 原 著

Setsu OGAWA: On Some Problems of the
Eugenics and Maternal Protection Law

優生保護法の問題点について

長野県須坂高等看護学院

小 川 節

去る1955年の4月、ニューヨークで流産を主題とする会議の席上、日本の人工妊娠中絶が問題となった。そのときロチェスターの産婦人科助教授 ポマレンケ博士が日本の人工流産の驚くべき状況を報告したのに対し、かねて日本の人口問題を分析して、事情を知っているプリンストン大学のアイリーン・トイバー博士が「日本の人工流産の蔓延については日本人が人工流産の問題をキリスト教の神学や信条の見地から評価する習慣もなく、また大多数がキリスト教信者でない事実を忘れてはならない。従つて日本人流の考えかたでは産児制限が妊娠前に行われようが、後に行なわれようが、道徳的、宗教的にも差はないのである」という意味の弁護をして呉れたという記事（資料1参照）をよみ筆者は国民のひとりとして、この屈辱感に忍び難いものがあつた。

このような人工流産の横行は昭和27年の「優生保護法」の改正がもたらしたものと云える。それは戦前の国民優生法の基盤の上に昭和23年7月修正を加えて出来たものに、さら新たな修正を行つたわけである。その要点は母性保護であつた。したがつてその概要は一定条件を具備するケースに対し、医師の認定による(i)人工流産手術、および(ii)受胎調節ならびにその実施指導である。この法律

によつて、貧困の理由による人工妊娠中絶あるいは受胎調節が公認されたことは、日本の母性史上永遠に残る記録的な出来事である。

この人工流産の社会的適応なるものは世界の常識に従つて慎重に取入れられたものである。法の字句の上では、産婦人科医に対し無制限に人工中絶を許したわけではない。それであるからこそ、この法律改正が国会を通過したのである。従つて人工流産手術の適応条件が具備されなければならないことは言をまたないところである。すなわち

「妊娠の継続また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あるもの」、あるいは

本人又は配偶者の悪質遺伝疾患の場合、及び本人又は配偶者の4親等以内の血族関係にある者が悪質遺伝疾患又は遺伝性奇形を有している場合、又は

暴行、脅迫によつて抵抗、拒絶することあたわざる間に姦淫され妊娠した場合等においてのみ認められるべきものであるが、この重大な理由の認定を医師の独断に任せているという現状の「法の運用」否、むしろ法律そのものの不明瞭な箇所のために、結果的に中絶現象が跳梁する所となり、倫理道徳性を失わしめ人間性の消退の風潮を誘導するに

至った感がある。一方また手術そのものに伴う直接の母体の危険および術後の障害すなわち後遺症等の保健学上の難点を思うが故に、ここに筆者は資料を整えて優生保護法を批判し、本法の改正の促進を期するとともに、他面一般の教育普及ならびに医師に対する遵法精神の鼓舞を促し、今後願わくは正しい家族計画に基づく「人間らしい生活」の理想実現に多少の寄与を呈することを志す次第である。

1. 受胎調節の起源と変遷

〈総説〉 受胎調節は、一般には近代になつて始まつたことのように受取られているが、実は既に原始時代に、その萌芽があり、後次第に行われていたのである。

(1) 原始農業民族において、児の数を調節しようとする社会的、経済的理由に基いて、すでに受胎調節が行なわれた。

(2) 数の調節は、受胎調節に限らず、原始社会においては不必要な子女の数を少なくしようとする単純な欲求に重点が置かれており、真の受胎調節に対する女子の個人的要求や、その保健上の効果は兎角実現されることが少なかつた。したがつて墮胎も殺児も受胎調節の初期野蛮時代の代替物であつた。しかし受胎調節そのものも古くから存在し、原始野蛮の状態を脱しようとしている種族の間に存続して来たのである。しかし受胎調節の実行は墮胎や殺児に比して稀であつたばかりでなく、この時代の受胎調節の方法は、ほとんど魔術的で効果に乏しいのが特徴であつた。

(3) 古代ギリシャとローマでは多くの医学者たちが、その医学体系の中に受胎調節を論じている。しかしそれも必ずしも学問的とはいひ難い。

(4) 近代以前の受胎調節の特色としては、その欲求の存在は、それぞれの社会の人口事情の反映とは限らず、云わば共通の社会現象として存在したものであつて、人口増加が歓迎された社会や時代においてさえも認められ

たことである。しかし、その普及がどの程度のものであつたかは判然としない。とにかく人口現象を左右するほどの普及率であつたとは云えない。

(5) 近代的受胎調節の特色は、19世紀後半以降においては、それが人口増加の支配的要因とさえなるに至つた程の普及を遂げたことである。しかし、又その普及宣伝がひとつの社会改良運動として組織化されるに及び、一面では社会学的、経済学的理論基礎を有つところとなつた。このような近代的特色は、形式的には受胎調節の組織的普及とその結果としてひとつの新しい社会的慣習の形式である受胎調節の「社会化」へと発達した。

(6) 新マルサス主義の考え方が近代的な受胎調節の特色であり、なおかつ組織的な社会改良運動の基礎理論が新マルサス主義の背景をなしている。

(7) 日本における受胎調節の導入としては戦前と戦後とに大別して見て行くのが適當である。まず戦前大正11年、マーガレットサンガー夫人の来朝を契機として「人道主義」主張の段階となる。しかしこれとても世界の歴史或いは社会趨勢がそのまま反映され労働者の生活水準の向上及び貧困から逃れるための自衛手段としてであり、又、婦人解放運動思想へと推移を示すところとなつた。しかるに大正後期から昭和に至つて我国は「軍国主義時代」に入り「国力盛衰は人口である」との国策の弾圧の対象となり従つて人道主義主張への考慮は払われずひたすら数的減少をおそれるところとなるに及び本主義はその主張すら認められないところとなる。

(8) 第2次大戦終結後は「敗戦」により46%という狭小となつた国土、人口密度は世界3位を占めさらに外地からの引揚、復員と22～24年にわたる「ベビーブーム」は愈々急激な人口増として「国の収容力」に不均衡を来したため、人口増を短期間に抑圧するのやむなきに至るや、巷間でもたまたま受胎調節の

言葉が「産児制限」と同一視した狭い解釈で使用されるに及び一般国民には「産児制限」の語のひびきから単純に制限と解されるところとなり、通俗的に「人工妊娠中絶」すなわち人工流産の流行を招き児の生命権は大人の都合次第という状態を来たらしめるところとなつた。かかる「ヤミ」と称せられた人工妊娠中絶の横行はやがて世論を刺激し、その解決策について諸論続出するところとなつたのであり、これに応えるものとして戦前の「国民優生法」を母体とした「優生保護法」の成立をみたのである(資料2)。従つて本法は中絶の濫用を阻止することと、中絶手術を受ける場合の根拠、不妊手術の濫用阻止とそれを受ける場合の根拠等要件を定めた。

このように古い歴史から迂余曲折しつつ時代を反映し、また文化的所産として変遷し来つた受胎調節も、個人から組織化の段階へと成るに及んで深く人間性の本質にまで触れる重大な問題としての認識が要請されることとなりそれは「家族計画思想」の啓培から国民運動に迄高められることになつた。

〈受胎調節の歴史〉 個々の男女がその個人的必要に応じて出産を調節しようという考え方は、すでに数千年も前の古代社会に発生している。

(1) 古代エジプトに於ては BC 1850 年頃すでに近代的調節方法の萌芽が認められ、文献は技術の存在や程度を示すものであるが、広い範囲にわたる社会的慣行の存在を示してはいない。

(2) 古代ヘブライに於ては産めよ殖えよ地に満てよ、といった頃から医学的、社会的、経済的事情に基く受胎調節の手段と存在と実践が認められる。

(3) 古代ギリシャとローマに於ては、医学体系の中で当問題が論議され、中でも2世紀の前半と6世紀の前半に盛んとなり、19世紀に至るまでに重要な遺産を残したものとされている。しかし宗教の絶対的支配下にあつ

た中世において、教会はもとよりすべての産児に対して反対の態度を明らかにした。

(4) 近世及び近代に至るイギリスに於ては近代的受胎調節運動の起る19世紀に至るまで多くの通俗医学の文献によると、その手段は凡そ中世的な共通特色を有し、受胎調節の慣行についても中世と類似しているが、しかし大きな発達の動機は1798年英国の経済学者(兼牧師)のマルサス提唱するところの人口論である。マルサスは人口と土地の配合について食糧すなわち土地の生産とそれを消費する人口との増加に見る不整合の関係を説いた。(註マルサスの人口原理)

(5) 新マルサス主義の形成として1821年英人フランシス・プレスはマルサス主義の主張に強い抵抗を示しつつも、それを承認しマルサス人口理論の正当性を認めつつ、但しその実行方法を改変したものである。

(6) アメリカに於いては人道主義的立場からマーガレット・サンガー夫人、マリー・ストープス夫人の協力を得て本運動が献身的にすすめられた。

(7) 日本に於ける本運動は大正11年サンガー夫人の来日を契機として発展した。しかし当時の日本におけるこの方面の運動は世界の趨勢が反映されて労働者の生活安定のため、貧困家庭の救出手段として期待がかけられていた。

当時の日本の事情から、出生制限を全面的に経済の立場からのみに固執せず、労働者の生活水準の向上と貧困からの解放という二点をもつていたことは約100年前のマルサス主義と共通するものを蔵しているといえよう。

大正後期から昭和初期に至る日本は軍国主義時代に入り「出産制限(受胎調節)は国力衰微の起因である」という国策上の制約から弾圧の対象となり「社会改良運動」の態度には移れないままに逆コースを辿り、古代ヘブライのように多産主義を説いたのが、軍国政府の「産めよ殖えよ」政策であつた。昭和20年8

月15日約8年間の戦闘に終止符がうたれ、敗戦国と化した日本領土はすでに国民を収容しきれなくなるに及び、余儀なく出生しようとする胎児に、その人口増を抑圧する突破口を向けたのである。

このときに人工妊娠中絶の氾濫とそれに伴う母体の健康障害、また人命軽視の念の滲透のおそれ等に対する緊急の処置として「優生保護法」の成立をみるに至つたのである。

2. 近代社会に於ける家族計画の意図と展開

〈総説〉近代社会に於ける家族計画の意図は人間らしく意義ある生活を築きたいという欲求が基礎となつている。従つて人間らしい生活を築こうとする、その大前提となるものは「家族計画思想」であり、それは個人、社会の諸生活部面に広汎に関与する。

家族計画はいまや生活現象として生活の技術であり国民生活に定着性をもつものである。

(1) 小家族主義の風潮は家族を計画的に構成しようという夫婦の責任ある家庭経営の因子として生活設計の中枢的存在として関心事となる。

(2) 人間も動物である。しかして他の動物同様に自分の生命の存続と種族繁殖の性生活とを営む。

しかも人間は考える動物である。すなわち考える能力を駆使して人間の生活条件を向上させようとする。

(3) 家族計画は世界的に滲透し文化の程度や形態によつてその支持論議は個々異色もあるが、先進国に於てはすでに人口問題から脱して、母子保健、家庭の幸福の域に展開するところとなつたのである。

〈家族計画思想〉人間は考える能力を駆使して人間の生活条件を向上させようと努力する。したがつて人間の歴史は自己の生活向上に大河のような努力の歴史を創つていく。しかるに生活条件は一挙にしては得られない。それは、技術、生産、政治等の制約、更に人

間自体の能力からの制約からも同じことがいえるのである。従つてそれらの環境条件を打破しようとする努力を行ない、同時にまた現実の条件に適應させようと考究していくのである。

(1) 家族の構成は人間にとつて必然的な生きる表現でありこれについても当然、人は環境適應を考慮する。これが家族計画思想である。したがつてこの思想の発生は「生きる」が基礎となり「よりよく生きよう」と願ふことの認識から出発する生き方の条件に対する認識が元になる。

(2) 生活への認識と向上への欲求が外に向うと同時に内省に訴える。これが必然的に家族構成を考慮しようとする動因となり従つて、家族計画が世界に於ても文明国に普及定着し、一国においても比較的文化に恵まれた階層に普及し漸次下降するのはこの間の事情を説明しているものとおもう。

〈概念の規定〉計画出産には成功した。しかし家庭生活は充実しない。これでは本末顛倒である。従つて以上の意味からいつて明らかであるとおもうが、家族計画の実際では子供の数に関し政府が命令的態度をとることは避けなければならないし、又不妊症の問題も同時に取扱われなければならない。

(1) 子供はすべて望まれた子として出産し人間が誕生して一生を送るときに社会的、精神的、物質的にも幸福で人間らしい生活のできるように願うのであつて、生活内容の理想実現を図りつつ生きることその意義があるのである。(註昭和36年度日本家族計画普及会編「家族計画便覧 p.3」)

(2) 「家族計画」と「計画出産」との二つが、前項理論に立脚して、最近好んで用いられる熟語である。「家族計画」の語は英語の family planning に対応しており「計画出産」は、planned parenthood に対応する。家族計画とは「欲しいだけの子をほしい時に産む」と説明している。しかし、また「子供はすべ

て望まれた子として産む」ことであるとも説明されている。

特に家族計画と銘打って使用された場合には、子供の数、出産の時期、間隔というように具体的な現象だけを指してはいけないのであつて、それは家族思想そのものであると思う。

(3) 受胎調節の定義は受胎を人為的に調節するために必要な医学的技術ということであり、家族計画をしようとするにのぞんで妊娠の調節を図ることである。現在受胎調節といつて実際は家族計画を意味している。しかし本来は、産みたくない、或いはときによつては如何なる方法で如何なる時期に産んだらよいか、ということで、それには人間の生理、薬品、器具等の他に技術的な知識を如何にして取得できるか、という意味の言葉である。従つて政府や団体が行なう一般啓蒙普及事業は、家族計画普及事業であり実施に細密な技術のみを教える場合は「受胎調節実施指導員」が担当する。しかし一般的には受胎調節と、妊娠予防という意味だけに限つて使用されている場合が多い。

〈家族計画の現状〉 戦前でも勿論、日本には避妊はある程度普及していた。毎日新聞人口問題調査会の調査推察によれば(昭和11年末)約6%が実行していた。しかし避妊への爆発的欲求が起つたのは勿論第二次世界大戦の経済混乱、生活窮乏期においてである。

ひとびとは出生抑制を自己保全策とした。従つて受胎調節の技術も普及しないときなので、産児制限への欲求は人工妊娠中絶への強い欲求となり、「ヤミ中絶」が横行し母体の障害は頻発しこれを合法化するための「優生保護法」が成立してからは、更に急増していった。この膨脹しきつた人工妊娠中絶を如何に「家族計画」の本質にかなつた受胎調節にきりかえてゆくかというところに課題が宿されている。

3. 優生保護法実施に伴う様態

〈総説〉 家族計画の現状は、その運動により可成りの思想を啓培しつつあるところであるが他面末だ少なからず動揺をつづけているところは甚だ憂慮に堪えないところである。その表れとして、産児制限の意味のとりちがいと見做すべき人工妊娠中絶、優生手術は依然として跳梁を極めているところである。

昭和23年7月13日法第156条を以つて成立した「優生保護法」実施以来十数年経過した現在に至るも、中絶の数は年間凡そ200万件に及びその結果母体の障害も相当数にのぼり、24年より約8年後の31年に行われた優生手術は213955件の驚異の数である。しかしそれらの防止ならびに解決策はひとえに家族計画運動の教育面にのみ委ねられている現状である。この厳肅なる事実には如何なる措置を執つていのであろうか。この事実は各々都道府県の出先機関である保健所機能の部分的麻痺の表れでもあると思うのである。なぜならば「優生結婚相談所」の看板は「開店休業」状態でありPRすら行われていないというのが実態である。これでは迷える子羊は誰にすがつたらよいのか、こうなると厚生省の筋のおとつた方針が望まれるところである。

(1) 優生保護法の功としていえることは

(a) 強いていえば法実施後年間平均凡そ3000万、また優生手術を受けた者が1人の生産を抑えたと推定しても213,955件、この合計は26,213,955件の人口を抑圧したことになり一応人口増加が抑えられたことである。

(b) 非嫡出子の出生防止という点においては、大正9年当時4%の出生をみた非嫡出子は昭和33年には1.4%、34年にいたると1.3%と下降しており、社会的、個人的諸事情からの出生抑制(胎児の生命侵害)が非嫡出子の出生にも強く作用しやすいという一般論を裏づけている。しかし一応は法益の功と解されているのではないだろうか。

(2) 法の罪とおもわれるものを指して、最

善をつくした如何なる法を以つてしても、当然矛盾は相当に存在するのを避け難いとするむきもあるが、その益の少きは無法に等しくなるものではないだろうか。

(a) 人工妊娠中絶手術は、優生保護法を軽視しているものである。中絶手術氾濫が母体の健康と生命を極度に阻ばみ、ややもすると慢性自殺的状态におとし立てていることを手術者中幾人が苦慮するものだろうか。(この周辺のことがらについては中絶体験の記を照合することとする、後のページにゆずる)

(b) 法の運用はあまりにも軽率に扱われて、その乱用は「優生手術の名目で不妊手術を横行せしめ、あるいは緊急非難措置などと詭弁を弄しているところは、法の軽視、無視以外のなにものでもない。

(c) 安易に行える中絶手術の悪習は性道德をも動揺せしめ人倫まことに憂うべき問題であるといわねばならない。従つてこれらの詳細は各節を追つて考察することとする。

〈死産統計の分析〉

(1) 昭和期に入つてからの人口動態

昭和1年以降22年までは不詳であるので23年7月法実施後の13年間を対象とする。

(a) 自然死産率は23年の36.6%であつたものが35年に至りては52.3%とピークを示す。

(b) 人工死産率は30年から32年をピークとし爾来下降線を辿り34年には49.3%、35年には48.2%と安定の傾向にある。しかし23年の10.9%から30年迄の上昇線は40.4の較差を生じ、自然死産のそれに比し約2.5倍強となつてゐる。なお自然死産の因子として人工妊娠中絶による障害が作用しているものとおもわれる。この原因は概ね人工妊娠中絶、人工死産等が動因となつて妊容力を低下せしめているものと推定されるのである。

(2) 出生順位別死産比の分析

(a) 出生順位別に死産比を分析すると、自然、人工ともに第1児に圧倒的に多く第2児における割合は低く、爾後児数を増すごとに

表 1 自然・人工別妊娠中絶数と死産率
(出生1000対年次推移)(資料3)

種別 と率 年次	総 数		自然死産		人工死産	
	実 数	率	実 数	率	実 数	率
S. 10	115,593	50.1				
S. 22	123,837	44.2				
S. 23	143,963	50.9	104,325	36.6	31,055	10.9
S. 24	192,677	66.7	114,161	39.1	75,585	25.9
S. 25	216,974	84.9	106,594	41.7	110,380	43.2
S. 26	217,231	92.2	101,237	43.0	115,994	49.3
S. 27	203,824	92.3	94,508	42.8	109,316	49.5
S. 28	193,274	93.8	89,751	43.5	103,523	50.2
S. 29	187,119	95.6	87,201	44.6	99,918	51.1
S. 30	183,265	95.8	85,159	44.5	98,106	51.3
S. 31	179,007	97.1	86,558	46.9	92,449	50.3
S. 32	176,353	101.2	86,895	49.9	89,458	51.3
S. 33	185,148	100.7	92,282	50.2	92,866	50.5
S. 34	181,893	100.6	92,685	51.3	89,205	49.3
S. 35	179,193	100.5	93,287	52.3	85,825	48.2

その比は上昇している。

(b) 第1児出生に対し自然死産比は60%人工死産比は52.7%いずれも半数以上は出生をさせている。

(c) 第2児出生に対しその自然死産は、45%人工死産は26.7%となりここにおいて第1児の出生は極力さけ、第2児の出生を迎えている。

(d) 第3児出生に対しその自然死産は53.6%人工死産は45.4%で3人の子は養えないという表意となるようである。

(e) 第4児の出生に対し自然死産は72.3%人工死産は更に高く101%と殆んど欲しない妊娠であつたことを意味する。

(f) 第5児に至りては自産死産83%人工死産162.5%となる。

(g) 第6児以上は大部分が惰性による妊娠と中絶の反復であり、97.3%の自然死産、人工死産は216%となりこのようにして第10児に向うに従つて胎児の生命権はいたずらにまことに身勝手な者達のためにほうむり去られて

表 2 出生順別にみた中絶数と死産比

(資料 3)

死産数・ 内訳 出生 数・児数	出 生 数	死 産 数		死 産 率	
		自然	人工	自然	人工
総 数	1,626,088	92,688	89,205	57.0	54.9
1 児	681,795	40,865	35,931	60.0	52.7
2 児	506,336	22,792	13,498	45.0	26.7
3 児	242,812	13,014	11,024	53.6	45.4
4 児	102,338	7,402	10,334	72.3	101.0
5 児	48,770	4,050	7,925	83.0	162.5
6 児	23,422	2,278	5,060	97.3	216.0
7 児	11,188	1,142	2,827	102.1	252.7
8 児	5,227	553	1,424	105.8	272.4
9 児	2,293	322	691	140.4	301.4
10 児	1,893	215	491	113.6	259.4
不 詳	14	55	—	—	—

いるのである。

(3) 原因別死産とその割合、圧倒的に多いのが胎児側の原因として 59.9%，続いて胎盤異常、難産であり、人口死産の圧倒的に多いのは「妊娠及び出産の疾患と異常」であり、これは法第14条4項該当事項に当該するがしかし真疑のほどは 尚今後とも検討の必要があるとおもう。

〈人工妊娠中絶の現状〉

前節における人工死産も、本節における人工妊娠中絶も、人為的に妊娠継続を中断する行為である。

(1) 人工死産と人工妊娠中絶

(a) 人工死産と自然死産を問わず妊娠28週からは事件発生の場合の 手続方法が定められているにもかかわらず実際にはそれほど正しくは行なわれていない。

(b) 人工妊娠中絶中流産手術は（上の(a)以前に該当）3ヶ月以内の胎児（母体外にては生命存続かなわざりし時期）が要件のひとつとなっている。従つて(a)(b)の術式も異つてくる。

(2) 昭和24年総数において 246,104 件、25年 489,111 件と約2倍の急増を示しているが

表 3 昭和34年原因別死産とその割合

(資料 3)

死産比・ 種別数 総数・死因 別	死 産 数		百 分 比	
	自然	人工	自然	人工
総 数	65,568	89,120	100.0	100.0
母 体 の 慢 性 疾 患	572	24,450	0.9	27.4
母 体 の 急 性 疾 患	392	215	0.6	0.2
妊娠及び出産の疾患 及 び 異 常	3,686	57,910	5.6	65.0
母体よりの毒性物質 の 吸 収	21	3	0.0	0.0
難 産	7,381	1,184	11.3	1.3
その他の母体側の 原 因	4,518	1,667	6.7	1.9
胎盤及び臍帯の異常	8,019	1,545	12.2	1.7
出 産 障 害	752	211	1.1	0.2
胎児の先天性奇形	978	103	1.5	0.1
胎児の疾病及び 診断名不適のもの	39,249	1,832	59.9	2.1

中絶月数は不明となつている。他の年次をおつていくと、当初の26年に3月以内の受術者は 80.8%であつたものが、35年になると 93.0%と3月以内の中絶者が巾を広げていて、この点は趣旨が滲透してきたものと推定されるところである。しかし他面施術医師は知事の指定を受けた者でなければ行うことは許されないことになつている。

表6にみるように(a)20才代に少々低く爾後年令の進むに従つて上昇線を示し表2の出生順別死産の分析と同一傾向を示していることに注目しなければならない。35才以上となると全く妊娠の都度中絶している結果をうかがうことができる。また同一人の数回反復受術が推定される。

上記表6をみると術後に診断名は名目上においてつけられている感じをいだしめ、さらにまた「母体保護」に関する医師単独の認定を要するものより以上に「経済的理由」の圧倒的多数は今後における大きな課題ではないだろうか。

優生保護法 第3章14条4項に根拠をもたせ

表 4 人工妊娠中絶と妊娠月別割合
の 年 次 推 移

(資料 3)

月別%・3 ~6 人工妊娠 中絶・年次	人工妊娠 中絶数	妊娠月別割合			%
		第3ヶ月 以	第4ヶ月 以	第6ヶ月 以	
S. 24	246,104				
S. 25	489,111				
S. 26	638,350	80.8	12.2	6.9	
S. 27	798,193	86.4	8.7	4.8	
S. 28	1068,066	90.1	6.6	3.3	
S. 29	1143,059	91.2	5.9	2.8	
S. 30	1170,143	91.7	5.6	2.6	
S. 31	1159,288	92.2	5.4	2.4	
S. 32	1122,316	92.5	5.1	2.3	
S. 33	1128,231	92.6	5.0	2.4	
S. 34	1098,853	92.6	4.9	2.5	
S. 35	1063,256	93.0	4.7	2.3	

表 5 母の年令階級別人工妊娠中絶
数 と 対 出 生 比

(資料 3)

種目別 年令階級	出 生 数	人 工 妊 娠 中 絶 数	出生100対 人工妊娠 中 絶 率
総 数	1626,088	1098,853	67.6
20才未満	19,170	14,177	74.0
20 ~ 24	453,432	173,572	38.3
25 ~ 29	733,704	309,356	42.2
30 ~ 34	311,289	293,333	94.2
35 ~ 39	90,374	210,550	233.0
40 ~ 44	17,046	86,141	505.3
45 ~ 49	981	10,436	1063.8
50才以上	88	274	311.4
不 詳	4	1,104	—

ようとする無理が明らかに感じられる。

(a) 真相は果して正しい理由ではない。届出診断名の妊娠悪阻298名は実際の診療カルテ記載は82名であり。ここにも虚偽の届出とみられるものがある。

(b) 妊娠中毒症の届出39名中実際のカルテ記載は13名であり1/3が正しく2/3が虚偽であるということは全く言語道断というべきで

表 6 診断記載カルテ所見
よりみた中絶内容

(資料 4)

理 由	届 出 に よ る	診療カルテ内容
妊 娠 悪 阻	298 (73.4)	82 (20.2)
妊 娠 中 毒 症	39 (9.6)	13 (3.2)
慢 性 腎 炎	6 (1.5)	7 (1.7)
肺 結 核	14 (3.4)	18 (4.4)
心 臓 疾 患	3 (0.7)	3 (0.7)
腹 部 外 傷	1 (0.2)	1 (0.2)
経 済 的 理 由	44 (10.8)	18 (4.4)
切迫流産その他	—	17 (4.2)
そ の 他	—	13 (3.2)
全 く 健 康	—	234 (57.6)
合 計	405	406

註 (1) 神奈川県藤沢保健所長高口保明博士の調査によるものである。(S.36家族計画侵襲)

1. 調査 期間—S.31.1~31.7迄の7ヶ月間のものである。
2. 対 象—藤沢保健所管内公的病院、産院

表 7 中絶回数と合併症

(資料 5)

回 数	1	2	3	4	5	計
合併症のなかつた件数	731	144	25	3	—	903
合併症のあつた件数	620	152	30	5	2	809
合併症のあつた者	46	56	55	—	—	157

*古屋芳雄氏の調査にかゝる数字

ある。

(c) 切迫流産その他としての届出は実際には17名もありこれらも、切迫流産の本質からしてどのようにもその数は収縮自在であつてゼロの届出に対して実際に17件の発生であつたとしても不思議におもうほうがおかしいのかもしれないが、しかし納得できがたいものがある。

ここに於ても「優生保護法」の功少く罪多きを語る以外のなにものでもない。

(4) 人工妊娠中絶数による合併症と中絶回

数の分析

(a) 中絶回数は初回でも障害は起り得る。従つて反復により一層その可能性は強度となつている。

(b) その主なものは、頭痛、発熱、出血、その他として場合によつては再妊娠を促し、また逆に不妊症あるいは慢性自殺的障害等々直接間接影響が大きいとおもう。

(5) 全中絶件数に対する障害の比

人工妊娠中絶による障害発生の種目別調査によると総数 5209 例につき (a) 出血長期持続したもの 5.1% (b) 腹痛を伴つたもの 2.7% (c) 出血多量であつたもの 1.6% (d) 発熱したもの 1.5% (e) その他の障害を起したものの 0.5% となりその他としての内訳は、内容残留、子宮穿孔、附属器炎、頸管裂傷等、以上にみる障害は、中絶手術を行なわなければ当然おこらなかつたことであり、まことに医師も患者も生命に対しての慎重さが望まれるところである。

〈届出優生手術の現状〉

まず法の条文を引用する。

1. 医師の認定による優生手術

第 3 条、医師は左の(下記)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の(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)あるときはその同意を得て、優生手術を行なうことができる。但し未成年者、精神病者又は精薄者については、この限りでない。と定められた者の優生手術を認めている。

(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精神薄弱を有しているもの。

(2) 本人又は配偶者の 4 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。

(3) 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あるもの。

(4) 妊娠分娩が母体の生命に危険を及ぼす恐れのあるもの。

(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恐れのあるもの。と定められている。ここに現状の傾向を表によつてみることにする。

2. 審査を要件とする優生手術の申請

第 4 条、医師は、診断の結果別表に掲げる疾患に罹つていることを確認した場合には、そのものに対してその疾患の遺伝を防止するために優生手術を行なうことが公益上必要であると認めるときは、都道府県優生保護審査会に優生手術を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。

(1) 優生手術の実際は第 3 条によるものが極めて多く、なかでも第 4 項該当を理由づけているのであつて全優生手術中 96% を占めている。

(a) 昭和 24 年以来 31 年迄の 8 年間の経過をみると、逐年上昇線を示し最近に至るもその傾向は衰退していない。(届出数に対し実際には 5 倍以上と推定されるむきもある)。

(b) 受術者の年齢分布をみるとやはり永久的不妊手術であるため 20 才に少く 30 才を越える頃から 40 才に至りてピークを示している。しかし不妊手術が決定的手段であるとして、安易に考えた場合全く本法の精神はゆがめられてしまつて「優生」を意とする思想はみじんも必要とされなくなつていくのではないだろうか。

(2) 長野県に於けるこの実態を参考迄に載せてみよう。

昭和 24 年から 35 年に至る 12 年間の経過中の実施数は 6824 件である。

(3) 24 年中受術者 2 ♀ 102 計 104, 35 年に至り 16 ♀ 631 件、総数において 295 件 ♀ 6529 件その計 6824 件。

(a) 第 4 条は審査を要件とするものでは県予算にみられるものとしては大体年間 30 件程度としている。現に著者も市町村勤務中この

ようなケースに関しては少なからず皮肉な関係をも見ている。それは別表1, 2, 3に該当する取扱上審査会に、市町村長の請願書添附、或いは知り合いの係に喰い下つて、漸やく認可の段取りとなつたものの、戸籍書類、実情調査にと係官同道で現地におもむきそれは単なる公費手術の希望によるもので、しかもケースの身体及び生活の惨たる現状を知り、救出できえたことがあつた。

費用が個人か公費かというただそれだけで簡単、嚴重に処理してよいものではないとおもう。ここにも今後の大きな問題点があるとおもうのである。法の規範性を軽視する悪習防止、除去、人間性軽視の念とモラルの在り方等が問題だからである。

4 優生保護法を分析する

〈総説〉年間200万件に及ぶ人工妊娠中絶、届出された優生手術は凡そ42840件（実際には20万から40万と推定される）の高率を示し、またそれに伴う諸種の障害は限界を極めている。この事態は法をもまた道德性をも全く逸脱しているものであり、これを長年月に亘つて認容することは、大きな社会悪を招き、「優生」は全く道化師にすぎざるを得ないとおもわれるので前ページには本法の運用とその技術ならびに、規範性の存在がなへんに在るかを様態的に書いてきたがこの章においては跳梁する中絶魔、乱用される優生手術等によつてこおむる幾多の障害を防止し憲性の保障する公衆衛生思想を揚め、健康なからだで文化生活を営むことへの意義を新たにすると同時に法理念が正しく実現されることが要務であると信ずる次第である。

〈優生保護法には疑問がある〉年間200万件に及ぶ人工妊娠中絶、或いは20万ないし40万件に昇る優生手術の横行また氾濫をどのようにみるか。

(1) 一応根拠としては法第25条(届出)に基いて「医師又は指定医師は人工妊娠中絶又は優生手術を行なつた場合にはその月中の手

術の結果をとりまとめて翌月迄に、理由を記して都道府県知事に届出なければならない」と定められている(月報報告)。又第32条においては「第25条の規定に違反して届出をせず又は虚偽の届出をしたものは、これを1万円以下の罰金に処する」と定めている。しかし実際には誰れがどのようにしてその違反及び「虚偽」の届出を正すのであろうか。ちなみに刑法に於ては「被害者」からの届出、或は申告を以て法の保護を求めるところであるが、本事件の場合、被害者はプライベート或いはプライバシーに触れられることを嫌うという心理作用が極度に働くため認識しているものでもいわゆる泣きねいりに終るか又は全くそ対処の方法すらしる人は多くないとおもう。

又医師会が会員の失敗、落度を告発するということは実際の場合、会員相互の業務道德を堅持しなければならないという社会的背景を考慮してしまうという点から、不可能であろう。従つて本件についての違法性に対し疑問視は可能であつても問いただすということはおおむね不可能にちかいとみるべきではないだろうか。

表6に示した神奈川県における実態調査資料にみられるとおり、完全に第23条に適用するとおもうのであるが事態は至極安泰に済まされているという。従つてこれも刑法第156条(虚偽の公文書作成)に違反したる者は1年以上10年以下の懲役、3年又は300円以下の罰金に処すと定められてありはしても準用規定は医師法にない。従つてかかる事件は殆んどが迷宮入りとなつている。

(2) 法の字句には無制限に白紙委任をしている感をいだかせる。

法文上では産婦人科医にフリーハンドが与えられてはいないであればこそ法案は国会を満場一致で通過したのであり「優生保護法第14条4項」該当に限り人工流産手術を医師は行なえることになつている。しかしこれらの字句に疑問をいただくのである。たとえば経

済的理由とか、著しい健康障害とかいうが、経済的理由を如何にして医師が認定でき得るかということで、これは福祉事務所の審査をまたなければ判定でき得ないことであり従って医師が単独で経済的理由を根拠要件として施術をなし得べきものではないとおもう。又「母体の著しい健康障害」というその著しさであるが、これとても如何なるていどになれば著しくなるのか、という基準がない。この条件も実際のところ認定の「きめて」とはならない。このような場合法律では概念規定をするのが当為であり施行規則によつて厳密な執行を指導するものであるとおもう。例えば労働基準法の条文とその詳細な概念規定を定めている施行規則に安全規則の数百条があげられている。しかるに優生保護法の施行令も、施行規則も貧困の認定や、健康状況について何等の規定をも見当たらないから結果的には「指定医は如何なる場合にも人工流産手術、優生手術ともに行なうことができる」と混同して意識される結果論に終始してしまうのである。

(3) ロチエスター大学産婦人科教授のポマレンケ博士は「手術の決定に関与する人間はその女性と、医師と、胎児とである」といつているそうであるが、医師は人間でありまた、すべての医師がシュバイツァーになっているのではないということも社会通念である。

(4) 次に己むことを得ざるということについては、生命に対する現在の危険又は、近い将来の時期に生命の危険を惹起するような極めて重大な健康上の障害が現在存在する場合でもそのことだけではまだ中絶に対する刑法上の責任が免れることにはならないとおもう。従つて「己むことを得ざる手段であつたという要件が更に必要とされているのである。」己むことを得ざるということはその「手段」によるより他に手段がなかつたという唯一性の意味であつて、母親の生命を助けるために、母親の重大な健康上の障害を死の危険に導か

しめないためには「中絶」という「手段以外に方法がなかつた」ということが必要とされているのである。従つて他に治療、或いは予防の方法がありながら単純な治療手段として中絶にはしることは唯一性の要件を満たさないことになる。しかしいかなる症状に対して人工妊娠中絶が唯一の治療手段として許されるかは、その時々医学が決定するものである。しかるに事実は第3章3節の届出の名目と実際のカルテ記載録の診断名相違に現われているが如きものがあることで、あるものなどにいたつては全く健康者への中絶は墮胎行為にはかならない。この全く健康者の人工妊娠中絶手術を刑法にてらすならば第24条（業務上の随胎罪）の規定に反するものと思うのであるが、この規定は何等準用されたということを書きしていないのである。

〈人工妊娠中絶をどのようにみるか〉すでに上に提起した如く1度の体験にても障害発生を招き、頻回に至る程その度は高度となっている。しかしこれらの障害も技術の優劣性、受術者の摂生、環境等により障害の程度に種々影響の起ることが考えられるが、いづれにせよ業務上に発生せしめた傷害については明かに傷害の罪であるとおもう。しかしこの点においても格別法はふれていない。

(1) 医師法第23条（医師業務上の注意義務）が課されている。従つて中絶手術の場合、手術終了後、本人又はその保護者に対して、療養指導その他保健の向上に必要な事項の指導即ち、爾後指導をなさなければならないという意味のことを規定している。しかし実際には上述に提起した如くの中絶回数増加に比例して障害頻度も広くなっていることからしても、医師法の第23条は徹底性に欠ける面を表わしているところである。ここでいう爾後指導とは、正しい理由によつて中絶手術を行なつた場合「受胎調節指導」を為し以つて再中絶を予防しつつ母体の健康保持増進を図るものである。

(2) おそるべきは人工妊娠中絶による障害である。従つてこのような事態も、中絶をすることによつてのみ発生を促がすという特質を有する子宮穿孔、悪性じう毛膜上皮腫による死亡2.0%（発生率は2.6%）と高率死亡を発生している。

(a) 刑法204条（傷害罪）優生34（違法優生手術）本項準用

(b) 刑法205条（傷害致死罪）優生34（違法優生手術）本項準用。以上のように準用規定がありはするけれども実際にはそれらの処置はとられていなかったとおもう。

つい最近サリドマイド禍によるエンゼルベビーの誕生は妊婦に対しても未来の生産層に向つても大きなショックをあたえたことであるが、ある夫婦は猟奇的心理状態からか、その好奇心を満足させるため、妊娠初期のサリドマイド実験を試みて準備を整え、更に医師に依頼して生命を中絶された児を吾が目と指で実験成績を採ぐる。という変態を示して一般を慄然とさせたものであるが、あるいは一般にはすでに中絶手術は日常の茶飯事として処理してゆくひとつの悪習慣が徹底してしまつていたので、「世間の人々がふつうにしていること」ぐらいに考えられているのではないだろうか。全くもつて人命尊重の思想を強化しなければならぬことを痛感させられるところである。

(3) 人工妊娠中絶の被害例の分析

件例の記録は非科学術雑誌の記載に拠つたが、筆者の意図は、その記載を全面的に信用することを前提とせず、記載の様な事故が起る場合の問題点を分析して、各件例の性格を理解するための方法論に注意を向けようとしたものである。

〔件例〕 八王子市 33才の主婦、(資料7参照)

“中絶手術によつて私のからだは破壊した。” 24才の12月初めて中絶を受けた。当時1才を迎えたばかりの長女の保育を重視していたの

で、2度目の妊娠を犠牲にして手術を受けた。しかし家庭の事情から手術直後すでに働かねばならなかつた。そのためか、下腹痛、出血、に苦しみ遂に起きあがれない病人と化してしまつたのである。その烈しい症状も5日程で止つたので、恢復したものと思ひこみ健康時同様の生活に戻つたのであるが数ヶ月後再び妊娠徴候を感じ、迷う気もなく再び中絶手術を受けたところ、またも出血、今度は1ヶ月以上も治療が続けたが不正出血は依然として続き、このころから極度に健康障害を感じ、季節的にみても10月ともなると真冬の服、真冬の寝具、これでも保温にならず、室温が14℃から15℃ていどになると、炬達から離れることができない上更に年中カイロ包布を抱き、くつ下3足も重ねばき、脱力感、頭痛、分泌物、と今は「癱疾者」と化して中絶への悔恨に「生きる」希望を全く失ひ、劣等感情だけが強くなりそれでも死ぬこと以外の考えはもてなくなつてしまつた。

〔件例 B〕 新潟県の28才の主婦（資料7参照）

“子宮穿孔に苦しみ後遺症に悩む”

恋愛コースにおいて「妊娠」という事実に驚倒のあまり小さな産院に駆けこみ女医の手馴れた手術を受け経過も順調であつたため誰にも気づかれずに勤めも続けていたところ翌月再妊娠、遂に3ヶ月も過ぎてしまい結局最初の女医の門をくぐつた。結果はよかつた。しかし再三の妊娠で遂に女医の門もくぐりにくくなり、隣県に行き処理しようと汽車にゆられているうちに烈しい腹痛に吐気さえ加わり遂に目的地より5つ手前の駅で下車、待合室にうづくまつて痛みをこらえていると、中年婦人が歩みより尋ねられるがまゝに打明けると、あるうらぶれた感じの医院へ案内してくれた。待つこと久しく突然にけたたましい悲鳴がきこえ同時に30才位の婦人が這うようにして手術台から降りてその場にどつと横たわつてしまつた。それをカーテンのすきまから

みた私は全身に戦慄を感じ、逃げ出そうとおもっている矢先に呼ばれてしまい手術台に昇った。その間に何度もマスイを頼んだが受けつけられず、終了後は出血と痛みで2日入院していたが一向に恢方に向わず、又何等手当してもらえず心細くなつたので転医することに決め会計をして二度びつくり、請求書は12,000円也となつていた。その後転医した医師は早速診療してくれたが、「これはひどい。よく今迄がまんができたものだ」と半ば呆れ気味に「子宮穿孔」ですよと説明してくれた。その日から10日入院し軽恢退院、間もなく結婚した。而しそれ以来8年すっかり不妊症化した私は慟哭と絶望感から生ける屍として暗い日を送っている。

〔件例 C〕“未婚女性の中絶による子宮穿孔”（資料8参照）

妊娠4ヶ月の未婚女性、日々育ちゆく胎児の始末に独り悩み、家人にも告げず外出し小医院にて中絶手術をうけたところ、誤つて子宮穿孔を起し、大出血にあわてて、市立のある病院へと転医、救急処置により一命はとりとめることができた。ここまで家人の誰1人として知るものがなかつた。遇々病院からの報を受けて駆けつけた未婚の姉が主治医から経過をきかされて一大ショックをうけた模様である。

「医師の説明によると妹は妊娠4ヶ月、それを搔把による流産手術を行なつたため軟い子宮壁を穿孔し大出血から頻死の状態におちいり救急処置により生命はとりとめた」という次第である。そして文の末尾に、「家人にも連絡なしで、勝手に未婚女性の中絶をした医師の軽卒さをうらみます」とめんめんと書かれたにくしみの手記はすさまじいものであつた。（家族計画ニュース10月号）

以上のように類似ケースは多々記録されているが省略することとした。

A. B. C 3例ともに (i) 本人は知識が低い (ii) 家人も少々無関心、(iii) 医師も機械化された職業人であつて3者とも非難に値するが、

特に、私は医師であればこそ守らなければならない職業倫理の自覚が余りにも薄いことを嘆く。このためには現状のままに放置することはできない。

今後の課題として

1. 法の改正
2. 監督管庁の責任ある態度
3. 医師自らの倫理と責任の再認識
4. 優生結婚相談所或いはマリッジカウンセラーの設置及び増員
5. 実施指導員の職業調整
6. 保健所と産婦人科医とのマザースクールについての在り方の調整等について考えてゆかなければならないことだと思う。

総 括

戦前の国民優生法は民族の資質の優秀性を確保する施策の一環として、日本民族衛生協会の多年に亘る熱心な唱導の線に沿い、政府提出として成立を見たものであり、その内容には人工妊娠中絶の社会的適応を含んでいなかった。

しかるに戦後、これを改正して、優生保護法とし、さらに昭和27年の改正を纏た現行法は、貧困の理由による人工妊娠中絶を公認するに至つた。すなわち法文を引用すれば

「妊娠の継続または分娩が身体的また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」

について人工妊娠中絶手術を容認し、墮胎罪に問わないこととなつた。これは濫用された場合には、おそるべき害毒を流すおそれがあるが、法規としては一応の対抗策が考えられていた。しかし、その後の実施の実状は、まことに憂うべきものがある。

著者は保健婦の立場から、この際、本問題の全容を概観して記録にとどめておくことに意義を認めたので本稿を草した。

世界史上、受胎調節思想の起源は古代にさかのぼるが、それが社会思潮の中に確かな地歩を占めるに至つたのはマルサス以後のこと

である。現在、日本を含めて世界の文明国において一般に行なわれている考え方は、胎児の生命の尊厳を尊重することと、社会における家庭人の快適生活を確保することとの二つを如何にかして両立させたいというにある。

日本の場合には、大正期に入るまでは、大体において受胎は素朴的に自然のままに放任されていた。その基底には産児を家運繁昌のもととして無条件に喜ぶ風潮が民族に固定しており、受胎調節は「よからぬこと」という国民感情があつた。

大正期に至つて禁欲または機械的あるいは薬物による方法で受胎調節をすることを必ずしも罪悪と感ぜないような考え方が広まり始めた。それは一方では合理主義精神の滲透があり、また需教的教条主義を棄てて人間性を尊重するというヒューマニズムの精神が萌えて来たことに相当している。しかし、それにしても大正11年のマーガレット・サンガー夫人の来日は大きな刺激となつた。

大正から昭和に入る頃になると受胎調節の思想は軍部の唱導した膨張主義の下では全くのタブーであり、世は「産めよ殖えよ」の声に埋まつた。この条件は終戦とともに解消したばかりでなく、人口過剰の悩みが政治の根本をゆるがせた。

この人口圧力に対する一般民衆の反応として急速に受胎調節が普及した。しかし、それと同時に人工妊娠中絶が著しく増加した。このことは社会心理学的に見れば、中下層社会においては、さもあり得べきこととして理解される。すなわち受胎調節、或いはさらに進んで家族計画となると、それは計画的な事前措置の生活態度であるが、そのような未来までも一緒に考える生活態度になじまず、むしろ結果を見て初めて事の意味を理解し、事後救済に頼るという下民的生活の姿勢が、この場合にも現われたものとして理解しなければならない。

受胎調節の基礎にある考え方は、明確に反省認識するとき、家族計画と呼ばれる。それは子を持つことを計画的に考え、かつ行なう

という意味である。正しい家族計画の唱導が熱心に推し進められるにも拘らず、優生保護法を「隠れみの」にして不当の人工妊娠中絶が横行している傾向が、しばしば指摘され、識者の憂慮する所となつている。著者はその概要を総説し、また母体に与えたおそろべき後遺症の3例を引用した。

これらの悪の根元は、どこに求めるべきあるか？.その答えは簡単でない。何となれば原因には構造があり、詳細な調査検討なしには原因を云々することはできないからである。本稿においては著者は、現行の優生保護法の不備という一点に問題を絞リ、原因の重要な一環として、世の注意を喚起した。一番の要点は、クライアントと優生指定医とだけの合意さえあれば、ほしひままに人工妊娠中絶手術が実施できるということにある。法文は一応、倫理性をみたしているにしても、實際上、堕胎を抑止できないという意味ではザル法である。このような、結果において堕胎の自由を許すような法律は、日本人の法意識も倫理意識も低落に導びくことになる。法の最初の意図はともかく、この法律は今や悪法となつていふと云われなければならない。国民の身体的問題及び物質的生活支援の問題とともに、精神的、倫理的バックボーン確立の問題が極めて重要であることを思えば、速やかにこの法を改正して、その有害要素を取り除くべきであると考ええる。

参 考 資 料

1. 石垣純二：特集、堕胎天国日本、優生保護法批判、婦人公論7, 240 (昭36)
2. 昭和23年7月、法第156号
3. 昭和36年厚生省の指標、人口動態統計、厚生統計協会 (昭36)
4. 高口保明：家族計画便覧 (昭36年度版)
5. 古屋芳雄：1957年毎日新聞、人口問題調査会
6. 村松稔：家族計画ハンドブック, 69, 日本家族計画普及会 (昭32)
7. 遠藤ユリ子、高橋美子：私の中絶体験、婦人公論, 7, 252 (昭36)
8. 家族計画ニュース：昭36年8月号, No.89 (昭36年)