来に向かって、優生思想や障害者差別に毅然と対峙していくことを宣言する」「当時の過ちをうやむやにすべきでない」「徹底的に検証し誤っていた事は謝罪し、新しい精神科医のあり方を宣言してください」「感傷的なまとめではなく、あくまで科学的なまとめをおこなうべき。両論のみならず多論併記でもよい」「真剣に反省を表明するのがよい」「会として検証結果を明らかにし、正式に謝罪すべき」「当時、どのような実情により、こういった経緯をたどったのか明らかにしていただきたい。そして被害者・遺族に謝罪してください」

2) 検証・社会的啓発を求めるもの

「どのような事例にどのように不妊手術や人工中絶がおこなわれたのかの実態がより明らかになるとよい」「国民優生法成立以前のいきさつから話をスタートさせなければ、日本精神衛生会の歴史がなげくでしょう。会誌『精神衛生』に、熱心な討論が沢山残っています」「当時の考え方が現在の視点からみてどうかという判断と、当事者が苦痛を感じておられた事実があれば、それに有る程度対応するとすればどう考えるかという見方と両方の物差しからの判断でしょうか」「調査をきちんとし、出産育児に関与できなかった人々の不幸を明らかにしてほしい」「今後精神衛生会の行動が優生保護的にならないため、過去の諸資料を集め、教訓になるように応援したい」「資料だけでなく、当時の精神科患者さんやご家族が抱えていた苦悩をなんとかしたいと思い行動された精神科医療全体を俯瞰できるような総括があれば、将来の精神医療のあり方を考えるヒントになるかもしれない」「どのような経緯で陳情がおこなわれたのか、また、反対意見にはどのようなものがあつたのかなかったのか。もし反対意見があつたとするとどうして採用されなかったのか。…徹底的な検証をお願いいたします」「当時、なぜこのような政策が取られたか知る必要がある」「衛生会の過去の行為を検証し、将来の活動に生かそうとする試みは有意義である」「委員会の活動の意味は大きい。私たちに重要な教訓をもたらしてくれることを期待します」「精神衛生会だけでなく一般社会を巻き込んでゆく方法が必要」

3) その他、この問題のとらえかた、精神衛生会への意見など

「精神障害者が人間らしく生きるため自己決定権は本人自身にある。医療関係者、家族の強制の上に、保護法を利用してはならない」「厳しい態度で『優生学と人権』について捉えていく必

要がある」「過去にそのような悲しいことがあったことを忘れず、二度あってはならないことを次の世代に伝えていかなければならない」「負の事実はそれとして真正面に向き合い、新しい時代の精神保健福祉を切り拓く礎となることを期待する」「人類はこれ以上、生存に関するコストパフォーマンスを進めてはいけません」「謝罪ということばは使いたくありません。何かよい表現がないでしょうか。おみまいとか…?」「過去から学ぶことはあっても、過去をさばいてはならない」

【考察】

アンケートでは、精神衛生会の会員1割以上から貴重な経験・意見が寄せられた。いずれの回答も、精神医療に携わる専門職としての強い当事者意識をもつものであった。

会員が見聞きした手術対象者の属性としては、知的障害のある人、長期入院者、女性を挙げる回答が複数あった。

昭和28年の陳情書については、精神医学を取り巻く当時の状況からやむを得なかったとする声がある一方で、医師の患者に対する差別意識・虐待であると厳しく断じる声もあった。

優生手術は現在は肯定できないことは回答者のほとんどが認める場所であったが、過去に『正しい』と思われていたことを、現代においてどの様に位置づけるべきかについての意見は分かれている。過去の陳情書に対する日本精神衛生会の認識が問われており、日本精神衛生会優生保護法資料収集小委員会に投げかけられた課題であろう。

もう一点、陳情書において精神科医（団体）が「優生手術の財政措置」を求めた背景の解明を求める声も少なくなかった。昭和28年当時の状況分析とともに、それまでの精神科医の優生手術法制化に対する見解と合わせて検討する必要がある。

アンケートを通してあらためて、日本精神衛生会には、時代を超えて通底する医師のプロフェッショナリズムとはなにかを見出すことが問われており、自己検証をおこなう社会的責務が課されていることが明らかとなった。

優生保護法に基づく優生手術・人工妊娠中絶に関するアンケート結果

○実施期間	2020 年 1 月～2 月
○方法	郵送による配布と回収
○対象	日本精神衛生会会員
○配布数	836
○回答数	87
○回収率	10.4%

○性別	
男	65
女	19
未回答	3

○年齢	
40 代	8
50 代	10
60 代	21
70 代	24
80 代	21
90 以上	2
未記入	1

○勤務先	
精神科・クリニック	66
福祉施設	4
その他	16
無記入	1

○職種	
医師	63
精神保健福祉士	5
看護師	5
その他福祉	2
その他	11
無記入	1

回答一覧

(回答者の年齢が高い順に掲載。趣旨を変えない範囲で一部の省略、語尾の変更をおこなった。
回答者が特定される可能性があるものなどは掲載を見送った)

問1) 優生保護法に基づく優生手術(不妊手術)や人工妊娠中絶について、直接あるいは間接的にご存じのことがあれば、差し支えない範囲で、詳細をお知らせください。

(時期、場所、関係者、経緯、当時のご自身の立場など)

また、関係する資料・文献をご存じであれば、わずかな情報でもご紹介ください。

申請したことがある	4件
患者さんを診たことがある	8件
聞いたことがある	4件
優生手術の記録がある	2件
中絶手術	3件
身内が手術を受けたことがある	2件
優生手術をおこなわない病院の方針だった	2件
出産支援をしていた	1件
その他	1件
知らない／経験ない	39件

申請したことがある 4件

- ① 1件のみ申請したことを記憶している。患者さんは確か知的障害があり、性交を強制されて中絶の経歴が複数回あり、家族は大変困っていた。本人には状況の理解が困難であったように記憶している。優生保護委員会では手術は不適と却下された。(80代医師)
- ② 1960年代、中度知的障害のある女性の優生手術を申請し、外科医の助手をつとめた。(80代医師)
- ③ 精神科医になりたての頃は自明のこととして疑問を感じなかったので、人工中絶を勧めたり、診断書を書いたことがあったかもしれない。(80代医師)
- ④ 長期入院している知的障害者に、本人の同意なしに断種手術をしたケースが何件かある(40代医師)

患者さんを診たことがある 8件

- ① 1970年代、入院していた重度知的障害の女性が不妊手術を受けた。私が担当でしたが術後に報告があり、法的対応は不明です。(80代医師)
- ② 1960年代、非行グループに属していた女性が入院したが、すでに法律に基づく不妊手術を受けていた。(80代医師)

- ③ 知的障害・精神障害があり、強姦数回、複数回人工妊娠中絶した女性の診察をした経験がある。(80代医師)
- ④ 処置を受けた方の診察を1〜2名した記憶がある。(70代医師)
- ⑤ 1970年代の勤務先には手術室が残っており、以前不妊手術がおこなわれていたと聞いた担当患者の中には、不妊手術を受けた患者さんがいたように思う。(70代医師)
- ⑥ 1990年代知的障害のある女性に優生手術を受けさせたいと、更生施設職員より相談を受けたことがある。(70代医師)
- ⑦ 精神遅滞の70代女性が不妊手術を受けていた。(60代医師)
- ⑧ 1980年代後半、全員のカルテを確認したわけではありませんが、勤務先の長期女性入院患者のほとんどが不妊手術を受けておりました。ざっと200人以上はいたはずです。患者さんの中にはそれを悔い、「先生、私のようにならないでね」とそっと言ってくれる人もおり、胸が塞がれたことを今でも鮮明に覚えています。(50代医師)

聞いたことがある 4件

- ① 1960年代に先輩医師が精神障害者に優生手術を勧めて受けさせた聞いたことがある。(80代医師)
- ② 精神科医になりたての頃、当時の上司が「優生保護法が適用されるだろう」と話しているのを聞いたことがある。(60代会員)
- ③ 1980年代前半、入職当時には、まだ精神分裂病(当時)患者の新規の不妊手術があったようでした。(40代精神保健福祉士)
- ④ 長年勤務していた看護師に、以前は当院でも不妊手術をしていたと聞いた。産婦人科医に来てもらい、精神科病院内で手術をおこなっていた。女性患者ばかりで、家族からの要望でおこない、患者さんが「かわいそう」「気の毒であった」と聞いたことがある。(40代精神保健福祉士)

優生手術の記録がある 2件

- ① 勤務先のカルテに優生手術をおこなったという記録が残っているものが少しある。術者はすでに他界。(70代医師)
- ② 勤務先に戦後におこなわれた優生手術についての記録があります。(60代医師)

中絶手術 3件

- ① 1970年代、近親姦で養父による中二少女の妊娠に際しては止むを得ず人工中絶をさせた。現在なら出産をすすめ、育児支援の体制の中で中学を卒業させることができたであろう。(80代医師)
- ② 精神障害のある人が妊娠すると、「どうせ育てられないから」「育児の苦勞で再発したら大変だから」という理由で人工妊娠中絶を高い頻度で受けていたと思います。それは優生保護法に基づくものでなく本人と周囲の人々の考えによるものと認識しておりましたので、今回の

アンケートの対象ではない公算が高いでしょう。しかし考え方としては、同根ではないでしょうか。(60代医師)

- ③ 人工妊娠中絶は、患者にとって不本意でも関係者で相談して同意してもらい、おこなうことはあったと思います。(50代医師)

身内が手術を受けたことがある 2件

- ① 身内が手術を受けたことがある。(80代会員)
- ② おそらく身内が手術を受けたことがあるが、口を閉ざし、身内は誰も語りません。
(50代看護師)

優生手術をおこなわない病院の方針だった 2件

- ① 1970年代、入院中の女子患者を対象に、優生保護法による断種の手術の話がもち上がったが、入院患者婦女子の人権問題であり、医学者・家族が決定する権利はないとの意見で実施に至らなかった。(70代看護師)
- ② 病院設立者が優生手術に賛成しなかったので、当院ではおこなわれなかったと聞いている。人工妊娠中絶は、優生保護法に基づいたというより、出産や育児能力を本人、家族と相談の結果、おこなわれたと思います。(60代医師)

出産支援をしていた 1件

- ① 1970～80年代、統合失調症の患者さんの妊娠・出産の支援をおこなった。中には、産科医に優生保護法に従って優生手術をするべきだといわれ、ご本人も家族も悲しんだ人もいますが、支援プログラムや親子共に元気で妊娠・出産を乗り越えている例が多くあることを説明し、優生手術の勧めを撤回してもらったこともある。(70代医師)

その他 1件

- ① 1970年代、看護学校の教科書に精神分裂病の予防として断種とあり、おどろいた記憶がある。(70代医師)

知らない／経験ない 39件

問2) 昭和28年7月、日本精神衛生会(理事長 内村祐之)は、日本精神病院協会(理事長 金子準二)と連名で、厚生省に対し、「精神障害者の遺伝を防止するための優生手術の実施を促進せしむる財政措置を講ずること」を求める陳情をおこなっています(別紙参照)。この陳情書について、ご意見・ご感想をお聞かせください。

陳情内容に肯定的意見	7件
消極的肯定(仕方なかった/当時の限界)	10件
陳情内容に否定的意見	19件
謝罪・廃止・訂正が必要	3件
その他	9件

肯定的意見 7件

- ① 優生手術を、本人および家族などが希望する場合は、これを求める、陳情、財政措置にも当然賛成すべきでしょう。上記の陳情書も当時としては、まあ必要だったかと考えます。いずれにしても、大切なのは、おこない方、方法が適切な方法かどうかの問題かと思考しています。(90代以上医師)
- ② これは日精協二十周年誌にのせてあるもので、「占領がやっと終わった時期に、精神衛生課の設置を陳情して、役に立った。」と先輩からきかされています。その当時の日本の社会事情を知らなければ、陳情書の意味が理解できないでしょう。(80代医師)
- ③ このような陳情を続けて欲しいし、もっと広めてほしいです。(80代医師)
- ④ 当事者の幸福を考えての法律ということであったように思います。当時の考え方では、人権無視というより、苦勞されるより安楽な生き方をサポートしようと言われていたと考えます。(70代医師)
- ⑤ 財政措置に鍵があるのでは！優生手術を実施しなくてはいけない精神科医への財政措置を要請したのでは？(70代医師)
- ⑥ 悪しき遺伝子を防止したいという考えは現代でも有ると思います。治療法もない時代に精神疾患患者が増えることを危惧してのことと思われます。本人家族の悲惨さを知っているからの行為ではなかったのではないかと。当時反対の声は潰されたのでしょうか。(60代医師)
- ⑦ 現在の基準で過去をさばいてはならない。(50代医師)

消極的肯定(仕方なかった/当時の限界) 10件

- ① 今は非人道的なことで強く思いますが、当時は精神科を勉強し始めた頃であり、特に憤りを感じませんでした。(80代医師)
- ② 時代的にはこういう考えが優勢だったのだろうが、障害者切り捨て、近代化の悲しい方向だったのだろう。それにしても戦後8年の時点でも人間の潜在的な差別感はある強いものと思う。(70代医師)
- ③ 残念ながら、当時の医学的知見では、今から見ると正しい判断ができなかったことと思います。このことを教訓に今後の活動は慎重にしてゆければ良いと思います。(70代医師)

- ④ 当時の人権に対することであるので、現在とは社会情勢も異なるし、一概には言えない。当時の社会においては、やむを得ない処置であったと思う。現在では考えられない陳情書である。(70代医師)
- ⑤ 時代的にはこういう考えが優勢だったのだろうが、障害者切り捨て、近代化の悲しい方向だったのだろう。それにしても戦後8年の時点でも人間の潜在的な差別感根強いものと思う。(70代医師)
- ⑥ 当時、以下の条件が検証されていたならば、致し方のない陳情であったと思います。i) 精神障害が遺伝すること、ii) 精神障害者が公衆に危害を加えるおそれがあること、iii) 精神障害が治療不可能であること。(70代会員)
- ⑦ その当時としては、正しいことだと信じてなされたことだとは思いますが。しかし、現在では、その思想の危うさは明らかとなっているように思います。そう考えると、「いま私たちが正しいと信じておこなっていることも危うさをはらんでいる可能性がある」ことを肝に銘じて、行動していかなければならないと思いました。(60代医師)
- ⑧ そういう時代だったのだと思います。(60代精神保健福祉士)
- ⑨ 当時としては仕方なかったのではないかと。(40代医師)
- ⑩ 当時の時代背景と精神科医療の実情からやむを得ずであったのではないかと。しかし反対していた医師がおられたことが記録にも残っており、うれしく思う。(40代精神保健福祉士)
- ⑪ 当時の限界を感じる。悪意はなかったと思われるが、結果として差別や偏見を助長してしまった。負の歴史的事実を封印するのではなく、そこから新しくより高い水準に到達しなければならない。(40代会員)

否定的意見 19件

- ① 当時の精神医学がどのような方向をもっていたのか知るすべもなく、全くもって理解に苦しむ。(80代医師)
- ② 当時まだ、精神障害者の治療法が、薬物・精神療法・社会療法・生活療法などがないか、あっても未熟だったので、遺伝防止のため優生手術の実施を促進させる財政措置を講ずること、という提案がなされたものと思います。精神障害者の人権という意識は全くなく、社会の安全のためという観点が優先してしまったのでしょう。憲法の趣旨が全く生かされていない。戦前の思想での陳情と考えられます。現在からみれば、全く時代遅れですが、しかし、現在でも差別思想は厳然とあり、是正を目指して努力をつづける必要があると考えます。(80代医師)
- ③ 日本の精神科医療が民間に丸投げされたことで、精神科医療に社会が偏見をもつようになった。その背景にもなったことを忘れてはいけないうでしょう。現在の精神科医療における、拘束、隔離もその流れにあるような気がします。(80代医師)
- ④ 手術の副作用について全く考慮されていない。本人の同意についても同じで、乱暴な考え方だと思う。(70代医師)
- ⑤ 疑問である。(70代医師)

- ⑥ 全体として、精神病に対する差別意識が医師の側にもあったのだと感じる。優生手術をすすめることを求めたことは、やはり明らかに誤っていると思う。統合失調症の方が子どもを出産し、育児をすることによって、服薬を守り、自ら健康であろうと努力するケースが、現在はある！
- ⑦ 社会、家族の利益を優先しており、患者への配慮があると感じられない文章のように感じました。精神障害が治療しうるといった考え方がなかったのであろうと思います。(70代医師)
- ⑧ 精神障害を遺伝的系図によるものとする判断が性急であるように感じるし、たとえそのように判断されたとしても、当事者の人権に対する配慮が著しく欠けていたと感じます。(70代会員)
- ⑨ このような陳情をおこなっていたことをはじめて知った。当時の社会情勢から考えられた事とは思いますが、現在考えると人権侵害も甚だしい。(70代看護師)
- ⑩ 陳情があったことは知りませんでした。「福祉」とは何ぞやと考えさせられます。戦後の昭和28年、まだナチスにおける優生思想に対する反省は無かったのですね。(70代医師)
- ⑪ 呉秀三の主唱による精神病者慈善救済会と相反し、精神病者への虐待ともうけとられている。ノーマライゼーションに反する思想。精神障害者の遺伝…ヒットラーのゲルマン民族を第一優先に考える優生学に通じる。(70代看護師)
- ⑫ 医師、関係者の無知によるできごとで不幸としか言えません。(60代医師)
- ⑬ たとえ遺伝的疾患がわかったとしても、生む生まないは個人の判断であろう。(60代医師)
- ⑭ クロルプロマジンくらいしか抗精神病薬がなかったにしろ、優生手術実施のために財政措置を望むのは間違いだったと思う。(60代医師)
- ⑮ 時代がおこなわせしめたこととはいえ、ナチスの蛮行も世界に知られた戦後になり、北海道大学精神医学教室の初代教授である内村祐之先生が、このような陳情をおこなっていたことを知り、ショックを受けております。(50代医師)
- ⑯ 戦後まもなくの時期で、精神科の治療法も薬物療法がなく、現在では禁止となるようなものが多かった時代の文書であることも考えるべきと思いますが、信じられない印象です。強制的優生手術は前提となっていて、そのための費用負担を公費にしてほしいという陳情だったのでしょうか(そういう問題ケースが非常に多数になっていたのでしょうか)。陳情書の一項目に入れるに至った背景事情がより詳しく解明されるべきだと思います。他にも病床数増床が陳情されていることや、国家的損失が個人の不幸に優先されていることなど、現在からみれば違和感があります。(50代医師)
- ⑰ この陳情書が書かれた時と今と、時代は変わったけれど、日本人の意識はどれ程だろうと思いました。陳情書を繰り返し読み、この嫌悪感をまずは忘れないようにします。(50代看護師)
- ⑱ あってはならないことであり、そのような陳情をおこなっていたことに憤りを感じます。人権を無視してるところか、人としての存在をも否定しているようで、なぜこのような陳情を出したのか、全く理解できません。(40代看護師)

- ⑭ 現在、正しいと思われる事も、後の世では間違っていると思われるのかもしれないと思いました。項目三の部分以外には良い事が書かれているし、私も昭和 28 年に生きていたら、すばらしい陳情書だと思っていたかもしれません。こわいことです。(40 代会員)

謝罪・廃止・訂正が必要 3 件

- ① 陳情書の項目 3 についてですか？これは廃止すべきです、実際上においても不要です。(80 代医師)
- ② 当時の医学水準、社会文化的水準を考えれば、この陳情書のような内容になると思われる。現代の知識や社会的文化的通念から当時をふり返り非難することは有意義ではない。反省をすることは必要であるし、何らかの補償も検討してもよいかもしれない。謝罪を被害者や遺族に対しておこなうことは言うまでもない。(60 代医師)
- ③ 不適切で有るとの印象を強くもつ。検証、検討の上、訂正等を必要に応じておこなうべきではないか。(50 代医師)

その他 9 件

- ① 本陳情書は、要望事項に 5 項目を挙げているが、その順番に興味がありました。精神病床数の増加が第一になっていることは時代を反映しているのでしょうか。優生手術については、財政措置を要求している点が私にはよく理解できません。(90 代以上医師)
- ② i) 「精神衛生課設置を陳情」の趣旨は賛成。ii) ①病床増も当時としては賛成、②精神衛生相談所併置賛成、③優生手術は、医学的状況、家庭、社会状況をよく精査して決定すべきである。④研究所強化賛成、⑤精神衛生課に設置されているが、より充実すべきである。(80 代医師)
- ③ 精神障害者が健康な子どもを生んでいる例を沢山知っているので、優生手術は反対です。ただ育てる能力や意志のない人々が子どもを生むような状況をつくらないように環境をととのえる必要があります。社会の育児養育支援体制の充実が望まれます。(80 代医師)
- ④ この陳情書が出された頃と、結婚・離婚、精神障害のとらえ方、子どもの貧困など状況が昭和 28 年と違うでしょう。ICD や DSM がかわるように、考えていかなければならないと思う。(70 代医師)
- ⑤ その当時の社会状況や国民の意識を踏まえて検討することが、この陳情書を評価し検討する上で必要だろうと考えます。(60 代医師)
- ⑥ 趣旨は十分妥当かと思いますが、時代のちがいもあり、正直に申し上げてコメントのしようのないところがございます。(60 代医師)
- ⑦ このような陳情書を出すに至った経緯を詳しく知りたい。戦後の混乱期、高度経済成長、核家族化への移行など、様々な社会背景の下に出されたことと想像します。(60 代医師)
- ⑧ その時代のこと、現時点での評価は難しい。(60 代精神保健福祉士)
- ⑨ 精神障害を理由に人工妊娠中絶をおこなうことは、様々な薬が出て症状コントロールが容易になっている現代においては不適切と考える。が、症状コントロールが良好でない状況での避妊も同時に重要ではないか。(40 代医師)

問3) 日本精神衛生会優生保護法資料収集小委員会に対する、みなさまのご意見・ご提案をお知らせください。また、日本精神衛生会が、優生保護法の問題にどのように取り組み、将来に生かしていくべきか、率直なご意見・お考えをお聞かせください。

反省・謝罪・公表・宣言を希望	15 件
検証・社会的啓発など	23 件
わからない、ほか	7 件

反省・謝罪・公表・宣言を希望 15 件

- ① 日本精神衛生会と日本精神神経学会が、この歴史的汚点を素直に振り返り、その過ちを国民に報告することも必要かと考えます。(80 代医師)
- ② 知的障害や精神障害の方々に対して、優生保護法による不妊手術、断種、人工中絶などの人権侵害的なことがおこなわれたとすれば、できるだけ資料を収集し、真摯に事実に向き合い反省し、謝罪すべきであり、また、そのことを公表すべきである。日本精神衛生会としてそれをなされるよう強く希望する。(80 代医師)
- ③ 人権問題を優先して考慮しなければならない。大変重要なことと考えます。過去に国がおこなった優生保護に関し現在では当然問題視されるでしょう。広く国民に問う必要があると考えます。(80 代医師)
- ④ 優生保護法の問題と向き合うことは、今の精神保健福祉法の問題に向き合うことに通じると思います。シンポジウムで精神保健福祉法の問題を正面から取り上げることだと思います。陳情書冒頭の”精神障害による惨害”が結核や急性伝染病の惨害と同様に…という表現は素人目にもひどいものです。(80 代会員)
- ⑤ 過去の「手術実施の促進」陳情については全面的に反省すべきと考えます。(70 代看護師)
- ⑥ i) まずは前述の「陳情」に関連して、誤りであったことを明言すべきである。同時に、わかる範囲でその背景を探り、未来に向かって、優生思想や障害者差別に毅然と対峙していくことを宣言することである。ii) 今回のアンケート結果について、必要な解説などを加えて、会員並びに社会に還元する。具体的には、「心と社会」への掲載はもちろん、他の方法も検討してもいいのではないかと。iii) 日本精神衛生会主催の「メンタルヘルスの集い」において「優生保護法問題」や広く優生思想の問題を正面から取り上げるのもいいのではないかと。(70 代精神保健福祉士)
- ⑦ 近代合理主義、効率主義による弊害が社会全般に明らかになって来ている今、多様性を尊重する謙虚な心を養うため、当時の過ちをうやむやにすべきでないと考えます。(70 代医師)
- ⑧ ドイツがナチス時代の精神科医がおこなったことを明らかにしたように日本でも検証することですね。徹底的に検証し誤っていた事は謝罪し、新しい精神科医のあり方を宣言してください。(60 代医師)
- ⑨ 真剣に反省を表明するのがよいと考えます。(60 代医師)
- ⑩ やまゆり園の事件、その後の心ない賛同者の声をきくと、様々な団体や教育関係者がしっかり意見を出してゆく必要があると思います。(60 代医師)

- ⑪ しっかりと謝罪をおこない、「共生」「多様性」をめざす社会・文化的通念から、「優生保護法」等関連問題を議論すべきである。ある方向に議論が収束してゆくのかどうか不明であるが、「感傷的」なまとめではなく、あくまで「科学的」なまとめをおこなうべきである。両論のみならず、多論併記でもよいかもしれない。(60代医師)
- ⑫ 当時は正当であっても、現時点では不当なこと、反省しつつ検討し将来に生かす。(60代精神保健福祉士)
- ⑬ 会として検証結果を明らかにし、正式に謝罪すべきと思います。(50代医師)
- ⑭ 当時、時代背景から致しかたないと思う所はありますが、解明して補償するのは、せめてもの救いとなるのではないのでしょうか。(50代会員)
- ⑮ 優生保護法が施行されるにあたり、当時、どのような実情により、こういった経緯をたどったのか明らかにしていただきたい。そして被害者・遺族に謝罪してください。(40代精神保健福祉士)

検証・社会的啓発など 23件

- ① この時代の精神科医がナチのような思想で優生保護をサポートしていたとは思われません。どのような事例にどのように不妊手術や人工中絶がおこなわれたのかの実態がより明らかになるとよいと思われます。統合失調症のような症例はあまりなかったのではないかと。知的障害で、思わぬ妊娠などあるときに選ばれたのではなかったか、など想像しています。(90代以上医師)
- ② 国民優生法成立以前のいきさつから話をスタートさせなければ、日本精神衛生会の歴史がなげくでしょう。会誌「精神衛生」に、熱心な討論が沢山残っています。これからは、「中学・高校の保健体育で精神障害の遺伝を、どう教えるか」文部科学省へ注文をつけることが、第一にやるべきことと思います。次に、「出生前診断」について各方面からの意見をきいて、討論し続けることが課題と思います。(80代医師)
- ③ まず「謝罪」ということばは使いたくありません。日本はあまりに謝りすぎではないですか。この陳情は決して悪いことをしようとしてのことではありません。障害者、特に家族に、苦しんでいる人達に、何とかしてあげたくて考えだされたものと思います。ナチスなどと全く主旨を異にするものです。医師はあくまで患者様の味方です。この当時～過去の日本の有り様を見ての陳情です！毎日直面させられているDr達の苦肉の策です！障害者や障害児がどれだけひどい扱われ方をしてきたか、虐待、暴力（特に性的）等々を知っているのは、本当に本人と家族の苦しみを知っているのは、Drだけです。賠償請求に反対するものでは全くありません。しっかり沢山あげてほしいです。でも「謝罪」といわず、何かよい表現がないのでしょうか。「おみまい」とか…？(80代医師)
- ④ 精神衛生会だけでなく一般社会を巻き込んでゆく方法が必要。(80代医師)
- ⑤ 精神障害者の優生保護という方向でなく、精神障害者の人権を第一に考え、かれらの自立、社会復帰をいかにして助けるかの方向で取り組んでいただきたいと考えます。(80代医師)
- ⑥ 調査をきちんとし、出産育児に関与できなかった人々の不幸を明らかにしてほしい。(70代医師)

- ⑦ 当時の考え方が現在の視点からみてどうかという判断と、当事者が苦痛を感じておられた事実があれば、それに有る程度対応するとすれば、どう考えるかという見方と両方の物差しからの判断ということでしょうか。(70代医師)
- ⑧ 今後精神衛生会の行動が優生保護的にならないため、過去の諸資料を集め、教訓になるように応援したい。(70代医師)
- ⑨ 衛生会の過去の行為を検証し、将来の活動に生かそうとする試みは有意義であると思います。(70代会員)
- ⑩ 昨今の生命科学分野での新たな科学技術の開発によって「新優生学」を肯定的に捉えるような傾向も出てきており、新たに障害者に脅威を与える要因となっています。厳しい態度で「優生学と人権」について捉えていく必要があると思います。(70代会員)
- ⑪ この委員会の活動の意味は大きいと考えます。私たちに重要な教訓をもたらしてくれることを期待します。(60代医師)
- ⑫ 「優生保護法」をめぐる資料だけでなく、当時の精神科患者さんやご家族が抱えていた苦悩をなんとかしたい、と思い、行動された精神科医療全体を俯瞰できるような総括があれば、将来の精神医療のあり方を考えるヒントになるかもしれない、と思いました。(60代医師)
- ⑬ 精神障害の偏見の解消に少しでも役立つような知識や情報が増えてゆく為の資料を作ってほしいと思いますし、患者さんが安心して社会で少しでも暮らしてゆきやすいようになるための資料になってほしいと思います。(60代医師)
- ⑭ どのような経緯で陳情がおこなわれたのか、また、反対意見にはどのようなものがあつたのかなかったのか。もし反対意見があつたとするとどうして採用されなかったのか。なかったのであれば何故なかったのか。その後、どのように医学教育や卒後教育の中で説明されてきたのか。この問題が最近になるまでの間に、どのように精神科医や精神衛生会の中で問題提起がなされたのか、あるいは、なされなかったのか。精神科医以外の医学の研究者、弁護士やその他の学識経験者の方も含めた徹底的な検証をお願いいたします。(60代医師)
- ⑮ 日常生活の中に潜む障害者差別の思想について、わかりやすく啓発活動をおこなっていく必要があると思います。(60代医師)
- ⑯ 歴史を検証し、精神障害者に対するいわれなき偏見や差別の防止。(60代医師)
- ⑰ 自ら検証の姿勢に拍手を送りたい。(60代精神保健福祉士)
- ⑱ 過去から学ぶことはあっても、過去をさばいてはならない。(50代医師)
- ⑲ 過ちを若い人たちに語りつづけることと強く信じます。(50代看護師)
- ⑳ 実際にどの程度、精神障害のある方が優生手術をうけられたのか、人工妊娠中絶が婚姻関係にある者のみにおこなわれたのか？精神障害がある女性に望まない妊娠がありおこなわれたケースがあつたのかなかったのか。個々のケースに事例背景があると思うので、そういった詳細も明らかになることが望ましいと思う。このような法律ができたことに理由があると考ええる。単に精神障害がある人にも人権があるから妊娠出産の自由を与えよ！ではなく、精神障害のある患者さん本人、周りの家族コミュニティ、広く日本全体と様々なスケールで、どんな困難があるのか、妊娠、出産、育児、教育の場面で、どんな支援ができるのかできな

いのか、など、優生保護法の問題を端緒にして検討できることがたくさんあると思うので、そういうことに生かせると思う。(40代医師)

- ② 当時、なぜこのような政策が取られたか知る必要があるだろう。(40代医師)
- ② 過去のそのような悲しいことがあったことを忘れず、二度あってはならないことを次の世代に伝えていかなければならないと思っています。これからを担う人たちにこのことにもっと関心をもってほしいです。学校訪問とかでの語り継ぎ、道徳の時間で取り上げるテーマにして意見を聴くことなどしてもらえればと思います。(40代看護師)
- ② 負の事実はそれとして真正面に向き合い、新しい時代の精神保健福祉を切り拓く礎となることを期待します。その前提として各種資料の収集に当たることは、当然のことと思います。(40代会員)

その他、医師・医療・社会のあり方など 7件

- ① 一時の時流に流されず、真の意味の優れた社会、家族の幸福、人々の生活の権利が実現されるように医師は努力すべきである。(80代医師)
- ② どのように取り組んだらよいか、わかりませんが、将来に生かしていくべきだと思います。(80代医師)
- ③ 取り組み方をどうするかという具体的な方途は思いつきません。(80代医師)
- ④ 子育て論議が大切で、社会的養護の充実が望まれます。人類はこれ以上、生存に関するコストパフォーマンスを進めてはいけません。(70代医師)
- ⑤ 精神障害者が人間らしく生きるため自己決定権は本人自身にある。医療関係者、家族の強制の上に、保護法を利用してはならない。(70代看護師)
- ⑥ よい方向に向いていると思っています。(70代医師)
- ⑦ 分からない。(60代医師)

おわりに

日本精神衛生会は、精神病患者の救護に取り組む「救済会」の流れをくみ、1918年に呉秀三（東京帝国大学教授）が「我邦十何万の精神病患者は実に此病を受けたるの不幸の外に、此邦に生れたるの不幸を重ねるものと云ふべし」という言葉とともに、私宅監置の廃止を訴えた歴史をもつ組織である。

また、日本精神病院協会理事長の金子準二は、かねてより断種法制定反対の急先鋒であり、「精神病が治れば断種は不要」「もし断種が推進されると、精神科医は、断種の審査機関の命令によって刑を執行する死刑執行人のような存在となってしまう、それは決して医師としての本分を尽くすものではない」「断種法により、人々が精神科医の診断を受けることを恐れて病気を隠蔽するようになり、精神病の早期治療が妨げられる」と述べていた。

この2つの団体が、日本国憲法制定後の1953年に「優生手術の実施を促進せしむる財政措置」を陳情した。精神障害者の人権を守るべき立場にありながら、当時の公益のみ優先しており、患者の人権と尊厳を重んじる姿勢に欠けていたと言わざるを得ない。

内村祐之（日本精神衛生会理事長）は、その手記で「自分は周囲と協調し適応できる（独立を求めて周囲と衝突し孤立した父、内村鑑三とは異なる）」と述べている。また、「松沢病院長のときにナチスの精神病患者安楽死計画の実行のようなことを日本の軍当局から迫られたとしたら、最大限努力してもどうしても阻止することが困難であるとわかったら事の行われる前に辞表を提出する」とも述べていた。

しかし実際には、現実妥協し、優生思想の大きな流れに抗することなく、精神病院の増床、精神衛生課の設置など、精神衛生に必要な施策を達成することを選び、日本精神衛生会の総意として優生手術の促進を陳情した。

本来、精神科医は精神病や犯罪傾向のある人をすべて遺伝と誤解させかねない法律や、非専門家の誤った認識について、専門家として公に否定するべきであった。精神科医の不作为により、患者や家族への差別や偏見が醸成され、精神病・知的障害のある人たちが医学的根拠が不十分なまま優生手術の対象となり、多くの被害者が生じることとなった。

優生保護法によって苦しんでいる当事者の問題に目を向けず、あるいは気づくことなく、日本精神衛生会は会として行動を起こすことをしてこなかった。岡田靖雄、笠松章、野田正彰など、優生保護法を問題視し、批判する精神科医個人の存在はあったが、会として受け止め、日本精神衛生会を含めた精神医学界に広げる努力を怠った。

日本精神衛生会が、責務を果たせなかったことに対する慚愧と悔恨を、「日本精神衛生会 2025 宣言」として本報告書に記し、公表した。

謝辞

本報告書作成にあたり小委員会では、中谷陽二先生（筑波大学名誉教授）に精神医学史についてご教示いただきました。ここに記して感謝いたします。

【資料Ⅰ】公開質問状

平成30年11月12日

公益財団法人 日本精神衛生会

理事長 小島卓也様

(写し：同幹部各位)

市民の人権擁護の会日本支部

代表世話役 米田倫康

東京都新宿区

Tel Fax

E-mail :

公開質問状

優生手術促進に関わった過去に日本精神衛生会はどう向き合うのか

前略

精神障害者に対する差別・偏見解消に向けて日々ご尽力されている貴団体の活動に敬意を表します。呉秀三らによる「精神病患者私宅監置ノ実況及び其統計的観察」刊行100周年を節目に、貴団体はドキュメンタリー映画制作やシンポジウム開催を行い、我が国の精神医療がたどった道を省みることでなお一層活動に力を注がれていることと存じます。

今年は、強制不妊手術問題が社会的注目を浴び、次々と被害者が声を上げ各地で裁判が起きるという画期的な年になりました。一方で、根拠となった法の成立や実施、促進に密接に関わってきた精神科医、精神医学団体がその問題にどう向き合うのかが注目されましたが、何の目立った動きもないまま年末が近付いています。

ご存知の通り、強制不妊手術が日本にも導入され、促進されるようになった背景には、ドイツで精神医学を学んだ日本の精神医学の重鎮たちの働きがありました。彼らは精神障害が遺伝するという偏見やその解決策として断種を促進する差別的な思想を日本に持ち込み、普及しました。**日本精神衛生会の前身の一つである日本精神衛生協会を発足させた三宅鑛一**は、国民優生法の成立に深く関わりました。また、後に**日本精神衛生会初代理事長となる内村祐之**は、ナチスドイツの断種法制定に寄与したリュディーンやその弟子の研究を「いずれも骨の折れた立派なものであって、成果は十分に信用できると思はれる」と絶賛し、国民優生法に対しても「何人といえどもこの法文に全面的反対をなすものはあるまい。全体として確かにわが国厚生政策の一大進歩であるに相違ない」と述べています（参考：『精神医学者の滴想』（内村祐之著、1947年）。

戦後に旧優生保護法が成立し、精神障害者への優生手術が進められる中、内村祐之は**日本精神衛生会理事長の名の下、日本精神病院協会理事長の金子準二（原文ママ）と連名で「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」と要求する陳情書**を1953年に厚生省へ提出しています（添付資料参照）。この陳情後、強制不妊手術の数は飛躍的に増加しました。当然、貴団体に属する多くの精神科医も、優生手術の申請や審査会の判定に関わったと考えられます。

つまり、貴団体は精神障害者に対する差別・偏見解消を謳う一方で、そもそもその差別・偏見を生み出し、広げてきた張本人であるという揺るぎない事実があります。ここまで強制不妊手術が社会問題となっている今、その制定・促進・実施者としての歴史を顧みることなく、何らの検証や反省、謝罪を公式に発表しないまま、貴団体の前身の一つである精神病者慈善救済会を発足させた呉秀三をひたすら礼賛する姿勢は不自然に映ります。自らの加害者性を隠したまま、あたかも国の施策や市民側の理解に問題があるかのように差別・偏見解消運動を誘導することは欺瞞そのものであるという批判は免れません。

対照的なのは、ドイツ精神医学精神療法神経学会（DGPPN）です。同学会は70年の沈黙を破り、2010年11月に過去の障害者大量虐殺や強制不妊手術について公式謝罪をしています。我が国の強制不妊施策のモデルとなったドイツでは、精神医学会はナチスやヒトラーの一方的な被害者として位置付けることを止め、自らの主体性や責任に向き合いました。一方、貴団体をはじめ日本の精神医学関連団体の強制不妊手術に対する姿勢はいかがでしょうか。

強制不妊手術について、手術の犠牲者に対する国の補償問題と考えるのは、あまりも（原文ママ）問題を矮小化しています。なぜならば、これは精神障害者に対する差別・偏見を作り出し、わが国の精神保健福祉の貧困さを招き、長期隔離収容、多剤大量処方、過剰な隔離拘束、大量の入院患者死亡という、世界的にも異常な実態を生み出している元凶と言えるからです。

貴団体は最も歴史のある精神医学関連団体として、精神保健医療福祉の分野の中でもトップレベルの方々によって役員が構成されていることと存じます。しかし、ある理事は運営する精神病院での違法拘束で損害賠償を命じられ（平成24年11月22日東京高裁判決、その後確定）、また別の理事は「発達障害を含む児童思春期精神疾患の薬物治療ガイドライン」の作成に携わりながら、製薬会社からの寄附を隠して東京都と厚生労働省に虚偽報告したことが当会によって暴かれ、ガイドライン作成のメンバーから外されています。

トップレベルの精神科医ですら問題を起こしていることに象徴されるよう、精神保健指定医の資格不正取得、臨床試験の不正、診療報酬不正請求、詐欺、患者への性的虐待、身体拘束による死亡など、次々と精神科医による不正や犯罪、人権侵害が暴かれ、報道でも度々取り上げられています。**精神科医そして精神医学団体自らが生み出してきた差別や偏見に向き合い、公式に謝罪することこそがその連鎖を断ち切る一歩となります。**精神障害者に対する差別の原因を世間の

無理解や偏見に求めるのではなく、自らの歴史に見出し、障害者差別・抹殺を正当化したナチス精神医学のイデオロギーとの決別を誓い、真摯に反省・謝罪すべき時期が来ています。それこそが**真のアンチスティグマ**となります。

今年3月に貴団体が開催したフォーラムに登壇した岡田靖雄氏が優生保護法問題について「当然国の責任ですけど、関わった精神科医あるいは産婦人科医の責任でもあります」「問題を検証せずに終わらせてはならない」と発言しましたが、貴団体はこの言葉を受け止め、態度や行動に示すものと期待しております。つきましては、貴団体に以下を公開質問する次第です。人権週間（12月4～10日）が始まる12月4日までの回答をお願いします。

記

日本精神衛生会関係者によって優生手術が促進・実施されてきた過去について、またその結果として精神障害や精神障害者に対する差別・偏見を助長してきた責任について検証する予定はないのか。そして歴代の幹部や会員らの責任の所在を明らかにし、公式に謝罪表明する予定はないのか。不要であるとして検討する意思もないのであれば、その理由を回答すること。

以上

添付資料（略）

【資料2】委員会開催歴

日本精神衛生会と優生保護法等の関係に関する調査委員会

日本精神衛生会と優生保護法等の関係に関する調査委員会資料収集のための小委員会

2018 年	11 月 13 日	公開質問状受理
2019 年	4 月 18 日	調査委員会
	9 月 5 日	小委員会
	10 月 31 日	小委員会
	11 月 21 日	小委員会
2020 年	1 月	会員アンケート実施
2021 年	9 月 28 日	小委員会
	12 月 16 日	小委員会
2022 年	2 月 22 日	小委員会
2023 年	3 月 30 日	小委員会
	6 月 14 日	小委員会
	8 月 9 日	小委員会
	10 月 17 日	小委員会
	11 月 15 日	小委員会
2024 年	1 月 17 日	小委員会
	2 月 26 日	小委員会
	5 月 15 日	小委員会
	8 月 13 日	小委員会
	9 月 18 日	小委員会
	10 月 30 日	小委員会
	12 月 11 日	小委員会
2025 年	1 月 8 日	小委員会
	2 月 4 日	小委員会
	4 月 14 日	調査委員会
	6 月 9 日	理事会 報告書承認

【資料3】委員名簿

日本精神衛生会と優生保護法等の関係に関する調査委員会 ◎は委員長

牛島定信 （日本精神衛生会）

岡本淳子 （日本精神衛生会）

小島卓也 （日本精神衛生会理事長）

◎佐々木司 （日本精神衛生会）

樋口輝彦 （日本精神衛生会）

藤井克徳 （日本精神衛生会）

岡田靖雄 （外部委員、精神科医療資料室「青柿舎」）2025.3.14 ご逝去

後藤弘子 （外部委員、千葉大学）

齋藤有紀子 （外部委員、北里大学）

島 蘭 進 （外部委員、上智大学グリーンケア研究所）

町野 朔 （外部委員、上智大学名誉教授）

日本精神衛生会と優生保護法等の関係に関する調査委員会資料収集のための小委員会

◎は委員長

小島卓也 （日本精神衛生会理事長）

◎佐々木司 （日本精神衛生会）

藤井克徳 （日本精神衛生会）

岡田靖雄 （外部委員、精神科医療資料室「青柿舎」）2025.3.14 ご逝去

後藤弘子 （外部委員、千葉大学）

齋藤有紀子 （外部委員、北里大学）

日本精神衛生会と優生保護法等の関係に関する調査報告書

2025 年 7 月 24 日

公益財団法人 日本精神衛生会

〒162-0851 東京都新宿区弁天町 91 番地 神経研究所ビル 6 階