


研 究 報 告 書

昭和63年3月31日

厚生大臣 藤本 孝雄

住 所 東京都武蔵野市西久保2-15-30-301

氏 名 フナ カサ ヒロ
氏 名 春日 斉 

(所属施設 東海大学医学部公衆衛生学教室)

昭和62年度厚生科学研究費補助金（厚生行政科学研究事業）に係る研究事業を完了したので、次の書類を添えて報告する。

研究課題 優生手術の適応事由等に関する研究

1. 研究者等氏名及び所属施設一覧表
2. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究者等氏名及び所属施設一覧表

分	氏 名	所属施設	所属施設に おける地位	備考
研究者	春日 斉	東海大学医学部 公衆衛生学教室	教授	

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍又は雑誌名（雑誌のと 雑誌名、刊号数、論文名）	刊行年月日	刊行書店名	執筆者氏名
なし			

優生手術の適応事由等に関する研究

1. 優生保護法制定の背景

2. 優生手術の適応事由に関する諸外国との比較について

3. 日本の専門家の意見

主任研究者：春日 斉（東海大学医学部公衆衛生学）

研究協力者：野崎 貞彦（日本大学医学部公衆衛生学）

研究協力者：日暮 眞（山梨医科大学保健学Ⅱ）

民族優生法

マルサスの人口論（1984年）は基本的な仮説として、人口増加率に比べ、食糧増加率がそのインバランスから必然的に貧困と悪徳が生ずると述べている。我が国におおむね19世紀初頭にかけて、農耕地の拡大、品種の改良による食糧の増産が遅々として進まず、他方、鎖国政策による過剰人口の移民が不可能であったため、農民は人口増加の抑制せざるを得ず、出生を制限するため墮胎、間引き、嬰兒殺し等の方法、技術として行なわれ、ようやく人口と食糧供給のバランスがとられてきた。その結果、徳川時代中葉、保元、平治の乱直前（1155年）の人口は2500万人であったが、これ以後、幕末時代、日本の人口は停滞し、幕末天保の改革当時（1840年）、2700万人程度とならなかったことはマルサスの仮説を如実に証明している。明治に入ると、明治5年（1872年）の戸口調査によれば34,008,000人、大正9年の第1回国勢調査では55,963,000人となり、人口は爆発的に増大した。大正7年（1918年）の米騒動は、貧困、失業の原因を人口増加と見做し、その抑制の必然性を主張するマルサスの人口論と、貧困の原因は資本主義自身によるというマルクス理論との論争をひき起した。

わが政府の人口問題に対する基調は一貫して人口増加政策にあったとされている（『日本人口史』P272）。すなわち明治時代からわが国の人口は高い乳幼児、青少年の死亡率にもかかわらず、これをはるかに超える高い出生率によって人口は急激に膨脹していった。その人口増加は“邦家隆昌の象徴として慶賀すべきもの”とされていた（医制百年記念誌）。従って大正5年、保健衛生調査会の設置も、欧州における出生率低下の問題を警戒されて、これを未然に防止せんとする意図から出たものとされている。さらに、翌大正6年には同調査会が民族衛生の問題を取り上げている。次いで大正7年の米騒動を契機として人口と食糧の問題について論議が高まり、昭和2年に人口食糧問題調査会が設置された。これは人口増加の抑制を人口政策として取り上げようとしたのではなく、人口の増加を抑制しつつ、これを扶養するに足る食糧をいかに増産すべきかを目的とするものであった。このあいだ、産児制限論は必然的に民間から起るのであったが、政府の容れるところではなかった。むしろ大正9年を頂点とする出生率の漸減傾向を極めて憂慮すべきものとし

昭和9年、第65回帝国会議に荒川五郎ほか1名による「民族優生保護法」が議

れ、「民族の優生を保護助長し、悪質遺伝を防止根絶するを以て目的とす」、
めに断種を行うこと、その対象は凶悪犯、遺伝性精神病、各種中毒症、ヒステリ
の結核や癲患者であること、誰でも結婚には健康証明書が必要で、前記の患者で
けていない者や、梅毒にかかって治っていない者は結婚できない。」と7条から
であったが審議未了に終わった。しかし同趣旨の法案は第70回（昭和12年）、第73
（昭和13年）、第74回（昭和13年）を経て帝国議会に八十逸郎氏により繰り返して提出さ
れ衆議院を通過したが貴族院では審議未了となった。しかし、衆議院の可決により
「国民優生保護法案」は国民体力審議会でも本格的に検討されることになり、政府提案の道
をたどることとなった。かくして第75回帝国国会議（昭和15年）は、国民体力審議会の答
復に基づく政府提案として、「国民優生法」と名を変え、従来の目的から「我が民族の優
質を保護し」を除いて、同時に後段に「人口増加」を新たに加え、荒川、八十ら
の主張と全く違った「人口増加政策」の柱としての姿が明らかにされている。この背
景は日華事変が勃発し、兵力及び生活環境の見地からする人口政策がいよいよ鮮明に
なって来たからと上記の医制百年史も述べている。その結果、昭和15年閣議において
採られた基本国策要綱には、「国是遂行の原動力たる国民の資質、体力の向上ならびに
人口増加に関する恒久的方策」が樹立されるべきものとし、翌16年、太平洋戦争に先立っ
て人口政策確立要綱の閣議決定をみるに至っている。同要綱には、（イ）人口の永遠の発
展を確保して、（ロ）増殖力及び資質において他国を凌駕するようにして、（ハ）高度
経済成長における兵力及び労力の必要を確保すると共に、（ニ）東亞諸民族に対する指導
的役割を担うため、その適正な配置をなすことを目標として、人口増加方策として出生増
進と死亡率減少の諸方策を掲げ、さらに資質増強の方策を述べており、同年、人口局の新
設によって人口政策の推進に当ることとした。

以上から明らかなように、昭和15年に至ってようやく国民優生法の成立をみたのである。

国民優生法とともに人口政策確立要綱の中でその徹底が強調されている。

昭和13年の厚生省の新設に伴って本省の予防局に優生課がおかれ、事務分掌とし
て（1）民族衛生に関する事項、（2）精神病、（3）慢性中毒、（4）炭気、癩、そ
の他各種慢性病、等としているが、衛生問題はトップに上げられていることに注目したい。

このように「国民優生法」は昭和9年の荒川代議士提案と異なり、人口増加を基調と
して特色に彩られ、変質した制度の運びとなったが、第75回国会の逐記録から賛成、反
対的論議を紹介する。

(通称海南、後に朝日新聞論説委員) …「～言うまでもなく、良質の人口増加は
となる。維新以後の躍進は人口増加に負うもの。停滞の徳川時代は人口も停滞
。しかし近時増加率が漸減、平均年齢45歳は欧米より15歳短かい。人間にはプラ
ナスがあり、マイナスの最たる者は精神病、犯罪者で多くは遺伝による。よって
法を施行しているが、最も成果を上げているのはドイツである。先の第一次大
100万の壮丁を失い、戦後80万の餓死者を出したドイツは、このままではポーランド
と結婚と多子を奨励、体力増強、人口増加に励み、オリンピック参加50余回中第
った。これが前大戦の戦勝国英仏がドイツに脅威を感じている理由である。ドイ
運動、断種法を手広く行っているが、それは「プラス人口」を増やし、「マイナ
を減らすものである。ここにドイツの断種法の趣意書を朗読する。………」とし
最近における我が国の優生保護法反対の理由がナチスを真似て作られた法律だか
ているが、それはこの当時、著名なジャーナリストであった下村海南のこの演説
求めることができるかもしれない。

意見としては、建部逯吾代議士(元東京大学教授)の討論を紹介する。①系統生命
を与え、産児制限に拍車をかける。②人口減衰は系統的生命感の減衰によるもの。
増加する。③子の100%に遺伝されるのは、両親が全く同じ遺伝子を持つ場合だけ。
多くは1/4以下。④1人の悪質者を恐れて3人を失うか。⑤有用度が低いと言う
殺するのは人口政策と矛盾する。⑥各国の断種と人口衰微は因果関係がある。⑦
説を根拠とし、良質人口の増加を擬装している。社会心理の普遍法則を無視、欧
の重要事実を閉却している。個人観に偏り普遍的な社会認識に欠ける。急契制定す
はない。

北浦圭太郎代議士(弁護士一時局同志会)は、「国民優生法という名は立派だが、
は人体を傷害するもので、身体自由権を侵害する。しかもこれを地方長官や厚生
審判するのは憲法違反である。………何等の反社会的行為の無い者に傷害が加えら
れるものか。奇形児ほどかわいいのは親心の常なのにこの法案は人情にもとり、仁政
ない。………人間の浅薄な知恵で奇形の子は奇形児、精神病者の子は精神病なりとす
は育出来ない。………」

に東京朝日新聞の記事は、「戦時色を彩る優生法案」(昭和15年3月3日)と題し
に国会に少ない国社民福に関する法案の一つとしてもこの法案は断種という人生の重
の当否を決する特殊な意味を持つ点が注目を引く。しばしば議員提出の形で提案さ

の法案が、政府提出として議院に見えるに至ったのも、戦時下における人口問題が生じがもたらせる情勢の変化であろう。……と本法の審議を報じている。

優生保護法

現在の優生保護法に先立って、福田昌子、加藤シズエ、太田貞礼、によって提案（昭和22年）優生保護法案（いわゆる社会党案）があった。その目的は「母体の生命健康の保護」が掲げられ、国民優生法の主目的であった「国民素質の向上」は、「文化増進」に置き換えられ、「優生手術」を「断種手術」と改称し、永久避妊手術を意味する。そしてその適応事由を、「母体の生命、健康に危険があるとき、病弱者、多産者、貧困者で、生まれた子の病弱、劣悪の恐れがある時に断種を、また強姦その他自由不妊による不孝な妊娠に中絶、すなわち避妊の全面的な自由化を主張している。これに先立って、戦前の「優生」が依然として残り、しかも強制断種に強化されているのは不思議でなく、批判し、しかし本案は審議未了に終わっている。ところが、この太田、加藤らによる修正した優生保護法案が第2回国会（昭和23年）で参議院（谷口弥三郎ら4名）と衆議院（福田、大田、加藤ら6名）で共同提案された。中心は谷口氏ら産婦人科医がほとんどで、国民優生法による中絶や避妊手術の非合法化で墮胎罪にふれる危機にさらされながらも、医師の手術を合法化することに何よりも重点を置いたものとの酷評がある。また、目的の第一に掲げられていた「母体の生命健康の保護」は第二に下り、「優生増進から不良な子孫の出生を防止する」が第一目的に掲げられている。しかも社会党案に代わって「強制断種」は残され、「近親者にその素質を持っている者が多く、子孫に遺傳性がある者」という表現は、「四等親以内に悪質遺伝を持つ者」という優生強化法に代わると齊藤千代女史らは断じている。そして決して人口対策として提出するのではなく、先づきを枯した加藤、福田らの主張は、民族優生、国家による人口管理の法律に換骨脱胎とも批判している。

あるいは優生手術に関する諸外国の立法については、「外国における断種法実施
民族衛生研究会資料3号、1939年）、各国優生関係法令（厚生省予防局、1940年）
本直、1941年）、優生結婚と優生断種（青木延春、1941年）などに紹介されて
いずれも戦前のものであり、戦後においてはほとんど見当たらない。すくなくとも
法の単独立法は英国（1967年）、フランス（1975年）、西ドイツ（1974、76年）
リア（1974年）、スウェーデン（1974年）、イタリア（1978年）等が戦後成立し
（母子保健、優生保護の条件下で行われる人工妊娠中絶についてはわが国の優
が最も早い）、わが国のように強制を伴う優生手術の規程を含む法律はみられな

中華民国における優生保護法（案）

中華民国（台湾）における優生保護法（案）が1983年7月1日より効力を発す
としており、果して制定の運びとなったか詳かないがそれを紹介し、わが国の優生
と比較してみよう。別紙の如く（第1条の目的は、優生保護を改善し、幸福な家庭生
することにあるとしており、日本と同じく人工中絶と不妊手術とを共存させてい
なっている。第3章（人工中絶および不妊手術）の第9条で人工中絶を受けるこ
る適応条件を列記し、本人の意志によるべきことを明らかにしている。1～6の
で日本の優生保護法と異なるものは、経済的理由、暴行若しくは脅迫などにより
妊娠したもの、の2項が欠けていること。他方、胎児が先天性奇形を有すると診
たもの、妊娠が近親相姦によるもの、妊娠または出産が本人の精神的な健康または
生活に影響を与えるもの、の3項は我が国の優生保護法に欠けている。

手術（注：優生手術の名称はとられていない）については第10条に規定されてい
れば既婚者は配偶者の同意があれば本人の意志で不妊手術を受けることがで
あり、同条の適応条件の1つに該当する時、未婚者は本人の意志で不妊手術を受
ることができる。〈但し、未婚の未成年の場合は法定・保護義務者の同意が必要
である〉。

わが国の第4条（審査を要件とする優生手術の申請）に相当するものは全く
ない。但し、中華民国法の第11条には優生の見地から影響のあるい遺伝病、伝染

病を患者が有すると診断して、不妊手術を勧める場合、医師はそれを当患者又は
られたその保護義務者に通知しなければならぬ、とある。

特色は、あくまでも母子保健及び優生の見地からを目的にしているが、強制、医
師がみられず、不妊手術、人工中絶共に原則として、既婚者の場合は配偶者、未
婚者の場合は法定保護義務者の同意を得れば本人の意志で受けられることにある。
この第10条の不妊手術に対する認可基準は保健省が定めるものとする、とあつ
て別途決定されていると思われたが、入手できなかった。従って、適応条件に合致
して不妊手術を行うに際しての医師のあり方、例えば保健省への届出義務、第3条
に於て保健省の優生保護協議会の運営との関連なども省令を見なければ詳細にする
ことができない。))

特色は、第2章(保健および出産調節)を設け、第6条として優生の目的から国
民の健康、伝染病、精神病に関する検査を含めた健康の総合診断を受けるよう奨励しな
らぬ、とし、さらに第7条に出産調節、妊娠前、出産時、出産後の保健及び乳児、
児童の保護に関する保健サービス及び教育を提供すべしとしている。すなわち、我
国における母子保健法の一部も含めた総合的な母子保健対策の一環として出来得る限り、
人工中絶の減少を図るための条件として保健教育と保健サービスの徹底を規定
するところは優れている。

ドイツの遺伝患者たる子孫を防止するための法律

ここに制定されたドイツの「ドイツの遺伝患者たる子孫を防止するための法律」とわ
が国の優生保護法とを比較するため、「あごら28号」優生保護法と優生思想、から齊藤
氏の論説を引用することとする。“「国民優生法はナチスドイツの断種法の模倣」
という言葉が使われて久しいが、二つを厳密に比べると、多くの類似はあるが模倣とは
言えない相違点が多い。ドイツの断種法は、その目的に「国民素質の向上を期する」
とした「民族優生」思想は掲げられておらず、本人の申請制を原則としている。わが国
の優生法制定に当って諸外国の類似の法律を各委員に配布したと議事録にもあり、ド
イツ法そのものの模倣というより、同時代の多くの法のひとつとしてドイツ法も参照した
ものがより正確であろう。ドイツ法自体が欧米では後発であり、あるいは他国の法律
に倣ったものと想像される。ナチスドイツのこの断種法は、その後5次に亘る施行令で改
定された。例えば施術の医師はアーリア人に限るなど、人種差別の色を濃くして行くが、法

としては、目をそばだてるほど苛酷なものではない。私はむしろ、このような法
年間5万6千人もの断種が強行されたことに恐ろしさを感じる。運用され得
とき、政治はそれをどのように利用するかの実例を、ナチスドイツは示してくれ
られる。「ナチスドイツの断種法を真似したもの」という言葉は、いかにも説
いているが、私は今後はこれを使わないつもり。優生保護法は、「何かの悪に似
て」悪なのではなく、その内包する思想のゆえに問題にして行かねばならぬと
である。……一見、違うことのように見える法律が、1つの目的に利用されて
た例もここに見ることができる。”とあって、優生保護法が本会議で可決された
に賛成した人々の中に、……高良とみ、赤松常子、奥むめを、尾崎行雄、羽仁五
郎、金子洋文……らの革新系の人々の名を多く見出した齊藤千代女史は、一人
これら議員の胸ぐらをつかまえて聞いてみたい思いがしたと述べている。

The Alan Guttmacher Institute の A World Review 1986から

Abortion (勧奨人工妊娠中絶)に関する最も権威ある最新の報告書による1986
統計から不妊手術の項を引用しておく。

人工中絶に際して不妊手術が同時に行われる率の最高(中絶の29%)を示す国は印
度、次いでカナダ、英国、デンマークは5-9%、ニュージーランド、スウェーデン、
は3%ないしそれ以下であった。米国では1982年、人工中絶を施術する無床診療所
女子の不妊手術を行うなど、同手術の入院を必要としない例が急増している。…
(Mansharら、1984年)。最近、不妊手術を同時施行する法定人工中絶の割合は急激
に増している。

小括

時には次章に述べる専門家の意見にみられるように、優生保護法第10条の強制断
種は人権侵害の甚しいにもかかわらず、公益上の、という極めて不明瞭な理由から本人
とは無関係に、正当化されており、1938年の民族優生保護法案審議の逐記録をみて
ると厚生省対司法省との間で論争的となっていることが判る。すなわち、齊藤女
史の答へれば、その応答をみる限りでは、民族優生保護法案に最も懐疑的であったのはむしろ
司法省で、精神病者と遺伝の関係は不明瞭の点多いと、法案の後ろ盾となっている遺
傳学者たちに不信を抱いている。また保安その他に利用されるのでは、とのおそれも率

している、とする齊藤女子の指摘に共感を覚える。また高野厚生省予防局長の答の医学レベルからみても高く評価される。例えば、「政府はこの法律に賛成では印象を受けたが、その理由は何か」の質問に対し、高野局長は、「精神病患者数年まで86,047人。遺伝と相当の関係があることは認められているが、慎重に考え文化に伴ない精神病が増加、対策は必要だが、断種の目的を優生学のみに限定する社会・経済の問題を含ませるか、1つの問題と思う。対象の範囲、手術の方法、決定機関、費用の負担の問題もある。ある特例を判断することで民族の衛生状態をどうするか?。強制断種のドイツで、何年後かに精神病患者が明瞭に減れば議論はないが、まだ判らない。断種でなく、隔離でも、環境改善、避妊でも目的を果たす断種を行なうと、社会のある層に強く当ることになり、思想上の影響も心配。人間については未だ研究不十分だ」。精神病の中で遺伝が確実なものは、との問には、「日本にはまだ資料がない。外国の文献にはあるが、人間の遺伝は複雑でエビデンスのようにはいかない……」と。

優生保護法に内在するこれらの問題を、戦後の各国は巧みに避けて、またナチス断種法への生理的嫌悪感や宗教的理由から、触れないようにしたいのではないかとされる。上記のように日本の優生保護法は、不妊と人工中絶とを共存させた類い稀である。それをまねた中華民国(台湾)の優生保護法ですら、この強制不妊手術にも触れないように気配りしているのにである。日本家族計画連盟の国井理事長は、台湾と同じく、形式的には日本の優生保護法に似た法律があるが、巧みに断種法を組合わせて断種法の色を削いでいる由である。また中国の人口問題は、one child政策に示されるように、古典的なマルサスの人口論をそのまま具体化した強制的な避妊・中絶・不妊手術が行なわれているが、その法律の構成については不明である。同様な人口増加と食糧の供給のインバランスに悩む印度の一部においても優生保護法の影響を受けて、母子保健の名の下に強制的な避妊・中絶そして不妊手術が行なわれていると言われている。

近年、再び人工妊娠中絶の適応事由の1つとして最も多く用いられている経済的理由を以てしようという政府の優生保護法改正案に対し、反対を叫んで来た諸団体のスローモーション的な優生保護法改悪反対であったが、人工妊娠中絶の自由化に重点をおく余り、反って断種法改正に成功してみると、優生の名による不妊手術、殊にその強制すら正しいと認められたという矛盾に苦悩することになっている。純再生率は大きく1.0を下回

わが国の現状から、このままに推移すると 800年後には日本民族は地球上が消滅
う大げさな危機感を煽る一部の人口学者の真意は、またもや優生の名の下に中絶
縮小、半面、強制不妊手術の強化などを意図するものとするれば時代逆行である。

中華民国（台湾）

優生保護法

総則

本法は優生保護を実施し、国民の質を向上させるとともに母子保健を改善し、幸福
生活を促進することを目的とし、公布される。この法律に規定されていない諸規制
は、その他の関連の諸法律、諸規則を適用するものとする。

本法の施行責任機関は、保健省・中央政府の上部機関、県および市町村の地方行
政とする。

本法を施行するにあたり、保健省に優生保護協議会を設置する。この協議会の管
理に関する諸規定組織編成は上部機関が定めるものとする。

中絶とは、胎児が適切な措置をうけなくとも子宮外で生命を保持できる状態になる
妊娠を中絶することを指す。

不妊手術とは医学技術をもって、生殖を不能にするため、女性、あるいは男性の生殖器
を切り、くくったりすることを意味する。この手術により、通常の性交に支障をき
くことはない。

でいうところの、人工中絶または不妊手術を行なう医師は、保健省の認定を得なければならない。医師の認定に関しては、保健省が定めるものとする。

保健および出産調節＞

目的から関係当局は、国民に健康診断をうけるよう奨励しなければならない。この診断には総合診断および次の検査が含まれるものとする。

1. 遺伝病
2. 伝染病
3. 精神病

上記検査に付加すべき項目については、保健省が定めるものとする。

関係当局は次の保健サービスおよび教育を提供しなければならない。

1. 出産調節
2. 妊娠前、出産前、出産時、出産後の保健
3. 乳児および未就学児童の保健

上記をコントロールするための避妊用の器具および備品の使用に関しては、保健省が定めるものとする。

人工中絶および不妊手術＞

条件の一つに該当する妊産婦は本人の意志により、人工中絶をうけることができる。

本人または配偶者が、優生の見地から影響のある遺伝病、伝染病、精神病を有しているもの。

本人または配偶者の四親等以内の血族関係にある者が遺伝病を有しているもの。

妊娠または出産が母体の健康をそこねたり、生命に危険を及ぼすもの。

胎児が先天性奇形を有すると診断されたもの。

妊娠が近親相姦によるもの。

妊娠または出産が本人の精神的な健康または家族生活に影響を与えるもの。

未成年者または、上記の理由に基づき人工中絶を受けることを希望してもそれが
している者の場合は、法に定められた保護義務者の同意を得なければならない。

経済的理由にもとづく既婚者の人工中絶に関しては、配偶者の同意を得なければ

。但し、配偶者が意識不明もしくは精神病の場合はこの限りではない。

で述べた人工中絶に対する認可基準は、保健省が定めるものとする。

の同意を得た既婚者は、本人の意志で不妊手術をうけることができる。

しながら次の条件の一に該当する者は、本人の意志で不妊手術をうけることができ

1. 本人または配偶者が優生の見地から影響のある遺伝病、伝染病、精神病を有する
もの。

2. 本人または配偶者の四親等以内の血族関係にある者が遺伝病を有しているもの。

3. 本人または配偶者の母体の健康が、妊娠または出産でそこなわれるもの。

以上の条件の一に該当する未婚の男性または女性は、本人の意志で不妊手術をうけるこ
ができる。

未成年または、不妊手術をうけることを希望していても、それが禁止されている者

は、法に定められた保護義務者の同意を得なければならない。

男性または女性の不妊手術に関しては、配偶者の同意を得なければならない。但し、

が意識不明、もしくは精神病の場合はこの限りではない。

項で述べられた不妊手術に対する認可基準は保健省が定めるものとする。

の見地から影響のある遺伝病、伝染病、精神病を患者が有すると診断して、不妊手

術を受ける場合、医師は、それを当患者または法で定められたその保護義務者に通知し

なければならない。

罰則＞

で述べられた以外の医師が、人工中絶または不妊手術を行なった場合、15,000か
ドルの罰金を課せられるものとする。

の医師が人工中絶または不妊手術を行なった場合、医師法第28条にしたがって
せられるものとする。

の支払いが遅滞した場合は、起訴され、催促をうける。

補足規定＞

の法律でいうところの、優生の見地から影響のある遺伝病、伝染病、精神病は保健省
のものとする。

、7、9、10条で述べられたサービスの提供に関しては、政府は無料もしくは割
て提供するものとする。

の割引もしくは無料のサービスは、保健省が定めるものとする。

の法律を施行する上で操作手続きの詳細は、保健省が定めるものとする。

の法律は1983年7月1日より効力を発するものとする。

氏（山梨医科大学法学助教授）の「医療関係者のための法学」（未刊行）における第3章-4、「医療と強制」の原文から、氏の許可を得て、純法学的見地から意見をを紹介する。（表3）

本法における患者に対する強制的な手段として、優生保護法における優生手術を取
本法でいう優生手術とは、生殖腺を除去することなしに生殖を不能にする手術
で術式は精管切除、結さつ法などの4種に限定されている（施行規則第1条）。
正当な理由なくして生殖を不能にする目的で、これら4種以外の方法による手術
ことは禁止され（第28条）ており、（筆者注：例えばレントゲン照射によるも
られない）これに違反した者は1年以下の懲役または50万円以下の罰金、人
に及ぼすに至った場合は3年以下懲役に処せられる（第34条）。もちろん正当な医
療による場合はこの限りではない（刑34条）。なお男娼に性転換手術を行なった医
師は第34条で処罰された例として東京地判、昭和44年2月、東京高判、昭和45年12月。
本法でいう優生手術は、医師の認定により本人と配偶者の同意を得て行なわれる
（第3条）と、本人の意思とは無関係に（つまり、本人の意思に反してでも）行なわ
れる手術（第4-13条）とに大別される。本稿で取り上げるのは後者の方で、
さらに2様に分けられている。

強制による優生手術 1.

本人が、本法の別表で掲げられている遺伝性精神病（3種）、遺伝性精神薄弱、
遺伝性精神病質（2種）、全色盲等（22種）に罹っていると診断し、あるいは強
性奇形（2種）を有していると診断した場合において、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なうことが公益上必要であると認める時は、
優生保護審査会に優生手術を行なうことの適否に関する審査を申請しなければな
（第4条）。なお、後述のように本条の手術は本人に対する著しい人権侵害を伴う
から、医師が申請できるのは、本法の別表で掲げられている疾患ないし奇形に
限られるべきであって、例え悪質かつ遺伝性の強いものであっても別表にない場合は申
請できないと解すべきであろう。（筆者注：この場合、別表に掲げる遺伝疾患、奇形が
医学の水準に照らして果たして真に遺伝性であるかどうか、再検討すべきであろう。

近の難病研究によれば、昭和23年当時とは異なる見解を示すものも少なくない
しかしながら、その都度法改正を行なうことは不可能に近く、悪質かつ遺伝性
を示すに止め、例え別表に掲げられていなくても申請を認め、その適否は審査
にゆだねることも考えられるのではないだろうか。) この第4条による申請を
都道府県審査会は、右手術の適否(公益上の必要性があるか否か等)を判定しなけ
ない(第5条)、手術を行なうことが適当である旨の決定を右審査会がした場合
本人、親権者、後見人らは公衆衛生審議会に再審査を申請することができる
(第9条)。右審議会の決定に不服がある者は、その取消の訴を裁判所に提起すること
(第9条)。優生手術を行なうことが適当である旨の右審査会または審議会の決
定がない時、あるいはかような決定や判決が確定した時は(第9条の2を参照)本
法にかかわらず優生手術が行なわれることになる(第10条)。以上のような手
術に対する重大な侵襲により強制的に生殖能力を除去するものであるから、人権
を侵すといえるが、悪質な遺伝性疾患ないし奇形が子孫に生ずることを防止し、
かような遺伝因子を残さないようにするという公益上の理由により正当化され
ておられるのであろう。さらに審査手続が厳格にされているから、乱用による人
権の侵害もおそれないと考えられるのであろう。しかし本人の疾患や奇形は遺伝性であり、
これは全く非がないのであるから、かなうな理由だけで正当化されるだろうか。

2) 強制による優生手術 2.

本法の別表に掲げる遺伝性のもの以外の精神病または精神薄弱者について、精神
第20条、21条に規定する保護義務者の同意があった場合には、都道府県優生保
護審査会に優生手術を行なうことの適否に関する審査を申請することができる(第12条)
が条件とされている同意は本人でなく、保護義務者の同意であるから、本人にとっ
て強制的な手術に外ならない。申請を受けた右審査会は、本人がかような疾患に罹患し
ているか否か、及び当の手術が本人保護のために必要かどうかを審査し、その適否を決定
しなければならない(第13条第1項)。手術を行なうことが適当である旨の右審査会の
決定により医師は手術を行なうことができる(第2項)。なお前記のような再審査の規定
は手術の場合にはない。このような第12条、13条の手術には若干の問題がある。
第一は「遺伝性のもの以外」とは明確に遺伝性でないと言える場合と、遺伝性か否か判然
しない場合を指しているかと解すべきである。第二は、前述のように強制的な優生手術

に対する人権侵害が著しいので、前記第4条のような公益上の必要性からの手術は、
要素因が国民にこの蓋然性がかなり高いことが明白である場合以外にはなし得
べきであらう。第12条の疾患の場合、悪質なそれが残る可能性が全くないか、
その可能性の存否、程度が判然としないので、その手術の適否は右のような公益
性よりもむしろ本人の保護のために必要か、といった面から判定されるべきもの
と思われる。第三に、精神病者や精神薄弱者には意志能力のないことが多いので、
本人の同意が要件になっていると考えられる。それならばかような精神障害でも意
識があるといえる場合には、本人の同意が要件とされなければならないのではないか。
要約すれば、これら手術は、例え本人保護のためであったとしても、生殖能力と
に根ざした基本的能力を、本人の意志とは無関係に強制的に喪失せしめるもので
あり、出来るだけ手術を回避する方法へ進むべきであらう。そのための方策の1つと
しては疾患ないしは奇形を有する者が、このような手術を受けなくても済むような強
制政策を取るべきだと考える。なお優生保護統計報告（厚生省）に基づく強制的優
生手術の件数は表の通りである。未だ優生保護法で、第12、13条の手術制度が新設さ
れない時期の強制優生手術件数は、昭和24年（男39、女93）、昭和25年（男85、女1
70）、昭和26年（男170、女310）であった。

田中氏の、優生手術が甚だしく人権を侵害するものとの批判は、優生保護法成立
後から多くの人々によってなされている。（同法案審査時における国会の速記録から
見ると、優生手術については全く質疑がなく、ほとんど妊娠中絶に論議は集中していた
）なわち断種が傷害罪を構成し得ることは疑いないとしても、本人の承諾があった
から違法性が阻却されず犯罪となるか否かは問題とされてきた。例えば適応事由が
本人にのみ違法性が阻却されるとする考え方（木村、藤本ら）に対し、本人の同意に
よって違法性が阻却される（小泉）とするものがある。

石井美智子氏（都立大、法学）の「優生保護法による墮胎合法化の問題点」から
引用する。“優生保護法は新しく母性保護を目的として掲げ、特定の場合の墮胎を
合法化しており、一見、国民優生法とは異質なもののように見える。けれども両法の相違
は時代の背景的違いを反映したものにすぎず、両法は優生保護を目的とするとい
う点において本質を同じくしている。国民優生法は、戦争遂行のための人的資源も確保す
る中で「産めよ、殖やせよ」の政策が行なわれた時代に、人口増加を図る中で不良な子
供の増加を防ぐために作られ、優生保護法は、食糧、住宅等すべてが不足する中で人口だ

な増加が続いているので、強力な人口抑制策が必要とされていた時代に人口抑制
が優良な子供を残して、不良なものを減少させるために制定された”、と断じ
“それは両法共に遺伝性疾患または奇形の子供が生まれるおそれがある場合に断
のみならず、公益上必要な場合には断種を強制し得るとしていることから、両法
同社会においては自然界と異なって弱者が保護されるので自然淘汰とは逆に不良
増加し、優良なものが減少するという逆淘汰現象が生ずるという考えに立っての
の逆淘汰の防止を目的としていることが明らかである。優生保護法提案理由説明
谷弥三郎議員が、無自覚者や低脳者が産児制限を行わないために国民素質が低
険を解き、民族逆淘汰傾向の現れとして精神病患者の増加および半数が低能であ
れる浮浪児の増加をあげていることにも現れている。その底には社会の矛盾、悪
視して、社会の弱者、低所得階層者を劣悪者とみなし、精神病や精神薄弱と遺伝
につける危険で誤った差別思想（筆者注：これを優生思想と呼ぶ者がある）が存在
が窺われる”。

に、おんなの問題を共に考えるグループ、「あごら」の機関誌、あごら28号（優
と優生思想を考える－“産む産まない産めない”）から齊藤千代氏の、見えない
保護法の系譜をたずねて見たこと・考えたこと）を紹介する。齊藤女史は法学的
からではなく、差別－優生思想という立場から批判を始める。“私は優性保護法と
は、優生と母性保護をつないで作られたと思っていたが、人によって優性を保護す
だった”とひにくり、“外国人が条文の英語を読んでMaternity Protection Lawか
たら、Eugenic Protectionそれも Sterilization Lawじゃないか。日本にまだこ
い法律があったの！とびっくりする。Eugenic Protection Actは文字通り優生を
法律だが、Sterilization Lawは断種法である。中絶を認める母性保護条項と断
共存しているのに驚くのである。しかも強制断種があるなんて（第4条）”、と。
に、医師は別表の患者に優生手術を行なうことが公益上必要と認めた場合は、本人
の同意を得なくても申請できる、とあるからには別表の病氣と診断されたら医師
申請される可能性がでてくる、と確かに人々は恐怖を感じるかもしれない。厳格な
あるといっても、齊藤女史は“この部分こそ戦前の国民優生法の生き残りだ！と憤
国民優生法を読むと、オヤ、こちらには無い。第6条に入っていたのだが、施行令
削除されている－とするとどう考えても優生保護法は改悪だ。人権が尊重される
なったはずの戦後に、なぜ？－その不思議をどうしても尋ねたくなった。”と述べ

終わるに当り、文献収集について御協力頂いた日本家族計画連盟の国井長次郎氏、
子氏、草野いづみ氏に感謝申し上げます。

百年史、厚生省

と犯罪、植松正（有斐閣）

保護法－基礎理論と解説、末広敏昭（文人書院）

「こら28号」－優生保護法と優生思想を考える、斉藤千代（BOC出版社）

を載けますか、日本家族計画連盟（人間の科学社）

世界の人工妊娠中絶に関する法律 連続シンポジウム“女の人権と性”－優生保護法

と堕胎罪を考える－、日本家族計画連盟（日本家族計画連盟）

World Review 1986, (6th Edition) -Induced Abortion,

Maxze C. & Henshaw S. K. (The Guttmacher Institute)

と人口、1983年9号、春日 斉（JOICEP）

EUGENIC PROTECTION LAW (ENGLISH VERSION)

R.O.C.

CHAPTER I. GENERAL PROVISIONS

1: For the purpose of implementing Eugenic Protection, upgrading the quality of the population, improving the maternal and child health and promoting a happy family life, this Law hereby is promulgated.

For those regulations which are not covered by this Law, other related laws and regulations will be applied.

2: The agency responsible for the execution of the Eugenic Protection is the Department of Health, Executive Yuan in the Central Government, the Provincial (City) Government and City/Country Government at the local level.

3: For the implementation of the Eugenic Protection, an Eugenic Protection Council shall be established at the Department of Health. The organizations and regulations governing the Council shall be prescribed by the Executive Yuan.

4: Induced abortion denotes the termination of pregnancy before the fetus which has become capable of maintaining its extra-uterine life without appropriate support.

The term sterilization means using medical techniques to occlude or ligate the male or female reproductive tract for the purpose of fertility termination. These techniques do not affect the normal functioning of the ovary or testis.

5: Physicians performing the induced abortion or sterilization described by the Law must be designated by the Department of Health. Designation of physicians shall be prescribed by the Department of Health.

CHAPTER II: HEALTH PROTECTION AND FERTILITY REGULATION

- 6: For eugenic purpose the authority concerned should encourage the people to undergo physical check-ups. The physical check-ups include general and examinations for :
1. genetic disease
 2. infectious disease
 3. psychiatric disease
- Items to be included in the above examination shall be prescribed by the Department of Health.
- 7: The authority concerned must provide the following health services and education :
1. Fertility regulation
 2. Pre-pregnancy, antenatal, natal and post-natal health
 3. Infant and pre-school child health
- 8: The use of contraceptive devices and supplies for fertility control shall be prescribed by the Department of Health.

CHAPTER III: INDUCED ABORTION AND STERILIZATION

- 9: Pregnant woman with one of the following conditions may undergo induced abortion on her own will.
1. Client/spouse with genetic, infectious or psychiatric disease with eugenic effect
 2. Client/spouse with genetic disease within fourth degree of relationship in her/his family
 3. Pregnancy or childbirth which endangers the woman's health or life
 4. The fetus is diagnosed to be congenitally abnormal
 5. Pregnancy due to incest
 6. Pregnancy or childbirth which affects the woman's mental health or her family life.

The unmarried minor or the person who is interdicted to manage her own property wish to undergo induced abortion based on the above grounds must have the consent of the authorized guardian. Induced abortion for married based on the socio-economic ground must have the consent of the husband, except his alive is not confirmed, or he is in the state of unconscious or mental disorder. Standards for approval of induced abortion, described in this article shall be prescribed by the Department of Health.

Article 10: Married couple, with the consent of the spouse, may undergo sterilization on his/her own will. But the person with one of the following conditions may undergo sterilization on his/her own will.

1. Client/spouse with genetic, infectious or psychiatric disease with eugenic effect
2. Client/spouse with genetic disease within fourth degree of relationship in his/her family.
3. Client/spouse, with pregnancy or childbirth endangers the health of the mother.

Unmarried male or female with one of the above conditions may undergo sterilization on his/her own will. Unmarried minors or the person, who is interdicted to manage his/her own property wish to undergo sterilization must have the consent of the authorized guardian.

Sterilization for married male or female must have the consent of the spouse, except his/her alive is not confirmed or he/she is in the state of unconscious or mental disorder.

Standards for approval of sterilization described in this article shall be prescribed by the Department of Health.

Article 11: Physician who diagnosed a patient with genetic infectious or psychiatric disease with eugenic effect, recommends for sterilization must have to inform the patient or his/her authorized guardian.

CHAPTER IV. PUNISHMENT

- Article 12: Physicians not described in Article 5 performed induced abortion or sterilization shall be punished for NT\$15,000 - NT\$45,000.
- Article 13: Unqualified physicians who performed induced abortion or sterilization shall be punished in accordance with Article 28 of the Physician Law.
- Article 14: The punisher delayed his payment shall be forwarded to the court for action.

CHAPTER V. SUPPLEMENTARY PROVISIONS

- Article 15: The genetic, infectious or psychiatric diseases with eugenic effect described in the Law shall be prescribed by the Department of Health.
- Article 16: Receiving the service described in Articles 6, 7, 9, and 10, the Government shall reduce the cost or provide free of charge. The reduced or free services described above shall be prescribed by the Department of Health.
- Article 17: Detailed operational procedures for the implementation of this Law shall be prescribed by the Department of Health.
- Article 18: This Law shall come into force on July 1st, 1983.

Table Of women obtaining abortions, percentage obtaining concurrent sterilizations, and rates of concurrent abortion and sterilization per 1,000 women aged 15-44: Selected areas, years and characteristics

indicated, see
 data not
 ingful.
 8.1 percent
 of those
 ever mires
 planions in
 of those

Area, year and characteristic	Percentage	Rate	Area, year and characteristic	Percentage	Rate
Canada			England and Wales² (continued)		
1974	12.3	1.2	1982	6.3	0.8
1975	11.3	1.1	1983	5.8	0.7
1976	10.2	1.0			
1977	9.4	1.0	<i>Age, 1983</i>		
1978	9.0	1.0	19 or less	0.0	0.0
1979	8.0	0.9	20-24	1.0	0.2
1980	7.7	0.9	25-29	5.4	0.7
1981	7.7	0.7	30-39	15.5	1.3
1982	7.6	0.8	40 or more	25.4	0.9
1983	7.2	0.7			
1984	7.3	0.7	<i>Prior births, 1983</i>		
			0	0.4	-
<i>Age, 1982</i>			1	4.0	-
19 or less	0.2	0.0	2	13.7	-
20-24	1.9	0.4	3	20.1	-
25-29	8.2	1.0	4	24.2	-
30-34	19.6	1.5	5 or more	27.9	-
35-39	34.3	1.5			
40 or more	43.7	0.8	<i>Marital status, 1980</i>		
			Never married	0.4	-
<i>Marital status, 1982</i>			Currently married	17.4	-
Never married	1.4	-	Previously married	9.0	-
Currently married	22.3	-			
Previously married and unknown	13.5	-	<i>Husbands' occupation (married women only), 1973</i>		
			Professional	13.3	-
<i>Prior births, 1982</i>			Intermediate	15.6	-
0	1.1	-	Skilled	20.1	-
1	6.7	-	Semiskilled	22.8	-
2	25.3	-	Unskilled	29.9	-
3	34.8	-			
4 or more	37.9	-	<i>Weeks of gestation, 1979</i>		
			12 or less	8.1	-
<i>Weeks of gestation, 1982</i>			13 or more	5.0	-
12 weeks or less	8.0	-			
13 weeks or more	3.4	-	<i>Procedure, 1980</i>		
			Medical induction	2.1	-
<i>Procedure, 1982</i>			Instrumental evacuation	7.2	-
Medical induction	0.9	-	Uterine surgery	74.2	-
Instrumental evacuation	7.8	-			
Uterine surgery	72.0	-	<i>Type of service, 1983</i>		
			NHS hospitals	9.6	-
Denmark			Non-NHS premises	2.2	-
1981	6.2	1.3			
1982	5.9	1.1	Finland		
1983	5.4	1.0	1965	30.5	1.5
			1966	31.4	1.6
<i>Age, 1983</i>			1967	32.0	1.7
19 or less	0.2	0.0	1968	30.5	1.8
20-29	1.7	0.5	1969	33.2	2.6
30-39	11.9	1.9	1970	20.3	2.8
40 or more	14.9	1.3	1971	9.1	1.7
			1972	5.7	1.2
England and Wales²			1973	4.4	1.0
1968	23.0	0.8	1974	2.6	0.6
1969	22.3	1.2	1975	3.0	0.6
1970	18.4	1.5	1976	2.5	0.5
1971	15.3	1.5	1977	2.1	0.4
1972	12.4	1.4	1978	1.9	0.3
1973	10.8	1.3	1979	1.6	0.2
1974	9.8	1.1	1980	1.8	0.2
1975	8.6	1.0	1981	2.1	0.3
1976	8.7	0.9	1982	2.2	0.3
1977	8.6	1.0	1983	2.1	0.3
1978	8.2	0.9			
1979	7.8	0.9	India		
1980	7.3	0.9	1972/75	49.7	0.2
1981	6.7	0.8	1975/76	36.8	0.6

2. 人工妊娠中絶を受けた女子のうち、同時に不妊手術を受けた者の%と、15~44歳の女子 1,000に対する率 - 2
 (A World Review, 1986 - Induced Abortion, 6th Edition, by Christopher Tietze & Stauley K. Henshaw, より引用)

Percentage	Rate	Area, year and characteristic	Percentage	Rate
Sweden (continued)				
44.4	0.9	1973	2.4	0.4
24.5	0.4	1974	1.6	0.3
19.1	0.4	1975	—	—
23.6	0.6	1976	1.0	0.2
24.9	0.6	1977	1.1	0.2
26.1	0.8	1978	1.3	0.2
29.0	1.0	1979	1.4	0.3
		1980	1.7	0.3
United States				
0.3	—	1970 ⁴	4.4	0.2
0.9	—	1971	2.9	0.3
13.3	—	1972	2.7	0.3
36.6	—	1973	2.5	0.4
52.1	—	1974	2.2	0.4
61.0	—	1975	2.4	0.5
		1976	1.9	0.5
14.2	0.4	1977	2.0	0.5
7.6	0.4	1978	1.5	0.4
4.3	0.4	1979	1.5	0.4
3.6	0.4	1980	1.4	0.4
3.7	0.4			
3.2	0.3	1975/78 ⁵	1.5	—
Age				
36.8	0.6	19 or less	0.1	—
31.2	1.1	20-29	1.1	—
27.1	1.4	30-39	5.9	—
28.3	1.8	40 or more	9.3	—
23.9	1.8			
20.5	1.5	Prior births		
18.8	1.4	0	0.2	—
14.2	1.0	1	0.9	—
13.7	0.9	2	3.8	—
13.7	0.9	3	6.8	—
13.1	0.9	4 or more	10.6	—
11.9	0.9			
10.6	0.8	Marital status		
10.1	0.8	Never married	0.4	—
8.7	0.7	Currently married	4.0	—
9.1	0.7	Previously married	2.7	—
Ethnic group				
0.8	—	White	1.1	—
6.7	—	Black and other ⁶	3.2	—
23.7	—			
29.3	—	Preexisting medical complications		
35.0	—	With complications	1.8	—
		Without complications	1.1	—
Weeks of gestation				
39.1	4.1	12 or less	1.6	—
28.1	3.8	13 or more	1.2	—
15.3	3.6			
11.9	3.3	Procedure		
7.7	2.2	Medical induction	0.9	—
5.5	1.6	Instrumental evacuation	1.5	—
5.1	1.4			
4.1	1.2	Ethnic group and prior births ⁷		
3.4	1.0	White		
3.0	0.9	0	0.1	—
2.5	0.7	1 or 2	1.4	—
		3 or more	8.4	—
9.0	0.6	Black and other ⁶		
7.7	0.7	0	0.2	—
6.9	0.7	1 or 2	2.2	—
5.0	0.6	3 or more	13.3	—
3.7	0.6			

3. India, 1981. Teaching hospitals.
4. 1970-80; Estimates of postabortion tubal sterilizations are based on the National Hospital Discharge Survey. Data exclude tubal sterilizations in armed forces and Public Health Service hospitals and nonhospital surgical clinics and abortions by hysterectomy (estimated as 0.3 percent of all abortions in 1973-74, 0.2 percent in 1975, 0.1 percent in 1976-78 and less than 0.1 percent in 1979-80). United States, 1976, 1981, 1983.
5. Special tabulation from the Joint Program for the Study of Abortion, 1975/78. Hysterectomies are excluded.
6. Including Puerto Ricans.
7. Women with preexisting complications are excluded.

表3. 最近における厚生保護法による厚生手術件数

	年度	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61
男	第4-10条の手術件数 第12・13条の手術件数	2 3	1 0	1 2	0 1	1 3	0 5	0 5	1 2	2 2	0 0	1 2	0 0
女	第4-10条の手術件数 第12・13条の手術件数	49 28	38 19	65 26	24 14	55 15	19 13	12 8	8 8	10 6	8 3	4 4	2 3
小計	第4-10条の手術件数 第12・13条の手術件数	51 31	39 19	66 28	24 15	56 18	19 18	12 13	9 10	12 8	8 3	5 6	2 3
総計		82	58	94	39	74	37	25	19	20	11	11	5


6-7

研 究 報 告 書

平成2年3月31日

厚生大臣 津島 雄二 殿

住 所 神奈川県伊勢原市望星台

氏 名 春日 秀 

(所属施設 東海大学医学部公衆衛生学教室)

平成元年度厚生科学研究費補助金(厚生行政科学研究事業)に係る研究事業を完了したので、次の書類を添えて報告する。

研究課題名 優生手術に係る法制度に関する研究

1. 研究者等氏名及び所属施設一覧表
2. 研究成果の刊行に関する一覧表
3. 総括研究報告書

研究者等氏名及び所属施設一覧表

区分	氏名	所属施設	所属施設における地位	備考
主任研究者	春日 斉	東海大学医学部 公衆衛生学教室	教授	
協力研究者	松木 秀明	東海大学医学部 公衆衛生学教室	助教授	
	滝川 陽一	東海大学医学部 公衆衛生学教室	研修員	

研究成果の刊行に関する一覧表

刊行書籍又は雑誌名（雑誌のときは雑誌名、刊号数、論文名）	刊行年月日	刊行書店名	執筆者氏名
なし			

「優生手術に係る法制度に関する研究」

諸外国の優生手術に関する立法
特に韓国母子保健法を中心にわが国及び
中華民国(台湾)の優生保護法との比較

春 日 齊

(東海大学 医学部 公衆衛生学)

I ま え が き

著者はすでに第1報：「優生保護法における優生手術の適応事由に関する研究」（1987年）および第2報：「優生手術のあり方に関する研究」（1988年）を報告したが、1989年度は第3報：「諸外国の優生手術に関する立法，特に韓国母子保健法を中心にわが国及び中華民国（台湾）の優生保護法との比較」を述べる。

優生保護法制度の背景については第1報において，強制を伴う優生手術の規程を廃止した中華民国（台湾）の優生保護法（1983年）を取上げ，検討してきたが，本報ではさらに韓国の母子保健法に注目し，わが国及び中華民国の優生保護法と合せ，立法の年次，それぞれの国の歴史，宗教などによって優生手術のあり方がいかに変遷しているかを比較することとした。

Ⅱ 背 景

わが国に韓国の母子保健法の(別紙一、及び二)の全貌を紹介したのは、慶応義塾大学法学部の中谷瑛子教授とその訪問研究員の韓国釜山地方検察庁の検事、李起泰氏であって、両氏の共著である「墮胎罪立法と韓国法」(法学研究、1984年)はその意味で最も貴重な論文と言える。中谷教授は其中で、世界の現墮胎立法を、表1のように厳格な全面禁止から妊婦のon request(希望通り)に許容するものまで5段階に分類し、人工妊娠中絶の法的適応を国別に、また人口割合別に示すなど、ユニークな分析を試みている。さらに、法律の規定と実行との差のあるもの—a : 法律はきつい但实际上には中絶を受けることが容易な国、b : 法律はゆるいが実際には中絶を受けることが必ずしも容易ではない国、に分け、韓国、台湾はaに属するとしている。(注、恐らく日本もaであろう)。しかし同様な観点から優生手術について分類すると、どのようになるであろうか。これが本報の狙いである。

表1 人工妊娠中絶の法的適応(国別および人口割合別)

- (1) いかなる場合にも非合法とするもの。例：スペイン(注)、フィリピン、エジプト、インドネシア、ハイチ、パナマ、ポルトガルなど。(9%)
- (2) 母体の生命を保護するためにのみ合法とするもの。(厳格な医学的適応)
例：バングラディッシュ、ベルギー、ブラジル、チリ、コロンビア、イラン、イラク、アイルランド、マレーシア、メキシコ、パキスタン、スリランカ、台湾など。(19%)
- (3) (2)のほか母体の健康保護、優生学的(胎児)適応、暴行による妊娠(犯罪学的、倫理的適応)を認めるもの。例：アルゼンチン、カナダ、コスタリカ、エチオピア、ケニア、韓国、オランダ、スイス、タイ、イスラエルなど。(10%弱)
- (4) (2)、(3)と合わせて、または単独に社会的、社会・医学的または社会・経済的適応を認めるもの。例：ブルガリア、チェコスロバキア、ルーマニア、イギリス、フィンランド、ハンガリー、西ドイツ、インド、ポーランド、日本など。(24%)
- (5) 特別の適応を設けず、妊婦の希望どおりとするもの。(ただし(1)通常妊娠の初期約3か月まで。(2)妊娠4か月以上は医学的適応を必要とする)例：オーストリア、中国、キューバ、デンマーク、東ドイツ、イタリア、スウェーデン、ノルウェー、ユーゴスラビア、ソ連、アメリカ合衆国、ベトナムなど。(38%)
注：カッコ内のパーセンテージは、それが適応される地域の人口割合を示す。

法律の規定と実行との差のあるもの

- 法律はきついが実際には中絶を受けることが容易な国、韓国、台湾、オランダ。
- 法律はゆるいが実際には中絶を受けることが必ずしも容易ではない国。オーストリア、フランス、西ドイツ、インド、イタリア、アメリカ合衆国。

(注) 但し、スペインでも最近中絶緩和立法が成立したという(1983年10月8日付Japan Timesによれば、医学的、優生学的(胎児条項)、倫理的(犯罪学的)適応のある場合には、妊娠中絶を合法化する法案が国民議会で可決されたという。)

この人工妊娠中絶の法的分類変化の影響を受け、かつての優生思想も濃淡が自から決されて行き、最近の欧米諸国においては優生手術の強制は姿を消したと伝えられている。そこで西太平洋地域の中で優生保護の立法の最も早い日本、次いで1970年代の韓国そして1980年代の中華民国の三国の比較を試みてみよう。

人工妊娠中絶を合法化した世界で最初の立法は、1920年代のソ連における「墮胎自由法」であり、1920年に医学的、優生学的適応を認めたと中谷教授は述べている。しかし1922年に公立病院における医師による墮胎の合法化に改正され、さらに1936年には人口政策として再び墮胎禁止法が立法され、それが第2次大戦の終了まで継続したとされている。1938年のスウェーデンでは限定された適応の中で墮胎合法化が立法され、大戦終了時点ではスウェーデンおよびそれをモデルとした北欧諸国にみられたにすぎなかった。

わが国では第1報で記したように、終戦後2年間の流入人口(復員兵士、海外からの一般引揚者)は615万人、昭和21年から23年まで。自然増加500万人という人口爆発とそれに伴うベビーブームや社会、経済的クライシスの中で1948年(昭和23年)に新・優生保護法が制定されている。すなわち明治13年に制定された旧刑法以来、厳格に禁止されてきた墮胎が医学的優生学的倫理的、社会経済的適応のもとで例外規定として合法化され、1949年(昭和24年)には同法第14条1項4号に「経済的理由」が追加され、当時には世界に類をみない広様な適応が立法化された。

1955年にはソ連の「墮胎自由化法」が制定され、レーニンの「産むか産まないかは女性の自己決定権に属する」という考えに基づいたものと中谷教授は述べている。すなわち墮胎は妊婦のon request(希望通り)に認められ、妊娠10週以内は拒否できないとされた。ほぼこれに類する妊娠初期に限り妊婦の希望通りにするという期間モデルの採用は、1970年代のオーストラリア、フランス、イタリアにみられている。かくて1950年代後半から1970年にかけて、世界の至るところの国々で「墮胎罪処罰緩和立法」が相次ぎ、中谷教授はこの墮胎自由化の勢いをダムの決壊のように、と表現している。したがってこのダム決壊の影響は、優生思想の後退につながり、母子保健政策の一環として呑み込まれて行ったのも当然だったかもしれない。しかし日本、中華民国、韓国の三国には共通した儒教的思想があり、それが優生思想ともつながりを持つことから欧米とは異った優生手術に対する立法として今も根強く表現されている可能性も否定できない。

Ⅲ わが国における優生保護法と中華民国(台湾)の優性保護法および韓国の母子保健法との比較

前章で述べたように、人口政策の立場から「優生上の見地から不良の出生を防止しよう」といういわゆる優生思想は、墮胎自由化の波には大きく影響され、後退をつづけ、著者の調査によれば、世界各国の法律からはほとんど姿を消し、少くとも優生手術の強制はみられない。その潮流の中で、日本の優生保護法をモデルとしたと思われるものに、韓国の母子保健法(1973年)と、中華民国の母子保健法(1983年)がある。わが国を含めてこれら三国の法律の中で優生手術に関するものに限って比較してみることにした。

(中華民国の優生保護法は第一報を参照されたい)

1. 名称および目的について

日本の優生保護法は法律の目的を、「優生上の見地から不良な出産を防止」することを第一にあげ、「母性の生命健康の保護」を併記する形をとっているのに対し、中華民国の優生保護法は明らかに日本の同法にならい、同一名称を用い、目的も「国民の質を向上させる」ことを第一に、次いで「母子保健の改善、幸福な家庭生活を促進すること」と述べている。たゞし各論の配列は、日本の場合があく迄も第2章優生手術から始まり、第3章が人工妊娠中絶となっているのに対し、中華国法では人工妊娠、次いで優生手術の順となっている。韓国法では、名称を母子保健法として優生思想を後退させ表面に出さず、「母性の生命と健康を保護し、健全な子女の出産と養育を図る」に止め、法の構成上は、不妊手術を母子保健の一環として位置づけ、簡素化しているが、その反面母子保健については日本の母子保健法に比べると不十分なそしりは免ぬがれ難い。そして不妊手術については医師の認定による手術を否定し、日本や中華民国に比べ極めて厳しい制限を付した強制手術のみ第9条に定めている。

2. 医師の認定による優生手術

日本においても、中華国法においても、本人の同意、ならびに配偶者のいるときはその同意を得て、医師は夫々の国の条件に該当する者に対し優生手術を行うことができる。その条件は、日本の場合、法第3条に定められ、

1. 本人若しくは配偶者が遺伝性精神病質、遺伝性身体疾患若しくは遺伝性奇型を有し、又は配偶者が精神病若しくは精神薄弱を有しているもの

2. 本人又は配偶者の四親等以内の血族関係にある者が、遺伝性精神病、遺伝性精神薄弱、遺伝性精神病質、遺伝性身体疾患又は遺伝性奇型を有しているもの
3. 本人又は配偶者が、痲疾に罹り、且つ子孫にこれが伝染する虚れのあるもの
4. 妊娠又は分娩が、母体の生命に危険を及ぼす虚れのあるもの
5. 現に数人の子を有し、且つ、分娩ごとに、母体の健康度を著しく低下する虚れのあるもの
6. 前項第4号及び第5号に掲げる場合には、その配偶者についても同項の規定による優生手術を行うことができる。
7. 第1項の同意は、配偶者が知れないとき又はその意思を表示することができないときは本人の同意だけで足りる。

中華民国の場合は、以下のように第10条に定められている。

1. 本人または配偶者が優生の見地から影響のある遺伝病、伝染病、精神病を有するもの
2. 本人または配偶者の四親等以内の血族関係にある者が遺伝病を有しているもの
3. 本人または配偶者の母体の健康が、妊娠または出産でそこなわれるもの

上記の条件の一に該当する未婚の男性または女性は、本人の意志で不妊手術をうけることができる。

未婚の未成年または、不妊手術をうけることを希望していても、それが禁止されている者の場合は、法に定められた保護義務者の同意を得なければならない。

既婚の男性または女性の不妊手術に関しては、配偶者の同意を得なければならない。但し、配偶者が意識不明、もしくは精神病の場合はこの限りではない。

この条項で述べられた不妊手術に対する認可基準は保健省が定めるものとする。

しかし韓国法においては驚くべきことに、医師の認定による優生手術は法的には存在しないのである。すなわち、本人が希望し、医師が施行令第3条2項の疾患を持つと認定しても、直ちに手術を行うことはできない。

3. 審査を要件とする優生手術の申請

わが国の場合、

第4条 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

あるときは、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。

優生手術の審査

都道府県優生保護審査会は、前条の規定による申請を受けたときは、優生手術を受くべき者にその旨を通知するとともに、同条に規定する要件を具えているかどうかを審査の上、優生手術を行うことの適否を決定して、その結果を、申請者及び優生手術を受くべき者に通知する。

都道府県優生保護審査会は、優生手術を行うことが適当である旨の決定をしたときは、申請者及び関係者の意見をきいて、その手術を行うべき医師を指定し、申請者、優生手術を受くべき者及び当該医師に、これを通知する。

となっているのに対し、中華民国法ではこれに相等する条項、すなわち強制の優生手術は一切規定されていない。

ところが韓国法では別表のように日本より更に厳しい強制が定められている。不妊手術及び堕胎の提起(法第9条)がそれで、医師が患者を診断した結果、大統領令で定めた疾患(施行令第3条第2項で人工妊娠中絶のため定められた優生学的又は遺伝学的精神障害又は身体疾患をそのまゝ同第4条で不妊手術の場合にも準用)に罹患していることを確認し、その疾患の遺伝又は伝染を防止するため、不妊手術が公益上必要であると認定したときは、保健所長を通じて保健社会局長官に不妊手術対象を発見したことを遅滞なく報告しなければならないと報告義務を課している。長官は施行令第4条第4項により、家族計画審議委員会の審議を経て、その患者に不妊手術を命ずることができ、法第9条第4項により、長官は医師を指定し、不妊手術命令を受けたる者に対して不妊手術を行なわせなければならない、と文字通り強制しており、中華民国法の第11条が、「優生の見地から影響のある遺伝病、伝染病、精神病を患者が有すると診断して、不妊手術をすすめる場合、医師は、それを当患者または法で定められたその保護義務者に通知しなければならない」としているのと大違いである。最も強制力が強い、最も優生思想が強く知られたと考えられていた日本の優生保護法と比べてみても二重、三重の強制が規定されているからである。日本の場合は法第4条で先ず別表の疾患に罹患していることを医師が確認し、公益上、優生手術を行うことが必要と認めるとき、都道府県優生保護審査会に手術を行う適否の審査を申請することを規定し、第5条で、審査の結果適当と決定したら、手術を行う医師を指

定して申請した医師と手術を受けるべき者に通知するのであって、先ず医師の認定により request の手術が担保されることを前提に審査による強制手術が定められている。韓国法では、その前提となる日本の法第 3 条、中華民国法の第 10 条に相等するものがなく、韓国法では施行令 3 条の 1～8 号の疾病を有する者すべてが長官の審査対象者となっている点が問題なのである。もちろん長官の手術命令に不服がある場合、命令の取消を命ずる行政訴訟を提起できるとの定めは、ほとんど日本の場合と同様である。

4. 優生手術を行いうる医師

わが国の優生保護法によれば、第 14 条に、都道府県の区域を単位とする社団法人たる医師の指定する指定医師は第 1～3 項に該当する者に対して、本人及び配偶者の同意を得て人工妊娠中絶を行うことができるとあるが、優生手術を行う医師については特段の定めがないので、医師の資格があれば誰でも実施できると解されている。

中華民国の場合は、人工妊娠中絶又は不妊手術を行う医師は法第 5 により共通して保健省の認定を得た者に限定されている。

韓国においては、母子保健法施行令第 5 条(不妊手術担当医師の指定)により、(1)産婦人科専門医、(2)泌尿器科専門医、(3)外科専門医、(4)その他、一定期間、不妊手術に関する教育を受けた医師、の各号の一つに該当する医師とされ、わが国とは逆に、人工妊娠中絶手術を施行する医師には特段の資格の定めはない。

このように不妊手術に対する医師の資格が 3 国で異なる理由の一つは、恐らく不妊手術と人工妊娠中絶との医学的、技術的難度についての認識に差があることを反映するものであろう。ことに、日本の場合、都道府県医師会の指定医のみが人工妊娠中絶を行い得るとしているのは、不妊手術に比べ圧倒的に適用例数の多い妊娠中絶の技術性の困難に加えて、経済的重要性に重点がおかれたのかもしれない。なお、精神保健指定医が厚生大臣の指定であり、各種専門医が各々の学会の認定によること等を考えると優生保護指定医のみがなぜ医師会の指定によるのかは、1948年の優生保護法提案が谷口委員をはじめとする医系議員中心になされたからであろうか。

表-2 誕生手術件数(事由別)

区分 年次	当業者の同意によるもの(第3条)						医師の申請によるもの						合 計					
	遺伝性疾患			母体保護			適性疾患(第4条)			非適性(第12条)					小 計	計		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女			計	
24年	13	161	174	27	68	95	5,296	5,296	10,792	5,555	11,130	130	92	222	78	5,617	5,695	
25	8	227	235	37	66	103	10,792	10,792	21,584	11,130	22,714	273	188	461	130	11,403	11,403	
30	86	405	491	14	115	129	41,273	41,273	82,546	41,893	83,786	23	79	102	557	805	1,362	
31	106	348	454	17	88	105	42,662	42,662	85,324	43,221	86,442	11	45	56	493	771	1,264	
32	57	255	312	7	82	89	42,895	42,895	85,790	43,296	86,592	16	59	75	435	669	1,104	
33	49	285	334	9	63	72	39,324	39,324	78,648	40,904	81,808	15	39	54	409	672	1,081	
34	31	242	273	8	47	55	37,988	37,988	75,976	39,137	78,274	898	10	47	57	345	610	955
35	57	275	332	7	58	65	36,637	36,637	73,274	37,887	75,774	770	10	55	65	213	622	835
36	33	239	272	13	33	46	33,561	33,561	67,122	34,285	68,570	814	9	57	66	279	601	880
37	28	174	202	1	5	6	30,763	30,763	61,526	31,688	63,376	656	21	69	90	218	528	746
38	17	153	170	—	72	72	31,731	31,731	63,462	31,327	62,654	626	20	47	67	186	507	693
39	15	133	148	1	10	11	28,754	28,754	57,508	28,913	57,826	479	12	64	76	145	410	555
40	16	150	166	—	9	9	26,334	26,334	52,668	26,509	53,018	436	21	56	77	148	365	513
41	10	133	143	2	15	17	22,398	22,398	44,796	22,558	45,116	358	10	65	75	96	337	433
42	15	125	140	2	21	23	20,919	20,919	41,838	20,609	41,218	321	10	51	61	80	302	362
43	26	147	173	2	15	17	18,007	18,007	36,014	18,484	36,968	249	7	87	94	62	281	343
44	15	119	134	1	24	25	16,578	16,578	33,156	17,039	34,178	233	9	75	84	48	269	317
45	8	96	104	7	4	6	15,133	15,133	30,266	15,470	30,940	271	16	73	89	60	300	360
46	2	105	107	—	5	5	13,488	13,488	26,976	13,813	27,626	227	6	58	64	40	251	291
47	8	91	99	—	—	—	11,580	11,580	23,160	11,484	22,968	184	4	49	53	37	200	237
48	6	262	268	—	7	7	11,316	11,316	22,632	11,360	22,720	474	16	52	68	20	126	146
49	3	136	139	—	5	5	10,244	10,244	20,488	10,591	21,182	59	9	46	55	11	103	114
50	—	69	69	1	—	1	9,948	9,948	19,896	10,018	20,036	49	3	28	31	5	77	82
51	2	59	61	—	—	—	9,334	9,334	18,668	9,395	18,790	39	19	58	19	19	38	57
52	5	56	61	—	—	—	9,365	9,365	18,730	9,426	18,852	66	2	26	28	3	91	94
53	1	64	65	—	—	—	9,232	9,232	18,464	9,297	18,594	24	14	38	14	15	29	39
54	2	75	77	—	—	—	9,099	9,099	18,198	9,174	18,348	1	15	16	4	70	74	74
55	2	39	41	—	—	—	8,900	8,900	17,800	9,029	18,058	19	5	24	18	5	32	37
56	1	26	27	—	—	—	8,354	8,354	16,708	8,491	16,982	12	8	20	13	5	20	25
57	4	44	44	—	—	—	8,379	8,379	16,758	8,380	16,760	9	2	11	3	16	19	25
58	5	36	41	—	—	—	8,305	8,305	16,610	8,427	16,854	10	8	18	4	16	20	29
59	1	30	31	—	—	—	8,152	8,152	16,304	8,095	16,190	8	6	14	3	11	11	11
60	1	43	44	—	2	2	7,516	7,516	15,032	7,646	15,282	4	5	9	4	6	3	8
61	—	19	19	—	—	—	7,600	7,600	15,200	7,642	15,284	2	2	4	2	3	5	5
62	—	18	18	—	—	—	7,193	7,193	14,386	7,211	14,422	—	4	8	12	—	—	5

表-3 人工妊娠中絶件数（事由別）

年次	遺伝性疾患	らい	母体の健康	暴行脅迫	不詳	計
昭和24年	2,738	711	241,047	1,608	—	246,104
25	4,361	640	481,868	2,242	—	489,111
30	1,492	303	1,166,946	441	961	1,170,143
31	1,960	269	1,154,687	533	1,839	1,159,288
32	1,886	216	1,119,132	305	777	1,122,316
33	1,630	315	1,124,697	358	1,231	1,128,231
34	1,197	196	1,095,769	320	1,371	1,098,853
35	1,109	191	1,059,801	310	1,845	1,063,256
36	995	225	1,031,910	284	1,915	1,035,329
37	698	85	982,296	226	2,046	985,351
38	556	93	952,142	166	2,135	955,092
39	646	99	875,808	243	1,952	878,748
40	784	131	839,651	207	2,475	843,248
41	752	135	805,075	352	2,064	808,378
42	696	96	743,954	258	2,486	747,490
43	618	95	754,002	262	2,412	757,389
44	537	93	741,774	221	1,826	744,451
45	842	146	726,350	195	4,500	732,033
46	1,021	150	735,374	307	2,822	739,674
47	863	56	726,835	507	4,392	732,653
48	755	35	695,556	600	3,586	700,532
49	652	48	676,305	607	2,225	679,837
50	637	37	667,552	567	2,804	671,597
51	678	46	661,939	326	1,117	664,105
52	559	30	639,644	397	612	641,242
53	491	12	616,740	295	506	618,044
54	359	3	612,016	434	864	613,676
55	409	2	596,779	303	591	598,084
56	383	2	594,957	343	884	596,569
57	367	—	589,088	407	437	590,299
58	292	1	567,147	406	523	568,363
59	301	2	567,711	468	434	568,916
60	292	—	548,798	505	532	550,127
61	253	1	526,637	456	553	527,900
62	258	5	496,833	313	347	497,756

3. まとめ

わが国の優生保護法(1948年)、韓国の母子保健法(1973年)、中華民国の優生保護法(1983年)の優生手術(不妊手術)を中心に比較してみると明らかに「……国民の資質、体力の向上ならびに体力の向上と人口増加に関する恒久的方策」という優生思想は昭和15年に漸く成立した国民優生法の中核をなしていたが、大戦終了と共に、急速にその考え方は後退して、避妊の全国的な自由化が主張され(社会党案、昭和22年)たが、昭和23年に成立された現法の目的はなお「母体の生命健康の保護」より「優生上の見地から不良な子孫の出生を防止する」が冒頭にかかげられ、強制不妊手術が残ったのである。中谷教授は、昭和48年(1973)の韓国の母子保健法を評して、対象疾患はわが国の優生保護法別表に比べてかなり整理されているとしながらも、この不妊手術対象者発見医師の遅滞なく報告義務が課され、わが国の審査申請義務より、はるかに強制性が強いとしているように、また日本に比べ限定的で厳しい人工妊娠中絶の適応と共に優生思想は今もなお深く沈潜していると思われる。

別紙 1

韓国母子保健法

(1973年2月8日 法律第2514号)

第1条[目的]この法律は、母性の生命と健康を保護し、健全な子女の出産と養育を図ることによって、国民の保健向上に寄与することを目的とする。

第2条[定義]この法律で使用する用語の定義は次のとおりである。

1. 「妊産婦」とは、妊娠中の女子、および分娩後6か月未満の女子をいう。
2. 「嬰幼兒」とは、出生後6年未満のものをいう。
3. 「不妊手術」とは、生殖腺を除去することなしに、生殖を不能にする手術をいう。
4. 「人工妊娠中絶手術」とは、胎児が母体外において生命を維持することができない時期に、胎児とその附属物を人工的に母体外に排出する手術をいう。
5. 「受胎調節」とは、妊娠が可能な者に対して、その希望に応じて、手術によらず、避妊器具又は避妊薬等によって避妊させるか、その避妊を中止して妊娠を可能にする調節行為をいう。
6. 「母子保健要員」とは、医師・助産員・看護員・看護補助員の免許を受けたもので母子保健事業に従事するものをいう。
7. 「家族計画要員」とは、医師・助産員・看護員・看護補助員の免許を受けたもの、又は保健社会部令の定める資格をもつもので家族計画事業に従事するものをいう。
8. 「母子保健事業」とは、妊産婦又は嬰幼兒に、専門的医療奉仕をすることによって、精神的・身体的健康を維持させる事業をいう。
9. 「家族計画事業」とは、家族の健康と家庭経済の向上の為に、受胎調節に節する専門的医療奉仕・啓蒙又は教育をする事業をいう。

第3条 [母子の優待]国家又は地方自治団体は、嬰幼兒の健全な発育を図る為に、母性及び嬰幼兒に対する疾病及び事故の予防、疾病の早期発見及び治療等に関して、必要適切な措置をしなければならない。

第4条 [母性等の義務]①母性は、妊娠・分娩等において、自己の健康に対する正しい理解と関心をもって、その健康管理に自発的な努力をしなければならない。

②嬰幼兒の親権者・後見人その他嬰幼兒を保護している者は、育児に対する正しい理解をもって嬰幼兒の健康増進に積極的な努力をしなければならない。

第5条 [安全分娩措置]ソウル特別市長・釜山市長・その他の市長又は郡守は、妊産婦の安

全分娩と健康の為に、妊産婦が医療機関での分娩を希望し、入院を要請する場合には、医療機関を指定し、妊産婦をして安全分娩及び施療を受け得しめ、妊産婦が家庭での分娩を希望し、助産を要請する場合には、母子保健要員をして助産せしむることができる。

第6条 [嬰幼兒の健康管理] ソウル特別市長・釜山市長・その他の市長又は郡守は、管轄区域内の嬰幼兒に対して、定期的な健康診断・予防接種その他の保健管理に関し、必要な措置をすることができる。

第7条 [受胎調節] 受胎調節に関する一般的な実地指導は、医師・助産員・看護員・看護補助員又は保健社会部令に定める一定の訓練を受けた者でなければこれをすることができず、又子宮腔内に避妊用器具を挿入する受胎調節は、医師その他大統領令で定める者でなければこれをすることができない。

第8条 [人工妊娠中絶手術の許容限度] ①医師は、次の各号の1に該当する場合に限り、本人と配偶者(事実上の婚姻関係にある者を含む、以下同じ)の同意を得て人工妊娠中絶手術をすることができる。

1. 本人又は配偶者が、大統領令で定める優生学的又は遺伝学的精神障害又は身体疾患を有している場合
2. 本人又は配偶者が、大統領令で定める伝染性疾患を有している場合
3. 強姦又は準強姦により妊娠した場合
4. 法律上婚姻することができない血族又は姻戚の間で妊娠した場合

②第1項の配偶者の同意は、配偶者の死亡・失踪・行方不明その他やむをえない事由により、同意を得ることができない場合には、本人の同意のみでその手術をすることができる。

③第1項の場合、本人又は配偶者が心神障害により意思表示をすることができない場合には、その親権者又は後見人の同意で、親権者又は後見人がない場合には扶養義務者の同意でその同意に代えることができる。

第9条 [不妊手術手続及び訴の提起] ①医師が患者を診断した結果、大統領で定める疾患に罹患していることを確認し、その疾患の遺伝又は伝染を防止する為にその者に対して不妊手術をすることが公益上必要であると認定したときは、大統領令の定めにより、保健社会部長官に不妊手術対象を発見したことを報告しなければならない。

②保健社会部長官が第1項の規定による報告を受けた場合には、大統領令の定めにより、そ

優 生 保 護 法 に 関 す る 研 究

分担研究者 前 原 大 作

【研究課題】

「優生保護法に関する研究」

【分担研究者】

前原 大作

前原産婦人科

(〒230) 横浜市鶴見区馬場7-16-14

TEL 045-573-3111

FAX 045-571-6818

【研究協力者】

新家 薫

新家産婦人科

(〒185) 国立市光町1-38-11

TEL 0425-76-3241

FAX 0425-74-8298

清川 尚

船橋市立医療センター

(〒273) 船橋市金杉1-21-1

TEL 0474-38-3321

FAX 0474-38-7323

白須 和裕

横浜市立大学医学部産婦人科

(〒232) 横浜市南区浦舟町3-46

TEL 045-261-5656

FAX 045-241-5550

清田 明憲

せいだ産婦人科・内科クリニック

(〒150) 渋谷区渋谷3-1-9

TEL 03-5485-1450

安達 知子

東京女子医科大学産婦人科

(〒162) 新宿区河田町8-1

TEL 03-3353-8111

FAX 03-5269-7350

田中 政信

東邦大学医学部産婦人科

(〒143) 大田区大森西6-11-1

TEL 03-3762-4151

FAX 03-3765-7671

田辺 清男

慶應義塾大学医学部産婦人科

(〒160) 新宿区信濃町35

TEL 03-3353-1211

FAX 03-3226-1667

栃木 明人

日本大学医学部産婦人科

(〒143) 板橋区大谷口上町30-1

TEL 03-3972-8111

FAX 03-3972-9612

宮崎亮一郎

順天堂大学医学部産婦人科

(〒113) 文京区本郷2-1-1

TEL 03-3813-3111

FAX 03-5689-7460

【会議開催実績】

- 第1回 平成7年12月26日
- 第2回 平成8年1月11日
- 第3回 平成8年1月29日
- 第4回 平成8年2月20日（精神保健課、母子保健課同席）
- 第5回 平成8年5月13日（精神保健課同席）

【研究内容（中間報告）】

A 研究目的

I わが国の優生保護法について

- 1) 優生思想
- 2) 優生手術
- 3) 人工妊娠中絶の問題点について

II 世界各国の関連法律について

- 1) 優生思想はどの国にどのような状態で存在するか、或いは過去に存在したか
- 2) わが国の優生手術に該当する法律がある国は、その内容は
- 3) 各国の人工妊娠中絶はどのように規制されているか

B 研究方法

I 研究目的 I について、立法の経緯と背景及び施行上の問題点についての考察

II 各国の関係法律の内容についての考察

C 研究結果

I 優生保護法立法の経緯と背景

- 1) 明治13年 刑法（旧法）制定：墮胎罪が設けられ中絶が禁止された、しかし母体の生命に危険があるときは違法性がないとされたが、母体の健康を害する程度では違法とされた。
- 2) 昭和15年 国民優生法の制定：本法は悪質なる遺伝性疾患の素質を有する者の増加を防止し、健全な素質を有する者の増加を図り、国民素質の向上を期することを目的とした。

この法律の立法の背景には、劣悪な遺伝を防止するために不妊手術を行うべきとの主張が 19世紀以来西欧各国で行われ法制化がなされた、最初の立法例は 1907年（明治40年）米国インジアナ法 1933年（昭和 8年）にはドイツの断種法が立法化されているが、この影響を受けわが国の法律も制定された。

昭和23年 優生保護法の制定： 人工増加抑制の必要と戦後の混乱によるヤミ墮胎の防止のため、母体の健康を著しく害するおそれのあるときや、暴行脅迫による姦淫の場合の中絶の合法化、遺伝性疾患や障害者について人工妊娠中絶を認めると

- 122 -
ともに、本人の同意なしに優生手術を行えるようにした。

優生保護法の一部改正

昭和24年 経済的理由の追加 中絶規制の緩和

昭和27年 中絶の認定をする地区優生保護審査会を廃止、指定医の認定のみで行えるようにした、また、受胎調節実施指導員制度を設け、家族計画の普及を推進した。

優生保護法が制定されてから既に40年を経過し、現在の社会情勢及び医療と適合しない部分もあり、また、1994年カイロにおける世界人口会議、1995年北京における女性会議において、わが国の優生保護法に対する批判が高まった。

わが国の優生保護法の問題点は ①法律の名称「優生」 ②目的「優生上の見地から不良の子孫の発生を防止する」 ③優生手術の用語、任意的手術「遺伝性疾患の防止を対象要件とすることの不適」 強制手術「障害者に対する差別」 ④人工妊娠中絶における対象要件「遺伝性疾患の防止を対象要件とすることの不適」 中絶の規制強化として、経済的理由による中絶の不適当、未成年者の中絶には親権者の同意を要件としないこと、中絶の緩和としては、重篤な障害がある胎児への適応、配偶者の同意の問題等があげられる。

1 優生手術に関する検討

1) 優生手術の定義

優生保護法第2条で優生手術とは、生殖腺を除去することなしに、生殖を不能にする手術と定められ、更に優生保護法施行規則の第1章第1条による優生手術とは 1. 精管結さつ法、2. 精管離断変位法、3. 卵管圧ざ結さつ法、4. 卵管間質部けい状切除法と定められている。しかし、これらの術式は不妊手術であり、不妊手術を法律で規制することは、国が国民に子供を生むことを強制することになる。自分自身の妊娠をコントロールすることは国民の自由であるべきである。また、優生という考え方は、ある個人が生まれつき他の人より優れていることを意味し、憲法での「個人は平等である」ことに反している。従って、この名称は廃止すべきと考える。

○第2条 この法律で優生手術とは、生殖腺を除去することなしに、生殖を不能にする手術で命令をもって定めるものをいう。



この法律で不妊手術とは、生殖腺を除去することなしに、生殖を不能にする手術もしくは処置をいう。

2) 優生手術の適応

現行の優生保護法は医師主体の法律であり、妊婦をコントロールするのは国民の自由であり権利であると考え、不妊手術は男女とも本人が希望すれば医師が自由に行って良い行為といえる。医学的適応がなく、個人の希望だけで手術ができるとすると若年者や未産婦などへの施術が問題であり、医師の裁量によるものかあるいは法で年齢制限を設けるのかが問題となる。現行の優生保護法の第28条には「何人も、この法律の規定による場合の外、故なく、生殖を不能にすることを目的として手術またはレントゲン照射を行ってはならない」とあり、この条文を生かすとの意見もある。

しかし、妊娠のコントロールは国民の権利とするこの条文を残すことにより、国民の権利を束縛する恐れがあり、新たに規定を設けたほうが良いとの意見が多い。

即ち、現行優生保護法の第2章、第3条、第1項、第4・5号を残し第1・2・3号は削除する。また、重症の精神遅滞者など同意能力のない者に不妊手術を行う必要が生じた場合には、当事者本人と関係者の利益を正当に評価して決定できる第三者的機関の設置が必要であるが、現行の第12条の遺伝性のもの以外の精神病又は精神薄弱に罹っている者については専門医の意見によることとする。

しかし、優生保護法の第2章、第3条、第1項、第1・2・3号は削除すると現行の優生手術の章そのものの存在価値が薄れ、何か他の法に組み入れた方がよいとの意見もある。

○第2章 優生手術

(医師の認定による優生手術)

第3条 医師は、左の各号の1に該当するものに対して、本人の同意並びに配偶者(届出をしないが事実上婚姻関係と同様な事情にある者を含む。以下同じ。)があるときはその同意を得て、優生手術を行うことができる。但し、未成年、精神病患者または精神薄弱者については、この限りではない。

(一) 本人若しくは配偶者が遺伝性精神病質、遺伝性身体疾患若しくは遺伝性奇形を有し、または配偶者が精神病若しくは精神薄弱を有しているもの。

(二) 本人または配偶者の四等親以内の血族関係にあるものが、遺伝性精神病、遺伝性精神薄弱、遺伝性精神病質、遺伝性身体疾患又は遺伝性奇形を有しているもの。

(三) 本人又は配偶者が、癩疾患に罹り、且つ子孫にこれが伝染する恐れのあるもの。

第2章 不妊手術

(医師の認定による不妊手術)

第3条 医師は、左の各号の1に該当する者に対して、本人の同意並びに配偶者（届出をしないが事実上婚姻関係と同様な事情にある者を含む。以下同じ。）があるときはその同意を得て、不妊手術を行うことができる。但し、同意能力のない者については別に定める。

- ㊦ 削除する
- ㊧ 削除する
- ㊨ 削除する

2 人工妊娠中絶の適応に関する検討

1) 優生保護法第14条第1項第1・2号について

第1・2号については精神病患者の人権を尊重すること、症例が稀であってもその判断が困難な場合が少なくないこと等の理由で削除するとの意見が多数を占めた。しかし、一部にはICD-10の疾病分類に沿って第1・2号を残すとの意見もあった。

第1・2号を削除した場合、現行の第4号に「精神的」または「社会的」適応を加えて対応するとした意見が多い。また第1・2号は胎児適応とも考えられ、新たに胎児適応の号を設けて対応することについて検討したが、反対の意見が多かった。

2) 優生保護法第14条第1項第3号について

治療可能な疾患であり、一般の疾患と同等の扱いとし、必要な場合は現行の第4号で対応することができることから、削除するとの意見が大多数を占めた。

3) 優生保護法第14条第1項第4号について

現在のわが国の経済状況を考えると経済的適応は必要ないとする意見が国民の一部にあるが、多くの国民は実生活の上で豊かであるとの認識は少ない。出産の費用に困るのではなく、生活費・教育費など育児費用に基づくものと考えられ、このことは出生数の減少、一夫婦が産む子供の数の減少を見ても明らかである。従って、経済的適応は必要であるとする委員が約2/3を占めた。しかし、他の1/3の委員も、現実に「経済的適応」として中絶を行う例数が多いこと、「経済的」という表現が誤解されやすいこと、育児能力の欠如は社会的問題であること等の理由で「経済的」を「社会的」に変更するか第1・2号の削除を考慮して「身体的・精神的・社会的」とするとの意見で、委員全員が現行の「経済的理由」を何らかの形で残す

必要性を認めている。尚、「社会的」とするとその定義を決めなければならず、「経済的理由」の削除を推進している人達の反対を惹起する恐れがあり、改正の
手続きを取るとすれば、従来通りにしておいたほうが良いとの意見もあった。

4) 胎児適応の新設について

胎児適応の新設に関しては賛成と反対が半数ずつであった。賛成の理由は胎児診断の進歩により、異常児と診断された場合、その出産を強要する権利はだれにもないし、精神的負担による母体の健康障害、即ち、母性保護で運用するのは次第に困難な状況となり、指定医師の中には新設を求める声が多い。この場合も胎児治療が不可能な症例に限るとしており、医療の進歩に伴い、この基準は変更されなければならない。

一方、反対の理由は現在、胎児診断法の医学的水準が一定でなく、施設間の格差があり、誤診した場合の医療訴訟を恐れている。胎児適応の新設には倫理・宗教面での考えを参考とし、社会的には十分なコンセンサスを得てからでなくてはならない。反対の委員も現在はともかく、将来の必要性は認めており、今後十分な検討を期待する。

○ 各国における人工妊娠中絶に関する立法

調査国：イギリス イタリア オーストリア フランス スウェーデン スイス
カナダ 統一ドイツについて

- ① 人工妊娠中絶法が成立された理由
- ② 人工妊娠中絶法の成立
- ③ 人工妊娠中絶の実施できる期間
- ④ 人工妊娠中絶法の条件
- ⑤ 人工妊娠中絶法の罰則

を調査、問題点を考察中であるが、一部を報告する。

○ 諸外国における優生手術に該当する法律がある国について調査、考察中である。

人工妊娠中絶に関する外国立法例

国名	人工妊娠中絶が認められる場合	人工妊娠中絶を行う手続き
イギリス 人工妊娠中絶法 (1967年)	<ol style="list-style-type: none"> 1 妊娠継続が妊娠中絶以上に大きな危険を妊婦の生命に与える場合(妊娠後10週以内に限る) 2 母体の生命が危険にさらされている場合 3 生まれる子供が重度の心身障害児となることが確実である場合 	<ul style="list-style-type: none"> ●原則として2名の医師により妊娠中絶要件の認定が行われる
西ドイツ 1976年改正 後の刑法	<ol style="list-style-type: none"> 1 妊娠中絶以外に妊婦の生命に対する危険又は妊婦の心身の健康に対する重度の障害の危険を避けることができない場合 2 生まれる子供が遺伝又は出生以前の有害な影響のため健康状態に重大な損傷を被る恐れがある場合(受胎後22週未満に限る) 3 性犯罪により妊娠した場合(受胎後12週未満に限る) 4 その他妊婦が緊急状態の危険にある場合(受胎後12週未満に限る) 	<p>妊婦の同意により医師が行う</p>
フランス 人工妊娠中絶法 (1975年)	<ol style="list-style-type: none"> 1 妊婦が困窮状態にある場合(妊娠後10週以内に限る) 2 妊娠継続が母体の健康に重大な障壁を及ぼす場合 3 出生すべき子が不治と認められる著しい重患にかかっている可能性の高い場合 	<ul style="list-style-type: none"> ●1の妊娠中絶は特定の医療設備の医師がこれを行う ●2及び3の人工妊娠中絶は一定の要件を満たした医師2名の診断に基づき行われる
イタリア 人工妊娠中絶法 (1978年)	<ol style="list-style-type: none"> 1 妊娠継続が胎児又は母体の心身の健康を著しく危険にさらす特殊事情がある場合(妊娠後90日以内に限る) 2 妊娠又は出産が妊婦の生命にとって重大な危険をもたらす場合 3 重大な異常妊娠又は胎児の奇形により妊婦の心身の健康に重大な危険を及ぼす場合 	<ul style="list-style-type: none"> ●特定の公的機関又は主治医等の人工妊娠中絶要件の存在証明書に基づき医師が行う
アメリカ 1973年1月22日 連邦最高裁判決	<ol style="list-style-type: none"> 1 妊娠後約3か月経過するまで(第1段階)任意に人工妊娠中絶を行うことができる 2 妊娠後約3か月経過以後(第2段階)母体の健康保護の観点から合理的必要がある場合に州が人工妊娠中絶を規制できる 3 母体外での生存可能期間以後(第3段階)胎児の生命保護の観点から母体の生命・身体の保護のため必要とされる場合を除き人工妊娠中絶を禁止できる 	

厚生科学研究報告書

研究課題：優生保護法に関する研究
 (1996年，優生保護法が母体保護法に変更)

主任研究者氏名	前 原 大 作
所 属 施 設	前原産婦人科
分担研究者氏名	新 家 薫
	新家産婦人科
〃	清 川 尚
	船橋市立医療センター産婦人科
〃	白 須 和 裕
	横浜市立大学医学部産婦人科
〃	安 達 知 子
	東京女子医科大学産婦人科
〃	田 中 政 信
	東邦大学医学部第1産婦人科
〃	田 辺 清 男
	慶應義塾大学医学部産婦人科
〃	栃 木 明 人
	日本大学医学部産婦人科
〃	宮 崎 亮一郎
	順天堂大学医学部産婦人科

平成8年度厚生科学研究費補助金
 (社会保障・人口問題政策調査研究事業)

【研究課題】母体保護法に関する研究

I. 不妊手術

II. 母体保護法の問題点

III. 減数手術

I. 不妊手術

【目的】優生学がどのように不妊手術へ応用されてきたかの系譜を知り，その問題とする点を明らかにする。

【方法】キーワードを「Eugenics」「Sterilization」とし，1965年から1995年までの発表文献を，MEDLINEで検索し得られた文献について検討した。

【結果】

1. 優生学の起源

優生学：eugenics という言葉は「well-born」というギリシャ語がその起源とされる。この言葉は1833年、ガルトン（イギリス）が「人の能力の調査」の中で造語として用いたのが最初である。当初、彼は精神の遺伝相続に興味を持ち、「優生学は人種の先天的質を良くするものだ。」と提議し、「種族の先天的な質を高める最大の利点をもたらす質に影響するもの全てを扱う科学」と定義した。また、彼の従兄のダーウィンが、1859年に発表した「自然選択による進化論」により、失いかけていた優生学の信用を取り戻したとされる。一方、1886年メンデルは「分離の法則」と「独立の法則」を出版し、1902年になって染色体の動きがメンデルの法則と一致することが証明された。メンデル理論の勝利が、優生学にある種の知的信頼性を与え、特質の家系図を見るという生物学に大きな影響を与えることになった。ガルトン自身の優生学は、後の分類で肯定的な優生学（優秀な遺伝子を持つものを積極的につくりだす）と否定的な優生学（いわゆる価値のない親になることの予防、不良な遺伝子の排除）のうち、積極的な優生学を指示しているが、1911年彼が亡くなってからは否定的な優生学が世界で指示されるようになった。

2. 優生学の不妊手術法への変遷

1) 不妊手術に関連した法律と歴史

初めて「不妊にする」という法律が制定されたのは、1907年インドであったとされる。その詳細は不明であるが、ほぼ同時期（1907～1920年）に北米の16州で優生学的思想に基づいた不妊法が成立した。1912年ロンドンで国際優生会議が開かれ、1921年と1930年ニューヨークでこの会議が行われたと記録されている。1921～1930年代までに優生学を基にした不妊法は、1923年スイス、1929年デンマーク、1931年スエーデン、1932年プロシア、1933年ドイツ、1934年ノルウエー、1935年スエーデン、フィンランド、デンマークは中絶法、1938年アイスランドなどの諸国で相次いで制定され、1941年には日本でも国民優生法が発令された。この時期までに30カ国以上の国々で不妊手術や人工妊娠中絶術を用いた否定的な優生学に基づく法が制定されたとしている。現在もなお20カ国で優生学上「不妊にする」法律が存在するとされる。

2) 不妊手術に関連した諸外国の歴史的背景

- 130- 我が国も含め諸外国が不妊手術を施行するにあたり、これを法律に掲げて施行しようとする時、多くの国が政治的、人種的な考え方に立脚していた場合が多い。

アメリカ合衆国は歴史的に見て最も早期に優生学という立場から不妊手術を取り入れた国の一つであるが、1880年代ペンシルバニアの「精神薄弱」児の訓練学校で居住者の去勢をしたのが法律にまで結び付いた不妊手術の始まりとされる。その後、インディアナの州少年院で精管切除術が完成され、その安全性と容易さが不妊法設立を促進したのだと指摘している。インディアナは他の州に先駆けて不妊手術に関する委員会を設置し、「白痴、低能者、婦女暴行者」に不妊手術を受けることを義務づけた。いわゆる強制不妊のはじまりである。カリフォルニアでは、州病院の入院患者と「性と道徳の変質者」、精神病者、意志薄弱者と判断された者に対して強制的な不妊手術を指示する法律を制定した。他の州もこれに習い州法での不妊手術を次々に制定していくが、当時の社会状況は、アメリカがイギリスから移住してきた先人移住者達を中心にその社会を形成していた後、他のヨーロッパ諸国からの移住者が大量に流入していた時代であり、この移住者の貧困と無知は彼らが遺伝的に劣っている集団の証明と考え、彼らの自由な入国はアメリカの遺伝の価値にとって重大な脅威であるという考えに則ったものであった。それまで州単位で法律化していたものを、1924年合衆国議会で採択され、大統領の宣言「アメリカはアメリカを保たなければならない。」に発展し、移住者制限運動と不妊手術は合法であるとした。しかし、ナチスの政策が不妊手術を含んでいることへの反感と、アメリカが主に対象にしていた精神異常者の遺伝的因果関係が非科学的であるという考え方があいまって、不妊手術に関する法制定に批判的態度を示すようになった。教会は全不妊手術に反対、コロラド、ワイオミング、アラバマ、ペンシルバニア等の州が次々に不妊手術の法律を取り下げた。第2次世界対戦の最中、1942年に合衆国最高法廷が1935年のオクラホマ法廷での重罪犯罪者の不妊手術を許可した判決を、違法判決と裁定したことも、不妊手術排斥に拍車をかけた。しかし、この経緯は別の視点から見るとアメリカが第2次世界対戦に参戦し、アメリカがアメリカを保つために、不良な遺伝子を後の世に残さないと考えるより、多くの兵士を世界中に派遣し、アメリカの尊厳を保つために、結果としてこれら人口増加を抑制すると考えられる法規制を解除する方が得策と考える見方もある。いずれにしろ、不妊手術に対する法に対し、「州が不妊手術を許す時、個人の人権が侵される。」という考え方が大多数の世論に指示され、カリフォルニアの不妊手術に関する法が1950年代前半に事実上消滅し、この傾向は各州に広がった。しかしながら、以前から個人の意志を確認する方法がとられている州法を採用していた州では現在も当時作成されたものを部分的に改正し存在している。

ロシア（旧ソビエト連邦共和国）においても優生学的思想は存在した。1917年ボルシェビキ革命後、当時の政府の考えと優生学的考えがあった。人間の科学的、唯物論的、社会生物学的観点に基づいた将来的な応用科学が、人間の状態を改良する方法としての新しい科学として受け入れられたからである。しかし、優生学の発展のしかたは、他の国と大きく異なっていた。多くの国が否定的な優生学を取り入れたのに対し、ロシアでは肯定的な優生学を採用した。すなわち、優秀な遺伝子を持つ子孫を増加させるという考えで、決して人口増加の抑制につながる否定的な優生学を採用することはなかった。それは、当時（1920年代）のロシアの人口動態に問題があった。例えばモスクワの出生率と死亡率の関係は、死亡率／出生率で243倍を越えていたからである。このままでは地方ばかりで

なく、大都市においても人口が減少し国力が低下することは目に見えていた。不妊化など問題外で、ロシアは減らすことよりも、もっと増やすことを必要としたからである。その方法としては人口受精であった。しかし、1930年代スターリンの出現により共産主義が確立され、社会と生物学の関係する全ての試みを禁止し、事実上ロシアの優生学は解散した。ところが、ドイツ特にナチスの台頭により、敵対したロシアはナチスの主張（民族至上主義；ドイツ民族に対しては肯定的な優生学を、他の民族に対しては否定的な優生学の採用）の誤りを証明するために、医学遺伝学と呼ばれる新しい分野を確立していくことになった。その後、様々な政治的抑圧が起り、優生学が否定されてきたが学問としての優生学は存続した。

イギリスにおいてもアメリカと同様な傾向がある。産業革命が起り都市部に労働者や移住者が増加、人口が集中してきた時、そして、その後ナチスがドイツで権力を握った時には、数多くの様々な移住者がイギリスに流入した。「英国にとって有益とは思えない移民が英国に移り住んだ。」という考えが存在したことも事実であり、優生学発祥のこの国ならではと思われる。しかし、アメリカと異なるのは、中絶は罪であるとしながらも、人種に有害な両親から子供が生まれてくる場合、宗教的に強く反対を受けない場合に限り、中絶を許すという法律を改正する案は無視できないとし、誰も精神的に劣っている救い難い奇形の子供を世に出したいと願う人はいない。という考え方に則り、この手段に賛成する立場をとったことで、不妊手術に関しては優性学者にとってはより重要な問題であるが、弁護士にとってこの問題はあまり重要な問題でないとし、不妊手術を治療の目的や遺伝的背景が明らかな場合には問題としないが、個人の便利さのために不妊手術をした場合において問題とすることが多く、国家的規模での問題にまで発展しなかった経緯が見受けられる。

ドイツでは第2次世界対戦時において、ユダヤ人大量虐殺が人種間の問題にまで発展し、世界的に有名となったが、ナチス政権が発足する以前は、北欧諸国と今世紀初頭に起こった優生学的思想の影響を受けて、ドイツの人種衛生学がという学問が出現した。これは人種の混合を妨げるつもりで学問ではなかった。特にカトリック教徒の多いこの国では、法律として制定するまでには至っていない。しかし、今世紀初頭にアメリカやイギリスで起こった優生学的考えでは、ドイツの人種の一つであるユダヤ人が外国のものにおとるという発言が、反ユダヤ主義と人種衛生学の混合運動に発展し、これが第1次世界対戦中に始まり、1930年代にヒットラーの出現で加速する結果となった。当初アメリカやイギリスは、自国に移民が流入してきたこともあって、この考え方を支持したようである。特にナチス政権の台頭直前のワイマール政府で検討中であったH.H.Laughlinによって発表された「Model Sterilization Law」は、アメリカの不妊手術の法律のモデルになったといわれている。1933年ナチス政権が、特にヒットラーが政権を奪取してからわずか半年後に、優生学の不妊法（次世代遺伝疾患予防法）を通過させてから、この法の拡大解釈が異常な行動を起こさせ、大量虐殺へ発展したのである。戦後もこの法律は存在したが、解釈を正しい視点においたものであった。

- 132-

発生的には同時期に作成されたと考えられる北欧諸国の不妊手術に関する法は、

1930年代に作られたもので、現在もその当時の文案を取り入れており、あまり変わっていないとされる。ただ、変化したのは個人の権利の強調であったとされている。

3) 不妊手術に関連した我が国の歴史的背景

我が国においても不妊手術に関する社会的背景は存在する。おそらく大正中期から末期にかけて、断種法制定運動によるものが最初と思われる。古くは日本の風習の中に『まびき』とか『うばすて』というものがあり、当時は受胎調節や墮胎の知識・技術等が十分に進んでいなかったため、生まれてから後の処置であったと考える。これらの行為は生存者（生産年齢者）の生命保続を図るために行われたものと解釈されているが、江戸時代には墮胎を専門にする中条流産科とか、民間での墮胎器具として、ホウズキの根、ヤマゴボウの根などが使われていたようで、家族を養うだけの経済的基盤がない場合や地域の人口増加による食料の問題など、時の人口政策と深く係わりあいがあるものと推測される。

維新以降明治時代、日本国内全体を統括する大日本帝国憲法が制定された後、母性の健康を保護する目的と一致する法としては、棄児養育給与法や恤救規則に遡ることができるが、1907年（明治40年）には刑法に墮胎を規制する法律が施行された。これが果たして他国と同様に優生学的思想に基づいて作成されたかについては不明であるが、当時の富国強兵政策とこの刑法が係わり、人口の減少につながる墮胎や人口妊娠中絶は極力制限されたものと考えられるものもある。

ここまでの時代にも、不良な子孫の出生を予防するという考え方はおそらくあったものと思われるが、具体的な形として国民の意識の中にこのような考え方が出現したのは、前述した大正末期の断種法制定運動ではないかと推測される。いわゆる優生思想が大正デモクラシー華やかかりし時代（1912～1927年）に出現したのは、それを受け入れるようなものが日本にも存在した。当時の日本においては、アメリカがそうであったように精神病者や先天性失明者の増加、さらには浮浪者の半数が精神薄弱者であるという社会的背景は大きなものの一つと思われる。

そして、1941年（昭和16年7月1日）には国民優生法が発令されるに至った。その社会的背景としては、逆淘汰という考え方が存在したものと推測される。この法は、「悪質な遺伝病者の出生を防止するとともに、健康者の増加と国民素質の向上を図ること」を最大の目的とし、母性の健康などはある程度犠牲にしても出産増加に目標を置いたものとされる。すなわち、それまでの墮胎罪のみによる富国強兵では、健康者の増加と国民素質の向上が図れず、見方を変えると、健康で優秀な民族に日本を導き、戦争を勝ち抜こうとする考え方で、アメリカはこの時期逆の立場を取らざるおえなかったが、日本では同盟国であるドイツの影響が多分に存在した。すなわち、肯定的な優生学と否定的な優生学の混在も日本に存在したものと思われる。

第2次世界大戦も終結し、我が国が直面した問題の一つに人口の自然増加率があった。過剰人口の問題は人口と生活資料との間に存在する不均衡の問題に帰着した。生活環境の改善が図られた結果死亡率が減少し、人口の自然増加率が高まっただけでなく、国外に流出していた人々が引き上げてきたこともあり、出産率が著しく増加した。第一次ベビーブームと呼ばれる時代である。1945年（昭和20年）代初頭の「人口白書」によれば、1965

年（昭和40年）には一億人以上の人口になると予測され、当時の我が国が自給自足可能な人口は8千万程度と考えられていた。したがって、このような急激な人口の増加にみあう経済力が、敗戦国の日本に果たして得られるのであろうかという危惧は当然あったと思われる。このような時期1948年（昭和23年6月）に優性保護法が、議員提案され国会を通過した。爆発的な人口増加を支えるための生活基盤が、家族をはじめ国家にまだ確立されていない時代で、その人口増加を抑制するために闇の人工妊娠中絶が横行し、母体に甚だしい悪影響をおよぼしていた時代でもある。日本の将来を考え戦前に存在した民族の逆淘汰現象を危惧する部分と、闇の人工妊娠中絶による母体への悪影響は社会的問題であり、この法を起草した一人である谷口彌三郎氏は彼の著書の中に、子供の将来を考えるような比較的優秀な人々が産児制限を良く行い、低格者や低能者などが育児問題に関しまったく思慮を巡らさず、本能のままに出産するとすれば、このような人々の子供が増加し、優秀なものは返って出産を減じてしまう。国民素質の優秀化と母体健康の保持を強調し、国家百年の大計樹立の目的を以て臨まなければならない。と、本法律制定に並々ならぬ決意で臨んだ趣旨が述べられている。また、この法の最大の特徴は、優性手術や人工妊娠中絶術のみにとどまらず、さらに一歩進めて、家族計画指導や優性保護相談所を設け、国民の指導を十分に行うことにも配慮されていたものであった。実際にこの法律の制定直後には、強制的な人口妊娠中絶術施行にあたり、その裁定を仰ぐのに時間がかかり、中絶時期の遅れ等が問題になった。そして、部分的に条文の改正がなされ、運営されてきたが不妊手術に関しては社会的問題にいたった例は少なく、人口妊娠中絶がしばしば社会的問題となった。

しかし、1991年（平成3年）に、障害者基本法が制定され、1992年（平成4年）カイロの国際人口開発会議で、我が国の障害者団体が優生保護法と精神薄弱者への強制的優性手術を紹介し、外国の新聞に「人権侵害」、「時代遅れ」と報道され大問題となり、障害者団体から厚生大臣宛てに「優生思想削除」の要望書が提出された。その後、1995年（平成7年）北京の女性会議で採択された「行動綱領」に我が国も賛成した。この「行動綱領」には、女性の生涯における健康を保障するために、各国政府がとるべき国内政策が明記され、これに従い体制を整備する必要に迫られた。1996年（平成8年5月）、本法の名称を「母体保護法」とすること、「不良な子孫の出生の防止」を法目的から削除すること、遺伝性疾患等の防止を削除すること、強制的な優生手術を廃止すること、優生保護審査会の廃止等の法案を作成し、同年6月議会を通過し、同年9月より施行された。ただし、この法案には、付帯事項が付けられ、今後この法を運営するにあたっての検討を継続審議できるようにされた。

3. 優生学の不妊手応用への変遷と法律運用上の問題

アメリカ合衆国の不妊手術の立法化は、19世紀末から20世紀初頭にかけて実施され、これが、ドイツ・カナダ・スウェーデン・フィンランド・フランス・日本に影響を与えただけでなく、お互いの国家間で複雑に影響し合っている部分が存在することは前記した。

優生学の応用は、Eugenics Record office の設立に始まり、社会学的・生物学的に不適合な人々への強制的不妊手術に関する法律と、少数民族に望ましくない素質があるとの推測に基づいた、移民を規制する法律を制定した。

優生不妊法は精神や道徳的に不適合であることが、遺伝によるという間違っただけの仮設の基で適応されており、アメリカ社会では、これに関して見せかけのだけの選択の自由による強制的な不妊法が存在した。また、彼らに判断させようという機会さえ与えられないものであった。

任意の承諾の要素には、

- (1) 人間の自由な承諾に強制や圧力は存在しない
 - (2) インフォームドコンセントのために適切な説明が必要とされる
 - (3) 承諾が示唆するものをよく理解する精神的な証言資格があること
- などの3つをあげている。

一方、州の不妊法を正当化するものとしては、

- (1) 社会の改善という概念
- (2) 自立性を欠如している人々のための生活の改善
- (3) 精神遅延は環境問題の一つである

などで、優生不妊法で精神遅延者を排除する行動をやめないかぎり、精神遅延者による子孫への影響を考慮することが人類の保護になるという誤った優生不妊法の制定と施行が、子供を産み育てるという権利を失うかもしれない法律と概念を検討するのは、医学と法律の両専門家の責任であるとしている。

アメリカにおいては、州法が主にこの法律に関して取り扱われており、合衆国最高裁判所は、州の判定に対して裁定するのが歴史的にみても行われてきた経緯がある。

1927年、ヴァージニア州で精神遅滞者への不妊手術の合意性を争う裁判に対し最高裁が不妊手術を認める判定を下して以来、多くの州で法律が制定された。

しかし、1937年アメリカ医学協会は、優生不妊手術法を正当化する科学的根拠は何もないことを指摘した。そして、1942年に合衆国最高法廷が1935年のオクラホマ法廷での重罪犯罪者の不妊手術を許可した判決を、違法判決と裁定した。

優生学を否定的に促進している法律は、望ましくない遺伝子が伝えられた新生児の出生数を下げようとして、不本意な不妊手術や精神障害者、常習犯、色々な病気にかかった人の結婚、または近親者の結婚や異人種間の結婚などを禁止したもの、もう一つは優生学を積極的に促進している法律で、人工受精に関する法律があるが、本来子供を持つことへの希望より、遺伝的に優れた子供を持ちたいということに重きを置いている。

ノースカロライナ州は、優生委員会を持っている唯一の州であり、不妊手術が行われる条件として以下のことが決められている。

- ① 疾患の治療、及び妊娠・分娩時の女性の健康保持
- ② 自主的出産調整
- ③ 刑事上・性犯罪上の処置
- ④ 優生学上の目的

現在アメリカの優生学に関する法律は2つのカテゴリーに分けられる。すなわち、望ましくない遺伝子を持つ児の出生を減少させるもの、優生手術や人工妊娠中絶術に関するものと、望ましい遺伝子を持つ児の出生を増加させる、つまり、人工受精を中心とした生殖医療に関するものである。

さらに、現代の遺伝学はいろいろなレベルにおいて、アメリカの法制度に挑戦している。

最も重大な挑戦の一つは、「素早く効果的に遺伝的な発見に応じられるに十分な法律」に関するものである。法律と遺伝学との相互作用は、フェニールケトン尿症・不妊手術・妊娠中絶・人工受精・XYY症候群・受胎調節・多胎妊娠等に関する実例を通して議論されている。

また、遺伝学は三つの独自のレベルで法律に挑戦しているとしている。第一のレベル、操作のレベルは、遺伝学が社会に対して潜在的な広範な影響を与えるための処置を採ることができる法律を必要としている。第二のレベル、法的反応時間のレベルとは、遺伝学によって発見された変化に法律が適応できる迅速さと効力を持つかどうかである。第三のレベル、制度のレベルとは、遺伝学によって生じた問題を取り扱うことが可能な制度が適切に存在しているかである。

ロシアでは、1917年のロシア革命後、遺伝学と優生学が編み合わさった新しい実験生物学の社会的関連分野として遺伝学研究センターが設立された。1920年国家組織としてロシア優生学会が設立された。遺伝的質の改良として不妊手術を主張するものもあったが、ロシアの人口増強政策にマッチしなかった。また、1929年マルクス主義遺伝学者が人工受精・優生プログラムを進めようとしたが、スターリン主義の台頭により排除され、優生学会は解散された。したがって、この国の法律には優生思想の入ったものはないものと推測する。

イギリスにおいては遺伝的背景で不妊手術を行うのは良いという考え方が歴史的に見て存在する。また、理想的な避妊法がない場合には家族計画としても、不妊手術は必要といった考え方が存在するものと思われる。しかし、個人の都合による不妊手術には法的な問題が存在している。すなわち、個人の人權と国家の存続についてすでに問題となっている国と考えてよい。

ドイツの第3帝国時代に関しては、後の世代にとってよい反省材料となるので、その法律に至った経緯に関して詳細に記載する。

ドイツにおいて優生学的考え方が出現したのは、医師のAlfred Plotzによって1895年に提唱された人類衛生学がその起源とされる。これはイギリスのガルトンが優生学を世に送り出してから約12年後のことである。Alfredは常にアメリカやイギリスの優生学の動向とその社会問題の分析に執着した。したがって、この人類衛生学は劣った人種（ユダヤ人、ジプシー）の混合を妨げるものではなかった。また、この国はカトリック教徒の多い国で法として制定するまでには至らなかった。人類衛生学の科学的・社会的地位は、1921年内科医で遺伝学者のFritz LenzがAmerican Journal of Heredity に”人間衛生学の基礎的教科書”を掲載、内容は露骨な人種差別を記載したものであったがこれが認められ、1923年ミュンヘン大学の人種衛生学教授に任命されたことで定着した。さらに1931年にはこの論文が英訳され、イギリスやアメリカで好意的に評価され、1933年彼はベルリン大学の人類衛生学教授に就任した。一方、1922年にH.H.Laughlinは、アメリカの法律のモデルとされる”Model Sterilization Law”を発表し、1932年ワイマール政府はこの法について検討中であった。

- 136-

この優生学に基づく法律は、1933年7月14日ナチス政府が誕生し、特にヒットラーが

政権を奪取してからわずか半年後の1934年に、ローマ司教と政教条約を結んだ年に優生学の不妊法（次世代遺伝疾患予防法：不妊にすることで子孫を遺伝学的な障害から予防する）を通過させた。この法は主に強制不妊を行うもので、遺伝的健康裁判所を設置し、適応疾患は先天性精神遅滞、精神分裂病、躁鬱病、癲癇、ハンチンソン舞蹈病、遺伝性盲目、遺伝性聾啞、重症身体形成異常であり、10歳以上の男女に行われた。

ナチス政府は、これに加え1935年Nuremberg反異種族間結婚・血族保護法を通過させた。この法律は反異種間結婚やユダヤ人とユダヤ人でないものの性的関係を禁止、ユダヤ人がユダヤ人でないもののところで雇われることをも禁止している。さらに、ドイツ人の遺伝子を保護するために、結婚前に遺伝子の検査をすることを要求した。そして、ドイツ人大衆に対してはドイツ人の遺伝子の崩壊が人種の異なるものとの結婚であると解釈させた。優生学の別の側面では、ドイツ女性ができる限り子供を持てるように社会的に支援し、遺伝の健全性を助長するとともに優生学的理由以外の人口妊娠中絶を厳しく禁止した。

いずれにしろNuremberg法は健康法とみなされ、医師達はこれを実行することに「ドイツ人の運命はドイツの医師のもとにある。医師は人々の健康のために生物学的兵士のように戦う。」と協力を求められた。

”価値のない命の根絶”，この言葉はライプツヒ大学の法医学教授であるRudolf Bindingらが出版した本のタイトルであり、その中に劣っている人々を完全なる精神的な死をもって殺すことで全滅させようことを論じた。はじめは、劣っていると考えられるものの多くが収容されており、体が不自由であったり、知恵遅れで日常生活が困難な子供をもつ両親は、自分達の不幸な子供の世話をすることは道徳上の義務であると確信したが、多くの人が多額の費用や長い時間を費やしてまで収容者の面倒をみる必要性はないと考えさせられ、経済的側面に議論を集中させて道徳的な面をかえりみようとさせなかった。1936年精神病院の大人の収容者に対して安楽死がはじめられるが、1939年までは政治的なものではなかった。この安楽死に関しては、精神病患者に対しアメリカが行ったのが最初で、アメリカ精神科協会雑誌は、5歳までの知恵遅れの子供を殺すことを支持していた。1939年ポーランド進攻の2週間前、ヒトラーは「治療不可能な病人に温情的死を与える」という有名な命令を発する。彼に委託された諮問委員会は、内務省に登録された染色体異常児や奇形児の処置をするために秘密文書を公表、医師や助産婦に障害のある3歳までの子供について書き入れるアンケートをもって報告するように強要した。書き入れられたアンケートは、委員会の3人に送られて、専門家に委託され必要と認められたものに対して、安楽死が実行にうつされた。1941年精神施設に収容された子供や身体障害者に対してはじまり、1942年ドイツ精神病院の最後の収容者の処置が終わる。それまではユダヤ人は遺伝的にふさわしくないとしながらも特別に除外されていた。この間に教会はこの行為に対し異議を唱えるが、1943年からユダヤ人の子供に対して、その後すぐに大人のユダヤ人やジプシーにまでも安楽死が実行された。

敗戦により1945年遺伝的健康裁判所は廃止されるが、次世代遺伝疾患予防法は根拠ありとし存続した。

ドイツの場合に起こった悲劇は、全てナチズムに集約されるものでなく、むしろ全ての間に対して「官僚主義的」という言葉に集約されると指摘している。ドイツ第3帝国においては、個人がなくなり強固に組織化されてしまった社会であったといわれる。この法の目的は、おそらくダーウィン崇拝思想を利用した、肉体的・知性的下層階級の完全なる撲

滅と思われるが、政治または当時の思想に大きく影響され、本来その法がもっている目的とは違ったかたちで運用され、目的を問わなくなり、ただ方法としての技術の完璧さだけお追い求めるようになった。これが、後世からは不幸な結果としてみられ、科学者もまた犠牲者であると分析されている。この時期のドイツは、後世の良い反省材料になったものの一つとして考えられている。

北欧の優生学は発生学的にはドイツと同様にお互い影響を受けているが、北欧では自由意志によって不妊手術が行われたのに対し、ドイツでは特にナチの支配下で強制不妊手術があったことで、この点大きな違いがある。例えば、スウェーデンでは、1941年に不妊手術を許可する法律が通り、①優生学的理由：遺伝的精神疾患、愚行・その他の遺伝的な重症な病気や身体障害、②社会的理由：精神的錯乱・非社交的な生活など子どもの養育に法的道徳的責任を果たせない、③医学的理由：病気・身体的欠陥・身体的脆弱のため女性の健康的な生活に重大な危険をもたらす場合の理由によって不妊手術を認めてる。自由意志すなわち、個人の人権が存在した。

4. 論文が指摘している問題点

検索した論文が指摘している優生学的不妊に関しての問題点をあげると、

医学研究者は、優生不妊法が精神や道徳の不適正が人の遺伝によると証明したという間違っただけの仮説の基に適応されていることに問題がある。

裁判においては、全ての精神遅滞者が遺伝によって引き起こされているという仮定を理由に決定を出すことに問題がある。

多くの場合、新生児や子どもの障害は優生学的な理由よりも貧困や事故のために起こるとされ、社会の優生的偏見に対し、情報や手段を提供する責任があることを指摘している。

アメリカ合衆国においては、ここ10年強制的な不妊法は減少しているが、任意の不妊手術は劇的に増加している。これに強制が含まれていないかを分析する必要があり、特に、裁判に持ち込まれる例で、任意の承諾がしばしば不適切なものがることを示唆している。

優生学の影響はいつも最も貧しい人、特に社会において、とりわけ教育のない人や力のない人に大きく影響しており、こういう人々が犠牲になっている。

1976年の「倫理論争においてナチ類似行為を正しく引用するためのカンファレンス」では、ナチの経験から陥りやすいpit hall, 反省点、今後の方向を指摘している。ナチの圧力下では医師や科学者の良心の問題を問いただすのは難しい。自ら望まなくても圧力において加担した。これを「滑りやすい坂道」といって警告している。現代社会でもナチを想起させる危険なサインがあるかの議論は興味深く考えていかなければならない。

最終意思決定は本人の考えに任せるべきである。本人の同意に基づかない不妊手術は基本的人権の侵害である。

などを指摘している。

時代の中心人物、特に政府がこれらの法をどのように解釈するかによって大きく変わることは、歴史を見ると明白となった。すなわち、第2次世界対戦以前のいわゆる政府主導型の時代（帝国主義）とそれ以降の個人の人権主導型の時代では、自ずと法に対する解釈が異なる。政府主導型の時代、その本質は世界的に共通したものとして多くは経済的な問題であったと考えられる。アメリカがそうであったように、経済的・社会的混乱の時代には、優生学でいうところの不良な遺伝子をもつものの面倒をみる体制が整えにくい。したがって、否定的な優生学を利用してこれらの遺伝子を排除しようとする。そうすることで経済的な国あるいは州の負担を効率良く軽くしていくという考え方である。さらに、国家意識・民族保持の意識がこれに拍車をかける。しかし、同時期のロシアは異なる。生産年齢層の低下が国力の低下につながるとして、否定的な優生学は全く受け入れられず、肯定的な優生学が一時期日の目をみる。政府主導型の時代は、すでに終わった時代であると考えられる向きがあるが、経済的・社会的な混乱はまた何時起こるか分からず、その時代にまた人類が突入した時、冷静に過去を振り返り、客観的に優生学をみるのが可能であるかは不明と言わざるおえない。

個人の人権主導型の時代である現在、経済的・社会的混乱のない時代あるいは社会において、不妊手術関連法のうち強制的な不妊手術や強制的な人口妊娠中絶は否定される。これは至極当然の結果である。このような安定した社会においては、個人の人権を考える上で強制的な行為は否定される。社会や政府から強制される行為に対して、これを否定することで初めて個人の人権が確立されると考えるからである。しかし、この考え方が果たして正しいものであると言い切れるのか。

各国の不妊手術関連法に関してその成立が戦前のものであって、発生学的にはドイツと同様な発展をとげたと言われる北欧諸国では、自由な選択権を認めたこと、個人の人権を強調したことで、この関連法は世界的に非難されることなく存続している。日本においては、法の制定が戦後のものであったが、人口問題と密接な関係をはらんだ法であったにもかかわらず、その骨子が成立当時とほとんど変わることなく約半世紀も存続した。一部には法の改正を考える社会的機運があったものの、江戸幕府が外国からの圧力によって開国したように、世界的な批判を受けたことによって名称を変えた感はいない。

いずれにせよ、我が国も不妊関連法案から強制的部分が廃止されたことによって、個人の人権は守られたと考えるべきであろう。しかし今後残される問題は、では何処まで個人の人権を認めるかが大きな課題である。

イギリスが既にそうであるように、個人の人権を主張した場合には、個人の便利さのために不妊手術を利用する。このような場合どのように対処していかなければならないか。

個人単位あるいは夫婦単位で考えた場合、誰も精神的に劣っている救い難い奇形の子供を世に出したいと願う人はいない。国の人口問題のために、産児制限をかかげる国も存在するが、生殖技術の進歩した現在において、子供を持ちたいと願う不妊症夫婦の要望も存在する。我が国においては少産化傾向の改善という命題も存在する。

19世紀末に起こった優生学は、単に不良な遺伝子を子孫に伝えていくことを防止し、優秀な遺伝子を残すことで、人類の保存を目的として発展したものと純粋に考えるとき、遺伝子レベルでの治療や生殖技術が飛躍的に進歩した20世紀末の現在において、個人の自由を最大限に活用した場合に起こり得る現象を十分加味しなければ、今世紀前半に起こった不幸な出来事を、21世紀の前半にまた繰り返すことになる。

5. 文献が提言している今後の課題

遺伝相談も遺伝的検査も、優生学が隆盛であった時代でも、医学が応用遺伝学の主流を占める現代でも、専門家が中心を担ってきた。今後はどのようにして一般人に情報を与え、利用しやすくしていくか。新しい知識を有効に使うための意思決定をどのようにしていくかが課題である。

子どもを生むことを選択するという個人の権利を奪う疑わしい法律と概念を取り締まるのは、医学と法学の両専門家の責任である。

優生学を近年の遺伝学の進歩に照らして再評価する必要がある。すなわち、遺伝学は道の要素が多く、また、遺伝的欠陥があっても正常な生活をおくることは可能である。

優生手術を行うよりも、精神遅滞者への教育プログラムを作ることも必要である。

知的障害者へのカウンセラーが必要である。

完全な経口避妊法ができれば、不妊手術の需要は減少する。

あらゆる知識をもって決定する権利の第一が「自由」であるということであるとし、この自由の概念を三つに分類し、疑問を投げかけている。

1) 社会に依存する必要がある子どもを持った親の決断は無制限に自由であるのか？

同系繁殖のように遺伝子にとって有害であるとわかっているものをコントロールすべきか？

2) 研究者の研究の自由は？

長期にわたると有害であると考えられる冷凍精子の利用は許されるのか？

政府の法律は必要か？

科学者は自らを規制すべきか？

カウンセラーは、家族を説得する権利があるのか？

データを差し出すだけで良いのか？

3) 公的権威は遺伝子学分野への法的発令や取り締まり機関の介入を自由にできるのか？

しかし、また種の保存と個人の権利とをどのように考えていくかも、個人の人権のみでなく考えなければならない時期であろう。

6. 諸外国における最近の不妊手術に関する法律を収集し、我が国での問題点と比較検討する予定である。

優生保護法一部改定案が1996年6月14日衆議院、6月18日参議院本会議で可決され、「母体保護法」と名称が変わり、9月26日より施行された。今回の改定により、優生保護法の持っていた「優生思想」の部分とその「優生思想」が「障害者を差別している」部分を削除したことに対し、社団法人日本母性保護産婦人科医会（以下日母と略）は全面的に賛成し、改定案が成立するための運動を自民党をはじめ各政党、関連議員および関連団体に行ってきた。今回の改定案に日母が賛成したのは、優生保護法がこの他にも数多くの問題点を抱えているため、この問題点を改定するほうがむしろ本筋であるが、過去2回あった改定の機会が全て審議未了・廃案となり、48年間に亘り全く改定されず、世界の先進諸国の中で、最も遅れた生殖関連の法律となった優生保護法を、日母は少しでも新しい法律に変えたいとの考えであった。すなわち、自民党社会部会などで、今回の改定案が成立した後も継続的にこの問題点を審議してほしいと日母が要望したのもこの理由である。幸いにも、「リプロダクティブヘルス/ライツ（性と生殖に関する健康/権利）の観点から、女性の健康等に関わる施策に総合的な検討を加え、適切な措置を講ずること」との付帯決議が参議院で付いた。

本研究では、性と生殖に関する権利（以下女性の権利と略）、配偶者の同意の必要性、人工妊娠中絶適応条項、墮胎罪について検討した。

1. 女性の権利について

女性の生涯にわたる健康を保障するために、1994年カイロの世界人口会議で「行動計画」が、1995年北京の世界女性会議で「行動綱領」が採択された。これに賛成した我が国では、これらの施策を実現するための国内体制を整備する必要性が生じている。また、超党派の女性議員やNGOのメンバーは、人工妊娠中絶についての自己決定権を主張している。確かに妊娠・分娩・育児は、身体的・精神的・社会的に重大な負担を女性に課している。女性が生き方を自律的に選択し、人格を自由かつ十分に発展させ、自己の幸福を追求していくためには、自己の生殖をコントロールし、子どもを持つかどうか、持つとすれば、いつ、あるいは何人を産むのかについて、女性が自由に決定できることが必要である。そこで母体保護法でも女性の権利を認めるのか否か、女性の権利を認めた場合、妊娠22週未満であれば、手術を全て認めるのか、あるいは、妊娠週数に期限を設け、それ以前の場合にだけ認めるのか、などの問題が提案された。女性の権利を認めないとする意見はなかったもので、妊娠週数に期限を設けるか否かの検討を行った。

しかし、わが国は少産・少子の時代を迎え、2020年ごろには65歳以上の人口が全人口の約25%を占める時代がくると予想されており、無制限に女性の権利を認めては、若年層の人口減少に拍車をかけることになりはしないかと心配する意見もあった。また、仮に、人工妊娠中絶の適応条項を厳しくすると、胎児を保護し、人の生命の尊重につながり、更に若年層の人口増加の可能性が期待される反面、一方では、母体保護法指定医師以外によ

る「違法の人工妊娠中絶」や「墮胎」の増加をきたす可能性が危惧される。

また、「産む、産まない。」は、女性の基本的な人権あるいは女性のプライバシー権に属するものとの考え方もある。即ち、人工妊娠中絶に関する法的規制は、このような問題を比較して、調和を図りながら決定されるべき事項であろう。外国では、妊娠12週未満までの胎児は、母親のプライバシー権の範囲に属すると考え、「産む、産まない。」は、母親の自己決定権の範囲に入り、その期間を超えて成長した胎児は、すでに社会の財産となるため、適応条項以外は、中絶を認めないとする例が多い。我が国における分娩費の支給や死産届提出の義務が妊娠12週以降であり、更に人工妊娠中絶術の安全性の面からも、妊娠週数に期限を設ける場合には、妊娠12週未満とするのが妥当と考える。

2. 配偶者の同意について

現在の法律では、本人及び配偶者、あるいは届出をしていないが事実上婚姻関係と同様な事情にあるもの、の同意が必要とされている。今回は、「女性本人の同意だけで良い」、「父親の権利を考え、現行の解釈で良い」、「法律上の配偶者に限定し、この場合は本人及び配偶者の同意を必要とする（未婚の場合等は本人の同意だけで足りる）」の3通りの意見があった。

妊娠12週未満の人工妊娠中絶が、女性の意志で任意に実施することができるのであれば、人工妊娠中絶を行う際の同意は女性本人の同意だけでよいことになる。この場合、父親の子どもに対する権利を守る必要もあり、父親の同意が必要ないとなれば、父親の子どもに対する権利もないということになる。実際、1976年にミズリー州の判決は、「夫の同意を妊娠12週未満の人工妊娠中絶の要件とすることは許されない」とし、夫の同意を要件とする規定を違憲とした判例がある。即ち、妊娠初期の段階では、医師と母親との間で人工妊娠中絶が決定した場合に、いかなる特定の人（例えば夫）でも、手術を妨害できないとしている。しかし、その後この判決は1992年、連邦最高裁（キャセイ判決）で否定され、人工妊娠中絶を行うか手術を受けようとしていることを、夫に告げた旨の署名入りの書面を受け取らない限り、人工妊娠中絶を行ってはならないとされた。この判決後、人工妊娠中絶に際しては、夫の署名入り書類の提出義務を求めている州が増えている。妊娠12週以降の人工妊娠中絶は、妊娠の継続が母体の健康に著しい障害を及ぼすおそれがあると認められた場合など適応条項によるものであり、胎児の生命を保護する利益より母体の健康を保持することの利益が上回る場合であって、更に父親の子どもに対する権利を考慮し、現行通り配偶者の同意も必要であるとの結論に達した。人工妊娠中絶術に夫の同意および署名があることは、我々手術を実際に行う医療側にとって運用上利点であるが、一方では、夫が遠隔地にいる場合や父親が誰であるか相手が不明な場合、夫以外の男性の子どもを妊娠した場合など、運用上の問題点も少なくない。しかし、この考え方では、妊娠12週の前後で配偶者の同意が必要な場合と必要でない場合が生じてしまう矛盾がある。父親の子どもに対する権利は、当然妊娠した時点で発生する。即ち、法律上の婚姻関係にある場合は、人工妊娠中絶を行う妊娠週数にかかわらず、配偶者の同意は必要と思えるが、妊娠12週未満の中絶に女性の自己決定権を認めるとすれば、女性本人の同意だけでよい

ことになる。しかし、通常手術を行う場合に、医師は本人等に説明を行い、同意を得て、本人と本人以外の保証人の署名の入った所謂「手術承諾書」の提出を求めている。「手術承諾書」のような形式の書式であれば、法律上の配偶者がいれば配偶者の署名を、配偶者がいない時は保証人の署名で足りると考えた。すなわち、妊娠12週未満の中絶に法律上は女性本人の同意だけで足りるが、運用上は何らかの形で夫の署名入り書類の提出を求めることとした。なお、未成年者の場合には、親権者あるいは法定代理人の同意が必要である。人工妊娠中絶術以外に、不妊手術にも女性の権利を認めるのか、不妊手術に適応条項を付けるか否かの問題がある。不妊手術が避妊法の一つと考えれば、個人の避妊法を法律で規定するのは矛盾があるとの考え方もある。しかし、不妊手術は永久的な手術であり、その実施に際してはより慎重な判断が必要であるし、指定医師以外の医師でも施術できるので、ある程度の法的規制は必要と考えた。すなわち、適応条項を付して、条項を満たし、かつ、本人が希望した場合のみ認める、との考えである。

3. 人工妊娠中絶の適応条項について

1) 経済条項について

現行の人工妊娠中絶の適応条項で、しばしば問題となるのは経済条項である。「女性の権利を認めれば、経済的理由は必要ない」「女性の権利を認めても、経済的理由は必要で、他の語句、例えば社会的理由などに変更して残す」との意見があった。現在の我が国の経済状態からすれば、経済的理由は必要ないとする意見も当然あるが、本当に経済的理由が必要ないのか疑問である。何故ならば、分娩の費用だけではなく、教育費や住宅の問題など社会的な問題であろう。三人の子どもがいる夫婦が四人目を妊娠した時に、経済的に問題がないのか疑問である。女性の権利を認めるとしても医学的理由以外の適応条項として社会的理由などの語句にかえて残したほうが良いと考えた。

2) 胎児条項について

胎児条項については、1972年に「生長の家」などの宗教団体や自民党が「優生保護法の一部改定案」を提案し、この中で「胎児が重度の精神又は身体の障害の原因となる疾病又は欠陥を有している恐れが著しいと認められるもの」とした。しかし、この時は重度障害者の生存権を否定するものであるとの抗議と当時の胎児診断、例えば羊水検査などが十分に産婦人科医師に普及しておらず、また、これらの検査によって診断できる障害児の範囲が限られ、さらに、例え診断できたとしても治療はほとんど不可能な時代であったので、日母の前身である社団法人日本母性保護医協会もこの改定案に反対した経緯がある。しか

し、胎児医学の進歩は著しく、さらに胎児医療も進歩して、治療の可否は次第に明確になってきている。21世紀には胎児医療はさらに進歩することは明らかである。「産むか産まないか」を母親あるいは両親が適正に判断するために、医療側の説明は、より詳細になるであろうし、「産まないほうが良い」と判断し、人工妊娠中絶を希望した場合には、その診断名で手術を行うべきと考える。胎児条項を設けた場合、重症障害児の生存権を十分に尊重した上で、出生する子が、不治または致命的な場合に限って認めるとの意見が多い。さらに、人工妊娠中絶に胎児条項が必要と考えている理由は次の4点である。

(1) 現在、医療機関に診療を受ける患者は、医療側が知り得た医療情報を詳細かつ正確に説明を受けることを要求する。その説明により自分自身が受ける治療などを自分で考え、自分で選択を行っている。すなわち、インフォームド・コンセントの重要性が増している。胎児医療についても全く同じで、母親は胎児の正確な情報を医療側に要求する。胎児に異常があるのか否か、男か女か、発育状況はどうか、などである。もし、胎児に異常があるとすれば、治療可能であるか否か、産んだ場合にどのような障害が残るのか、などである。このような状況下で「産むか産まないか」を決定するのは、まず母親であり、次にその子の父親であり、家族ではないだろうか。障害者の人権を否定しているのではない。また、一方では、誰もハンディキャップのある胎児を妊娠している母に対し、「その子を産みなさい」と強制する権利もない。

(2) 諸外国の法律を見てみると、胎児条項をイギリスでは「子どもが産まれた場合に、その子が深刻なハンディキャップとなるような身体的又は精神的異常を被るであろう実質的な危険がある場合」やドイツでは「子が遺伝的素質もしくは出生前の有害な影響のためにその健康状態に除去しえない損傷を被り、その損傷が妊婦に妊娠の継続を要求し得ないほど重大であると信ずべき有力な根拠があるとき」と規定し、この場合には人工妊娠中絶を認めている。

我が国の母体保護法には胎児条項がなく、例えば、妊娠中に有害な薬物を服用し、重症な障害児を出生する可能性がある場合でもそれを理由にして人工妊娠中絶はできない。母体保護法に胎児条項のない主な理由は、胎児条項の設置が心身障害児の出生を防止し、障害者差別につながるとの考え方が強いためである。しかし、胎児条項による人工妊娠中絶は、母親の基本的な人権あるいは母親の幸福追求権の範疇に入るものであって、胎児の生命の重さより母親の幸福追求権をより優先して、保護するものと考えられる。すなわち、胎児条項は母親の人権にかかわる問題であり、出生後の重症障害児の問題は人の生命の保護の問題である。

(3) 1983年、東京地方裁判所は、妊婦の風疹感染により先天性風疹症候群の新生児が生まれたことに対し、医師が異常児出生の危険性について十分に説明をしなかった結果として、母親は「産むか産まないか」について適切な判断ができなかった。すなわち、医師の注意義務違反であって、その医師を有罪とする判決を下した。このケースでは、医師は十分に先天性風疹症候群出生について説明しており、このときは「産む」と決意した母親が、いざ異常児が出生すると、異常児出生の可能性について説明を受けていないとして訴訟を起こしたものである。つまり、胎児が重症障害児となって出生するおそれのある場合、必

要な検査を受け、その可能性が高い場合、医師は母親に十分に説明を行い、母親が産みた
くないとの結論に達した時は、人工妊娠中絶を行うべきとの考え方である。このような場
合、現行の母体保護法では母体の身体的または経済的理由で処理されている。身体的また
は経済的理由で処理しているのだから、今更新しく胎児条項を設ける必要はないとの考え
方もあるが、我が国では経済的理由による人工妊娠中絶が多いとの批判もある。適応条項
は経済的・社会的理由と医学的理由を明確に区分すべきであり、いつまでも胎児異常を経
済的理由に依存して手術を行うべきではないと考える。

(4) 胎児異常の診断については、妊娠12週以内に診断することは困難で、ほとんどの例
が妊娠12週以降に判明する。前述のように、妊娠12週以降の人工妊娠中絶に適応条項を
定めるとすれば、その意味でも胎児条項の設置は必要であろう。また、胎児診断につい
ては、人工妊娠中絶を施術する指定医師以外に複数の指定医師あるいは指定医師や医学以外
の分野の人々で構成する審査会などによる第三者の判定が必要と考える。

4. 墮胎罪について

墮胎罪は、刑法で規定されているものの、現在ほとんど機能していないので、あえて検
討する必要はないとの意見もあった。しかし、女性の権利を主張するNGOのメンバーなど
は墮胎罪の廃止を要求しているため、意見をまとめることとした。すなわち、刑法の墮胎
罪を廃止して、母体保護法第7章・罰則の項に、罰則規定を設けたほうが良いとする意見
が多い。また、母体保護法は「母体の健康上の理由」と「暴行脅迫による妊娠という倫理
上の理由」について、墮胎罪を解除して合法化したものであるから、もし母体保護法の罰
則の項に罰則規定を設けるとすれば、この項の法的解釈を明確にしなければならない。また、
現行法では、墮胎を行った者だけが罰せられるが、墮胎の囑託を行った者も罰せられるべ
きであろう。それでも、男性が女性に墮胎を強要した場合に、女性だけが罰せられて、男
性が罰せられない可能性もある。

(医師の認定による人工妊娠中絶)

第14条 都道府県の区域を単位として設立された社団法人たる医師会の指定する医師(以
下「指定医師」という。)は、次の各号の一に該当する者に対して、本人及び配偶者の同
意を得て、人工妊娠中絶を行うことができる。

- 一 妊娠の継続又は分娩が身体的又は経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれ
のあるもの
- 二 暴行若しくは脅迫によって又は抵抗若しくは拒絶することができない間に姦淫されて
妊娠したもの

2 前項の同意は、配偶者が知れないとき若しくはその意思を表示することができな
いとき又は妊娠後に配偶者がなくなったときには本人の同意だけで足りる。

(医師の認定による人工妊娠中絶)

第14条 都道府県の区域を単位として設立された社団法人たる医師会の指定する医師(以下「指定医師」という。)は、次の各号の一に該当する者に対して、本人の同意を得て、人工妊娠中絶を行うことができる。

- 一 妊娠12週未満であって、任意で人工妊娠中絶を希望したもの
- 二 妊娠12週以降であって、
 1. 妊娠の継続又は分娩が社会的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの
 2. 妊娠の継続又は分娩が精神的又は身体的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの
 3. 出生すべき子が、不治又は致命的と認められる高度の疾患にかかっている可能性が高いもの
- 三 暴行若しくは脅迫によって又は抵抗若しくは拒絶することができない間に姦淫されて妊娠したもの
 - 2 前項第2号の同意は、配偶者がいる場合は、配偶者の同意を得なければならない
 - 3 未成年者の場合、第1項の同意の他に、親権者若しくは法定代理人の同意を得なければならない
 - 4 第1項2号の3による場合は、施術する指定医師以外に複数の指定医師の診断を受けなければならない
 - 5 第1項第2号の同意は、配偶者が知れないとき若しくはその意思を表示することができないとき又は妊娠後に配偶者がなくなったときには本人の同意だけで足りる

[刑法]

(墮胎)

第212条 妊娠中の女子が薬物を用い、又はその他の方法により、墮胎したときは、1年以下の懲役に処する。

(同意墮胎及び同致死傷)

第213条 女子の囑託を受け、又はその承諾を得て、墮胎させた者は、2年以下の懲役に処する。よって女子を死傷させた者は、3月以上5年以下の懲役に処する。

(業務上墮胎及び同致死傷)

第214条 医師、助産婦、薬剤師又は医薬品販売業者が女子の囑託を受け、又はその承諾を得て墮胎させたときは、3月以上5年以下の懲役に処する。よって女子を死傷させたときは、6月以上7年以下の懲役に処する。

(不同意墮胎)

第215条 女子の囑託を受けないで又はその承諾を得ないで墮胎させた者は、6月以上7年以下の懲役に処する。

2 前項の罪の未遂は、罰する。

(不同意墮胎致死傷)

第216条 前条の罪を犯し、よって女子を死傷させた者は、傷害の罪と比較して、重い刑により処断する。

(第2条及び第14条の違反)

第35条 第2条及び第14条の規定に違反したものは、これを、 月以上 年以下の懲役に処する。そのために、人を死に至らしたときは、 月以上 年以下の懲役に処する。

2 第2条及び第14条の規定の違反を囑託した者は、これを 月以上 年以下の懲役に処する。

母体保護法・現行，変更条文対照現行

現 行	改 定 案
<p>(医師の認定による人工妊娠中絶)</p> <p>第14条 都道府県の区域を単位として設立された社団法人たる医師会の指定する医師(以下「指定医師」という。)は、次ぎの各号の一に該当する者に対して、本人及び配偶者の同意を得て、人工妊娠中絶を行うことができる。</p> <p>一 妊娠の継続又は分娩が身体的又は経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの</p> <p>二 暴行若しくは脅迫によって又は抵抗若しくは拒絶することができない間に姦淫されて妊娠したもの</p>	<p>(医師の認定による人工妊娠中絶)</p> <p>第14条 都道府県の区域を単位として設立された社団法人たる医師会の指定する医師(以下「指定医師」という。)は、次ぎの各号の一に該当する者に対して、<u>本人の同意を得て、人工妊娠中絶を行うことができる。</u></p> <p>一 <u>妊娠12週未満であって、任意で妊娠人工中絶を希望したもの</u></p> <p>二 妊娠12週以降であって、</p> <p>1. <u>妊娠の継続又は分娩が社会的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの</u></p> <p>2. <u>妊娠の継続または分娩が精神的又は身体的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの</u></p> <p>3. <u>出産すべき子が、不治又は致命的と認められる高度の疾患にかかっている可能性が高いもの</u></p> <p>三 暴行若しくは脅迫によって又は抵抗若しくは拒絶することができない間に姦淫されて妊娠したもの</p>

前項の続き

現 行	改 定 案
<p>2 前項の同意は、配偶者が知れないとき若しくはその意志を表示することができないとき又は妊娠後に配偶者がなくなったときには本人の同意だけで足る。</p>	<p>2 <u>前項第2号の同意は、配偶者がいる場合は、配偶者の同意を得なければならない。</u></p> <p>3 <u>未成年者の場合、第1項の同意の他に、親権者若しくは法定代理人の同意を得なければならない。</u></p> <p>4 第1項2号の3による場合は、施術する指定医師以外に複数の指定医師の診断を受けなければならない。</p> <p>5 第1項2号の同意は、配偶者が知れないとき若しくはその意志を表示することができないとき又は妊娠後に配偶者がなくなったときには本人の同意だけで足る。</p>
〔刑法〕	〔母体保護法〕
<p>(墮胎)</p> <p>第212条 [自己墮胎] 懐胎ノ婦女薬物ヲ用ヒ又ハ其他ノ方法ヲ以テ墮胎シタルトキハ1年以下ノ懲役ニ処ス。</p> <p>第213条 [同意墮胎・その致死傷] 婦女ノ囑託ヲ受ケ又ハ其承諾ヲ得テ墮胎セシメタル者ハ2年以下ノ懲役ニ処ス婦女ヲ死傷ニ至シタル者ハ3月以上5年以下ノ懲役ニ処ス。</p> <p>第214条 [業務上墮胎・その致死傷] 医師、産婆、薬剤師又ハ薬師商婦女ノ囑託ヲ受ケ又ハ其承諾ヲ得テ墮胎セシメタルトキハ3月以上5年以下ノ懲役ニ処ス因テ婦女ヲ致死ニ至シタルトキハ6月以上7年以下ノ懲役ニ処ス。</p> <p>第215条 [不同意墮胎・その未遂] 婦女ノ囑託ヲ受ケス又ハ其承諾ヲ得スシテ墮胎セシタル者ハ6月以上7年以下ノ懲役ニ処ス。</p> <p>第216前条 [不同意墮胎致死傷] 前条ノ罪ヲ犯シ因テ婦女ヲ死傷ニ至シタル者ハ傷害ノ罪ニ比較シ重キニ從テ処断ス。</p>	<p>(第2条及び第14条の違反)</p> <p>第35条 <u>第2条及び第14条の規定に違反したるものは、これを 月以上 年以下の懲役に処する。</u></p> <p>2 <u>第2条及び第14条の規定に囑託したるものは、これを 月以上 年以下の懲役に処する。</u></p>

多胎妊娠と減数手術

(はじめに)

生殖補助医療技術の進歩により、これまで妊娠することが不可能であった不妊夫婦に多大の恩恵をもたらしているが、その反面多胎妊娠が増加し、多胎妊娠に対し減数手術が少なからず実施されており、生殖医療を巡る社会的問題となっている。我が国では、減数手術に関する法規制や基準がなく、更に減数手術の母児への影響・安全性・副作用などの検討や報告がほとんどない状況下で、減数手術だけが密に行われている。不妊治療後の多胎妊娠であり、不妊夫婦にとっては、どんなかたちでも中絶することは苦しみであろう。しかし、多くの夫婦は多数の子を同時に出産することに伴う経済的・精神的な問題に対処できず、選択的減数手術を求めている、すなわち、胎児の数を減ずることで、周産期上の利点が期待できるために、中絶を選択することを望むほど罪を感じていないことであり、これが多胎妊娠を減数する背景であろう。医原的な多胎妊娠の結果としての減数手術であるが、多胎妊娠の母児の安全性を考慮すれば、野放しで放置しておくわけにもいかず、減数手術の是非を含めて検討されることを望むものである。我々医療側としては、あくまでも多胎妊娠の発生を防止することに全力をあげるべきであるが、やむを得ず手術を実施しなければならぬ状況が発生した場合のみ手術できるような厳しい規制が必要であり、減数手術を行えば足りるとして、医原的に多胎妊娠を発生させるような不妊治療は厳しく規制されるべきである。そこで減数手術に関する規制について、請外国の法律を参考として、我が国での規制はどうあるべきかを検討したので報告する。

1. 多胎妊娠の発生頻度

近年、我が国においては不妊症治療のために排卵誘発剤の使用や体外受精の普及に伴い、多胎妊娠が増加している。寺尾らによると、双胎出生率は、1951年には出生千人当たり5.4であったが、1987年以降急上昇し、1993年には7.8に達している。品胎の出生率は、1951年には出生百万人当たり58.1であったが、1981年に急上昇し1993年には231.9まで上昇した。また、四胎では1951年から1968年までは出生百万人当たり0～0.5に推移したが、1992年には19.7に達している。排卵誘発剤のhMG製剤が1975年に保険薬価収載され、多用された1980年頃より多胎妊娠の出生率も増加しはじめていること、体外受精が普及した1985年以降に更に急増していることをみても、排卵誘発剤の使用と体外受精の普及とが多胎妊娠の発生頻度の増加に相関していることは明らかである。(図1)

20～30年前の双胎の発生率は90例に1例、品胎のそれは約8000例に1例といわれ、さらに、

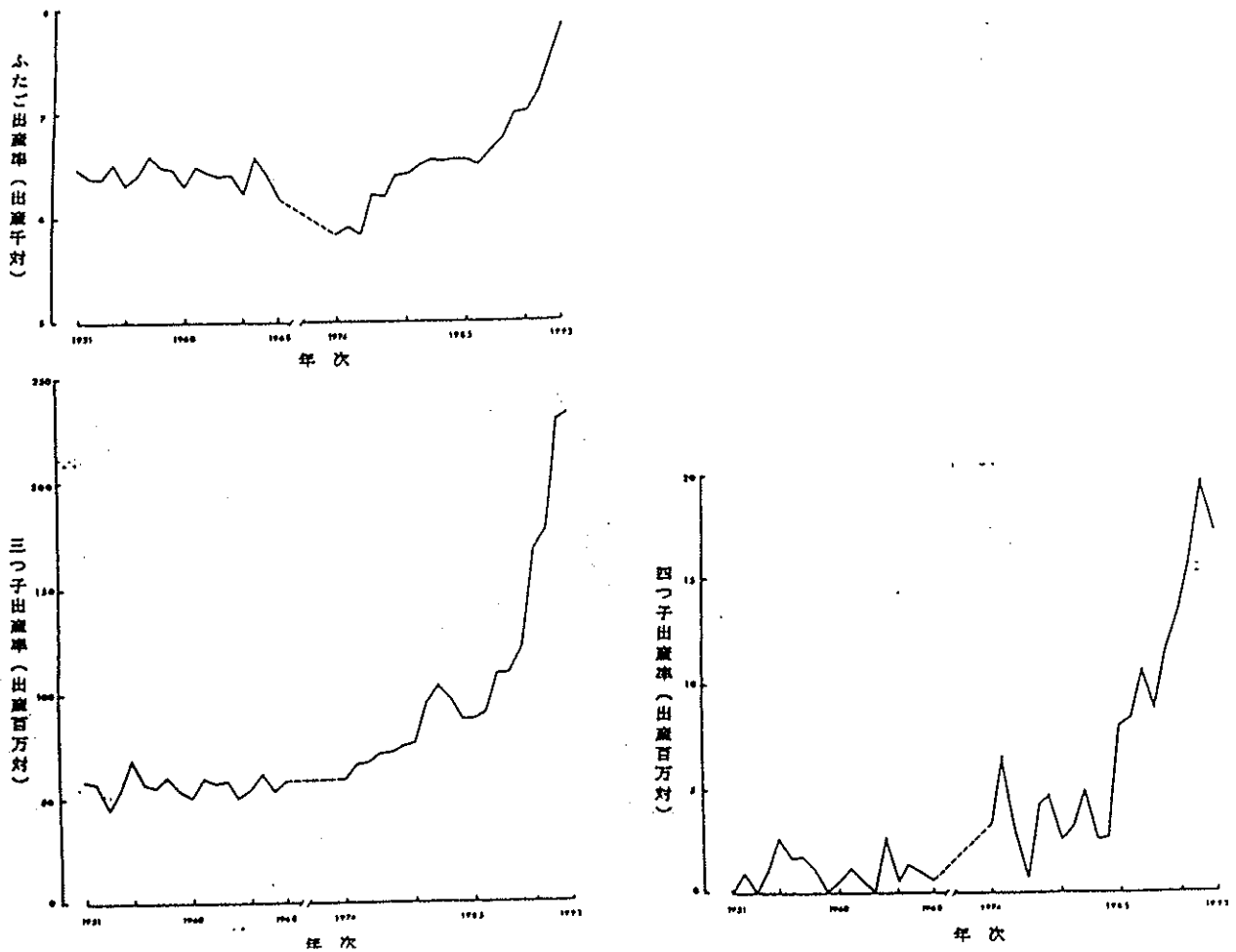


図1 多胎妊娠出産率の年次推移 寺尾ら(1995)

2. 多胎妊娠の母児への影響

日本産科婦人科学会（以下日産婦と略）の周産期委員会の調べでは、妊娠22週以降の周産期死亡率（対出生千）は、品胎75.4，四胎102.9，五胎125.0で、胎児数が多くなるほど周産期死亡率は上昇し、また、児の後障害の発生率も品胎3.6%，四胎10.2%，五胎は30.8%を示している。

多胎妊娠における母体の合併症発生頻度は、Benshushamら（1993）によると、妊娠貧血（20～35%），分娩後弛緩出血（13～35%），妊娠中毒症（20～46%），早期破水（15～20%）であり、日産婦学会・周産期管理登録委員会の報告（1990～92）によると、何らかの妊娠合併症の発生率は、双胎78.1%，品胎84.3%，四胎95.0%，五胎100%であり、妊娠中毒症は、双胎23.1%，品胎25.3%，四胎25.0%，五胎0である。すなわち、多胎妊娠に対して実施する減数手術は、母体の合併症発生についてその恐れがある状況で実施されており、むしろ胎児の生存率、児の後障害の発生防止を考慮して施術されているものと考ええる。

3. 減数手術の術式

1) 鉗子法

胎盤鉗子が通過可能になるまで頸管を拡張し、胎盤鉗子により頸管に一番近い胎嚢を摘出する方法である。流産率が高いため現在では行われていない。

2) 吸引法

(1) 頸管的胎芽吸引法

妊娠週数の比較的早い時期（7～14週）に、直径8mmの吸引チューブが通過可能になるまで頸管を拡張し、経腹的超音波ガイド下で、頸管に最も近い胎嚢を吸引する方法である。流産率が高い。

(2) 経腔的胎芽吸引法

経腔超音波プローブに穿刺針を装着し、採卵を行う要領で初期胎芽だけを吸引する。長さ30cm、外径1.6mmの穿刺針を腔円蓋部より穿刺し、子宮壁を通して最も到達しやすい胎嚢を穿刺し、20mlのシリンジで吸引する方法である。

3) 注入法

塩化カリウム（KCL）（1～2ml）、空気、生理食塩水、2%キシロカイン、demerrol（メペリジン、オピスタン）などを注入する方法である。

(1) 経腔的KCL注入法

経腔的胎芽吸引法と同じ方法で胎嚢に穿刺針を達し、塩化カリウムを注入する方法である。

(2) 経腹的KCL注入法

通常17～22ゲージ針を使用し、経腹超音波ガイド下に胎児胸腔もしくは胎児心嚢内に塩化カリウムを注入する方法である。まず17ゲージ針を子宮筋を経て刺入し、内筒の22ゲージ針を胎児胸腔内に誘導する。

吸引法と注入法を比較している文献はあまり多くないが、Bollenら（1993）は、品胎72例に対し経頸管的胎芽吸引法で14例を双胎に、経腔的KCL注入法で19例を双胎に減数した結果、経頸管的胎芽吸引法では流産3例、残った1児死亡4例（50%）であったのに比べ、経腔的KCL注入法では流産0例、残った1児死亡2例（10.5%）であった。また、

自然経過をみたもの39例では、自然減数が7例（18%）みられたと報告している。Dommerguesら（1991）は経頸管的胎芽吸引法23例中10例（43%）が、経腔的KC1注入法により35例中8例（23%）が流産したと報告し、現在では術後の流産率が少ないことから、経腹的あるいは経腔的KC1注入法が一般に実施されている。

4. 減数手術の手術成績

多胎妊娠に対する減数手術は、以下に示すように、妊娠継続期間を延長し、胎児生存率を高めている。

1) 妊娠継続期間の延長（Berkowitz1993）

品胎以上の200例に減数手術を実施。双胎に減じた181例の平均分娩週数は35.7週であり、自然の双胎の平均分娩週数と差異がない。流産は19例（9.5%）と早産3例および子宮内胎児死亡4例が不成功であった。

2) 胎児の生存率（Benshushamら1993）

報告のあった各国の文献をまとめると、品胎から双胎に減じた94例の生存率は91.6%、四胎から双胎に減じた108例の生存率92.6%、五胎から双胎に減じた40例の生存率72.5%、七胎以上から双胎に減じた93例の生存率37.1%が生存している。さらに、五胎以上を品胎に減数した場合の生存率は72.5%で、五胎以上を双胎とした場合の生存率85.7%であり、この間にはあまり差異はない。したがって、減数手術を実施した夫婦の不妊歴を考えた場合、品胎妊娠を減数することには反対している。

5. 減数手術の副作用

塩化カリウム溶液の注入による母児への影響について、諸外国の文献では残存胎児の死亡あるいは流産以外に母体への影響について記載されているものはない。播種性血管内凝固症候群の発生についても記載はなかった。しかし、術後の胎児の消滅が25%前後あり、これが自然減数なのか塩化カリウムの影響によるものかは確かではない。また、減数手術を行う妊娠週数と胎児死亡との間には密接な関係がある。すなわち、第1三半期に施術した場合は2～3週後に約3%の胎児死亡が起こり、妊娠16週未満の胎児死亡は合計で5%にすぎないが、第2三半期に施術した場合は、17週で実施の15%、20週で20%の胎児死亡がある。したがって、減数手術は早期に診断し施行することが重要であり、第1三半期に施術した方がよい。手術を受けて出生した児の精神的・肉体的発達については、生後2.5～38ヵ月調査を行ったが、特に健常児と差はなかったとしている（Brandes JM1993）。

5. 考 案

1) 母体保護法の人工妊娠中絶手術の定義

母体保護法第2条2には「胎児が母体外において、生命を保続することのできない時期に、人工的に、胎児及びその付属物を母体外に排出することをいう。」と記載されている。「母体外に排出すること」が問題であって、減数手術のうち鉗子法や吸引法は母体外に排出しているのでこの定義に該当するが、現在最も行われている注入法は、この定義にあてはまるとは言い難い。このことに関し、数人の法律家の人たちが優生保護法制定時には、誰も想定できなかった手術方法であり、法を拡大解釈することが可能であるとの意見を述べているが、日母は法的に施術可能と解釈がない限り、日母会員にゴーサインをだせなかった。何故なら、母体保護法は墮胎罪を解除するために合法化された法律であり、刑法に墮胎罪が存在する限り、会員にイエスとは言えない。そこでいちばん良いのは、第2条2の定義の変更であろう。「胎児及びその付属物を母体外に排出するか、あるいは母体内において胎児を消滅若しくは死亡させた場合をいう。」と改定すればと考えている。

2) 減数手術の適応

減数手術を行う場合の適応については、諸外国の法律をみると、特にそれに関して記載されていない。人工妊娠中絶の適応で実施しているものとする。母体保護法の問題点の一つとしてあげられる適応条項について、次の通りに改定してはと考える。

(医師の認定による人工妊娠中絶)

第14条 都道府県の区域を単位として設立された社団法人たる医師会の指定する医師(以下「指定医師」という。)は、次の各号の一に該当する者に対して、本人の同意を得て、人工妊娠中絶を行うことができる。

1. 妊娠12週未満であって、任意で人工妊娠中絶を希望したもの
2. 妊娠12週以降であって、
 - (1) 妊娠の継続又は分娩が社会的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの
 - (2) 妊娠の継続又は分娩が精神的又は身体的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの
 - (3) 出生すべき子が、不治又は致命的と認められる高度の疾患にかかっている可能性が高いもの

すなわち、もし減数手術を人工妊娠中絶の適応にしたがって手術を実施するとすれば、妊娠12週未満の場合は、女性の権利を認めて、何胎に減ずるかは母親の判断による。妊娠12週以降の場合は、単なる社会的理由か、精神的又は身体的理由により母体の健康を著しく害するおそれのある場合で、多胎児を出生する精神的な不安や妊娠中毒症、妊娠貧血などの場合が考えられる。多胎妊娠の1児に重篤な疾患がみつき、その時代の治療水準では不治又は致命的と思われる場合、胎児条項の適応となろう。この場合、双胎の1児

であっても適応と考える。

また、何胎以上の多胎妊娠に減数手術を適応とするかが問題である。周産期学的にみれば、種々なトラブルが発生する品胎以上とするのが妥当な線であるが、不妊治療後の妊娠であり、我が国の現在の治療水準からみて、三つ子の生育は不可能ではなく、今後の母体管理と新生児治療の進歩を考えれば四胎以上とする意見も少なくない。ただし、この場合は現在以上のNICUの整備が必要である。残される胎児の数は、あまりはっきりと規定せず母親の判断に委ねる方がよいとする意見が強いが、単胎とした場合、自然消滅、子宮内胎児死亡、流早産が起こる可能性があり、不妊治療後の妊娠であることから少なくとも双胎とすべきであろう。

この方法は医師が胎児を選択する手術であり、社会的なコンセンサスを得られるかどうかは疑問であるが、術後の自然消滅、子宮内胎児死亡、流早産などを考えれば、医師が手術を実施しやすい（残される胎児に侵襲の少ない）胎嚢を選択すべきであろう。多胎胎児の生命権の問題もあるが、ここでは省略する。

排卵誘発剤の使用、多数の胚を移植した結果としての減数手術であるから金銭面での患者負担が増加していることも事実であり、生殖関連医療の保険適応も考慮しなければならない。しかし、医療側は減数手術があるからといって、多胎妊娠の発生防止の検討を忘れてはならない。そのためには、

- (1) 最小限の排卵誘発剤の使用または新しい排卵誘発法の開発
 - (2) 最小限の胚移植数で妊娠成立の技術を向上
 - (3) 良質な受精卵を選択する技術の開発、効率よく着床させる技術の開発
- など今後検討していく課題がある。

本研究班においては、「平成7年度厚生科学研究費補助金」により、「諸外国における生殖技術および関連する法規制とその運用に関する研究」を行い、生殖医療技術をめぐる諸外国の法規制を調査したが、減数手術に関する特別の法律はなく、これに関しては人工妊娠中絶法などを使用して運用しているものと思われる。

1990年にだされた「FIGO見解」においても、

- (1) 本法は中絶ではない。
 - (2) 重篤な胎児奇型（胎児条項）の中絶が認められている所なら、多胎の中の奇型児に適応されよう。
 - (3) 非常に胎児数の多い多胎妊娠の予後は母児ともに悪いことを考えると、この方法を用いたとしても、何もしないことに比べれば、否定されることは少なからう。
- としている。

確かに、減数手術は中絶とは異なる。FIGOの言う「胎児条項」も母体保護にはない。法の拡大解釈や緊急非難を適応してはとの意見もあるが、あくまでも個人の意見であるし、予防的に実施している現状では緊急非難行為とは言い難い。しかし、減数手術を広義に解釈すれば、妊娠の中絶を施行するのは、母体保護法指定医師であろうから、母体保護法の中で法制化するのが自然と考える。

特に法規制についての本研究班から国へのお願いであるが、

- (1) 中絶手術の定義の改定
- (2) 我が国における減数手術の母体及び胎児への影響と手術の安全性に関する調査
- (3) 減数手術の適応
 - ① 母体保護法の中絶の適応でよいか、胎児条項を適応条項に入れるか。
 - ② 減数手術は何胎以上の多胎妊娠とするか。
 - ③ 減数手術を実施した場合、何胎を残すか。
- (4) 手術時の胎児選択に関し、医師が選択することに対する社会的コンセンサスはいかがか。
などの研究・調査の実施をして欲しい。

以上が本研究班としての減数手術に関する考え方であるが、日本産科婦人科学会が、3個以上の胚を移植することを禁止したため、体外受精による多胎妊娠はある程度抑制できると考える。しかし、問題は排卵誘発剤の使用で、特にゴナドトロピン製剤の周期当たりの使用量に固体差があり、一定の使用基準を定められないため、今後も多胎妊娠の発生を完全に防止することは困難であろう。減数手術に関して諸外国では、妊娠継続期間の延長、出生児死亡率の低下、母体合併症の低下などが認められており、我が国においても多胎妊娠発生防止の研究とともに、法律でしっかりした基準ができることを望むものである。

今後も、必要であれば、本研究班も引き続き本手術に関する基準作りに対し協力することに吝かではない。

【文献一覧】

- 1) Philip-U; Genetics, and eugenics in post-war Germany; Eugen-Rev. 1964; 56 (2) :91-2
- 2) Hauge-M; What has happened to eugenics?; Eugen-Rev. 1965; 56 (4) :203-5
- 3) Bass-MS; Attitudes of parents of retarded children toward voluntary sterilization; Eugen-Q. 1967; 14 (1) :45-53
- 4) Briscoe-OV; Ilbery-PL; Wood-O; The legality of eugenic sterilization in Australia; Med-J-Aust. 1967; 2 (5) :185-9
- 5) Goldschmidt-E; Experiences from 5 years of genetic counseling in eye diseases; Acta-Ophthalmol-Copenh. 1968; 46 (3) :463-8
- 6) Binney-C; Eugenic aspects of the English criminal law; Eugen-Rev. 1968 60 (2) :118-28
- 7) Matsunaga-E; Birth control policy in Japan: a review from eugenic standpoint; Jinrui-Idengaku-zasshi . 1968 13 (3) :189-200
- 8) Parker-WC; Some ethical and legal aspects of genetic counseling; Birth-defects. 1970; 6 (1) :52-7
- 9) Elstein-M; Sterilization and family planning; Practitioner. 1970; 205 (225) :30-7
- 10) Parker-WC; Some legal aspects of genetic counseling; Prog-Med-Genet . 1970; 7:217-31
- 11) Barson-M; A survey of the role of the general practitioner in family planning; Med-J-Aust. 1972; 1 (21) :1069-71
- 12) Hirschhorn-K; Practical and ethical problems in human genetics; Birth-Defects. 1972; 8 (4) :17-30
- 13) Rollins-RL Jr; Wolfe-A; Eugenic sterilization in North Carolina; N-C-Med-J. 1973; 34 (12) :944-7
- 14) Hulka-JF; Editorial Eugenic sterilization in North Carolina; N-C-Med-J. 1973; 34 (12) :950
- 15) Veatch-RM; Sterilization: its socio-cultural and ethical determinants. pp. 138-50; In: Schima ME, et al., ed. Advances in voluntary sterilization. Amsterdam, Excerpta Medica, 1974. W3 EX89 no.284 1973
- 16) Gibson-D; Involuntary sterilization of the mentally retarded: a western Canadian phenomenon; Can-Phychiatr-Assoc-J. 1974; 19(1):59-63
- 17) Sterilization of minors; Br-Med-J. 1975; 3(5986):775-7
- 18) Biomedical ethics and the shadow of Nazism. A conference on the proper use of the Nazi analogy in ethical debate/April 8, 1976; Hastings-Cent-Rep. 1976; 6(4) : Suppl 1-20
- 19) Robinson-FC; Robinson-SW; Williams LJ; Eugenic sterilization: medico-legal and sociological aspects; J-Natl-Med-Assoc. 1979; 71(6) :593-8
- 20) Roll-Hansen-N; Eugenics before World War II: The case of Norway; Pubbl-Stn-Zool-Napoli-II. 1980; 2(2):269-98
- 21) Lauter-H; Meyer-JE; Mercy killing without consent. Historical comments on a controversial issue; Acta-Psychiatr-Scand. 1982 ;65(2):134-41
- 22) Reilly-P; The Surgical Solution: the writings of activist physicians in the early days of eugenical sterilization; Perspect-Biol-Med. 1983; 26(4):637-56
- 23) Stevenson-RE; Reproductive Fitness; Semin Perinatol. 1985; 9(3):263-72

- 24)Hubbard-R;Eugenics and prenatal testing;Int-J-Health-Serv.1986;16(2):227-42
- 25)Pfafflin-F;The connections between eugenics,sterilization and mass murder in Germany from 1933 to 1945;Med-Law.1986;5(1):1-10
- 26)Hubbard-R;Eugenics:new tools,old ideas;Women-Health.1987;13(1-2):225-35
- 27)Philip R.Reilly;Involuntary Sterilization In the United States:A Surgical Solution;The Quarterly Review of Biology.1987;62(2):153-170
- 28)Seidelman-WE;Mengele medicus:medicine's Nazi heritage;Milbank-Q.1988;66(2): 221-39
- 29)Weingart-P;Politics of heredity-Germany 1900-1940,a brief overview;Genome. 1989;31(2):896-7
- 30)Roll-Hansen-N;Eugenic sterilization:a preliminary comparison of the Scandinavian experience to that of Germany;Genome. 1989;31(2):890-5
- 31)Hollander-R;Euthanasia and mental retardation:suggesting the unthinkable; Ment-Retard.1989;27(2):53-61
- 32)Larson-EJ;Belated progress:the enactment of eugenic legislation in Georgia;J-Hist-Med-Allied-Sci.1991;46(1):44-64
- 33)Hatchett-R;Brave new worlds:perspectives on the American experience of eugenics;Pharos.1991;54(4):13-8
- 34)Radford-JP;Sterilization versus segregation:control of the 'feebleminded', 1900-1938;Soc-Sci-Med.1991;33(4):449-58
- 35)Garver-KL;Eugenics:past,prsent,and the future[see comments];Am-J-Hum-Genet. 1991;49(5):1109-18
- 36)Smith-JD and Polloway-EA;Institutionalization,Involuntary Sterilization,and Mental Retardation:Profiles From the History of the Practice;Ment-Retard. 1993;31(4):208-14
- 37)Applebaum-GM;la-Puma-J;Sterilization and a mentally handicapped minor: providing consent for one who cannot;Camb-Q-Healthc-Ethics.1994;3(2):209-15
- 38)Wilson-GN;Atypical inheritance:new horizons for neurology;Neurol-Clin.1994; 12(4):663-81
- 39)Smith-JD;The Bell Curve and Carrie Buck ;eugenics revisited ;Ment-Retard. 1995;33(1):60-1
- 40)Vance-RP;Eugenic sterilization and the Bell curve;N-C-Med-J,1995;56(2):109
- 41)Gardella-JE;Eugenic Sterilization in America and North Carolina;N-C-Med-J, 1995;56(2):106-10
- 42)Carter-CO and Roberts-JA and Evans-KA and Buck-AR;Genetic clinic.A follow-up;Lancet.1971;1(693):281-5
- 43)Krauss-D;[Legal possibilities of pregnancy interruption for eugenic or fetal indications];Munch-Med-Wochenschr.1971;113(45):1505-12
- 44)D'Andrea-R;[Eugenic legislation in the world];Minerva-Med,1972;63(85):4644- 55
- 45)Sharpe-G;Consent and sterilization;Can-Med-Assoc-J.1978;118(5):591-3
- 46)Harper-PS;Huntington disease and the abuse of genetics[see comments];Am-J- Hum-Genet.1992;50(3):460-4
- 47)Doherty-P;Eugenics in China[letter];Lancet.1995;346(8973):509

- 48) 岩志和一郎；人工生殖の比較法的研究；「ドイツ」比較法研究53号
- 49) 大島一泰；Artes Liberales ;41号、150, 1985
- 50) 大島一泰；Artes Liberales ;41号、159, 1985
- 51) 市野川容考、武蔵香織、米本昌平 他；Studies, 生命・人間・社会；No.2,61,1994
- 52) ドイツ民法典；I.S.2014,1989
- 53) アルビン・エーザー；「ドイツ法から見た人間遺伝学」；ジュリスト、No.840,1985
- 54) 岩志和一郎；「体外受精の許容条件とその限界」；法律時報、59,12,32,1987
- 55) 齊藤純子；「胚保護法」；外国の立法、30,3,99,1991
- 56) 齊藤純子；「海外法律事情／西ドイツ・養子斡旋及び代理母斡旋禁止に関する法律」；ジュリスト、No.956,1990
- 57) 石井美智子；人工生殖の比較法的研究53号,21～28
- 58) Famili Law Amendment Act 1983.No.72,1983
- 59) Famili Law Amendment Act 1987.No.181,1987
- 60) New South W'ales Reform Commission.Human Artificioal Insemination(LRC49,1986)
- 61) New South W'ales Reform Commission.In Vitro Fertilization(LRC58,1988)Surrogate Motherhood(LRC60,1988)
- 62) Surrogate Parenthood Act,No.65,1988
- 63) 石井美智子；人工生殖の法律学、有斐閣
- 64) 米本昌平；先端医療革命、中央公論社
- 65) Infertility(Medical Procedures)Act 1984,No.10163,1984
- 66) Infertility(Medical Procedures)(Amendment)Act 1987,No.86,1987
- 67) Status of CHildren(Amendment)Act 1984,No.10069,1984
- 68) 松川正毅；フランスに於ける人工生殖と法（一）；民商1991,170～185
- 69) 松川正毅；フランスに於ける人工生殖と法（二）；民商1991,312～343
- 70) 松川正毅；フランスに於ける人工生殖と精子の取扱い基準について；ジュリスト 973,107～109,1991
- 71) 高橋朋子；フランスにおける医学的に援助された生殖をめぐる動向；東海法学、第7号,190～252,1991
- 72) 市野川容考、武蔵香織、米本昌平 他；Studies, 生命・人間・社会；No.2,61,1994
- 73) 家族計画便覧；日本家族計画協会
- 74) “悲しみを裁けますか” 日本家族計画連盟編；人間と科学社
- 75) 我妻 堯；人工妊娠中絶をめぐる運動とその背景；産と婦、58:49,1991
- 76) S.K.Henshaw；Induced Abortion；A World Review ,1990,Family Planning Perspectives,22:76,1990
- 77) 斎藤憲司；胎児の生命の範囲（イギリス）；ジュリスト、No.959,1970
- 78) 石井美智子；英国 [1967年墮胎法] の成立過程；都立大学法学会雑誌,21,2,1981
- 79) 中谷瑾子；妊娠中絶に対する法的規制の在り方；ジュリスト、No.678,1978
- 80) 星野一正、齊藤隆雄 編；胎児の生命と尊厳；蒼穹社、1991
- 81) 吉田敏雄；西ドイツ刑法典218条の改正；ジュリスト、No.573,1974
- 82) 齊藤純子；妊娠中絶法の統一問題；ジュリスト、No.1009,1992
- 83) 上田健二；ドイツ連邦憲法裁判所新妊娠中絶刑法憲判決の理論的分析；ジュリスト、

No.1034,1993

- 84) カール・フリードリッヒ・レンツ；ドイツ連邦憲法裁判所の第2次妊娠中絶判決について；ジュリスト、No.1034,1993
- 85) 中谷瑾子；諸外国における生殖医療と法的規制；産婦人科の世界；46：353～364,1994
- 86) 金城清子；生殖革命と人権～産むことに自由はあるか～；中央公書
- 87) 新村 拓；出産と生殖観光の歴史；法政大学出版局