

日本における優生政策の成立と実施

安田理人

1 はじめに

1.1 問題関心

本論文の目的は、日本における優生政策の成立とその実施過程を明らかにすることである。この目的を達成するために、次の2つの課題を設定した。第1の課題は、なぜ国民優生法は当初予想されていたよりも優生断種手術実施数が低く抑えられたのかを検討することである。第2の課題は、なぜ優生保護法は、1948年の成立から1996年の廃止に至るまで、半世紀近くその命脈を保ってしまっただのかを検討することである。

上記の課題を考察する上で、制度の持続性について着目した歴史的制度論を分析枠組みとして設定し、一次史料¹の分析を行ってゆく。

1.2 国民優生法と優生保護法に関する先行研究

国民優生法については、歴史学、科学史などを中心として、数多くの研究が蓄積されてきた²。第1の課題についての先行研究であるが、松原洋子が挙げられる。松原によると、旧厚生省と基礎医学者たちによる精神科医療の臨床への介入は、精神科医療の臨床医たちの抵抗を誘発し、そのため当初予定されていたよりも優生手術が実施されなかったばかりか、強制断種(第6条手術)が事実上凍結されたとしている³。

西川薫によると、①日本はドイツと違い精神科医が断種に協力することがほぼなかったため、②「私宅監置および不法私宅監置は、精神障害者を家族や共同体の責任で監護させる政策として機能し」、「優生手術の対象となる精神障害者の把握を困難」にしたためであると主張した⁴。

以上、歴史研究などにおいて、国民優生法の優生手術が当初予定されていたほど実施されなかつ

¹ 引用史料であるが、旧字体は人名を除いて新字体に改めた。また、現在においては倫理的に問題のある表現であっても、歴史的な脈を踏まえてそのまま引用した。

² 廣嶋清志, 1981, 「現代日本人口政策史小論2——国民優生法における人口の質政策と量政策」『人口問題研究』160: 61-77。; 鈴木善次, 1983, 『日本の優生学——その思想の運動の軌跡』三共出版。; 野間伸次, 1988, 「「健全」なる大日本帝国——国民優生法制定をめぐる」『ヒストリア』120: 43-65。; 藤野豊, 1993, 『日本ファシズムと医療——ハンセン病をめぐる実証研究』岩波書店。; 藤野豊, 1998, 『日本ファシズムと優生思想』かもがわ出版。; 平田勝政, 2004, 「日本における優生学の障害者教育・福祉への影響——知的障害を中心に」中村満紀男編著『優生学と障害者』明石書店, 629-54。; 横山尊, 2010, 「国民優生法成立の再検討——法案論議と科学啓蒙のあいだ」『社会思想史研究』34: 161-79。

³ 松原洋子, 1998a, 「戦時下の断種法論争——精神科医の国民優生法批判」『現代思想』26(2): 286-303。

⁴ 西川薫, 2010, 『日本精神障害者政策史——戦前期を中心として』考古堂, 203-4。

た要因について説明がなされているが、政治理論を用いた検討は見当たらなかった。

第2の課題についての先行研究であるが、石井美智子が挙げられる⁵。石井は、「我が国における堕胎合法化は、逆淘汰の防止を目的とする優生保護法によって、過剰人口対策として行われ、その結果もたらされた現状は、貧困に対する自衛策として大量の堕胎が行われている」⁶と述べた。

石井は優生保護法が「過剰人口問題」に直面した戦後期に、「逆淘汰」防止のために運用され、戦後期の貧困対策としても堕胎が行われていた事実を指摘している。また、優生保護法の改訂内容について詳細に記した論考である。

藤目ゆきは、優生保護法を「人民の生殖の自決権を否認する堕胎罪を温存しつつ『不良な子孫』を排除するために堕胎官許の範囲を拡大するという堕胎罪の補完法であり、国民優生法を継承する生殖統制の法」⁷であると批判した。さらに藤目は、第1次世界大戦後に無産階級に依拠して人民の生殖の自由をもとに展開された産児調節運動は、第2次世界大戦後は新マルサス主義と優生思想に立脚した厚生省、財界・大企業などのエリート層と足並みをそろえた運動へと変質したとして、産児調節運動を批判した⁸。

横山尊は、松原洋子に対して、「社会党案の影響を過大に評価し、優生保護法の立案者だった谷口独自の構想を軽視している」点を指摘し、「谷口は戦前から熊本県医師会長、日本医師会副会長として医師会に影響力を持った一方で、人口政策に一方ならぬ関心を示し、殊に一九三九年から断続的に実施した熊本県下二二万人の婦女に対して実行した出産調査は、内外から高い評価を得ていた。この出生調査を支えたのは、厚生省の設置に象徴される衛生行政の国家的展開を拡充させる構想と、『産めよ増やせよ』という言葉に象徴される人口増強の理念だった戦前から戦後までの谷口の理念や優生政策に関する思想と行動の軌跡をたどれば、戦前の人口増強理念と戦後の優生政策の連続性が見えてくる」と主張した⁹。さらに横山は、『『新人口政策基本方針に関する建議』では、優生政策の強化、避妊の推進、中絶規制緩和が提唱された。加藤シヅエや太田典礼による優生保護法の社会党案もその法制化を提唱した。彼らは戦前からの産児調節運動家、避妊・中絶の導入をめぐり、戦前の優生学論者と共通しており、戦後に谷口ら人口増強論者が人口抑制論に転ずるとその主張は極めて近似するようになっていた。社会党案が、一九四八年の優生保護法成立時に国民優生法寄りに、断種の適応が制限され、産児調節が強調されなかったのは谷口の意向とする見解があるが、明白な誤りである。前者はGHQが法の厳密さを求めたからであり、後者は国内の産児調節慎重派の動向を考慮してのこと」¹⁰であると説明した。

Katoによると、妊娠中絶は優生学の文脈において立法化され、あるいは実施に優生思想は妊娠中絶を立法化するための必要条件であったとしている。新しく、強力な優生政策の下、妊娠中絶は小家族と「良い子ども」を持つために立法化された。女性の健康と女性のニーズは主要な関心ではなかった。妊娠中絶を立法化するために厚生省へ圧力をかけた医師たちは、妊娠中絶の法的条件と衛

5 石井美智子、1982、「優生保護法による堕胎合法化の問題点」東京大学社会科学研究所編『社会科学研究』東京大学社会科学研究所、34(4): 113-73。

6 同上書、170。

7 藤目ゆき、2005、『性の歴史学——公娼制度・堕胎罪体制から売春防止法・優生保護法体制へ』不二出版、417。

8 同上書、419。

9 横山尊、2015、『日本が優生社会になるまで——科学啓蒙、メディア、生殖の政治』勁草書房、254。

10 同上書、289。

生的条件の両方の観点から、医療行為についても関心があったとした¹¹。

Takeuchi-Demicci は、男性医師が最も強力なアクターで、戦後日本における生殖政策と優生学について支配権を握っていたとして、優生保護法の起草者たちは、人口問題、女性の権利に関する特別な言及を避けて、代わりに貧困者、身体障害者、精神障害者の多産性を法的に制限し、逆淘汰を防止するための手段にしたと主張した¹²。

松原洋子は、国民優生法と優生保護法とは異なった系譜を引く優生立法であるとし¹³、優生保護法においては中絶対象の拡大と優生政策の強化が同時に進行したと述べた¹⁴。

松原洋子は敗戦後の「引揚女性に対する中絶と優生保護法成立前の関係を実証的に解明すること」¹⁵を課題とした上で、「優生保護法による中絶合法化以前に、政府が中絶の違法性をどのように阻却しようとしていたのか」¹⁶という問いを立てた。その問いに対して『引揚婦女子医療救護実施要領』の『診療実施要領』には、妊娠している引揚女性が『心身疲憊』の状態であるが、『諸種ノ事情ノ為正規分娩不適ノ者』である場合、『極力妊娠中絶ヲ実施スルコト』としていた。『不法妊娠』は解釈上『諸種ノ事情ノ為正規分娩不適ノ者』に含まれるが、『引揚婦女子医療救護実施要領』には『不法妊娠』という表現はない。さらに、引揚女性に対する中絶が優生学的理由によるという明示的な説明もない。したがって、『心身疲憊』だけではなく、『諸種ノ事情ノ為正規分娩不適ノ者』もまた、もっぱら医学的事由であるとして解釈できる余地を残している。実際、厚生省は一九四六年八月七日の帝国議会で国立病院における引揚女性への中絶実施を明言し、それを医学的事由によるものと説明していた¹⁷と述べた。

柘植あづみは、優生保護法について以下の3つの問いを立てた。第1の問いは、「なぜ日本は中絶の条件付き合法化を世界的に早い時期に行ったのか」¹⁸というものである。その問いに対して、優生保護法に対する保守系議員・官僚からの強い支持は敗戦後に旧満州や朝鮮半島で性暴力を受けた引揚女性や、占領軍と関係を持った女性から「混血児」が生まれることを避けるためであったと説明した¹⁹。第2の問いは、「なぜ優生保護という名目で中絶を許可したのか」というものである。その問いに対して、「性暴力によって日本の女性を妊娠させたのが『異民族』であることが問題とされていた。つまり、優生保護法には、遺伝性疾患や特定の感染症に関してだけではなく、民族の優生も含まれていたと考えるべき」²⁰であると主張した。第3の問いは、「なぜ優生保護法においても、母体保護法においても、医師を主語として中絶を許可しているのか」というものである。その問いに対して、「女性が産むか産まないかを決めることを保障する権利としてではなく、国家が生殖を管

¹¹ Kato, Masae, 2009, *Women's Right?: The Eugenic Abortion in Modern Japan*, Amsterdam University Press, 44.

¹² Takeuchi-Demicci, Aiko, 2018, *Contraceptive Diplomacy: Reproductive Politics and Imperial Ambitions in the United States and Japan*, Stanford University Press, 154.

¹³ 松原洋子, 1997, 「民族優生保護法案と日本の優生法の系譜」『科学史研究』36(201): 42-50.

¹⁴ 松原洋子, 1998b, 「中絶規制緩和と優生政策強化——優生保護法再考」『思想』886: 116-36.

¹⁵ 松原洋子, 2019, 「引揚者医療救護における組織的人工妊娠中絶——優生保護法前史」坪井秀人編『ジェンダーと生政治』臨川書店, 38.

¹⁶ 同上書, 39-40.

¹⁷ 同上書, 64.

¹⁸ 柘植あづみ, 2019, 「生殖管理の戦後——優生保護法成立前の中絶と主体をめぐる」坪井秀人編『ジェンダーと生政治』臨川書店, 82.

¹⁹ 藤目, 2005, 前掲書, 358。; 同上書, 107.

²⁰ 柘植, 2019, 前掲書, 108.

理するために行われ、それを担ってきたのが産婦人科医」²¹であるからであると述べた。

ノーグレンは、スコッチポルの「フィードバック効果」²²に立脚して次のような主張した。「フィードバック効果は、戦後日本の性^{リプロダクション}と生殖の政策において重要な役割を果たしてきた。戦前の法律と命令は戦後のアクターの目標や戦略に強い影響を与え、結果的に、優生保護法の制定や、産児制限の合法化と推進を遅らせるという政策上の帰結に決定的な役割を果たした」²³としている。

以上の先行研究の中で、とりわけノーグレンの研究の分析手法を踏まえ、近年の歴史的制度論に関する理論的検討をフォローした上で分析を行う。

1.3 分析枠組み

本節では、歴史的制度論に関する近年の動向を検討し、本論文で使用する分析枠組みを設定する。

新制度論は①合理的選択理論、②歴史的制度論、③社会学的制度論、④構成主義的制度論に区分される²⁴。

歴史的制度論は、方法論的個人主義を批判するとともに、アクターの合理性には限界があるために制度への依存が生じるとしている²⁵。制度の持続性について経路依存、決定的転機などの諸概念を用いて説明する。

制度とは「公式の組織・ルール・手続きから非公式の慣習まで含むもの」²⁶とされている。

制度の機能であるが、(1)参加の制約、(2)行動選択の制約である²⁷。(1)参加の制約とは、「制度によって『政策決定の場』が規定され、そこに参加するアクターが限定される」²⁸ことである。(2)行動選択の制約とは「制度によってアクターが自己利益の定義と自己利益追求の設定を行い、それを

²¹ 同上書, 111。

²² Skocpol, Theda, 1992, *Protecting Soldiers and Mothers: The Political Origins of Social Policy in the United States*, Harvard University Press, 41, 58-9.

²³ Norgren, Tiana, 2001, *Abortion Before Birth Control: The Politics of Reproduction in Postwar Japan*, Princeton University Press, 11. (岩本美砂子ら訳, 2008, 『中絶と避妊の政治学——戦後日本のリプロダクション政策』青木書店, 15-6.)

²⁴ Schmidt, V.A., 2010, “Taking Ideas and Discourse Seriously: Explaining Change through Discursive Institutionalism as fourth ‘New Institutionalism,’” *European Political Science Review*, 2(1): 1-25. なお、新制度論に関するその他の分類として、①合理的選択制度論、②社会学的制度論、③歴史的制度論の3つに分ける論者(Hall, P.A. and Taylor, R.C.R., 1996, “Political Science and the Three New Institutionalisms,” *Political Studies*, 44(5): 936-57.), ①合理的選択制度論、②社会学的制度論、③構造的制度論の3分類を取る論者(建林正彦・曾我謙悟・待鳥聡史, 2008, 『比較政治制度論』有斐閣。), ①合理的選択制度論、②社会学的制度論、③歴史的制度論、④構成主義的制度論、⑤規範的^{Normative}制度論(Normative institutionalism)、⑥経験的^{Empirical}制度論(Empirical institutionalism)、⑦国際的^{International}制度論(International institutionalism)、⑧ネットワーク^{Network}制度論(Network institutionalism)、⑨フェミニスト^{Feminist}制度論(Feminist institutionalism)という9分類が存在する(Lowdes, V., 2010, “The Institutional Approach,” in Marsh, D. & Stoker, G. (eds.), *Theory and Method in Political Science*, Palgrave Macmillan, 60-79. ; 笠京子, 2017, 『官僚制改革の条件——新制度論による日英比較』勁草書房, 27-8.)。Lowdes は、その後、①合理的選択制度論、②社会学的制度論、③歴史的制度論、④構成主義的^{Constitutional}制度論あるいは言説^{Discursive}制度論、⑤規範的^{Normative}制度論、⑥経験的^{Empirical}制度論、⑦ネットワーク^{Network}制度論、⑧フェミニスト^{Feminist}制度論という分類を行った(Lowdes, V., 2018, “The Institutional Approach,” in Marsh, D. & Stoker, G. (eds.), *Theory and Method in Political Science*, Palgrave Macmillan, 54-74.)。

²⁵ Immergut, E.M., 1998, “The Theoretical Core of the New Institutionalism,” *Politics & Society*, 26(1): 5-34.

²⁶ Hall, P.A., 1986, *Governing the Economy: The politics of State Intervention in Britain and France*, Oxford University Press, 19.

²⁷ 秋吉貴雄, 2007, 『公共政策の変容と政策科学——日米航空輸送産業における2つの規制改革』有斐閣, 50.

²⁸ 同上書, 50.

実現するための選択肢を決定する」²⁹ことである。

経路依存(path dependence)という概念は、特定の方向に足を踏み入れる先行している歩みは、同じ方向におけるさらなる動きを誘発することを示している³⁰。この考え方は、収穫逓増(increasing returns)³¹という概念で理解することができる。収穫逓増の過程において、同じ経路に従ってのさらなる歩みの可能性は、その経路へと下がって動くたびに増加する。なぜならば、他の可能な選択肢と比較された現在の活動の相対的利得は、時間の経過とともに増加するからである。PiersonはArthurの議論を引き、収穫逓増は(1)「高い設置費用あるいは固定費用(Large set-up or fixed costs)」、(2)「学習効果(Learning effects)」、(3)「調整効果(Coordination effects)」、(4)「適応的期待(Adaptive expectations)」という、4つの興味ある特徴を有すると述べた。Piersonによると、経済と比較して政治において収穫逓増が生じやすい要因として、(1)集合行為の中心的役割、(2)制度の高密度、(3)権力の非対称性を強化するために政治権力を使用するための可能性、(4)固有の複雑性と不透明性を挙げている。また収穫逓増の過程が強化される要因として、(1)政治的アクターのより短い時間的視野、(2)政治制度に組み込まれた一般的な強力な現状維持バイアスが挙げられる³²。

簡潔に要約すると、政治生活は次の4つの特徴、すなわち「1.複数均衡(Multiple equilibria): 収穫逓増の助けになる最初の条件のセットの下で、たぶん幅広い範囲である、多くのアウトカムは一般的に可能である」、「2. 偶然性(Contingency): 相対的に小さな出来事がもし適切なタイミングで起こるのであるならば、大きな非常に長く続く結果を持ちうる」、「3. タイミングと配列の決定的な役割(A critical role for timing and sequencing): 収穫逓増の過程において、いつ出来事が起こるかが重要であるかもしれない。なぜならば、配列のより早期の部分はより後の部分よりもよりずっと重要であり、もしタイミングが異なっていたのであるならば、起こるのが『遅すぎた』出来事は効果が生じないかもしれない」、「4. 慣性(Inertia): 一度、収穫逓増の過程が確立されると、正のフィードバック(positive feedback)は単一均衡(single equilibrium)を導くかもしれない。この均衡は今度は変容への抵抗になるだろう」ということによって特徴づけられているらしいとしている³³。歴史的制度論において、制度変容は「外生的ショック」を原因とした「決定的転機」³⁴によって発生するとされている。

²⁹ 同上書, 50。

³⁰ Pierson, Paul, 2000b, "Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics," *American Political Science Review*, 94(2): 252.

³¹ Arthurによると、「収益逓増とは、一歩先んじることがいつそう引き離せるという傾向であり、損をすればいつそう損をするという傾向のことである。これらは、市場、ビジネス、産業のなかで作用している。正のフィードバック機構である。つまり、利益を得るものが成功するのを自己強化し、損失を蒙るものが損をしていくのを増幅する。収益逓増は均衡ではなく不安定性を生み出す。すなわち、製品、会社、技術のように市場で競合する多くのものの一つが、偶然にせよ上手い戦略にせよ一歩先んじれば、収益逓増はこの利益を拡大していくことになる。「収益逓増機構は全産業で収益低減と並行に存在している。しかし、大雑把に述べれば、収益低減は、経済の伝統的部分、つまり、加工産業で支配している。収益逓増は、もっと新しい部分、つまり知識ベースの産業で浸透している。したがって、現代経済は二つの相互に関連し、絡み合った産業、つまり、二相のビジネス世界に分割されるようになった。この二相の世界は相異なる経済である。それらは行動、様式、文化で別物である。それらには相異なる経営技術管理、戦略、政府規制法が必要になる」。Arthur, W., Brian, 1996, "Increasing Returns and the New World of Business," *Harvard Business Review*, 74(4): 100-1. (有賀裕二訳, 2003, 『収益逓増と経路依存——複雑系の経済学』多賀出版, 84。)

³² Pierson, 2002b, *op.cit.*, 252, 257, 261-2.

³³ *Ibid.*, 263.

³⁴ Collier, D. and Collier, R., 1991, *Shaping the Political Arena: Critical Junctures, the Labor Movement, and Regime Dynamics in Latin America*, Princeton University Press.

医療保険制度の導入に戦争という要因が及ぼした研究に Yamagishi が挙げられる³⁵。Yamagishi は国家の戦争計画と政策選好のコースを以下の図のように示した。第1に、政府が確実な／安定的な動員を計画する時に、既存の健康保険政策を維持することを好み、健康保険を改革することを望まないとした。なぜならば、政府は戦争行為のための人的資源がもたらされうることと、もたらされるであろうことを知っている。政府は大砲、戦車、軍艦を生産するより直接的な戦争行為のための予算源を確立することも追及する。第2に、政府が不確実な／急速な動員を計画したときに、質量ともに、健康保険における急速な改革を好む。政府は戦争終結の見通しが立たないまま深い動員を準備するため、住民の健康と士気により直接的でより徹底的に対処するからである。この期間においては、人々はより多く徴兵され、軍需産業はさらなる労働者を必要とし、失業者、女性、マイノリティーは労働者の欠如の埋め合わせとなることを要請され、母親と子どもたちは将来の兵士を生むために重要視される。以上の状況に対処するため、政府は全住民の健康と士気を改善するためにトップ・ダウンの手段を必要とするのである。第3に、不確実な／安定的な動員においては、政府はジレンマに直面する。戦争のための人的資源は相対的に容易に満たされるが、いつ戦争が終わるかについての不確実性は、政府が将来において起こるかもしれない不確実な／急速な動員の準備をすることが必要であることを意味する。Yamagishi によると、戦争に関連する3つの要因である、①実際の戦争の長さ、②動員の深さ、③戦争の順序は、急進的な改革を志向する政策選好を実際の政策アウトカムに変えるための政府の能力に影響を及ぼすと主張した。第1に戦争が長期間に亘り深くなるほど、それだけ一層政府が保有する権力が強くなり、医師会が保有する権力は弱くなるとしている。戦争がより長くより深くなるほど、国家にとってより政策変容のための権威が与えられ、医師会は政府の権力の網にかけられ、個々の医師は戦場に送られることとなり、結果として、深い動員が長く続けば続くほど、それだけ一層急進的な改革が行われるようになると思われると主張した。第2に動員がより高度になる時、戦争の順序は政府が急進的な改革を行うことができるかどうかに影響を及ぼすとしている³⁶。Yamagishi は Pierson の「いつ順番通りに特定の出来事が起こるかは大きな違いを生み出すだろう」³⁷を引き、突発的な動員の上昇は日本においては戦争後期に生じたために、政府は医師会と協力して政府機関と統合するために先行する安定的な動員期間を利用することができたとしている³⁸。

表 1. 国家の戦争計画と政策選好のコース³⁹

日本	確実性／安定 1937年7月-1937年12月	不確実性／安定 1938年1月-1940年6月	不確実性／急速 1940年7月-1945年8月
アメリカ	確実性／安定 1945年5月-1945年8月	不確実性／安定 1944年1月-1945年4月	不確実性／急速 1941年5月-1943年12月
国家の政策選好	不介入	穏健な改革	急進的な改革

³⁵ Yamagishi, Takakazu, 2011, *War and Health Insurance Policy in Japan and the United States: World War II to Postwar Reconstruction*, John Hopkins University Press.

³⁶ *Ibid.*, 50-2.

³⁷ Pierson, Paul, 2000a, Not Just What but When: Timing and Sequence in Political Processes, *Study in American Political Development*, 14(1): 75.

³⁸ Yamagishi, 2011, *op.cit.*, 52.

³⁹ *Ibid.*, 51.

さらに Yamagishi は、なぜ日本の医療保険政策がある様式で特定の時に変容し、なぜ政治的アクターが特定の方法において行為したのかを検討することにより、先行研究では考察されなかったことを補うことを目指した⁴⁰。Yamagishi は Pierson を参照し、政治現象をスナップショットとしてではなく、動画として見ることによって「時間の中に政治を置く」⁴¹と呼んだことを強調した。動画において、歴史的制度論は新しい政策が新しい政治を引き起こす過程に注意を払い、決定的転機と呼ばれる劇的な政策変容は、戦争と恐慌のような外的圧力に伴って起こると述べた⁴²。新しい政策は新しい利益集団を生み出すことによって新しい政治を引き起こし、ステークホルダーが従うための新しいルールを確立し、次の期間における政策の代替案の範囲を制限する。すなわち経路依存性である。Yamagishi は明治維新と第2次世界大戦がターニング・ポイントであるとし、とりわけ第2次世界大戦において、政府が戦時動員の効率性をより高めるため、公的医療制度をほとんど普遍主義的医療制度まで拡張したために、この期間は健康保険制度における決定的転機になったと主張した。第2次世界大戦中、政府は日本医師会を軽視し、最終的には国有化し、トップ・ダウンで健康保険改革を行ったために、この歴史的交差点での劇的な政策変容は他の期間における政策選択の幅を狭め、政治的アクターの戦略と政策選好を形成したとしている⁴³。

Yamagishi によると、総力戦の登場により、健康保険の政策形成過程における日本医師会と軍という2つの組織の役割が変容した。総力戦の登場により、軍は市民のための健康保険に関与する理由を持ち、すべての日本国民の健康を改善するため、より平等主義的な健康保険プログラムを得ようと努めることができ、革新官僚は軍と同盟を結び彼らが平時において行うことができなかったことを行うことができる機会を利用したとしている⁴⁴。

次に、Pierson の分析に対して、制度変容は外生的変容ではなく内生的変容もありうることを示したのもとして、Hacker、Streeck and Thelen などの諸論考が挙げられる。

Hacker は4つのモデルを提示している⁴⁵。①制度放置(Drift)は政治的環境の現状維持バイアスが高く、内生的変容に対する障壁が高い場合、②制度併設(Layering)は政治的環境の現状維持バイアスが低く、内生的変容に対する障壁が高い場合、③制度転用(Conversion)は政治的環境の現状維持バイアスが高く、内生的変容に対する障壁が低い場合、④制度廃棄・制度置換(Elimination/Replacement)は政治的環境の現状維持バイアスが低く、内生的変容に対する障壁が低い場合に発生するとされた⁴⁶。

Streeck and Thelen によると、広範囲に及ぶ変容は、しばしば一見したところわずかな調節、小さな累積を通じて達成されうる⁴⁷。Streeck and Thelen は、このことを十分考慮するため、漸進的ある

⁴⁰ Yamagishi, Takakazu, 2022, *Health Insurance Politics in Japan: Policy Development, Government, and the Japan Medical Association*, Cornell University Press, 10.

⁴¹ Pierson, 2000a, *op.cit.*, 72.

⁴² Yamagishi, 2022, *op.cit.*, 10.

⁴³ *Ibid.*, 10.

⁴⁴ *Ibid.*, 59.

⁴⁵ Hacker, Jacob S., 2005, "Policy Drift: The Hidden Politics of US Welfare State Retrenchment," in W. Streeck and K. Thelen (eds.), *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*, Oxford University Press.

⁴⁶ *Ibid.*, 48.; 北山俊哉, 2011, 『福祉国家の制度発展と地方政治——国民健康保険の政治学』有斐閣, 38.

⁴⁷ Streeck W. & Thelen, K., 2005, "Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies," in Wolfgang Streeck and Thelen (eds.), *Beyond Continuity*, Oxford University Press, 8.

いは突発的であるかもしれない変容の過程と、継続的か断絶的かのどちらかになるかもしれない変容の結果とを区別することを主張した。①「適応による再生産(Reproduction by adaptation)」は、変容の過程が漸進的で、変容の結果が継続的である。②「存続と回帰(Survival and return)」は、変容の過程が突発的で、変容の結果は継続的である。③「漸増的変容(Gradual transformation)」は、変容の過程が漸進的で、変容の結果が断絶的である。漸進的で、「潜行性(creeping)」の変容によって引き起こされる制度的断絶性を表わす。④「崩壊と代置(Breakdown and replacement)」は、変容の過程が突発的で、変容の結果が断絶的である⁴⁸。

そして、「漸増的変容」として「制度置換(displacement)」、「制度併設(layering)」、「制度放置(drift)」、「制度転用(conversion)」、「制度消耗(exhaustion)」という5つのモデルを示唆した⁴⁹。

Mahoney and Thelen は、制度変容をアクターとの関係から説明した⁵⁰。

まず、制度変容を次の様に規定した。①「制度置換」とは、「既存のルールの除去と新しいルールの導入」、②「制度併設」とは「既存のルールに加えた、あるいは既存のルールと並行した、新しいルールの導入」、③「制度放置」とは「環境における移行に起因した既存のルールの変化した影響」、④「制度転用」とは「戦略的再配置に起因した既存のルールの変化した制定」をそれぞれ指す⁵¹。

次に、アクターを次の様に規定した。①「反乱者(Insurrectionaries)」とは、既存の制度あるいはルールを廃絶することを意識的に追求し、既存の制度あるいはルールに反対する動員を積極的に目に見えるように行うとしている。②「共生者(Symbionts)」には、(1)「寄生的(parastic)」なもの、(2)「相互主義的(mutualistic)」なものという2つの形式があり、どちらも自作ではない制度に依存し、それによって成長する。③「破壊者(Subversives)」は、制度を取り換えることを追求し、この目標の追求に際して、彼ら自身では制度のルールを破壊しない。④「日和見主義者(Opportunists)」は、制度的継続性について曖昧な選好を持つアクターである⁵²。

さらに、アクターの種類と変容モデルとの間の関係を以下の様に規定した。①反乱者は急速な制度置換を追求するが、漸進的な制度置換で妥協し、②共生者は公式の制度的現状維持を守ることが追求するが、寄生的な種類は制度放置を引き起こす活動を行い、③破壊者は制度置換を追求するが、制度併設のために短期的にはしばしば働き、④日和見主義者は彼らの利益に適合しているときに制度転用を追求しながら、静観しながらのアプローチを採用すると主張した⁵³。

政治的文脈の特質が弱い拒否可能性で、目標とされた制度の特質が解釈／実施において低水準の裁量の場合に反乱者は制度置換と結びつく。政治的文脈の特質が強力な拒否可能性で、目標とされた制度の特質が解釈／実施における高水準の裁量である場合に共生者は制度放置と結びつく。政治的文脈の特質が強力な拒否可能性で、目標とされた制度の特質が解釈／実施における低水準の裁量の場合に破壊者は制度併設と結びつく。政治的文脈の特質が弱い拒否可能性で、目標とされた制度の特質が解釈／実施における高水準の裁量の場合に日和見主義者は制度転用と結びつく⁵⁴。

⁴⁸ *Ibid.*, 8-9.

⁴⁹ *Ibid.*, 19-31.

⁵⁰ Mahoney J.&Thelen, K., 2010, "A Theory of Gradual Institutional Change," in Mahoney, J.&Thelen, K.(ed.), *Exploring Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power*, Cambridge University Press, 1-37. ; 笠, 2017, 前掲書, 7-8.

⁵¹ Mahoney and Thelen, 2010, *op.cit.*,15-6.

⁵² *Ibid.*, 23-6.

⁵³ *Ibid.*, 27.

⁵⁴ *Ibid.*, 28-9.

Neep は、フランスから独立後のシリアを事例として、「直ちにはパラダイム・シフトを生み出さないが、代わりに一連の漸進的な政策変容を作動させる危機の範疇を考察する」ことを目的とした。Neep によると「制度変容に関するこの範疇は、『ゆっくりと少しずつの』内生的な変容は時とともにシステムを原理的に変えることができる『微妙で漸進的な』方法を研究してきた歴史的制度論者から少なからぬ注目を受けてきた」が、「なぜある危機は突発的であるよりもむしろ漸進的に実行される変容を導くのかということに関するアイデアの説明をまだ発展させていない」と主張した。Neep は学的貢献として、①「シリアに関する事例研究は、アイデアの制度分析は先進産業民主主義国を超えた事例に適用されることができしされるべきであると言うことを示す」こと、②「突発的というよりもむしろ漸進的である危機後の根本的な変容の事例に焦点を当てることによって」、「経済アイデアと制度の変質に関する既存の研究手法の範囲を拡張する」こと、③「この特定の成果の背景にある因果的メカニズムを同定するために理論生成的な事例として独立後のシリアを使用するだけでなく、危機の影響における制度変容に関する一般化できる理論を発展させるこれらの洞察を拡張もする」こととした。分析概念として①危機のナラティブ(crisis narratives)と、②危機の反応(crisis responses)の 2 つを提示した。①危機のナラティブとは、「政策言説の地勢を定義し、いかにして世界が作動するのかについての基礎となる理論的で存在論的な想定」である。②危機の反応とは、「アクターが危機を克服するために選択する特定の政策手段に言及する」ことである。Neep の仮説であるが、「アクターが異なった危機のナラティブを採用するが、同じ解決策を提案する事例において、累積的で漸進的な変容は広範囲に及ぶ結果をもたらすように思われ、『漸増的変容(Gradual Transformation)』の成果を導く」というものである。この場合、「危機の反応に関する合意は新しい政策の争いのない導入、既存の制度の拡大、あるいはガヴァナンスの地勢を集合的に再構成する国家の能力の拡張のための理想的な環境を生み出す」とした⁵⁵。

表 2. 制度変容のタイプ：過程と結果⁵⁶

		変容の結果	
		継続的	断絶的
変容の過程	漸進的	適応による再生産	漸増的変容
	突発的	存続と回帰	崩壊と代置

注：Neep において、Streeck and Thelen⁵⁷を引用

表 3. 危機のナラティブと危機の反応に関する配置による制度変容のタイプ⁵⁸

		ナラティブ	
		一致する	一致しない
反応	一致する	漸進的な継続	漸進的な断絶
	一致しない	突発的な継続	突発的な断絶

Widmaier は、Mahoney and Thelen(2010)に見られるような歴史的制度論と、Carstensen and Schmidt に見られるような言説制度論の統合を志向し、アメリカとイギリスにおける新自由主義の興隆と終

⁵⁵ Neep, Daniel, 2018, "Narrating Crisis, Constructing Policy: Economic Ideas and Institutional Change in Syria," *New Political Economy*, 23(4): 496. 498.

⁵⁶ *Ibid.*, 497.

⁵⁷ Streeck and Thelen, 2005, *op.cit.*, 9.

⁵⁸ Neep, 2018, *op.cit.*, 498.

焉に関する分析を行った⁵⁹。Widmaier は、経済政策の秩序に関する、①構成、②転換、危機に関する3つのモデルにおける洞察を統合した。①構成の段階では、リーダーは市場の権力に原則に基づいた信念を形成し、調整あるいは法的統制を正当化するために修辭的権力を使用する。②危機の段階では、安定性を確実にすることは、制度的エージェントと知的エージェントにアイデアを巡る認識論的な権力を定義するための余地を提供する。③危機の段階では、このようなモデルにおける過信は、市場の権力の新しい源を覆い隠す構造的権力を得ることができ、危機を発生させる。この理論的危機から、新自由主義の秩序に関する歴史的分析をしばしば提供する。

本論文においては、1940年における国民優生法の成立、敗戦とその後の占領政策のただなかで誕生した優生保護法の成立過程とその実施を分析対象とするため、近年の内生的変容に焦点を当てた諸論考ではなく、外生的ショックを分析の基軸として取り入れている Pierson らの歴史的制度論を分析枠組みとして設定する。

2 優生政策の成立とその実施

2.1 国民優生法の施行とその周辺——国策から草の根の優生学へ

本節では、本論文の第1の課題を達成するために、優生政策の展開、とりわけ1940年に成立した国民優生法の施行とそれに関連した優生政策や人口政策に関する動きを概観する。

1939年8月、「民族優生とは何か」が発行された⁶⁰。松原洋子によると、これにより厚生省の優生政策構想が明らかにされたとしている⁶¹。この中で「民族優生方策」が挙げられ、その内容として、「(一)、民族優生思想の啓発」、「(二)、民族優生に関する調査研究」、「(三)、民族毒予防」、「(四)、民族優生的多産奨励」、「(五)、遺伝健康方策」などが示された。「(一)民族優生思想の啓発」は「民族優生思想を啓発し、優生生活の実践を指導し、常時継続して国民の隅々迄に徹底させることが絶対に必要である」とされた。「(二)民族優生に関する調査研究」は「優秀者、健常者、遺伝病者等等人口構成を遺伝質の観点から見て真の日本民族に於ける遺伝構成の動きと遺伝関係を調査し、国民の体質と民族毒の影響を探り、多数の遺伝家系図と双胎人の記録を蒐集整備し、是等の基本的資料に基いて民族の精神健康度の現状と将来への傾向を確実に把握し、優生方策の実際に当って常に遺憾なきを期する必要がある」とされた。「(三)民族毒予防」であるが、「民族毒」とは「国民の素質を悪化し、其の将来を暗黒ならしめる要因として恐れられて居るものに梅毒並びに酒精・麻薬等の害毒」を指す。「(四)民族優生的多産奨励」は「優良健全者の多産を奨励」することである。「(五)遺伝健康方策」は「悪質遺伝質の根源を絶ち以て国民の平均素質の低下を阻止し民族変質を未然に防止する事」である。この目的のために、「(イ)隔離」、「(ロ)健康結婚」、「(ハ)妊娠中絶」、「(ニ)去勢」、「(ホ)断種」という手段があるとした⁶²。松原によると、この「民族優生方策」の多くが具体化され、①「(一)、民族優生思想の啓発」は、(1)国民優生連盟の設立、(2)『国民優生図解』(1940年)

⁵⁹ Wildmaier, Wesley, 2016, "The Power of Economic Ideas-through, over and in-Political Time: The Construction, Conversion and Crisis of the Neoliberal Order in the US and UK," *Journal of European Public Policy*, 23: 338-56.

⁶⁰ 民族衛生研究会編, 1939, 『民族優生とは何か』民族衛生研究会, 1-29。(再録: 2002, 『性と生殖の人権問題資料集成第26巻』不二出版, 341-8.)

⁶¹ 松原洋子, 2000, 「日本——戦後の優生保護法という名の断種法」米本昌平・松原洋子・鶴島次郎・市野川容孝『優生学と人間社会——生命科学の世紀はどこへ向かうのか』講談社, 176.

⁶² 民族衛生研究会編, 1939, 前掲書, 10-1, 14, 17-8。(再録: 2002, 『性と生殖の人権問題資料集成第26巻』不二出版, 343-5.)

の出版、(3)優生結婚資金貸付制度、②「(二)、民族優生に関する調査研究」は、(1)人口問題研究所・厚生科学研究所による優生学・優生政策の研究、③「(三)、民族毒予防」と④「(四)、民族優生的多産奨励」は、(1)優生結婚相談所(1940年)、(2)優生結婚貸付制度(1941年)、(3)優生結婚指導ガイドライン「結婚ニ於ケル健康問題ノ指導指針」策定、(4)優生結婚法(法案提出には至らず)、④「(四)、民族優生的多産奨励」は、(1)国民優生法(1940年)の中絶規制機能、⑤「(五)遺伝健康方策」は、(1)国民優生法(1940年)という形でそれぞれ政策化された⁶³。

1939年に人口問題研究所が設立された⁶⁴。人口問題研究所には企画部と調査部がおかれ、調査部では「人口及民族ニ関スル調査研究ヲ掌ル」こととされた⁶⁵。調査部は第1班から第4班に分かれ、優生政策に直接的に関わることとして、第4班の調査事項の1つに「人口問題ニ関スル民族衛生学的調査研究事項」が含まれることとなった⁶⁶。

1940年、民族衛生研究会は「優生問題の研究及適切なる優生政策樹立の基礎資料として精神薄弱者家族調査及優良家系調査」を行った。その要綱として、①「精神薄弱者家族調査要綱」、②「優良家系調査要綱」を掲げた。「精神薄弱者家族調査要綱」であるが、「優生制度の基礎的資料」にするため、「精神薄弱者にして結婚生活を営みつゝあるもの、其の配偶者並に近親者の精神状態、社会的適應性、犯罪、並に反社会性殊に其の夫婦に就て結婚後の経過期間、其他妊産児数等に付いて調査し之れに依りて精神薄弱者の遺伝関係並に生活力、生殖力等」を把握するために、「東京市内外の精神薄弱者収容所及び北京市補助学級の児童の家族中前者を五〇家族、後者を五〇家族計一〇〇家族」の調査を行った。「優良家系調査要綱」であるが、「一、優良家系としては社会的に見て優良者と見做すべき者を多数に輩出し郷土の誇として衆目の一致せる家系を選定」するとして、「学業成績」、「社会的地位」など、以下、多数の例示が見られる。そして、除外すべきものについては「其の血族に犯罪者、反社会性者其の他社会より忌避される者を出したる家系」、「其の血族に遺伝性の精神病者、精神薄弱者(低能)、病的性格者及び其の他の悪性遺伝病者を出したる家系」、すなわち「遺伝性と非遺伝性を問はず総べて精神身体に甚しき缺陷あるものを出したる家系」と規定した⁶⁷。

1940年3月12日、財団法人人口問題研究会が「優生政策確立に関する建議」を決議し、内閣総理大臣、各省大臣、企画院総裁、貴衆両院議長に建議を行った。建議の内容であるが、「素質ノ健全ナル多数ノ人的資源ヲ必要トスル時啻ニ人口増加ノ方策ヲ樹ツルニ止リ同時ニ優生的対策ヲ講ズルニ非ザレバ民族ノ素質ニ逆淘汰ノ現象ヲ惹起スル虞アルベキヲ以テ此ノ際政府ハ不健全素質者ノ増加ヲ防遏スベキ適切ナル政策ヲ確立」⁶⁸することを求めたのである。

1940年7月26日、第二次近衛文麿内閣において「基本国策要綱」⁶⁹が閣議決定され、8月1日に

⁶³ 松原、2000、前掲書、178-9。

⁶⁴ 1940、「人口問題研究所官制(昭和14年8月25日勅令第603号)『人口問題研究』1(1): 69。

⁶⁵ 1940、「人口問題研究所事務分掌規程」『人口問題研究』1(1): 69。

⁶⁶ 1940、「人口問題研究所事務分掌規程細目」『人口問題研究』1(1): 69-70。

⁶⁷ 1940、「民族衛生研究会の精神薄弱者家族調査及優良家系調査」『人口問題研究』1(1): 83。

⁶⁸ 1940、「財団法人人口問題研究会優生政策確立に関する建議」『人口問題研究』1(2): 78。

⁶⁹ 高岡裕之は稲葉正夫ほかを引き、基本国策要綱は、「一九四〇年初頭から陸軍省軍務局が国策研究会に委嘱し、『各省の革新官僚を内密に動員』して作成した『総合国策十年計画』が元であり、「そこには『東亜新秩序建設の磁石たる人的資源の質的並量的発展を期する』ための恒久的人口政策を樹立するという『人口政策』がすでに盛り込まれていた」としている。稲葉正夫ほか編、1963、『太平洋戦争への道—別巻資料編』朝日新聞社、311。; 高岡裕之、2011、『総力戦体制と「福祉国家」——戦時期日本の「社会改革」構想』岩波書店、188。また古川隆久によると、「総合国策十年計画」のベースになったものとして、岩畔豪雄らが執筆した「国防国策案」、満鉄の宮崎正義が執筆したとされる「日本総合国策案」が挙げられる。「総合国策十年計画」は、陸軍が民間団体である国研に非公

発表された。優生政策に関連することとして、「国是遂行ノ原動力タル国民ノ資質、体力ノ向上並ニ人口ノ増加ニ関スル恒久的方策特ニ農業及農家ノ安定発展ニ関スル基本方策ヲ樹立ス」⁷⁰との内容が盛り込まれた。

1940年、「国民優生法実施に関する協議会講演会」が各地で開催され、開催期日、開催地、参加府県はそれぞれ以下の通りであった。8月31日に福岡県(参加府県：福岡県、長崎県、大分県、佐賀県)、9月2日に熊本県(参加府県：熊本県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県)、9月16日に岡山県(参加府県：広島県、岡山県、山口県、鳥取県、島根県)、9月18日に愛媛県(参加府県：愛媛県、香川県、徳島県、高知県)、9月24日に北海道(参加府県：北海道)、9月27日に宮城県(参加府県：宮城県、青森県、岩手県、秋田県、山形県、福島県)、10月7日に新潟県(参加府県：新潟県、長野県)、10月9日に石川県(参加府県：石川県、富山県、福井県)、10月21日に愛知県(参加府県：愛知県、静岡県、三重県、岐阜県)、10月23日に京都府(参加府県：京都府、滋賀県、奈良県)、10月24日に大阪府(参加府県：大阪府、兵庫県、和歌山県)でそれぞれ開催された⁷¹。

「国民優生法実施に関する協議会講演会」の出席者であるが、「県衛生課長、県社会課長(又は代理人)」、「地方裁判所判事及検事各一名」、「公立及代用精神病院長(公立なきものは私立精神病院代表者)」、「保健所長」、「官立大学長(精神科、産婦人科、内科、外科其他関係教授(遺伝学を含む))」、「県医師会長、刑務所長又は保健所長(技師)」、「総合病院長(公立又は日本赤十字社病院など)」、「少年救護院長、盲啞学校長、方面委員代表」、「其他方法施行に特に関係を有する者を網羅せらるること」とされた。「協議事項」は「1.国民優生法逐条説明及質疑の件」、「2.優生手術該当遺伝性疾患患者調査の件」、「3.診療録整備に関する件」、「4.優生思想啓発に関する件」、「5.優生結婚指導に関する件」であった。「指示事項」は、「1.遺伝性疾患患者調査に関する事項」、「2.地方優生審議会の構成に関する事項」、「3.国民優生法第五条の命令を以て定むる医師に関する事項」、「4.優生手術実施に関する事項」であった⁷²。

1940年12月5日、厚生省厚生科学研究所が設立された。「調査研究部門」として、①環境衛生部、②国民栄養部、③国民優生部、④小児衛生部、⑤産業衛生部、⑥疫学統計部、⑦衛生獣医学部が設けられ、①環境衛生部のもとに、(1)環境生理科、(2)建築衛生科、(3)衛生工学科、⑥疫学統計課のもとに、(1)疫学科、(2)衛生統計課が設置された。「国民優生部」の事業概要は、「優生学、民族衛生学等国民優生法に関する基本的研究並びに民族の将来の健康に関する各般の研究を行う」と規定された⁷³。「民族優生部研究事項」は、「(一)基礎遺伝」、「(二)民族遺伝構成」、「(三)民族生物学」、「(四)

式に政策研究を依頼したものであり、中心となった人々は『月曜会グループ』および企画院OBだったのであり、陸軍側も関与していた」としている。古川隆久，1992，『昭和戦中期の総合国策機関』吉川弘文館，148-9。「月曜会」の設立経緯やその構成メンバーであるが、「陸軍からは武藤・河村参郎・岩畔豪雄、商工省から岸信介・椎名悦三郎・美濃部洋次、大蔵省から谷口恒二・迫水久恒、鉄道省から柏原兵太郎、農林省から重政誠之、逓信省から奥村喜和男、企画院から秋永月三(陸軍大佐)・毛里英於菟」が参加した。武藤章(軍務局長)は、月曜会や国策研究会の人脈を活用して、独自の政策研究に着手する。陸軍との関係は秘匿され、国策研究会の事業として推進され、「総合国策十年計画」として形になる。これが「総合国策基本要綱」となり、第2次近衛文麿内閣において「基本国策要綱」として結実した。矢吹一夫，1985，『昭和動乱私史中巻』経済往来社，126-9。；高杉洋平，2020，『昭和陸軍と政治——「統帥権」というジレンマ』吉川弘文館，156-7。

⁷⁰ 厚生省医務局，1976，『医制百年史』ぎょうせい，268。

⁷¹ 厚生省予防局，1940，「国民優生法実施準備に関する協議会講演会」『内務厚生時報』5(10): 31。

⁷² 同上書，31-2。

⁷³ 厚生省厚生科学研究所，1941，「国民保健の殿堂厚生科学研究所創設さる」『内務厚生時報』6(1): 21-7。

精神衛生」、「(五)記録保存」と大別された⁷⁴。特に「(四)精神衛生」の項目は、「(1)精神病」、「(2)精神薄弱」、「(3)病的性格」から構成され、「遺伝性のもについては遺伝様式、遺伝率を正確に研究して優生断種その他遺伝健康方策の基礎となすを要す」とされ、優生政策との関連が述べられている⁷⁵。

国民優生部の昭和15年度の研究事項は、「病的遺伝調査」を「二〇〇家系」、「優良遺伝調査」を五〇家系、「精神保健度調査」を「五部落」、「双胎人調査」を「五〇組」、「犯罪者調査」の「検診」を「五〇人」、「犯罪者調査」の「家系」を「五〇家系」、「遺伝病予防治療調査」を「五〇家系」、「混血調査」を「八〇家系」、「民族毒」を「五〇家系」を、それぞれ対象として行うこととなった⁷⁶。

1940年12月14日、国民優生法施行及酒精中毒に関する専門委員会において、「優生手術の適用に関する内規」が決定された⁷⁷。

1941年1月、厚生省科学研究所は「家系調査要綱」を発表した⁷⁸。調査目的は、「各種疾病別に家系の状況を知り、是に基づいて其の疾病の遺伝型式及び遺伝予後を確定し、国民優生の基礎的資料とする為のもの故、次に掲ぐる要綱に拠つて出来るだけ精密に家系の総べての者に就いてなるべく一人も漏さず調査記載」することであった。家系調査を行う際には、「府県当局、警察署、町村役場の援助を得」と共に、「家人、縁者、知人、方面委員等の談を総合して調査の正確を期す」ように注意している。町村役場への注意事項として、「町村長及び助役を始め戸籍係其の他役場に永く勤続する吏員等の協力を得ると共に土地の古老其の他よく土地の事情に通曉せる有力者の協力を得て、戸籍簿に基づいて調査するように指示している。家系調査をする上で、手掛かりとなる患者を「発端者」と規定し、「遺伝病及び遺伝病と思はれる疾病に罹れるもの及び犯罪者等」から選び、「犯罪者」は「習慣性犯罪者」をなるべく選ぶように指示している。「発端者」に記載する事項は、「安産、難産、熟産、早産の別、幼時心身発育状態、学歴殊に成績、性格、体型、生活環境、飲酒、職業及び病歴等」とされた。また、「発端者」の「係累についても要点を家系図に記載」するとともに、「病者異常者」のみならず「健康者」についても調査し、「遺伝病ならざる疾病異常に就いても、出来る限り詳細に調査」するように指示している⁷⁹。国策から始まり、地方行政機構の末端から地域社会に至るまで「遺伝情報」収集網が張り巡らされ、まさに草の根の優生学の誕生と呼べる。

1941年1月22日、「人口政策確立要綱」⁸⁰が閣議決定された。「目標」として「昭和三十五年総人口一億」を設定し、「三、高度国防国家ニ於ケル兵力及勞力ノ必要ヲ確保スルコト」とした。「第

⁷⁴ 1941, 「厚生科学研究所国民優生部の研究事項」『人口問題研究』2(1): 78。

⁷⁵ 同上書, 80。

⁷⁶ 同上書, 81。

⁷⁷ 1941, 「国民優生法に関する専門委員会に於ける優生手術の適用に関する内規の決定」『人口問題研究』2(1): 81-3。
なお、国民優生法施行及酒精中毒に関する専門委員会の委員は次の通りである。三宅紘一(東京帝国大学名誉教授)、内村祐之(東京帝国大学教授)、植松七九郎(慶應義塾大学)、福田邦三(東京帝国大学教授)、大槻菊夫(東京帝国大学教授)、中泉正徳(東京帝国大学教授)、小野清一郎(東京帝国大学教授)、田宮猛雄(東京帝国大学教授)、川上理一(厚生科学研究所教授)、吉益脩夫(東京帝国大学講師)、渡邊甲一(陸軍軍医大佐)、大須賀都美次(海軍軍医大佐)、清原邦一(司法省刑事局第五課長)、林芳信(全生病院院長)、安藤晝一(慶應義塾大学教授)、今井久(内務省警務課長)、松阪廣政(控訴院検事長)、寺尾博(農事試験所技師)。

⁷⁸ 厚生省・厚生科学研究所, 1941, 『家系調査要綱』。(再録: 2001, 『性と生殖の人権問題資料集成第20巻』不二出版, 110-3。)

⁷⁹ (同上書, 110。)

⁸⁰ 高岡裕之は、古屋芳雄や人口政策確立要綱の解説を引き、人口政策確立要綱は、美濃口時次郎、古屋芳雄、館稔、中川友長がその中心人物であったとしている。古屋芳雄, 1970, 『老学究の手帖から』日本家族計画協会, 43。; 高岡, 2011, 前掲書, 294。

五 資質増強ノ方策」において、「優生思想ノ普及ヲ図リ、国民優生法ノ強化徹底ヲ期スルコト」と述べられた⁸¹。

1942年3月27日、28日、東京帝国大学法経第30番教室で、日本医学会第13分科会(優生学)第11回日本民族衛生学会総会が開催された⁸²。25に及ぶ一般研究発表と2つの特別講演と懇親会が開催された。

1942年9月21日から23日にかけて、「地方衛生技術官事務打合会」が「厚生省会議室」で開催された。国民優生法に関する事項としては、「一、国民優生法の運営に関する件 国民優生法ノ実施以来ノ状況ヲ見ルニ未ダ本法制定ノ本旨十分ニ理解セラレザルヤノ憾アルヲ以テ各位ハ本法ガ人口ノ増強ト国民素質ノ向上ヲ期スル人口政策上ノ重大使命ヲ有スルニ鑑ミ一層之ガ思想ノ普及及啓発ニ努メ国民優生ノ達成ニ格段ノ力ヲ致サレタシ」と述べられた⁸³。国民優生法による優生断種手術数が十分ではなく、国民優生法の趣旨である「人口ノ増強ト国民素質ノ向上」が十分に理解、普及されていないという危機感が示されている。

1944年、厚生省研究所人口民族部が「熊本県医師会調熊本県人口増強基本調査結果概要」を発表した。その中で、優生政策に関する内容は、以下のようになっている。「今不妊婦人に就いて特に一言するの必要を認むるは第5表に示すが如く経閉期迄夫婦同棲せるに拘らず12.6%といふ多数の不妊者を有する事実にして、之を其の儘放任することは人口政策上極めて不得策と思はれ、結婚奨励と同時に斯かる婦人に出来得る限り妊娠の機会を得させる事が肝要なりと思はれる。昭和15年の春熊本県医師会の名に於て、不妊婦人国家管理を建議して居る。不妊婦人国家管理とは結婚後3年を経過するも尚ほ妊娠せざる者は専門医の診察を受けしめ、診察の結果治療すれば妊娠する見込みのある者には治療を勧め、若し其の人に資産なくして治療の出来ぬ者には優生学の立場より見て、其の人に子供が出来れば国家的に利益ありとの見込みのある者には国家が治療費を出す必要ありと思ひ国家管理とするものである」⁸⁴と記されている。「不妊婦人」を「国家管理」し、「専門医」の「治療」を行うと同時に、優生学の観点から「国家的に利益あり」とされる「婦人」については、国家が治療費を出すように提言したのである。人口増加と同時に、人口の「質」の点から国家の利益となる者を出来る限り増やすことを志向する、人口の「量」的政策と人口の「質」的政策であった。

2.2 小括

1940年に成立した国民優生法は、「遺伝性疾患」を優生断種手術の対象とし、強断種規定(第6条手術)も盛り込まれていた。しかし、臨床系精神科医の抵抗の存在、「当時の人口増加政策や家族国家主義のもとで、国民優生法自体が断種手術に至る手続き上のハードルを高く設定することを余儀なくされ」ていた上、「断種対象としての精神病患者、精神障害者を、国が掌握しきれ」ず、「一九四〇年頃からは栄養失調のために餓死する入院患者が続出する有様」であった⁸⁵。私宅監置や不

⁸¹ 厚生省社会局, 1941, 「恒久的人口国策の確立」『内務厚生時報』6(2): 9-12。

⁸² 1942, 「日本医学会第13分科(優生学)第11回日本民族衛生学会総会」『民族衛生』10(5): 433-51。

⁸³ 厚生省人口局, 1942, 「地方衛生技術官事務打合会開催」『内務厚生時報』7(10): 13-5。

⁸⁴ 厚生省研究所人口民族部, 1944, 『熊本県医師会調熊本県人口増強基本調査結果概要』, 12。(再録: 2002, 『性と生殖の人権問題資料集成第25巻』不二出版, 32。)

⁸⁵ 松原, 1998a, 前掲書, 296。

法私宅監置により、優生手術対象者である「精神障礙者」の把握を困難にしたのである⁸⁶。断種手術の主たる対象者を収容する精神科病床は、1929年の時点で、日本は12337床であった。その一方で、1929年のアメリカの「ベッド実数」(病床数)は356457床であった⁸⁷。日本はアメリカと比べて非常に低い水準であったことが分かる。いわば、私宅監置制度が政策遺産⁸⁸として、精神科病床数の拡大を阻害し、それによって国民優生法成立後の優生断種手術数の拡大を阻害したと言える。断種手術が当初予想されていたよりも実施されず、強制断種規定も事実上凍結された。世界で最初に断種法が成立したアメリカにおいては、1940年代後半までに優生学への信頼が低下した。その理由として、①1920年代と1930年代における遺伝学における発見、②精神科医と心理学者による精神疾患への新しい治療法の導入、③ナチスの残虐行為が優生学と優生断種の評判を落としたためである⁸⁹。しかし、科学としての優生学の信用が低下した後も、優生断種手術自体は変わらずに実施された⁹⁰。アメリカにおいて、第2次世界大戦後も強制断種が継続ないし増加した要因として、①組織的継続性、②断種賛成派の活動家が新しいアイディアにおいて彼らの主張を再固定したためであるとされている。①組織的継続性であるが、アメリカにおいて施設管理者たちは1945年に集団で辞職しなかったためである。ドイツにおいては不完全ではあったが、優生学に関する医学界の上層部を追放するための明確な努力は存在していた。②については、優生学に賛成する科学的、倫理的根拠が1930年代の初期から弱まるにつれて、The Human Betterment Foundation、The HJSL、NJSLの後継組織である Birthright, Inc.、Bithright, Inc.の後継組織である The Human Betterment Association/Human Betterment Association of America(HBAA)、HBAAの後継組織である The Association for Voluntary Sterilization などの組織が、強制断種を正当化するための新しい主張を発展させたためである。まだ生まれていない子どもたちのきちんとした両親への権利を保護するため、過度に高い人口成長を避けるため、福祉の乱用を妨げるためなどである⁹¹。

Pierson は、「タイミングと配列の決定的な役割：収穫逡増の過程において、いつ出来事が起こるかが重要であるかもしれない。なぜならば、配列のより早期の部分はより後の部分よりもずっとより重要であり、もしタイミングが異なっていたのであるならば、起こるのが『遅すぎた』出来事は効果が生じないかもしれない」⁹²と主張したが、①優生政策の実施に先行して、相対的に多くの精神科病床数を保持していたアメリカなど優生政策先進国と比べて、日本は優生政策の実施時期において相対的に精神科病床数が少なく、優生断種手術の対象者の施設収容が進んでいなかった、②国民優生法の実施から僅か数年で、国内が空襲に見舞われた上、物資の絶対的な欠乏状態であったという2つの理由から、国民優生法の断種手術数が上昇するまでの時間的余裕がなかったのである。精神科病院は、1941年の開戦時に167病院、23958病床あったが、1947年には128病院、17196床

⁸⁶ 西川, 2010, 前掲書, 204.

⁸⁷ 高野六郎, 1934, 「精神病者に対する施設の概況」『精神衛生』1(7): 5-6, 9.

⁸⁸ Weir, Margaret, and Skocpol, Theda, 1985, "State Structure and the Possibilities for Keynesian Responses to the Great Depression in Sweden, Britain, and the United States" in Peter B. Evans, Dietrich Rueschemeyer, and Theda Skocpol ed., *Bringing the State Back in*, Cambridge University Press, 107-68.

⁸⁹ Hansen, Randall and King, Desmond, 2013, *Sterilized by the State: Eugenics, Race, and the Population Scare in Twentieth-Century North America*, Cambridge University Press, 163.

⁹⁰ Robitscher, Jonas(ed), 1973, *Eugenic Sterilization*, Charles C. Thomas, 123. ; 中村満紀男, 1996, 「20世紀前半のアメリカ合衆国における精神薄弱者の優生断種史(2)」『心身障害学研究』20: 70.

⁹¹ Hansen and King, 2013, *op.cit.*, 25.

⁹² Pierson, 2000b, *op.cit.*, 263.

に減少していたのである⁹³。総力戦は日本において優生立法制定の促進要因ではあったが、その実施については阻害要因であった。アメリカにおいても、第2次世界大戦により、外科医や施設の医療スタッフの従軍に従って、「精神薄弱者」に対する断種手術は、開戦以前の実施数を維持できなくなった⁹⁴。日本において、国民優生法の断種手術数の増加と強制的断種手術の発動に関する議論が存在したが、事態を大きく動かすには至らず敗戦を迎えた。

表4. 優生手術実施状況(厚生省調査)⁹⁵

	優生手術該当者調査数			優生手術申請数			優生手術実施数		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計
1941	3081	1939	4957	126	106	232	47	47	94
1942	2839	2175	5014			257	83	106	189
1943	2963	2285	5248	94	37	211	62	90	152
1944			426	0	18	18	0	18	18
1945			1440	0	1	1	0	1	1
1946			4050	20	39	59	20	39	59
1947			445	5	20	25	5	20	25

表5. 国民優生法による優生手術実施数とその内訳⁹⁶

年次	総数			遺伝性精神病			遺伝性精神薄弱			遺伝性病的性格			遺伝性身体疾患			遺伝性畸形		
	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女
1941年	94	47	47	61	30	31	25	11	14	1	1	—	7	5	2	—	0	0
1942年	189	83	106	142	67	75	35	10	25	3	3	—	7	1	6	2	2	0
1943年	152	62	90	103	47	56	34	9	25	7	4	3	6	2	4	2	0	2
1944年	18	0	18	10	—	10	5	5	—	1	—	1	0	0	0	2	0	2
1945年	1	0	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0	1	—	0	—
1946年	59	20	39	44	18	26	12	2	10	1	—	1	2	0	2	—	0	—
1947年	25	5	20	20	5	15	5	—	5	—	—	—	0	0	0	—	0	—

3 解放なき戦後——優生政策強化

3.1 優生保護法の成立とその実施

⁹³ 岡田靖雄, 2002, 『日本精神科医療史』医学書院, 181, 198。以下の文献も参照。岡田靖雄, 1985, 「戦前の日本における精神科病院・精神科病床の発達」『日本医学雑誌』31(1): 93-107。

⁹⁴ 中村満紀男, 2004, 「アメリカ合衆国における優生断種運動の開始と定着——優生学運動の最も正統的な事例」中村満紀男編『優生学と障害者』明石書店, 294。

⁹⁵ 谷口彌三郎・福田昌子, 1948, 『優生保護法解説』研進社, 29。なお、1944年から1947年までの「優生手術該当者調査数」の男女のそれぞれの人数、1942年の「優生手術申請数」の男女のそれぞれの人数は未記入である。

⁹⁶ 厚生省医務局, 1955, 『医制八十年史』印刷局朝陽会, 828-9。

本節では、本論文の第2の目的を達成するために、敗戦後、再び過剰人口問題に直面した日本において、各アクターが如何にして過剰人口問題を克服しようとしたのかに焦点を当てて、人口政策の転換点である優生保護法の成立過程とその実施過程を検討する。

敗戦後、戦地や旧植民地から多数の引揚者が帰還したことが「外生的ショック」⁹⁷となり、人口減少問題ではなく、一転して過剰人口問題と「逆淘汰」問題に直面することとなった。そのような時代背景の下で、過剰人口問題と「逆淘汰」問題を解決するために、断種手術数の拡大と強制断種規定の発動、妊娠中絶の「規制緩和」が人口問題において重要なイシューとなったのである。

1946年11月、「新人口政策基本方針に関する建議」が発表された。その中で、「我が国人口は今次の未曾有の大戦を通じ、予想を裏切って異常な増加を示し、敗戦の結果更にこれに数百万の帰還同胞が加へられ、その密度は今や驚異的高率に達した。この際空想的拡大主義に準拠して構想された従来の増殖政策は根本的には是正されねばならぬ」⁹⁸と主張された。

敗戦に伴い、戦前の過剰人口問題が、戦地や旧植民地からの「数百万の帰還同胞」という形で再び前景化してきたことを示している。

その上で「解決」すべき問題として次のようなことが示されている。「遺伝的悪質の防遏である。国民優生法がみるべき成果をあげなかったについては種々の理由があるが、特にそれが任意法なることに大きな関係をもつてゐる。われわれはこれを強制法に改めることを必要と認めるものである。同時に悪質防遏といふ消極的目的は、優生学の眞の目的たる優良質の保護拡大といふ消極的目的によって裏打ちされねばならぬ。特に出生調節に伴ひ易い逆淘汰はこれによってのみ有効に防止されるのであらう」⁹⁹と示された。

再び前景化した過剰人口問題と、それへの対応策としての「出生調節」に伴って発生する「遺伝的悪質」の増加による「逆淘汰」を回避するため、国民優生法を「任意法」(＝任意断種)から「強制法」(＝強制断種)に改めるように提言されたのである。

「第二 出生調節に関する事項」では、「1 人為的不妊は優生学的目的のためには積極的にこれを適用すること。医学上母の保健のために必要なる場合にはこれを適用すること。医学上母の保健のために必要なる場合並びに倫理的理由に基づく場合」には「これを認めること」とした。「四 出生調節の普及は往々にして逆淘汰現象を随伴する恐れあるをもって、社会的活動に貢献の少ない寧ろ障害となるやうな子孫を生むべき家族において出生減退が現はれ、優秀なる資質の子孫を生むべき家族の両親の出生意欲を向上せしめるが如き方策をとる等、出生調節の普及による逆淘汰現象の発現を極力防止するとともに、さらに積極的にこれを人口資質の向上に資せしめるやう努めること」と主張した。「出生調節」を「優生学的目的」や「人口資質の向上」のために利用することを奨励し、特に「逆淘汰」を防止するために、「社会的活動に貢献の少ない寧ろ障害となるやうな子孫を生むべき家族」において「出生調節」が行われるやうな運用をするべきであると主張したのである。「八 優生思想の普及を図り現行優生政策の任意主義を強制主義に改める等優生政策の強化拡充を行ふこと」¹⁰⁰と示された。「第四 優生政策に関する事項」では、「国民の素質を改善する必要はいかなる時代においても変わるものではない。況や文化国家建設を目途としてゐる我が国において又出生調節普

⁹⁷ Greener, I., 2001, "Social Learning and Macroeconomic Policy in Britain," *Journal of Public Policy*, 21: 135-6.

⁹⁸ 人口問題研究会, 1946, 『新人口政策基本方針に関する建議』, 3. (再録: 2002, 『性と生殖の人権問題資料集成 第25巻』不二出版, 122。)

⁹⁹ 同上書, 5. (同上書, 122。)

¹⁰⁰ 同上書, 16-8. (同上書, 125。)

及過程における逆淘汰現象に直面してある現在、優生政策は益々その重要性を加へたるものといふべきである」と示された。そのような認識を示したうえで、「直ちに採るべき方策」として、「一 強断種規定の実施」、「二 国民優生法の改正」を挙げ、「1 国民優生法に届出規定を設け、市町村長、医師、産婆、保健婦等が遺伝病者の存在を知ったときは、これを地方長官に届出することがきるやうにすること」、「2 遺伝病者が妊娠した場合にはこれを中絶することができるやうにすること」、「3 遺伝性病的性格によるものと診断された性的犯罪者はこれを去勢することができるやうにすること」、「4 X線照射による方法は手術を行ふ必要がないから適当な照射量を定めるならば断種手術よりも容易に実施することができるといふ利点がある。断種手術と併せてX線照射を一方法として採用すること」、「5 優生手術申請の手續を簡易化すること」が挙げられた。その他に、「三 優秀素質者の教育費全額国庫負担及び育英制度の拡大強化。優秀な素質をもつてある青少年は国家がその教育費を全額負担し、また、育英制度を拡大強化して多額の教育費を補充し、もつて優秀健全な人口を保持するやう努めること」、「四 優生指導機関の設置拡充を図り、結婚指導その他優生指導の徹底を期すること」、「五 優生学に関する知識及び優生思想の普及」では、「1 各医科大学を始め、一般の大学、高等専門学校、中等学校に優生学に関する講座又は学科を設けること」、「2 一般人に対し展覧会、講演会、映画会、雑誌、書籍等を通じて優生思想を鼓吹すること」、「六 優生問題に関する総合的調査研究の拡充を図ること」が示された¹⁰¹。

1947年3月13日、第92回帝国議会衆議院の予算委員第二分科(文部省及び厚生省所管)において、鈴木周次郎は「流行病その他の病気が発生して人種が非常に劣悪化する傾向がある」が、「これを優生学上から見まして断種法かその他の方法を考えるべき」であると述べた¹⁰²。河合良成厚生大臣は、「断種法の問題につきましては、いろいろな原因で——日本民族の将来に対する御心配の点もごもつともありますが、ただ非常に個性の尊厳ということを中心にいたしまする民主体制としまして、個人の点に対しましてあまり深く強制力を用いるということは、大体の方針としてどうかと考えておりますので、今直ちに強制的断種法をとるといふ考えは、ただいまのところは全然もつておりません」¹⁰³と主張した。

1947年8月2日、谷口彌三郎は、片山哲内閣に対して「産児制限に関する質問主意書」を提出した。その内容は、「1 人口増加抑制の一助として国民優生法の申請手續を簡易化すること」、「2 優生手術を必要とする人々が、手術前に妊娠した場合は中絶を認めること」、「3 妊娠用器具や薬品中に有害なものがある。これが取締について政府の方針を問う」、「4 現下の情勢に鑑みて妊娠中絶の適応を拡大するため中央に産児調節審議会(仮称)を設け、人口特に民族の逆淘汰、国家道徳の頹廃等を顧慮して妊娠中絶に対する条件を定め、これを地方の産児調節相談所(仮称)に示して、希望者より医師の妊娠證書と希望書を提出せしめ、これを検討して必要ある者に中絶を許可すること」、「5 政府は中絶適応を刑事政策的、国民優生的方面に拡大する意志はないか」というものであった¹⁰⁴。

1947年8月8日付での片山哲内閣総理大臣の答弁は、「一 国民優生法で人口問題の解決は不可能であるが、社会情勢に鑑みて、申請手續の簡易化の必要は同感である」、「二 優生手術前に妊娠したものの中絶施行については、目下研究を進めて居る」、「三 妊娠器具や薬品中で有害なものは、

101 同上書, 31, 33-4。(同上書, 129。)

102 東京大学出版会, 2000, 『帝国議会衆議院委員会議録昭和篇 170』東京大学出版会, 114。

103 同上書, 114。; 藤野豊, 2021, 『戦後民主主義が生んだ優生思想——優生保護法の史的検証』六花出版, 34。

104 谷口・福田, 1948, 前掲書, 83-4。

同取締規則及薬事法によって、今後も充分に取締を実施したい」、「四 妊娠中絶の適否を判定する機関の必要は感ずるが、社会目的に迄発展せしめることは、波及するところが大きいから慎重に考えたい」、「五 1 強姦等によって妊娠した場合の中絶は、刑法との関係があるので研究したい」、「2 精神缺陷者に対して妊娠中絶の途を開くことについては研究中である」、「3 社会目的の妊娠中絶は刑法、社会上の影響、その他とにらみ合せて慎重に検討を要すると思う」、「4 分娩毎に健康を低下するものは医学的適応となし、生活困難は生活保護法の適用など社会的救済に委したい」、「5 人工栄養が充分に行い得るように努力したい」という内容であった¹⁰⁵。

1947年9月18日、第1回国会参議院厚生委員会の児童福祉法案の審議において、谷口彌三郎は次のような主張を行った。第1に、「健やかに生まれ、且つ、育成されるように努めなければならない」という児童福祉法の趣旨を踏まえ、「結婚相談」の条項を入れることを主張した。その際、「国民優生法」において「精神病患者」への「優生手術」が「有名無実」になっていることを述べて、「結核」や「性病」の問題を押さええないのでは「健やかに生まれさせる」ことはできないと主張した。第2に「肢体不自由児童」や「精神薄弱児」を早期に見出すため「医師」、「助産師」、「学校の教員」を入れることを主張した。それに対して、一松定吉(厚生大臣)は、「余程関心を持って」いるとしつつ、「花柳病の撲滅法」、「国民健康法」、「体格検査法」などの「別の法律」でそれを行うことを考えていると答えている¹⁰⁶。

1947年10月、社会党の衆議院議員である加藤シヅエ、太田典礼、福田昌子による「優生保護法案」が国会で受理された¹⁰⁷。この法案の目的は「母体の生命健康を保護し且つ不良な子孫な出生を防ぎ以て文化国家建設に寄与すること」(第1条)とされた。「任意断種」の対象は「一、妊娠、分娩が、母体の生命又は健康に危険を及ぼすおそれあるとき」、「二、本人又は配偶者が悪質な遺伝性素質、例へば遺伝性の精神病、精神薄弱、病的性格、身体疾患、畸形をもち、且つ、子孫にそれが遺伝するおそれあるとき」、「三、本人又は配偶者が悪質な遺伝性素質を現在ももっていないくとも近親者にその素質をもっている者が多くて子孫にそれが遺伝するおそれあるとき」、「四、本人又は配偶者が遺伝性は明らかでなくとも、悪質な病的性格、酒精中毒、根治し難い梅毒をもっていて、生れ出る子に対して悪い影響を及ぼすおそれあるとき」、「五、病弱者、多産者又は貧困者であって、生れ出る子が病弱化しあるいは不良な環境のため劣悪化するおそれあるとき」とされた。以上に見られるように、任意断種の対象には「遺伝性疾患」のみならず、「梅毒」などの「非遺伝性疾患」、さらには「貧困」などの社会的事由も含まれた。次に、「強制断種」規定であるが、第5条で「裁判所は常習性犯罪者に対してその者の犯罪的性格が子に伝わることを防ぎ、且つ、不良な環境の影響によって子の不良化を防ぐことが公益上必要であると認めるときは、優生委員会に対してその者の生殖を不能にすることが適当であるかどうかの審査を求めることができる」と規定され、第6条で「精神病院の院長並びに癲収容所の所長はその収容者に対して子孫への遺伝を防ぐために、その者の生殖を不能とする必要を認めたときは、優生委員会に対して、その者の生殖を不能にすることが適当であるかどうかの審査を求めることができる」と規定された。「優生委員会は、裁判所、精神病院長又は癲収容所の要求があれば第五條、第六條に規定した事項につき審査を行い、その適否を決定しなければならない」と規定された¹⁰⁸。なお、この社会党案は審議未了で成立しなかった。

¹⁰⁵ 同上書、84-5。

¹⁰⁶ 「第一回国会参議院厚生委員会会議録第十三号」、5。

¹⁰⁷ 1947、「優生保護法案」。(再録:2002、『性と生殖の人権問題資料集成第25巻』不二出版、174-5。)

¹⁰⁸ (同上書、174。)

1948年5月11日、Oppler 司法・法律課長(Chief,Corts&Law Division)は、「a. 強制断種(compulsory sterilization)の根拠としての遺伝的な弊害の正確な定義」¹⁰⁹を要望した。

1948年5月21日、PHWは「優生保護法案(Bill for Eugenics Protection)」について「a. 遺伝病(hereditary ills)の正確な定義」を要請している¹¹⁰

荻野美穂はOakley¹¹¹を引き、社会党案の後の優生保護法案の提出と法案成立にはサムスの影響があったと指摘している¹¹²。GHQ、政府、厚生省からの上からの押し付けではなく、議員立法という形で、下から優生保護法案が提出され成立することが望ましい印象を与えることができるからである。法案作成時から PHW が関与していたことが確認でき、優生保護法は占領軍の「強制的圧力(coercive pressures)¹¹³」の下で成立したと言うことができる。

1948年、谷口彌三郎をはじめとした超党派の議員により提出された優生保護法(昭和23年法律第156号)が成立した。

公式発表における優生手術の総数であるが、1948年の優生保護法の成立後に増加を始め、1956年の44485件を頂点として、その後は急速に減少し、1970年代初頭からなだらかな減少を示している¹¹⁴。

一方、「医師の申請によるもの」(いわゆる強制断種手術)であるが、遺伝性疾患(第4条手術)と非遺伝性精神疾患(第12条手術)を足したものがその内訳である。第4条手術は、優生手術件数の総数の推移とほぼ同じ傾向を示し、1955年の1362件を頂点として、その後は急速に減少し、1970年代初頭からなだらかな減少を示している。第12条手術であるが1954年の160件を頂点とし、その後はなだらかに推移している¹¹⁵。

¹⁰⁹ Alfred G. Oppler, Chief, Courts&Law Division, to the Chief, Government Section, Memo, “Bill for Eugenic Protection Law, ”May 11, 1948, GHQ/SCAP Records, Box9322, PHW01176-01179. (国立国会図書館憲政資料室所蔵); 豊田真穂, 2013, 「アメリカ占領下の日本における生殖の管理——優生保護法の不妊手術/断種」『アメリカ史研究』36: 73-4.; 横山, 2015, 前掲書, 276. その他には、「b. 委員会の決定から裁判所へ上訴の保証」、「c. 未成年者と被後見人の任意断種の除外と成年者によって作成された合意に関する保護規定の挿入」、「e. 委員会の構成に関する規定の改善」、「f. 厚生省による承認に加えて私人による優生結婚相談所の設立の監督をなす」などが要望された。

¹¹⁰ Checksheet, “Draft Legislation” Gs to PH&W, May 5, 1948; Checksheet, “Draft Legislation”PH&W to GS, May 21, 1948, GHQ/SCAP RecordsBox9322 PHW01176-01179. (国立国会図書館憲政資料室所蔵); 豊田, 2013, 前掲書, 74.; 横山, 2015, 前掲書, 276. その他にも、「b. 委員会の決定から裁判所へ上訴するための保証」、「c. 未成年者と被後見人の任意断種の除外」、「d. 成年者によって作成された合意に関する保護規定」、「e. 委員会の構成に関する一定の改善」、「f. 私人による優生結婚相談所の設立に関する監督をなすこと」などの要請がなされた。

¹¹¹ Oakley, Deborah, 1978, “American- J apanese Interaction in the Development of Population Policy in Japan, 1945-52, ” *Population and Development Review*, 4(4): 617-43.

¹¹² 荻野美穂, 2008, 『「家族計画」への道——近代日本の生殖をめぐる政治』岩波書店, 165.

¹¹³ 『強制的圧力(coercive pressures)』は、組織が依存する他の組織による非公式の圧力と公式の圧力によって引き起こされる。このような圧力は軍事的な勝利者の権力によって、いわゆる開発政策の文脈において国際組織によって、国際的責務によって、あるいは経済的、政治的な優越国家によって行使されるかもしれない」。Lodge, Martin, 2003, “International Choice and Policy Transfer: Reforming British and German Railway Regulation, ” *Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions*, 16(2): 162.

¹¹⁴ 厚生省大臣官房統計調査部, 1951, 『衛生年報』厚生省大臣官房統計調査部, 254.; 厚生省大臣官房統計調査部, 1952, 『衛生年報』, 296.; 厚生省大臣官房統計調査部, 1953, 『衛生年報』厚生省大臣官房統計調査部, 336-7.; 厚生省大臣官房統計調査部, 1954, 『衛生年報』厚生省大臣官房統計調査部, 300-1.; 厚生省大臣官房統計調査部編, 1955a, 『衛生年報』厚生省大臣官房統計調査部, 76.; 厚生省大臣官房統計調査部編, 1955b, 『衛生年報』厚生省大臣官房統計調査部, 330-1.; 厚生省大臣官房統計調査部編, 1956, 『衛生年報』厚生省大臣官房統計調査部, 118.; 厚生省大臣官房統計情報部編, 1997, 『母体保護統計報告』厚生統計協会, 26-7.

¹¹⁵ 厚生省大臣官房統計調査部, 1952, 前掲書, 296.; 厚生省大臣官房統計調査部, 1953, 前掲書, 336-7.; 厚生省大臣官房統計調査部, 1954, 前掲書, 300-1.; 厚生省大臣官房統計調査部, 1955a, 前掲書, 76.; 厚生省大臣官

優生保護法は「優生上の目的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」(第1条)とした。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つて定めるもの」(第2条1項)である。「任意の優生手術」の対象は、「医師は、左の各号の一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、任意に、優生手術を行うことができる。但し、未成年者、精神病患者又は精神薄弱者については、この限りでない」(第3条1項)とした上で、「本人又は配偶者が遺伝性精神変質症、遺伝性病的性格、遺伝性身体疾患又は遺伝性奇形を有しているもの」(第3条1項1号)、「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、遺伝性精神変質症、遺伝性病的性格、遺伝性身体疾患又は遺伝性奇形を有し、且つ、子孫にこれが遺伝する虞れのあるもの」(第3条1項2号)、「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虞れのあるもの」(第3条1項3号)、「妊娠又は分娩が、母体の生命に危険を及ぼす虞れのあるもの」(第3条1項4号)、「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虞れのあるもの」(第3条1項5号)とされた。「強制優生手術の審査の申請」については、「医師は、診断の結果、別表に掲げる疾患に罹っていることを確認した場合において、その者に対し、その疾患の遺伝を防止するため優生手術を行うことが公益上必要であると認めるときは、前条の同意を得なくとも、都道府県優生保護委員会に優生手術を行うことの適否に関する審査を申請することができる」(第4条)と規定された。

優生保護法を成立させた谷口彌三郎が著した『優生保護法解説』を見ると、その立法趣旨が明らかになる。優生手術の費用の国庫負担(第11条)の理由として、「説明 優生手術は単に個人の利益を目的とするばかりでなく、国家目的で、場合によっては、むしろ個人の意志に反しても国家の利益保護の見地から実施されるものである」との見解が示されていた¹¹⁶。すなわち、「個人の意思」に反した場合でも、「国家の利益保護」のために強制的に優生手術を実施できることが明言されたのである。

1949年4月26日、仙台で行われた日本婦人科学会総会の席上で、日本母性保護医協会が設立された¹¹⁷。「協会会則」における「目的及び事業」(第3条)であるが、「一、母性保護に関する統計の作成」、「二、優生保護に関する学術の向上研究」、「三、優生保護の一般的普及徹底」、「四、会員各自の品位の向上」、「五、其他本協会の目的達成に必要な事業」を行うことである¹¹⁸。横山尊によると、「一九五六年時には、優生保護法をめぐる指定医制は日母の利権と化し、厚生省の省益追求と対立する動向」¹¹⁹を示し始めたとする。このことにより、Pierson が言うところの「慣性(Inertia)：一度、収穫逡増の過程が確立されると、正のフィードバック(positive feedback)は単一均衡(single

房統計調査部編, 1955b, 前掲書, 330-1.; 厚生省大臣官房統計調査部, 1956, 前掲書, 118.; 厚生省大臣官房統計情報部, 1997, 前掲書, 26-7.; 1954, 『母性保護医報』56: 2.

¹¹⁶ 谷口・福田, 1948, 前掲書, 61.

¹¹⁷ 福田昌子, 1949, 「経過報告」日本母性保護医協会編『母性保護医報』1: 1.; 横山, 2015, 前掲書, 281. 「協会役員」は次の通りである。会長は谷口彌三郎、副会長は久慈直太朗、柏原長弘の2名、理事は小林茂雄、秋山勝、菅野力、渡邊英吉造、福田昌子、長谷川敏雄、安藤畫一、莊寛、森山豊の9名、監事は樋口一成、澤崎千秋の2名、顧問は高橋明(日本医師会長)、東龍太郎(厚生省医務局長)、三木行治(厚生省公衆衛生局長)の3名、参与は館稔(人口問題研究所総務部長)、瀬木三雄(厚生省技官)、牛丸義留(公衆衛生局庶務課長)、安倍雄吉(厚生省技官)の4名。日本母性保護医協会編, 1949, 前掲書, 2.; 横山, 2015, 前掲書, 281-2.

¹¹⁸ 日本母性保護医協会編, 1949, 前掲書, 1.

¹¹⁹ 横山, 2015, 前掲書, 287.

equilibrium)を導くかもしれない。この均衡は今度は変容への抵抗になるだろう¹²⁰とある通り、優生保護法の実施とその存続に正のフィードバックが効果を発揮することとなったのである。

1949年5月16日、第5回国会参議院厚生委員会の「優生保護法の一部を改正する法律案」の審議において、谷口彌三郎は、強制手術(第4条)は「医師の任意判定」とされていたが、「医師に申請しなければならないという義務をつけることがほんとうに公益上必要」であり、法律上の義務となれば「安心して申請できる」と医師の立場を踏まえて主張した¹²¹。

1949年、優生保護法が改正された。改正点であるが以下の通りである。第1に、優生結婚相談所で受胎調節の指導を行うこととなった¹²²。第2に、「経済的理由」による妊娠中絶が認められるようになった¹²³。

1949年、法制第一局長から「強制優生手術実施の手段について〈法務府法意 - 発第62号〉」が発せられた。その内容は、「1 問題」として「(1)優生保護法第10条の規定により強制優生手術を行なうに当って、手術を受けるものがこれを拒否した場合においても、その意志に反して、あくまでも手術を強行することができるか。(2)右の場合、強制の方法として、身体拘束、麻酔薬施用又は欺罔等の手段により事実上拒否不能の状態を作ることが許されるか」という問いが立てられた¹²⁴。

その「問題」に対する「2 意見」として、「(1)…(中略)…手術を受ける本人の同意を要件としていないことから見れば、当然に本人の意志に反しても、手術を行うことができるものと解しなければならない。従って、本人が手術を受けることを拒否した場合においても、手術を強行することができるものと解しなければならない」、「(2)右の場合に許される強制の方法は、手術の実施に際し必要な最少限度であるべきはいうまでもないことであるから、なるべく有形力の行使は慎むべきであって、それぞれ具体的場合に依り、真にやむを得ない限度において身体の拘束、麻酔薬施用又は欺罔等の手段を用いることも許される場合があるものと解するべきである」、「(3)以上の解釈が基本的人権の制限を伴うものであることはいうまでもないが、そもそも優生保護法自体に『優生上の見地から不良な子孫の出生を防止する』という公益上の目的が掲げられている(第一条)上に、強制手術を行なうには、医師により『公益上必要である』と認められることを前提とするものである(第四条)から決して憲法の精神に背くものであるということとはできない(憲法第十二条、第十三条参照)」¹²⁵と主張された。

憲法学説では、新憲法誕生にもかかわらず、当初、美濃部達吉が唱える一元的外在制約説が通説であった¹²⁶。その後も、法律学において優生保護法の違憲性に関する議論は長く見られなかった¹²⁷。優生保護法における強制断種は、「公共の福祉論」に立脚して、「麻酔薬施用又は欺罔等の手段」の

¹²⁰ Pierson, 2000b, *op.cit.*, 263.

¹²¹ 「第五回国会衆議院厚生委員会議録第二十号」, 2. ; 藤野, 2021, 前掲書, 74-5.

¹²² 「優生保護の見地から結婚の相談に応じ遺伝その他優生保護上必要な知識の普及向上を図るとともに、受胎調節に関する適正な方法の普及指導をするため、優生結婚相談所を設置する」(第20条)。

¹²³ 「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虞のあるもの」(第13条1項2号)、「…経済的理由によるときは他の医師及び民生委員の意見書を…添えることを要する」(第13条2項)。

¹²⁴ 法制第一局長, 1949, 「強制優生手術実施の手段について〈法務府法意・発第62号〉」。(再録: 松原洋子編, 2019, 『優生保護法関係資料集第1巻』六花出版, 64.)

¹²⁵ (同上書, 64.)。次の文献にも同様の記述がある。1950, 「強制優生手術についての法務府の見解」日本母性保護医協会編『母性保護医報』5: 3.

¹²⁶ 美濃部達吉, 1948, 『日本国憲法原論』有斐閣; 芦部信喜, 2019, 『憲法』岩波書店, 100.

¹²⁷ 例えば、法律学全集における、磯崎辰五郎・高島学司, 1984, 『医事・衛生法』有斐閣などにおいても、優生保護法は通常の法規の1つとして位置付けられ、法解釈がなされている。

使用が通常の制度運用とされたことが分かる¹²⁸。優生保護法の対象とされた人々の基本的人権、利益を代表する利益集団は戦後民主主義下の初期においては存在せず、わずかに厚生大臣の答弁のみに強制断種に抗する新憲法の基本原則が示されるのみであった。

1950年、精神衛生法が成立し、精神病者監護法と精神病院法は廃止され、それに伴い私宅監置制度も廃止された。松原は、「精神衛生法の成立をうけて、『遺伝性のもの以外の精神病又は精神薄弱』に断種の適応を拡大する条項(第十二条)が優生保護法に新たに設けられ、精神衛生法に規定する『保護義務者』の同意により断種手術を実施することが可能になった」¹²⁹とその重要性を強調した。

1952年3月25日、第13回国会参議院厚生委員会の「優生保護法の一部を改正する法律案」の審議において、谷口彌三郎は「強制手術の施行数は僅かに三百五十七例」であるという現状を踏まえた上で、「配偶者が精神病若しくは精神薄弱の場合」に、「同意」があれば「医師の認定」で「優生手術」が可能である点、「遺伝性のもの以外の精神病、精神薄弱にかかっているもの」も「保護義務者の同意」で手術ができるようにすること、「健康上の理由」や「姦淫されて妊娠した場合」に「従来のように他の医師又は民生委員の意見書の添付、審査会の審査を要せずに指定医師の認定」だけで「人工妊娠中絶」を可能にすべきであると法案の趣旨を説明した¹³⁰。

1952年、優生保護法が改正された(昭和27年5月17日法律第141号改正)。主な改正点は以下の通りである。第1に、配偶者が「精神病」、「精神薄弱」である場合にも任意優生手術の適応となった¹³¹。第2に、「非遺伝性」の「精神病者」、「精神薄弱者」に対して、精神衛生法上の保護義務者の同意及び優生保護審査会の決定で、優生手術が行えるようになった¹³²。第3に、医師の判断、本人と配偶者の同意で妊娠中絶を行うことができるようになった¹³³。第4に、医師以外で受胎調節の指導を行える者は、都道府県知事の認定する講習を終了した「助産婦」、「保健婦」、「看護婦」となった

¹²⁸ 次の文献を参照。藤野, 2021, 前掲書, 58-63。

¹²⁹ 松原, 1998, 前掲書, 298。

¹³⁰ 「第十三回国会参議院厚生委員会会議録第十二号」, 1。; 藤野, 2021, 前掲書, 88。

¹³¹ 「医師は、左の各号の一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、優生手術を行うことができる。但し、未成年者、精神病者又は精神薄弱者についてはこの限りでない」(第3条1項)、「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、又は配偶者が精神病又は若しくは精神薄弱を有しているもの」(第3条1項1号)。

¹³² 「医師は、別表第一号又は、第二号に掲げる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、精神衛生法(昭和二十五年法律第二百二十三号)第二十条(後見人、配偶者、親権を行う者又は、扶養義務者が保護者となる場合)又は同法第二十一条(市町村長が保護義務者となる場合)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議会に優生手術を行うことの適否に関する審査を申請することができる」(第12条)。「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、本人が同条に規定する精神病又は精神薄弱に罹っているかどうか及び優生手術を行うことが本人保護のために必要であ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、申請者及び前条の同意者に通知する」(第13条1項)、「医師は、前条の規定により優生手術を行うことが適当である旨の決定があつたときは、優生手術を行うことができる」(第13条2項)。

¹³³ 「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、左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。」(第14条)「本人又は配偶者が精神病、精神薄弱、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」(第14条1項1号)、「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形を有しているもの」(第14条1項2号)、「本人又は配偶者が癩疾患に罹っているもの」(第14条1項3号)、「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」(第14条1項4号)、「暴行若しくは脅迫によつ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」(第14条1項5号)。

¹³⁴。第5に、「優生結婚相談所」の名称が「優生保護相談所」と変更された¹³⁵。

1952年7月23日、厚生事務次官から各都道府県知事へ「優生保護法の一部を改正する法律等の施行について(厚生省発衛第一三二号)」が通達された。これは、先の優生保護法の改正を受けて、「従来、遺伝性でない精神病又は精神薄弱にかかっている者については、任意、強制のいずれによつても優生手術を行うことができなかつたため、これらの者の保護が十分でないうらみがあつたので、審査を要件として優生手術を行うことができることとした」¹³⁶とされたのである。

1953年8月14日、人口問題審議会が常設機関として設置された。「第一部会」と「第二部会」が設置され、「第一部会」では「一、人口収容力に関する事項」、「二、人口の地域的分布に関する事項」、「三、生活水準に関する事項」、「第二部会」では「一、人口の量的調整に関する事項」、「二、人口の資質向上に関する事項」がそれぞれ審議されることとなった¹³⁷。

1953年、らい予防法が成立された。松原によると、優生保護法は精神衛生法とらい予防法という2つの法律と連動して運用されることになったとしている¹³⁸。

1953年、自由党人口対策特別委員会で、優生政策に関する提言がなされた。「本委員会は、民族の逆淘汰防止策として左記三項目に就き、一日も速かにこれが実施されんことを希望するものである。(一)…(中略)…精神病者のうち、生殖可能年齢者に対しては速やかに優生手術を行ふべく考慮すること」、「(二)精神薄弱者、生活保護法適用者並にボーダーラインの者のうち現に二人以上の生児を有するものには、医師特に優生保護法による指定医並に受胎調節実施指導員をして、避妊方法を無料にて指導せしめ同時に当人に適合する避妊薬又は器具を配給せしむること」、「(三)右の者が避妊方法を実施せるに拘らず妊娠したる場合には早期に無料にて人工妊娠中絶を行わしむること。尚妊娠が数回に及ぶ場合には、夫婦共々に又はその一方に優生手術を行わしむること」という内容であった¹³⁹。「精神病患者」については優生手術により子どもを持つことを事前に阻止することを目的とし、「精神薄弱者」、「生活保護法適用者」、「ボーダーライン」層に対しては、二人以上の子どもを持つ者に対して産児調節の指導を行い、それにもかかわらず妊娠した場合には無料で人工妊娠中絶や優生手術の実施を行うことを公党の政策として構想していたのである。

4 結論

本論文の目的は、日本における優生政策の成立とその実施過程を明らかにすることであった。この目的を達成するために、次の2つの課題を設定した。第1の課題は、なぜ国民優生法は当初予想されていたよりも優生断種手術実施数が低く抑えられたのかを検討することであった。第2の課題

¹³⁴ 「女子に対して厚生大臣が指定する避妊用器具を使用する受胎調節の実地指導は、医師の外は、都道府県知事の指定を受けた者でなければ業として行ってはならない。但し、子宮腔内に避妊用の器具をそう入する行為は、医師でなければ業として行ってはならない」(第15条1項)、「前項の都道府県知事の指定を受けることができる者は、厚生大臣の定める基準に従って都道府県知事の認定する講習を終了した助産婦、保健婦又は看護婦とする」(第15条2項)。

¹³⁵ 「第五章 優生保護相談所」

¹³⁶ 厚生事務次官、1952、「優生保護法の一部を改正する法律等の施行について(厚生省発衛第一三二号)」。(再録: 松原洋子編, 2019, 『優生保護法関係資料集成第1巻』六花出版, 179。)

¹³⁷ 1954, 「人口問題審議会の設置」『人口問題研究』9(3・4): 56。

¹³⁸ 松原, 2000, 前掲書, 190。

¹³⁹ 人口対策特別委員会, 1953, 『中間報告』。(再録: 松原洋子編, 2019, 『優生保護法関係資料集成第1巻』六花出版, 274。)

は、なぜ優生保護法は、1948年の成立から1996年の廃止に至るまで、半世紀近くその命脈を保ってしまっただのかを検討することであった。

第1の課題についてであるが、次の通りである。Piersonは、「タイミングと配列の役割：収穫逓増の過程において、いつ出来事が起こるかが重要であるかもしれない。なぜならば、配列のより早期の部分はより後の部分よりもずっとより重要であり、もしタイミングが異なっていたのであるならば、起こるのが『遅すぎた』出来事は効果が生じないかもしれない」と主張したが、①日本は優生断種政策実施に先行して、アメリカなどの優生政策先進国と比べて、精神科病床数が相対的に少なく、優生断種政策対象者の施設収容が進んでいなかったためである。さらに精神科病床数の増大を阻害する要因として、政策遺産としての私宅監置制度が存在していた。②国民優生法の実施から僅か数年で、国内が大規模な空襲に見舞われた上、物資の絶対的な欠乏状態にあったためであった。

第2の課題については次の通りである。敗戦後に旧植民地や戦地から、大量の引揚者が帰国したことによる「過剰人口問題」の再来が「外生的ショック」となり、国民優生法の改正が各アクターによって図られることとなった。

1948年に成立した優生保護法は、それに先立つ社会党案と同様に、法案の準備段階から占領軍の「強制的圧力」の下で立案がなされた。優生保護法の成立により、国民優生法では凍結されていた強制断種手術が実施されることとなった。その際、当時の日本社会において断種対象者の利益を代表する利益集団は存在せず、新憲法の成立を好機として強制断種の実施に対する抵抗を企図するアクターは、皮肉なことに当時の厚生大臣の答弁に見られるほかには、多くを確認することができなかった。国民優生法下において強制断種への抵抗を示した臨床系の精神科医は、優生保護法成立に関与することなく、戦後は優生保護法における強制断種をも含んだ優生手術の施行者としての位置を占めることとなった。

1949年に優生保護法が改正された。①優生結婚相談所での受胎調節の指導、②「経済的理由」による妊娠中絶が認められるようになった。

1950年に精神衛生法が成立し、それに伴い精神病者監護法と精神病院法が廃止され、私宅監置制度も廃止されることとなった。優生断種政策の前提である対象者の施設収容を困難なものとした私宅監置制度が廃止され、精神科病院へと移されることにより、断種対象者の把握はより容易なものとなった。

1952年に優生保護法が改正された。改正点は、①配偶者が「精神病」、「精神薄弱」である場合にも任意優生手術の適応となったこと、②精神衛生法上の「保護義務者」の同意と優生保護審査会の決定により、「遺伝性」以外の「精神病患者」と「精神薄弱者」の優生手術が可能となったこと、③医師の判断、本人と配偶者の同意で妊娠中絶を行うことができるようになったこと、④医師以外で受胎調節を行える者に、都道府県知事の認定する講習を修了した「助産婦」、「保健婦」、「看護婦」が加えられたこと、⑤「優生結婚相談所」の名称が「優生保護相談所」に変更されたことである。

1956年、優生手術数は公式発表で44485件実施され、優生保護法下において最大の手術件数を記録した年となった。

戦後、日本母性保護医協会という新しい利益集団が登場したことに加え、「慣性(Inertia)」によって優生保護法は存続し続け、1996年までその命脈を保ち続けることとなる。「時間の経過とともに正のフィードバックは権力の非対称性を増すと同時に、権力関係を見えにくい状態にする」のである。

1950年代以降の優生保護法をめぐる政治については稿を改めて論じることとする。