

旧優生保護法下における 強制不妊手術問題に対する見解

2022年2月5日

全日本民主医療機関連合会旧優生保護法プロジェクト

全日本民主医療機関連合会

旧優生保護法下における強制不妊手術問題に対する見解

2022年2月5日 全日本民主医療機関連合会旧優生保護法プロジェクト

も く じ

はじめに	1
1. 旧優生保護法、国賠訴訟をめぐる経過	
(1) 旧優生保護法の制定から改定、改定後の経緯	2
① 人権を蹂躪する国民優生法の継承、「不良な子孫の出生防止」を掲げて	2
② 手術の積極的推進と優生思想の世論形成	2
③ 「経済条項」「胎児条項」をめぐる国会審議と政府内部からの疑義	2
④ 海外からの批判と救済なきスピード改定	3
(2) 国賠訴訟の経過 — 地裁・控訴審でのたたかい	3
① 日弁連の意見書、そして国賠訴訟へ	3
② 違憲判断にも関わらず、「除斥期間」の適用で請求棄却	3
2. この問題の本質と原因は何か、今回の問題解決への見解	
(1) 旧優生保護法の3つの罪	4
(2) 現行憲法のもとで「公益」を根拠に制定	5
(3) 現行憲法のもとで半世紀にわたって手術が続けられてきた原因・背景	5
(4) 「当時は適法」「除斥期間」の余地をつくった改定時の浅薄な議論	5
(5) 長きにわたる障害と人権のとらえ方の誤り	6
① 障害観の国際的な発展と日本の立ち後れ — 医学モデルから社会モデル・人権モデルへ	6
② 人権侵害を正当化した「公益」論	6
(6) 今回の問題解決への見解 — 原告らの願いと大きく乖離した「一時金支給法」の問題点	6

3. 民医連としての関与、反省、乗り越えるべき課題

(1) 医療者としての関与	7
(2) なぜ、気づくことができなかつたのか — 医療団体・運動団体である民医連としての関与	7
① 人権意識・障害者観の到達	8
② 当事者とのむすびつきの弱さ	8
③ 倫理的問題を認識する点での組織的な未熟さ	8
(3) 民医連としての反省と謝罪、問題解決に向けての行動	9

4. この問題を踏まえて人権と倫理的問題に対して民医連はどう臨むのか

(1) 繰り返さないために学び続けること	9
(2) 常に存在する人権・倫理的問題への対応の強化	10
(3) 民医連の倫理規範を考えるにあたって	10
① 歴史の発展、社会の進歩の中にいることを意識しよう	10
② 共同のいとなみで個人の尊厳をまもることに最大の価値をおく	10
③ 一人で決めない、一度で決めない～どのようにして倫理的な検討を行うのか	11

結び	11
----	----



はじめに

全日本民医連理事会は、2018年1月に宮城県で提訴された国賠訴訟を通して、旧優生保護法下で実施されていた強制不妊手術をめぐる問題とその重大性を初めて知った。障害者の存在を否定する優生思想に基づき、子どもを産むかどうかを意思決定するという個人の権利を、「公益」を理由に国が一方的に剥奪するという許されざる人権侵害が半世紀近くも続いたことに気がつかなかった。産婦人科医療の現場では従前より同法の問題点が把握されていたものの、民医連という組織全体として認識するまでには至らなかった。社会問題として取り組めなかったことに対して重い責任を自覚するとともに、被害当事者、関係者の皆さんに深く謝罪する。

本文書は、上記を踏まえながら、旧優生保護法下での強制不妊手術問題に関わる経過を整理した上で、民医連としての関与の事実を調査しつつ、この問題の原因、本質について民医連としての見解を表明したものである。合わせて、今後も生じうる人権侵害と倫理的問題に対する、民医連としての対応原則、及びよって立つ倫理的規範について起案している。

検討に際しては、2018年10月に全日本民医連理事会のもとに検討プロジェクトを設置し、2019年10月に議論の到達点を理事会に報告、さらに2021年1月よりプロジェクト会議を再開し、産婦人科、精神科、小児科の各領域から委員の参加を得て議論を重ね、改めて以下の見解をとりまとめた。

1 旧優生保護法、 国賠訴訟をめぐる経過

2018年1月、宮城県在住の60代の女性が旧優生保護法による強制不妊手術の被害に対し国家賠償請求訴訟を起こし、この裁判を通して、旧優生保護法が制定されてから約半世紀の間に24,993件の強制不妊手術（同意に基づく形式をとっているものの事実上強いられた手術をふくむ）が行われていたことが判明した。旧優生保護法のもとで、憲法で保障された個人の尊厳を否定する、きわめて重大な人権侵害が生じていたことが明らかになった。

(1) 旧優生保護法の制定から改定、改定後の経緯

① 人権を蹂躪する国民優生法の継承、「不良な子孫の出生防止」を掲げて

旧優生保護法は、1948年、基本的人権条項を定めた日本国憲法のもとで制定された。戦前の大日本帝国憲法下で制定された国民優生法（1940年制定）を継承し、「優生上の見地から不良な子孫の出生防止」「母性の生命健康の保護」を目的に、不妊手術や中絶を合法化する法律として制定された。その際、強制不妊手術は「社会公共の立場」から「公益上の理由」で行われるものであり、憲法に反するものではないとされた。同法により、これまで国民優生法の拡大解釈で実施されてきたハンセン病患者への不妊手術にも法的根拠が与えられることとなった。

1949年の改正で「経済的理由による中絶」（経済条項）が容認されるとともに、強制不妊手術の申請が医師の義務となり、1952年の改正では、遺伝性のない精神障害者・知的障害者についても、保護者の同意と都道府県に設置された優生保護審査会の決定を条件に不妊手術を実施することが可能とされた。これらの背景には、終戦直後の人口増とそれに伴う食糧難・住宅難への対応、文化国家の建設や国民資質の向上を強く志向する流れがあった。

② 手術の積極的推進と優生思想の世論形成

法制定以降、国は強制不妊手術を積極的に推進した。本人が手術を拒否した場合、身体拘束や麻酔薬の使用または欺罔（ぎもう＝だます）などの手段を講じることは「公益上の理由」から憲法の精神に反するものではないとする解釈を示す（1949年、厚生省通知）とともに、手術費用（国費）を毎年予算化し、その達成に向けて都道府県に件数を増やすことを繰り返し要請した。都道府県では、予算達成のために手術件数の目標を設定し、医療機関や障害者施設などに積極的な申請を促したほか、民生委員や児童相談所、社会福祉協議会、医師会、助産師会、障害児校など多くの個人・団体をまきこみながら手術件数を増やすことが追求された。

さらに1960年代以降、経済成長のための「人口の資質向上」が掲げられ（1962年、「人口資質向上対策に関する決議」など）、「不幸な子どもを産まない運動」など自治体が主体となった啓発活動や、家庭向け啓発雑誌の発行などを通して強制不妊手術を受容する世論が広くつくられていった。教育現場では、高校の保健体育の学習指導要領に「障害者は不幸な子どもを産まないよう不妊手術を受けるべき」と明記されていた時期もあった。また、心身障害者対策基本法の制定など障害者施策の拡充が図られる一方、福祉のコスト削減のため「財政を圧迫する障害児の発生を予防すべき」との声が関係者から出されたのもこの時期だった。

③ 「経済条項」「胎児条項」をめぐる国会審議と政府内部からの疑義

1970年代には旧優生保護法の改正に向けた動きがあり、1972年に自民党から「経済条項」の削除と、「胎児条項」（胎児に病気や障害がある場合に人工妊娠中絶を認める）の新設を盛り込んだ「改正」案が国会に提出された。しかし、「経済条項」の廃止に対しては主に女性団体が、「胎児条項」の新設に対しては障害者団体が「改正」案の廃案を強く求め、審議未了

となった。その後1974年に「経済条項」の廃止案が国会に再提出されたが廃案となり、1983年にも「改正」の動きがあったが法案提出には至らなかった。

1970年代前半からの障害者団体の発信により、「優生保護」という考え方は障害者の生存権の否定につながるという認識が次第に社会に浸透し始めた。また政府内でも旧優生保護法を問題視する意見が出され、法改正が検討されていた。1973年には、当時の厚生省・公衆衛生局長が、医学的な統一見解が確立していない中で「遺伝性の認定」に対して疑義を強く表明し、1988年には厚生省の研究班が報告書を取りまとめ、人権侵害が甚だしいにも関わらず、強制不妊手術が「公益上の理由」で正当化されていることを批判した。しかしそれらは事実上黙殺され、法の見直しには至らなかった。

④ 海外からの批判と救済なきスピード改定

その後、国際人口開発会議（1994年）、国際世界女性会議（1995年）などの国際会議で、日本の女性障害者の団体が旧優生保護法の問題点を発言し、注目を集めた。前者の国際人口開発会議では、リプロダクティブ・ヘルス&ライツ（性と生殖に関する健康と権利）を提唱したカイロ宣言が採択された。また1996年には「らい予防法」が廃止され、旧優生保護法の「らい疾患」に関する条文が削除された。1993年にはノーマライゼーションを基本理念とする障害者基本法が公布され、「優生保護」という理念との決定的な矛盾が生じた。こうした経過の中で、1996年、異例のスピードで旧優生保護法が母体保護法に改定され、「不良な子孫の出生防止」など、いわゆる優生条項がすべて条文から削除された。改定の際の附帯決議には、「リプロダクティブ・ヘルス／ライツの観点から、女性の健康等に関わる施策に総合的な検討を加え、適切な措置を講じること」を政府に求める一項が盛り込まれた。

しかし、旧優生保護法が母体保護法に変わった後も国は被害者に対する救済策を講じようとしなかった。1998年に、国連人権規約委員会が被害者の補償を受ける権利を法律で規定するよう日本政府に勧告したが、国は「当時は適法だった」と一貫して主張し、被害の実態把握、被害者への謝罪や補償を行わないまま今日まで放置してきた。国際的な勧告と日本政府の認識との間の大きな隔たりは埋められることはなかった。

(2) 国賠訴訟の経過—地裁・控訴審でのたたかい

① 日弁連の意見書、そして国賠訴訟へ

2015年、強制不妊手術をめぐる経緯について情報開示を求めている被害者が日本弁護士連合会（日弁連）に「人権救済申し立て」を行い、日弁連は、2017年、厚生労働大臣に対して「意見書」（旧優生保護法下において実施された優生思想に基づく優生手術及び人工妊娠中絶に対する補償等の適切な措置を求める意見書）を提出した。この中で、国は旧優生保護法による強制不妊手術が対象者の自己決定権、リプロダクティブ・ヘルス&ライツを侵害し、遺伝性疾患等を理由とする差別であったことを認めること、被害者への謝罪、補償を速やかに実施すること、関連する資料を保全し、実態調査を行うことを要請した。

こうした経過の中、2018年1月、強制不妊手術を受けた宮城県の女性が仙台地裁に国賠訴訟を提訴し、それを皮切りに2021年10月末までに8地裁に対して25名が裁判を起こした（札幌3名、仙台5名、東京1名、静岡2名、大阪5名、神戸5名、福岡2名、熊本2名）。

② 違憲判断にも関わらず、「除斥期間」の適用で請求棄却

現在（2022年1月末）までに6つの地裁で判決が出されており、このうち4地裁で旧優生保護法に対する違憲判断が行われた。国賠訴訟初の判決となった仙台地裁判決（2019年5月）では、「子を産み育てるかどうかを意思決定する権利（リプロダクティブ権）」を、個人の尊厳を謳い幸福追求権を保障する憲法13条に基づく基本的人権として認めた上で、旧優生保護法下での強制不妊手術の規定は「憲法13条に違反し無効である」とする画期的な判断を下した。2020年11月の大阪地裁判決は13条に加え、旧優生保護法が障害者に対する合理的根拠のない差別を行ったとして、憲法14条にも違反すると述べ、さらに2021年1月の札幌地裁判決では、13条・14条と合わせて、家族の構成に関する事項について意思決定する自由を侵害していたとして、憲法24条2項にも反することを明言した。また、同年8月の神戸地裁判決では、同様の根拠で違憲判断を下すと同時に、国会議員が長期間にわたり旧優生保護法を改廃しなかった違法行為に対して原告の損害賠償請求権を認

めるという初めての判断を示した。

他方、原告の請求は、不法行為から20年で賠償請求権が消滅する「除斥期間」の規定が適用され、全て棄却された。強制不妊手術がもたらした生涯にわたる原告の苦痛、そのつらい経験をまったく顧慮せず、機械的な法解釈を行った冷酷な不当判決である。

原告は、「怒りを押さえることができない。これは差別だ」「人生を返してほしい」「人間としての扱いをしてほしい」「国は真摯に謝罪してほしい」「この苦しみをあの世までもっていきたくない」と強い怒

りの声をあげ、司法の場で引き続きたたかうことを決意し、次々と控訴に踏み切っている。

被害当事者にとって何より必要なことは、裁判所が判決の中で国の責任を認め、被害当事者が納得のいく救済措置を講じるよう国に命ずることであり、そしてそのことを通して原告をふくむ被害者の悔しさ、苦しみを少しでも和らげ、障害者に対する差別（優生思想）の解消につなげる契機にしていくことである。原告・訴訟弁護団は「人権の砦」としての司法の役割発揮を強く求めている。

2 この問題の本質と原因は何か、 今回の問題解決への見解

(1) 旧優生保護法の3つの罪

旧優生保護法は、強制不妊手術の根拠法であるとともに、障害者の尊厳・存在の否定、差別を助長する流れをつくりだしてきた法律でもあり、重罪とも断すべき3つの本質的な問題点をもつ。

第1に、強制不妊手術により、1人の人間の命の継続性を断ったこと、人生の可能性を一方的に奪ったことである。手術を強制された当事者は、過去に辛い手術を強いられたというだけではなく、訴訟原告が訴える「望んでも血のつながった子どもをもてなくなった」という生涯にわたる辛さ、絶望感を抱えながら生きていくことを余儀なくされた。さらに、リプロダクティブ・ヘルス&ライツを侵害し、次世代に命をつなぐ能力を剥奪するだけでなく、遺伝性を理由に、障害をもっているだけで個人としての存在そのものを否定する点に、旧優生保護法下の強制不妊手術問題の本質がある。

(※) 強制不妊手術は、①法第4条、12条に基づく「本人の同意を要さない」不妊手術（遺伝性疾患、遺伝性ではない精神病、知的障害者）、②第3条において「本人の同意に基づく」とされたものの、実質的に強制的に実施された不妊手術（ハンセン病など）、さらに、③旧

優生保護法が認めていない理由・方法での手術（子宮摘出、卵管への放射線照射など） — の3つの内容で実施された。

第2に、単に強制不妊手術の根拠法となっただけではなく、誤った障害（者）観を法律の中で承認し、広く社会に浸透させた。障害者を「不良な子孫」と条文で規定し、「不幸な子どもを産まない運動」などを通して、「障害者＝劣る者、厄介な者として差別し、排除していく優生思想」（神戸地裁での藤井克徳参考人意見陳述書）を広げた。また、法制定時から繰り返された「母体を保護し女性の人権を尊重する法」であるという一面的な強調は、結果としてこの法律の本質を覆い隠すことにもなった。さらに、本来は強制不妊手術を実施することなく解決・支援されるべき課題を個人の問題に閉じ込めてしまうことにより、社会的問題として表面化させない役割をも担ってきた。

第3に、障害に関わる法律・制度にもたらした影響である。旧優生保護法は障害福祉領域の基本法としても機能し、誤った障害観に立脚した法律が次々とつくられた。現行法規の中に600近い障害関連の欠格条項があるのは同法と無関係でない（上記意見陳述書）。また、精神衛生法、らい予防法（癩予防法を継承）が同時期に制定されることで、両法の対象を強制不妊手術の適応とする旧優生保護法と合わせ、

旧優生保護法下で実施された強制不妊手術に対して、国として真摯かつ本格的な検証と総括が求められる。「除斥期間」については、被害の深刻さ、国の責任の重大性から適用すること自体をとりやめるか、もしくは、少なくとも旧優生保護法下での強制不妊手術問題を社会全体が認識するに至った2018年1月の仙台地裁への提訴時点まで起算点を繰り上げるべきとの指摘がある。

(5) 長きにわたる障害と人権の とらえ方の誤り

① 障害観の国際的な発展と日本の立ち後れ—医学モデルから社会モデル・人権モデルへ

旧優生保護法が特定の障害者・病者の人権を侵害する法であるとは認識されないまま長期にわたって放置されてきた背景として、日本における障害観が国際的な動向から大きく立ち後れていた点があげられる。

世界人権宣言（1948年）では、障害者の問題は機能障害に起因しており、障害者は権利の主体ではなく、保護の対象として理解されていた。各国で不妊手術（優生手術）が実施されたのはこのような時期だった。その後、国際障害者年（1981年）において、障害者の問題は機能障害と社会的障壁の両方に原因があるという新たな障害観が提唱された。2006年には障害者権利条約が成立し、機能障害は人間の多様性の一部であって人権と尊厳に影響しないという視点が確立し、障害のない人と完全な平等を実現することを国家の責務と規定した。障害観はこの数十年の間に機能障害原因論から、機能障害＋社会的障壁原因を経て、社会的障壁論へ（医学モデルから社会モデル・人権モデルへ）と大きな発展を遂げてきた。

こうした流れの中で、日本では2010年代に入り、障害者基本法（2011年）、障害者差別解消法（2013年）が制定され、2014年に障害者権利条約が批准された。障害者の長年の運動が実を結んだ大きな成果であるが、これらの法律が制定されても、国が旧優生保護法の被害者救済に真摯に向き合うことはなかった。権利条約は、「すべての障害者は、平等を基礎として、その心身がそのままの状態尊重される権利を有する」（第17条）としている。しかし、条約の理念と日本の現状とはいまだ大きく乖離している現状がある。すべての障害者が安心して暮らし、生き生きと参加

できる社会や制度の実現、さらに社会全体が誤った障害観を克服し、障害者を差別、排除する優生思想と決別することは障害者の強い願いとなっている。

② 人権侵害を正当化した「公益」論

旧優生保護法の制定、運用は「公益」という論理で正当化された。この「公益」という考え方は、現行憲法の「公共の福祉」という規程に対する誤った解釈に基づくものである。もともと「公共の福祉」とは、人権擁護を目的に人権と人権の衝突を調整するための原理であるが、国家による人権の制限や、国家にとって存在が好ましくない組織・個人の排除を可能とする意味にすり変えられて解釈され、運用されてきた。旧優生保護法による強制不妊手術を「公益」を理由に実施し、特定の障害者や病者を差別、排除してきた論理は、「公共の福祉」をめぐるこうした流れと共通するものといえる。「公益」や「国益」という概念が、憲法違反の行為を合理化する論理として使われてきた歴史を思い起こす必要があるだろう。

2012年4月に発表された自民党憲法改正草案では、「公共の福祉」の文言が「公益」「公の秩序」に置き換えられている。こうした改憲を許せば「第2の優生保護法」が生まれかねない。最近も自民党・政府関係者から子どもを産まない生き方を非難する発言が続出している。また、ある障害者団体の調査では2019年7月末までに167人の聴覚障害者に不妊手術が実施されたことも報告されている。旧優生保護法は母体保護法に改定されたが、優生保護法問題は終わっていない。

(6) 今回の問題解決への見解—原告らの願いと大きく乖離した「一時金支給法」の問題点

2019年4月24日、強制不妊手術の被害者救済を目的とした「旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた者に対する一時金の支給に関する法律」（以下一時金支給法）が制定された。国賠訴訟の提訴を契機に、「これ以上、被害者を苦しめ続けてはならない」と、与野党の国会議員が主導して被害者救済に向けた対応が図られた点で評価できるものである。

しかし、この一時金支給法は旧優生保護法の違憲性を明記しておらず、その制定や運用に対する責任の主体は「我々」という曖昧な表現にとどまっている

る。また、救済の対象に家族はふくめず、被害の認定は手術を推進した厚労省(前厚生省)が行うとした。支給に際して申請主義を採り、個々の被害者に直接法律を周知することはしないともされている。

これらの内容は、国の責任と違法性を明らかにし、実効性のある手続き・補償内容を盛り込んだ法律の制定を強く求めていた被害当事者、家族・保護者の願いと大きく乖離するものである。2021年4月末時点までの一時金の認定件数はわずか899件に留まっていることは、この法律の不十分さを示している。旧

優生保護法制定の経緯や被害に対する調査を実施し、報告書を取りまとめる方向が新たに示されたことは注目されるが、調査機関の権限規定が置かれておらず、十分な検証が行われるのかは不透明である。

被害者の高齢化が進んでおり、解決には一刻の猶予もない。原告・弁護団は、被害者の願いに適う救済の実現に向けて一時金支給の周知・申請の促進とともに、地裁判決での違憲判断をふまえ、国の責任の明確化をふくめた同法の抜本的な見直しを求めている。

3 民医連としての関与、反省、乗り越えるべき課題

前提として、私たちはその時代の人権意識の到達に影響を受けている。しかし、だからといってある時代に起きた人権侵害が「なかったこと」にはならないし、不問とされるものでもない。私たちは過去の出来事であっても現在到達し得る最も厳格な人権への認識をもって検討しなければならない。「避けられたかどうか」の「評定」が必要なのではなく、「なぜ避けられなかったか」という原因の解明が未来に向けて必要なのである。

民医連として、その関与を問わなければならないのは、

1. 実際にこの法の下でその実施者である医療者であったという点、
2. 旧優生保護法が現憲法下でもかくも長きにわたって存続したという事実において、国民本位の医療の実現を掲げた運動団体としての関わり点、

である。

(1) 医療者としての関与

当時、産婦人科医療が存在していた民医連加盟事業所において、現場ではこの法律とその運用に関し

て当然認識されていたと考えられる。組織内で調査を行ったところ、強制不妊手術の執刀記録など明確な証拠が保全されていないものの、「関与していたらしい」という記憶があることがわかった。その当時の医療界に存在した障害者観とパターンリズムから逃れられず、結果として人権蹂躪の手術に関与したことは、重大かつ猛省すべきこととして記憶されなければならない。

(2) なぜ、気づくことができなかったのかー医療団体・運動団体である民医連としての関与

全日本民医連理事会は、同法の「改正」法案が浮上した際などの機会にこれを取り上げて議論をしてきた。1974年に「経済条項」の廃止が再度提案された際は、「社会政策の貧困を棚上げし、経済条項を廃止することは許されない」と法案撤回を求めた。さらに1983年の「改正」案に対しては、「出産に伴う家庭崩壊など社会問題の増大の危険性」などを指摘し、経済条項廃止案の撤回と「安心して子どもを産み育てられる条件の充実」を政府に求めた(1983年3月、優生保護法「改正」に関する申し入れ)。しかし、この際に「胎児条項」新設の動きや既に存在していた強制不妊手術について言及することはなかった。また、2001年のハンセン病違憲国賠訴訟の勝訴判決、国・

原告の和解に至る経過に際して、自らの取り組みが不十分であったことをお詫びするとともに、二度とこのような医学者・医療従事者が関与する人権侵害を起こさず、国民本位の医学医療の発展に最大の努力をすることを表明した。しかし、この際も長期にわたる隔離問題は重大視したものの、そこで行われた強制不妊手術について取り上げることはなかった。そもそも1996年、旧優生保護法が国際社会からの批判や障害者差別禁止の動きを受けて母体保護法に改定された経過の中で、報道などから気がつく機会があったと思われる。

自らの組織にも関与が存在したかどうかとは別に、無差別・平等の医療理念のもとにある医療団体でありながら、この法律およびそのもとで行われていた重大な人権侵害に対して、組織として長きにわたり問題を認識しなかった事実がある。そこには以下のような弱点・欠点が存在していた。

① 人権意識・障害者観の到達

何よりも指摘しなければならないのは、同法が示した優生思想的な障害者観にずっと気がつかなかった、私たちの人権意識・倫理観の不十分さである。同法の改定論議において、民医連は妊娠中絶に関わる経済条項についての主張は行ったが、優生条項には触れておらず、優生条項によって侵される「障害者およびその権利」がその視野に入っていなかった。個々の職員においては当然いろいろな意識の違いはあるにしても、民医連は、同法を貫く誤った障害者観、つまり「公益」のためにはその存在を否定してもよいという考えに一定の影響を受け、また、障害者に対してその困難やニーズに共同する対等な視線で向き合うのではなく、一方的な保護の対象としてみるような、いわゆるパターンリズムの意識のもとにあったと考えられる。「私たち抜きに私たちのことを決めないで」という言葉に象徴される現在の障害者の権利について、当時の民医連は奥深いところで共有できていなかったと思われる。

② 当事者とのむすびつきの弱さ

民医連がこの問題に気がつく時期が遅れた大きな理由の1つとして、当事者との結びつきが弱かったことが挙げられる。水俣病、被爆者医療などを挙げるまでもなく、民医連はさまざまな社会問題で当事者と結びつき、寄り添い、ともにたたかってきた。

しかし、障害者運動との関係においては、民医連は組織としてそのような結びつきをつくれなかった。医療界での障害観の発達が遅れ、リハビリテーション医療という領域が未熟だった当時は、「障害」と「疾患」を分けてとらえる傾向も強く、「疾患を治療する」という枠組みのなかにある医療界にとって、「障害」は積極的関心を持ちにくい問題であったのではなかろうか。同時に当時の医療界においては、「障害」を疾病と同じように「存在しないほうが良いもの」として予防、治療しようという医療者の視線と先に述べたパターンリズム的態度が一般的であり、障害者運動の側にとって、医療界がともにたたかう存在とは思えない状況だったろうと考える。このような状況は、残念ながら民医連においても例外ではなかった。

当事者から声がかからず、こちらから当事者の苦しみに気がつくこともない状況の中で、結果的に民医連は、組織としては当事者とのしっかりした結びつきを持つことなく、この問題の本質である「個人の尊厳」の重要性を認識できる機会を逸した。

③ 倫理的問題を認識する点での組織的な未熟さ

同法が継続して存在する期間においても、障害者の問題に積極的にかかわってきた医療者は民医連のなかにも当然存在していた。そして産婦人科診療の現場には同法は存在していた。家族が障害者の避妊について相談してくるケースは今でもある。かつて、そのような相談を受けて、優生保護法のもつ人権侵害を意識した現場職員は当然いたであろう。しかし、その問題に直面する構成員の大切な問題意識は民医連の運動方針に結びつかなかったのである。

民医連は、幅広い個々の領域で生じている人権や倫理に関する問題意識を集約する仕組みを持っておらず、また、専門分化の中である分野の倫理的問題が発生した際に、それを狭い領域内に閉じ込めてしまい、広い視野から十分に検討を行うような構造を準備しえなかった。

主に以上の3つの点の未熟さ、弱点により、民医連は、日本国憲法の下で旧優生保護法が存在し、人権侵害が実行されてきたことに、適切に対峙できなかった。たびたびの国会での改定論議においても、1996年の母体保護法へのスピード改定においても、問題の本質を指摘できなかった。

(3) 民医連としての反省と謝罪、 問題解決に向けての行動

以上のように、民医連は旧優生保護法下に行われたすべての人権侵害に対して重大な責任を自覚し、その被害者に対してこころより深く謝罪する。直接関与した疑いがあるものはもとより、そうではない案件に対しても、その事実組織として関心を寄せなかったこと、同法が障害者の存在を否定する差別法であり、許されない非人道性を有したものであるという本質に気づかず、社会問題として取り組めなかったことを深く反省する。この法によって選択の自由を奪われた人生、自分のいのちのバトンを渡せなかった人生、生まれてくることができなかつたいのちに対して消えることのない責任を負っていることを厳粛に自覚し、今後こうした問題の再発を許さない決意を表明する。

旧優生保護法は優生思想を根本的理念に置く明らかな差別法であり、制定当時にかなる事情があったとしても明らかに憲法違反であり、許されない人権侵害の法律である。その法律を存続させてきた背景にあるのは、障害者の存在を否定する優生思想であり、障害者に対するパターンリズムであった。これらの思想、態度・行動様式は払拭されなければならない。今日において民医連は、障害を多様な個性と認識し、障害者はかけがえのない基本的人権の主体であり、障害者にとっての「障害」は社会に起因して存在するものであるととらえる。また障害者は

参加の主体であり、私たちはパターンリズムを徹底的に排し障害者と共同して個人が尊重される社会づくりを進めていく。

現在たたかわれている被害者救済に関しては、「決着がつくまでは死ねない」と原告が発言しているように、存在を否定した人権の蹂躪は、その告発に時間切れなどなく、厳格に大切に扱われるべきものである。被害の調査への協力、国賠訴訟への支援、被害を受けた方々への補償と尊厳の回復に向けて全面的に支援を行う。成立した「一時金支給法」に対し、旧優生保護法の違憲性と国の責任の明記、救済対象に配偶者を含めること、救済制度の周知はプライバシーを保護したうえで本人に直接通知すること、総合的相談窓口の設置、被害の認定は第三者委員会で行うことを求める。そもそもの実態解明に第三者機関を設置して徹底的に調査すること、裁判での相次ぐ憲法違反の判決に基づき、知る権利を阻害した上での不当な「除斥期間」を排してまっとうな補償の実現を強く求める。また、この間の判決は旧優生保護法の違憲性と国会の不作为を明確に断じている。国会は、国の責任を明確に認め、優生思想のそもそもの誤りを明確に表明し、学校教育をはじめ国民への適切な啓もうを行うなど、被害者の名誉を回復するよう議員立法を行うべきである。同時に、その不作为の指摘に真摯に応じて、被害者の損害賠償請求権について除斥期間を適応しない立法措置を併せてとるべきである。

4 この問題を踏まえて人権と倫理的問 題に対して民医連はどう臨むのか

(1) 繰り返さないために学び続けること

旧優生保護法の歴史経緯における民医連の反省と謝罪を踏まえ、人権と倫理に関する職員学習を組織的に強化し継続する。なにより、国連・国際社会における障害（者）観が、障害者はその機能障害ゆえ

に保護される権利の主体であるという立場から、社会的障壁（バリア）を認識した「完全参加と平等」、そして現在の、機能障害は多様性の一部であり人権と尊厳に影響しないという立場に発展したこと、すなわち医学モデルから社会モデル・人権モデルへと発展したことを学習することが大変重要である。そのうえで、障害者差別の背景にある優生思想、パター

ナリズム、それを克服する「共同のいとなみ」の医療理念についての学習を職員教育のエッセンスに位置づける。また、障害者当事者団体との交流を強め、誰もが尊重される社会づくりの取り組みを進める。

医療と介護の専門職の学校教育においても、障害者の人権とそれを侵害してきた歴史に関する教育は不十分である。専門職の教育現場におけるその点の強化、充実を求めるとともに、民医連としてかわる医療・介護系学生に対して学習の機会を設けていく。

また、この障害者差別が為政者によってつくりだされたという点、そしてそれが「公益」という論理で「正当化」されたことの重大性をしっかり学ぶことも大切である。憲法に書かれている「公共の福祉」を「公益」と読み替えることで、基本的人権の侵害が正当化された。正しくは、憲法にある「公共の福祉」は、他人の人権を侵さないという調整であり、それはあくまで憲法で保障された基本的人権を充足するためにある。他者の人権と衝突が生じる場合に権利が制限されたとしても、その中で基本的人権は最大限の尊重を必要とする。基本的人権を抑圧するところに、「公共の福祉」の実現はあり得ないこと、これが国家活動を正当化するために使われるのは誤りであることをここで確認する。

(2) 常に存在する人権・倫理的問題への対応の強化

医療技術の進歩や人権意識の発展など時代の変化の中で、医療現場において人権にかかわる問題や倫理的な問題が多く出現している。例えば出生前診断であるNIPTを考えてみても、そこにはリプロダクティブ・ヘルス&ライツという当然保障されるべき人権が存在するが、その運用には当事者に正確で必要十分な情報が届くことが前提として必要である。そして同時に、現実社会が障害者の権利を十分に保障する社会に向かって変わっていかなくてはならない。現実としてそれらが達成されていないまま進んでいる事態にどう対応すべきか、個々の場合から社会的な行動まで、様々なレベルでの深い検討や取り組みが必要である。

また、旧優生保護法においてそうだったように、すでに長い期間存在している事象においても人権や倫理に関わる問題が存在し、民医連がそのことを意

識化できていない可能性もある。診療報酬、加算の有無で行政に誘導されて違和感を持ちながら実践していることや、ニーズがあるからとか、経営改善という理由で倫理的検討抜きに新しい実践を導入する場合などに問題が隠れていないだろうか。

人権を学び続けることは、倫理的検討にとって必要不可欠なエッセンスである。民医連は職員育成活動の中で常に位置づけて学習を進める。同時に、医療従事者が障害者や患者の人権問題を感知するためには、医療従事者自身の人権が保障されなければならない。施設経営の管理者はそのことを職員教育とともに重要と認識し実践する。

人権、倫理という側面から問題に気づいた時に報告できる窓口や、その内容を検証し、活動に反映させていく常設の部門を全日本民医連の機能として確立する。そこでは、ある特定の診療領域に生じる問題であっても、他の領域と合同で、多職種での検討が可能となる仕組みをつくる。そしてどのような問題においても当事者と共同するという原則をここで確認する。

(3) 民医連の倫理規範を考えるにあたって

① 歴史の発展、社会の進歩の中にいることを意識しよう

歴史が進む中で、人権が発展し、倫理も発展をする。それに現実の社会のルールや、その下にいる私たち自身の意識が追いついていないことはまれではない。倫理的な検討をする場合に、当該患者あるいは利用者の尊厳や自己実現にとって、その時点での法や社会保障制度が障壁となってしまうことがある。その場合、その時点での制限の中で最大限の努力をしつつ、同時に、その制度の不十分性を指摘し、変革を求める視座を持っておくことが大切である。訪問看護やデイケアが制度発足より前に実践が始まった歴史をみてもわかるように、人権のためにルールを越えた実践を生み出す力が社会制度を変えていくこともある。

② 共同のいとなみで個人の尊厳をまもることに最大の価値をおく

「医療職・介護職として相手の尊厳をまもり、その最善を考える」、そのために「『共同のいとなみ』の

実践のなかで考える」が大切である。ここでの後者を言い換えれば、「医療者は患者の傍らに立って患者のしているものを見て、(医療者と患者が) 共同で、合意を形成した方向に進んでいくなかで考える」となる。

いわゆる「自己決定」には注意が必要である。旧優生保護法下での強制不妊手術問題では、手術承諾書により「自己決定」が装われた。患者を取り巻く状況・事情によっては、それが「自己決定」のようにみえても、実はそこに社会の制度・システムの不具合や、周囲からの圧力や情報不足、本人の能力的な問題などが存在し、本当の自己実現が表出できず、尊厳が損なわれる可能性がある。また、「自己決定」をもって「自己責任」という間違った重荷を負わせることもありうる。

③ 一人で決めない、一度で決めない ～ どのようにして倫理的な検討を行うのか

「一人で決めない、一度で決めない」は、民医連の過去の痛苦の経験から到達した倫理的問題を検討する際の大原則である。以下の点を、倫理委員会のみならず、現場で生じる臨床倫理的問題への対応法の原則として堅持する。

- i) 「共同のいとなみ」を貫くこと。当事者あるいはその代弁者との共同での検討が大切である。
- ii) 正確な情報を最大限収集して検討する。
- iii) 一つの職種で決めない、一つの専門領域で決めない。権威勾配に由来する「言いづらさ」を排し、民主主義を徹底したうえで、多様な参加者による多面的な検討を行うことが大切である。
- iv) 結論が出ないときには安易に結論を急がず、繰り返し検討を行うこと。

結び

本文書は、旧優生保護法のもとで行われた重大な人権侵害に関して、日本国憲法で保障された人権がどのような理路でゆがめられ、どのように実際に侵害されたのかを検証した。そのうえで、医療団体であり、綱領で人権擁護を掲げた運動体である私たち民医連として、自らの関わりも顧みながら、問題の本質を掘り下げて考察し、見解として作成した。また、民医連にとってその作成作業は、「なぜ、気づくことができなかったのか」から出発し、自らの障害者観、組織としての弱点を見つめなおし、人権意識と倫理観を未来に向けてアップデートするものでもあった。

問題の本質は、政治家や医師、専門家の中にある優生思想とパターンリズム、憲法の基本原理をゆがめる「公益」論、それを許した憲法の基本的人権への不十分な理解にあった。今後、民医連は、個人の尊厳を守り抜くために共同のいとなみの視点を倫理規範の核心に据え、倫理的問題に気づく感度を組織的に高め、日常的に検討する仕組みをつくる。

「障害者観の本質は、初めから人々の心や意識にあるのではなく、障害者が置かれている状態にあるのであり、関連の政策水準の中にある」(藤井克徳、『月刊保団連』、2017.7)。旧優生保護法下では、誰もが例外なく憲法の基本的人権を保障されるはずのところ、国から一方的に「特定」された人々が、あろうことか「公益」名の下にその憲法の外側に置かれた。そのような立法と行為を今後決して許さない人権の感度と倫理を私たちは持っていないなければならない。私たちの社会の政策や制度に、基本的人権の徹底的な保障と実現を常に求めていくことが決してあいまいにできない大切なことなのである。

人権は国家の枠を越えて保障されるものとして、今日もなお発展している。私たちが現時点で抱えている人権意識はまだ未成熟であり、未来から見れば人権侵害である言動を気づかずにしている危険性がある。自らの医療行為に対して常に自省し、他者からの意見に耳を傾けつづける努力を怠らない謙虚さと危機意識を持ち続けながら、たゆみなく学び続けていくことが必要である。

誰にでも幸せでいる権利があり、だれもが国際人権規約をはじめ、人類がそのときに到達している基本的人権を保障する社会に包摂されているべきである。私たちは、今後、国賠訴訟をはじめ、出来る限りの被害者支援を進めることはもとより、そのような社会の実現のために多くの人と力を合わせてそれを阻むものとたたかう。

この人権侵害は、法曹界、医学医療界、政治・行政が互いに絡み合っただけで一体となって実行したものである。それぞれが心の底から反省し、二度と同じ轍を踏まないことを誓わなければならない。それぞれがこの歴史的事実を決して忘れてはならないということをここに呼びかける。

本文書が、誰もが大切にされる社会を目指して営まれている様々な人たちの活動と同じ方向を向いており、私たちの結びつきを強めるものであることを願う。また、民医連の職員の学びに寄与し、その日々の診療実践から組織的運動に及ぶまで、人権と倫理という側面で発展の力となることを期待する。

そして、関係者や一般市民の方々が強制不妊手術問題を考える際に、この見解がお役に立てば幸いである。

2022年2月5日

全日本民主医療機関連合会 旧優生保護法プロジェクト

委員長

山本 一視（全日本民医連副会長、福岡・千鳥橋病院、医師）

委員（五十音順）

今村 高暢（全日本民医連理事、精神科医療委員会委員長、愛媛生協病院、医師）

加賀美 理帆（全日本民医連理事、茨城・城南病院、医師）

鎌田 美保（産婦人科医療委員会委員、千葉・船橋二和病院、医師）

岸本 啓介（全日本民医連事務局長、事務）

近藤 知己（全日本民医連理事、小児医療委員会委員長、愛知・北病院、医師）

斉藤 和則（大阪・社会医療法人同仁会、医師）

英岡 和香子（埼玉協同病院、助産師 ※43期プロジェクト委員）

藤末 衛（兵庫・神戸健康共和会、医師）

船山 由有子（産婦人科医療委員会委員長、宮城・坂総合病院、医師）

柳沢 深志（全日本民医連副会長、石川・城北病院、医師）

事務局

林 泰 則（全日本民医連事務局次長、事務）

<参考図書（五十音順）>

- ・赤林朗、児玉聡『入門・倫理学』（勁草書房、2018年）
- ・神島裕子『正義とは何か』（中公新書、2018年）
- ・クリスチアン・プロス、ゲッツ・アリ（著）、林功三（訳）『人間の価値－1918年から1945年までのドイツの医学』（風行社、1993年）
- ・小松美彦『「自己決定権」という罨』（現代書館、2018年）
- ・小森淳子「岐阜県における障害のある人に対する強制不妊手術」（『岐阜協立大学論集』第54巻第2号、所収）
- ・坂井律子『いのちを選ぶ社会－出生前診断のいま』（NHK出版、2013年）
- ・清水哲郎、伊坂青司『生命と人生の倫理』（放送大学教育振興会、2005年）
- ・高岡健、犬飼直子他『旧優生保護法と現代』（精神医療93号、2019年）
- ・竹内章郎『いのちと平等をめぐる13章－優生思想の克服のために』（生活思想社、2020年）
- ・千葉紀和、上東麻子『ルポ「命の選別」』（文藝春秋社、2020年）
- ・塚原久美『中絶技術とリプロダクティブ・ライツ』（勁草書房、2014年）
- ・藤井克徳『私たち抜きに私たちのことを決めないで－障害者権利条約の軌跡と本質（JDブックレット1）』（やどかり出版、2014年）
- ・藤井克徳『わたしで最後にして－ナチスの障害者虐殺と優生思想』（合同出版、2018年）
- ・藤井克徳、池上洋通、石川満、井上英夫編『いのちを選ばないで－やまゆり園事件が問う優生思想と人権』（大月書店、2019年）
- ・藤井克徳、市野川容孝『障害のある人と優生思想（JDブックレット4）』（やどかり出版、2019年）
- ・藤野豊『強制不妊と優生保護法』（岩波ブックレット、2020年）
- ・藤野豊『戦後民主主義が生んだ優生思想－優生思想の史的検証』（六花出版、2021年）
- ・藤野豊『ハンセン病と戦後民主主義』（岩波書店、2006年）
- ・マイケル・J・サンデル『完全な人間を目指さなくてもよい理由』（ナカニシヤ出版、2010年）
- ・毎日新聞取材班『強制不妊－旧優生保護法を問う』（毎日新聞出版、2019年）
- ・森下直貴、佐野誠『「生きる価値のない命」とは誰のことか－ナチス安楽死思想の原典からの考察（新版）』（中央公論新社、2020年）
- ・優生手術に対する謝罪を求める会『優生保護法が犯した罪』（現代書館、2018年）
- ・優生保護法被害者兵庫弁護団『国から子どもをつくってはいけなと言われた人たち－優生保護法の歴史と罪』（2021年）
- ・米本昌平、松原洋子、櫛島次郎、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』（講談社現代新書、2000年）
- ・（資料集）『優生保護法関係資料集成<第1期><第2期>』（六花出版、2019～2021年）

[[『民医連医療』誌より]

- ・「優生保護法の土台となった「優生学」とは－立命館大学・松原洋子教授に聞く」（『民医連医療』2018年11月号）
- ・「特集・人権について考える」（『民医連医療』2021年7月号）

◆ 優生手術の件数（内訳）

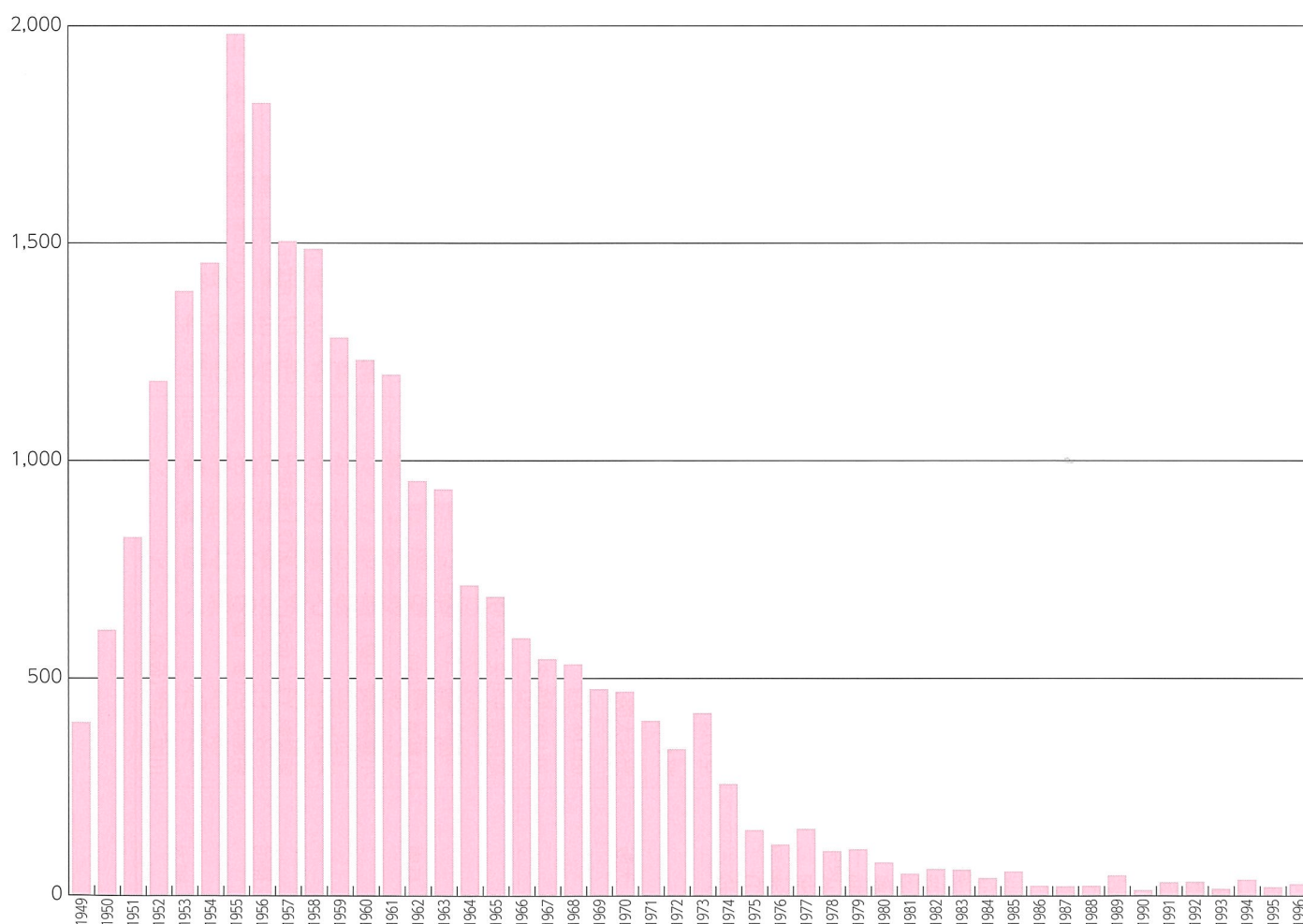
優生手術件数（1949年～1996年）

※厚労省資料より

本人同意不要		本人同意	
審査会決定	保護者同意審査会決定		
第4条	第12条	第3条	
遺伝性疾患	非遺伝性疾患	遺伝性疾患	らい疾患
14,566件	1,909件	6,967件	1,551件
1万6,475件		8,518件	
約2万4,993件			

※この他に、子宮摘出や卵管への放射線照射など、優生保護法が認めていない理由・方法による違法な手術も実施されていた。

◆ 第3条・4条・12条による手術件数の推移（1949年～1996年）



◆ 訴訟一覧 (2022年3月10日時点)

※優生保護法被害弁護団公式サイトより

地域	氏名	性別	年齢	障害の有無・内容	手術時年齢	地裁	高裁
北海道	小島喜久夫	男	80	障害なし	19 頃	札幌地裁 2021 年 1 月 15 日判決	札幌高裁に係属中
	A (妻)	女	70 代	知的障害	37 頃	札幌地裁 2021 年 2 月 4 日判決	札幌高裁に係属中
	B (夫) ※ 2019 年死亡	男	80 代	障害なし			
宮城	佐藤由美 (仮名)	女	60 代	知的障害 (後天性)	15	仙台地裁 2019 年 5 月 28 日判決	仙台高裁に係属中
	飯塚淳子 (活動名)	女	70 代	障害なし	16	死亡 (受継後取下げにより終了)	
	C ※ 2020 年死亡	女	60 代	知的障害	22		
	東二郎 (仮名)	男	70 代	知的障害	18		
	D	男	80 代	不明	15	仙台地裁に係属中	
東京	北三郎 (活動名)	男	78	障害なし	14	東京地裁 2020 年 6 月 30 日判決	東京高裁 2022 年 3 月 11 日判決
静岡	宮川辰子 (仮名)	女		聴覚障害		静岡地裁に係属中	
	武藤千恵子	女	71	視覚障害	28	静岡地裁浜松支部に係属中	
大阪	空ひばり (仮名)	女	70 代	知的障害 (後天性)	21 ~ 22	大阪地裁 2020 年 11 月 30 日判決	大阪高裁 2022 年 2 月 22 日判決
	野村花子 (仮名)	女	70 代	聴覚障害	20 歳代		
	野村太郎 (仮名)	男	80 代	聴覚障害		大阪地裁に係属中	
	加山まり子 (仮名)	女	70 代	聴覚障害 (後天性)	20 歳代		
	加山徹 (仮名)	男	70 代	聴覚障害			
	高尾達夫 (夫・仮名) ※ 2020 年死亡	男	80 代	聴覚障害 (後天性)	29 頃		
高尾奈美恵 (妻・仮名)	女	80 代	聴覚障害 (先天性)		神戸地裁 2021 年 8 月 3 日判決	大阪高裁に係属中	
小林賢二 (夫)	男	80 代	聴覚障害 (先天性)				
兵庫	小林喜美子 (妻)	女	80 代	聴覚障害 (後天性)	28 頃	神戸地裁 2021 年 8 月 3 日判決	大阪高裁に係属中
	鈴木由美	女	60 代	脳性麻痺 (先天性)	12 頃		
	朝倉彰 (夫・仮名) ※ 2021 年死亡	男	80 代	聴覚障害	30 代		
福岡	朝倉典子 (妻・仮名)	女	70 代	聴覚障害		福岡地裁に係属中 (夫・彰さん死亡により受継手続き中)	
	渡邊敦美	男	73	変形性関節症	10 か 11 頃	熊本地裁に係属中	
川中三幸 (仮名)	女	70 代	障害なし	25 ~ 26 頃			

<http://yuseibengo.starfree.jp/>

民医連綱領



私たち民医連は、無差別・平等の医療と福祉の実現をめざす組織です。

戦後の荒廃のなか、無産者診療所の歴史を受けつぎ、医療従事者と労働者・農民・地域の人びとが、各地で「民主診療所」をつくりました。そして1953年、「働くひとびとの医療機関」として全日本民主医療機関連合会を結成しました。

私たちは、いのちの平等を掲げ、地域住民の切実な要求に応える医療を実践し、介護と福祉の事業へ活動を広げてきました。患者の立場に立った親切でよい医療をすすめ、生活と労働から疾病をとらえ、いのちや健康にかかわるその時代の社会問題にとりくんできました。また、共同組織と共に生活向上と社会保障の拡充、平和と民主主義の実現のために運動してきました。

私たちは、営利を目的とせず、事業所の集団所有を確立し、民主的運営をめざして活動しています。

日本国憲法は、国民主権と平和的生存権を謳い、基本的人権を人類の多年にわたる自由獲得の成果であり永久に侵すことのできない普遍的権利と定めています。

私たちは、この憲法の理念を高く掲げ、これまでの歩みをさらに発展させ、すべての人が等しく尊重される社会をめざします。

- 一、人権を尊重し、共同のいとなみとしての医療と介護・福祉をすすめ、人びとのいのちと健康を守ります
- 一、地域・職域の人びとと共に、医療機関、福祉施設などとの連携を強め、安心して住み続けられるまちづくりをすすめます
- 一、学問の自由を尊重し、学術・文化の発展に努め、地域と共に歩む人間性豊かな専門職を育成します
- 一、科学的で民主的な管理と運営を買き、事業所を守り、医療、介護・福祉従事者の生活の向上と権利の確立をめざします
- 一、国と企業の責任を明確にし、権利としての社会保障の実現のためにたたかいます
- 一、人類の生命と健康を破壊する一切の戦争政策に反対し、核兵器をなくし、平和と環境を守ります

私たちは、この目標を実現するために、多くの個人・団体と手を結び、国際交流をはかり、共同組織と力をあわせて活動します。

2010年2月27日

全日本民主医療機関連合会 第39回定期総会



旧優生保護法下における
強制不妊手術問題に対する見解

全日本民主医療機関連合会

〒113-8465 東京都文京区湯島2丁目4番4号 平和と労働センター7階

TEL.03-5842-6451 FAX.03-5842-6460

<https://www.min-iren.gr.jp/>

2022年7月15日発行