

第七 ハンセン病政策と優生政策の結合

目次

第七 ハンセン病政策と優生政策の結合	191 頁
第1 ハンセン病患者に対する断種の適用	191 頁
一 男女の隔離	
二 男女隔離の失敗	
三 患者子孫の出生防止	
第2 結婚を媒介とした療養所運営	192 頁
一 「家族舎」の提案	
二 療養所長からの意見聴取	
三 療養所の経費節約	
四 「善行」競争	
五 情夫関係	
第3 断種の根拠	195 頁
一 優生学・優生思想	
二 曖昧な優生断種の適用原則	
三 「癩」は遺伝ではないが境遇は遺伝的	
四 国の見解	
第4 ハンセン病患者に対する断種の実践	198 頁
一 断種による健康被害	
二 国民優生保護法制定の参考事例	
第5 断種の合法化に向けた動き	200 頁
一 断種の公認	
二 任意性の強調	
第6 ハンセン病患者を対象とした断種合法化の失敗	201 頁
一 優生法制定問題の浮上	
二 「癩患者」への断種を法に追加する動き	
第7 優生保護法によるハンセン病患者を対象とした断種の合法化	203 頁
一 優生保護法案の提出	
二 ハンセン病患者とその配偶者への断種の明記	
三 ハンセン病患者等への断種の理由	
第8 断種の真相	205 頁

第七 ハンセン病政策と優生政策の結合

第1 ハンセン病患者に対する断種の適用

一 男女の隔離

1909（明治42）年9月、光田健輔は、東京府の東村山村に開院した全生病院の医長として着任した。光田はかねてよりハンセン病患者の隔離の必要を唱えており（「癩病隔離所設立の必要に就て」、『東京養育院月報』12号、1902年）前任地の東京市養育院でもハンセン病患者を隔離するための「回春病室」の設置に関わった。だが、光田は当初から隔離と断種を一体化して主張していたわけではなかった。たとえば1906年、「癩病患者に対する処置に就て」という論文で、光田は、隔離政策の「其長所とする所は、清潔・消毒・医療等の実行は容易にして、又男女の区画を厳にし之れによりて直接に健康なる周囲の人々に危険を及ぼすこと少なく、又間接には子孫をして不幸なる運命を得せしめざるの益ある」と述べている（『東京養育院月報』59号、1906年）。後に「人道的」な隔離の形態として光田が主張した「結婚」は、ここでは認められていない。この時点では、光田は子孫の出生防止を施設内での男女の隔離によって実現しようとしていたといえる。

1909（明治42）年に開設された全生病院には、夫婦で入居してくる患者のための夫婦舎（8畳に2組雑居）があったが、原則は男女の隔離であった。「入所者心得」に「一、言語ニ注意シ品行ヲ慎ミ男女猥ニ交通セザル事」という文言が盛り込まれ、女舎がある一帯は板塀で囲まれて男性の出入りは禁じられた。監督（見張りの職員）によって厳しく監視され、女舎にいるのが見つかった男性は監督にぶたれたり、減食されたりした。それでも塀を乗り越えて男性患者たちは女舎に通い、その結果、妊娠・出産が生じた。産まれてきた子供たちへの対応が病院では問題となった。光田が私費で近所の農家に里子に出したり、東京市の養育院に預けようとして養育費を請求されて連れ帰ったり、また親が乳児を東京市内にまで捨てに行き、子供が拾われるまで見届けたという話もあった（多磨全生園患者自治会編『俱会一処』、一光社、1979年）。このような状況においては、合意がないままの性関係を女性が強いられることもあったと考えられる。

二 男女隔離の失敗

男女隔離を徹底するならば、たとえば簡単に往来できない距離を男女の居住地区の間に設けるなどの方法もあったはずである。しかし、「癩予防二関スル件」（1909年施行）にもとづいて開設された全生病院では、扶養義務者がいない放浪患者の隔離収容が優先され、板塀で女舎を囲うだけの設備しかもたなかった。その結果、生じた事態に苦慮した光田は、打開策として男性患者に対する断種を導入することにした。その際には内務省衛生局の氏原佐蔵が書いた民族衛生の「パンフレット」を参考にしたという。この「パンフレット」、すなわち『民族衛生』（南江堂、1914年）で、氏原は「精系離断法」について、簡単な小手術でアメリカにおいてすでに実施されており、「民族改善に関

第七 ハンセン病政策と優生政策の結合

する此の手段を法規として制定せんとする傾向となれり」と説明している。「精系離断法」の術式については、女性の「両側輸卵管片の切除術に相当す」とされた。ただし、当時の日本でこうした手術をハンセン病患者に行うと傷害罪に問われる恐れがあった。そこで、光田は牧野英一ら法学者に問い合わせたところ、「告発されなければ大丈夫」との答えだったので、実施したという。内務省の官僚からは、告発されないように同意書に類するものをとるよう助言されたと述べている。光田は男性患者に手術を呼びかけ、これに応じた者から手術をした（光田健輔『回春病室』、朝日新聞社、1950年）。全生病院医員であった林芳信の「初期輸精管手術患者名簿」によると、最初の手術は1915年4月24日に38歳の男性患者に対して実施され、同年中に計37件の断種手術がおこなわれたという（多磨全生園患者自治会編『俱会一処』、一光社、1979年）。

三 患者子孫の出生防止

全生病院の男女隔離の原則は、ハンセン病の発生予防の見地からの患者子孫の出生防止と結びついており、その点で優生的な性格を明らかに帯びている。後述するように、優生学の関心の対象は狭義の遺伝性疾患だけでなく、結核や梅毒などの感染症やアルコール中毒などで、子孫に何らかの影響が及ぶとみなされるケースも含まれていた。

しかし、光田は男女隔離という性欲の封じ込めによる出生防止に失敗したので、より即物的な「出口」規制としての断種による出生防止の方法を採用することにした。出産防止のための手段という意味では、この場合の断種も優生方策ではあるが、その導入の経緯ははじめに結論ありきで、断種手術の適応としてハンセン病がふさわしいかどうかという優生学的な検討が加えられることはなかった。出産防止の口実も、ハンセン病患者から生まれた子どもの社会的な養育困難等に求められている。それよりも光田にとっての関心は傷害罪に問われないかどうかで、告発されないために断種についての同意が虚構された。

そして、断種の導入によって性欲と出産との結びつきを切断した光田は、それまで患者管理の障害であった性欲を、患者管理を促進するための手段に用いることとした。光田は断種を条件に男女間の性交渉を容認することで、患者の性欲を馴致して患者管理を容易にただけではとどまらなかった。断種導入によって出生防止と両立可能になった男女共同収容を、隔離された患者たちが療養所で強いられる「別の人生」に意義を与える装置として再定義し、活用したのである。光田の療養所構想にとって、断種、そして結婚は要として重要な意味をもつことになった。

第2 「結婚」を媒介とした療養所運営

一 「家族舎」の提案

光田は1916（大正5）年に内務省に設置された保健衛生調査会の第四部委員となり、1917（大正6）年、内務大臣に『保健衛生調査会委員光田健輔沖縄県岡山県及台湾出張復命書』を提出した。こ

ここでは「癩村経営方法」が提案されていたが、その一項目として「家族舎」が挙げられている。ここでいう「家族」とは、収容された患者からなる疑似家族である。1 癩村あたり 1 万人の患者のうち 32 人を「一家族」として、一家を構えさせ 1 村 313 軒として、各戸に炊事場、井戸、食堂、便所、納屋、畜舎、薪炭置場を附属させる。舎長を選挙で選び、家族的団結による自治によって、様々な仕事を分担し互いに助け合う。それまで暮らしていた社会で失ったものを、療養所という「新社会」で復活させる気持ちをもたせる。その意味で、男女を別々の島に居住させるのは得策でなく、男女を一定の条件のもとで「結合セシムルベキハ結合セシメ此レヲシテ新家庭ヲ作ラシメムトス」。ここで問題になるのが妊娠出産であるが、これは女性患者の病勢を進行させ、また産まれた子供への感染の危険が大きいので、結婚する男性はあらかじめ輸精管切除術を行い、女性はX線の照射により妊娠を防止することを提案している。当時の医療技術では女性への断種手術は死亡の危険が高く、同意を虚構したとしても殺人罪に問われる可能性もありえることから選択肢から外されたものといえようか。

二 療養所長からの意見聴取

また、保健衛生調査会第四部は、1919（大正8）年12月に公私立療養所長を招集し、「癩予防ノ根本的方策ニ関スル意見」等について意見聴取をした。キリスト教系の私立療養所が結婚禁止、男女隔離を主張するのに対して、公立側の光田健輔（全生病院長）と菅井竹吉（外島保養院医長）は、療養所内での結婚を認めるべきだと主張した。光田は男女別居が宗教的信念に基づいている場合はいいが、多くの患者たちに男女別居を強制することは「或意味ノ人道ニ於テハ違フカトモ思フノデアリマス」と発言している。今田虎次郎（外島保養院長）は、「夫婦関係ノ如キハ精系ヲ離断シマスレバ子供ガ出来ナイサウデアリマスカラ、斯ウイフ簡便ノ方法ニ依リマスレバ随分妻帯シテ居ル者ノ如キハ妻ト共ニ是ニ移住サシテモ差支ナイト考ヘマス」と述べている（『保健衛生調査会第四部（癩）議事速記録』、内務省衛生局、1919年）。

男女の隔離を一貫して唱えたキリスト教宣教師で、熊本の回春病院長ハンナ・リデルは、1914（大正3）年に総理大臣に提出した意見書で、男性と女性の居住地域をできるだけ離れた土地に置くよう求めていた。男性患者、女性患者はそれぞれの村で、病状の許す範囲で仕事をし、女性にとって重い労働については男性労働者を雇用することを提案している（飛末甚吾『ミス ハンナリデル』、熊本回春病院事務所、1934年）。

三 療養所の経費節約

こうした意見に対して、光田は『癩予防に関する意見』（1912年）で、次のように反対した。女性だけの療養所では男性特有の職業（大工、左官、土方など）に関して院外の健康者を従事させなければならない。同様に男性だけの療養所では洗濯、裁縫などをやはり院外に求めることになる。しかし、「療養所に於ては院内に於ける諸般経常施設に対し一々健康者を累はすは経費を要すること

多大なるのみならず伝染の危険なる区域に於ける労働の如きは健康者を累はすことを避けざるべからず」という。要するに、患者の隔離によって健康者への感染機会を減らす一方、療養所の経費を節約することを優先すると、男女共同収容が理にかなうというのである。社会を感染から守るために、隔離された患者は性別役割分業にもとづく労働によって、自ら生活を支えることが前提とされていた。

四 「善行」競争

さらに、男女比が3対1の療養所では「女性の勢力は陰然男子を左右するに至り所謂女尊男卑の風を生じ」ており、女性を獲得するために男性間の競争が生じる。女性は勤勉で温厚な男性を配偶者として求めるので、男性は女性に気に入られようとして粗暴な者は行いを慎み、怠惰な者は勤勉となって職員に作業を与えるよう懇願するようになる。また、夫婦関係を結ぶにあたり相手の女性に贈り物をしたり、同室者に披露しなくてはならないので、作業賃金が必要になるため、仕事を得るために職員に従順なり、作業にも忠実になる。また女性の「陰然たる制裁力」が「乱暴なる男子を征服して従順ならしめたる適例」がいくらかでもあるという。男女別居は患者に希望を失わせ自暴自棄に向かわせるのに対して、男女併存にはこうした利点があると光田は強調している（光田健輔「癩予防に関する意見」、内務省衛生局、1921年）。

ここでは、女性患者の性と性役割が療養所管理のための資源として利用されることになる。もっとも、女性の妊娠はあってはならないこととされ、また妊娠した女性は堕胎を強いられた。産んでも療養所内で子供と一緒に暮らすことはできなかった。生殖・育児という側面でも女性の性は隔離政策によって奪われていた。

五 情夫関係

しかも、断種が全生病院に導入された当時、夫婦関係は「情夫関係」と呼ばれていたという。多磨全生園患者自治会編『俱会一処』によると、見張りの監督が上司に提出した「情夫関係報告書」が存在する。1915（大正4）年6月の報告には、女性患者92名のうち、情夫をもつ者61名、無情夫者21名、夫婦者10名であった。情夫を持つ者の年齢別人数の他、情夫関係者の舎名、氏名、年齢、在院男女の年齢別の詳細や、妊娠確定が4名、妊娠疑いがある者1名が記名されている。「このような男女患者の結び付きは、当局にとってはたんなる女に対する情夫、すなわち色男に過ぎず、そういう者たちに舎室を提供するとか、便宜をはかるなどの好意も親切もなかった」し、「男女交際を公然と認めたわけではなく、女舎の見回りはひんぱんになり、あたかも生かさず殺さず式な取りあつかいをとった」。「15歳で入院した女の子が、知らない間に情夫が決められていたなどはひどい例」もあったという。女舎には、どの室にも情夫もちがあり、部屋の全員に情夫がいるところでは夜、一室に16人がひしめく状態になる場合があった（多磨全生園患者自治会編『俱会一処』、一光社、1979年）。療養所の中での切実な男女の結びつきは、隔離政策によって貶められながら、同時

に隔離政策によって徹底的に統制され利用されたのである。

第3 断種の根拠

一 優生学・優生思想

ハンセン病患者への断種は、男女隔離に代わる出産防止のための手段として始まったが、その後も継続され、戦後の優生保護法にまで連なることになった。どのような理由で継続されたのであるのか。

19世紀末にイギリスとドイツで同時に提唱された優生学は、20世紀以降各国に普及し、1900年代には日本にも紹介された。例えば医学者の大澤謙二は、ドイツの優生学者シャルマイヤーの説を紹介し、これを「最良ノ社会政策」とであると評価した。「人種ヲ改良シ国民ヲシテ強健ナラシメントセバ 第一、体育ヲ奨励シテ偏重ナル知育ノ弊害ヲ軽減スルコト 第二、結核病花柳病及酒精中毒ノ如キ子々孫々ヲ毒害スベキ伝染病ト罪惡トヲ防遏スルコト 第三、婚姻法ヲ制定指定望マシキ結婚ヲ容易ナラシメ否ラザル者ヲ制限スルコト約シテ云ヘバ人為淘汰ヲ施スコト」と説明されている（大澤謙二「体質改良ト社会政策」、『東京医事新誌』、第1391号、1905年）。また、動物学者の丘浅次郎は、自然淘汰説から「自己の団体の自衛上極めて必要」とされるものとして「所謂人種衛生学、社会衛生学」を挙げ、「劣等な人間、有害な人間を人工的に保護して生存繁殖せしめる様では其人種の進歩改良は到底望むことは出来ませぬ」、「少なくとも子孫を後に遺さぬだけの取締りは必要であると思ひます」と述べている（丘浅次郎「進化論と衛生」、『国家医学会雑誌』第221号、1905年）。

一方、福原義柄は大著『社会衛生学』（1914年）で、「民族衛生策八主トシテ其根拠ヲ遺伝研究ニ置クモノデアル」としながらも、「後天形質」が遺伝しないからといって、その養成が不必要というわけではなく、「母ノ栄養、疾病、中毒等ガ同時ニ胎児或ハ生殖細胞ニ同様ノ第二次的影響ヲ与ヘ、有害ナル変異ノ原因トナル」としている。また、「人類ノ進化及退化ニ影響スル諸事情」のなかに「強壯者ヲ弱メ（繁殖力ヲ害セザルモ）其子ヲシテ体質劣等ナラシムル疾病例之慢性伝染病及慢性虚弱状態」、「生殖腺ヲ毒シ胚種ヲ弱メ子孫ヲシテ低格児ナラシムルモノ例之酒精、梅毒、結核ノ如シ之ヲ胚種毒トモ云フ」としている。さらに、「吾人ハ一方ニ於テ社会的低格者ヲ保護シツ、他方ニ於テ此低格ノ子孫ニ遺伝スルヲ防止セネバナラヌ、是レ篇頭ニ論ゼル消極的民族衛生策ノ必要アル所以デアル」とし、「社会的低格者」として「精神薄弱、要扶助者、不具、癲癇、精神病、体質薄弱、病的基質アル者、犯罪者、盲啞ノ如キ心身低格者」を挙げている。要するに、民族衛生の必要上、慢性伝染病の患者もまた子孫の出生防止の対象とみなされたのである（福原義柄『社会衛生学』、南江堂、1914年）。乳幼児期の家族内感染や、胎内感染の可能性が指摘されていたハンセン病もまた、民族衛生上の標的となる余地は十分にあったといえよう。このように、優生学および民族衛生学の関心の対象は狭義の遺伝病にとどまらなかった。

1920年代には、婦人問題、産児制限論、性教育、性問題、衛生問題などへの社会的関心が高まっ

た。当時急成長した出版ジャーナリズムでは優生学的言説がしばしば取り上げられるようになり、読者である新中間層に影響を及ぼしていった。『ユーゼニックス』（1924年創刊、後『優生学』に改題）『優生運動』（1926年創刊）といった雑誌も発行されるようになった。社会の負担とみなされた障害者・病者、あるいは犯罪者のように社会防衛上好ましくない者の「発生予防」を、隔離、結婚禁止、断種、堕胎といった生殖への介入によって実現しようとするのが、当時喧伝された優生思想であった。そこでは、「癩病」は「花柳病」、「酒精中毒」、「結核」、「精神病」、「精神薄弱」とともに、子孫に深刻な影響を及ぼし、民族の衰退を促す主要因とみなされていた。このような優生学・優生思想が、光田によって始められたハンセン病患者への断種を継続せしめることの追い風になったといえよう。

二 曖昧な優生断種の適用原則

光田らハンセン病療養所の医師と政府関係者は、ハンセン病患者の断種の口実として、妊娠出産に伴う女性患者の病状悪化、ハンセン病患者から産まれた子供の社会的な養育困難、胎内感染および乳幼児期の感染の可能性、体質遺伝の可能性等、さまざまな理由を挙げてきた。一般に優生断種の適応は遺伝性疾患と考えられているが、アメリカ州法として制定された断種法の多くが施設に収容された精神疾患患者や知的障害者を主な対象としていたこと、1933（昭和8）年に施行されたナチス断種法（正式名は遺伝病子孫防止法）の適応にアルコール中毒が含まれていたことを考え合わせると、優生断種の適用の原則は一樣ではなかった。

遺伝という概念自体にも混乱が見られた。外島保養院医長の菅井竹吉は1919（大正8）年の公私立癩療養所長の座談会で、「先ズ私八十数年来癩ノ伝染ヲ主張シテ居リマス、又他方二八十年此方癩患者ノ生ンダ子供ヲ多数ニ於キマシテ其血液内ニ黴菌ヲ持ッテ居ル、即チ母ノ体内ニ居ル時ニ黴菌ヲ持ッテ居ルトイウコトノ実験ヲモ主張シテ居リマスガ、是ハ私ガ始メテデアラウト思ヒマス、即チ私ハ癩ハ伝染ヲシ得ルガ又遺伝モアリ得ルスウイフ考デゴザイマス。（中略）其伝染ナリ且ツ又遺伝スルトイフコトモ確信シマスカラ子供ニ黴菌ガアルトイフコトハ非常ニ重要ナコト私ハ考ヘテ居リマス」と述べている。つまり、胎内感染を「遺伝」と菅井は表現しているのである。これは当時、俗に言われた「遺伝梅毒」と同じ用法であった。この菅井発言を受けて幹事の湯沢は、「遺伝的ノモノ」があるならば「精莖切断」の理屈が立ってくるのではないかといい、それに続けて光田は全生病院での断種実績を語っている。だれもここでの「遺伝」という用法の問題に疑問を呈していないのである。

三 「癩」は遺伝でないが境遇は遺伝的

全生病院医員の経験があり体質学を専門にしていた日戸修一の発言も注目される。日戸は結核や癩などの感染症も、その発症については体質が関係していることを指摘し、「体質国家主義」のもとで国民の体質改善を追求するべきであり、断種法もその一助になるとしている。そして「日本優生

学の先駆ともいふべき癩の断種」を解説する。しかし、そこでは予想に反して、癩の断種が国民の体質改善と無関係であることが示される。

「癩の断種といふことは、癩が伝染病であつて遺伝的な疾患でないことと別に発達してきている。つまり癩の両親をもつた子の運命が実に可哀さうであるから始まつたのである。断種は、日本では、三十年ものずっと前から癩療養所に行つていたところで、日本人の体質は、断種をしても一向に思はしからぬ変化が起るなどといふことはないといふことを、ここで立派に証拠立てている。」

これに続けて日戸は、癩の両親のもとで育てられた子供は癩になる確率が高く、癩の子供のための保育所でも保育すべき人がいないという。「癩は遺伝でないが、境遇は遺伝的である。ここに癩の断種の要望が起こつた。優生学的といはれないにしても、これほど人道的な優生学的処置はどこにもあり得ないだろう。(中略)癩の断種によつてここで癩の発生を防止した数は必ずしも沢山ではないであらうが、しかしそれによつて癩と悲劇の境遇を同じうする子供たちが多数生れ出るのを防がれたわけであつた」と日戸は評価していた(日戸修一『日本人の体質』、文芸春秋社、1940年)。

四 国の見解

1929(昭和4)年3月1日、第56回帝国議会衆議院の明治四十年法律第十一号中改正法律案(癩予防二関スル件)委員会において、内務省衛生局予防課長高野六郎は、ハンセン病は感染症であり、「遺伝ハシナイ」ことを明確にしたうえで、親子間の感染の機会が多いので、断種手術は予防上適切であると答弁したものの、さらに「遺伝ガ絶対ニ無イカト斯ウ御尋ヲ受ケマスルト、私共絶対ニサウ云フ事ハ無イトハ申上ゲ兼ネル」とも述べている。

また、1931(昭和6)年2月28日、1931(昭和6)年2月28日、第59回帝国議会衆議院寄生虫病予防法案外一件委員会の場合でも、衛生局長赤木朝治は、ハンセン病の感染について「私共ノ諒解致シテ居リマス所デハ、癩病自体ガ遺伝ヲスルト云フコトハ、是ハナイコト、承ッテ居ル」「或ハ癩菌ニ対スル抵抗カト言ヒマスカ、体質ノ如何ニ依リマシテ、……(中略)……体質ガ癩菌ニ対シテ特ニ癩菌ヲ受入レ易イヤウナ体質ヲ持ッテ居ルト云フヤウナ時ニ、所謂遺伝ト認メラレルヤウナ、通俗ニ申シマスレバ、サウ云フコトモアルカモ知レマセヌ」と述べている(『第五十九回帝国議会衆議院寄生虫病予防法案外一件委員会議録』4回)。赤木は、ハンセン病は遺伝病ではないが、罹りやすい体質は遺伝するかも知れないと明言した。ここに政府担当者からハンセン病患者への断種の根拠が示された。

さらに、高野六郎は、厚生省予防局長となっていた1939(昭和14)年3月25日にも、第74回帝国議会貴族院職員健康保険法案特別委員会において、「癩ノ血統ノ者ハ罹リ易キ体質ヲ持ッテ居リハシナイカドウカト、少クモ懸念ハアルノデアリマシテ、成ルベクハ癩患者ノ産ミマス子供ハ少イ方ガ世ノ中ノ為デアリ、其ノ家族ノ為デアラウト考ヘ得ラレル」と、ハンセン病患者への断種の

理由が「罹り易き体質」の遺伝の防止にあると明言している（『第七十四回帝国議会貴族院職員健康保険法案特別委員会議事速記録』8回）。それまで曖昧にされていたハンセン病患者への断種手術の理由が厚生省の担当者により鮮明に示されたのである。

1931（昭和6）年に「癩予防ニ関スル件」が「癩予防法」に改正され、絶対隔離による患者撲滅政策へと傾斜する中、光田によって対処療法的に始められたハンセン病患者への断種は、患者撲滅政策と不可分なものとして国に受け入れられることになった。だが、国は、ハンセン病患者への断種の根拠を感染にも遺伝にも求めることができなかったために、苦肉の策として「罹りやすい体質」の遺伝の防止に求めた。それが口実にすぎなかったことは、日戸が、癩の断種が国民の体質改善と無関係であることを示したことからも明らかであった。にもかかわらず、国は、患者の子孫はハンセン病にかかりやすい体質を遺伝しているという口実のもとに、すべての患者に対して断種を実施することにより、すべての子孫の出生を抑えこもうとしたのである。

第4 ハンセン病患者に対する断種の実践

一 断種による健康被害

光田健輔は1925（大正14）年4月に日本皮膚科学会総会席上で、光田が推奨する簡便な精管切除の術式を口頭発表している。主題と異なる発表をさせてもらったのは、患者収容拡張の予定があり、医師に患者を療養所に送ることを呼びかけるためだとしている。スタイナ八流の白髪が黒くなるといった変化がみられたか、という中野等の質問に対して、光田は10年間手術を実施してきて200人中3割位に3日～1週間の勃起を訴えるものがあつたと答えている（光田健輔「単簡ナル輸精管切除術」、『皮膚科及泌尿器科雑誌』第25巻第6号、1925年6月）。記録で見ると、とりたててハンセン病患者に対するワゼクトミーの是非を問う者はなく、スタイナハ式手術（当時「若返り手術」として注目された精管切除術）の効果の批判という文脈で紹介されているにとどまる。

全生病院の藤田の報告によると、1915（大正4）年から1939（昭和14）年までの間に、男性のハンセン病患者に対する断種手術を385件実施した。女性の手術は男性に比べて複雑で困難なので、もっぱら男性に実施した。現存者151名中調査可能な140名のケースを検討した。このうち、何らかの局所的合併症があるものが、62名あつた。性欲については変化無しが49名、少し減退が53名、強く減退が38名あつた。身体的影響については、「体力が衰え根気がなくなった」24例、「疲労しやすくなった」6名、癩の病勢が悪化した2名、走ることが困難になった2例、頭の働きが鈍くなった3名と報告している。血友病患者であることを知らずに手術して、大量出血して死亡したケースがあつたことも報告されている。藤田は、片方の輸精管を切断、結紮し、もう片方は切断したままで放置するという実験的処置を30例、おこなつたという。患者は左右の差を訴えないと藤田は述べている。さらに、「輸精管と他の血管、神経等を錯誤して手術する事は、特に手術に熟練していないときにはありうる」と述べている（藤田敬吉「癩患者の断種手術に就いて」『レプラ』第10巻第6号、1939年11月）。療養所内での断種手術は必ずしも熟練した施術者によって実施されてい

たわけではなく、神経や血管の切断に伴う副作用に苦しむ患者もいたことは、これまでの元患者の証言からも推測される。副作用がないという名目で行われてきた断種手術であるが、実際には藤田報告にあるような健康被害も生じていた。

二 国民優生保護法制定の参考事例

一方、野島泰治は 120 例の手術を経験していると述べている（野島泰治「断種の手術」『臨床の日本』第 5 巻第 4 号、1937 年 4 月）。外島保養院で 1924（大正 13）～25（大正 14）年頃、初めて 15 名の男性患者に断種手術を実施した。その中には内縁関係の女性を妊娠させたために、「懲罰の意味で其の男性に強いて得心させて施術したものもある」という。1927（昭和 2）年からは大島療養所で「自ら進んで希望せる」患者に対して「百余例」実施したとしている（野島、前掲）。そのうち 40 名については「輸精管切除患者の実験例」として詳細に報告している（野島泰治「癩患者に行へる輸精管切除例に就いて」、『レブラ』第 2 巻第 3 号、1931 年 9 月）。玉村孝三と矢嶋良一は、栗生楽泉園で 1935（昭和 10）～41（昭和 16）年に男性患者に対して実施された 140 例について報告している（玉村孝三・矢嶋良一「癩患者に対する断種手術に就て」、『日本公衆衛生協会雑誌』第 17 巻第 11 号、1941 年 11 月）。

さらに、厚生省技師の青木延春は、1940（昭和 15）年に 1915（大正 4）～39（昭和 14）年に全国のハンセン病療養所で男性患者に対して実施された 1003 例を分析している。これによると、全生病院で 1915（大正 4）年から 385 名、長島愛生園で 1931（昭和 6）年から 209 名が実施されている。青木はハンセン病患者が断種の適応か否かには言及しておらず、単に国民優生法下での断種の参考事例とみているに過ぎない。断種手術による健康悪化があったことを指摘しながら、そのことによる患者の不利益については言及はない（青木延春「優生手術について」、『人口問題研究』第 1 巻第 5 号、1940 年 8 月）。

このように、断種は全国の国公立ハンセン病療養所に広がり、上述の青木報告によれば 1939（昭和 14）年までに合計 1,003 名の男性患者が輸精管切除術を受けていた。

1939（昭和 14）年 6 月 15 日、厚生省予防局優生課長は国公立のすべてのハンセン病療養所長に対し、「癩患者手術二関スル件」を発し、断種手術の実態調査をおこなっている。調査項目は「断種手術実施数」、「断種手術合併症」、「手術ノ失敗数」、「手術ノ身体ニ及ボス影響」、「断種手術ノ一般健康状態ニ対スル影響」、「性慾ニ対スル影響」であった（「厚生省関係書類」—神山復生病院所蔵—）。時期的に見て、この調査は国民優生法案を作成する際の参考にするためにおこなったと考えられる。国家が国民優生法を制定して、断種を実施に移そうとしたとき、ハンセン病療養所における患者への断種の実態は、貴重な臨床例とみなされたのである。

第5 断種の合法化に向けた動き

一 断種の公認

1948（昭和23）年の優生保護法制定までは、ハンセン病患者の断種は刑法の傷害罪に該当する可能性があったにもかかわらず、実施した医師らが処罰されることはなかった。むしろ政府は、総体として、ハンセン病患者の断種を正当化、合法化する方向に向かった。1920年内務省保健衛生調査会で決議された「根本的癩予防策要項」には、「患者ノ請求アリタルトキハ癩療養所ノ医長ハ其ノ患者ニ対シ生殖中絶方法ヲ施行シ得ルコト」という一項が入れられた。これによって、内務省保健衛生調査会という政府関係機関において、ハンセン病対策の一つとして「生殖中絶方法」が公認されたことになった。

1929（昭和4）年の「癩予防ニ関スル件」改正に関する第56回帝国議会委員会質疑では内務省衛生局の局長、予防課長らがハンセン病患者への断種を既成事実として認め、それを正当化する答弁を行っている。鈴木文治議員が癩が遺伝するのであれば、人道上問題になるかもしれないが、遺伝しないような「根本的ノ方法、即チ去勢其他ノ方法」で子孫が生まれないようにする方法を講ずることも、国家として考究すべきではないかと質問したのに対して、内務省衛生局技士高野六郎は胎児が「多少病毒ヲ持ッテ生レル」ことがあるが、これは例外で、「癩病ノ血統ニ癩患者ガ多イ」のは、両親からの感染機会が多いため、子供をなるべく産んで欲しくない并希望している、さらに「實際ニ断種等ノ手術ガ、此種ノ予防ノ為ニ適切ナ処置デアルカドウカト云フコトハ疑問デアリマスガ、成ルベクハ生ンデ貰ハナイヤウニト考ヘテ居ルノデゴザイマス」と答えている。また医系議員の田中養達は、療養所で「避妊ノ手術」を原則として行っている趣意は、遺伝にあるのではないかと考えているとし、自宅療養している患者にも、強制とまでは行かなくても説得して、「避妊ノ手術」を実施したらどうかと医者の立場で考えているとした。「避妊術」を行う一方で、伝染病であるというのは、少し矛盾があるのではと質問した田中に対して、内務参事官加藤久米四郎は、国立及び連合府県立療養所で「本人ノ希望ト申シマスルカ、勧誘ト申シマスルカ」そのようなことを行っており、自宅療養者も避妊の方法を講じるのがよろしかろうと思うと答えた。こうした帝国議会での一連の議論のなかで、ハンセン病患者の断種手術を支持する意見が支配的になっていった。

二 任意性の強調

ハンセン病患者の断種の合法性をめぐる議論でとりわけ強調されたのが、「患者からの依頼または承諾にもとづく」、すなわち任意であることである。医学的理由は別として、社会的理由、優生学的理由が断種の違法性を阻却するかについては法学者の議論は分かれていた。しかし、意思決定能力のある者が承諾した場合は、公序良俗に反しない限り、医学的以外の理由による断種でも違法性が阻却されるという解釈が主流であった（市村光恵『改版医師ノ権利義務』、實文館、1915年、木村亀二「断種」(上)(中)(下)、『刑政』第46巻第9・10・12号、1933年)。「民族衛生乃至優生の

目的上断種を適当とする場合」、本人承諾のもとでの断種は、合法であり現行法上直ちに認められるべきで、何等特殊の立法を必要としないという刑法学者もいた（小野清一郎「断種 Sterilization に関する一考察」、小野清一郎『刑の執行猶予と有罪判決の宣告猶予及び其の他』、有斐閣、1931 年）。ハンセン病療養所の中での「患者の承諾」が、違法性阻却の前提となる自由な意思決定に該当するのかどうかという論点は不問のまま、任意の断種であるという光田らの言い分が通った。その背景には、リデルらキリスト教主義療養所責任者も共有していた「ハンセン病患者は子供を産んではない」という考え方があった。

光田が断種を始めた 1915（大正 4）年には、すでに優生学や米国で成立した断種法が日本の知識人に紹介されていた。断種をはじめとする抑制的優生学（negative eugenics）では、まず社会防衛上「望ましくない性質」が特定され、それらが「子孫への伝達」と結びつけられたため、狭義の「遺伝」だけでなく胎内感染やアルコール等による「胚種毀損」も問題視された。つまり遺伝するか否かの厳密な科学的検証よりも、「望ましくない性質」を持った者の出生防止が優先事項だったのである。1920 年代以降、優生学は多くの知識人に支持され、1927 年には内閣人口食糧問題調査会に優生運動に関する小委員会も設置された。こうしてハンセン病患者の「任意」断種はあえて告発されることなく黙認されていたのである。前述したように、保健衛生調査会の「根本的癲予防策要項」（1920 年）に患者の請求による「生殖中絶方法」の施行が盛り込まれたり、1929（昭和 4）年の「癲予防ニ関スル件」改正案の帝国議会審議でハンセン病患者の断種について、内務省衛生局担当者が主に優生学的見地から意義を述べていたりもして、ハンセン病患者に対する断種の合法性を立法的に確かなものするための布石が打たれていった。

第 6 ハンセン病患者を対象とした断種合法化の失敗

一 優生法制定問題の浮上

前述のように 1920 年代初頭、優生論が盛んになっていったが、帝国議会に対する優生法立法化運動も始まった。新婦人協会は、1920（大正 9）年から 21（大正 10）年にかけて平塚らいてうのリーダーシップのもとで花柳病者結婚制限法の議会請願運動を展開した。運動の主旨は、花柳病者の結婚制限を「種族への奉仕を全うせん」というもので、ノルウェーをはじめとする海外の「善種学的結婚制限法」を参照しながら請願書を起草し、紹介議員を通して帝国議会に提出した。請願は採択に至らなかったが、識者が論壇でこれを優生法立法化運動とみなして支持したり、この請願を審議する請願委員会でアメリカの断種法が話題にのぼったりした。帝国議会議員であった中馬興丸と荒川五郎はこの請願を支持した。

立憲民政党の医系議員であった中馬興丸は、1930（昭和 5）年 5 月に「帯患者結婚制限法制定ニ関スル建議案」を第 58 議会衆議院に提出した。その理由書には、花柳病者、精神病者、酒精中毒者、結核患者、癲病患者に対し、「優生学ノ命スル所ニ依リ」結婚以前に「必要ナル外科手術ヲ受ケシメ子孫繁殖ノ途ヲ絶ツヲ必要トス」—つまり断種手術が必要であるとあった。花柳病は夫婦間に伝染

し、精神病者と酒精中毒者の子孫の多くは「精神的欠陥」を有する。さらに、結核や癩病の患者の多くは子孫に病気を伝える、というのが中馬が「必要ナル外科手術」を求める理由であった。この建議案は議題とならなかったが、後に民族優生保護法案を提出する荒川五郎と八木逸郎が賛成者に含まれていたことが注目される（「帯患者結婚制限法制定二関スル建議案」および「帯患者結婚制限法制定二関スル建議案理由書」『五十七 - 五十八帝国議会衆議院上奏・建議・決議・動議・質問一九二九 - 三〇』、国会図書館所蔵）。

1934（昭和 9）～35（昭和 10）年には荒川五郎が中心になり帝国議会に民族優生保護法案を提出した。教育・社会事業系議員であった荒川は、この法案で精神的・身体的な遺伝性疾患、中毒症、結核、癩病の患者および「凶暴犯罪者」でその「悪質」を「遺伝」する者の断種の他、性病患者の結婚禁止、国民全員の婚姻許可証提出義務などを求めた（『第六十五回帝国議会衆議院議事摘要』中巻、『第六十五回衆議院議事速記録』1934 年 1 月 31 日、『第六十七回帝国議会衆議院議事摘要』中巻、『第六十七回帝国議会衆議院議事速記録』1935 年 2 月 14・2 日）。

このように 1920 年頃から帝国議会でも優生法制定問題が浮上していた。そこでは、ドイツの断種法が成立する以前の様々な各国優生法を参照しながら、規制対象をいわゆる「遺伝病」に限定しない断種法や結婚規制法が提案されていた。

二 「癩患者」への断種を法に追加する動き

これに対して、日本最初の本格的優生運動団体である日本民族衛生協会（1930 年創立）は、適応から感染症や中毒症、また「犯罪者」という概念をはずして、「断種法案」（1936 年）を起草した。この断種法案で主に参考とされたのは、1933（昭和 8）年に成立したドイツ断種法（遺伝病子孫防止法）であった。この「断種法案」を一部修正して民族優生保護法案の名前で、日本民族衛生協会と関係の深い八木逸郎らが議員提案として帝国議会に提出した（1937-38 年）。

1938（昭和 13）年 1 月に発足した厚生省は予防局に優生課を設置し、ここに「民族衛生研究会」を同年 11 月に設立した。この研究会の主なブレーンは日本民族衛生協会の断種法案起草グループであった。民族衛生研究会での検討を経て厚生省は「民族優生制度案要綱」を 1939（昭和 14）年に作成したが、ここには、日本民族衛生協会の「断種法案」や八木が中心になって提出した民族優生保護法案にはなかった、癩患者を断種の適応に新たに付加する規定が置かれた（要綱第三「癩ニ罹レル者ハ本制度ノ規定ニ依リ断種ヲ行フコトヲ得ルコト但シ断種ノ申請ニ付イテハ命令ヲ以テ定ムルコト」）。それについての優生課の説明は以下のとおりである。

癩に就ては世間には今尚ほ遺伝病であると信じて居る者も少なくない様であるが、之は全然間違つて居るのであつて、癩は明瞭に伝染病である。既に病原体たる癩菌も発見せられて居る次第で疑ふ余地はない伝染病であるから、遺伝病と並べて本要綱に規定することは多少筋が違ふ観があるが、癩疾患の特殊性に基き既に此以前より癩療養所内に於て夫婦生活を行ふ場合に当つては其の承諾を得て断種を行ひ極めて好結果を得て居るのである。（中略）癩患者の子なる

が故に将来社会生活を営む上に於ても極めて困難なる事情で洵に悲惨な状況にあるのみならず、一旦発病するときは不治の病と認められて居るので特に断種の対象として認められて居るのである。民族優生制度として新に断種に関する規定がもうけらるゝにあたり便宜本要綱中に規定を設けたのである（民族衛生研究会「民族優生制度案要綱に就て」『民族衛生資料』第 12 号、1939 年）。

優生断種法において、伝染病である癩を断種対象として規定することは「筋が違ふ」と自ら認めながらも、患者の子供の養育困難という社会的理由から、ハンセン病患者の断種が要綱中に取り入れられた。

予防局から提出された民族優生制度案要綱は、1939（昭和 14）年 12 月 27 日に国民体力審議会総会において、「国民体力管理制度案要綱」の修正案とともに可決され、民族優生制度案要綱の一部修正を含む答申が発表された（「専門委員会民族優生制度案要綱支持答申」『東京医事新誌』第 3163 号、1939 年 12 月 2 日、「優生法案特別委員会終了」『東京医事新誌』第 3164 号、1939 年 12 月 9 日、「国民体力管理・優生両制度案可決」『東京医事新誌』第 3168 号、1940 年 1 月 13 日）。ここで、要綱第三の癩の断種の扱いに変化があった。答申では、癩に断種を行うことは必要であると認めるが、癩が遺伝病と誤解されるのを避けるため、癩患者の断種に関しては癩予防法中に規定するのが適当であるとし、予定されている断種法からは癩の断種規定をはずすように求めたのである。これを受けて、厚生省は、癩患者の断種規定は癩予防法の第 3 条に付加するという変更を行った。そして、癩予防法改正案を国民優生法案とともに第 75 議会に提出した。しかし、この癩予防法改正案には、国民優生法の規定を準用するという文言が挿入されており、国民優生法案と一括して審議されたため、議会では国民優生法案の遺伝病限定主義の建前と、癩予防法中にせよ、感染症である癩病を断種対象として合法化することの矛盾をつかれ、批判意見が相次いだ。結果としてハンセン病患者の断種の合法化は実現せず、ハンセン病患者を適応外とする国民優生法だけが成立、施行されることになったのである。しかし、それにもかかわらず、ハンセン病患者の断種は既成事実として実施されつづけた。これを裏返して見れば、ハンセン病患者の断種については同意による違法性阻却という法運用で十分にまかなえるために、無理をしてまで立法にこだわる必要はなかったといえようか。

第 7 優生保護法によるハンセン病患者を対象とした断種の合法化

一 優生保護法案の提出

敗戦後は、戦時中活動停止を余儀なくされていた産児制限運動家たちが活動を再開し、そこから 1947（昭和 22）年に社会党の国会議員により戦後初めての「優生保護法案」が提出された。第 1 条には、「この法律は母体の生命健康を保護し、且つ不良な子孫の出生を防ぎ、以て文化国家建設に寄与することを目的とする」と記されていた。ここで精神病院の院長並びに癩療養所の所長はその

第七 ハンセン病政策と優生政策の結合

収容者について、生殖を不能とすることが適当であるか否かの審査を優生委員会に求めることができ、適当であると認められれば強制断種が執行されるという項目が盛り込まれた。癩が「遺伝」であるという認識は、前述のように戦前の優生論全般における曖昧な遺伝概念にもとづいたものである。産婦人科医、産児制限運動家を中心とする社会党案の提出者が、こうした概念をひきついでいたことがわかる。

しかし、ここで注意したいのは、癩患者に対する強制断種理由は「遺伝」だからというものではないということである。というのも、社会党案には、任意断種として「病弱者、多産者又は貧困者であって、生れ出た子が病弱化し、あるいは不良な環境のために劣悪化するおそれあるとき」や「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つて」いる場合（第3条）が含まれているからである。要するに様々な理由により「不良な子孫」を出生させるような者が断種対象とみなされたのであった。

二 ハンセン病患者とその配偶者への断種の明記

社会党案は審議未了となったが、1948（昭和23）年には谷口弥三郎を中心に、前回の提案者である社会党議員も含む超党派議員によって新しい優生保護法案が国会に提案され、可決された。この優生保護法では任意断種の適応を定めた第3条の3項に「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」という文言がもりこまれた。ここにはじめてハンセン病患者とその配偶者への断種が法律で明記されることになった。さらに、同様の理由から、ハンセン病患者を対象とする堕胎も認められることになった。

なお、優生保護法案提出以前の検閲の段階で、GHQは強制断種問題を中心に法案に様々な注文を出していたが、ハンセン病を適応とすることについては不問に付していた（“Bill for Eugenic Protection Law”, 11 May 1948, 国立国会図書館所蔵 GHQ/SCAP Records, “Eugenic Protection Law”, May 1948- Nov. 1949, PHW 1179）。詳しくは本報告書・第四の第1「GHQの対日ハンセン病政策」などを参照。

国会審議においても、ハンセン病患者の断種の是非は議論のなかで触れられることもなく、法案は通過し、ここに政府の長年の懸案であったハンセン病患者の断種合法化が実現することになった。日本国憲法が制定された結果、新たな立法措置を講じないと、ハンセン病患者に対する断種という既成事実を維持することが困難になると判断した国は、敗戦直後の未曾有の食糧難という大混乱を利用する形で、断種の合法化だけでなく、堕胎の合法化までも手に入れたのである。

三 ハンセン病患者等への断種の理由

優生保護法で改めて法律の目的として採用された「不良な子孫の出生を防止する」という文言について、谷口は「悪質遺伝性疾患の素質を有するもの」であり、その「素質」は「先天的要因たる遺伝質を云い、教育その他環境に依る後天的体質に対する生来の体質を指す」と定義していた（谷

口弥三郎・福田昌子『優生保護法解説』研進社、1948 年）。その一方で、ハンセン病患者とその配偶者を任意断種の対象にした理由については、「先天的に同病に対する抵抗力の弱いと云う事も考えられるのである」、「現在では癩を完全に治療し得る方法もない」という説明もおこなっている。

理由のひとつとして「先天的に同病に対する抵抗力の弱い」という点を挙げていることが注目されよう。戦前、国は、ハンセン病患者への断種の根拠を感染にも遺伝にも求めることができなかったために、苦肉の策として「罹りやすい体質」の遺伝の防止に求めたが、この理由が戦後においても再び用いられているからである。

もっとも、この理由をあまりに前面に出すと絶対隔離政策と矛盾を起こす可能性があった。罹りやすい体質があるということは、ハンセン病は誰でもが罹患する疾病ではないということになり、特に、戦後、プロミン治療が普及するなかで、この理由で断種を正当化することは難しくなった。現に、プロミン治療が広まっていた 1951（昭和 26）年、光田健輔は、厚生省に提出した「国際癩対策意見」のなかで、「茲に注意すべきは、癩の感染は幼児期に特に濃厚であるからこれらの施設に於て児孫の増加を防止するワゼクトミー手術の実施を最善の方法と認める」と断言している。

さらに、同年 11 月 8 日、第 12 回国会参議院厚生委員会に参考人として出席して「男性、女性を療養所の中に入れて、それを安定せしめる上においてはやはり結婚というようなこともよろしいと思います。結婚させて安定させて、そうしてそれにやはりステルザチオン即ち優生手術というようなものを奨励するということの方が非常に必要があると思います」、「幼児の感染を防ぐために癩家族のステルザチオンというようなこともよく勧めてやらすほうがよろしいと思います」と発言している（『第十二回国会参議院厚生委員会会議録』第 10 号）。

この段階では、光田の掲げる断種の理由は「幼児感染の防止」に表面上は絞られている。しかし、そのことが光田が前述の「罹りやすい体質の遺伝の防止」という理由を放棄したことを意味するものでなかったことは、光田が断種の対象を患者本人のみならず「癩家族」にまで拡大する発言をしている事実からもうかがえよう。ここでも、戦後も絶滅政策を維持するという結論がはじめにありきだった。国も優生保護法によりこれを追認した。戦後は、女性に対する断種手術の進歩によって、ハンセン病患者・配偶者の女性の断種が激増した。

第 8 断種の真相

以上、述べてきたように、ハンセン病患者への断種は、男女隔離に代わる子孫出生の防止手段として応急措置的に採用された。導入の経緯ははじめに結論ありきで、断種手術の適応としてハンセン病がふさわしいかどうかという優生学的な検討が加えられることはなかった。出産防止の口実も、ハンセン病患者から生まれた子どもの社会的な養育困難等に求められた。そして、1931（昭和 6）年に「癩予防二関スル件」が「癩予防法」に改正され、絶対隔離による患者撲滅政策へとハンセン病政策が傾斜する中、ハンセン病患者への断種は、患者撲滅政策と不可分なものとして国に受け入れられることになった。だが、国は、ハンセン病患者への断種の根拠を感染にも遺伝にも求めることができなかったために、苦肉の策として「罹りやすい体質」の遺伝の防止に求めた。それが口実

第七 ハンセン病政策と優生政策の結合

にすぎなかったことは、日戸が、癩の断種が国民の体質改善と無関係であることを示したことからも明らかであった。にもかかわらず、国は、患者の子孫はハンセン病にかかりやすい体質を遺伝しているという口実のもとに、すべての患者に対して断種を実施することにより、すべての子孫の出生を抑えこもうとした。

厚生省は、1940 年、癩患者の断種規定を癩予防法の第 3 条に付加することとし、癩予防法改正案を国民優生法案とともに第 75 議会に提出した。しかし、この癩予防法改正案には、国民優生法の規定を準用するという文言が挿入されており、国民優生法案と一括して審議されたため、議会では国民優生法案の遺伝病限定主義の建前と、癩予防法中にせよ、感染症である癩病を断種対象として合法化することの矛盾をつかれ、批判意見が相次いだ。結果としてハンセン病患者の断種の合法化は実現せず、ハンセン病患者を適応外とする国民優生法だけが成立、施行されることになった。ハンセン病患者の断種については同意による違法性阻却という法運用で十分にまかなえるために、無理をしてまで立法にこだわる必要はなかったといえようか。

戦後は、日本国憲法が制定された結果、新たな立法措置を講じないと、ハンセン病患者に対する断種という既成事実を維持することが困難になると判断した国は、敗戦直後の未曾有の食糧難という大混乱を利用する形で、断種の合法化だけでなく、堕胎の合法化までも手に入れた。そして、戦後、プロミン治療が普及し、絶対隔離政策が動揺し出すと、「罹りやすい体質の遺伝」という理由を前面に出すことは憚られ、むしろ、幼児感染を防ぐために断種をするという論理が強調されていった。

しかし、すでに 1909（明治 42）年の第 2 回国際らい会議で「らい両親より出生した健康な子供を分離し、分離した子供には観察を行う」との勧告がなされているように（柳橋寅男・鶴崎澄則編『国際らい会議録』らい文献目録編集委員会、1957 年）幼児感染を防ぐだけなら、出産後の親からの分離などの方法で可能であったはずである。なぜ、断種をおこない、妊娠した女性患者には堕胎を強制したのか。本検証会議が実施した被害実態調査の聞き取りのなかでは嬰兒殺の可能性さえ推測し得る事態が報告されているが、このような事態がなぜ、生じたのか。幼児感染の防止という理由だけでは説明ができない。

光田が断種の対象を患者本人のみならず「癩家族」にまで拡大する発言をしている事実からも、すでに繰り返し述べたように、光田にとっては戦後も絶滅政策を維持するという結論がはじめにありきだったことがうかがえよう。すべてのハンセン病患者のすべての子孫の出生を押さえ込むことによって、ハンセン病を絶滅させようという件の政策がそれである。これを国は受け入れ、光田が去った後も、少なくとも法制の上では 1996 年まで変更することはなかったのである。なお、園内結婚の実態等については、本報告書・第十四の第 1 の五「女性の役割」を参照。

【表 - 1】優生保護法に基づくハンセン病を理由とする不妊手術と中絶の届出件数

不妊手術件数					人工妊娠中絶件数		
年次	総数	「癩疾患」			年次	総数	「癩疾患」
		総数					総数
1949	5,695	95	27	68	1949	246,104	711
1950	11,403	103	37	66	1950	489,111	640
1951	16,233	107	48	59	1951	638,350	349
1952	22,424	237	45	192	1952	798,193	1328
1953	32,552	116	33	83	1953	1,068,066	803
1954	38,056	122	28	94	1954	1,143,059	693
1955	43,255	129	14	115	1955	1,170,143	303
1956	44,485	105	17	88	1956	1,159,288	269
1957	44,400	89	3*	13*	1957	1,122,316	216
1958	41,985	72	9	63	1958	1,128,231	315
1959	40,092	55	8	47	1959	1,098,853	196
1960	38,722	65	7	58	1960	1,063,256	191
1961	35,483	46	13	33	1961	1,035,329	225
1962	32,434	6	1	5	1962	985,351	85
1963	32,666	72	0	72	1963	955,092	93
1964	29,468	11	1	10	1964	878,748	99
1965	27,022	9	0	9	1965	843,248	131
1966	22,991	17	2	15	1966	808,378	135
1967	21,464	23	2	21	1967	747,490	96
1968	18,827	17	2	15	1968	757,389	95
1969	17,356	25	1	24	1969	744,451	93
1970	15,830	6	2	4	1970	732,033	146
1971	14,104	5	0	5	1971	739,674	150
1972	11,916	0	0	0	1972	732,653	56
1973	11,737	7	0	7	1973	700,532	35
1974	10,705	5	0	5	1974	679,837	48
1975	10,100	1	1	0	1975	671,597	37
1976	9,453	0	0	0	1976	664,106	46
1977	9,520	0	0	0	1977	641,242	30
1978	9,336	0	0	0	1978	618,044	12
1979	9,412	0	0	0	1979	613,676	3

第七 ハンセン病政策と優生政策の結合

1980	9,201	0	0	0
1981	8,516	0	0	0
1982	8,442	0	0	0
1983	8,546	0	0	0
1984	8,194	0	0	0
1985	7,657	2	0	2
1986	7,729	0	0	0
1987	7,347	0	0	0
1988	7,286	0	0	0
1989	6,984	2	0	0
1990	6,709	0	0	0
1991	6,138	0	0	0
1992	5,639	1	0	0
1993	4,970	0	0	0
1994	4,466	0	0	0
1995	4,185	1	0	1
1996	3,804	0	0	0
計	844,939	1,551		

1980	598,084	2
1981	596,569	2
1982	590,299	0
1983	568,363	1
1984	568,916	2
1985	550,127	0
1986	527,900	1
1987	497,756	5
1988	486,146	2
1989	466,876	6
1990	456,797	17
1991	436,299	3
1992	413,032	4
1993	386,807	10
1994	364,350	5
1995	343,027	2
1996	338,867	5
計	33,864,055	7,696

注：*は資料記載通り。1997年以降、らい予防法廃止に伴う優生保護法改正(1996年)により、ハンセン病を理由とする不妊手術と中絶手術は優生保護統計の対象外となった。

出典

不妊手術

1949-52年および1955-59年：厚生省大臣官房統計調査部編『衛生年報』各年版

1953-54年：厚生省医務局『医制八十年史』

1960-72年：厚生省大臣官房統計調査部編『優生保護統計報告』各年版

1973-95年：厚生省大臣官房統計情報部編『優生保護統計報告』各年版

1996年：厚生大臣官房統計情報部『母体保護統計報告』1996年版

人工妊娠中絶

1949-51年：『母子衛生の主なる統計』1952年版

1952-54年：厚生省医務局『医制八十年史』

1960-72年：厚生省大臣官房統計調査部編『優生保護統計報告』各年版

1973-95年：厚生省大臣官房統計情報部編『優生保護統計報告』各年版

1996年：厚生大臣官房統計情報部『母体保護統計報告』1996年版