

# 障害児福祉政策と優生思想

——1960年代以降を中心として——

山本 起世子

## 1 はじめに

筆者は以前、1940年代末～60年代の児童福祉政策の展開を考察した。その中で、1950年代半ば～60年代には、あらゆる子どもの生存権を保障すべきという世論が高まり、未熟児や心身障害児に対する医療・福祉政策が大きな進展を遂げると同時に、優生政策が推進されたことを指摘した。経済復興・高度経済成長期における福祉国家の形成と優生政策とが密接な関係をもっていることが示唆されたのである（山本2008）。

福祉国家と優生政策との関係は、外国を対象とした研究からも明らかにされつつある。たとえば、第1次世界大戦後に成立したワイマール共和国では、福祉国家の建設をめざしつつ、優生学が社会意識および政策の両面において徐々に浸透していき、ナチス・ドイツの優生政策に引き継がれた（市野川2000：74-75）。また、デンマークでは、1880年代以降における優生学の浸透が障害者福祉の整備と並行して進行した。スウェーデンでは1930年代以降、福祉国家が確立されると同時に優生政策が進行し、1950年代までに半強制的に行われた優生学的不妊手術が1990年代末に社会問題となり、手術を受けさせられた人々への国家補償が開始された（同：117-125）。

従来の社会福祉研究では、福祉国家がもつ生活保障の側面のみが着目され、生命・生存に国家や専門家などが介入を深めていく側面を明らかにしようとする視点は欠如しがちであった。上述したような、優生思想（あるいは優生学）と福祉政策との関係についての研究は、決して蓄積が多いとはいえない。したがって、本稿では、前稿で十分に論じることができなかった1960年代以降の障害児福祉政策と優生思想・優生政策との関係について考察していく。

「優生思想」が何を指すのかについては論者によって違いがあり、広義と狭義の定義が存在する。本稿では「優生思想」を、「ある社会の人口の質を向上させることを目的とし、医学的知識を用いて人間の生命の質を高め、その低下を防御しようとする考え方」と広く定義しておく。本稿で扱う優生政策は、優生思想にもとづいて立案・実践されてきたものを対象とし、遺伝性疾患等をもつ人々の生殖に対する介入のほか、障害の発生予防対策を含む。また、近年、優生思想にもとづく医療行為として批判がある出生前診断および着床前診断も考察の対象とする。ただし、本稿で扱う出生前診断は、羊水検査や絨毛検査等にもとづく診断（侵襲的出生前診断）および母体血清マーカー検査に限定する。

ここで、優生思想をテーマとして扱う際の筆者の立場についても明らかにしておきたい。1980年代以降に発表された研究や論考においては、優生思想が生命の選別を促すものであると批判する論調が強い（森岡 2001、坂井 1999、佐藤 1999、日本臨床心理学会編 1987、福本 1981 など）。本稿では、このような優生思想に対する価値判断を行わず、優生思想に対する人々の反応が、時代に応じてどのように変化したのかを考察することに力点を置く。そのことによって、子どもの生命や障害・疾病のとらえ方の変化とその要因を明らかにすることができるであろう。

なお、本稿では、以上のような視点から考察を行うため、障害や疾病、障害児福祉・教育に関する用語については、当時使用されていたものをそのまま用いる。

## 2 優生保護法の機能

戦後の優生政策の中核を担うものとして登場したのが「優生保護法」（1948～1996年）である。この法の成立過程とその要因については以前に論じたことがあるので（山本 2005）、本章では、この法が果たした社会的機能について考察する。優生保護法は、「優生上の見地から不良な子孫の出生を防止すること」を目的とし、「不良の子孫」を産み育てるおそれがあるとみなされた人々に対して、不妊手術や人工妊娠中絶（以下、中絶）を促進した。ここで出生抑制の対象となったのは、遺伝性疾患を有する者だけでなく、癩疾患（ハンセン病）をもつ者や、「遺伝性のもの以外の精神病または精神薄弱<sup>2)</sup>に罹っている者」（1952年改正より）といった、非遺伝性の疾患をもつ人々も含まれていた。このような非遺伝性疾患をもつ人々は、子どもに対する養育・教育責任を全うする能力が欠如していると見なされたと考えられる。

このような政策は、1960年代後半～70年代には自治体によっても積極的に推進された。たとえば、兵庫県が実施した「不幸な子どもの生まれない施策」では、優生目的の不妊手術が推進され、非遺伝性の精神疾患や精神薄弱に罹っている者に対する不妊手術（保護者の同意と医師の申請によって実施されるもの）の費用を県費で負担していた（この施策については、第4章で詳しく論じることにする）。

優生保護法成立から1950年代までは、逆淘汰防止<sup>3)</sup>という社会防衛的観点から優生政策が推進されたが、1960年代には「人口資質の向上」という新たな目標が登場し、福祉国家を実現するために優生政策の推進が不可欠であるという方針が明確化された。なぜこの時期に「人口資質の向上」が浮上したのかを、厚生省人口問題審議会が1962年に出した「人口資質向上対策に関する決議」から検討してみよう（社会保障研究所編 1981：692-695）。決議の前文には、まず第1に、経済成長政策の目的は福祉国家の実現であること、そのためには「体力、知力および精神力の優秀な人間」によって経済活動が担われなければならないことが明記された。第2に、出生率低下によって次世代の社会の担い手である若壮年人口の割合が低下し、労働力不足に陥る危険性がある。しかし、労働力の適正有効な配置がなされていない現況下で、人口増加政策を行うことは「賢明であるとは考えられない」ため、若壮年人口の死亡率引き下げと、「欠陥者の比率を

減らし、優秀者の比率を増す」対策をとるべきだとしている。

さらにこの決議は具体策として、①健康増進と体質の改善、②幼少人口の健全育成（幼児の一斉検診の徹底、農村での保健婦ネットワークの確立、妊娠中毒等による妊産婦死亡率の低下対策など）、③国民の遺伝素質の向上（遺伝相談の専門家育成）、④障害者への支援育成対策（治療と訓練による社会復帰支援）などが盛り込まれた。

この決議を受けて、1963年には厚生省人口問題研究所に「人口資質部」が設置され研究を開始した。部長に就任した篠崎信男は、1950年代以降に進行した「量的少産は常に質的安産によって補償された優生的配慮を伴わねば無意味となるおそれがある。」と述べている（篠崎 1968：36）。急速な出生率低下と乳児死亡率低下により、少産少死の時代に突入したことも、人口資質に対する優生学的な関心が高まった大きな要因である。

このように、優生保護法を基盤として優生政策が進行したのであるが、「優生手術」（優生目的の不妊手術）はどの程度遂行されたのだろうか。優生保護法（第4条、第12条）にもとづき、遺伝性疾患や、非遺伝性の精神疾患および精神薄弱に罹っている者に対し、医師の申請によって本人の同意なしに行われた可能性のある不妊手術の実施数は、1955年（1,362人）をピークとしてその前後で著しく増加したものの、1960年代以降は急速に減少した。本人の同意による遺伝性疾患をもつ者の不妊手術も1955年（491人）がピークで、それ以降は徐々に減少している（市野川 1996：380）。以上のような不妊手術を受けたのは男性よりも女性の方が多かった。1955年に、本人の同意によって不妊手術を受けた遺伝性疾患をもつ者に占める女性の割合は82%、同年の「医師の申請」による不妊手術を受けた女性の割合は60%を占めていた。

1970年代になると、遺伝性疾患の防止を目的として実施された不妊手術と中絶はごくわずかとなり、専門家によって「やけ石に水程度」の効果しかないと評価されるに至った（今泉 1980：21）。このように、優生目的の不妊手術が急減していった要因として、終戦直後に高まった人口過剰論や、逆淘汰防止という社会防衛的反応が、1960年代には消滅していったこと、1970年代以降には優生政策批判が徐々に強まっていったことが挙げられる。

1970年代からは障害の発生子防対策が本格的に開始されるが、その背景として、障害児福祉施設の増設や、重度障害児を保護・療育する対策が進行したことがあったと考えられる。そのため、次章では、障害児福祉施設が果たした社会的機能について考察しておく。

### 3 障害児福祉施設の機能

「人口資質向上対策に関する決議」に見られるように、1960年代における障害者（児）対策は社会復帰をめざした治療、訓練、教育に重点が置かれる一方で、社会的自立が困難な障害児は児童福祉の対象となった。このような状況下で、1960年代には障害児福祉施設（精神薄弱児施設、精神薄弱児通園施設、肢体不自由児施設等）の数が著しく増加し、1964年には、重度の精神薄弱と重度の身体障害を合わせもつ「重症心身障害児」が入所する施設が新設された（山本

2008)。

ここで重要なことは、この時期における障害児福祉施設の増設は、重度・重複障害児を社会的自立の見込みのない存在として、就学免除・猶予措置によって「教育」の対象から除外し、「福祉」の対象として囲い込む機能を果たしたことである。このことを、精神薄弱児の事例から見ていこう。

1900(明治33)年の「小学校令」改正で明確に制度化された就学猶予・免除措置は、「学校基本法」によって戦後にも引き継がれ、「病弱、発育不完全その他やむを得ない事由」がある場合に適用されてきた(中村・荒川編2003:115-154)。1972年に文部省が実施した「就学猶予・免除児童実態調査」によると、猶予・免除措置を受けた6・7歳児の33%が精神薄弱児で最も多く、肢体不自由児が28%、虚弱・病弱児が17%であった(阿部1973:76)。精神薄弱児の場合、1970年代半ばまで、児童をIQ40~50くらいで区別し、この基準以上の者を「将来社会に出て自立が可能な者」として学校教育の対象とし、それ以下の者は厚生省が管轄する精神薄弱児施設および精神薄弱児通園施設で扱うこととされていた(山口1976:44)。

精神薄弱児通園施設(1957年開設)は対象を、6歳以上の中度精神薄弱児で、かつ就学猶予・免除を受けている者に限定していた。この施設は、養護学校や特殊学級<sup>4)</sup>がまだ少なかった時代に、学校教育および福祉の対象外に置かれ、家庭のみで養育せざるを得なかった児童を指導する施設として歓迎されたのである(望月1973:52-53)。

しかし、1960年代末~70年代になると、障害者の教育権を保障すべきだという就学猶予・免除措置に対する批判や、社会的ニーズの変化に対応して、通園施設はその対象と役割を変化させていく。施設に派遣教師を導入したり、対象を学齢前の幼児と義務教育終了者とし、学齢児童は学校に任せる、といった対応が開始されたのである(望月1973:54-55)。1970年代半ばには文部省も政策の転換を迫られ、重度・重複障害児は原則的に学校教育の対象であることを明確に打ち出し、通学しながら施設にも通うことができることになった(河添1975:46-47)。児童を「教育」か「福祉」のどちらかに分類するのではなく、両方の対象とすることを可能にしたのである。1979年には養護学校が義務化されたため、通園施設では幼児を対象とした早期療養が業務の中心となった。

1960年代の障害児対策では施設収容に主眼が置かれていたが、1970年代以降になると、重症心身障害児施設や精神薄弱児通園施設の増設は進んだものの、その他の障害児福祉施設の数は横ばい状態となり、それに代わって保育所や児童館、児童遊園が増設されていく。障害児施設の整備がある程度水準に達し、出生率が低下したことから、可能な限り家庭での療養が障害児にとって望ましいという原則のもと、在宅対策(治療訓練のための通園施設の普及、ホームヘルパー制度の充実、日常生活用具の支給拡大など)が強化されることになった(『厚生白書』各年度)。

このように、1960年代以降、障害児に対する福祉・教育政策が進展を見る一方で、それらの対策に費やされる社会的コストが高まることが懸念され、障害の発生予防の研究・対策が進行することになる。それでは、どのように障害の発生予防対策が進行したのかを次章で検討する。

## 4 障害の発生予防

### 4.1 1960年代～70年代の障害発生予防

1960年代には、出生後の子どもの治療・養育・健康管理対策が人口資質向上対策として次々と開始された。具体的には、未熟児の死亡率低下と脳性マヒ発症率の低下をめざした未熟児に対する養育医療対策、幼児の健康管理と要保護児童の早期発見・治療を目的とした3歳児に対する一斉健康診断、新生児死亡率を低下させるための新生児に対する訪問養育指導、先天性代謝異常症（フェノールケトン尿症等）の子どもへの養育医療給付などである。1960年代末からは、脳性マヒなど障害児の早期発見・早期治療が推進された。

その一方で、1960年代末から、「先天異常」の発生予防が重要な課題として注目されるようになった。乳児死亡率の急速な低下に伴い、乳児死亡の原因の中で大きな割合を占めていた肺炎・気管支炎、胃腸炎・下痢疾患などが低下し、「先天異常」の割合が上昇したためである（1947年：1.9%→1968年：13.7%）。

また、1950年代末からアメリカで、心身障害児が生まれる頻度と原因を究明するため、5万人以上の出生児について7年間追跡調査するという大規模な研究が開始されたことに触発され、日本でも障害児出生の原因究明と出生予防のための対策が急務であるという言葉が強まっていった。ある研究者は、心身障害児という「不幸な子」を「地上から抹殺しようという医学」は治療医学に勝るもので、この医学の方法が確立されれば、障害児施設は無用となり、「同時に人類の素質は純化され、向上」と期待を寄せた（高井1967：50-51、同1969：150-151）。

障害発生要因の究明のため、1960年代末からは、進行性筋ジストロフィー症、脳性マヒ、自閉症、ダウン症候群などに関する特別研究費の国家補助が開始された（『厚生白書1969年度版』：392）。

このような状況の下で、1970年に「心身障害者対策基本法」が成立した。この法律における二大柱が、障害者の「福祉の増進」と「障害の発生予防」である。ここでは、すべての心身障害者は「個人の尊厳」を重んじられ、その「尊厳にふさわしい処遇を保障される権利」をもつこと、社会連帯の理念にもとづいて心身障害者福祉の増進に協力すべき国民の責務、障害者自身の自立への努力が盛り込まれた。

それと同時に、障害発生の原因およびその予防に関する調査研究を促進する国や地方公共団体の責務、障害発生予防のために必要な知識の普及、母子保健対策の強化、障害の原因となる傷病の早期発見・早期治療を推進する国や地方公共団体の責務が規定された。福祉の増進は社会的コストの増大を招くことから、障害の発生予防対策が不可欠とされたのである。この法律は、1993年には、障害者の「自立」とあらゆる分野の活動への「参加」を促進することを目的とした「障害者基本法」として改正された。改正前の法律では、障害の「発生の予防」が「福祉」施策よりも前に置かれていたが、改正後にはその位置を逆転させ、さらに、「発生の」という文言が「差

別的」とみなされ、削除された<sup>5)</sup>。

障害の発生予防対策は、一部の自治体では1960年代後半から積極的に推進された。その先駆者が、1966年度に開始された兵庫県における「不幸な子どもの生まれない施策」である。「不幸な子ども」とは、①遺伝性疾患をもって生まれた子ども、②妊娠中に母親の病気や無知のため起こる各種の障害をもって生まれた子ども（ウイルス感染症、糖尿病、妊娠中毒症、薬剤乱用、放射線障害など）、③出産時から乳幼児期に治療を怠ったため障害を負った子ども（脳性マヒ、フェニールケトン尿症、先天性股関節脱臼）などを指す（兵庫県衛生部1969：90）。ここでは、遺伝性疾患をもつ子どもは生まれてはならない不幸な存在であること、母親の無知や治療上の怠慢をなくせば、障害児の出生を防止できるという認識が示されている。

この施策で、出産前に「異常児」出生を予防する対策として、①優生目的の不妊手術の推進、②性病を発見するための、妊婦や婚前者に対する無料の血液検査、③妊婦に対する薬の適正使用や感染予防に関する啓蒙、④血液型不適合による「新生児重症黄だん」を早期に予測するための血液型検査、④妊婦の糖尿病・妊娠中毒症の予防、などが実施された。また、出産後の対策として、フェニールケトン尿症を早期に発見し、食餌療法によって精神薄弱を防止するため、生後60～90日の乳児に対し尿検査が行われた。1968年度には乳児の大部分がこの検査を受けたというから、この対策は乳児をもつ親たちの間に広く浸透したと考えられる（兵庫県衛生部1968：82-90）。同種の施策は、1970年には42の自治体で行われていた（松原2000：208）。

1970年代には、産婦人科医たちの取り組みも活発化した。日本母性保護医協会（現在の日本産婦人科医会）は1972年より、全国規模の「先天異常モニタリング」——ある種の先天異常児の出生増加や新しい先天異常児の出生に関する情報を収集し、分析を行うシステム——の運用を開始した。これは、サリドマイド薬禍の教訓から開発されたもので、先天異常の発生原因として疑わしい有害因子（薬剤、環境因子など）を解析・同定することにより、先天異常の発生の防止をめざすものである（平原2007、住吉1996）。

さらに、出生前診断の登場は、国の優生政策の転換を促す契機となった。1972年に優生保護法改正案が第68回国会に提出され、中絶の適応事由の中に、出生前診断によって「胎児が重度の精神又は身体の障害の原因となる疾病や欠陥を有しているおそれが著しいと認められる」場合、両親の希望があれば中絶が可能となる条項（以下、「胎児条項」）の新設が盛り込まれた。これに対して障害者団体による反対運動が起こったため、斉藤邦吉厚生大臣は国会で「時期尚早論」を唱える議員の質問に対し、「私はこの規定（の成立）についてはこだわっていないのです。」と答弁している<sup>6)</sup>。この国会における胎児条項に対する議論はひじょうに少なく、むしろ、もうひとつの改正点——中絶の適応事由である「経済的理由」を削除する案に注目が集まり、国会議員の反対のほか、女性団体や日本医師会、日本家族計画連盟などの反対運動が強力であったため、結局この法案は成立しなかった。しかし、この時期には兵庫県のように、羊水検査の費用を県費で負担するという独自の施策を行う自治体が現れた（1972～74年に実施）。

また、出生前診断において不可欠な技術とされる遺伝カウンセリングも注目されるようになって

た。1970年代には、遺伝性疾患に対する関心が強まり、遺伝相談を受けようとする人が「激増」したことを理由に、遺伝学の専門家から、遺伝カウンセラー養成と遺伝相談システムの確立を求める動きが起こったのである（大倉 1974：89）。1977年度には、厚生省が遺伝相談の充実と普及を目的とし、遺伝相談サービスや遺伝カウンセラーの養成を開始した（大倉・半田 1979）。

出生前診断や着床前診断が重い遺伝病等をもつ子どもの出生を防ぐ技術として受容される一方で、それらが優生思想にもとづくものであるという批判もある。次節では、出生前診断・着床前診断の受容と批判のあり方がどのように変化してきたのかについて考察する。

#### 4.2 出生前診断・着床前診断と優生思想

まず、出生前診断がどの程度行われているのかについて見ておこう。出生前診断の実施状況についての調査は少なく、部分的な把握に止まっている。1997年に、日本産婦人科学会周産期委員会の登録機関 270 施設に対して行われた調査によると、回答のあった 166 施設のうち、出生前診断（羊水穿刺、絨毛採取、臍帯穿刺など）を実施していたのは 136 施設 5748 件で、羊水穿刺が最も多く 97% を占めていた。羊水検査を受けた理由で最も多いのは「高齢妊娠」で 65% を占め、次いで「染色体異常児分娩既往」（8%）、「両親いずれかが染色体異常の保因者」（2%）である。全実施件数のうち、胎児に異常が発見されたのは 248 件（4.3%）で、そのうち妊娠を継続したのは 27 件（10.9%）であった。残りの 9 割は中絶を行ったのであろう。胎児の異常がどのようなものであったのかは明らかにされていない。妊娠を継続した症例では、性染色体異常が 12 件で最も多く、ダウン症候群は 3 件あった。検査前に行われるべきとされるインフォームド・コンセントはすべての実施施設で得られているものの、説明時間は 10 分～29 分が 57%、10 分未満が 30% と、時間が比較的少ない施設が多いことが注目される。また、検査で異常があると診断された妊婦や家族に対しては慎重な遺伝カウンセリングが必要であるとされるが、その専門家がいる施設は 34% にすぎず、遺伝カウンセラーの養成が急務であると指摘されている（松田 1998）。

また、2000年の全国 54 施設を対象とした調査では、10,816 人が出生前診断を受けており、内 98% が羊水検査の受診である。この受診数は、欧米に比べるとかなり少ない<sup>7)</sup>（玉井 2005：113-114、佐藤 1999：52）。

医療者から妊婦に対して、どの程度、出生前診断についての説明が行われ、その内どれくらいの妊婦が診断を受けているのであろうか。ある大学附属病院において、1997年の7ヶ月間に、医師が羊水検査についての説明を行った妊婦の割合は7%（224人中16人）で、そのうち実際に検査を受けたのは11人であった。この説明実施率および検査実施率の低さは、妊婦に出生前診断の存在が知られていないからではなく、知っていても説明および実施をあえて希望しない妊婦が多いためと推測されている（玉井他 2000）。

このような、出生前診断数の少なさには、出生前診断は生命を価値付け選別する優生思想にも

とづく技術である、という根強い批判が影響しているのかもしれない。胎児条項の新設を含んだ優生保護法改正案が1972年に提出された際、日本脳性マヒ者協会「青い芝の会」は改正案を「障害者抹殺思想の法制化」として、国会および厚生省に対し反対運動を展開した。また、1970年には、障害児を殺害したり、障害児と無理心中をした親たちに対して、同情的な世論が高まったことに抗議をしている（横塚1975、横田1979）。

このような「青い芝の会」の活動は1つの重要な論点、すなわち、親が障害をもたない子どもの誕生を願う意識は優生思想とつながっており、障害者の生命を価値の低いものとして排除する意識の表れだといえるのかどうか、という論点を浮上させた。これについて横塚晃一は、わが子が「五体満足であること」を親が願うとき、障害児は親によって「あってはならない存在」と見なされたことになり、「ここから親と脳性マヒ者（子供）との闘争が始まる」と述べている。彼ら（障害者）にとって、出生前診断にもとづく中絶は、「社会の厄介者・あってはならない存在」として障害児をこの世から抹殺する行為である<sup>8)</sup>（横塚1975：16-19）。

このような主張に対して、1970年代までは、障害児が生まれることは本人にとっても親にとっても不幸である、という論調が強かった。しかし、1980年代以降、優生思想批判が高まったことから、そのような言説は弱まっていったが、それとは異なった観点から、「出生前診断＝優生思想にもとづく障害者差別」という図式への反論が存在する。たとえば、小浜逸郎は、出生前診断で胎児に異常が見つかったため中絶する行為は、五体満足を願う親の「自然な心情」にもとづいており、子どもが病気になったときに治ってほしいと念ずる心情とそれほど変わらないものであるから、障害者差別につながると非難すべきではないと主張する（小浜1999：66-71）。

「出生前診断＝障害者差別」論をめぐる対立の根底には、子どもが五体満足であることを願う親の心情を「自然なもの」と見るのか、あるいは障害者を排除しようとする意識の表れとみなすのか、という違いがある。あるいは、障害者（あるいは胎児、出生児）の視点から見なのか、親の視点から見なのかの相違でもある。しかし、ここで、出生前診断にもとづく選択的中絶を胎児の視点から批判する人々が、なぜ、「経済的理由」による中絶については批判しないのか、という疑問が生じてくる。どちらも、親による胎児の生命の選別に他ならないからである。

このような出生前診断をめぐる議論の中で、障害児をもつ親もまた、相反する感情の間で苦悩していることが明らかになってきている。ダウン症の子をもつある夫婦は、「理論的には」人間の生命の問題として、羊水検査により障害児を胎児のうちに抹殺してしまうことは許されないとしながらも、再びダウン症の子は産みたくない、ほとんどの親が考えているのも「現実の姿」と述べている（谷奥1973：43）。

また、第1子が重い遺伝病と診断されたため、次子妊娠時に、胎児の出生前遺伝子診断と自身の保因者診断を受けたある女性は、「突然異変で障害の子が生まれてきて、羊水検査のこと、障害者蔑視だとか差別だとかって否定してる人、ああいう人たちが羨ましい。私もできればそっちに回りたかった。……そういう風に検査を否定している人に、私と同じ立場になっても否定できるのか聞いてみたい。」と語っている（大久保他2003：3-4）。子どもの障害が遺伝病であるか否



かによって、親の置かれる立場は大きく異なるのである。そして診断によって、次子も第1子と同じ遺伝疾患をもっていることがわかり、「二人も育てられない」と、夫婦は中絶を選択する。女性はそれ以降、第1子が「病気でも、生まれてきたこともだんだん受け入れ、生まれてきたことに後悔はない」と障害者の存在を肯定しながら、他方で次子を中絶することによって障害者の存在を否定するという自己矛盾に直面し、「結局自分を守るために」子どもを「殺した」という自己嫌悪と罪悪感に苛まれているという（同 2003：6-7）。この女性の語りの中にも、重い障害をもつ子の中絶する行為を、親の負担を避けるために止むを得ないと肯定してよいのか、あるいは障害者を排除する意識として批判すべきなのかという葛藤、障害児（および障害をもつ胎児）の視点から見ると、親の視点から見るとの葛藤が表現されている。

以上のような出生前診断および優生思想をめぐる議論が1970年代から始まり、とくに1990年代以降には盛んに行われ、優生思想を批判する論調が強まった<sup>9)</sup>。日本産科婦人科学会は、2007年に発表した「出生前に行われる検査および診断に関する見解」により、侵襲的な出生前診断（羊水穿刺、絨毛採取など）を実施する条件として、夫婦からの希望があり、かつ胎児が重篤な疾患に罹る可能性のある場合や、高齢妊娠の場合などに限定している<sup>10)</sup>。

また、侵襲的な出生前診断を受ける前のスクリーニングとして実施されることが多い母体血清マーカー検査について、厚生省は、この検査に関する事前説明が不十分なため、「妊婦に誤解や不安を与えている」ことから、「医師は妊婦に対し本検査の情報を積極的に知らせる必要はなく、本検査を勧めるべきでもない」との見解を発表した（1999年）。このような、同学会や厚生省の見解は、優生思想批判の高まりを受けての対応であると考えられる。ダウン症の子どもをもつ親の会は、医師が母体血清マーカー検査を受ける妊婦にダウン症について説明する際、ネガティブな面のみを強調し、ポジティブな面の紹介がなされていない<sup>11)</sup>、と批判している（松田1998：27）。

さらに近年、注目されている着床前診断について、日本産科婦人科学会は現在、重い遺伝病および染色体転座に起因する「習慣流産」<sup>12)</sup>を審査の対象とし、承認を受けた症例のみについて診断を実施できる体制をとっている。2005年4月～2008年3月までに、同学会は107件の申請を受けて73件を承認、そのうち習慣流産のケースは57件、重い遺伝病のケースが16件であった。44人の女性に受精卵64個が戻された結果、生まれた子どもは3人で、いずれも習慣流産の夫婦の子どもであった（『読売新聞』2008年12月14日）。

着床前診断に関する倫理問題について、総合科学技術会議は2003年に、「ヒト胚の取り扱いに関する基本的考え方」（中間報告書）の中で踏み込んだ提言をしている。着床前診断の利点として、①重篤な遺伝病を有する子どもを持つことによる母親の負担をなくすることができる、②遺伝病をもつ子どもを出産する可能性がある両親にも、遺伝病のない子どもの出産を保障することができる、③出生前診断の結果行われる中絶を避けることができる、という3点を挙げる。そして、母親が着床前診断を受けることは「個人のエゴイズム」ではなく、憲法第13条によって保障された個人の「幸福追求権」であり、「人の生命の尊厳」を侵害しない範囲内（極めて重篤な

遺伝病など)で認められるべきだと主張している。しかし、翌年に公表された最終報告書では、着床前診断の是非を判断するには、医療としての検討や「優生的措置の当否」に関する検討が必要なため、「結論を示さない」と、慎重な態度に転じた。

このように、日本では、優生思想批判への配慮から、出生前診断・着床前診断の適応条件はかなり限定的である。他方、外国の事例を見れば、出生前診断および優生思想を肯定し、検査を積極的に活用している国もある。たとえば、イギリスでは、ダウン症の発見を目的とした出生前スクリーニング(母体血清マーカー検査、超音波画像検査)が2004年から始まり、希望があれば誰でも公費負担で受診できる(玉井2005:120-122)。

また、英米系の生命倫理学では、出生前診断にもとづく中絶が「自己決定」によるものであれば、その行為が優生学的効果をもたらすとしても非難はできない、という論調が強い(松原2005:141)。しかし、日本では、この「自己決定」という概念に対する懐疑論が少なくない(佐藤1999:66-119、市野川2000:138-140、松原2000:234-236など)。その内容は、以下のようなものである。医療の現場では、「自己決定」の前提条件として、当事者が自ら決定できるように、偏りのない正確な情報が提供されることが不可欠だとされる。しかし、(専門家ではない)当事者は医師から情報を与えられる客体であり、どのような情報を与えるべきかの主導権を握っているのは医師である。何が正しい情報で、どの範囲まで説明すべきかについて、医師によって見解が異なる場合も多い<sup>13)</sup>。医師が発信する情報の内容は、その時代の世論の影響を受け、変化しうるものでもある。また、「自己決定」を当事者に迫る行為は、その決定に対するすべての責任を当事者に負わせるものであり、情報を選択し与える側の責任は問われなくなってしまう、という批判もある。

## 5 おわりに

歴史をふり返ると、日本では戦前においても、優生学・優生思想についての懐疑論が強かった。1940年に制定された「国民優生法」の審議過程において、「悪質な遺伝性疾患の素質を持つ国民の増加を防ぐ」ための不妊手術に対し、①子孫を間接的に殺す行為で、人権を無視するものである、②家族制度および家族国家観を破壊しかねない、③遺伝学が信頼できる水準に達していない、④断種よりも環境改善や病気の治療に力点を置くべきである、といった批判が噴出し、法律は成立したものの、優生政策は十分に機能しなかったのである(山本2002)。

しかし、終戦直後に成立した優生保護法においては、戦前よりも優生政策が強化された。1940年代末～50年代には人口過剰論を背景として、人口の逆淘汰への危機感が強まったため、優生目的の不妊手術の実施数は、この時期に最も増加した。

1960年代になると、高度経済成長の過程で、急速に福祉国家の確立がめざされ、その手段として、人口資質を向上させるための優生政策および子どもの健康管理対策が推進された。すべての子どもの生存権を保障すべきだという世論の高まりも、障害児福祉政策を大きく進展させ

た。このように、福祉国家とは、すべての者に人間らしい最低限の生活を保障するとともに、人間の生命の維持や生殖に国家が深く介入する性格をもっているのである。

1970年代以降には、法律に規定された疾病をもつ人々に、優生目的の中絶や不妊手術を促すようなタイプの優生政策の遂行力は弱まり、「障害の発生予防」という新たな対策が重視されるようになる。増大する福祉コストを抑制するため、先天異常の発生を防止することが目指されたのである。1970年代～80年代には、障害者の「福祉の増進」と「障害の発生予防」が障害者対策の柱となった。

しかし、一方で、1970年代以降には障害者団体の抗議運動を契機として、優生保護法にもとづく優生政策や、障害の発生予防対策の根底にある優生思想に対する批判が徐々に強まり、優生思想を人権侵害と結びつける考え方が浸透していく。出生前診断・着床前診断が一部の人々に受容される一方、生命を選別する優生思想につながるという批判も根強く、日本ではそれらの適用が限定的である。

このように見てくると、日本の近現代史の中で、優生政策・優生思想の受容が進行するのは、終戦直後から1960年代の短期間に限られていたと言えるかもしれない。優生思想批判の高まりによって、1996年には優生保護法が改正され、優生に関する規定が全面削除された「母体保護法」が成立した。しかし、日本では現在もなお、優生思想（あるいは優生学）をめぐる問題は決着しておらず、我々がつねに向き合い続けなければならない問題と考えている人々は、少なくないのである。

## 注

1) 立岩真也は、優生思想を、「(1) 人の性能をよくしようとし、悪くなるのを防御しようとし、(2) そのために人間の遺伝学的側面に働きかけようとする思想」と定義している（立岩1997：411）。それに対して、森岡正博は、「中核的な優生思想」に限定して検討すべきだとし、「優生思想とは、生まれてきてほしい人間の生命と、そうでないものとを区別し、生まれてきてほしくない人間の生命は人工的に生まれないようにしてもかまわないとする考え方」と定義している（森岡2001：286）。この定義は、①生命の選別を是認する考え方、②障害のある胎児の出生を拒絶する考え方、の2要素で構成される。森岡は、「ある種の人間・胎児・受精卵が生まれないようにする行為を導くもの」（同：463）に研究対象を限定しているが、本稿ではそれ以外に障害の発生予防を対象に含めるため、立石に近い広義の定義を用いる。

また、立岩の定義にあるように、優生学・思想は一般的に、遺伝学の知識にもとづいて人口の質を改良しようとするものである。しかし、優生保護法は、不妊手術を奨励あるいは強制する疾患として非遺伝性疾患を含めていたため、定義から「遺伝学」に関する文言を省いた。

2) 「精神薄弱」という用語は、学校教育法（1947年）や児童福祉法（1948年）で用いられて以来、法令や団体名に使用されてきた。しかし、この用語には、人格あるいは意思が薄弱であるという軽蔑的語感があることから、1990年代前半に、それに替わる用語が検討され始め、1999年からは、法律用語が「知的障害」に改められた（浅井2003：26-31）。

3) 人口の逆淘汰現象とは、優生上の観点から見て「不良な」人口が増え、「優秀な」人口が減少することを指す。

4) 2007年度より、養護学校・盲学校・聾学校は「特別支援学校」へ、小・中学校の特殊学級は「特別支援学級」へ転換された。

- 5) 『第126回国会衆議院 厚生委員会議録 第16号』(1993年6月11日)7頁、池端清一委員の発言。
- 6) 『第72回国会衆議院 社会労働委員会議録 第25号』(1974年5月16日)24頁。
- 7) 1990年代半ばにおける、出生数に占める羊水検査件数の割合は、ドイツが6.5%、イギリス4.4%、フランス3.7%に対し、日本は0.5%であった。また、アメリカでの母体血清マーカー検査の実施率は、日本の167倍である(佐藤1999:52)。
- 8) 横塚は、世間が障害者を不幸な存在とみなす意識は、「障害者以外はすべて苦しみも悩みもない完全な人間のように錯覚」する「健全者幻想」に根源があるとし、障害者が健常者に近づこうとする行為を批判する。脳性マヒ者がなすべきことは、自分には「他の人になく独特のものがあること」に気づき、「社会に対し我々のありのままの姿-社会性のない、非能率的な存在-を堂々と主張する」ような「社会参加」であるという(横塚1975:50-53,72-75)。
- 9) 1990年代から、『朝日新聞』紙上で出生前診断・着床前診断・生命倫理に関する記事が増加する。また、1996年にはNHKにおいて、「生命を選べますか?新たな胎児診断システムの波紋」、「ETV特集 シリーズ 遺伝子技術とこれからの医療」、「同シリーズ 検証・優生保護法」といった番組が放送され、反響を呼んだ。
- 10) 「見解」によると、侵襲的な出生前診断が行われるのは、以下の場合の妊娠である。①夫婦のいずれかが、染色体異常の保因者、②染色体異常症に罹患した児を妊娠、分娩した既往を有する、③高齢妊娠、④妊婦が新生児期もしくは小児期に発症する重篤なX連鎖遺伝病のヘテロ接合体、⑤夫婦の両者が、新生児期もしくは小児期に発症する重篤な常染色体劣性遺伝病のヘテロ接合体、⑥夫婦の一方もしくは両者が、新生児期もしくは小児期に発症する重篤な常染色体優性遺伝病のヘテロ接合体、⑦その他、胎児が重篤な疾患に罹患する可能性のある場合。
- 11) たとえば、(財)日本ダウン症協会のパンフレット「もっともっと知ってほしい!ダウン症をもつ人たちのことを」には、ダウン症は病気というよりも、体質や個性の違いの1つと考えたほうがよいこと、ダウン症の子どもの発達はゆっくりだが確実に成長していくこと、ダウン症の子どもは人なつっこい性格で人気者になりやすいこと、学校に通ったり職業につくことができることが説明されている。
- 12) 3回以上流産を繰り返すことを「習慣流産」と呼ぶが、そのうち染色体転座に起因する習慣流産は4.5%である。夫婦の少なくとも一方が転座保因者である場合、流産率は7割近くになるという報告がある。流産の反復による身体的・精神的苦痛を回避したいという当事者からの強い要望を受け、学会は2006年に、染色体転座に起因する習慣流産を着床前診断の審査対象に加えた。
- 13) たとえば、着床前診断を行う際に必要な体外受精について、「侵襲なく行えるようになった」と言う医師もいれば、排卵誘発剤の使用や採卵のための穿刺による副作用の可能性があることから、体外受精は「侵襲的治療法」と説明する医師もいる(佐藤1999:50)。また、母体血清マーカー検査や羊水検査について、妊婦から質問されない場合でも、検査の存在とその内容について情報提供をする医師もいれば、妊婦から説明を求められない限り、情報提供をしない医師もいる(大野2003:9-13)。

## 文 献

- 阿部洋, 1973, 「就学猶予・免除児童実態調査結果の概要」『教育と医学』21(9), 76-81.
- 浅井浩, 2003, 『知的障害と「人権」「福祉」』田研出版.
- 平原史樹, 2007, 「先天異常モニタリング:わが国と世界の取り組み」『日本産科婦人科学会雑誌』59(9), 246-250.
- 福本英子, 1981, 「心身障害発生子防と差別される生命」『技術と人間』10(6), 133-143.
- 福島みどり, 1983, 「ふりわけられる子どもたち」社会評論社編集部編『女の性と中絶』社会評論社, 224-245.
- 兵庫県衛生部, 1968-1971, 『衛生行政の概要』(各年度), 同.
- 市川恵彦・伊庭裕・倉橋典絵・岸玲子, 2001, 「『出生前診断』の問題点について-札幌市内の妊婦を対象

- にした意識と態度に関する調査』『日本公衆衛生雑誌』48(8), 620-633.
- 市野川容孝, 2000, 「ドイツ-優生学はナチズムか?」『北欧-福祉国家と優生学』米本昌平・松原洋子・棚島次郎・市野川容孝『優生学と人間社会』講談社, 52-106, 108-140.
- , 1996, 「優生手術=不妊手術について」江原由美子『生殖技術とジェンダー』勁草書房, 379-386.
- 今泉洋子, 1980, 「遺伝的側面からみた日本人の資質」『人口問題研究』第154号, 6-25.
- , 1973, 「先天異常率の推移と地域変差に関する分析」『人口問題研究』第127号, 20-34.
- 貝谷久宣/日本筋ジストロフィー協会編, 2001, 『遺伝子医療と生命倫理』日本評論社.
- 河添邦俊, 1975, 「『就学猶予・免除』に関する考察(その二)」『東北福祉大学論叢』第14巻, 43-57.
- 小浜逸郎, 1999, 「『弱者』とはだれか」PHP研究所.
- 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・棚島次郎・市野川容孝『優生学と人間社会』講談社, 170-236.
- , 2005, 「出生前診断と生命倫理」『助産雑誌』59(2), 138-141.
- 松田一郎, 1998, 『出生前診断の実態に関する研究』(厚生省心身障害研究)
- 望月正道, 1973, 「就学権と精薄通園施設の周辺」『月刊福祉』56(6), 52-57.
- 森岡正博, 2001, 『生命学に何ができるか』勁草書房.
- 中村満紀男・荒川智編, 2003, 『障害児教育の歴史』明石書店.
- 日本臨床心理学会編, 1987, 『『早期発見・治療』はなぜ問題か』現代書館.
- 大倉興司, 1974, 「遺伝相談システム確立の必要性」『日本医事新報』2630号, 89-90.
- 大倉興司・半田順俊, 1979, 「遺伝相談センターにおける遺伝相談例の統計的解析」『臨床遺伝研究』1(1), 48-58.
- 大野明子, 2003, 『子どもを選ばないことを選ぶ』メディカ出版.
- 坂井律子, 1999, 『ルポルタージュ 出生前診断』日本放送出版協会.
- 佐藤孝道, 1999, 『出生前診断』有斐閣.
- 社会保障研究所編, 1981, 『日本社会保障資料Ⅰ』至誠堂.
- 篠崎信男, 1968, 「人口資質の現状と人口問題」『人口問題研究』第106号, 30-43.
- , 1980, 「人口の優生学的諸問題」『人口問題研究』第153号, 56-62.
- 高井俊夫, 1967, 「心身障害児を日本から抹消するための医学」『化学と生物』5(1), 50-51.
- , 1969, 「心身障害児のいない世界の形成」『臨牀と研究』46(11), 150-152.
- 玉井真理子, 1995, 「羊水穿刺を選択しなかったダウン症児の母親たち」『助産婦雑誌』49(4), 70-73.
- , 2004, 「『報道されていないふたつの出生前診断問題』と『不可視化する出生前診断』」『社会と倫理』17, 19-42.
- , 2005, 「出生前診断における『機会の平等』」『思想』979, 112-125.
- 玉井真理子・武井とし子・田中裕子・村石知奈美・山崎奈穂, 2000, 「出生前診断の説明実施率と検査実施率および妊婦の意思決定」『母性衛生』41(1), 124-132.
- 大久保功子・玉井真理子・麻原きよみ・近藤浩子・百瀬由美子, 2003, 「出生前遺伝子診断による選択的中絶の語り-モノグラフ-」『日本看護科学会雑誌』23(2), 1-11.
- 住吉好雄, 1996, 「先天異常モニタリング」『日本産科婦人科学会雑誌』48(9), 185-188.
- 谷奥克己, 1973, 「『羊水検査のねらい!!-優生保護法「改正」の意図と関連して-』」『臨床心理学研究』11(1), 41-57.
- 立岩真也, 1997, 『私的所有論』勁草書房.
- 浦野真理, 2005, 「出生前診断を受け、胎児異常を診断されて妊娠の継続を決意した妊婦へのアプローチ」『ペリネイタルケア』24(9), 20-23.
- 山田真, 1988, 「われらの内なる優生思想を問う」古川清治他編『バイオ時代に共生を問う』拓殖書房, 139-165.

- 山口薫, 1976, 「就学猶予の問題」『教育と医学』24(6), 41-47.
- 山本起世子, 2008, 「戦後日本における家族変動と児童福祉政策－1950年代～60年代を中心に－」『園田学園女子大学論文集』第42号, 39-53.
- , 2005, 「戦後日本における人口政策と家族変動に関する歴史社会学的考察－優生保護法の成立・改正過程を中心に－」『園田学園女子大学論文集』第39号, 85-99.
- , 2002, 「近代日本における優生政策と家族制度に関する歴史社会学的考察」『園田学園女子大学論文集』第37号, 99-110.
- 横田弘, 1979, 『障害者殺しの思想』JCA 出版.
- 横塚晃一, 1975, 『母よ！殺すな』すずさわ書店.

---

[やまもと きよこ 社会学]