

インクルーシブ社会研究 16  
Studies for Inclusive Society 16

# 生殖と人口政策、ジェンダー

Reproduction: Population Policy and Gender

編集担当：由井秀樹・松原洋子  
Editors: YUI Hideki & MATSUBARA Yoko

JSPS 科研費 JP15K21496 「戦後日本の男性不妊と男性性に関する歴史研究」／  
JSPS 科研費 JP16K01171 「戦後日本の人工妊娠中絶の制度史：医療・人口・地政学」

2017年 3月

立命館大学人間科学研究所  
Institute of Human Sciences, Ritsumeikan University



## はしがき

本報告書には、2016年8月6日に開催された第1回「人口と生殖の歴史研究会」で行われた報告をもとにした論文（第1部）、及び2017年1月22日に開催されたシンポジウム「男性と生殖、セクシュアリティ」の記録（一部、報告をもとにした論文/エッセイ）を掲載している。

第1回「人口と生殖の歴史研究会」は科学研究費助成事業「戦後日本の人工妊娠中絶の制度史：医療・人口・地政学」（研究代表者：松原洋子）の主催、立命館大学人間科学研究所「家族形成をめぐる対人援助プロジェクト」との共催で行われた。この研究会は日本の人口・生殖・生命倫理の関係を、グローバルヒストリーのなかで考えることを目的として発足し、第1回は日本を中心に、東アジアの生殖コントロールと人口問題、医療の関係についての報告がなされた。

シンポジウム「男性と生殖、セクシュアリティ」は科学研究費助成事業「戦後日本の男性不妊と男性性に関する歴史研究」（研究代表者：由井秀樹）の主催、立命館大学人間科学研究所「家族形成をめぐる対人援助プロジェクト」との共催で行われた。本シンポジウムは、人文、社会科学系の研究において男性不妊がほとんど取上げられてこなかった一方で、近年、少子化対策をめぐる政府レベルの議論や、非専門家向けの書籍において男性不妊が頻繁に言及されるようになってきた状況の中で、男性性と生殖・セクシュアリティ、男性身体の管理、そして男性不妊の問題化が及ぼす女性への影響などをどのように考えるか、という意図で企画された。由井、倉橋耕平氏、澁谷知美氏の報告については、発表をもとにした論文/エッセイが、他の報告やコメント、コメントへのリプライについては、当日の逐語録が掲載されている。締切の関係もあり、このような不揃いな体裁になってしまったことについて、ご了承いただければ幸いである。

なお、本報告書は上記松原、由井が研究代表を務める科学研究費助成事業（JSPS 科研費 JP16K01171, JP15K21496）及び、立命館大学人間科学研究所からの助成を受け、刊行された。

立命館大学衣笠総合研究機構 専門研究員  
由井秀樹

## 目 次

はしがき	1
由井 秀樹 (立命館大学)	
第1部 第1回「人口と生殖の歴史研究会」 (2016年8月6日、キャンパスプラザ京都)	
日韓関係とアジアの家族計画	
保明 綾 (マンチェスター大学)...	6
日本における優生—優境主義の展開 —家族計画から社会開発、家族政策へ	
杉田 菜穂 (大阪市立大学)...	32
妊娠出産に関する知識の啓発と少子化対策における人口の質	
由井 秀樹 (立命館大学)...	59
人口問題の設定と生殖への介入—三論文へのコメント	
松原 洋子 (立命館大学)...	80
第2部 シンポジウム「男性と生殖、セクシュアリティ」 (2017年1月22日、立命館大学朱雀キャンパス)	
ガイダンス：不妊治療の現場から—男性不妊	
瀧川由美子 (醍醐渡辺クリニック／立命館大学)...	86
男性にとっての不妊治療 —泌尿器科を受診した夫たちの語りから	
竹家 一美 (お茶の水女子大学)...	90
男性不妊と男性性 —〈老い〉という視点を読む	
倉橋 耕平 (立命館大学)...	101
戦後日本の不妊男性に対するまなざし —不妊男性の妻は自身の経験をどのように意味づけてきたか？	
由井 秀樹 (立命館大学)...	112
検査される男性身体の歴史 —1930年代の学校と軍隊でのM検を中心に	
澁谷 知美 (東京経済大学)...	135

コメント1	中村正（立命館大学）…	146
コメント2	永田夏来（兵庫教育大学）…	152
コメントへのリプライ	……………	157



## 第1部

第1回「人口と生殖の歴史研究会」  
(2016年8月6日、キャンパスプラザ京都)

司会・コメント：松原洋子（立命館大学）  
報 告：保明 綾（マンチェスター大学）  
杉田菜穂（大阪市立大学）  
由井秀樹（立命館大学）

## 1. はじめに——家族計画と国際関係

「家族計画」という言葉を目にして、すぐに国際関係を思いつく人は、家族計画を専門としている研究者や活動家以外まずいないであろう。大抵の人は、家族計画を、文字通り「家族」の規模を「計画」する行為と捉え、例えば避妊のように、国際関係とは全く関係がないとみなされる私的領域での生殖にまつわる行為を指す言葉の同義語だと解釈している。それを裏付けるかのように、国語辞典は、家族計画を「夫婦がその生活能力や理想に応じて、産児数や出産の間隔を調節すること」（『日本国語大辞典』）、「それぞれの家庭の事情に合わせて、夫婦が計画的に子供をつくること」（『デジタル大辞泉』）などと定義し、親密な個人的関係にある夫婦が主体となって計画的に子どもをつくる行為と理解している。この定義付けには、国際関係の入る余地は、一見なさそうである。

しかし戦後、特に1960年代中盤以降、アメリカ合衆国政府が「発展途上」・「低開発」と定義した地域の社会経済開発を柱とする国際協力を冷戦外交の戦略として捉え、その枠内に家族計画をほめこんで以降、家族計画と国際関係は切り離せない関係になっている<sup>1)</sup>。戦後、台頭した近代化論は、発展途上国への国際協力・援助を支える鍵概念となってきたが、近代化論によると、人口増加は資源や環境に負荷を与えるだけでなく貧困を助長する引き金にもなりうる。近代化論により、当時のアジア・アフリカ・ラテンアメリカなどにおける高い人口増加率は、それらの地域が直面していた経済低迷・低開発の要因であると理解され、それと同時に、家族計画は、低開発地域の経済低迷に歯止めをかける「人口抑制」(population control) の手段として徐々に開発分野で定着していく。並行して、冷戦下のアメリカ政府は、低開発国への開発援助を、アメリカを中心とした「自由世界」を構築するための手段として位置づけていく。このような状況下で、人口・社会経済政策としての家族計画事業は、開発援助の一環として「過剰人口」の「巢窟」(reservoir) = 「低開発地域」とされたアジア・アフリカ・ラテンアメリカ地域内の自由国あるいは中立国で展開してい

く。家族計画は、戦後、上記のような背景のもとに国際関係を支える重要な要素の一つとなって機能していく。

冷戦の国際関係秩序の構築に伴い家族計画が再定義されるなか、日本政府・民間団体も、1960年代終盤、自国の人口・家族計画分野における経験を国際協力の場で活かすという趣旨のもと、国際家族計画連盟（International Planned Parenthood Federation, 以下 IPPF）や国連などの国際機関と協調しつつ、東南アジアで開発援助としての家族計画事業に着手する。本稿は、日本の行為に着目し、国際協力のツールとしての家族計画事業の生成・発展過程を検討し、それが国際関係に及ぼした影響を探っていく。具体的には、日本人の民間人活動家國井長次郎が1970年代初頭に編み出した、家族計画を寄生虫予防と統合させて推進する「インテグレーション・プロジェクト」という家族計画事業の生成過程を辿り、その過程での日韓関係を分析する<sup>2)</sup>。戦後間もなくの段階から寄生虫予防と家族計画運動に関与していた國井は、1960年代以降、活動の舞台を国内から国外へ移し、1968年には、国内初で唯一の国際協力家族計画 NGO 団体である家族計画国際協力財団（Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning: JOICFP, 以下ジョイセフ）の設立に奔走した。1970年代には、ジョイセフの看板事業としてインテグレーション・プロジェクトを提唱し東南アジアを中心とした地域で実行するよう試みるが、事業の生成過程で、國井は、自身が過去の活動で築いてきた韓国および台湾の活動家や専門家とのネットワークを基盤とし、インテグレーション・プロジェクトの普及を目的としたアジア寄生虫予防機構（Asian Parasite Control Organization: APCO, 以下アプロコ）を発足させる。本稿では、アプロコの基盤となった寄生虫予防分野での日韓医療協力、アプロコ設立をめぐる日韓両国のやりとりと、そこから派生したインテグレーション・プロジェクト事業が、冷戦期の国際関係とどのように相互作用していたのかを検討する。

本稿は、基本的に、日本の団体であるジョイセフが提唱しアジアに展開した家族計画事業と国際関係の繋がりを主題として扱っている。ではなぜ、わざわざ日本と韓国の関係という視座を持ち込む必要があるのか、という疑問が生じるかもしれない。この問いに答えることは、本稿の視座を支える方法論を明記することにもつながるので、以下では先行研究を踏まえつつ、あえて日韓関係

に焦点をあてる理由を説明したい。

前述したとおり、インテグレーション・プロジェクトをアジアに推進するにあたり、韓国代表者は、台湾代表者と並び重要な位置を占めていた。韓国は台湾同様、戦後、家族計画事業を国家事業として立ち上げた国であり、国家主導の家族計画事業の延長線上に、ジョイセフのインテグレーション・プロジェクトを試験的に取り入れた国である。インテグレーション・プロジェクトを提唱した日本と、それを確立するために必要不可欠だった人脈およびパイロット・プロジェクトの実験地を提供した韓国の関係、この関係の歴史的な文脈を描き出すというのが本稿の目的のひとつである。

加えて、先行研究で提示された枠組みを再検討したいということがある。開発援助の一環として展開された家族計画事業の歴史をめぐる先行研究では、「西洋諸国のドナー」対「非西洋諸国のレシピエント」という支配・被支配関係に基づいた二項対立図式が根底にあるが、この視点は、開発援助自体の歴史を支える枠組みに呼応している<sup>3)</sup>。開発の歴史は、かつての帝国であった西側諸国が戦後のアジアやアフリカで展開された脱帝国の動きに対応した事象であったことと、戦後アメリカが冷戦下、世界政治に君臨しつつ国際機関と協調しながら（主に非西洋諸国である）発展途上国での開発援助プログラムを支えていったという認識に基づいているが、その認識を支える枠組みもまた、「西洋諸国のドナー」対「非西洋諸国のレシピエント」の二項対立図式である<sup>4)</sup>。さらに、この二項対立図式は、開発援助の国際協力分野で自明のものとして浸透している「北」対「南」、「発展国」対「低開発国」等の二分法と直接的に対応している。しかし近年、このような歴史認識こそが西洋中心主義を助長していくとして、provincializing the West、つまり「西洋を地域化する」という掛け声のもとに開発援助の歴史を再検討する動きがある<sup>5)</sup>。本稿は、これら近年の研究に基づき、「日本」と「韓国」という、国際社会ではいずれも「非西洋国」と理解されている国の国際関係と、それら二国間の国際協力が作り上げたアジアの家族計画事業を注視することにより、二項対立図式では説明しきれない実際の国際協力・開発援助の現場の複雑さを描きだし、ひいては、先行研究を支えている二項対立図式の枠組み自体もまた歴史的所産であることを示唆することも目的のひとつとしている。

しかし、ここで注記しておきたい点は、日韓関係に焦点をあてることは既存の支配・被支配関係を示唆する二項対立図式の枠組みの再考に寄与するかもしれないが、とはいえ、日韓の国際協力が同等な力関係や全く問題のない友好関係のうえに成り立っていたかというところではない、ということである。現在の韓国を含めた朝鮮は戦前日本の植民地であり、日本は朝鮮などの植民地支配を足がかりに大日本帝国を築いてきた歴史がある。敗戦とともに日本は植民地を失い、旧植民地であった朝鮮は、その後南北に分かれ、北緯 38 度以南の地域は 1948 年、大韓民国として成立する。戦後は両国ともに、冷戦構造に支えられた新たな国際秩序の中で、正式には同等な独立国としての歴史を歩んでゆく。しかし、戦後を通じて、日韓両国において植民地支配の歴史は爪痕を残しており、植民地支配の遺産は、家族計画および寄生虫予防事業における日韓の国際協力の場面にも少なからず影響を与えることとなる<sup>6)</sup>。

上記で掲げた点を踏まえつつ、本稿ではまず、家族計画と寄生虫予防事業をドッキングさせて 1970 年代に日本で成立したインテグレーション・プロジェクトの歴史的背景を明らかにするため、戦後日本の家族計画および寄生虫予防事業について記述し、インテグレーション・プロジェクトの発案者國井長次郎が両事業に参加していった過程を描く。次に、韓国政府・民間団体がインテグレーション・プロジェクトに関与した背景を説明するため、1960 年代に韓国で展開された家族計画と寄生虫予防事業に言及する。さらに、1960 年代後半に日韓で繰り広げられた寄生虫予防分野の国際医療協力が冷戦の政治構造の枠組みで展開したこと、さらに後のインテグレーション・プロジェクトの普及活動に貢献したことを説明する。最後に、インテグレーション・プロジェクトをアジア各国で普及させるために日韓両国の政府や民間人、さらに医療専門家などがどのように協働していたかを詳述し、日韓の共同作業が、冷戦期の国際関係の影響を直接的に受けていたことを明らかにしたい。

## 2. 戦後日本における家族計画および寄生虫予防事業（1945 年～ 1960 年）

敗戦後の日本では、家族計画と寄生虫撲滅・予防が、いずれも民間の活動家が活躍する公衆衛生事業としてほぼ同時的に進行していくが、政府との関係は全く違った様相で展開した<sup>7)</sup>。まず、家族計画事業は、民間人が政府と協働す

る形で発展していった。戦後、政府内では、旧植民地からの帰還者と出生率の増加による急激な人口増加が引き起こす社会経済の問題が懸念されたことから、人口抑制の手段としての家族計画が浮上していた。紆余曲折を経た後、1951年10月26日に受胎調節の普及が閣議了解事項として決定された。さらに1954年8月24日に開催された人口問題審議会の総会は、「人口の量的調整が、現下喫緊の要務であると認め、その方策として、人口政策としての家族計画の普及を促進する方途」を政府に建議するための決議を採択した<sup>8)</sup>。一方、民間の受胎調節運動は、戦前は社会主義との関連から、さらに戦中は人口増加政策により弾圧の対象となっていたが、敗戦とともに政治気運も一変した結果、一気に盛り上がりを見せた。加藤シヅエ・北岡寿逸・太田典礼・馬島憯・下條康磨などの戦前からの活動家に古屋芳雄や、後に詳述するインテグレーション・プロジェクトの発案者・國井長次郎が新たに加わり、1954年2月には、日本家族計画連盟が発足した。日本家族計画連盟は、それまで全国に散在していた種々の家族計画団体を一つにまとめ、さらに翌年1955年10月に東京で開催された第五回国際家族計画会議の日本での準備機関としても機能していった。戦後、民間の家族計画運動は、政府主導の受胎調節普及活動を補完する形で展開していく。

これに対して寄生虫対策については、終戦直後の日本における回虫・鉤虫・鞭虫などの土壌伝播寄生虫の感染率は非常に高かったことから、国民生活を鑑みた場合、寄生虫撲滅も家族計画同様、「喫緊の要務」であるはずだった。しかし、政府は寄生虫感染症の罹患率の高さに対して認識はしていたものの、撲滅・予防対策に関しては本腰をいれずにいた<sup>9)</sup>。というのも、当時の日本では、結核のみならず同じ寄生虫感染症でも、マラリアや日本脳炎など、致死率の高い感染症が蔓延していた。このような状況下、当時の政府は、罹患率が高いが命には支障のない土壌伝播寄生虫症よりも、上記のような、死亡率に直結する可能性のある感染症の方がさらに「喫緊の要務」であると考え、後者を優先的に、衛生行政をすすめていく<sup>10)</sup>。

しかし、土壌伝播寄生虫症に対する政府の消極的な態度こそが、民間人が寄生虫撲滅運動へ入り込む格好の要因となる。民間主導の寄生虫撲滅・予防運動は終戦直後まず東京で起こり、1950年代半ばになると全国的な運動として拡

大する。運動の主な事業は、小学校や農事実行組合等の地域の組織を駆使しての集団検便・駆虫であった。1955年に設立された日本寄生虫予防会（1957年に財団法人化）は、啓蒙機関として、さらに全国に広がる各支部は、加えて検査機関として機能し、民間主導の寄生虫撲滅運動を裏に表に支えていく<sup>11)</sup>。

寄生虫撲滅運動が功を奏してか、1950年代を通して、土壤伝播寄生虫の感染率は目に見えて低下していく。国内の回虫保有率は1950年では59.6%であったが、10年後の1960年には15.5%にまで低下した。地域規模では、例えば、東京都国分寺町（現在の国分寺市）では、集団駆虫をはじめた1955年には卵虫保有率が41.3%であったが、3年後の1958年には19%にまで下がっていた<sup>12)</sup>。実際に卵虫保有率が一桁台になるのは、かなり後になってからであるが<sup>13)</sup>、日本における土壤伝播寄生虫の感染率低下に、戦後の民間主導の寄生虫撲滅運動が何らかの影響を与えていたといえよう。

このように民間の家族計画運動と寄生虫予防運動は、戦後、異なる領域において発展していったのだが、この二つの事業間を往来し、いずれの分野においても中心人物として活躍したのが國井長次郎(1916-1996年)である<sup>14)</sup>。國井は、戦後まず寄生虫撲滅を手がけた。きっかけは、1948年、十二指腸虫感染が原因で入院を余儀なくされた時に訪れた。見舞いにやってきた友人の柿原幸二に、「自分の病気の原因ぐらい知っておけよ」と手渡された、寄生虫学者小泉丹(1882-1952年)の著書『常識の科学性—寄生虫の話』<sup>15)</sup>を読んだ國井は「寄生虫が都会にも農村にも蔓延していて、人々は、そのため苦しんでいる」ことを知る。退院後も「寄生虫のこと」が自身の「脳裡にやきついていた」と後に語った國井は、早速、厚生省や東京都衛生局に赴き寄生虫に関する情報を集めた。最終的には、罹患率が特に高いとされていた学童にターゲットを絞り、小学校での集団検便・駆虫をベースにした寄生虫予防運動の構想を練上げていく。國井の運動に、同志の久保嘉夫、稲見一清が加わり、妻も手伝うこととなり、さらに稲見の叔父・東条清を介して当時慶応義塾大学医学部にいた小泉から検査料折半で検査をしてもらおう同意を取り付けるなどの準備が整った後、國井らは、1949年1月より東京の小学校を対象に寄生虫検査・駆除事業を展開していった<sup>16)</sup>。同時に、國井が運動の組織化に尽力した結果、1949年6月24日、東京都内の児童および住民を対象に寄生虫卵検査と公衆衛生教育を遂行する機関と

して、小泉を理事長とした財団法人東京寄生虫予防協会が設立した。1950年代前半には、市町村や農協などを通じて運動は全国的な広がりを見せたが、それに呼応するように協会も組織拡大し、1955年には東京寄生虫予防協会から枝分かれする形で日本寄生虫予防会が発足した。日本寄生虫予防会は、1957年には財団法人化して全国的な組織に発展していったが、國井はそのなかで中心的な役割を担っていた。

加えて、國井は、寄生虫予防運動が軌道に乗った1953年頃から家族計画運動に参入する。きっかけは、皮肉なことに寄生虫予防運動の成功にあった。國井は集団検便・駆虫事業の拡大を目の当たりにし、運動のおかげで寄生虫の感染率が減少すること自体は喜ばしいものの、それにより運動が存在意義を失い、ひいては自身や職員の失職につながるのではないかと、という不安を抱えるようになる。さらに「寄生虫予防も社会的にはリッパな仕事ではある。しかし、私はこれからの将来、公衆衛生屋で終わるのか」といった、自身のキャリアの方向性に関する悩みにも押されて、次の事業に乗りかえる準備に取り掛かる。次の事業を思案中の國井は、人口問題を論じた著書に出会い、人口問題に取り掛かりたいと思い巡らすようになる。具体的にどのような事業を展開すればよいのか思案していた國井は、1953年後半、厚生省で受胎調節を担当していた樋上貞男を訪ねた。この樋上との面談が國井を家族計画運動にいざなうきっかけとなった。樋上は、受胎調節は国策にこそなっているものの特に目立った結果を出しておらず、実際に成果を上げるには政府よりも民間主導の形が望ましいことを説明し、國井に受胎調節普及運動に民間の立場から関わるよう打診した<sup>17)</sup>。

これにインスピレーションを得た國井はその後、樋上と、樋上の当時の上司で後に厚生大臣も務めた小沢辰男と共に家族計画の民間団体を設立する構想を練る。さらに國井は、1953年後半から1954年初旬にかけて、樋上や小沢の紹介で、前述の馬島岡・加藤シヅエ・古屋芳雄など受胎調節に関わりを持つ研究者や運動家を訪ね、受胎調節について猛勉強しながら、國井を責任者とする家族計画普及を目指した民間団体設立と機関紙の発行に全力を尽くして邁進していく。1954年4月18日、國井は、日本家族計画連盟発会式に合わせて機関紙『家族計画』第1号を発行させ、その日を、自身の率いる新たな家族計画団

体・日本家族計画普及会の発足日とした。

日本家族計画普及会の発足当初は、家族計画運動の新参者である國井に対し戦前から地道に運動を展開してきた活動家は冷ややかな態度で接していたが、國井は瞬く間に国内外に家族計画活動家として名を知らしめることとなる<sup>18)</sup>。1960年代、日本の合計特殊出生率が人口置換水準を下回るようになり、政府主導の家族計画は一応その役割を遂げたとされたが、それと時を同じくし、國井は、自身の家族計画運動の舞台を、日本国内からアジアの「発展途上国」とされていた地域へと移す。1970年代になると、それまで自身が参与していた家族計画と寄生虫予防事業をドッキングさせ、「インテグレーション・プロジェクト」とし、それを国際協力分野での開発事業として国際社会に推進していく。

インテグレーション・プロジェクトを実現するにあたり、國井は、当初からアジアを拠点とするという立場でいた。つまり、日本発のインテグレーション・プロジェクトを、アジア人同士の共同作業によりアジアの低開発国へ普及させる、という構想である。こうした理由から、國井は、1960年代、プロジェクト実現へむけての第一段階として、韓国と台湾の専門家や政府要人と緊密に連絡をとり始める。特に韓国は、この時期、国を挙げて寄生虫撲滅運動および家族計画運動を進めていたことから、共同作業の相手国として非常に重要な位置を占めていた。

### 3. 韓国における家族計画および寄生虫予防事業（1960年代）

韓国では、1960年代に家族計画と寄生虫撲滅・予防運動が、どちらも日本と同じ歴史的背景のもとで、衛生行政の一環としてほぼ同時進行していく形で発展する<sup>19)</sup>。さらに、日本同様、民間人の力を頼りに展開していくが、日本と異なり、韓国では政府が旗を振っていずれの運動も推進していた。

政府が衛生行政に力を入れた背景には、朴正熙（パク・チョンヒ）政権の近代化政策がある。朴は、1961年、陸軍少将時に軍事クーデターで国家再建最高会議を組織し、1963年には大統領に当選、暗殺される1979年まで4期17年大韓民国の大統領職にあった人物である。朴は、在職中の1965年に日韓基本条約を締結させたことから、戦後の日韓関係を彩る最重要人物として名を残しているが、国内では、大統領権限を強化し維新体制の一環として近代化を推

し進めた結果、高度経済成長を実現させた大統領として知られている。朴政権は、李承晩（イ・スンマン）率いる前政権の反共産イデオロギー色の強い政策を覆しつつ、実用主義的な態度で近代化を進めていくが、その近代化の一環として白羽の矢が立ったのが衛生行政であり、具体的には家族計画事業および寄生虫撲滅事業であった。朴政権下では、衛生行政が、単に国民の健康を促す政務のみではなく、国の近代化・経済成長に直接貢献する重要なツールとして機能することが期待されていた<sup>20)</sup>。

特に、家族計画に関しては、当時の国際社会において経済成長の足かせとなっている過剰人口を抑制する手段であると考えられていたことから、朴政権は家族計画事業を積極的に後押ししていく。朴政権が発足した1960年代の初め頃の韓国では、合計特殊出生率が6.0、人口増加率も3.0%と、人口増加の傾向にあった。この状況を問題視した韓国政府は1964年、家族計画普及事業を国策として位置づけ、国が率いる事業として活動を開始した。さらに、国策となった家族計画事業を全国展開させるため、韓国政府は、既存の民間団体である大韓家族計画協会をうまく活用した。大韓家族計画協会は1960年、IPPFの事業運営資金のもとでIPPFの加盟団体として発足したという経緯があったことから、一義的には、IPPFの合意する事業を韓国に展開することを目的としていたが、特に家族計画が国策となった1964年以降、韓国政府や研究機関などが必要であるとみなした家族計画事業を遂行する団体として、政府主導の家族計画事業においても中心的位置を占めるようになった。大韓家族計画協会の活動の支えで、政府は1964年、1,474人の家族計画要員と呼ばれた家族計画普及推進委員を配置、1966年には定期的に出産率などの目標値を監査する「目標量制度」を設置し、さらに1960年代後半には、農村行政単位に配属された家族計画啓蒙員、保健所の家族計画指導員、地域の既婚女性のネットワークをもとに形成された「家族計画オモニ会」の3つのグループが互いに協調しあい、目標値に近づくための受胎調節の普及活動を行った。結果、韓国の合計特殊出生率は、運動開始時期の1960年から1965年には6.0だったが、運動が終結する1976～1982年には2.8まで低下、連動して人口増加率も3.0%から1.67%へと下がっていった<sup>21)</sup>。

寄生虫撲滅の場合も、家族計画同様、政府が民間団体と手を取り合い、事業

を拡大させていった。1960年代、韓国では、国民の80%が回虫および鞭虫に罹患、さらに国民の約95%が1種類以上の寄生虫を保有するなど、異常な寄生虫蔓延の状況にあった<sup>22)</sup>。この状況を鑑み、韓国政府は、1966年4月、寄生虫疾患予防法・同施行令を公布し、翌年1967年3月には寄生虫疾患予防法施行規則を制定した。さらに寄生虫感染を助長する要因となっている人糞肥料の使用を規制するため、1967年10月には人糞使用制限区域も設定した。平行して、韓国政府保健社会部は、1964年6月、部内に寄生虫予防対策委員会を設置、1967年2月には寄生虫係を新設し、寄生虫予防のための立案に取り掛かった。

この政府の寄生虫感染対策の動きに連動した民間団体が、韓国寄生虫撲滅協会である。韓国寄生虫撲滅協会は、既存の社団法人韓国衛生動物協会を発展的に解消して1964年に創立した団体である。寄生動物や衛生昆虫などの研究および寄生動物のヒトへの感染予防を目的としていたことから、基本的には生物学者や医学者などの専門家の集まりであったが、寄生虫撲滅に関しては、政府から直接指導を受けるなどして、政府と協力しながら検便や技術者養成などの事業を実施していった<sup>23)</sup>。

これまで、戦後日本と1960年代の朴政権下韓国の家族計画および寄生虫撲滅・予防への取り組みを国別に描いてきた。国家を基本的枠組みとして歴史を綴る方法は歴史学では常に用いられている手法であって、本稿が示したとおり、日韓の家族計画や寄生虫撲滅の運動は、戦後日本の「国の復興」や1960年代韓国の「国家建設」など、国を興す、あるいは建て直す事業として政府が深く関与したところで推進されていたので、その点を強調したいのであれば、国別に歴史を詳述する方法も適切ではある。しかし近年の研究では、日韓いずれの国においても、戦後の家族計画・寄生虫予防事業が、グローバルな舞台で繰り広げられた人口や保健衛生をめぐるポリティクスと強く共振していたことが明らかになっている<sup>24)</sup>。これら近年の研究は、一方で、それまで、公衆衛生・保健医療の歴史を理解する際に自明のものとして扱われてきた国家という枠組みの再考を促している。他方で、これらの研究を支える視点は、基本的に、先述した「西洋」・「非西洋」の二分法に基づいており、そこでは日本と韓国の歴史は繋がっていない。しかし、次節で説明するとおり、実際には、日韓には

1960年代から保健医療分野での協力関係が存在していた。ゆえに、日韓の医療協力の歴史を辿ることは、これまで繋がっていなかった日韓の歴史をつなげていく作業であるだけでなく、いずれもいわゆる「非西洋」国とされている日韓の關係に焦点をあてることにより、既存の「西洋」対「非西洋」の枠組みを乗り越えようとする試みでもある。加えて、日韓の協力關係は、冷戦構造に左右された国際舞台において展開された保健・人口・生殖をめぐるポリティクスの一場面も彩っていた。よって、日韓の医療協力は、その協力關係から派生した家族計画事業が冷戦時代の国際關係とどうつながっているのか、という問いに答える作業にもつながるのである。

#### 4. 寄生虫予防における日韓医療協力と冷戦構造（1960年代～1970年代）

先述したとおり、1960年代の韓国において、寄生虫撲滅は、家族計画同様、官民が一体となって推進していく衛生事業として開始された。韓国政府は、1966年の寄生虫疾患予防法で、学童は年2回、さらに大人でも公衆に接するものは年1回の寄生虫検査を義務付け、10年間で寄生虫感染率を0%にするというスローガンを掲げて意欲的に運動を推進した。それに呼応するかのようになり、民間の寄生虫撲滅協会も、200名の寄生虫検査員の養成および顕微鏡等の検査器具の購入を図った<sup>25)</sup>。

しかし、実際は、既に計画段階において、運営資金・検査技師数・検査器具全ての面で不足が認識されていた。こうした事情から、不足分を補うための援助を日本に求めることになる。先述したとおり、日本では、既に1940年代の終わりから民間主導で寄生虫撲滅・予防運動が進行しており、さらに検便の技術においては既に国際的にも評価されていたことから、運営・技術いずれの面でもノウハウにも長けていると考えられていた<sup>26)</sup>。そこで、韓国政府は、寄生虫予防に関する法律や行政の組織編成が一旦整った1968年、日本の外務省を通じ、海外技術協力事業団に対して寄生虫対策についての協力を正式に申し入れた。日本政府はその要請について、コロンボ計画にもとづき、協力の内容を専門的な立場から検討するため、海外技術協力事業団を通じて韓国寄生虫対策医療協力実施調査団を編成、同年6月24日から7月8日に調査団を韓国に派遣した。調査団は訪韓中、韓国政府関係者と打ち合わせを行い、議事録を

作成（署名は7月5日）、それにもとづき、韓国寄生虫撲滅対策援助計画を8月10日に作成した。さらに同年11月には韓国寄生虫撲滅協会副会長徐丙高、事務総長李于馥および保健社会部慢性病課長金雄植の3名が来日、17日には韓国寄生虫撲滅対策援助計画を基に東京で日本代表と打ち合わせを行った。この過程を経て、日本の韓国寄生虫撲滅対策援助が確立していった<sup>27)</sup>。

援助内容としては、1968年7月3日にソウル行われた調査団と韓国政府関係者の最終打合で、韓国政府は、まず回虫の集団駆虫に重点をおきたい点を強調し、それに必要な医師・管理者・技術者の訓練および器材と駆虫薬の供与についての援助を要望した<sup>28)</sup>。これに応じ、韓国の寄生虫予防事業は回虫対策に重点をおき、それに際する日本の医療協力は3年計画とすることが決定された。さらに、事業の実施機関は韓国寄生虫撲滅協会とし、ソウル本部さらに全国9道、ソウル、釜山にある11支部の計12支部へ検診車12台、単眼顕微鏡140台を供与、さらに集団駆除のための駆虫薬剤は予算の許す範囲内での供与が約束された。加えて、人材育成のため、韓国寄生虫撲滅協会の幹部3名を日本へ招聘し、並行して日本からは医師・技師・事務職員を含む約44名を3～4年計画で日本へ招き、2ヶ月間の研修教育を行うことも決定された。日本での受け入れ機関は、日本寄生虫予防会か寄生虫学者の学術団体である日本寄生虫学会とされた<sup>29)</sup>。

上記の取り決めに則り、第一段階として1968年度はトヨタ自動車製の検診用ステーション・ワゴン、オリンパス光学製単眼ステージ固定式顕微鏡・単眼ステージ移動式顕微鏡・双眼顕微鏡計126台、15cc×8本掛遠心機19台、日本新薬製駆虫薬ユイスミン1箱2,000錠×25箱分が供与された<sup>30)</sup>。並行して、韓国から医師2名・技師8名・事務職員2名の合計12名が1969年2月と3月に2ヶ月間の研修を受け、日本人医師2名が1968年3月から5月に韓国へ派遣された。当初は3年計画で遂行された寄生虫予防への医療協力は、さらに4年間延長され、全てのプロジェクトが完全終了した1974年度までに、計1億3千1万7千円分の機器を韓国へ供与、計48人の韓国人を研修目的で受け入れ、18人の日本人専門家が韓国に派遣された<sup>31)</sup>。

上記の寄生虫予防における日韓の医療協力は、単に日本の海外医療協力事業の一つではなく、日本の海外医療協力事業史でも重要な位置を占めるプロジェ

クトである。日本の海外医療協力事業は、海外技術協力事業団が発足した1962年6月から約4年後の1966年4月に開始したが、コロンボ計画に基づく海外医療協力事業においては、最初2年度の対象国は全て東南・南アジアで占められていた。事業開始後3年目の1968年開始した韓国の寄生虫予防事業は、これら以外の地域で展開した初の事業である<sup>32)</sup>。同時に、寄生虫予防事業は、癌対策事業と並び、日韓が合意した初のプロジェクト方式の国際協力事業でもあった。さらに、癌対策事業のプロジェクト遂行期間が5年間だったのに対し、寄生虫予防事業は計7年間も続き、日韓における医療協力事業の最初10年間の活動の中で最も息が長かった事業でもあった。つまり、韓国の寄生虫予防プロジェクトは、日本の海外医療協力事業全体の歴史および日韓に特化した医療協力の歴史のいずれにおいても重大な分岐点だったのである。

さらに、寄生虫予防事業は、狭義には日韓基本条約<sup>33)</sup>から派生した、日本と韓国のみ政府・民間人・専門家が関与する二国間プロジェクトであったが、実質的には、アメリカを軸としたアジアにおける冷戦の政治構造に支えられた上で成り立った事業であった。アメリカは、第二次世界大戦後、ソ連を中心とした社会主義国に対抗する勢力として、資本主義諸国陣営、いわゆる「自由世界」を築いていくが、アジアにおいては日韓両国を「自由世界」に寄与する同盟国として重要視していた。しかし1960年前半まで両国の国交は断絶しており、アメリカはそれをアジアにおける「自由世界」の繁栄を妨げる要素として懸念していた。さらに、朝鮮戦争から継続していた韓国軍への資金援助はアメリカの財政を圧迫していたことから、1960年代のアメリカは在韓米軍削減の方向へ舵を切り替えようとしている最中であった。このような状況の下、アメリカは、アジアにおいて経済成長を遂げていた日本が韓国へ経済援助を施すことにより、アメリカの対アジアにおける財政的負担を少しでも軽くできることを期待していた。こうした事情からアメリカは、1960年代、日本に対し韓国への経済援助を催促する一方で、韓国には日本との国交正常化交渉を進めるよう促す<sup>34)</sup>。

翻って、朴政権下の韓国では、1962年1月に経済開発五カ年計画を開始したばかりで、日本からの経済援助は願ってもない好機であったことから、国交正常化交渉への動機は充分にあった。さらに、日本にとっても、韓国への経済

援助は日本経済にとって市場の拡大を意味するのみではなく、国際的地位を再建することにも繋がるといった意味でも利点があり、このことから、日本は経済援助も最終目的として含まれた国交正常化交渉案に対して強く否定する必要はなかった。最終的に、日韓の希望が合致したところで、1965年、日韓基本条約が署名・批准され、これにより国交は正常化する。さらに、同年「日韓請求権及び経済協力協定」が締結され、韓国側が1910年から1945年間の植民地支配において発生した被害に対する補償の請求権を放棄する代わりに日本側が経済援助をするという形で、日本の対韓経済援助が始まることになる<sup>35)</sup>。韓国の寄生虫予防事業における日韓医療協力は、この歴史的背景を受けて企画された。

このように、日韓の医療協力は冷戦政治の構造があっではじめて存在しえた事業であった。次節では、寄生虫予防事業の日韓医療協力の中で作られた人脈を基に発展した国際協力家族計画事業である「インテグレーション・プロジェクト」とプロジェクトの確立・普及を支えた団体であるアプコの成立過程について論じる。

## 5. 日韓医療協力からアジアの家族計画へ——アプコとインテグレーション・プロジェクト（1960年代～1970年代）

海外技術協力事業団が主導して推進した日韓共同の寄生虫予防運動は、公式には政府間の医療協力であったが、実際は、医療専門家・民間団体・企業も関与した産学官民連携の事業であった。この連携形態が、それまで主に日本で寄生虫撲滅・予防運動を民間側から支えていた國井に国外で活躍するための足場を作るきっかけとなった。國井は、チャンスをうまく利用し、1970年代には自身の「インテグレーション・プロジェクト」構想をもって家族計画運動を国外、主にアジア地域で展開することになる。その際に、寄生虫予防運動と家族計画運動の橋渡し役として活躍したのが「アプコ」の名称で知られたアジア寄生虫予防機構である。本節では、1960年代から1970年代における國井の行動を詳述しながら、日韓の寄生虫予防事業が、アプコにおける日韓の協働を通じて、国際協力分野での家族計画事業の確立に寄与する過程を追っていく。

1950年代中盤からの家族計画運動を通じて、国内外の家族計画運動家や政

府要人と関わりを持った國井は、日本では出生率も低下し、家族計画普及運動が一応の成功を収めたとされた1960年代、自身の家族計画運動の拠点を国外に移す考えを抱くようになる。國井のこの構想を実現させるのに寄与した出来事は主に三つある。一つは、IPPF 西大太平洋地域事務所の東京設置である。IPPF は、1963年2月にシンガポールで開催された第7回国際家族計画会議でIPPF 西大太平洋地域事務所を東京に設置することを決定し、1964年末には、竣工したばかりの市谷の保健会館に事務所を入れた。設置に至る交渉段階で、國井は、古屋芳雄の後継者で国立公衆衛生院の医学者村松稔および久保秀史、人口問題研究所技官篠崎信男、自身の率いる日本家族計画協会<sup>36)</sup>の片桐為精とともにIPPFのジョン・カドベリーと事務長推薦について対話を重ねた。その際にカドベリーが推した片桐事務長案を実現させたのが國井である<sup>37)</sup>。同志の片桐が事務長となり、さらに自身の寄生虫運動と家族計画運動の拠点でもある保健会館に事務所が設立されたことにより、國井は、IPPFとも緊密な関係を築けるようになり、國井の元には、人口・家族計画分野の国際的動向に関する情報が即時に流れてくるようになる<sup>38)</sup>。

二つ目は、ジョイセフの設立である。ジョイセフは、日本初の人口・家族計画分野における国際協力団体として、さらに外務省および厚生省の共管の認可法人として1968年4月22日に発足した団体である<sup>39)</sup>。ジョイセフ設立のきっかけは、1967年7月末から8月初旬にアメリカ人ウィリアム・ドレーパーが来日したことである。ドレーパーは、当時IPPF顧問で、既に1950年代からアメリカ政府に人口抑制としての家族計画事業を開発援助として推進するよう働きかけていた人物である。日本滞在中は、前首相岸信介など政財界における要人と面談し、アジア経済における家族計画の必要性、さらにアジアでの家族計画普及に際しての日本からの資金援助の重要性について説いた。ドレーパー来日を機として、早くも同年11月には岸を議長とする日本国際家族計画協力会議が発足し、その実施機関としての家族計画国際協力財団の設立準備が行われ、それが1968年のジョイセフ発足へと結実していく。國井は発足までの設立過程で中心的役割を演じただけでなく、発足当時から常任理事として、さらには団体の顔として国際舞台で日本発の人口・家族計画分野を代表する存在となっていく<sup>40)</sup>。

三つ目の出来事は、韓国の寄生虫対策への関与である。國井は、寄生虫予防分野での医療協力に関する政府間交渉が開始する前から既に韓国の民間活動家や専門家と対話を持っていたが、そこで築かれたネットワークが最終的には國井と國井が代表するジョイセフの家族計画事業を支えることとなる。

國井が韓国の寄生虫対策に関与するきっかけとなったのは、1965年5月26日から29日、ソウルで開催されたIPPF西太平洋地区第1回家族計画大会に出席した折に、韓国寄生虫撲滅協会から接触を求められたことである。事前に、資金不足を解決するため日本に援助を求めることを決定した撲滅協会が、協会の副会長で延世大学教授の蘇鎮卓を通じ日本側へ打診したが、その際に、援助の具体的な実務を進めることができる人物ということで國井が推薦されていた。國井は、協会からの要請に応じ、会議中の5月27日、撲滅協会の事務局と検査センターを見学した。その際、協会は組織運営について説明をし、援助と協力を要請した<sup>41)</sup>。さらに2ヶ月後、7月29日から30日に東京で開催された第10回寄生虫予防全国会議では撲滅協会の李永春が韓国における寄生虫事情について講演した。これを受けて、1966年10月、日本寄生虫予防会は、國井を含む5名の韓国派遣団を送り、韓国の実情を視察し韓国側との話し合いをもった。訪韓後、派遣団は、韓国側が、顕微鏡・吸湿性のセロファン・検体運搬車・視聴覚資材などの検査機器や駆虫薬の提供、および寄生虫検査技師や組織運営管理者の教育に際する日本からの援助協力を要望している旨をまとめた報告書を作成し、日本寄生虫予防会は、報告書を厚生省・外務省・海外技術協力事業団・自民党医療協力委員会等に提出し支援を求めた。韓国政府から外務省に正式に支援要請状が送られたことと重なり、日本政府は昭和43年度予算で韓国政府からの寄生虫撲滅・予防事業への支援を決定し、それが、上記の日韓医療協力へと繋がっていく。援助期間は、國井を中心とした日本寄生虫予防会のメンバーが韓国人研修員の受け入れや研修の企画運営を担当していった<sup>42)</sup>。さらに、当初は3年計画だった支援が終了しようとする頃、韓国政府の延長への強い要望を受けて、日本政府は1970年9月14日から12月2日に専門家・調査団を派遣するが、その中に寄生虫専門家と並んで、「行政管理運営専門家」として名を連ねていたのが國井だった<sup>43)</sup>。國井も関与した専門家・調査団の報告により、日本の韓国に対する寄生虫予防支援は延長することにな

る。國井は、政府間の日韓医療協力の後ろ盾を民間側から行った重要人物であった。

國井は、これらの出来事を踏み台として、1970年代に国際協力・開発援助の一環としての家族計画をアジア地域に推進する活動家として知名度をあげていく。その過程で、1970年代の初頭、これまでの自身の寄生虫予防運動と家族計画運動を集約した新しい形態の家族計画普及事業である「インテグレーション・プロジェクト」を編み出す。國井は、インテグレーション・プロジェクトの利点を解説する前置きとして、低開発国において家族計画がなかなか定着しない理由のひとつとして乳児死亡率の高さがあるとし、効果的な家族計画は乳児死亡率低下に寄与する公衆衛生事業と併行しなくてはならない、といった認識が国際的にはあるものの、専門家でさえ、どのような公衆衛生事業が最も効果的かについての合意はない現状を指摘した。そして、この状況を鑑みて、自身が関与してきた寄生虫予防を思いついた、と説明した。寄生虫予防が適切である裏付けとして、「人口の多い低開発国は寄生虫だらけ。…寄生虫予防は、他の多くの公衆衛生上の仕事とくらべて、お金があまりかからないという利点がある。虫くだしをのむだけ。それに、のめば虫が明日は出るという即効性がある。また医師の手を必要としないから、煩瑣ではない。しかもどこの国にも共通だ」と、非専門家・民間人活動家として、直接運動の対象とする人々にふれ、運動では資金面で苦勞をしてきた國井ならではの理由を挙げた<sup>44)</sup>。実践の内容としては、即効性のある寄生虫予防を家族計画へのインセンティブとしてまず履行し、集団駆虫で得られた結果と、そこで築かれた保健婦・助産婦と住民との間の信頼関係を基に家族計画を徐々に紹介していくという構想であった。

國井がインテグレーション・プロジェクトをアジアに普及させる過程で、ジョイセフと連携しつつ、アジアでの軸として國井の活動を支えた団体がアプロコである。アプロコは、日韓の医療技術協力事業が満期終了しようとしていた折の1974年10月に日本・韓国・台湾の寄生虫予防運動関係者が保健会館で会合を行って発足させた団体である<sup>45)</sup>。國井は、自身のインテグレーション・プロジェクト構想が固まってきた1974年2月、韓国から韓国寄生虫撲滅協会会長金鍊珠および同事務総長李于馥、台湾からは中華民国行政院衛生署署長王金茂、中

華民国政府衛生署代理署長胡惠徳の寄生虫予防の責任者代表を東京に招き、インテグレーション・プロジェクトをアジアで実現することについて打診した。これら台湾・韓国の専門家は、國井との会合で「それは良い考えですよ」と「膝を打って」賛成したという。さらに、1974年8月にブカレストで開催された国連主催の世界人口会議では、アフリカや中南米諸国が会議の人口抑制目標設置案を痛烈に批判し、人口抑制以前に乳児死亡率低下につながる保健プログラムの必要性を強調したが、このことは、國井のインテグレーション・プロジェクト構想を後押しする格好の材料となった<sup>46)</sup>。結果、急ピッチで、結成準備が進み、1974年10月、相互の交流とアジアの他の国々での実践活動を促す機関としてアプロが発足、結成式が東京の保健会館で開催された。アプロ第1回会議を兼ねた結成式には、日韓台の関係者のみではなく、東南アジア人口家族計画政府観調整委員会 (IGCC)<sup>47)</sup> 事務総長L・S・ソディを招き、後にインテグレーション・プロジェクトの実施地域となったインドネシア・フィリピン・タイの代表者も参席し各国の寄生虫感染事情や予防対策について報告した<sup>48)</sup>。國井は、会議で「農村地域における家族計画と寄生虫予防対策の統合方策」の題で講演し、インテグレーション構想を初めて公の場で発表した<sup>49)</sup>。國井はアプロ発足により、インテグレーション・プロジェクトを実現させる素地を固めていった。

アプロ第1回会議後、インテグレーション・プロジェクトは着々と実現化の道を辿っていく。会議に先立ち、インテグレーション・プロジェクトの初の実験地区は台湾中部の農村とすることが既に決定していたことから、会議後は、台湾の王金茂が直ちに寄生虫予防と家族計画の合作工作の実践活動のアウトラインを作成した。國井は、パイロット・プロジェクトのための資金獲得に奔走し、日本船舶振興会から年間1,600万円を3年間分とIPPFからは若干の実験費用を捻出させることに成功した。準備が整った1975年1月、台湾の南投県でインテグレーション・プロジェクトの地域実験が開始され、1975年10月開催のアプロ第2回会議では実験の進捗状況が報告された。並行して、ジョイセフおよびIPPFを主体とし、日本寄生虫予防会、笹川記念保健協力財団、その他日本の諸団体の支援により、1975年7月21日から8月15日までの間、日本寄生虫予防会理事で元厚生省医務局長の若松栄一を団長とし、国際家族計画

連盟理事で大韓家族計画協会理事長である韓国人 C. C. リーも含む家族計画・寄生虫予防合作工作東南アジア調査団が、インドネシア・タイ・フィリピンを訪問した<sup>50)</sup>。その後、訪問国でインテグレーション・プロジェクトが実施される運びとなる。最後に、アプコの当初からの加盟国・韓国でも、1976年3月より、大韓家族計画協会と寄生虫撲滅協会のメンバー計6名によるインテグレーション・プロジェクト運営委員会が設置された。運営委員会は、地区の指導者や家族計画オモニ会の会員などと緊密に協力しながら、1974年から進められていたセマウル（新しい村）運動という農村の改善運動の枠内でプロジェクトを実施することを決定し、1977年1月から3年間、ソウルの南西60キロの京畿道華城郡の総人口は約5万人の5町村を対象に実施した<sup>51)</sup>。これらのイニシアチブを通して、1970年代後半にインテグレーション・プロジェクトは東南アジアの広範囲にわたって急速に広まっていった。さらに、1980年代になると、人口・家族計画の国際協力の国連専門機関である国連人口基金（UNFPA）からの承認・推薦を得、ラテン・アメリカでも実施されるようになり、20世紀の終盤にはアフリカまで広がった結果、全世界をまたいだ、まさにグローバルな家族計画事業へと発展していった。

## 6. むすびにかえて

本稿では、日本の民間活動家國井長次郎が1970年代に提唱した国際協力としての家族計画事業インテグレーション・プロジェクトの確立過程を概観することで、家族計画プログラムが冷戦期の国際関係の動向に共振していたことを示した。インテグレーション・プロジェクトの生成・推進過程には、国際関係の中でも特に、医療協力事業分野における日韓関係が中心的な役割を担ったので、そこに焦点をあてながら分析を進めた。

冷戦期における日韓関係が國井のインテグレーション・プロジェクト普及活動に寄与していく様相を注視することで、いずれも「非西洋国」とされている日本と韓国の協力関係が、一方で「西洋国」アメリカとのせめぎ合いに左右されながらも、他方ではアジア地域における家族計画事業を形作っていったことを指摘した。この理解を支えているのは、国際協力分野における家族計画事業史の枠組みとなっている「西洋のドナー」対「非西洋のドナー」という二項対

立図式を超えた構図であり、このことから、本稿は、上記の既存の二分法に対し異論を唱えた最近の研究を裏付けている。

本稿では、日韓関係を形作った大まかな歴史的背景を説明し、インテグレーション・プロジェクトの生成過程の事实的詳細を提示することには成功したが、反面、日韓両国の活動家・専門家がなぜ、どのような背景でインテグレーション・プロジェクトに関与していったかというアクターの動機や思惑については十分に描ききることができなかった。さらに、本稿でも示したとおりインテグレーション・プロジェクトの実験段階では、日韓関係に加えて、台湾のアクターも非常に重要な役割を担っていったが、台湾に関しては資料の関係もあり、十分に把握できなかった。最後に、インテグレーション・プロジェクトが実際に東南アジア諸国で実施される段階で日韓関係や国際関係がどのように影響していたか、という生成過程以降の歴史叙述についても問題は山積している。これらの問題点については、将来に取り組む課題としたい。

## 注

- 1) この分野の先行研究は多数蓄積されている。代表的な文献および近年刊行された文献は以下。Chikako Takeshita, *The Global Biopolitics of the IUD: How Science Constructs Contraceptive Users and Women's Bodies* (The MIT Press, 2011); Michael E. Latham, *The Right Kind of Revolution : Modernization, Development, and U.S. Foreign Policy from the Cold War to the Present* (Ithaca: Cornell University Press, 2011); Matthew James Connelly, *Fatal Misconception : The Struggle to Control World Population* (Cambridge, Mass. ; London: Belknap Press of Harvard University Press, 2008); John Sharpless, "World Population Growth, Family Planning, and American Foreign Policy," *Journal of Policy History* 7, no. Special Issue 1 (1995): 72-102, Peter J. Donaldson, *Nature against Us : The United States and the World Population Crisis, 1965-1980* (Chapel Hill: University of North Carolina press, 1990) など。
- 2) インテグレーション・プロジェクトを研究対象として扱った研究は数少ないが存在する。Aya Homei, "Between the West and Asia: 'Humanistic'

- Japanese Family Planning in the Cold War,” *East Asian Science, Technology and Society* 10, no. 4 (2016): 445-67.; 大林道子「戦後日本の家族計画普及過程に関する研究」博士論文、お茶ノ水女子大学、2006年；原隆昭「寄生虫予防と合作運動——開発途上国における実践」大鶴正満・亀谷了・林滋生監修『日本における寄生虫学の研究 第7巻』目黒寄生虫館、1999年、599～605頁。
- 3) 先行研究については上記注1を参照。
- 4) 例えば、Amy L. Staples, *The Birth of Development: How the World Bank, Food and Agriculture Organization, and World Health Organization Changed the World, 1945-1965* (Kent, Ohio: Kent State University Press, 2006).
- 5) Aaron Stephen Moore, “Japanese Development Consultancies and Postcolonial Power in Southeast Asia: The Case of Burma’s Balu Chaung Hydropower Project,” *East Asian Science, Technology and Society* 8, no. 3 (2014): 297-322.
- 6) この点は、また日本の科学技術史・医史学における戦前から戦後の歴史の連続性をも示している。Takashi Nishiyama, *Engineering War and Peace in Modern Japan, 1868-1964* (Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2014); Aaron Stephen Moore, *Constructing East Asia: Technology, Ideology, and Empire in Japan’s Wartime Era, 1931-1945* (Stanford, California: Stanford University Press, 2013). を参照。
- 7) 戦後の家族計画史に関する主な先行研究は、以下の通り。澤田佳世『戦後沖縄の生殖をめぐるポリティクス——米軍統治下の出生力転換と女たちの交渉』大月書店、2014年；萩野美穂『「家族計画」への道——近代日本の生殖をめぐる政治』岩波書店、2008年；田間泰子『「近代家族」とボディ・ポリティクス』世界思想社、2006年；前掲、大林「戦後日本の家族計画普及過程に関する研究」；Christiana A. E. Norgren, *Abortion before Birth Control: The Politics of Reproduction in Postwar Japan* (Princeton, N.J.: Princeton University Press, 2001)。
- 8) 人口問題審議会「人口の量的調整に関する決議」1954年8月24年（最終

アクセス、2017年1月16日、<http://www.ipss.go.jp/history/shingikai/data/J000008912.pdf>。

- 9) 終戦から5年経過した1950年5月30日、厚生省が学識者と行政官からなる「寄生虫病予防対策協議会」を開催したことを期に、戦後、日本政府が寄生虫病対策へ行動を起こすようになった。國井渉編著『保健会館ものがたり上巻』財団法人保健会館、1998年、330-336頁；國井長次郎編著『ハラの虫奮闘記』、土筆社、1989年；影井昇・林滋生「日本における寄生虫病のコントロール」大鶴正満・亀谷了・林滋生監修『日本における寄生虫学の研究第7巻』目黒寄生虫館、1999年、647-688頁。
- 10) Christopher Aldous and Akihito Suzuki, *Reforming Public Health in Occupied Japan, 1945-52: Alien Prescriptions?* (Milton Park, Abingdon, Oxon; New York: Routledge, 2012).
- 11) 東京寄生虫予防協会編『十五年の歩み』保健会館広報部、1964年。
- 12) 「オラがハラにはムシがないだ——集団駆虫をした町をみる」『明るい生活』66(1959年)、234-237頁。
- 13) 國井長次郎「最近の寄生虫病」『厚生』23(10)(1968年)、32-37頁。
- 14) 保明綾「『人間的な家族計画』への第一歩 生誕100周年 國井長次郎と日本家族計画協会」『家族と健康』753(2016年)、45頁；前掲、大林「戦後日本の家族計画普及過程に関する研究」、163-199頁。
- 15) 小泉丹『常識の科学性——寄生虫の話』、岩波書店、1941年。
- 16) 國井長次郎「蛔虫作戦功奏す」、東京寄生虫予防協会編『十五年の歩み』保健会館広報部、1964年、109-121頁。
- 17) 前掲、大林「戦後日本の家族計画普及過程に関する研究」、163頁。
- 18) 引き金となったのは、前述した第五回国際家族計画会議である。詳しくは、前掲、大林「戦後日本の家族計画普及過程に関する研究」、170-178頁。
- 19) John Paul DiMoia, *Reconstructing Bodies Biomedicine, Health, and Nation-Building in South Korea since 1945*, 2013, <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=713510>.
- 20) John P. DiMoia, “Let’s Have the Proper Number of Children and Raise

- Them Well!': Family Planning and Nation-Building in South Korea, 1961-1968," *East Asian Science, Technology and Society: An International Journal* 2 (2008): 364.
- 21) 李知淵「韓国の『家族の友』から見る『家族計画』」『人間文化創成科学論叢』13 (2011年)、169-177頁。
- 22) 横川宗雄「韓国の寄生虫病について」海外技術協力事業団『韓国寄生虫対策医療協力実施調査団報告書』海外技術協力事業団、1969年、12-19頁；大鶴正満「韓国の寄生虫蔓延に対するわが国の医療協力」海外技術協力事業団『韓国寄生虫対策医療協力実施調査団報告書』海外技術協力事業団、1969年、7-12頁。
- 23) 前掲、大鶴「韓国の寄生虫蔓延に対するわが国の医療協力」。
- 24) Aya Homei and Yu-Ling Huang, "Population Control in Cold War Asia: An Introduction," *East Asian Science, Technology and Society* 10, no. 4 (2016): 343-353.
- 25) 前掲、大鶴、「韓国の寄生虫蔓延に対するわが国の医療協力」。
- 26) 日本の検便技術を代表するセロファン厚層塗抹法は、加藤俊一（後に勝也）が1951年に紹介したが、1966年には、小宮義孝および小林昭夫が英文記事で Kato's Thick Smear Technique として紹介したことから、国際的に知られるようになる。既に1968年には、L.K. Martin が P.C. Beaver がセロファン厚層塗抹法の評価を行った論文を出版している。加藤俊一「寄生虫卵の新検査法とその成績について」『日本寄生虫学会記事』20 (1951年)、60頁；L. K. Martin and P. C. Beaver, "Evaluation of Kato thick-smear technique for quantitative diagnosis of helminth infections.," *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 17, no. 3 (1968): 382-91; Yoshitaka Komiya and Akio Kobayashi, "Evaluation of Kato's Thick Smear Technic with a Cellophane Cover for Helminth Eggs in Feces," *Japanese Journal of Medical Science and Biology* 19, no. 1 (1966): 59-64.
- 27) 海外技術協力事業団『韓国寄生虫対策医療協力実施調査団報告書』海外技術協力事業団、1969年。
- 28) 前掲、大鶴「韓国の寄生虫蔓延に対するわが国の医療協力」。

- 29) Record of Discussions between the Medical Survey Team of the Japanese Government and the Korean Authorities concerned regarding the Technical Cooperation for the Control of Parasite Diseases. Seoul, 5 July 1968 [signed by Dr. Masamitsu Otsuru, Head of the Japanese Medical Survey Team for Parasite Diseases and by Taek Il Kim, Director of the Public of Health, the Ministry of Health and Social Affairs, the Republic of Korea], in 海外技術協力事業団『韓国寄生虫対策医療協力実施調査団報告書』海外技術協力事業団、1969年、4-6頁。
- 30) 「5. 寄生虫対策に関する韓国代表との打合事項」海外技術協力事業団『韓国寄生虫対策医療協力実施調査団報告書』海外技術協力事業団、1969年、2-4頁。
- 31) 国際協力事業団国際協力部「海外医療協力事業実施経過及び実績 自昭和41年度至昭和49年度」1974年、32頁。
- 32) 前掲、国際協力事業団国際協力部「海外医療協力事業実施経過及び実績 自昭和41年度至昭和49年度」3-4頁。
- 33) 正式名は、「日本国と大韓民国との間の基本関係に関する条約」で、1965年6月22日に署名され、12月18日に批准書が交換されて発効した。
- 34) 詳しくは、李鍾元「日韓の新公開外交文書に見る日韓会談とアメリカ（1）——朴正熙軍事政権の成立から『大平・金メモ』まで』『立教法学』76（2009年）、1-33頁。
- 35) 「日韓請求権及び経済協力協定」の概要については、通産省貿易振興局経済協力部「日韓経済協力協定の概要」『貿易クレームと仲裁』12（9）（1965年）、21-23頁。また、ケース・スタディとしては、前掲、Moore, “Japanese Development Consultancies and Postcolonial Power in Southeast Asia: The Case of Burma’s Balu Chaung Hydropower Project,” に加え、姜先姬「韓国における日本の経済協力——浦項総合製鉄所をめぐる日韓経済協力」『現代社会文化研究』21（2001年）、37-54頁がある。
- 36) 日本家族計画協会は、1962年10月に日本家族計画普及会が会名を変更してできた。
- 37) 國井渉編『保健会館ものがたり 中巻』財団法人保健会館、2000年、249-

256 頁。

- 38) 前掲、大林「戦後日本の家族計画普及過程に関する研究」、188 頁。
- 39) ジョイセフ発足当時は、会長・岸信介、理事長・古屋芳雄、常任理事・山地一寿、國井長次郎が幹事として団体を率いていた。
- 40) 國井長次郎「インターナショナル・ドラマ」國井渉編著『保健会館ものがたり 下巻』保健会館、2001 年、66-93 頁。
- 41) 國井渉編『保健会館ものがたり 下巻』保健会館、2001 年、63-64 頁。
- 42) 前掲、國井編『保健会館ものがたり 下巻』、100 頁。
- 43) 海外技術協力事業団『韓国の寄生虫予防運動』海外技術協力事業団、1971 年。
- 44) 國井長次郎「寄生虫予防と家族計画の結婚」『予防医学ジャーナル』74 (1974 年)、1 頁；國井長次郎『人間的な家族計画——家族計画と保健の統合』国連人口活動基金、1983 年；國井長次郎「人間的家族計画の思想的背景」1977 年、ジョイセフ関連資料（国立保健医療科学院図書館所蔵）。
- 45) 日韓の寄生虫予防対策については上述したが、台湾では、韓国に続き、海外技術協力事業団が台湾省の中央にある南投県で 1971 年より寄生虫予防活動を支援していた。さらに、翌年 1972 年からは台湾全島の国民小学校の児童を対象に駆虫薬の一斉投薬を行っていた。前掲、國井編『保健会館ものがたり 下巻』116-117 頁。
- 46) 前掲、國井『人間的な家族計画——家族計画と保健の統合』、154-156 頁；國井長次郎「寄生虫駆除薬を持つ指導員」『世界と人口』25 (1974 年)、39 頁。
- 47) IGCC は、マレーシア、クメール、インドネシア、ラオス、ネパール、フィリピン、シンガポール、タイ、南ベトナムの閣僚および次官級からなる組織で、家族計画を各国の開発計画に組み込むことを目的としていた。
- 48) APCO 会議事務局『アジア寄生虫予防機構（APCO）第 1 回会議報告書』日本寄生虫予防会、1974 年、9-10 頁；前掲、國井編『保健会館ものがたり 下巻』、119-123 頁。
- 49) 前掲、APCO 会議事務局『アジア寄生虫予防機構（APCO）第 1 回会議報告書』、3 頁。
- 50) 若松栄一「東南アジア調査団帰国報告」『アジア寄生虫予防機構（APCO）

第2回報告書』日本寄生虫予防会、1976年、7-8頁。

- 51) 姜鳳秀「寄生虫・家族計画・栄養の進捗状況」『アジア寄生虫予防機構 (APCO) 第4回報告書』APCO 第4回会議事務局、1976年、22-24頁。

## 1. はじめに

日本で家族政策をめぐる政策議論が過熱したのは、1990年の「1.57ショック」以降のことである。丙午を下回る出生率の低下に対する政府の危機感は、少子化対策という新たな政策的潮流を生むことになった。

一方で、国際的にみれば19世紀終わりから20世紀初めの西欧先進諸国において出生率の低下が大きく取り上げられた経緯がある。当時の出生率の低下をめぐる政策論議は、優生学の興隆と対応する人口の〈質〉（よりよい〈生〉によって成り立つ〈社会〉）に対する問題意識で貫かれていた。人口の〈質〉といえは、区切られたある人間集団の「男女比」や「年齢別構成」といった構造や構成を意味するというのが今日における一般的な理解だが、当時は性別、年齢別構成といった広義の〈質〉よりも、個体の健康や知能の程度といった先天的資質や体力、社会的能力といった指標からみた狭義の〈質〉に引きつけて人口問題に関心が集まったのである。このような潮流のなかで形成された〈女性政策+児童政策+優生政策〉の複合体こそが、出生率の低下への危機感を背景とする家族政策の源流である。

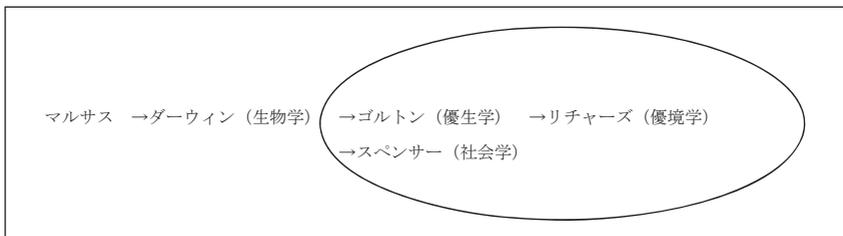
命に優劣をつける知として成立した優生学は、本人の意思を伴わない不妊手術=強制不妊手術の肯定という事態を招いた。その一方で、人間社会の進化(進歩、改善)への関心は優れた命を増やすために重要な「遺伝要因か環境要因か」をめぐる議論を生んだ。それが環境を重視する方へと傾斜するなかで、人間社会の進化への関心は女性(母性)や児童を対象とする社会政策の発展に寄与することにもなった。遺伝的に劣る人々を生殖から遠ざける断種政策の形成と、健全な〈生〉、優れた〈生〉の育成を支援する社会政策の形成という2つの動向は、人口の〈質〉への関心で結びついていたのである。この動向は、当時過剰人口論が優勢であった日本でもみられた。

図表1は、人間社会の進化への関心を促した学説の展開をまとめたものであ

る。その起点とした『人口論』（初版 1798 年；1826 年の 6 版まで重版）で知られるマルサスは、「食糧は人間の生存にとって不可欠である」「男女間の性欲は必然であって現状のまま将来も存続する」という 2 つの法則を前提に過剰人口の問題について論じた。その後、『種の起源』（1859 年）で知られるダーウィンは「環境に合うものが生き残る」という生物学における進化論を発表した。それは、ダーウィンによってマルサスの学説を動植物の世界に適用したものとされている。その後、19 世紀終わりから 20 世紀はじめにかけてダーウィンのいとこであるゴルトンによって優生学が提唱され、また、社会学者のスペンサーによって社会進化論が提唱された。

「遺伝構造を改良することで人類の進歩を促す」優生学と「(生物進化論を社会的諸関係に適用した) 人間社会も高次なものへと進化するという」社会進化論は、人間社会の進化に対する関心に火をつけた。この潮流に対して、「遺伝よりも環境の改善が重要である」という立場から、優境学を提唱したのがエレン・リチャーズである。リチャーズはマサチューセッツ工科大学の最初の女子学生で、「アメリカ公衆衛生学の母」あるいは「家政学の母」と呼ばれる人物である。その主張は、『優境学』（1910 年）で体系的に論じられた。ゴルトン、スペンサー、リチャーズの学説に対応する遺伝と環境の改善によってもたらされるよりよい<生>によって成り立つよりよい<社会>を志向する思想的潮流を、優生－優境主義と定義しよう<sup>1)</sup>。

その中心にあった優生学についていえば、1912 年から 3 回にわたって国際優生学会が開催されている。1912 年の第 1 回、1921 年の第 2 回はイギリスで、第 3 回の 1932 年はアメリカで開催され、この間に優生学の中心的拠点はイギ



図表 1 優生－優境主義

(筆者作成。)

リスからアメリカに移った。第2回国際優生学のロゴは、人類の進化 (human evolution) にかかわるさまざまな学問領域 (統計学、社会学、遺伝学など) を根に、それらによって生い茂る木として優生学が表現されている。同時期の日本でも、優生を主題とする組織が創設された。いずれも長くは続かなかったが、1917年には大日本優生会、1926年には日本優生運動協会が形成された。1930年には国民優生法の成立を働きかけた日本民族衛生学会が設立されている。

『人口論』の全訳が出版されたのが1923年であり、1910年代から20年代にかけて社会の進化への社会的関心が高まっていった。その傾向は1927年の人口食糧問題調査会の設置を起点とする人口-社会 (厚生) 行政に受け継がれた。本稿の課題は、人口-社会 (厚生) 行政に現われた日本における優生-優境主義の歴史的経緯を描き出すことである<sup>2)</sup>。

## 2. 戦前の経緯

日本で人口研究が興隆したのは、優生学の本格的な導入とマルサス研究の本格化がみられた1910年代のことである。1920年代には国勢調査によって人口数が把握され、食糧や失業の問題として過剰人口論が優勢となった。そのようななかで、社会科学系の優生-優境論者は社会の進歩を志向する思想的潮流を形成した。

### 2-1 優生-優境主義の形成

日本では、1910年代における優生学の本格的な導入 (人為的選択による日本人種の改造を説いた海野幸徳『日本人種改造論』(1910年)が知られる) とマルサス研究の本格化を機に、優生-優境主義が盛り上がった<sup>3)</sup>。

第一次世界大戦 (1914-1918) の最中である1916年には、内務省衛生局に保健衛生調査会 (1939年の国民体力審議会設置に伴い廃止) が設置される。その委員を務めた永井潜 (ながいひそむ; 1876-1957)<sup>4)</sup> や富士川游 (ふじかわゆう; 1865-1940)<sup>5)</sup> に代表される医学系の優生-優境論者の主張は、1919年公布の「結核予防法」「精神病院法」「トラホーム予防法」などの死亡率の改善を主眼とする衛生政策に結実した。1910年に準備委員となって1920年に第一回が実施された国勢調査の実施を指導し、1916年の日本で初めての職工家計

調査を実施した高野岩三郎（たかの・いわさぶろう；1871-1949）も保健衛生調査会の委員であった。

1920年代に入ると、社会政策学会（1924年の大会を最後に休眠、戦後再建）で社会主義を容認するか否かをめぐる思想的対立が表面化した。その対立が生じた時期に、社会の進歩を志向する社会科学系の優生－優境論者が社会政策論の新潮流を形成することになった。以下に列挙する論者に代表される人口の<質>をめぐる議論は、政策課題としての生存＝生活の改善や政策対象としての児童、女性をクローズアップすることになった。

建部遯吾（たけべ・とんご；1871-1945）は、狭義の優生学は優境学を含まず、広義の優生学は優境学を含むとし、後者の後天的方面も取り扱うことで優生学の実用的目的が達せられるとした。（高峰博『個性学』（良書普及会、1921年）には、euthenicsに優境学の訳語を与えたのが建部遯吾であると記されている。）

米田庄太郎（よねだ・しょうたろう；1873-1945）は、社会の進歩には社会の衛生的改善に関わる社会衛生学と優生学の進歩によって国民の劣悪分子の根絶を図る方法、優良分子の保存、およびその増殖を図る方法の発見が重要であるとした。

森本厚吉（もりもと・こうきち；1877-1950）は、生存と生活は異なるとし、衣食住に関する欲望を満たすのがやつの生活水準である「生存」ではなく、社会の一員として相当、ないしはそれ以上の生活水準である「生活」の標準化を説いた。

海野幸徳（うんの・ゆきのり；1879-1954）は、優生学は優生と優境を同時に包含するものであると主張し、社会事業を「外囲を対象とする境遇による社会事業」と「素質を対象とする遺伝による社会事業」に区別した。

三田谷啓（さんだや・ひらく；1881-1962）は、個々人が衛生学の知識に基づいて生活の向上をはかる「個人衛生」に対して、兵士、学童、女工などの国民諸階級の情勢を衛生学的に取り扱うことで社会の活力を増進する「社会衛生」があるとした。

池田林儀（いけだ・しげのり；1892-1966）は、優生学には（狭義の）優生

学と（広義）の優生学に対応する社会医学があるとし、社会を「素質のよい者」で構成すべきだと主張した。

暉峻義等（てるおか・ぎとう；1889-1966）は、自己の健康を増進することは個人の幸福のみを目的とするのではなく、同時に自己の属する家族、社会、国民、民族の向上発展につながると説いた。

## 2-2 優生－優境主義の展開

1920年代に台頭した社会政策論の新潮流としての優生－優境主義は、家族政策の原型としての〈女性政策＋児童政策＋優生政策〉に結実した。出生率の低下が社会問題として認識されていなかった戦前日本においては、優生－優境主義は児童政策論議に際立って現われることになった。優生－優境主義が次代の人口の〈質〉にかかわる子どもの権利や養育環境の重要性を強調したことで、1930年代はじめの児童政策の形成につながったのである。

当時の児童権論の例を挙げれば、「児童の権利」（1925年）の海野幸徳は「優生の権利」「養育の権利」「生存防衛の権利」の3つが児童の権利であると説いた。また、「児童保護の根本概念」（1924年）の生江孝之（なまえ・たかゆき；1867-1957；内務省嘱託）は、「立派に生んで貰う権利」「立派に養育して貰う権利」「立派に教育して貰う権利」の3つが児童の権利であると説いた。

生江は「児童保護事業は国民の質の改善を目的とするもの」と規定した「児童保護事業に関する体系」（社会事業調査会報告；1927年）の作成に臨時委員として関わった人物であり、当時の児童政策論のリーダー的存在であった。『児童と社会』（1923年）では、「児童は何事も外界の刺激を受け易いものであるばかりでなく、自ら其の環境を選択する能力を有たないものである。大人ですら、多くは環境の支配を免れない。思慮分別に乏しき児童に於ては、尚更の事である」とする立場から、母子扶助法や児童虐待防止法の必要も説いていた。1933年には児童虐待防止法と少年教護法が成立するが、これらを含む戦前日本で形成された〈女性政策＋児童政策＋優生政策〉として、〈母子保護法（1937年）＋児童虐待防止法（1933年）・少年教護法（同）＋国民優生法（1940年）・国民体力法（同）〉を挙げることができる。

母子保護法は結果として貧困母子家庭に対する生活扶助を規定した法律で、

その成立の背景には、働く女性と子育てについて繰り返された母性保護論争に端を発した母子扶助法制定運動があった。児童虐待防止法は被虐待児童の保護と処遇を規定した法律、感化法の改正・改称によって成立した少年教護法は不良少年の処遇を規定した法律で、その成立の背景には児童愛護運動や感化法改正運動があった。悪質な遺伝性疾患の素質を有する者の増加防止と健全な素質を有する者の増加を図ることを目的とする国民優生法は、先に触れた1930年に創設された日本民族衛生学会の関係者を中心とする断種法制定運動が結実したものであった。未成年者の体力向上と結核予防を目的とした国民体力法も、優生政策の範疇で捉えてよいだろう。

### 2-3 人口-社会（厚生）行政の形成

優生-優境主義は、人口を主題とする最初の政府機関である人口食糧問題調査会の設置（1927-1930年）から、財団法人人口問題研究会の設立（1933年；以下、人口問題研究会）、厚生省人口問題研究所の創設（1939年；以下人口問題研究所）へと至った人口-社会（厚生）行政の形成にも影響を与えた。

この動向を思想的にリードしたのは、人口食糧問題調査会・人口部から出された6つの答申（「内地移住方策」「労働の需給調節に関する方策」「内地以外諸地方に於ける人口対策」「人口統制に関する諸方策」（優生-優境主義が結実した答申）「生産力増進に関する答申」「分配及び消費に関する方策」）のすべての原案作成に関わった永井亨（ながい・とおる；1878-1973）<sup>6)</sup>である。

永井は、『日本人口論』（1929年）や『人口論』（1931年）のなかで「社会政策的人口政策」を提起した。「人口法則又は人口理論を社会理想にあわせ、社会目的に適合させて、それを人口事象に結ぶ努力」であり、「今日の人口対策は人口数の調整、生活標準を適切化のために社会政策に俟つべきものが多い」とする「社会政策的人口政策」の主張を展開した。永井にとって社会政策とは、各階級間の協力的調和を計るとともに、政治、経済、道徳一切の社会現象または社会的活動の統一的調和を期そうとする政策であり、その理想を掲げて人口問題に取り組んだ。

その永井を支えたのが、人口食糧問題調査会・人口部の委員で大正デモクラシーの牽引者に数えられる福田徳三（ふくだ・とくぞう；1874-1930；1923年

図表2 人口－社会（厚生）行政の展開

	政府の動き	人口問題研究所の動き	人口問題研究会の動き
1927   1930	人口食糧問題調査会（内閣）		
1933			人口問題研究会（設立）
1939		厚生省人口問題研究所（開所）	
1942		厚生省研究所（産業安全研究所、公衆衛生院との統合）	
1946	人口問題懇談会（厚生省）	再び、独立	人口政策委員会設置
1949   1950	人口問題審議会（内閣）		
1953 1954	人口問題審議会（厚生省）		人口対策委員会設置 新生活指導委員会設置
1976			人口問題シンポジア設置
1999		国立社会保障・人口問題研究所（特殊法人社会保障研究所との統合）	
2000	人口問題審議会の廃止		人口問題研究会の自然消滅

（財団法人人口問題研究会編『人口情報 昭和57年度 人口問題研究会50年略史』、1983年、62頁、人口問題研究所編『人口問題研究所創立五十周年記念誌』人口問題研究所、1989年、83頁、をもとに筆者作成。）

から内務省社会局参与）と新渡戸稲造（にとべ・いなぞう；1862-1933）である。永井は、福田の生存権論や新渡戸の「質を忘れて量のみを論じる人口論はもはや今日用をなさぬ」<sup>7)</sup>とする人口論、また優生－優境論の影響を受けながら、社会の進歩を志向する社会政策的人口政策を構想した。人口問題研究所の母体

となった人口問題研究会では上田貞次郎（うへだ・ていじろう；1879-1940）も指導的役割を果たすようになり、人口問題研究会の役職者を中心に日本の人口－社会（厚生）行政の思想的基盤が形成された（図表3、参照）。

図表3 財団法人人口問題研究会の設立当初（1933年）の役職者名簿

会長（理事）	衆議院議員	伯爵 柳沢保恵
理事（常務）	内務次官	赤木朝治
	社会局長官	半井清
	海外興業株式会社 社長	井上雅二
理事	経済学博士	永井亨
	東京大阪朝日新聞副社長 法学博士	下村宏
	東京帝国大学教授 農学博士	那須皓
	貴族院議員 法学博士	山川端夫
	内閣調査局長官	吉田茂
	貴族院議員	堀切善次郎
	内閣統計局長	長谷川越夫
	貴族院議員	河田烈
	社会局社会部長	狭間茂
	東京商科大学教授 法学博士	上田貞次郎
	国際労働機関帝国事務所所長	吉阪俊蔵
監事	貴族院議員	関屋貞三郎
	第一生命保険相互会社社長	矢野恒太
評議員	内閣調査局参与	池田宏
	京都帝国大学教授 経済学博士	本庄栄治郎
	東京帝国大学教授	戸田貞三
	前内務省衛生局長	大島辰次郎
	大阪毎日新聞社取締役 法学博士	岡実
	北海道帝国大学総長 法学博士・農学博士	高岡熊雄
	京都帝国大学教授	高田保馬
	大原社会問題研究所長 法学博士	高野岩三郎
	東京帝国大学教授 医学博士	永井潜
	東京帝国大学教授	矢内原忠雄
	第一生命保険相互会社社長	矢野恒太
	京都帝国大学教授 法学博士	山本美越乃
	慶應義塾大学教授 法学博士	気賀勘重
	倉敷労働科学研究所長 医学博士	暉峻義等
	衆議院議員	安部磯雄
	貴族院議員	伯爵 有馬頼寧
	慶應義塾大学教授 医学博士	宮高幹之助
	早稲田大学理事 法学博士	塩沢昌貞
	東京帝国大学教授 経済学博士	土方成美
	貴族院議員	関屋貞三郎

（財団法人人口問題研究会『人口情報 昭和57年度 人口問題研究会50年略史』、1983年、36-37頁、をもとに筆者作成。）

## 2-4 戦時期の動向

人口食糧問題調査会の時代から強く要求されてきた国立の人口問題調査研究機関の設置は、皮肉にも戦時人口政策の遂行に関わる重要な組織という位置づけで1939年に実現した（1942年には公衆衛生院と産業安全研究所との統合により一時的に厚生省研究所となった）。

人口問題研究会設立当初からの研究員であった館稔（たち・みのる；1906-1972；東京帝大経済学部卒→日本評論社→人口問題研究会研究会（1933-1937年）→内務省社会局（1937-1939年）→人口問題研究所（1939年-））が、人口問題研究所創設当初の研究官（企画班長兼、庶務班長）に就いて人口-社会（厚生）行政の重要な実務を引き受けた。創設当初の企画部長に就いた北岡壽逸（きたおか・じゅいつ；1894-1989）は、『我が思ひ出の記』（1976年）で「人口問題研究所の仕事は、実際は大方館稔君がやって下さり、私は時間的に余裕があった」と振り返っており、館稔が研究所の仕事の取りまとめにおいて重要な役割を果たしていた。1940年2月には、参与制度が設けられ、永井亨、那須皓、上田貞次郎、暉峻義等らが名を連ねた。

一方で、戦時人口政策の立案に影響力を持ったのは1930年に日本民族衛生学会を設立し、理事長として断種法制定運動をリードした永井潜や1939年に厚生省に入った古屋芳雄（こや・よしお；1890-1974）であった。他に、企画院（1937年10月に戦時経済統制を強化のために設置された内閣直属の機関）の人口問題担当者であった美濃口時次郎（みのぐち・ときじろう；1905-1983；1927年に東京商科大学を卒業して、協調会参事、内閣調査局専門委員を経て企画院調査官に就任）が、人口政策確立要綱（1941年）の起案責任者として重要な役割を果たした。多産奨励への傾倒を象徴する人口政策確立要綱は、『出生の増加』を『死亡の減少』よりも重大視したところに新味がある」と説明された。1940年に開設された厚生省優生結婚研究所は「生めよ育てよ国のため」を含む結婚十訓（1941年）を立案し、人口増加の必要と結婚に対する優生思想の必要を説いた。

美濃口（「人的資源と社会事業」（『社会事業』昭和15年4月号）、社会事業研究所、1940年）や大河内一男（おおこうち・かずお；1905-1984；『戦時社会政策論』日本評論社、1940年）らによって人的資源論が展開されるなど、こ

の時期に発表された社会政策の学説のなかに「人的資源」という言葉が多く登場するようになる。戦時人口政策の立案に関わった論者の多くは、戦後の人口－社会（厚生）行政でも重要な役割を果たすことになったが、そこでは一転して戦争の反省を口にするとともに、人口制限や産業の振興による人口収容力の拡大を主張することになる<sup>8)</sup>。

### 3. 戦後の経緯

優生－優境主義としての人口資質への関心は、戦後「少なく産んでよく育てる生活」への関心を促した家族計画論や「人間らしい生活」、「自分らしい生活」への関心を促した社会開発論へと展開をした。1970年代を通じて優生をタブー視する傾向が強くなっていくなかで人口資質をめぐる議論が終息した。少子化が行政課題となった1990年代以降は、「仕事と子育てを両立する生活」への関心を促した家族政策論が展開された。図表4は戦後日本における人口－厚生（社会）行政課題の推移を示したものであり、社会開発論と家族政策論に挟まれた時期に「優生」をタブー視する傾向が浸透していった<sup>9)</sup>。

図表4 戦後日本における人口－厚生（社会）行政課題の推移

時期区分	出生率	高齢化率	（象徴的な）人口現象・人口問題、政策論	
1950年代	3.65	4.9	人口過剰	家族計画論
1960年代	2.00	5.7	人口資質 人口移動（都市化）	社会開発論 地域開発論
1970年代	2.13	7.1	人口構成（高齢化）	
1980年代	1.75	9.1		
1990年代	1.54	12.0	人口減少（少子化）	家族政策論

（筆者作成。）

\*各時期区分における出生率・高齢化率は、それぞれ1950、1960、1970、1980、1990年のもので代表させた。

#### 3-1 人口問題の審議体制の確立

戦後の人口問題を主題とする政府機関は、1946年に人口問題懇談会（厚生省）の開催と人口問題研究所の独立、人口問題研究会の再建を起点に、1949年の人口問題審議会（内閣）の設置、1953年の人口問題審議会（厚生省）の設置

へと展開した（図表2、参照）。

人口問題の審議体制が確立したのは1953年であり、人口問題審議会（厚生省）設置以降、人口問題研究所が研究資料を作り、それをもとに（人口問題研究会内に設置された）人口対策委員会が人口問題審議会で政府に提出する建議案の原案を作成し、それを人口問題審議会で討議の末、最終的な決議として政府へ提出する方式で議論が進められた。1960年代までこの体制は維持された<sup>10)</sup>。

人口問題審議会第一部会（人口収容力に関する部会）と人口対策委員会第一特別委員会（人口と生活水準に関する特別委員会）、人口問題審議会第二部会（人口調整に関する部会）と人口対策委員会第二特別委員会（人口の量的、質的調整に関する特別委員会）は対応しており、人口問題審議会の委員と人口対策委員会の委員は過半数が重なるように組織されていたことで人口問題研究会での決定が重要な意味をもっていた。1960年代までの人口問題研究会は、永井亨（理事長）－館稔（常任理事）－篠崎信男（幹事、のち理事）<sup>11)</sup>を中心に運営された。

図表5 人口問題審議会と人口問題研究会

人口問題審議会	人口問題研究会
	人口問題研究会人口政策委員会（1946年） 委員長：永井亨 第一部会：人口の収容力及び分布に関する部会 （部会長：那須皓） 第二部会：人口の資質及び統制に関する部会 （部会長：下条康磨）
人口問題審議会（内閣、1949年） 会長：戸田貞三（永井亨が会長代理的な役割を果たした） 人口の収容力に関する小委員会 （委員長：永井亨） 人口調整に関する小委員会 （委員長：戸田貞三）	
人口問題審議会（厚生省、1953年） 会長：下村宏 会長代理：永井亨 第一部会：人口収容力に関する部会 （部会委員長：那須皓） 第二部会：人口調整に関する部会 （部会委員長：永井亨）	人口問題研究会人口対策委員会（1953年） 委員長：永井亨 第一特別委員会：人口と生活水準に関する特別委員会 （委員長：山中篤太郎） 第二特別委員会：人口の量的、質的調整に関する特別委員会 （委員長：寺尾琢磨）

（人口問題審議会、財団法人人口問題研究会の議事録をもとに、筆者作成。）

### 3-2 家族計画論の時代

戦後、財団法人人口問題研究会内に設置された人口政策委員会が人口問題について議論を進めている最中の1948年に、国民優生法の改正・改称による不良な子孫の出生防止と母体保護を目的とする優生保護法（議員立法）が成立した。その後設置された人口問題審議会（内閣、1949年）の人口調整に関する小委員会では人口数の調整に関わる不妊手術、人工妊娠中絶、産児調節の適用をめぐる議論が進められたが、政府の方針が固まらないままに優生保護法の改正（1949年の改正で、要件に経済的理由の追加；1952年の改正で、手術実施のための手続きの簡素化）が進んだ。

人工妊娠中絶の母体への負担が問題視されるなか、1951年当時の厚生大臣・橋本龍伍（はしもと・りょうご）に産児調節普及事業の必要性を説き、橋本の依頼で1951年10月26日の閣議了解「受胎調節の普及に関する件」（図表6）の案文を起草した当時の国立公衆衛生院長であった古屋芳雄は産児調節普及事業を推し進めるきっかけをつくった。

図表6 閣議了解「受胎調節の普及に関する件」

受胎調節の普及に関する件（昭和26年10月26日閣議了解）

人工妊娠中絶は、逐年増加の傾向を辿っている。人工妊娠中絶は、母体の生命及び健康を保護するために必要ではあるが、なお母体に及ぼす影響において、考慮すべき点が若干残されているので、受胎調節の普及によって、かかる影響を排除することが、より妥当な方策である。政府はかかる受胎調節については、従来とも優生結婚相談所の整備、指導者の養成等種々対策を講じて来たのであるが、国民の福祉向上のため今後一層これが普及を図ることとし、新に効果的対策を考究し、これを実施することが必要である。

理由

人工妊娠中絶は母体に及ぼす影響において考慮すべき点があるので、かかる影響を排除するため、受胎調節の普及を行う必要があるからである。

（「受胎調節普及に関する閣議の決定」『人口問題研究』第7巻第4号、1952年、をもとに筆者作成。）

これを機に、人口問題研究会が中心となって総合的な人口政策を打ち出そうとする働きかけがあった。1954年7月に人口問題研究会第二特別委員会で採択された「人口対策としての家族計画の普及に関する決議」とそれをもとに

1954年8月に人口問題審議会で採択された「人口の量的調整に関する決議」(図表7)では、強力かつ適切な家族計画の普及推進が謳われる。「人口の量的調整に関する決議」の趣旨は、産児調節によって文化的な生活を追求することが人口抑制を目的とする人口政策の要求と一致するという視点から家族計画を推進すべきというものであった。

図表7 人口の量的調整に関する決議 (第4回総会 (1954.8.24)、一部抜粋)

<p>主文</p>
<p>わが国当面の重大な人口問題を解決するためには、人口扶養力の増大を図る政策が必要であることというまでもないが、人口の重圧がかえって資本の蓄積、産業の合理化を阻害している現状にかんがみれば、この際、政府は人口の増加を抑制する政策を採ることが必要である。</p> <p>政府は従来行われている受胎調節運動を単なる母性保護の立場からのみでなく、総合的人口政策の一環としての家族計画の立場から取り上げ、出生制限を希望するものに対してはことごとく適正なる手段と便宜とを与え、またこれが普及徹底を図るに当たっては、これに伴って起る人口の優生学的資質の動向に対して万全の注意を払う必要がある。</p>
<p>措置</p>
<p>総合的人口政策に基く家族計画推進のために政府は責任をもってこれを担当する部局を設置するとともに、これが指導組織を確立し民間諸団体の積極的協力を促す措置を講ずること。</p> <p>家族計画の普及徹底を図るため、受胎調節実地指導員の活動に対する支障を除去し、その積極的な活動を促すよう措置すること。</p> <p>家族計画を広く国民各層に普及せしめるため、健康保険その他の社会保険等において、受胎調節手段の配布につき、適当なる措置を講ずること。</p> <p>家族計画が真にこれを必要とする人々に普及するよう指導上留意し、特に生活困窮者に対しては、受胎調節手段の無償または廉価配布を行い得るよう措置すること。</p> <p>工場、鉱山、その他の事業所の厚生関係機関に積極的に働きかけ家族計画の実行を促進すること。</p> <p>給与及び税制の関係において多産を促す結果を招致する虞あるものはこれを避けるよう措置すること。</p> <p>総合的人口政策に基く家族計画の推進を誤りなからしめるよう人口の量的及び質的動向に関する調査研究を行いもって行政の資たらしめること。</p> <p>医学教育の課程中に家族計画ならびにその関連知識の供給を行うとともに家族計画技術の研究を奨励促進すること。</p> <p>人工妊娠中絶の手術をなしたる医師は、患者がこれを繰返すことなきよう受胎調節に関する知識の供給を行う義務あることを規定すること。</p>

(「人口問題審議会の人口の量的調整に関する決議」『人口問題研究』第60号、1955年、をもとに筆者作成。)

1954年には、日本家族計画連盟（事務局は公衆衛生院衛生人口学部に置かれた）が組織された。同組織は、1955年開催予定の第5回国際家族計画会議（1955年10月24日～10月29日；国際家族計画連盟と日本家族計画連盟の共催）を日本で開くことが決まったことを受けて、その引き受け機関となった。アメリカのギャンプル博士（医師にして石鹼工場の大株主たる金持ち）が国際家族計画会議を日本に招致すべきことを勧告し、永井亨を中心とする協議によって北岡壽逸が事務局長に任命された。この会議は、日本の家族計画運動に火をつけることになった。

当時日本家族計画連盟の会長であった下条康麿（しもじょう・やすまる；1885-1966）は、第5回国際家族計画会議の開会の辞で「家族計画は必ずしも消極的な人口調節のみを意味しておりませんが、日本の現状においては家族計画は出産児の制限であって、これが個人の福祉を増進すると共に人口の過剰を緩和し、一国社会の安寧を図る所以であり、又世界に於ける人口と天然資源との均衡を図る運動として世界の恒久平和に貢献するものと考えるのであります」と述べた。

当時の人口問題研究会の顧問であり、人口問題審議会第二部会の委員でもあった下条による家族計画定義は、いわば当時の日本政府の公式見解である。産児調節の普及は「本質的には国民一般の自発的な意志の産物」であり、公式には一連の施策が「出生抑制の誘導のためではなく、すでに存在していた民衆の意志に追随して、その目的達成を助けるためのものであった」とされる一方で、当時の産児調節普及政策関係者の間では人口の量的、質的調整の必要が活発に議論されていたという状況であった。

永井は、1953年に家族計画連盟の顧問に就任、1954年に人口問題研究会内に設置された新生活指導委員会が取り組んだ新生活運動（家族計画＋生活設計＝生活水準の向上を目指す運動）の普及にも尽力した。人口問題研究所の篠崎信男も大いに協力した。優生保護法（1948年）が規定した人工妊娠中絶と避妊の普及などにより、日本の出生率は1950年代を通じて急激な低下を経験した<sup>12)</sup>。

### 3-3 社会開発論の時代

1960年代には、人口－社会（厚生）行政課題が人口の量的調整から人口の資質向上にシフトした。ここに、人口と社会保障が交差することになった。

そのきっかけは、『厚生白書』昭和33年度版（1958年）の序で提起された、社会保障制度と経済政策との関連づけをめぐる問題意識である。「いってみれば本書編さんを担当した厚生大臣官房企画室の得た結論のようなもの」と断ったうえで、国民経済の成長をもたらしてくる経済政策と、社会保障等の社会的政策が対立しなければならないものであるか、それとも両立することのできるものであるか、あるいは、そのいずれに優先性が与えられるべきかという問いをめぐって、「社会保障は、本来、人間投資と所得再配分の両面機能を持つものである。従来、とすれば経済政策に対する第二次的政策として考えられがちであったが、転換期的段階に臨んでいる人口問題と、特殊段階ともいうべき状態に移行してきた日本の経済情勢下においては、社会保障の役割は先に述べた経済政策を推進させるうえに欠くことのできない一つの重要な要素でさえあるといつても過言ではないであろう」という見解を提示した。

それを前提に、社会保障論の再構築という新潮流を導くために導入されたのが社会開発の概念である。経済開発に対置される語として1955年に国連で初めて使われた社会開発という概念にいち早く注目したのは当時人口問題研究所所長であった館稔であり、Social Development に社会開発の訳語を与えたのは厚生大臣官房企画室長であった伊部英男（いべ・ひでお；1921-2002）である。館は1950年代から国連人口委員会の政府代表として出席するなど人口・家族計画分野における国際協力で重要な役割を果たした人物であり、当時厚生省大臣官房企画室長であった伊部と寄り添って社会開発論の輸入を主導した。

社会開発という言葉が日本で最初に使われた最初の例は、1962年に人口問題審議会から出された「人口資質向上対策に関する決議」（1962年）である。日本版の社会開発論は、人口－社会（厚生）行政課題における〈量〉から〈質〉へ、具体的には産児調節の普及から人間能力の開発と福祉の向上への転換を主張するなかに、工業を中心とする経済面での開発に対して都市、農村、住宅、交通、保健、医療、公衆衛生、環境衛生、社会福祉、教育などの社会面での開発の重要性を見いだすことになった。それは、「社会保障の問題を新た

な段階から考えなければならない」という社会保障制度審議会（総理府）の問題意識と呼応するものであった。

図表 8 人口資質の向上という課題

「人口資質向上対策に関する決議」（1962年）

「経済活動のにない手は人間であり、体力、知力および精神力の優秀な人間に待つのでなければ、経済成長政策は所期の目的を達成しえない」ので、「経済開発と社会開発とが均衡を保つように特別の配慮が必要である」。

「わが国の人口動態は、戦前の多産多死型から少産少死型に急速に移行したために、人口構造は必然的に変化し、人口のなかに占める若壮年人口の割合は加速度的に減少するものと予想される」ことから、「全年齢層を通じて、殊に若壮年人口の死亡率を極力引き下げるとともに、体力、知力および精神力において、優秀な人間を育成することによって、将来の労働人口不足に対処し、「人口構成において、欠陥者の比率を減らし、優秀者の比率を増すように配慮すること」である。

「人的能力政策に関する答申」（1963年）：人的能力の開発という見地から社会保障をみる視点の提供

「人間が生活の主体であるという点から、快適な労働環境や生活環境にめぐまれることが必要であることはいうまでもない。しかし同時に経済発展の支柱となる人的能力の伸長と活用という見地からも、その基底および外廓をなす条件として、労働、生活環境あるいは社会保障をとりあげることは重要な意義をもつ」。

「社会開発懇談会中間報告」（1965年）

「社会保障とか福祉対策とかいうと、これまでとかく落ごした者への救済策として、いわば後向きに取り扱われてきた。もちろん、人生途上において不可避免的に遭遇する事故にもとづくある種の不安をとりのぞくことが、社会保障の目指すところに違いないが、そのような不安の除去がとくに最近の社会・経済の大きな変動と結びついて必要となっているところに今日の問題がある。何よりもまず高度の経済成長の逆流効果としての社会生活の圧迫がとりあげられなければならない、それはいわゆる福祉対策にもっとも端的に現れるのである。しかしそれだけではない。人口構造の変化などの最近の一連の現象が、たとえば心身障害者や老人の能力開発、低所得階層の子弟の進学援助、家庭生活の健全化などを必要ならしめ、そのために社会保障および福祉対策は、社会・経済の変動に必ず前向きの意義をもつものであって、そこに社会開発とのつながりも認められるのである。およそ以上のような意味での社会保障は、健康で文化的な生活を国民のすべてにゆきわたらせるという社会開発の基本的目標を実現するためには、もっとも基礎的な政策手段の一つであるといつてよい」。

〔戦後の社会保障〕（社会保障研究所〔現：国立社会保障・人口問題研究所〕編・至誠堂・1968年）「人的能力政策に関する答申」『教育評論』269、1972年、をもとに筆者作成。）

1962年7月に人口問題審議会（厚生省）が「人口資質向上対策に関する決議」（図表8）を、次いで1963年1月に経済審議会（経済企画庁）が「人的能力政策に関する答申」を、さらに1965年7月には社会開発懇談会（内閣）から社会開発の推進をめぐる「中間報告」が行われ、「人口資質の向上」という課題が人口行政と社会保障行政さらには経済行政の各々において共通に認識されるに至った。

特殊法人社会保障研究所創設（1965年；図表9、参照）は、量的な人口問題の解消、量から質（資質・構成）の問題へという人口問題の基調の変化と、社会保障の充実をめざす社会保障制度審議会の課題認識を象徴する出来事であった。同研究所は、1962年7月に発表された人口問題審議会（厚生省）「人口資質向上対策に関する決議」が求めた調査研究機関の拡充と、1962年8月に発表された社会保障制度審議会（総理府）の「社会保障制度の総合調整に関する基本方策についての答申および社会保障制度の推進に関する勧告」による提案が実ったものである。館（創設当初の参与に就任）と伊部が同研究所の創設に尽力するとともに、人事等に大きな影響力をもった。

当時の行政課題であった地域開発に関わる専門家として招かれた福武グループ（福武直（ふくたけ・ただし；1917 - 1989）の関係者）が多く常勤・非常勤研究員として採用された。ここに、福武を中心とする「社会政策の社会学」という潮流が形成された<sup>13)</sup>。

図表9 社会保障研究所役職員名簿（1965.5.1時点）

役職名	氏名	現職	専攻
所長	山田雄三		理論経済学、厚生経済学、国民所得論
常務理事	木村又雄		
理事	塩野谷九十九	名古屋大学教授	近代理論経済学
監事	寺尾琢磨	慶應大学教授	経済学、人口理論統計学
顧問	大内兵衛	社会保障制度審議会会長	経済学、財政学
	東畑精一	アジア経済研究所所長	農業経済学
参与	長沼弘毅	国際ラジオ・テレビセンター会長	財政学、賃金論
	馬場啓之助	一橋大学教授	経済学、経済政策
	福武直	東京大学教授	社会学
専門委員	館稔	厚生省人口問題研究所	人口学
	武藤光朗	中央大学教授	経済学
	大熊一郎	慶應大学教授	経済学、財政学、社会保障論
	橋本正己	国立公衆衛生院衛生行政学部長	公衆衛生
	小沼正	厚生省統計調査部社会統計課長	社会統計
	中鉢正美	慶應大学教授	経済学、社会政策
	青井和夫	非常勤研究員(東京大学助教授)	社会学
	森岡清美	〃 (東京教育大学助教授)	社会学
	安川正彬	〃 (慶應大学助教授)	経済学、統計学、人口理論
	松原治郎	〃 (東京学芸大学助教授)	社会学
	小野旭	〃 (神奈川大学講師)	理論経済学、経営学
	地主重美	常勤研究員	理論経済学
	前田正久	〃	数理統計
	三浦文夫	〃	社会学
	谷昌恒	〃	社会福祉
平石長久	〃	社会政策	
中村八朗	〃	社会学	
渡辺益男	〃	社会学	
花島政三郎	〃	社会学	
大本圭野	〃	都市地理学	

(社会保障研究所『社会保障研究所の概要』1965年、をもとに筆者作成。)

### 3-4 転機としての1970年代

1970年には、政府の意向によって人口問題の審議体制における「人口問題研究所－人口問題研究会－人口問題審議会」の三位一体の関係が改められた。人口問題研究所の研究資料がただちに人口問題審議会に送られて審議されることになったのである。その結果として、以降の人口問題研究会は啓発活動といった民間団体としての活動のみを行うことになった。1964年まで人口問題審議会の委員を務めた（人口問題研究会理事長の）永井と入れ替わりで（社会保障研究所参与の）福武直が、1968年まで委員を務めた北岡と入れ替わりで（社会保障研究所所長の）山田雄三（やまだ・ゆうぞう；1902-1996）が加わるといのように、1960年代を通じて家族計画の時代を支えた論者が人口問題審議会の委員から退いて社会保障研究所関係者が加わるという委員の交替がなされた。そのことからしても、社会保障研究所の設立（1965年）は、量的な人口問題の解消、量から質（資質・構成）の問題へ、という人口問題の基調の変化と社会保障制度審議会によって基礎が形づくられた社会保障を充実に向かわせようとする当時の動向を象徴する出来事であったといえよう。

1971年10月の（1967年に厚生大臣より受けた「わが国最近の人口動向にかんがみ、人口問題上、特に留意すべき事項について」の諮問に対する）人口問題審議会の答申「最近における人口動向と留意すべき問題点について」においては、「過剰人口といった量的な問題から、人間能力の開発などの基盤としての質的な問題が中心課題となってきた」とする人間のライフサイクルに即応した体系的、総合的な人口資質向上対策が提言された。そこで「人口資質とは、人間の集団として遺伝的素質、形質、性格、知能、あるいは教育程度などの各種の属性をいう。換言すれば、肉体的、精神的および社会的エネルギーの状態などの機能的側面における諸性質の総合化されたもの」と定義されている。

厚生省人口問題審議会編『日本人の動向——静止人口をめざして』（1974年6月、「人口白書に関する特別委員会」の委員長は山田雄三）でも、人口資質の問題が論じられた。「人口資質を向上させるには、人間性を基調とし、その潜在能力を開発し、健康な生存を全うさせるため、生活の環境を改善し、生体の機能をより良く変えることであると同時に、次世代へ良質人口を遺産として残すことを眼目とすべきである」とされ、「人間の体力、知力、精神的能力

の向上のためには、国民各自がその人間性の尊重に根差して、これらの正しい開発の意欲を持つことがその根幹であり、そのためには学校教育、社会教育を通じて、これらの重大性に関する教育を組織的に行うことが重要である。また、人間性の回復のために、本来的に人間の属性たるべき愛情が家庭、社会のいずれにおいても不足しがちとなることを思い、家庭、近隣、地域、ならびに職域などの実践の場を通して失われがちな愛情や連帯感を醸成していくことが重要である。また、人間性の回復という点からは、年少人口や老年人口における遊びはもちろん、生産年齢人口においても余暇時間を真に楽しむことができるような施設、制度や環境を整備しなければならない」とも述べられており、この時点で人口資質は形質、体位、体力、知能、性格に影響する問題として理解されていたことがわかる。

戦前のイギリスからアメリカへと中心的拠点を移しながら時代思潮となった優生学は、戦後に入って真面目な科学や政策分野としては衰えていった<sup>14)</sup>。日本でも1970年代後半には優生概念が人権問題に抵触するという認識が浸透しはじめ、狭義の人口の〈質〉の問題をめぐる議論は、福祉問題また人権問題への置き換えが進んだ。その大きな転機となった1970年代はじめに、館稔(1972年)、永井亨(1973年)、古屋芳雄(1974年)といった戦前、ないしは戦中以来日本における人口-厚生行政の思想的基盤を築き上げてきたキーマンが相次いでこの世を去っている。

### 3-5 家族政策論の時代

1990年の「1.57ショック」を機に少子化が行政課題となり、育児の社会化を説く家族政策論が興隆した。それより遡って、1987年に人口問題審議会に設けられた人口と家族に関する特別委員会において、家族政策の概念が紹介されている。

本委員会の主な委員は、福武直(社会保障研究所顧問)、大森彌(東京大学教授)、伊部英男(年金制度研究開発基金理事長)、藤原房子(ジャーナリスト)、小此木啓吾(慶應義塾大学教授)、阿藤誠(人口問題研究所人口動向研究部長)、岡崎陽一(日本大学法学部教授)であった。

福武直と伊部英男を含む同委員会では、「ファミリー・ポリシーというものは、

個々の家庭にどのようにタッチするかというようなことではなくて、例えば出生率をどのように持って行くとか、そのためにはどういう施策が必要とか、一種の広義の誘導政策を行っている」「日本の人口が今非常に縮減をしているので出生そのものについてもう少し積極的に政府は何か政策をとるべきではないか」といった議論がなされた。

さきに取り上げた『人口白書』（1974年）で出生率の低下や核家族化による家族の規模の縮小、子女数の縮小に言及され、「都市での共働き、農村での出かせぎ家庭は今後も増加が予想されるが、このような留守家庭児童の保護育成に関しては、教育、福祉、労働等における関連施策を総合的に講じなければならない」という記述がみられるが、それが具体化に向かうことになった。

1990年代以降、日本では出生率の低下への政策的対応としての家族政策が主流化した<sup>15)</sup>。この少子化に対する危機意識を背景とする国家と家族の関係についていち早く論じたのが、小島宏（当時、人口問題研究所；現、早稲田大学教授）である。

「出生政策と家族政策の関係について」（人口問題研究所『人口問題研究』第174号、1985年）の小島は、日本でも出生・家族政策に対する関心が高まりつつあることを指摘し、出生政策と家族政策に以下のように定義を与えたうえで、両者には共通点と相違点があることを指摘した。

出生政策…一国あるいは地方の政策が人口の適正な規模と構成を達成するために、何らかの手段をもって現実の出生過程に直接間接の影響を与えようとする意図、またはそのような意図をもつ行為。

家族政策…一国あるいは地方の政府が家族の福祉と機能強化のために、何らかの手段をもって一単位としての家族またはその成員に対して直接間接の影響を与えようとする意図、またはその意図をもった行為。

さらに「ヨーロッパ諸国における出生促進策について」（1986年）の小島宏は、「ヨーロッパ諸国の出生促進的施策の効果については意見のわかれるところである。しかし、それらの施策が個人や夫婦の選択の自由を尊重しつつ彼等の願望を援助するようなものであり、家族政策や労働政策の目的にも合致するようなものであるとすれば、それらを実施する意義は充分あると思われる」と述べ、

ヨーロッパ諸国において出生促進政策の手段として位置づけられている場合が少なくない児童手当制度、年金制度、男女雇用機会均等法を人口学的立場から再検討する必要があるという問題提起を行なった。

少子化、その帰結としての人口減少への危機感を契機とする家族政策論と戦前に西欧先進諸国が直面した少子化問題と対応して成立した〈女性政策+児童政策+優生政策〉を隔てるのは、この間に国際的、また国内的にも発達をみた人権意識である。1970年代後半には国内的に優生概念が人権問題に抵触するという認識が浸透しはじめ、1994年の国際人口開発会議で提唱されたりプロダクティブ・ライツ（すべてのカップルと個人が、自分たちの子どもの数、出産間隔、出産する時期を自由にかつ責任をもって決定でき、そのための情報と手段を得ることができるという基本的権利）の浸透は生殖や人口の〈質〉をめぐる政策論議を大きく変容させることになった。母体保護法（1996年）への改正・改称で優生保護法における優生の概念が削除されたことは、1970年代後半からの優生をタブー視する動向の到達点となった。

#### 4. むすびにかえて

優生-優境主義（よりよい〈生〉によって成り立つよりよい〈社会〉を志向する思想的潮流）は、戦前から戦中にかけての〈女性政策+児童政策+優生政策〉としての家族政策の原型や人口-社会（厚生）行政の成立に影響を与えたといえる。人口-社会（厚生）行政は、人口の〈量〉と〈質〉への問題意識から出発したのである。

戦後に入って優生概念が人権に抵触するという認識が浸透し、人口資質が正面から論じられなくなるなか、狭義の人口の〈質〉をめぐる議論は福祉や人権の問題へと置き換えられていった。そのような状況のなかで、人口問題審議会における議論は高齢化への政策的対応といった福祉の議論へとシフトしていった。これらが進行した1970年代から優生保護法が母体保護法に改正される1996年の間に、行き過ぎた少子化という人口の〈量〉をめぐる問題提起が行われるに至った。

人口問題研究所や（1960年代までの）人口問題研究会、さらには社会保障研究所の関係者を中心に組織された人口問題審議会は人口-社会（厚生）行政

の方針決定を支える重要な場であったが、2000年（第85回総会）をもって廃止された。その2年後には伊部英男がこの世を去ったことで、家族計画から社会開発、家族政策へという本稿で取り上げた2大転換のいずれをも中心的に導いた関係者はすべて歴史上の人物となった。

## 注

1) 優生-優境主義は、消極的優生（劣等分子淘汰）の手段としての強制断種立法化の推進論と反対論、慎重論が交錯するなかに展開した。ここに、優生学がもたらしたものを評価するうえでの複雑さがある。

2) 日本における人口資質概念の史的展開についての先行研究として、廣嶋清志「現代日本人口政策史小論—人口資質概念をめぐって(1916～1930年)」『人口問題研究』第154号、1980年、廣嶋清志「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』第160号、1980年)、松原洋子「日本—戦後の優生保護法という名の断種法—」米本昌平ほか『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、2000年、などがある。

また、優生学を主題とする最近の研究成果として、山崎喜代子編『優生政策の系譜』九州大学出版会、2013年、横山尊『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、2015年、などがある。

3) 1916年はマルサス生誕150年にあたる年であり、京都帝国大学の『経済論叢』(第2巻第5号)で「まるさす生誕百五十年記念号」の特集が組まれた。その主な執筆者は、河上肇、福田徳三、米田庄太郎、高田保馬、神戸正雄、財部静治らが執筆した。マルサス『人口論』第一版の全訳が最初に刊行されたのは1923年(谷口吉彦訳『マルサス人口論』(弘文堂、1923年))であり、それまでは部分的に引用・紹介されていた。

4) 永井潜は現在の東京大学医学部を卒業した生理学者で、1910年代から優生学の啓蒙活動を展開し、優生政策の導入や優生学の研究機関の創設を政府に要求し続けた。永井の要求は1938年の厚生省創設時の予防局への優生課の設置、国民優生法の制定、厚生省優生結婚相談所の開設といったかたちで戦時期に実現することになった。

- 5) 富士川游は現在の広島大学医学部を卒業した医師で、ドイツ留学で反社会的、反公共的な行動の背後にある心理的要因を研究する犯罪心理学、心身に発達障害のある児童に対する教育について研究する治療教育学、心身に発達障害のある児童に対する教育などにふれたことをきっかけに心身両面の発達という視点からの児童研究に着手し、人類の社会的生活と精神的生活を研究する人性学を提唱した。
- 6) 永井亨は、現在の東京大学法学部を卒業後、農商務省に入り、鉄道省を経て協調会の常務理事となった。労働者の経営参加を提唱したことへの批判を受けて協調会の常務理事を辞職した永井は、「社会科学の健全な発達なくしては、社会思想の向上と進歩は望まれない。もし社会思想が不健全化すれば、それによって導かれる社会運動は進路を失い、社会問題の解決や社会政策の確立も望まれなくなるだろう」(『社会科学研究』発刊の辞より)とする社会科学同人会(末広巖太郎、小泉信三、高橋誠一郎、土方成美、吉野作造、高田保馬、綿貫哲雄、穂積重遠、上田貞次郎、那須皓の11名)を組織(1926年)して、社会科学、社会政策のあるべき姿を追究していた。人口食糧問題調査会の委員就任後は、人口-社会(厚生)行政をリードした。
- 7) 新渡戸稲造「人口論に就いて」『郷土科学』第15号、1932年、3頁。この論考で新渡戸は、人口論の学問的基礎が経済学から社会学、生物学へと広がりを見ていた当時の潮流を指摘している。
- 8) 戦時期の人口政策をめぐる動向については、高岡裕之『総力戦体制と「福祉国家」一戦時期日本の「社会改革」構想一』岩波書店、2011年、に詳しい。
- 9) いち早く発表された日本の人口問題に関するまとまった研究として、アイリーン・B・トイバー著・毎日新聞社人口問題調査会訳『日本の人口』、1964年、がある。
- 10) 政府との縁が薄れて以降の人口問題研究会は、民間団体、一般大衆へ向かっての啓発教育を目的とする行方組織として存続した。1972年の館、1973年の永井の死によって一度は休眠状態に陥るが、寺尾琢磨を新理事長として1974年に第一回が開催された日本人口会議の開催を見据えて再発足する。日本船舶振興会からの補助金頼みの運営となっていた1974年度からは、人口問題に関する刊行物の発刊を中心とする活動となった。1976年には人口

対策委員会に代わる人口問題について討議する組織として人口シンポジアが組織された（図表2、及び図表5、参照）。

- 11) 篠崎信男（しのざき・のおお;1914- 1998）は、東京帝国大学理学部卒業後、同助手を経て1943年に（戦後、人口問題研究所として再独立する）厚生省研究所人口民族部に就職した。とりわけ家族計画の推進に尽力し、それと並行して人口資質に関する議論を積極的に展開した。
- 12) 家族計画をめぐる先行研究として、荻野美穂『「家族計画」への道—近代日本の生殖をめぐる政治—』岩波書店、2008年、田間泰子『「近代家族」とボディ・ポリティクス』世界思想社、2006年、などがある。
- 13) その具体的な成果の一つに、社会保障研究所研究叢書 No.20 として発行された『社会政策の社会学』（東京大学出版会、1989年）が挙げられる。
- 14) 人口の<量>と<質>をめぐる議論の統合を熱心に説いた論者の一人のが、ベヴァリッジ（Beveridge, W.H. : 1879 - 1963）に続いて1937年から1955年までLSEの学長を務めた人物としても知られる人口学者・カーソンダース（Carr-Saunders, A.M. ; 1886-1966）である（Alexander Morris Carr-Saunders, *The Population Problem: A Study in Human Evolution*, Clarendon, 1922, Alexander Morris Carr-Saunders, *Population*, Oxford University Press, 1925, など）。

『優生学史』（= Alison Bashford/Philippa Levine (eds.), *The Oxford Handbook of the History of Eugenics*, Oxford University Press, 2010.）の序章は、このカーソンダースについてのエピソードを紹介するところからはじまる。それは、カーソンダースが1935年のイギリス優生学会（British Eugenics Society）におけるゴルトン記念講演（Golton Lecture for the Eugenics Society in England）で「いつの日か、誰かが優生学の歴史を記述するだろう。その人は頭を悩ますことになるのだろう」と述べた内容（Carr-Saunders, A.M., "Eugenics in the light of population Trends," *Eugenics Review* 60, 1968）が、彼の死から2年が経過し、優生学が真面目な科学や政策分野としては衰えていた1968年のEugenics Reviewに再掲されたというものである。優生学の衰えとともに、人口問題の福祉問題、また人権問題への置き換えが進んだ。

15)それまでの日本における人口政策の概念規定をめぐる主要な議論としては、以下のようなものがあった。家族計画の時代である1956年の北岡壽逸は、「私は人口政策とは、人口そのものを増やすとか、減らすとかいう政策と解し、人口対策とは、人口問題を解決するための、人口政策、経済政策、社会政策全般を含むものと解したい。そうすると、総人口過剰の対策としては、人口政策のほか経済政策が必要であるが、労働人口の過剰すなわち失業の対策としては、人口政策は差当り役立たず、主として経済財政金融政策、社会政策によらなければならないということになる」(北岡壽逸『人口過剰と完全雇用』ダイヤモンド社、1956年)と述べた。

社会開発の時代である1969年の南亮三郎(みなみ・りょうごぶろう; 1896-1985)は、「<人口政策>は、政策目標そのもので空漠としている。ローマ時代やマーカントェリズムの時代には人口増加を明確な政策目標としたが、その人口増加が国民の経済的・社会的福祉とどう関係しあうかといった点には顧慮がはられなかった。単純無条件な人口増加の謳歌が今日の人口政策の目標とはなりがたい理由がここにある。まさにその点で、人口政策は今日、経済政策や社会政策と結びつかねばならぬのである。国民福祉の増進をめざす経済政策と無関係で人口政策がありうるわけではなく、また人口政策は、国民の経済的福祉の平準化をめざす社会政策とときはなすことはできない」(南亮三郎『人口政策—人口政策学への道—』千倉書房、1969年)と強調した。

さらに、1971年の吉田忠雄(よしだ・ただお; 1926-2013)は、世界に先駆けて人口政策と福祉政策を結びつけているという評価を与えたスウェーデンの人口政策に民主主義社会における人口政策のあるべき方向性を見いだした。それは「単なる人口増加政策ではなく、家族と福祉との接点を求める温和な人口増加政策」であり、「子供を生めという政策ではなく、生むことが望ましいという政策でもなく、子供を生みたくとも生めない人に、生めるような福祉を充実しようという人口政策」として紹介され、民主主義社会における人口政策では、子どもに対する取り扱い方が社会性を帯びて「社会化された家族」が要望されるとしている。(吉田忠雄「人口思想と人口政策—とくに福祉政策と人口政策について—」明治大学社会科学研究所『明治大学社

会科学研究所紀要』第8・9号、1971年。)

その後1976年の大淵寛(おおぶち・ひろし;1936-)は、人口政策の目的として生存目的と福祉目的を提示し、「人口政策とは、一国あるいは一地方の政府が国民の生存と福祉のために、何らかの手段をもって現実の人口過程に直接間接の影響を与えようとする意図、またはそのような意図をもった行為である」(大淵寛「人口政策の理論的基礎」『経済学論纂』第17巻第4号、1976年)と定義している。

由井 秀樹

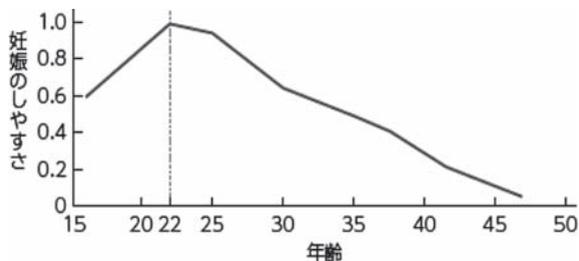
## 1. はじめに

2015年8月21日、「文科省：妊娠しやすさと年齢、副教材に 高校生向けに作成・配布」という記事が『毎日新聞』の夕刊に掲載され、少子化対策として「妊娠のしやすさと年齢の関係や、不妊に関する内容を初めて盛り込んだ高校生向け保健教育の副教材を作製した」ことが記された。これを受け、「SOSHIREN女のからだから」を中心に「高校保健・副教材の使用中止・回収を求める会」が結成され、9月11日に緊急集会が行われ「そこまでして女性に早く産ませたいのでしょうか」と問題提起された<sup>1)</sup>。妊娠・出産役割を半ば強制しようとする（と解釈される）政府と、それに抗う女性団体。見慣れた対立図式が改めて表出したのであるが、今回の騒動は、こうした啓発に動員された「医学的・科学的知識」の妥当性に対して異議申し立て——それは、前述の緊急集会のタイトル「高校保健・副教材の使用中止・回収を求める緊急集会 高校生にウソを教えるな！」にも表れている——が行われた点に新しさがあったといえる。

やり玉に挙げられたのが、教材に掲載された「女性の妊娠のしやすさの年齢による変化」のグラフである（図表1）。科学技術論・ジェンダー論研究者の高橋さきによると、教材での出典の記載方法が「孫引きどころか、ひ孫引き、夜叉孫引き」であり、元データと比較しても、問題のグラフでは22歳以降の妊娠率が急激に低下していた<sup>2)</sup>。緊急集会の呼びかけチラシにも、「女性の『妊娠しやすさ』が22歳にくっきりしたピークがあり、20代のうちにかなり減少するというグラフ」と記述された。こうした批判を受け、文部科学省はグラフを図表2のように訂正した<sup>3)</sup>。2016年6月18日には、日本学術会議第1部会社会学委員会ジェンダー研究分科会主催で「『卵子の老化』が問題になる社会を考える」というシンポジウムが開催され、ここで社会学者の田中重人が「高校副教材『妊娠しやすさグラフ』をめぐる可視化されたこと」を報告し、グラフの妥当性の問題を指摘した<sup>4)</sup>。

高橋の議論は、高等学校副教材のグラフの問題に端を発し、2013年の女性手帳構想から持ちだされてきた、日本人の妊娠・出産に関する知識が諸外国に比べて低いという調査結果について、調査対象国で日本のみデータの取り方が異なる点を指摘し、調査方法の妥当性に疑義を呈している<sup>5)</sup>。その後、田中もこの研究の調査方法の妥当性を検証し、日本語版調査票に用いられている日本語の意味が汲み取り不能な箇所が散見される点などを指摘している<sup>6)</sup>。このように、今回の騒動で沸き起こった「医学的・科学的知識」の妥当性に対する異議申し立ては、遡及的に過去の施策に対しても向けられていた。

しかし今回の騒動は、たんに上記二点からだけで語り尽くせるものではない。この二点の影に隠れる問題を端的に指摘すれば、人口の質の問題である。本稿では、1970年代以降の優生政策、あるいは母子保健政策の流れをおさえた上で、少子化対策の文脈で行われる政府による妊娠出産に関する知識の教育・啓発において、質の問題がどのように表れているのか検討する。

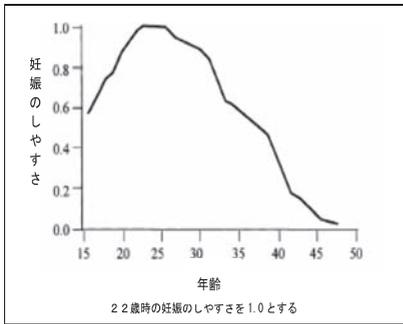


22歳時の妊娠のしやすさを1.0とする

(O'Connor et al. 1998)

図表1 妊娠のしやすさの年齢による変化のグラフ

(出典:「高校1年生用啓発教材『健康な生活を送るために』(平成27年度版) mp訂正」)



資料：Kathleen A. O'Connor, Darryl J. Holman, James W. Wood. Declining fecundity and ovarian ageing in natural fertility populations. *Maturitas* 30; 127-136, 1998 (なお、この資料は上記論文において James W. Wood. Fecundity and natural fertility in humans. *Oxford reviews of reproductive biology* 11; 61-108, 1989 をもとに作成されたもの。)

図表 2 妊娠のしやすさの年齢による変化のグラフの改訂版

(出典：「高校 1 年生用啓発教材『健康な生活を送るために』(平成 27 年度版) mp 訂正」)

## 2. 少子化時代の前夜

周知のように、戦中期に露骨な人口増加政策が敷かれ、戦後は過剰人口問題から特に 1950 年代に人口抑制政策が導入されていた<sup>7)</sup>。その後、1960 年代終盤から 70 年代初頭にかけて、地方自治体主導で全国的に「先天異常児」の出生予防を目指す「不幸な子ども生まれない」運動が展開され、これが青い芝の会をはじめとする障害者団体からの激しい批判に晒されていた<sup>8)</sup>。土屋敦は、この運動の興隆の背景に『(多産) 多死』から『(少産) 少死』への人口構造の転換が一定程度達成された後に、それでも残存する『先天異常児』の出生を予防するために策定された、母子衛生行政上の転換点があった」と指摘する。羊水検査からの選択的中絶に注目されがちであるが、この運動は「妊娠中の栄養状態やタバコの害、妊娠初期における風疹や薬剤服用の胎児への影響、妊娠女性の年齢(高齢出産)など、『先天異常児』出生のリスク要因が各地の保健所や産科病院における定期検診などの場、そしてパンフレット等の媒体を通じて提示されていく契機となった」という。例えば、土屋の引用した兵庫県衛生部の作成したパンフレット「あなたのために」(1973 年)には、以下の記述があり、高齢出産とダウン症児の出生の関係について説明されている<sup>9)</sup>。

先にも書きました「ダウン症」という生まれつき知恵おくれの子どもがありますが、このような子は、19才以下とか40才以上になってお産をするお母さんから多く生まれています……だから、結婚をするということと、このお産ということを考えますと、特に女性は20才からおそくとも25才までに結婚することが望ましいと医学的な点からいえます。

「19才以下」については、ダウン症児出生「リスク」とは別の文脈、すなわち、(未婚の)10代の出産の抑制を意図してのことであろうが、こうした「医学的な」知識に対する疑念は、少なくとも兵庫県のパンフレットを分析対象に加えた先行研究を参照する限り、顕在化しなかった<sup>10)</sup>。もちろん、ここでいわれる「医学的な」知識は、当時の医学的知識とも乖離している点には言及しておかなければならないだろう。例えば、産婦人科医学者の森山豊は1974年刊行の『現代産科婦人科学体系 14E 母子保健 産科統計』において、「母の分娩年齢とDown症候群発生率」のグラフを掲載し、年齢とともに出生確率が上昇すること、つまり、19歳以下で20歳代よりもダウン症児の出生確率が高くなるわけではないことを示し、「母親の出産年齢が高くなるほど異常児出生率が増加するので、出産はなるべく早いうちに終えるような家族計画が必要である」と指摘していた<sup>11)</sup>。

「不幸な子どもの生まれない運動」と同時期、1972年には優生保護法を改定し、実質的に無条件に中絶を許容する「経済的理由」の削除と、胎児の障害を理由とする中絶を許容する「胎児条項」の追加が国会で議論された。前者に対しては女性団体から、後者に対しては障害者団体からの反発があり、改定には至らなかった。このときの改定案には、「胎児条項」の新設のほか、優生保護相談所の業務として、「適正な年齢において初回分娩が行われるようにするための助言及び指導のほか妊娠及び分娩に関する助言並びに指導」という文言が加えられていた。横山尊は、これら優生政策の強化を図る条項は、日本母性保護医協会からの働きかけが反映された結果であると指摘する。日本母性保護医協会の『母性保護医報』の記事には、優生保護相談所の業務拡大について、「最近、高年齢出産が問題となってきておりますので、初回分娩が適正な年齢において行われるように助言及び指導する等の業務の充実」を図ることが法案の趣旨説明として記されていた<sup>12)</sup>。

1982年にも「経済的理由」を削除しようとする動きがあったが、やはり「82優生保護法改悪阻止連絡会」（現在の「SOSHIREN 女のかからだから」）をはじめとする女性団体などからの反発にあい、「経済的理由」は母体保護法となった今日に至るまで存続している。1982年の優生保護法改定騒動では、障害児の出生防止が前面に出ることはなかった。しかし、1985年の母子保健法改定騒動において、政府は女性団体や障害者団体から1970年代と同様の批判を浴びることになる。1985年8月25日付け『読賣新聞』によると、政府は母子保健法改定に伴い、「受胎調節、妊娠、分娩などの医学的基礎知識、禁煙、飲酒の害などの一般保健知識を盛り込み、成人式や結婚の際に交付する「母性手帳」を構想した<sup>13)</sup>。毛利子来によると、日本母性保護医協会を主体とする母子衛生協会からの強力な働きかけが「母性手帳」構想の背景にあった<sup>14)</sup>。このときの母子保健法改定論議では、他に新生児の「先天異常」モニタリングシステムが構想されていた。利光恵子によると、これに対して1985年に障害者団体、女性団体、自治体労働者等で「母子保健法改悪に反対し、母子保健のあり方を考える全国連絡会」が結成された。そして、同趣旨の目的を持つグループが全国各地に生まれた。そのうちの一つ、「母子保健法改悪に反対する女たち・大阪連絡会」が1985年に結成され、利光が引用した同会の「要望書 厚生大臣増岡博之殿 1985年10月31日」には、「母性手帳は、国の期待にそうべく『健全な』子供を産み育てるための『健康な母体』を確保すること、及び、『望ましい』児童の育成に適した家庭基盤の充実をはかることをその目的としています。これは、女性を専ら母性として社会的位置に固定し、女のカラダや生き方を生涯にわたって管理しようとするものです」とある<sup>15)</sup>。運動の成果もあり、結局母子保健法改定案は国会に上程されなかった。このように、1970年代以降は人口の質を管理しようとする、あるいは、そうしようとする解釈される政策は、批判にさらされてきた。これが大きな要因となり、後の時代で露骨には質の問題が語られなくなっていく。

### 3. 女性手帳構想の頓挫

1989年の合計特殊出生率が1.57を下回り（いわゆる1.57ショック）、少子化問題が顕在化する。政府は1994年に「エンゼルプラン」（今後の子育て支援

のための施策の基本的方向について)を取りまとめ、1999年の「新エンゼルプラン」(重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画について)で、「少子化対策」の方向性が打ち出された。ここでは各種の子育て支援とともに、「不妊専門相談センターの整備」に言及された<sup>16)</sup>。ここで唐突に出した不妊の問題は、本稿の後の議論に深く関与することになる。

2003年には少子化社会対策基本法が制定された。前文で「もとより、結婚や出産は個人の決定に基づくものではある」とされた上で、第13条第2項において、国及び地方公共団体の不妊治療相談、情報提供がうたわれ、第17条第2項において、「国及び地方公共団体は、安心して子どもを生み、育てることができる社会の形成について国民の関心と理解を深めるよう必要な教育及び啓発を行うものとする」とされた。このように「基本法」のレベルで、啓発の必要性が掲げられていた。

同じく2003年には「少子化対策推進関係閣僚会議決定」として「次世代育成支援に関する当面の取組方針」が取りまとめられた<sup>17)</sup>。ここでも、「思春期の発達に応じた教材開発の研究や相談援助のモデル実施など、性に関する健全な意識の涵養と正しい理解の普及を図る」ことが掲げられ、不妊患者に対して「経済面を含めた支援の在り方について検討する」とされた。これを受け、2004年から特定不妊治療助成事業が開始され、配偶者間の体外受精、顕微授精について、年齢制限無し、年間助成回数2回、通算助成回数10回、通算助成期間5年という条件のもとで助成制度が整備された<sup>18)</sup>。もっとも、1990年代から少子化対策の枠組みで自治体独自の制度として助成が行われており<sup>19)</sup>、国レベルでの制度化に少なからず影響を与えていたといえる。

民主党政権下(2009年9月～2012年12月)の2010年には、少子化社会対策基本法第7条「政府は、少子化に対処するための施策の指針として、総合的かつ長期的な少子化に対処するための施策の大綱を定めなければならない」に基づき、「子ども・子育てビジョン」が閣議決定された<sup>20)</sup>。ここでは、『「少子化対策」から『子ども・子育て支援』へ』という目標が掲げられ、本文では妊娠・出産に関する啓発には言及されていなかったが、「別添1 施策の具体的内容」には「妊娠や不妊治療、家庭・家族の役割について早くから情報提供が行われるように啓発普及を図ります。特に、妊娠や家庭・家族の役割について

は、発達の段階を踏まえ、学校段階からの教育の推進を図ります」と記述されていた。

自民党が政権復帰した後の2013年には「少子化危機突破タスクフォース」が内閣府に設置され、3月27日、4月16日、5月7日、5月28日、7月7日に会合が開かれた<sup>21)</sup>。実質的な議論は5月28日までで、7月7日は総括と今後の展望が話合われた。第1回会合で配布された「少子化危機突破タスクフォースの開催について」には、「結婚・妊娠・出産・育児における課題の解消を目指す」ことが宣言され、子育て支援のみならず、結婚・妊娠・出産の促進も目的として明示された。5月28日に取りまとめられたタスクフォースの議論の成果物「『少子化危機突破』のための提案」においても、「基本方針」として「個人の希望の実現という点で政策ニーズが高く、出生率への影響も大きいとされている『結婚・妊娠・出産』に係る課題については、これまでの取組は弱いのが現状である」との認識が示され、「①『子育て支援』と②『働き方改革』をより一層強化するとともに、③『結婚・妊娠・出産支援』」が対策の柱として打ち出された。このように「結婚・妊娠・出産支援」にも力が入られようとしており、第3回会合の「妊娠・出産検討サブチーム報告」で、女性手帳をはじめとする啓発事業の構想が発表された。

## 1. 『生命（いのち）と女性の手帳（愛称別途検討）』の作成・配布等

### 《内容》

・妊娠適齢期等妊娠・出産に関する知識や妊娠・出産支援に関する情報を記載した「啓発・学習部分」と、自らの健康データ等を記録する「記録部分」の2部構成を想定。

※内容については、さらに検討を要する。

・また、年齢と妊娠に関する知識など、男性に対する普及啓発も検討。

### 《配布・形態》

・例えば、子宮頸がんワクチン接種時、高校・大学入学時、成人式、企業就職時など、思春期から機会を捉えた複数回の配布を想定。

※年齢に応じて、記載内容も変えることを検討。

・紙媒体だけでなく、スマートフォンのアプリとする、定期的なアラートを伝えるといったネットを活用した媒体も検討。

### 【当面の具体策（案）】

○内閣府、厚生労働省、文部科学省が共同し、女性当事者や日本医師会、産婦人科医会、産科婦人科学会、助産師会、自治体、マスコミ、教育関係者等が参加した「生命と女性の手帳（愛称別途検討）検討会議」を25年度中に設置し、具体的な検討を進め、26年度からの普及を目指す。

・検討会議では、25年度中にコンテンツの作成や、「生命と女性の手帳」等の普及策を検討。

・対象年齢層の意識調査、ニーズ調査等も併せて検討。

・26年度予算要求において、「生命と女性の手帳」等普及啓発事業を盛り込み。

例：子宮頸がんワクチン接種時に「生命と女性の手帳」を配布

## 2. 『妊娠に関わる教育』の充実

○妊娠適齢期や妊娠可能性など、妊娠に関わる教育の充実を図る。併せて、男性に対する普及啓発の充実も図る。

○企業の経営者や自治体の首長の意識改革を通して、「妊娠に関わる教育」の加速的な普及啓発を図る。

### 【当面の具体策（案）】

○上記の「生命と女性の手帳（愛称別途検討）検討会議」に「妊娠に関わる教育分科会」を設置し、検討を行う。

・妊娠に関わる教育の手法、内容、時期と仕組み等を検討。

例：中学・高校等で配布する副読本の内容。

：「生命と女性の手帳（愛称別途検討）」等における妊娠に関わる教育部分の記載内容。

：大学保健管理センターによる健康管理や企業就職時の健診の機会を活用した普及策

女性手帳構想は少子化社会対策基本法以降記述されてきた啓発事業の現れといえるが、ここに至るにはもう一つの流れがあった。それが不妊医療療現場の苛立ちである。「少子化危機突破タスクフォース」と並行して、厚生労働省に「不妊に悩む方への特定治療支援事業等の在り方に関する検討会」が設置された<sup>22)</sup>。開催要項には「近年、結婚年齢の上昇や晩産化等に伴い、特定不妊治療（体外受精・顕微授精）を受けるものの年齢の上昇が指摘されている」とある。産婦人科医学者の吉村泰典内閣官房参与を議長とし、5月2日、5月27日、6月28日、7月29日、8月19日の5回、検討会が開かれ、8月23日付けで「不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会報告書」が出された。女性手帳構想が出現したタスクフォースの第3回会合（5月7日）の直前、第1回検討会において、「不妊治療に関する論点」という資料が厚生労働省から配布された。ここには、「妊娠や不妊等に関する知識の普及啓発、相談・支援の充実」という項目があり、この下に「年齢層に応じてどのような内容を普及啓発していけばよいか」「妊娠や不妊等に関する知識の普及啓発は、リーフレット等によるもののほか、どのような手段で行えばよいか」という点が書かれていた。これをめぐり、以下の議論が行われた。

○見尾保幸（JISART（日本生殖補助医療標準化機関）理事長 ミオ・ファティリティ・クリニック院長）委員 現在、外来で患者さんと接している中で一番感じることとしては、余りにも知識がなさ過ぎます。若い段階で十分にこういう卵子の減少とか劣化とかを周知徹底するということは絶対に必要だと思いますので、そういうことが十分周知徹底されない限りは年齢制限とかという話に多分いかないのではないかと思いますので、そういう意味では学校現場で教育あるいは現在、性教育ということが活動して行われておりますけれども、避妊とか中絶とかという話がメインになっているのですが、そういうところに卵子の劣化とか数の減少とかということをきちんと盛り込んだ中身の生命誕生のすばらしさとか、もっと根本的には命に対する教育、刷り込みというものをぜひ積極的に取り入れていただきたいと思っております。

○石原理（埼玉医科大学産婦人科学教授）委員 教育現場での取り組みが必要なことはもう言うまでもないと思います。それに加えて、若い女性が多数働いている職場における適切な知識の普及、そして職場における、例えば妊娠・分娩に関するサポート、それに対する理解を上げるというような試みも必要になるのではないかと思いますので、これは厚生労働省が取り上げるべき事業としては非常に理にかなった方向性ではないかと思っております。

このように、産婦人科医の現場感覚から啓発の必要性が叫ばれていた。そこには明らかに学校教育以外の場での啓発も念頭に置かれており、女性手帳の議論と繋がる。しかし女性手帳構想は、やはり女性団体からの抗議を受けることになる。例えば、5月19日に「SOSHIREN 女のからだから」を中心に「女性手帳に反対する緊急ミーティング」が開催され、以下の声明文が発表された。

私たちは、内閣府開催の「少子化危機突破タスクフォース」が提案する「生命と女性の手帳」の作成・配布に反対します。

女性手帳があっても産めません。

働き続けられる環境がなければ産めません。

妊娠・出産は女性だけの問題ではなく、少子化は女性の意識のせいではありません。

政府の人口政策で、性／生を管理されたくありません。

標準的家族像を押しつけること、女とされるひとは産む、と決めつけることに反対です。

女性手帳は、性的マイノリティを生きづらくさせ、排除・抑圧します。

産んでも産まなくても、誰もが生きやすい社会が必要です。

産む・産まないは、一人ひとりが決めます。

2013年5月19日

女性手帳に反対する緊急ミーティング参加者

#### 4. 残された道としての教材

こうした批判にさらされ、女性手帳構想は暗礁に乗り上げる。タスクフォースが5月28日付で取りまとめた「『少子化危機突破』のための提案」では、女性手帳という文言は抜け落ちる。それでも、「(2) 妊娠・出産等に関する情報提供、啓発普及」という項目があり、学校での教育・啓発に触れられた。そしてその際、「基本的な考え方」として「当然ながら結婚や出産は個人の決定に基づくものであり、国が介入するようなことはあってはならない。行政における取組は、妊娠・出産等に関して正確な理解を深める上に有益で客観的情報の提供や啓発普及を行うことにより、個人が生涯にわたって自分の健康を主体的に確保し、自己決定の尊重を支援するものであることが基本となる」と、個々人の選択が強調された。7月7日に行われたタスクフォースの総括では、井上敬子（文藝春秋「CREA」局出版部統括次長）委員から「女性手帳の件がかな

り誤解された形で伝わってしまったが、それをなかったとするのではなく、どこが社会に受け入れられなかったのかを受け止めながらやっていただきたい」と、吉村泰典内閣官房参与から「結婚・妊娠・出産支援をテーマに挙げたことは大変いいことだと思う……若い男女に結婚と妊娠を考えていただけるような環境を我々がつくらないといけない」という発言が出たように、啓発事業を必要とみなす認識自体は変化していなかった。

8月23日付けの「不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会報告書」でも、女性手帳には言及されなかった。ここでは、「治療ニーズの増大を背景に、特定治療支援事業の助成件数も急増している。事業創設当時（平成16年度）には約1万8千件であったが、平成24年度には約13万5千件となり、直近の平成23年度と比べても、約20%増えている。また、40歳以上の方の占める割合は、平成23年度の30.1%から平成24年度には32.7%と増えている」と高年齢女性への助成が問題化された。こうした事情から、助成対象や回数の見直しに加え<sup>23)</sup>、「子どもを産むのか産まないのか、いつ産むのか、といった判断については、当事者である男女が自らの意思で行う事柄である」という留保のもと、学校での、そして卒業後の教育・啓発の必要性が強調された。

高年齢女性への助成が問題化された背景には、「不妊治療に関し、妊婦が高年齢になるほど母体と胎児に与えるリスクは増大する一方、出産に至る確率は低下する」という認識があった。ここで胎児の「リスク」に注目してみると、「女性の年齢とともに、何らかの染色体異常をもつ子が生まれる頻度は上昇する。39歳以上では何らかの染色体異常を持つ子が生まれる頻度が100人に1人との知見が得られている」と記述されていた。「不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会報告書」の「関係資料3」にも、「女性の年齢と子どもの染色体異常の頻度」として図表3のグラフが掲載されていた。このグラフは2013年5月2日の第1回検討会において、齊藤英和（国立成育医療研究センター母性医療診療部不妊診療科医長）委員の報告資料に掲載されていた。報告の際、齊藤は「これが染色体異常率ですけれども、やはり母体が高齢になると、ダウンだけとってみてもかなり高くなる。若いころは1000人に1人ですが、40歳では106人に1人です。その他の異常を含めても、同様に高

くなっています。こういう知識がやはり日本では普及していないということも晩婚化・晩産化・不妊治療の増加のひとつの原因として考えられます」と発言していた。

## 14 女性の年齢と子どもの染色体異常の頻度

女性の年齢	ダウン症の子が生まれる頻度		染色体異常をもつ子が生まれる頻度	
	出生千対		出生千対	
20	1/1667	0.6	1/526	1.9
25	1/1250	0.8	1/476	2.1
30	1/952	1.1	1/384	2.6
31	1/909	1.1	1/384	2.6
32	1/769	1.3	1/323	3.1
33	1/625	1.6	1/286	3.5
34	1/500	2.0	1/238	4.2
35	1/385	2.6	1/192	5.2
36	1/294	3.4	1/156	6.4
37	1/227	4.4	1/127	7.9
38	1/175	5.7	1/102	9.8
39	1/137	7.3	1/83	12.0
40	1/106	9.4	1/66	15.2
41	1/82	12.2	1/53	18.9
42	1/64	15.6	1/42	23.8
43	1/50	20.0	1/33	30.3
44	1/38	26.3	1/26	38.5
45	1/30	33.3	1/21	47.6
46	1/23	43.5	1/16	62.5
47	1/18	55.6	1/13	76.9
48	1/14	71.4	1/10	100.0
49	1/11	90.9	1/8	125.0

資料：Hook EB (Obstetrics and Gynecology 58:282-285, 1981)  
 Hook EB, Cross PK, Schreinemachers DM (Journal of the American Medical Association 249(15):2034-2038, 1983)  
 を基に母子保健課にて作成

図表3 「女性の年齢と染色体異常の頻度」のグラフ

(出典：「不妊に悩む方の特定特定治療支援事業等のあり方に関する検討会報告書」[関係資料3])

日本家族計画協会の機関紙『家族と健康』732号によると、2015年1月に日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、日本生殖医学会、日本母性衛生学会、日本周産期・新生児医学会、日本婦人科腫瘍学会、日本女性医学学会、日本思春期学会、及び日本家族計画協会を代表して、吉村泰典内閣府官房参与から有村治子内閣府特命担当大臣（規制改革、少子化対策、男女共同参画）に「学校における健康教育の改善に関する要望書」が手渡され、ここで今回の騒動のもとになったグラフが使用されていた<sup>24)</sup>。要望書には「学校教育では、その時代に必要とされる教育内容を扱うことが重要です。我が国の少子化や人口減少

が深刻化している今日、医学的観点からも健全な家族形成が促進できるよう、妊娠・出産の適齢期やそれを踏まえたライフプラン設計について十全な教育内容としていただきたい。そのため、青少年教育の基礎となる中学校、高等学校の教科書に記述されるよう、学習指導要領において、必要かつ最新の正しい内容を掲載していただきたい。あわせて、副教材にも同様の内容を盛り込んでいただきたい」という「要望」が盛り込まれた。そして「要望」とともに、「要望の背景」として出産年齢の高齢化に伴い、「妊娠する能力が低下する（医学的には30代以降）一方、不妊症となる確率、流産率や妊娠中の合併症、母胎死亡率、出生児の先天異常率などが上昇します」と記され、「先天異常」の発生が問題化されていた。

2015年3月に閣議決定された「少子化社会対策大綱」においても、「個々人の決定に特定の価値観を押し付けたり、プレッシャーを与えたりすることがあってはならないことに留意する」という「基本的な考え方」が強調された上で、「学校教育段階からの妊娠・出産等に関する医学的・科学的に正しい知識の教育」がうたわれた。そして8月21日には、有村治子内閣府特命担当大臣が記者会見を行った。ここで、「少子化社会対策大綱」に言及されながら、高等学校の保健体育補助教材『健康な生活を送るために』が改定され、「妊娠・出産に関するページにおいて、妊娠のしやすさが年齢に関係していること、また、男女ともに不妊の原因になる可能性があること、若いうちからライフデザインを考えることが重要であること」が記されたと発表された<sup>25)</sup>。実際に配布された高等学校の補助教材には、「結婚や出産は個人の自由な選択であることが基本ですが」という留保とともに、騒動の発端となったグラフが掲載され、加齢に伴い妊娠率が低下すると指摘された。そしてその影に隠れ、「年齢が高くなるほど、胎児の染色体異常などの可能性が高まります」という記述が存在していた<sup>26)</sup>。

## 5. 考察

このように、少子化対策の文脈で行われる妊娠・出産に関する教育・啓発事業に関して、加齢による妊娠率の低下に対する警告とともに、「先天異常児」の出生可能性の増大が懸念されていた。もっとも、「少子化社会対策大綱」など、

広くメディアにも広報される政策文書に障害児の出生防止が明記されることはない。政府が質の問題に触れることに消極的な姿勢は、2012年に日本に導入され、大きな騒動を巻き起こした新型出生前診断に対して、日本産科婦人科学会等の専門学会に対応を一任している点にも表れている。学会は「臨床研究」という形で導入を容認し<sup>27)</sup>、田村憲久厚生労働大臣は2013年3月12日の閣議後記者会見において、「全ての関係者の皆様方にも、この〔引用者注：日本産科婦人科学会の〕指針等々をしっかりと尊重していただいて、御対応をお願いをしたいと思います」と発言していた<sup>28)</sup>。

また、少子化対策の文脈で想定される子育て支援は、「健全児」を前提にしていることも指摘しておく必要がある。もっとも、民主党政権時代、2010年の「子ども・子育てビジョン」の本文には「特に支援が必要な子どもが健やかに育つように」として、「障害のある子どものライフステージに応じた一貫した支援の強化、障害のある子どもや発達障害のある子どもへの教育と保育などの支援等により、障害のある子どもへの支援に」取り組むことが明記され、「別添1 施策の具体的内容」にも「障害のある子どもへの支援に取り組む<sup>29)</sup>」ことがうたわれていた。他方、2015年の「少子化社会対策大綱」の本文では障害児支援には触れられていないが、「別添1 施策の具体的内容」に「様々な家庭・子供への支援」として「障害のある子供等への支援<sup>30)</sup>」が掲げられている。

しかし、「子ども・子育てビジョン」の「別添2 施策に関する数値目標」には、障害児支援関連の事業は、「施策に関する数値目標」39項目のなかに「情緒障害児短期治療施設<sup>31)</sup> (32箇所→47箇所)」が、「参考指標」31項目のなかに「障害のある子どもへの支援」として「児童デイサービス事業のサービス提供量 (22.2万人日分<sup>32)</sup> →34万人日分)」が掲げられているに過ぎない。「少子化社会対策大綱」の「別添2 施策に関する数値目標」には77項目中、「子育て支援」と括られるのが38項目、そのうち障害児を想定した事業は「情緒障害児短期治療施設 (38箇所→47箇所)」「児童発達支援センター<sup>33)</sup>のうち障害児に対する保育所等訪問支援を実施する割合 (43.2%→70%)」が掲げられているに過ぎない (77項目中、障害児を想定しているものはこの2つだけである)。さらに、「少子化社会対策大綱」を受け2015年8月21日に出された「少

子化社会対策大綱の具体化に向けた結婚・子育て支援の重点的取組に関する検討会提言」には、障害児支援施策に言及すらされていない。加えて、高校生向けの教材でも「安心して産み育てられる社会の実現へ向けて」という項目が掲げられているにも関わらず、障害児支援には一切言及されていない、つまり、ここからは障害があってもなくても「安心して産み育てられる社会」を実現しようとする意図は読み取れない。したがって、少子化対策政策には、障害児の包摂は原則的には意図されていないのである。

このように、個々人の自主性の問題としながらも若年での出産を促そうとすることの背景には、妊娠率の低下を防ぐという数の問題への対策の影に、障害児の出生を防止しようとする質の問題への対策も密かに根をおろしていたといえる。言い換えれば、数の問題がひとまず落ち着いた段階で顕在化した「不幸な子どもの生まれない運動」、あるいは「胎児条項」の追加・「適正年齢」での初回分娩指導の精神は、今日、数の問題により不可視化されながらも、生き続けているのである。

1970年代の『母性保護医報』で「最近、高年齢出産が問題となってきておりますので」という認識が示されていた。しかし、出産年齢について35歳以上の割合を数値で示せば、1960年に5.9%、1970年に4.7%であったのに対し、2014年に27.5%になっている（図表4）。つまり、実際には1970年代に高齢出産の割合が増加していたわけではない。森山は『現代産科婦人科学体系 14E 母子保健 産科統計』において、「20歳代、30歳代婦人からの先天異常（兔唇、口蓋裂その他の外表奇形、先天性心疾患などの内臓奇形、Down症候群など）の発生率は平均2%に対し、40歳代婦人からは7.0%となり、3.5倍となっている」という厚生省が1968年に行った「母子保健実態調査」を紹介していた<sup>34)</sup>。この調査の速報の概要は、産婦人科医向け雑誌の『産婦人科の世界』にも「日本母性保護医協会の頁」として掲載されていた<sup>35)</sup>。つまり、高齢出産と「先天異常」の発生可能性が増大することが問題化された背景には、この時期にこうした認識自体が専門家間で広く共有されはじめていた結果だといえる。

図表4 母の年齢別にみた年次別出生数・百分率及び出生率（出典：「人口動態統計」）

	1950年	1960年	1970年	1980年	1990年	2000年	2010年	2014年
出生数								
総数	2337507	1606041	1934239	1576889	1221585	1190547	1071304	1003539
～14歳	49	5	12	14	18	43	51	43
15～19	56316	19734	20165	14576	17478	19729	13495	12968
20～24	624797	447097	513172	296854	191859	161361	110956	86590
25～29	794241	745253	951246	810204	550994	470833	306910	267847
30～34	496240	300684	358375	388935	356026	396901	384385	359323
35～39	278781	78104	80581	59127	92377	126409	220101	225889
40～44	81953	14217	9860	6911	12587	14848	34609	49606
45～49	4213	864	523	257	224	396	773	1214
50～	311	78	25	1	-	6	19	58
不詳	606	5	280	10	22	21	5	1
百分率								
総数	100	100	100	100	100	100	100	100
～19歳	2.4	1.2	1	0.9	1.4	1.7	1.3	1.3
20～24	26.7	27.8	26.5	18.8	15.7	13.6	10.4	8.6
25～29	34	46.4	49.2	51.4	45.1	39.5	28.6	26.7
30～34	21.2	18.7	18.5	24.7	29.1	33.3	35.9	35.8
35～39	11.9	4.9	4.2	3.7	7.6	10.6	20.5	22.5
40～44	3.5	0.9	0.5	0.4	1	1.2	3.2	4.9
45～	0.2	0.1	0	0	0	0	0.1	0.1

他方で、今日では高齢出産が実数として増加し、ある種の危機として広く語られている<sup>36)</sup>。例えば『週刊現代』には2012年に「大丈夫ですか？先天異常、ダウン症の可能性がこれだけ高まる 国民的大問題 高齢出産のリスクを考える」、2013年には週刊現代編集部が『本当は怖い高齢出産——妊婦の4人に1人が35歳以上の時代』という書籍を刊行し、これらのなかで「先天異常」が「リスク」として語られていた<sup>37)</sup>。したがって、高齢出産及びそこから派生する「先天異常児」の出生に対する懸念は、1970年代当時よりも、今日の方がより切実な問題と認識される条件が整っているといえよう。

## 6. おわりに

本稿では、少子化対策の文脈で行われる妊娠・出産に関する啓発には、数の問題の影に、人口の質の問題が潜んでおり、1970年代の国及び自治体レベルでの優生政策の強化——優生保護法の改定は実現しなかったわけであるが——の精神が生き続けていることを指摘した。その上で、2010年代と1970年代には共通して「先天異常」の発生可能性を上昇させる高齢出産が問題化されていたが、高齢出産の実数の面では2010年代が1970年代を圧倒しており、より切実な危機として認識される土壌が存在することを示した。

ここでは詳しく検討できなかったが、両時代の高齢出産の問題化の背景には出生前診断の存在があった。羊水検査は1960年代終盤から導入されつつあり、2010年代の危機意識は、明らかに新型出生前診断によって拍車がかけていた。例えば、2013年の『週刊現代』には「新型出生前診断スタートから1ヶ月『高齢出産』35歳以上のリスク」という記事が掲載されており、『本当は怖い高齢出産——妊婦の4人に1人が35歳以上の時代』にも新型出生前診断が頻繁に言及されていた<sup>38)</sup>。2010年代の政府は出生前診断及びそこからの選択的中絶に積極的に言及することはない。しかし、あえて言及せずとも、それが選択肢として存在することはメディアを通して広く共有されてきた。

少子化対策関連の政策文書や啓発用教材では、妊娠・出産は個人の選択であることが強調される。しかしながら、そこでは明らかに望ましいとされる「選択肢」が前提にされている。そして非言及という形で間接的な容認姿勢が示される出生前診断からの選択的中絶は、とりわけ高齢で妊娠した女性に対して選択肢として立ち現われてくる。つまり、少子化対策政策では、個々人の内なる優生思想を喚起する仕組みが採用されているのである。

付記：本稿には科学研究費助成事業「戦後日本の男性不妊と男性性に関する歴史研究」（研究代表者：由井秀樹、JP15K21496）の助成を得て行われた研究の一部が反映されている。

## 注

- 1) 「高校保健・副教材の使用中止・回収を求める緊急集会 高校生にウソを

- 教えるな!」(最終アクセス 2016 年 7 月 8 日, SOSHIREN 女のからだ HP, [http://www.soshiren.org/inf\\_150911.pdf](http://www.soshiren.org/inf_150911.pdf)).
- 2) 高橋さきの「『妊娠しやすさ』グラフはいかにして高校保健・副教材になったのか」*SYNODOS*, 2015.09.14 (最終アクセス 2016 年 7 月 11 日, *SYNODOS* HP, <http://synodos.jp/education/15125>).
- 3) 「高校 1 年生用啓発教材『健康な生活を送るために』(平成 27 年度版)の訂正」(最終アクセス 2016 年 7 月 12 日, 文部科学省 HP, [http://www.mext.go.jp/a\\_menu/kenko/hoken/\\_icsFiles/afieldfile/2015/09/09/1361934\\_1.pdf](http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/_icsFiles/afieldfile/2015/09/09/1361934_1.pdf))
- 4) 「公開シンポジウム『卵子の老化』が問題になる社会を考える」(最終アクセス 2016 年 7 月 12 日, 日本学術会議 HP, <http://www.scj.go.jp/ja/event/pdf2/223-s-1-4.pdf>).
- 5) 前掲, 高橋「『妊娠しやすさ』グラフはいかにして高校保健・副教材になったのか」.
- 6) 田中重人「日本人は妊娠リテラシーが低い、という神話——社会調査濫用問題の新しい局面」*SYNODOS*, 2016.06.01 (最終アクセス 2016 年 7 月 11 日, *SYNODOS* HP, <http://synodos.jp/science/17194>).
- 7) 荻野美穂「『家族計画』への道——近代日本の生殖をめぐる政治」岩波書店, 2008 年など.
- 8) 松永真純「兵庫県『不幸な子どもの生まれない運動』と障害者の生」『大阪人権博物館紀要』第 5 号 (2001 年), 109-126 頁など.
- 9) 土屋敦「母子衛生行政の転換局面における『先天異常児』出生予防政策の興隆——『(少産)少死化社会』における生殖技術論と『胎児』の医療化の諸相」『三田学会雑誌』第 102 巻第 1 号 (2009 年), 91-118 頁.
- 10) 前掲, 土屋「母子衛生行政の転換局面における『先天異常児』出生予防政策の興隆」.  
森岡正博「生命と優生思想」竹田純郎・横山輝雄・森秀樹『生命論への視座』大明堂, 1998 年, 115-133 頁.  
坂井律子『ルポルタージュ 出生前診断——生命誕生の現場に何が起きているのか?』NHK 出版, 1999 年.
- 11) 森山豊「母子保健の現状と未来」小林隆監修代表『現代産科婦人科学体系

- 14E 母子保健 産科統計』中山書店, 1974年, 17-69頁.  
『現代産科婦人科学体系』は全20巻からなり、主な執筆陣は産婦人科医学者である。
- 12) 横山尊『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, 2016年, 327-348頁.  
「優保法改正 時間切れで継続審議に 衆院社労で提案理由のみ説明」『母性保護医報』第265号(1972年), 1頁.
- 13) 「未婚女性に『母性手帳』」『讀賣新聞』1985年8月25日朝刊, 第22面.
- 14) 毛利子来「母子保健法改悪の狙い——母子保健行政で進む管理と差別」『技術と人間』第15巻第1号(1986年), 28-38頁.
- 15) 利光恵子『受精卵診断と出生前診断——その導入をめぐる争いの現代史』生活書院, 2012年, 84-85頁.
- 16) 「新エンゼルプランについて」1999年(最終アクセス2016年7月10日, 厚生労働省HP, [http://www1.mhlw.go.jp/topics/syousika/tp0816-3\\_18.html](http://www1.mhlw.go.jp/topics/syousika/tp0816-3_18.html)).
- 17) 少子化対策推進関係閣僚会議「次世代育成支援に関する当面の取組方針」2003年(最終アクセス2016年7月10日, 厚生労働省HP, <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/syousika/0314-1.html>).
- 18) 厚生労働省「不妊治療への助成の対象範囲が変わります」2016年(最終アクセス2016年7月10日, 厚生労働省HP, <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11908000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Boshihokenka/0000039732.pdf>).
- 19) 仙波由加里「少子化対策と不妊治療費助成制度——地方自治体における制度の実施状況を考察して」『ヒューマンサイエンス』第12号(2003年), 87-103頁.
- 20) 「『子ども・子育てビジョン』について～子どもの笑顔があふれる社会のために～」2010年(最終アクセス2016年7月30日, 内閣府HP, <http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/family/vision/index.html>).
- 21) 「少子化危機突破タスクフォースについて」2013年(最終アクセス2016年7月10日, 内閣府HP, <http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/meeting/taskforce/index.html>).

- 22) 「不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会」2013年（最終アクセス2016年7月11日，厚生労働省HP，<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-koyou.html?tid=129053>）.
- 23) これを受けて2016年度から年齢制限43歳未満、年間助成回数制限無し、通算助成回数は初回40歳未満6回、初回41～42歳3回、通算助成期間の制限なし、と変更された。
- 24) 「本会・日本産科婦人科学会など9団体 学校教育の改善求め要望書提出」『家族と健康』第732号（2015年），1頁。  
なお、内閣府のHPに掲載されている要望書の日付は2015年3月2日となっている（「学校教育における健康教育の改善に関する要望書」（最終アクセス2016年7月11日，内閣府HP，[http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20150302\\_youbousyo.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20150302_youbousyo.pdf)））.
- 25) 「有村内閣府特命担当大臣記者会見要旨」2015年8月21日（最終アクセス2016年7月30日，内閣府HP，[http://www.cao.go.jp/minister/1412\\_h\\_arimura/kaiken/2015/0821kaiken.html](http://www.cao.go.jp/minister/1412_h_arimura/kaiken/2015/0821kaiken.html)）.
- 26) 文部科学省『健康な生活を送るために 平成27年度版【高校生用】』文部科学省，2015年，40頁（最終アクセス2016年7月13日，文部科学省HP，[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/kenko/hoken/08111805.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/08111805.htm)）.
- 27) 松原洋子「日本における新型出生前検査（NIPT）のガバナンス——臨床研究開始まで」小門穂・吉田一史美・松原洋子編『生殖をめぐる技術と倫理——日本・ヨーロッパの視座から 生存学研究センター報告22号』立命館大学生存学研究センター，2013年，69-85頁.
- 28) 「田村大臣閣議後記者会見概要」2013年3月12日（最終アクセス2016年7月13日，厚生労働省HP，<http://www.mhlw.go.jp/stf/kaiken/daijin/2r9852000002x717.html>）.
- 29) ここでは「障がい者制度改革推進本部における取組」「ライフステージに応じた一貫した支援の強化」「障害のある子どもの保育」「発達障害のある子どもへの支援の充実」「特別支援教育の推進」が掲げられた。
- 30) ここでは、「障害のある子供の保育等」「関係機関の連携の強化による支援の実施」「発達障害のある子供への支援の充実」「『気づき』の段階からの支援」

「特別支援教育の推進」が掲げられている。

- 31) もっとも、情緒障害児短期治療施設を障害児支援の枠組みで捉えることには留保が必要であろう。「情緒障害児短期治療施設運営指針」（2012年、厚生労働省雇用均等・児童家庭局通知）によると、これは基本的に心理療法を行う施設であり、emotionally disturbed（情緒をかき乱された状態）を「情緒障害」と和訳したため、「障害」を用いることに対して見解が分かれ、「児童心理治療施設」という通称を用いることも可能になっている。
- 32) 「人日分」＝「月間の利用人数」×「一人一月あたりの平均利用日数」。34万人日分だと、例えば、4万人が月に8.5日間利用できるだけの分量。  
なお、2011年の在宅の身体障害児は7.3万人、在宅の知的障害児は15.2万人である（「平成23年生活のしづらさなどに関する調査」2012年〔最終アクセス2016年8月3日、厚生労働省HP、[http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/seikatsu\\_chousa\\_a.html#link01](http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/seikatsu_chousa_a.html#link01)】）。
- 33) 児童発達支援センターは2012年の児童福祉法改定によって制度化された。従来、通所施設は障害種別に分かれていたが、児童発達支援センターとして再編成され、複数の障害に対応できるようになった。
- 34) 前掲、森山「母子保健の現状と未来」。
- 35) 「母子保健実態調査結果報告速報の概要——厚生省児童家庭局」『産婦人科の世界』第21巻第9号（1969年）、991-993頁。
- 36) 1950年の数値は、ベビーブームという時代状況や避妊の普及率の低さが影響している。
- 37) 「大丈夫ですか？ 先天異常、ダウン症の可能性がこれだけ高まる 国民的大問題 高齢出産のリスクを考える」『週刊現代』第54巻第24号（2012年）、182-185頁。  
週刊現代編集部編『本当は怖い高齢出産——妊婦の4人に1人が35歳以上の時代』講談社、2013年。
- 38) 「新型出生前診断スタートから1ヶ月 『高齢出産』35歳以上のリスク」『週刊現代』第55巻第19号（2013年）、154-156頁。

松原 洋子

本誌第1部には、「人口政策と生殖の歴史研究会」(2016年8月6日、キャンパスプラザ京都)での報告にもとづき、保明綾氏、杉田菜穂氏、由井秀樹氏からいずれも充実した論考をお寄せいただいた。同研究会の企画者として、三氏の論文に対し若干のコメントを述べておきたい。

### 1. 保明綾「日韓関係とアジアの家族計画」

保明論文では、日本の国際協力 NGO であるジョイセフが1970年代にアジア諸国で展開した、家族計画事業の地政学的背景について詳しく検討されている。ジョイセフの家族計画事業は「インテグレーション・プロジェクト」と呼ばれ、寄生虫予防を糸口に家族計画を普及するという、ユニークなものであった。この取り組みは、1968年にジョイセフを創設した國井長次郎により考案され、彼のリーダーシップのもとで成功をおさめ、1980年代以降はラテンアメリカ、アフリカでも実施された。保明によれば、インテグレーション・プロジェクト設立の基盤となったのが、1960年代の韓国の寄生虫予防事業に対する日本の医療協力であった。韓国政府からの要請にもとづく政府間協力に、政府からの推薦で國井が関わることになった。日本で寄生虫予防運動の実績をもつ國井は、研修などの事業に関する実務を担当して国際医療協力の経験を積み、人脈を形成してインテグレーション・プロジェクトにつなげていったという。

保明は日韓基本条約(1965年発効)にもとづくこの医療協力が、冷戦構造のもとでのアメリカのアジア戦略によるものであったと分析する。アメリカは、ソ連に対抗してアジアの「自由世界」を繁栄させるべく日韓関係の修復をはかり、寄生虫予防の日韓医療協力はその一環であった。さらに、過剰人口をアジア・アフリカ・ラテンアメリカの低開発の要因とみるアメリカは、家族計画事業を冷戦外交の戦略に組み込んでいたが、インテグレーション・プロジェクトはその目的にも合致するものであった。

なお、保明論文では日本の家族計画事業による国際協力の地政学的背景とし

て冷戦構造に注目しているが、筆者はそれに加えて、大日本帝国の解体後のアメリカ主導によるアジア地域の再編と日本の戦後賠償としてのアジア経済援助という枠組みが重要であると考え<sup>1)</sup>。保明もまさに、韓国の寄生虫予防事業への日本の協力が、1965年の日韓請求権及び経済協力協定にもとづくものであったことを指摘している。大日本帝国は、マルサス主義的な人口論からみれば、まさに低開発国の過剰人口がもたらした侵略の実例であり、アジアに対する戦略的な人口抑制の最初のターゲットとなったのが、敗戦後の日本であった。その点でも保明論文は、20世紀を貫く日本の人口問題および人口政策の地政学的な布置を展望するための視角を実証的な手法で提示している、貴重な論考である。

## 2. 杉田菜穂「日本における優生－優境主義の形成と展開——家族計画から社会開発、家族政策へ」

大日本帝国によるアジア支配は、戦前日本の人口政策と密接に関係していた。杉田論文は戦前の人口論の系譜を、人間社会の進化の追求としての「優生－優境主義」という独自の概念で解いてみせる。「氏か育ちか」「遺伝か環境か」という二項対立としての優生対優境という図式ではなく、「遺伝的に劣る人々を生殖から遠ざける断種政策の形成と、健全な〈生〉、優れた〈生〉の育成を支援する社会政策の形成という2つの動向は、人口の〈質〉への関心で結びついていた」という。

杉田によれば、19世紀終わりから20世紀初めにかけて西欧の先進諸国で出生率低下が問題になりはじめたことが、「優生－優境主義」の背景にある。補足すると優生の観点で特に問題視されたのは、その出生率低下が意識的に子どもを産み控える中上流の「優れた階層」にみられる一方で、下流の「劣った階層」では依然として出生率が高いため「逆淘汰」が起こって、人間社会の進化を阻害することであった<sup>2)</sup>。「優生－優境主義は、消極的優生（劣等分子淘汰）の手段としての強制断種立法化の推進論と反対論、慎重論が交錯するなかに関開した。ここに、優生学がもたらしたものを評価するうえでの複雑さがある」と、杉田は指摘している。確かに優生学批判、断種法批判をする論者であっても、条件付きで制限的に断種を認めることは珍しくなかった。また優生論者も良い

遺伝的な資質を発揮させるために、「優境」の重要性を認めていた。特に人口の質をめぐる議論との関連では優生と優境を原理的対立としてではなく、社会進化をめざす相互浸透的で連続的なアプローチとしてとらえる杉田の「優生－優境主義」説は、有効であると考えられる。戦前の日本ではまだ全体として過剰人口論が優勢であったが、そこにもやはり「優生－優境主義」がみられた。これは、近代化を急ぐ日本が、先進諸国の課題を先取りしようとしたためであろう。

一方、戦後については1950年代を「家族計画論の時代」、1960年代を「社会開発論の時代」ととらえ、保明論文と重なる認識が示される。そして、1970年代後半に優生概念は「人権問題に抵触する」ものとして認識されるようになり、さらに1994年の国際人口開発会議で提唱された「リプロダクティブ・ライツ」の浸透により、人口の〈質〉の議論は福祉や人権の問題に置き換えられ、「行きすぎた少子化」という人口の〈量〉に関する問題提起がなされるに至ったという。この整理によると、人口の〈質〉への関心にもとづく優生－優境主義はもはや過去のものとなった、ということになる。確かに〈質〉の問題が、「優生－優境主義」の文脈で人口政策論として明示的に論じられることは、現在ではほぼないといって良いだろう。しかし、少子化が〈量〉の問題に尽きるかといえ、そうとも言えない。人口概念は生殖への関心と不可分の関係にあり、それゆえに生物学モデル・医学モデルに依拠する優生主義を導くことになった。つまり生殖が焦点になる限り、生物学モデル・医学モデルが〈質〉の議論を導く可能性は十分にあるといえる。次の由井論文では、その事例が具体的に提示されている。

### 3. 由井秀樹「妊娠出産に関する知識の啓発と少子化対策における人口の質」

由井論文は、「少子化」への対応が人口の〈質〉に関わる議論を導く過程を検討している。2013年、内閣府に「少子化危機突破タスクフォース」が設置され、子育て支援だけでなく結婚、妊娠、出産の促進も目的とされた。その一環として、妊娠・出産検討サブチームでは、女性手帳などの啓発事業を提案した。また、厚生労働省に「不妊に悩む方への特定治療支援事業等の在り方に関する検討会」が設置され、晩産化や不妊治療などの課題が挙げられた。由井は、羊水検査が開始された1970年代以降の母子保健政策の経緯を概観しながら

ら、少子化対策としての妊娠出産に関する啓発活動に加齢による妊娠率の低下や、「先天異常児」の出生可能性が高まることが問題視されていたことを指摘する。そのうえで、「少子化対策の文脈で行われる妊娠・出産に関する啓発には、数の問題の影に、人口の質の問題が潜んでおり、1970年代の国及び自治体レベルでの優生政策の強化——優生保護法の改定は実現しなかったわけであるが——の精神が生き続けている」という。

リプロダクティブ・ライツの概念は、女性の妊娠・出産の主体性を尊重すると同時に、生殖補助技術へのアクセスを促進する環境の形成にもつながった。出産の医療化はもとより、現在では不妊ではない人も含めた妊娠の医療化が進行している。政府の少子化対策は、その解決策としての生物学モデル・医学モデルによる生殖への介入を焦点化することで、女性集団とその子どもを医療政策・保健政策に包摂する。由井論文は、現代日本における〈質〉の議論の再構成に注意を喚起することにより、少子化を「人口政策と生殖の歴史」に位置づけるための有効なアプローチを示している。

## 注

- 1) 浅野豊美編著『戦後日本の賠償問題と東アジア地域再編』慈学社出版、2013年
- 2) 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』、講談社、2000年



## 第2部

シンポジウム「男性と生殖、セクシュアリティ」  
(2017年1月22日、立命館大学朱雀キャンパス)

- 司 会：吉田一史美 (立命館大学)  
報 告：瀧川由美子 (醍醐渡辺クリニック／立命館大学)  
      竹家 一美 (お茶の水女子大学)  
      倉橋 耕平 (立命館大学)  
      由井 秀樹 (立命館大学)  
      澁谷 知美 (東京経済大学)  
コメント：中村 正 (立命館大学)  
          永田 夏来 (兵庫教育大学)

瀧川由美子

私は生殖心理カウンセラーとして醍醐渡辺クリニックで勤務しております。現場では、ほとんど相談者は女性というところで、相談者の女性から話を聴くことはあるのですが、男性のほとんどを泌尿器科に紹介しておりますので、男性とお会いする機会があまりないというのが現状です。

勤務クリニックの特徴ですけれども、京都市伏見区、東西線の醍醐駅の近くに 있습니다。産科・小児科・不妊治療で、不妊治療に力を入れているのですが、他のいろいろな個人クリニックと違い、産科の分娩可の入院施設も併設しているところが、少し特徴があるかととらえています。男性不妊外来は精液検査後、異常があれば泌尿器科に紹介しているのが現状です。ただし不妊カウンセリングに関しましては、力を入れているという特徴がありまして、生殖心理カウンセラー瀧川と、認定看護師も何名か最近認定されまして、今後またいろいろパワーアップしていこうと思っております。

簡単に男性不妊についての話をさせていただきます。男性不妊の原因といたしますか、因子というのは乏精子症、無精子症、精子無力症です。精路通過障害に関しては、精巣静脈瘤などが原因になってきます。精子を作る機能が低下しているということで、特発性精子形成障害（非閉塞性）と、精子が通過する管が炎症や癒着、あるいは管を取り囲む血管が異常に腫れることなどによって圧迫されて、精子が正常につくられても通過できないこと（閉塞性）に分けられます。精子は温度にも敏感で、40℃くらいの発熱により死滅することもあって、精巣（睪丸）がおなかの中に停留しているケースも、精子の形成に際して問題があるとも言われています。あと男性不妊には勃起障害（ED）も含まれます。

精液性状の基準値ですけれども、WHO（世界保健機構）が2010年に改訂しております、精液中の精子濃度が1500万/mlより低い場合は乏精子症、精子運動率が40%未満の場合を精子無力症と定めています。ただ、不妊治療を行う施設によって独自に基準値が決められているのが実際のところですよ。本クリニックでは4000万/ml、そして運動率20%を一応の目安にしております。

診察に関しましては、問診、視診、触診、超音波検査などがありますが、既往歴の問診が重要です。特に昔、ムンプスウイルス、おたふく風邪になられた方とか、あと実際に高熱で感染症を経験されている既往歴のある方とか、先ほど述べた環境因子とか、そういったところは結構大事だと先生方も言われています。視診ですけれども、院囊内の精索静脈瘤（閉塞性の不妊の原因になる）の有無を確認することが必要だといわれています。この精索静脈瘤というのが、男性不妊の30%ぐらいあるのではないかとされています。触診ですが、実際に私が診察に関わることはないのですが、オーキドメーターという精巣の大きさを測定する器具を使っているということです。精巣の大きさの正常は16～24MLです。超音波検査も、診断として大事なものですけれども、特に精巣腫瘍の有無で、不妊になっている場合があります。

当クリニックでの男性不妊への対応ですけれども、乏精子症の場合、先ほど述べた基準を目安にしまして、人工授精（AIH）を5～6回するということです。その間にも、精子形成障害でしたら漢方薬で、牛車腎気丸や補中益気湯というものを処方しています。精管閉塞の精索静脈瘤とか慢性感染症の場合は、泌尿器科にまず紹介しています。実際それと併行して、泌尿器科と連携しまして、体外受精にステップアップして、男性不妊の場合は顕微授精が行われます。

精液検査を行うにあたり、精液を採取していただきます。クリニック内の採精室を使用していただく場合もありますが、自宅で採取して奥さまに持ってきていただく、というのが多いです。

実際に当クリニックは泌尿器科と連携していますが、そこでやっている治療法としてTESE（Testicular Sperm Extraction）、精巣精子採取術というものがあります。なかでもMicro-TESE（顕微鏡下精巣精子採取術）というのは、射精液中に精子が認められない無精子症や射精障害の患者に対して、精子を獲得する手段として行われています。院囊皮膚を切開して精巣を院囊外に脱転させてから、顕微鏡下に白膜を切開、精細管組織を白膜から剥きおろして可逆的の広範囲を検索することにより、精子形成のありそうな精細管を特定して、それを採取するということをしております。他にもMESA（Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration）、顕微鏡下精巣上体精子吸引術（精巣上体から採取）というものもあり、クリニックによってはMESAを採用しているとこ

ろがあります。MESA の場合は白膜を切開するという事で痛みを伴うことと、白血球が結構混じるので、実際には TESE をしている施設が多いと聞いております。

非配偶者間人工授精 (AID) についてですけれども、当クリニックでは実施していません。積極的に行っているわけではありませんが、提供卵子を使用する体外受精含む、非配偶者間の治療を実施している施設を紹介しています。それほど数は多くないようです。

費用関係ですけれども、勤務クリニックは次の通りです。精液検査が5千円程度です。泌尿器科による精子回収法の処置費ですけれども、MESA が8万円、TESA が10万円。精子の保存のための処理費が5千円。精子の凍結保存期間はすべての処理において2年間で2万円。例えば、初回採卵数1個の場合は採卵費6万円、基本が5万円。1個の採卵1万というところで、これが増えると、1万円×何個とされています。受精費が2万円と、透明帯開口、これはうちのクリニックが、体外受精する時にしている技術でして2万円。受精卵の移植費8万円。これが基本の6万円と、胚盤胞の段階で胚移植をしているので、2万円加算ということで、だいたい合計18万円、1回の体外受精や顕微授精で最低でも20万円ぐらいいりますので、他の検査と含めたらほとんど100万円近いお金がかかります。

そこで(京都府)特定不妊治療助成制度を患者さんに紹介しております。平成28年度の改訂により、年齢制限ができております。治療開始時の妻の年齢が40歳未満の場合は、通算6回の助成が受けられます。初回の年齢が40歳から43歳未満の場合は、通算3回。43歳以上は助成は受けられません。クリニックでも高齢の女性が不妊治療で来られるという現状から考えると、なかなか厳しいものが考えられます。助成額に関しては、都道府県によって多少違う面があるのですが、代表的なものは次の通りです。体外受精を初めて受ける場合は助成額30万円、2回目以降は1回の治療につき15万円ということになっています。男性不妊治療の助成もありまして、精子を採取する手術を受けた方は上限20万が支給されるということです。

勤務しているクリニックの現場では、医師以外のスタッフが男性不妊患者と関わる機会がほとんどありません。私自身がやっている仕事内容もですけれど

も、カウンセラーとしての男性不妊に対する関わりも大切だと思います。男性が精液検査に来院することすらなく、自宅採精した夫の精液を妻が持参して、結果についても妻を介して伝えることが多いという現状があります。私たちスタッフが関わることはほとんどないのですが、何らかの形で夫婦を単位とした援助体制が必要かなと捉えています。実際に私は、奥さまからご主人の不妊についての不安や辛いお気持ちを聞くことが多いです。これ以降の先生方のご報告を聞かせていただきまして、今後のカウンセラーの勤務として活用させていただきたいと考えております。

竹家 一美

私の報告は昨年行いましたインタビュー調査に基づいたものです。

まず問題と目的です。ご存知の方も多いと思いますが、従来ほとんど語られなかった「男性不妊」は、近年、その状況が変化しております。例えば行政面では、2014年度に三重県が男性不妊治療の助成制度を新設いたしますと、それに追随する自治体が続出いたしました。2016年度からは国も助成に乗り出しております。また医療面では、2014年9月に泌尿器科の専門医の先生たちがNPO法人「男性不妊ドクターズ」というものを発足させておまして、男性に不妊治療検査を促す啓蒙活動をされています。また自身の男性不妊治療体験を公表・出版する著名人や、匿名ながらブログやSNSで発信する男性たちも近年は出現しておまして、有名なところではダイヤモンド☆ユカイさんが2011年に『タネナシ。』（講談社）という本を出してますし、作家のヒキタクニオさんも新書『「ヒキタさん!ご懐妊ですよ」男45歳・不妊治療はじめました』（光文社、2012年）を出しておられます。

泌尿器科を受診する男性不妊症患者は実際に増加しているということで、ご自身も専門医でいらっしゃる湯村先生という方が厚労省の公募により調査研究をされています（湯村2016）。2014年度1年間に専門医（泌尿器科領域生殖医療専門医＝日本生殖医学会認定資格、2015年4月現在47名）がご自身の勤務先の施設で診た新患者の合計数が、7,253名ということになっております。前回の同様の調査では97年ですが、5,369名だったということで、これだけ見ますとそんなに変わらないのではないか、といわれるかもしれませんが、先ほど瀧川先生のクリニックでもというお話もあったのですが、開業産婦人科医の不妊専門クリニックでも男性不妊外来をされておまして、そこでもだいたい月にのべ1,500名もの患者をみているということで、それはこの7,253名には含まれていないということです。原因疾患別の患者割合ですが、先ほど瀧川先生から男性不妊の症状についてもご説明がありましたので、あまり詳しく申し上げる必要もないと思うのですけれども、最も多いのが造精機能障害で83%。こ

れは精巢因子で、多くは無精子症、あるいは乏精子症というかたちであらわれるそうです。2番目が13%で、性機能障害で、EDですとか、射精障害。3番目がぐっと減りまして、4%ほどで精路通過障害。これはほとんど無精子症というかたちで現れ、乏精子症、あるいは運動率の低い精子無力症というかたちでも現れるということです。

現在不妊で悩む本邦のカップルの30～50%は男性側にも原因があると言われております(湯村 2016)。「男性不妊」の社会的認知は高まりつつありますが、一方で男性不妊の当事者を対象とした調査研究はほとんどされておられません。もちろん不妊当事者を対象とした研究はたくさんございますが、それはほとんど対象者は女性ということになっております。そこで本研究では、男性不妊の当事者にインタビューを行い、不妊をめぐる彼らの経験や認識を明らかにすることを目的といたしました。

ここで先行研究について、若干ご紹介したいと思います。欧米では93年にMasonという方が不妊男性への聞き取り調査を行って、『男性不妊』という本を出版しています(Mason 1993)。そこでは恥、怒り、ショック、他の男から「失敗者」とみられる恐怖感などがほぼ例外なく語られた、ということです。近年でも欧米では、カップル・カウンセリングが普及しておりますので、その臨床事例報告などで語りをみることができのですが(Wischmann et al. 2013)、やはり「面目をつぶすもの」ですとか、「完璧な男のテンプレートから外れた」など、男性性を否定するような語りが見られます。また中東で ethnographic research をずっと精力的に続けている Marcia Inhorn という方がいるのですが、彼女によりますと、現在でも男らしさと父たることが同義であるエジプトですとかレバノンなどの国では、今なお男性不妊に強力なステイグマが付与されるということです(Inhorn 2004)。また他方、デンマークの不妊男性への質問紙調査というのもございまして、こちらは看護学の分野になるのですが、「男性不妊は自らの男性性や幸福感に悪影響を及ぼすか？」という質問に対して、肯定した人は3割未満だったということです(Mikkelsen et al. 2012)。しかし、これに対してはデンマークという国がヨーロッパの中で非常に生殖医療が普及していて、それによって生まれる子どもも非常に比率が高い国ということなのでそのような社会的なバックグラウンドが影響しているの

はないか、ということが指摘されています。

日本の先行研究ですが、99年に東京女性財団の委託によって江原先生たちがヒアリング調査をされた研究があります（江原ほか 2000）。これは不妊経験者ということで募集されたということで、男性も12名参加されていますが、ご自身が不妊という方はおそらく5名程度ではないかと推察されます。こちらのときには、性別役割分業意識ゆえに、子ができないと女性のせいにされる、あるいはすると語られたということで、その結果から江原先生は「ジェンダーが不妊を『女性の問題』と見なさせるように作用しているのだ」と指摘されています。もうひとつ、先ほども述べました、湯村先生による研究調査事業ですが、こちらは昨年調査されているのですけれども、無記名式ウェブアンケートということで、140名の当事者男性から回答を得たそうです（湯村 2016）。もちろん方法が非常に答えやすかったということはあると思いますが、140名という数は、初めて不妊男性の存在を顕在化させた数字ではないかなと考えています。

では不妊男性たちは語り始めたのでしょうか？ これまでは「不妊をめぐる言説の中で男性の姿はあまりに見えてこない」（田中 2004：193）ですとか、「男性は不妊症であることを、女性以上に『スティグマ』と見なしていることが多いので、自分のショックを妻にも語れないことが多い」（江原ほか 2000：209）というように、もっぱら男性は語らないということが強調されてきました。しかし先ほども申したように、最近では自身の不妊経験を語る男性も登場しています（例えば、「男の妊活座談会」<https://akasugu.fcarts.jp/taikenki/entry/2015/09/08/special0026>）。ただしそこで語られる苦労というのは、検査ですとか、人工授精、体外受精のために精子をとらなければならないという、採精の辛さや、語っている男性も子どもにめぐまれた人が語れるというような傾向があるように思います。さらに先ほど述べましたように、カウンセリングが進んでいる欧米ですが、不妊男性への侵襲的な処置（TESEなど）の心理的影響に関する研究は未だ看過されていると言われていています（Wischnannet al. 2013：241）。そこで本研究ではそのような手術を受けた、あるいは受ける可能性の高い人を対象といたしました。

調査の概要を説明します。まず協力者の募集ですが、直接アクセスすること

が非常に困難なことから、先ほど申し上げた泌尿器科領域生殖医療専門医の先生方、こちらは日本生殖医学会の認定資格ですが、全国に47名おられて、その方宛に協力依頼状を郵送しました。調査の趣旨・倫理的配慮等を明記して、患者あるいは元患者の紹介を依頼したところ、6名から「協力可」との返事をいただきましたが、実際に紹介してくれた医師はただ1人だけでした。本日の協力者の皆さんは全て同じ先生の患者さんということになります。後日、改めて意思をメールで確認し、本人の希望に沿う形で日程・場所を確定しました。調査時期、時間、質問項目などはこちらのようになっております。

調査時期：2016年5～7月  
 調査時間：50～90分／一人  
 質問項目：男性不妊の端緒～検査・治療・現在までの経緯と心境、妻・周囲との人間関係、治療中の困難や葛藤などを半構造化インタビューにより聴く  
 ※本調査の手続きは、お茶の水女子大学倫理審査委員会の承認を得ている。

インタビュー協力者情報の一覧ですけれども、AさんからGさんまで7名いらっしゃいますが、Gさん以外は無精子症の方です。Gさんは極端に数がないという高度乏精子症の方で、精巢生検時に、精子が運よく回収できたために、この方は今のところTESEをする必要はないのですが、今後する可能性もあるということだそうです。

仮名	年齢（歳）			原因（症状）	治療法	治療結果→現状	妻年齢	職業
	現	婚姻	治療					
A	30	28	30	無精子症	TESE	精子不在→選択肢を模索中	30	自営業
B	44	40	43	無精子症	TESE	精子不在→AID予約中	36	会社員
C	52	43	44	無精子症	MESA	精子回収→顕微授精で2子	38	会社員
D	37	27	36	無精子症	MESA	精子回収→顕微授精で妊娠	36	会社員
E	29	28	28	無精子症	TESE	(TESE手術前に調査)	29	会社員
F	48	29	34	無精子症	TESE	精子回収→顕微授精で双子	48	会社員
G	34	32	34	高度乏精子症	→精巢生検時精子回収→顕微授精		34	会社員

注) Gが受けた精巢生検は、造精機能の評価のために精巢組織を採取する検査  
 顕微授精は男性不妊症に有効な体外受精の応用技術で、1個の精子を卵子に直接注入するICSIが主流。AIDは第三者の精子提供による非配偶者間人工授精で、技術的には精子を子宮内に注入する比較的簡単な技術。

では結果に入ります。結果その1、「男性不妊と知らされて」ということですが、男性不妊の告知から患者となるに至る経緯は、全員同じでありました。まず妻が婦人科で検査を行い、同院で促された夫が検査して、男性不妊が発覚したというものです。結果を聞いた反応は7名中6名がまったく同じでした。すなわち想定外だったため、ショックを受けたというものです。語りを読んでみます。

A：他人事だったんで、まさか～間違いじゃないの～って

B：一応、精子というものが普通に出るわけですから、全くないと言われた時には、やはり男性としてかなりショックでしたね。

E：当然、問題無しという結果が出てくると思っていた。他人事だと思っていたので、しばらく現実として受け止められなかった。

F：もう目の前まっ白、そんなこと全く考えていなかったの

というように、やはり皆さんショックを受けて驚いたということです。

では7名中1名にあたるDさんの反応ですが、Dさんは「まさか！というふうに驚いたんですが、あまりショックは受けなかったよ」とおっしゃってまして。「その理由は？」とかがいますと、10年間の夫婦の暮らしを経て、「正直ほんとに二人でもっていうか、二人がいいなって思ってたので」とおっしゃいました。では、なぜ彼は〈男性不妊症患者〉になったのでしょうか。「ここは僕の意見というより、奥さんを尊重して。やってだめだったっていうのと、やらなかったっていうのとでは、将来ふり返った時に後悔したくないって言われて」ということで、妻への配慮から泌尿器科を受診し、精子回収術（MESA）を受けることになったというわけです。

結果その2は、「泌尿器科を受診して」ということですが、泌尿器科での最初の関門は詳細な男性不妊検査です。問診、視診・触診、精液検査、ホルモン検査、超音波検査などの検査を経て、治療法が確定するわけですが、もちろん男性たちは婦人科で検査をしていますから、自らの精液に精子がないことはご存知です。しかしその原因や治療法まで理解していた人はいらっしゃいませんでした。先ほど瀧川先生からの説明にもありましたけれども、「無精子症」

には二つのタイプがあります。まず精巣では精子が正常に形成されているのに、精子が精液中に出てこない閉塞性無精子症です。この場合は MESA と呼ばれている手術ですが、手術用顕微鏡を用いて精巣上体管を確認しつつ精子を採取する術式ということです。これは一度に多数の精子回収が可能で、しかもほぼ約 100%の方が回収することができるそうです。閉塞性の場合には、この他に C-TESE (Conventional-TESE) と呼ばれている、TESE の比較的簡単なやり方で手術、精子を回収することもあるということでした。もうひとつのタイプがより深刻な精巣の異常である場合で、非閉塞性無精子症です。この場合には MD-TESE (Micro-TESE) をやるのですが、これは精巣白膜を大きく切開し、顕微鏡で精子の存在する精細管を探索するものですが、精子回収率は約 3 割ほどで、逆に言えば取れない人が 7 割はいるということです。協力者 4 名に適応していました。

では手術をめぐる語りをご紹介します。やはり精巣（睾丸）切開への恐怖というものが拭いきれないようです。

A：精子いないから睾丸開けてやった方がいいって、可能性は 0 じゃないからって。俺としては切りたくないじゃないですか、でも嫁のこと考えると、少しでもいい結果が出ると思って切ってるし、まあ 1 回切ってことがすめばって思って、不安と期待、半々でしたね。

B：手段としては手術して採取できるのがあります、と聞きましてね。方法に限られるのであれば、諦めるか手術を受けるしかないですので、そこに迷いはありませんでした。ただ男性として、そういうところを切るっていうのは、怖いっていうのはありました。

ということを語っておられました。

手術の結果ですが、これは明暗がわかれます。回収精子で子どもをもうけた方 3 名 (C、D、F) と、回収できなかった方お二人 (A、B) ですね。回収できなかった場合には一般には AID か養子縁組か、子どもを諦めるという選択肢になります。この A さんと B さんですけれども、子どもを今後もつことに関して異なる考え方をとられました。

A: 僕は二人でもいって言うんですけど…精子提供も考えたんですけど、その子が障害をもって産まれてきたら、どっかで投げちゃうんじゃないかなって不安もあるし、まして東京なら気にならないことでも、田舎の狭いコミュニティだと皆に説明しても、悪く言う人はいるだろうし…

B: 私は養子も考えましたけど、妻はまだ出産も可能でしょうし、自分の子が欲しい、自分が出産したいと。自分の遺伝子を残すことが現状不可能ってわかった以上、手段はないわけですので、私は精子提供への大きな抵抗はないです

ということでBさんは現在AIDを予約して待機中という状況でありました。

結果その3「妻に対して」ですが、全員に共通する思いとして、「申し訳なさ」が共通していました。語りを見ます。

B: 夫婦の普通の子どもがダメだってわかった時の妻のショックを見ますとね、申し訳なく思いますね。

E: 奥さんは気丈に振舞ってくれるのでありがたいですけど、大変申し訳ないな〜と…

G: 普通に妊娠できると思っていたと思うので、そんなこと（顕微授精のために排卵誘発剤を投与すること）をさせてしまうのは、申し訳ないと思う。

というように、「申し訳なさ」というのはその他にも周りからのプレッシャーを妻が一身に受けているとか、様々な文脈で用いられる言葉でした。

また7名のなかで3名の方は「離婚」ということについても言及されました。

A: タマ切った時、もうできないんだから気にしなくていいよ、自分が母親になれる人生を考えた方がいいよって言ったんですけど、（妻が）それはいいって言うから…

C: 私の中では考えましたよ、離婚。（妻は）ずっと子どもを欲しがっていて、私のせいでできないのは申し訳ないので（子どもを）熱望するので

あれば、それは私ではないのかなという思いも…

F：僕が（精子が）ないとわかって、それでも（子どもが）欲しいと思ってるんだったら、もう離婚しようと思ってました。（妻が）まだ産めるうちに…

と語られていました。

次に結果その4は、周囲への開示についてです。まず妻以外の家族についてですが、両方の親・きょうだいに開示した人が3名（A、C、D）、夫の親だけが3名（B、E、F）、夫の親と妻の母（父には秘密）というのが1名（G）でした。典型的な周りの反応というのは、夫の父は表面上冷静、母は狼狽、妻の親は手術を奨励するというパターンが多かったように思います。知人・友人に対しては、上司や親しい同僚、友人には開示したという方は4名（A、B、D、G）、誰にも言っていないという方が3名（C、E、F）いらっしゃいました。ただしその非開示のEさんという方は、この方はまもなく手術を受けるというタイミングでインタビューに答えてくださったのですが、「本当は少しでも周りの人に私の気持ちを知ってもらいたい」とも語っていただきました。

周囲への開示ですが、開示・非開示にかかわらず、治療をめぐる職場での困難をあげた人はどなたもいらっしゃいませんでした。それはおそらく男性の治療は女性とは異なり、連日の通院や施術を繰り返す必要がないためではないかと思います。Bさんは端的にそのことを語っておられます。

B：ざっくばらんな間柄であれば（開示に）抵抗はないです。男性でですね、会社でそんなに不利益になるとか、たとえば長期の休みとかが何回も必要となれば、それは別かもしれませんが、でなければそんなに何か困ることは、私は個人的にはなかったですし、あと「子どもはまだできないのか」って、わざわざ男性に言う人もいませんね。

結果の最後ですが、男性不妊治療に望むこと、ということで、保険診療を望む声などももちろんありました。経済的負担が大変だということで。ですが、ここでは男性不妊の社会的認知を高めるべきということに注目したいと思いま

す。

C：もっとメディアで取り上げるべき。恥ずかしいことでもないのに、妻と同時に男性も検査を受けて欲しい

E：私自身、男性不妊という言葉は縁の無いものだと思っていましたが、結局みんな自分になってみないと関心をもつことはないかもしれません。正直、女性に比べると認知度が低く、孤独感を感じます。

F：もっと知られた方がいい。たぶん女性だけで抱え込んでいるケースが多いし、情報がないと動けないと思うんで。男同士は（不妊の）話なんかしない。まさかそんなこと、誰も想像もしない

とおっしゃっていました。

以上の結果をふまえて、考察に入らせていただきます。まずは男性不妊は男性性の否定に繋がらないのではないかと、ということです。従来、男性と不妊の関係は、妻が原因の時は「女性の問題」と認識しがちで、他方、自分に原因があると知らされると、誰にも言えずに隠してしまいがちだとステレオタイプの的に捉えられてきました（江原ほか2000）。ですが今まで見てきたように、本調査の夫たちは、必ずしもそうではありませんでした。もちろん告知されショックを受けますが、「妻のため」に治療を受けると、すぐ切り替えていました。ジェンダー・アイデンティティの揺らぎまでは語られませんでしたし、スティグマを必要以上に自己付与することはありません。過半数は周囲に開示すらしていません。また男性不妊の社会的認知の低さを問題視しており、それが調査への協力動機にもなっていました。もちろん本調査研究の協力者がセレクション・バイアスの典型であるということは否めませんが、それでも従来のステレオタイプとは違う、男性不妊を告知されても男性性をそれほど否定しないタイプの男性が存在するという事実を示せた点は、本研究の意義なのではないかと考えております。

また協力者たちにとって男性不妊というのは、夫婦の問題として立ち現れていたという点も重要かと思えます。例えば治療中にみせた妻への「申し訳なさ」や「離婚」の示唆ですが、これは夫としての義務を果たせないことに伴う罪悪

感のあらわれではないかなと推察されました。男性はジェンダーの作用の下、社会通念によるプレッシャーには縛られませんけれども、家庭内のプレッシャーからは逃れられないのではないかということもわかりました。すなわち妻や義父母が子を切望する姿は、夫を責める圧力となりうるのではないかと、ということです。また江原先生が「不妊という問題は、単に『子どもを持つ持たない』という問題なのではなく、夫婦関係の問題でもある」（江原ほか 2000: 215）と、主に女性を見据えて述べておられるのですが、これがまさに本調査の夫たちの状況でもあったかなと思いました。特に「夫婦だけでいい」と思っていた夫にとってはなおさらではないかと。というのも、そもそも子どもを望まなければ「不妊」にはならないからです。

最後に結びにかえてということですが、田中俊之先生が、「生殖能力は「男らしさ」と不可分の関係にあるが、「生殖は女性の問題」という社会通念が、両者の結びつきを隠蔽するため、普段男性は自身のセクシュアリティが、まるで「生殖のないセクシュアリティ」であるかのようにふるまうことができている」と述べ、「こうしたジェンダーによる生殖に対する意味づけの差異が温存されている限り、不妊が女性の問題としてますます固定化されてしまう」（田中 2004）と危惧されております。この田中先生の考えには全く異論はないのですが、他方で、今回協力者の語りを通して見えてきたこともあるように思います。ひとつは、性と生殖を切り離して考えられれば、男性も自身の不妊について語れるのではないかということです。なぜなら協力者の大半は正常な夫婦生活を語っていましたし、夫婦の不妊はさておき、ご自身の不妊については「病気」と断定していました。もうひとつ、彼らの男性性は、性的機能の正常さによって担保されているのではないかということも見えてきました。それは、勃起障害や性行為障害の男性が協力者に欠けている点にも符合すると思われます。ですが本調査はわずか7名の事例にすぎませんので、もちろん今後の課題としては、より多様な事例の収集が必要があるということ言うまでもありません。

## 参考文献

江原由美子・長沖暁子・市野川容孝、2000、『女性の視点からみた先端生殖技術』

東京女性財団.

田中俊之 2004、「『男性問題』としての不妊」村岡清・岩崎皓・西村理恵・白井千晶・田中俊之『不妊と男性』青弓社、151-192.

湯村寧『我が国における男性不妊に対する検査・治療に関する調査研究』平成27年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書、2016年.

Inhorn, M. 2000, "Middle Eastern Masculinities in the Age of New Reproductive Technologies: Male Infertility and Stigma in Egypt and Lebanon." *Medical Anthropology Quarterly*. 18 (2) : 162-82.

Mason, M. C. 1993, *Male Infertility: Men Talking*. Routledge.

Mikkelsen, A. T., S. A. Madsen, and P. Humaidan, 2013, "Psychological Aspects of Male Fertility Treatment." *Journal of Advanced Nursing*. 69 (9) : 1977-86.

Wischmann, T. and P. Thorn, 2013, " (Male) infertility: what does it mean to men? New evidence from quantitative and qualitative studies." *Reproductive Biomedicine Online*. 27: 236-43.

## 謝辞

本調査は2015年度科学技術社会論・柿内賢信記念賞奨励賞の研究助成により行われました。ご協力くださった当事者及び医師の皆様にも、心より感謝いたします。

## 1 はじめに

「男性不妊」が医療界で関心を集めだしたのは1950年代前半であるのに対して（由井 2015）、それが雑誌など一般の人が得られる情報源に載るのは1990年代後半であった。この時間差が「不妊」は女性の医療対象とされてきたことと、男性が対象化されるまでの社会的な認識のズレを示している。それは「不妊」という言葉の前にわざわざ「男性 male」をつけなければならないことにも象徴されている。

男性不妊と男性学というテーマは、日本の研究において蓄積があるものではなく、田中俊之（2004）によるものがあるにすぎない<sup>1)</sup>。また、同時に男性学という分野それ自体も確立されているとも言えない。だがそれは「フェミニズムへの応答」であり、文化的・社会的にジェンダー化された男らしさ（男性性といってもいい）<sup>2)</sup>へのこだわりやそれによって経験する葛藤などに着目する形で分析がなされている（田中 2004: 195-196）。本稿でも、この10数年の変化を捉えるために、（あえて）先行研究の問いと視点を引き継ぎ、男性問題としての不妊はどのように主題化されるのか、ということを考えてみたい。

それに先立って、男らしさと不妊はどのような関係にあるのか基礎的な視点を整理しておく。物理的な観点において、現在男性が生殖に関われるのは、性交渉と精子の提供に限られる。人工授精や体外受精の場合は、不妊自体の「治療」にはならないため、不妊への治療は男性が性交渉によって妊娠をさせる力を手に入れる（回復すること）になり、必然的にセクシュアリティと関連する言説が増えることになる。とりわけ、「精子の質」に関わる内容と「（生殖のための）性交渉」「性的能力」に話題が集中する。

事実、生殖能力の在・不在は男らしさに関わる意味体系と関係がある。例えば、環境ホルモン言説におけるエストロゲン（女性ホルモン）は、「精子の減少」として着目され、それらは第一に人類の危機、第二に日本の危機、第三に男らしさの危機として表象された（北原 1999: 240）。海外でも「女性化の化学物質」

「男性の女性化」「ゲイの群れ」「自然現象の攪乱」などと書き立てられた(Gannon et al. 2004: 1172-1173)。このように見ると、生殖能力のある精子（生殖可能な身体）が、男らしさや男であることの確信の源になっているようである。

本稿では、第一に、田中による先行研究の論点をまとめ、そこからこの12～13年の間で変わらなかったことと、新しい語りを確認する。第二に、この間に新しく語られた「男性不妊」と男性性の言説からその特徴を抽出する。第三に、抽出されたものの中に「老い」という現象を読み解き、「老い」と「男らしさ（男性性）」と不妊（生殖）とセクシュアリティの関係を検討し、男性不妊が現在どのように主題化されているのか、その権力の内実を読み解くための仮説を提示する。

## 2 不妊言説と男らしさ

田中によれば、男性週刊誌では男性不妊について、検査や医療に関わる診療科、男性不妊の原因、治療法について医師が答えるというコンテンツが言説の中心を締める（田中 2004: 200）。加えて、男性不妊症と診断された夫に妻はケアが必要だと説かれ、女性が「ケアする存在」、男性が「ケアされる存在」として位置づけられていることが指摘される。とりわけ、女性誌にその傾向が強く現れる（田中 2004: 201）。

このようにケアが必要だと説かれるのは、一方で「良き妻」であることの重要性を示し、他方で男性原因の不妊が男性にとってスティグマになるためである。これは「生殖は女性の問題」という社会通念を自明視していることから、「生殖能力の欠如」がスティグマになるという仕組みである（田中 2004: 205）。それゆえ、栄養のある食事や体に良い生活などでスティグマを克服しようとする。ただ、「ハゲ」のように可視的なものではないため、その情報は自己管理の問題に直面する（田中 2004: 207）。

しかし、不妊であるという事実を隠すことは必ずしもスティグマから逃れられることを意味せず、結婚して一定期間経っても子どもがいない場合は、「生殖能力」ではなく「性的能力」を疑われることにもなりうる（セックスレスやインポテンツ）（田中 2004: 209）。むろん、生殖能力の欠如は性的能力の欠如とは異なるものだが、「ヘテロノーマティヴィティ」が働き、生殖可能なセクシュ

アリティを「自然」「正常」とみなす性規範のなかでは、生殖能力を持たない男性は、女性に「産む性」としての役割を担わせる根拠を失い、既存のジェンダー秩序の中では根底を覆されるような衝撃を味わう（田中 2004: 214-215）。

以上が、2004年に田中が「男性学」という視座から分析した状況であった。では、その後に変化があるか。筆者は田中が分析したあとの男性不妊の雑誌記事・書籍を可能な限り集めたが、概ね同じような言説は繰り返されている。生殖・精力に効く食事とそれへのプレッシャーは多くの男性雑誌や書籍に確認でき、「食卓には毎朝青汁」が並ぶなど（「実録男の妊活シリアス白書」『SPA!』2012年11月6日号、p49）は相変わらずであるし、「（知り合いの夫婦の夫が無精子症と診断されて[倉橋注]）夫には、無精子症って言わないことにしたの。だって、可哀想でしょう？私の方に原因があって、子供ができにくいということにしたのよ」（酒井順子「子の無い人生 第19回タネとプライド」『本の旅人』2015年7月号 pp109-123、p120）といったエピソードは豊富に語られる。

他方で、この間の出来事としての変化を捉えれば、著名人が男性不妊症であったことをカムアウトしたことである。無精子症の診断を受けた元大関の小錦、ミュージシャンのダイヤモンド☆ユカイや、精子の運動率が低く不妊治療を選択した作家のヒキタクニオがその例であり、また漫画家の堀田あきお・堀田かよ夫妻が漫画で過去に経験した（1991年～）不妊治療を伝えたり、フリーライターの村橋ゴローが男性目線から不妊カップルの過程を書いた<sup>3)</sup>。これらの事例は、これまでにはなかった新しい現象である（ダイヤモンド☆ユカイ 2011、ヒキタ 2012、堀田・堀田 2011・村橋 2016）。

しかし、先行研究の指摘と同様に、その内容は大きくは変わらない。例えば、ダイヤモンド☆ユカイは、「自分では気づいていなかったけれど、おれは男として不完全だった」（ダイヤモンド☆ユカイ 2011: 4）、「おいおい、冗談だろう？なんでおれが検査を受けなければいけないんだ？」（ibid.,65）、「まさか種なしのボンコツだったとは……。」（ibid.,70）、「（精子回取手術を終えて [倉橋注]）おれは種なしじゃねえぞ！おれだって男だ！」（ibid.,92）、「種なしって言われて男として（おおげさにいえば、人間として）否定された気分になって……」（ibid.,97）といった、男性のアイデンティティ（男らしさ）＝生殖能力と、その欠如がスティグマになったというスタイルの語りを披瀝している。

ただ、このエッセイ本の肝心な点は、その内容ではなく「形式」である。田中は、男性週刊誌・女性週刊誌を中心とした言説分析を施しているが、「メディア論」の観点による分析はほぼない。しかし、ダイヤモンド☆ユカイの本の第1章は、自分が精力絶倫であることを証明するために、自身の「女遊び」の武勇伝が延々述べられる。それを読ませた後に、第2章で「タネナシ」あることが告白される。すなわち、男性不妊（生殖能力の不能）をカムアウトする前に、性的能力がないわけではないことを断っておくという「防衛線」が必要とされている（倉橋 2014: 38）。

他方で、これまで語られなかった「精子とセクシュアリティへのこだわり」もこうした語りから検出できる。例えば、自身の加齢による不妊が原因だったヒキタクニオは、「第三者（AIHを行う医師 [倉橋注]）は、いい男がいいなってことだった。／どうでもいいようなことだが、そんなことを考えていた。いちおう、受精行為なのだから、女医さんでもなく、ましてや、脂ぎった髪のプロのキモメンなんてのだったら、何か嫌なものだ。そんな奴に私たち夫婦の子作りの一端を委ねたくない。妻も嫌なんじゃないかと思った」（ヒキタ 2012: 77）と述べる。

（男性不妊ではないが）村橋ゴローは、ARTを用いるようになり、生殖に関しては「精子だけを供給すればよい身体」になってもなおそこにセクシュアリティの片鱗を記述する。「素人モノ、単体女優、熟女もの etc……けっこうなジャンルの揃った裸の見本市を目で追いながら、さて、どれにするかな。いつもの快樂のみを追求するごによごによなら食べたいおかずを選べばいいだけの話だが、今回は別だ。愛するりえのおなかに子を宿すかもしれない、それはそれは神聖なごによごによなのだ。（……）今回だけは、今回だけは。そんな変態じみたものをみてごによってはいけない気がするのだ。／ありのままでは、だめなのだ。／癖が薄ければ薄いエロDVDほど、この神聖な儀式にふさわしい」（村橋 2016: 74-75）<sup>4)</sup>と述べるように、妻をセクシュアリティの対象としない生殖行為への忌避感を記述している。

このように先行研究で述べられてきたことが形や語り口を変えて顕在化していることが確認できる。それは、「精子だけを提供すればよい存在」として、自身の身体が客体化されることへの抵抗と読み取れるような性交渉へのこだわ

り、セクシュアリティへのこだわりを吐露している。

### 3 男性身体の医学化と男らしさ

他方で、この間の言説レベルにおける大きな変化は、「男性不妊」「男性更年期障害」を中心とする「男性身体の医学化」とも呼ぶべき事態が起こっている。この潮流は、2006年に「日本メンズヘルス医学会」や2014年に泌尿器科位専門医によるNPO「男性不妊ドクターズ」が設立されていく流れとも関係があるように見受けられる。例えば、医師・医学博士による男性医学の本をピックアップしてみると、次のようなものがある。

梁長千鶴、2009、『男性不妊—効果的な薬膳療法』（東方栄養新書シリーズ）メディカルユーコン
石原結實、2009、『男を持続させる食べ物、生き方』ベスト新書
石川智基、2011、『男性不妊症』幻冬舎新書
岡田弘、2013、『男を維持する「精子力」』ブックマン社
蓮村誠、2013、『男のからだが甦る食、老ける食「体力・気力・精力」を復活させる26の法則』PHP文庫
堀江重郎、2013、『ヤル気がでる！最強の男性医療』文春新書
秋下雅弘（監修）、2013、『男性ホルモンの力を引き出す秘訣』大泉書店
鶴見隆史、2014、『男性機能を高める本 精力減退は酵素不足が原因だった』マキノ出版
小堀善友、2014、『妊活カップルのためのオトコ学』メディカルトリビューン
小堀善友、2015、『泌尿器科医が教える—オトコの「性」活習慣病』中公新書ラクレ

媒体を見て分かる通り、男性通勤者が手に取りやすいよう設計されている新書媒体が多い。そして、ここに「更年期」「ホルモン」に関連する書籍を入れればより多くの著作がヒットすることになる。

もちろん「不妊」は検査を受けて初めて分かる身体状況なのだから、当初から医療領域のものであることはわかる。しかし、重要なのは、その男らしさとの結びつき方である。例えば、これらの著作は、「男を維持する」とことと「精子力」（岡田）、「男を持続させる」とことと「生殖力」（石原）のように、「男らしさ」を性的能力と生殖能力に容易に還元する。こうした語りは珍しくなく、前傾ヒキタも「子どもがそんなに欲しければ、もらってくればいいじゃん、なんてことを簡単に言う人間もいる。私だって以前はそうだった。しかし、不妊治療を始めてみて、子どもが好き、子どもが欲しい、というのは、ちょっと違うのだ、と思った。／自分には生殖機能があるのかどうか、そこを見極めた

い、という欲求があるのでは、と感じた」(ヒキタ 2012: 132) というように、医学言説と非医学的な感覚はあまり大きく変わらないように読み取れる。

こうした男性身体の医学化は、そんなに古い傾向ではない。医療社会学者のピーター・コンラッドによれば、男性医療は女性に比べ医療化の影響を受けてこなかったが、「部分的には故意に」医療化されてきたことになる(Conrad 2007: 23-25)。すなわち、男性の身体が医療の(潜在的な)市場で構築されていくことを意味する。と同時に、それらは「健康的」および「正常な」男性の身体機能を再定義するラベルあるいは治療によって、日常化していく(Conrad 2007: 44-45)。

さらにコンラッドは、重要な指摘を行なっている。男性医療の歴史的経緯は、「研究者たちは生殖能力よりもむしろ、男らしさにより興味を持っていた。『彼らは自分の能力を生殖することによって男性を定義したのではなく、彼の男らしさによって定義した』のように(Rothman and Rothman 2003: 136)」(Conrad 2007: 28)、医療行為に男らしさが先行している。すなわち、生殖能力でもって男らしさを定義するのではなく、男らしさを定義するために生殖能力は必要なのである。生殖能力があるから男らしいのではなく、男らしくあるためには生殖能力が必要不可欠なのである。それゆえに、コンラッドは、それらが「加齢」「老化」「老い」と関係し、「更年期」「薄毛」「勃起不全」といった作られた病や症状(それ以上手を加えなくても身体自体が悪化するわけではない症状)への医療の介入になっていったと論じる。

以上のコンラッドの図式を現代の男性不妊の医学市場化という自体に当てはめることは可能だろう。男性不妊それ自体は、放置しても当人の身体になんら「悪化」をもたらさない。しかし、「生殖」という「男らしさ」を維持するためには「妊孕力」を重要な要素と捉えている、ということがわかる。と同時に、晩婚化が女性の身体だけではなく、男性の身体もこの市場の拡張に寄与すると考えられていることを反映している。そして、何より重要なのは、「男性はいつまでも女性を孕ませることができる」という性的能力と生殖能力の男らしさの幻想を、医療が破壊し、医療が「妊孕力」という新たな「男らしさ(とその欠損)」を積極的に再定義していく形になっている。

#### 4 男性不妊・セクシュアリティ・老い

男性医療が「加齢」を理由として「男らしさ」の維持をもたらす目的で始まったというコンラッドの指摘を考慮すれば、男性不妊もその一連の文脈にあるのではないかと考えられる。すなわち、上記一般医学書から男性不妊の医療化の過程で、この3つの要素が結びついて医療商品になっている現象を確認できる。コンラッド自身は男性の不妊についてほとんど何も語らないが、例えば、前述岡田弘の著作は、35歳で精子が加齢することを指摘している（岡田 2013: 78-85）。雑誌言説においても、「男性も妊娠力低下！ 35歳からひそかに進む「精子の老化」とは」（女性自身 11月23日（水）6時0分、BIGLOBE ニュース [https://news.biglobe.ne.jp/trend/1123/joj\\_161123\\_0133956896.html](https://news.biglobe.ne.jp/trend/1123/joj_161123_0133956896.html)）という記事では、「日本生殖医学会の報告でも30歳代の精子と50歳代の精子を比較したところ、精液量は3～22%、精子運動率は3～37%、精子正常形態率は4～18%低下するとされている」と紹介されている。実質、射精障害やEDを除けば、現在男性不妊の中で、濃度・運動率・正常形態精子率の3つとも低い「OAT症候群」が全体の3/4にあたる。

すなわち、「晩婚化」「男性不妊」と男性身体の「老い」は医療市場と如実に関連しているのではないかと考えられる。男性の性的能力と老いの関係は、「男性更年期障害」の治療においても関わりがあり、治療によるテストステロン値やその他の数値と体調への自覚症状が改善してもなお「治療」を続けるのは、「下半身」の元気のためであるという語りを確認される（奥田 2015: 5章）。

この点を最も早く論じた人物の一人が、シモーヌ・ド・ボーヴォワール（1970=1972）ではないだろうか。彼女によれば、「老い」は「不可逆で不利な変化」（Beauvoir 1970=1972: 17）であり、「内分泌腺の退行は、老化の最も一般的で顕著な結果の一つであり、性器官の退行をとまなう」。「（… [精子形成の停止についての一般的な法則はないが：倉橋注]）勃起は若年の時よりは二倍ないし三倍も遅い」（Beauvoir 1970=1972: 34）。そして、「老いの問題が権力の問題であるとすれば、それは支配階級の内部で提起されるだけである」（Beauvoir 1970=1972: 103）とボーヴォワールは指摘する。つまり、「老い」が客観的な基準で提起されるのではなく、文化的・社会的要因を前提として経験されたり、意味付けられていくことを彼女は指摘している。それは、「男性性」

「男らしさ」がまさに文化や社会によって規定されるのと同様の機序のなかにあることを意味している。

さて、男性と生殖（不妊）、セクシュアリティ、医学化される精子の「古い」はどのように関連しているのか。これまで男性の医療が「男らしさ」を保つために行ってきたことは、ある程度当人にとって可視的領域や認知可能な領域だった。しかし、精子の老いは、不可視・認知不可能な領域の老いである。それゆえに、雑誌言説によく出てくるような「ガンの告知よりも衝撃を受ける」といった語りがなされるのが男性不妊なのではないか。ともすれば、生殖能力の老いは、新たな男性の老い＝男性性の弱体化、と捉えられうる対象ではないのか。

もしそのように考えることができるのであれば、勃起不全のような性的能力の老いと男性性の欠如というアイデンティティ問題に加え、生殖能力の老い（精子の加齢）が男性性の欠如と繋がり、「性支配」における支配的階級であるアイデンティティの欠落を意識されることにつながるのではないのか。

## 5 おわりに

「妊孕力」という言葉が示すように、「孕ませる性」「産ませる性」としての役割を果たせない男性は、女性に「産む性」としての役割を担わせる根拠を失っており、既存のジェンダー秩序において支配的なポジションを維持できないと感じている（のかもしれない）。資料が少ないが、そう思わざるを得ない。

しかし、私が見てきたような商業言説における男性不妊者自身が語る傾向は、不妊原因はどうあれ、性的能力の不能は告白されず、結果として（生殖技術を使っても）拳兇していることを前提に書かれた「成功例」だけである。すなわち、書き手は「孕ませる性」「産ませる性」として成功者であることがカミングアウトの前提になっていると思われる。そのため、妊娠後の記述は非常に薄い。それは裏返せば、無精子でも、老いてもなお男性のメンツを保てた者の「勝利宣言」にも読める。

こうした「男らしさ」の維持において、まず性的能力の保護が生殖能力の有無よりも優先され、そこからさらに性的能力の維持をバックアップしているのが、生殖能力なのかもしれない。なぜなら、それらの語りに性的能力の老いは

語られないからである（セックスレスは語られるが、性的能力の問題ではなく関係性の問題である）。と同時に、医学言説もまた「男らしさ」の維持を前提としているため（そして、医学市場拡大のため？）、「孕ませる性」の男性性を強化する規範を再生産している。それがメディア言説（＝商業言説、売りもの）になるということは、送り手側の編集意図として既存の男性性との共犯関係を賭け金にしている。

従来「孕ませる性」は性的能力と生殖能力と関係があり、もし仮に男性が原因の不妊の場合であっても、それは判然とせず、「女のせい」（女性の不妊、女性の性的魅力のなさ、女性の加齢など）に還元していた。そうして「男らしさ」を保ってきた。しかし、男性身体の医学化が、性的能力と生殖能力を切り離れたことによって、「男のせい」（男性不妊症）を作り出すと、性的能力の男らしさを維持し、生殖能力の男らしさを技術を使ってでも証明・維持し（かつそこにセクシュアルな意味を付与し）、性的能力と生殖能力の老いに抵抗しないと男らしさを維持できないように変化したのではないか。

だが、他方で別の疑問を抱かざるを得ない。それは、取り扱った商業言説が異性愛主義や男性規範に強く同一化した男性の語りであり、その中で性的能力と生殖能力を結果として維持できた「成功譚」であるわけだが、既存の（ヘゲモニックな）男性規範から距離をとる男性はどのように考えているだろうか。若い人たちはどのように考えているだろうか。そして、それが語りにくいものとして抑圧されているのではないか。この点を今後の課題にしたい。

## 注

- 1) 医療文献を除けば、まとまった研究としては、Mason (1993)、Barnes (2014) などがある。いずれも男性不妊治療における男性の苦悩（例えば、スティグマや採精室の配慮のなさへの嫌悪感）を記述する。そして、その他の傾向としては、不妊の受け入れなどを論じるものがあるが、それらも看護学などの領域に限られている傾向がある。
- 2) 「男性性」は社会構築主義の文脈で理解され、「男性性」は一方で個々の男性を超えた社会的事実であるが、男性とされる人々に生産・再生産される。男性は、男性性によって意味付けられる客体であると同時に主体でもある。

それゆえ、男性性は女性性との差異や他の男性性との相互作用の中で構築される（男らしくない男性性もありうる）。

- 3) 堀田夫妻の場合、妻の子宮内膜症が主な原因。村橋の場合は、原因は女性の加齢（主婦の友社の妊活雑誌『赤ちゃんが欲しい』連載）。
- 4) 「本当にキツかった。打ちのめされて、心はズタズタ」（Mason 1993: 79）  
といった語りがあると同時に、AIDの際に、自分の精子を混ぜたり、人工授精直前に妻と性行為を持ち、自分の子であると信じ込もうとするなどの男性の態度が報告されている（Mason 1993: 124）。

#### 参考文献

- Barnes, Liberty Walther., 2014, *Conceiving Masculinity: Male Infertility, Medicine, and Identity*; Temple University Press
- Beauvoir, Simone de, 1970=1972, *La Vieillesse*. Gallimard. (=朝吹三吉訳、『老い』人文書院)
- Conrad, Peter., 2007, *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Baltimore: The John Hopkins University Press.
- ダイヤモンド☆ユカイ、2011、『タネナシ。』、講談社
- Gannon, Kenneth. Glover, Lesley. Abel, Paul., 2004 "Masculinity, Infertility, Stigma and Media Reports". *Social Science & Medicine* Volume.59, Issue 6, pp1169-1175.
- ヒキタクニオ、2012、『「ヒキタさん！ご懐妊ですよ」男45歳・不妊治療始めました』光文社新書
- 堀田あきお・堀田かよ、2011、『不妊治療、やめました。～ふたり暮らしを決めた日～』、ぶんか社
- 北原恵、1999、「境界攪乱へのバックラッシュと抵抗——「ジェンダー」から読む「環境ホルモン」言説」、『現代思想』1月号 pp238-253、青土社
- 倉橋耕平、2012、【研究ノート】「『男性と不妊』をめぐる研究動向——男性のリプロダクティブ・ヘルス／ライツへ向けて」『科研費報告書：生殖と身体をめぐる“自然主義”の再検討』（代表大越愛子）

- 倉橋耕平、2014、「男性性への疑問」、大越愛子・倉橋耕平編『ジェンダーとセクシュアリティ 現代社会に育つまなざし』、pp29-46、昭和堂
- Mason, Mary-Claire. 1993 *Male Infertility-Men Talking*: Routledge
- 森岡正博、2005、『感じない男』、ちくま新書
- 村橋ゴロー、2016、『俺たち妊活部』、主婦の友社
- 奥田祥子、2015、『男性漂流 男たちは何におびえているのか』、講談社 + a 新書
- 田中俊之、2004、「『男性問題』としての不妊——〈男らしさ〉と生殖能力の関係をめぐる」村岡潔・岩崎皓・西村理恵・白井千晶・田中俊之『不妊と男性』 pp193-224、青弓社
- 与那原恵、2001、「ノンフィクション 男性不妊」①～④、『週刊朝日』1.5号～2.2号、朝日新聞社
- 由井秀樹、2015、『人工授精の近代——戦後の「家族」と医療・技術』、青弓社

由井 秀樹

## 1. はじめに

「男性であること」と生殖能力の関係性が明示的に問われるのは、男性が自身の生殖能力の欠如という自体に直面したときである。しかし、不妊原因は男性にも存在するにも関わらず、人文・社会科学分野では男性と不妊をめぐる問題はほとんど研究されてこなかった。国内の数少ない先行研究として、村岡潔ほか著『不妊と男性』（青弓社、2004年）がある。同書は、村岡が不妊をめぐる問題について概説し、岩崎皓が男性不妊の医学的な解説を行い、西村理恵が不妊女性を支える男性の姿を描き、白井千晶が医学書の記述から男性不妊の歴史を検討し、田中俊之が男性学の視点から男性不妊の問題を検証している。この中で、田中の論文が本稿の問題設定との関係で重要になる。ここでは、男性の生殖不能＝精子の欠如が男性性の喪失として不妊男性本人に認識されること、男性に生殖能力が存在することは暗黙の前提として認識されているが故に生殖不能の宣告は男性性の喪失に決定的な打撃を与えること、精子の欠如する男性は周囲から性交不能だと誤解される場合があること、「『産ませる性』としての役割を果たせない男性は、女性に『産む性』という役割を担わせる根拠を失っていて、既存のジェンダー秩序内での自分のポジションを確保することができない」ことなどが指摘されている。荻野美穂は、Masonが行った不妊男性への取材<sup>1)</sup>から「男の『孕ませる性』としての側面は、『貪る性』や『犯す性』の側面に比べればこれまで総じて不可視であり、男性自身にも明瞭には意識されていなかったとしても、決して不在だったのではなく、男の性アイデンティティの形成・維持・再生産にとって、不可欠な前提としての重要な意味を持っていたことを示唆している」と指摘している<sup>2)</sup>。また、男性不妊を主題にしているわけではないが、東京女性財団の『女性の視点からみた先端生殖技術』では、女性42名、男性12名に対する聞き取り調査の報告が掲載されており、調査を受けた考察で江原由美子は、男性の不妊が性的能力の文脈に位置づけられ

ることで、男性自身が不妊を強くスティグマとみなす点、男性が自身の不妊を強くスティグマ視することが「男性の不妊症についての社会的認識の形成を、女性以上に困難なものにしている」点などを指摘している<sup>3)</sup>。

泌尿器科医の岡田弘の『男を維持する「精子力」』（ブックマン社、2013年）にみられるように、「男であること」と「精子の有無」は深く関連づけられているし、書籍のタイトルとして採用されるように、「男を維持する」を前面に出すことは販売戦略上有効だと判断されたようである。岡田は、自身のもとをおとずれた男性不妊患者を調べた結果、95%にうつ症状がみられたという<sup>4)</sup>。また、倉橋耕平は歌手のダイヤモンド☆ユカイの『タネナシ。』（講談社、2011年）を分析し、同書の後半部で精子の欠如が男性性の喪失と深く結び付けられている一方で、前半部に独身時代の「絶倫セックス・ライフ」が記述されていることから、性交不能ではないことを強調していると読み解く<sup>5)</sup>。田中雅一はインポテンツや短小、早漏やその原因とされる包茎が性行為において女性を満足させることができないという点において、男性性の喪失に結びつくことを指摘し<sup>6)</sup>、1930年代に出版された衛生関連の雑誌記事を分析した川村邦光はインポテンツを「男らしさの病」と位置づけるが<sup>7)</sup>、生殖能力と性交能力が男性性の構成要件であるとするならば、『タネナシ。』では男性アイデンティティの維持のために、少なくとも一方が保持されていることを示さなければならなかったわけである。

男性不妊研究が少ないことも含め、上記のような指摘は、洋の東西を問わず該当するようであり、このことは、*Reconceiving the Second SEX: Men, Masculinity, and Reproduction* (Inhorn et al. Berghahn, 2009)にも表れている。上記の論点のほかにも、例えば同書でGoldbergはイスラエルの不妊クリニックなどへのフィールドワークから、女性不妊患者よりも男性不妊患者の方が調査目的での接触が難しく女性不妊の「治療」は公的領域、男性のそれは私的領域に属し、男性不妊は理想とされる男性性と対立することを示唆している。また、Tjørnhøj-Thomsenはデンマークでのフィールドワークから、男性不妊はインポテンツなどの性的不能と関連付けられること、不妊原因が自分であろうとも医療的介入の中心がパートナー女性になることに対する男性の葛藤や罪悪感、文化・歴史的な理由から男性は自身の生殖機能を語るのに困難を抱えている

可能性に言及している。

ここまでで言及した先行研究は、基本的に不妊男性自身の語りに着目しているが、本研究では視点を変え、不妊男性の妻に注目する。その上で、戦後日本において、不妊男性の妻たちがどのように自身の経験を意味づけてきたか検討する。あえて女性側に注目するのは、男性本人の語りへのアクセスが難しいという理由もあるが、不妊は、原因がどちらにあらうとも、男女で子どもをつくらうとしてもできないときに問題になるのであり、女性による意味付けが、不妊男性の置かれる状況に大きく影響するからである。歴史を検討するのは、日本に限定しても、男性と生殖をめぐる認識枠組みには時代により微妙なニュアンスの差があるはずだからであり、何が変わり、何が維持されてきたのか検討する余地があるからである。こうした作業を通し、男性と生殖をめぐる認識枠組みをより重層的に提示しようと試みる。

## 2. 方法

不妊男性の妻が何を語ってきたか、という歴史を検討するには、過去の資料にあたる必要がある。インタビュー調査によって過去の経験を聞き出せないこともないが、その場合、得られる語り、データにはどうしても現代の価値観が反映されてしまうという欠点がある。本稿では、作業の効率性も考慮し、ある程度コンスタントに不妊に関する情報が掲載される同一の情報媒体、具体的には『読売新聞』の身の上相談「人生案内」欄を分析する、という戦略をとる<sup>8)</sup>。身の上相談には悩みが相談されるわけなので、男性と生殖をめぐる悩みはいかなる構造で問題化されてきたのか端的に分析するのにも適している。また、インタビュー調査で得られるデータは調査者と被調査者の直接的相互作用の結果であり、その意味で調査者を前にして語りにくいことがあると考えられる。匿名の投書による相談は、この問題を克服できる可能性を有していると考えられる。

扱う期間は文字通り「戦後」で、戦後「人生案内」が復活した1949年11月27日から2015年12月31日までである。この期間の記事のうち、子がいないことの原因が男性身体に帰属させられている事例56例を中心に、性と生殖が問題化されている事例を分析する。なお、予め断っておかなければならないが、

これまでも指摘されているように、男性が自身の不妊について語ることはめったになかった。「人生案内」も例外ではないが、幸いにも男性身体が原因で子ができないことを悩む妻の相談はある程度掲載されている（断りのない限り、不妊男性を夫に持つ女性からの相談を引用する。56例のなかで、既婚の不妊男性からの相談事例は2ケース、独身男性からの相談事例は2例）。また、1949年から2015年という長期間に比して56例は少ないのだが、時代順に並べてみれば、何が語られ続け、何がどの時点で語られなくなっていくか、という大まかな傾向を読み取ることは可能である。

### 3. 結果と考察

記事を読み込んだ結果、「夫が原因で妊娠・出産できないことの恨み、とまどい」「夫が原因で辛い不妊治療を受けていること」「子の有無、不妊治療に対する男女の温度差」「非配偶者間人工授精」「性交不能と子がいないことの悩み」という論点が浮かび上がった。以下、それぞれの論点ごとに時代を追いながら事例をみていく。

#### (1) 夫が原因で妊娠・出産できないことの恨み、とまどい

女性が妊娠・出産役割を内面化してしまうことは、男性中心社会からそれを強いられた結果であるとしても、自分ではなく、夫が原因で妊娠・出産できないことに対する恨み、あるいはとまどいが語られてきた<sup>9)</sup>。

夫はいまだに病気したことをかくしています<sup>10)</sup>。私は今まで信じていた夫だけに口惜しく母に相談しましたら、今さら別れたら世間体がわるいからがまんしろと申します。兄弟の少ない私は自分の子供を産むことを望んで結婚したのです。(1950.04.25)

夫は「子供などいなくても、夫婦でしっかり暮せばよい」と言い、私が子供の話をするといやがり、しまいには怒りだします。義母も「子供のことは考えず、趣味をもったら」などといい、私はだまされたも同然です。(1976.05.31)

健康な女に生まれながら、妊娠することのできない悲しみを仕事で紛らわせて

いますが、年齢とともに不安や焦りがつづき、結婚生活に疑問を持ち始めています。夫はできないものは仕方ないとあきらめているようです。私は夫への愛よりも、母親になりたいという願いの方が強く、夫に不満をぶつけてしまうこともあります……離婚も話し合いました。(1990.04.21)

十五年前に結婚、五年間子供に恵まれず、病院に通う毎日で、子供が欲しいあまり、優しい夫をののしり放題でした。(1996.06.12)

夫が無精子症のため、長年、治療と話し合いを続け、結果として、三年前に非配偶者間の人工授精で子どもをさずかりました。夫は子どもをかわいがり、ほぼ満点の父親です。ただ最近、一人っ子なのがかわいそうになり、「二人目も同じ方法で」と夫に聞いてみたら、「もう、一人でいいよ」との返事でした。結婚前から私は子どもは三人は産みたいと思っていました。自分は健康なのに、夫のせいで産めない不幸な人生になっています。理由を知らない義母からは「一人しか産まないなんて」と嫌みを言われ、夫も義母も好きではなくなってきました。どうにもならないことですが、夫に対して、恨みさえもつようになっていく自分も嫌なのです。(2004.02.19)

まさか自分が子どもを産めないとは。しかも自分のせいではなく、夫のせい……自分が幸せでないのは夫のせい、とってしまいます。何も知らない義母は、どうして子どもをつくらなかったのかと遠回しに聞きます。夫も義母も嫌いになってきました。もっと早くに離婚していればよかったのにと考えます。(2008.07.30)

[1996.06.12] の事例に「優しい夫をののしり放題」だったとあるように、1990年代以降には、恨みが頻繁かつ露骨に語られていくようになる。「健康な女に生まれながら、妊娠することのできない悲しみ」(1990.04.21)、「自分は健康なのに、夫のせいで産めない不幸な人生」(2004.02.19)が語られるように、女性自身が妊娠・出産役割と自身の「幸福」を強く結合してしまっているのであれば、男性の生殖能力、すなわち女性に「幸福」を与える力は女性支配の根

拠になり得る。つまり、女性を支配するということが（ヘゲモニックな）男性性の一つの側面であるとするならば、その意味においても不妊に直面した男性の男性性は揺らぐのである。支配の根拠を失ったのみならず、「ののしり放題」のように逆に支配されるのならば、男性性の揺らぎにはますますの拍車がかかるといえる。

あるいは、男性性という概念を持ち出さずとも、不妊男性は女性の「幸福」実現をさまたげる責任を負わされるのである。このことは、[1990.04.21]で回答者の三枝佐枝子（評論家）が「妊娠の可能性については、専門医に相談し、今後も努力を続けましょう。しかし、そのためにご主人を攻め立てて、彼を追い詰めないことです」と語るように、女性によって追い詰められる男性像へ、そして「毎日のように悲しみ、泣いている妻の姿を見ると、本当にかわいそう。どんな言葉をかけたらいいのかわからない。私がこんな体であるために、妻を不幸にしまいました」（2010.03.16）という、男性自身の罪悪感にも繋がっていく。

しばしば、男性の生殖能力が自明視されていると指摘されるのだが、女性の生殖能力も同様であり、生殖能力が行使できないことは、不妊原因が男女どちらにあったとしても、女性にとってより大きな問題になりうる——たとえ女性不妊が男性不妊よりも可視化されているといえども、男女問わず基本的には自身の不妊は子どもができないことが問題化されるまで意識されない——。周囲からの「子どもはまだか」というプレッシャーが女性にかかりやすいことはもちろん、女性自身に妊娠・出産役割と自身の幸福を結びつけさせる環境が存在していることは見逃せない。人生案内の記事からもそれを読み取ることができる。例えば、以下の1950年代の独身男性からの相談事例がある。

女性の究極の目的が子宝を得ることにあり、結婚の目的が子孫の反映のためにあるとすれば、相手を不幸にするような結婚は罪悪とも思われます。（1951.03.12）

他にも、回答者の語りから女性が妊娠・出産を望むことを当然視する語りがみられた。もっとも、回答者は、相談者の女性に共感するためにこうした語りを持ち出し、その上で現状を受け入れさせるような語りに接続していく。

あなたが完全な女性なら、子供が欲しいのは当然でしょう……世の中には子どもがいなくても仲のいい夫婦はたくさんいます。原因が分かってもお互いにいたわりあいながら生きています。(1978.02.07、平井富雄 [精神科医])

女と生まれたら、愛する人の子供を産みたいと思うのはだれしも願うことで、あなたがお子さんを欲しくていら立つ気持ちもよくわかる気がします。(1984.03.15、三枝佐枝子)

子どもを産みたいという願いは、女性にとって当然の思いですから、あなたがそのために努力なさったお気持ちはよく分かります。しかし、あなたはそれに余りにもこだわり過ぎて、本当に大切なものは何かを、見失っておられるのではないのでしょうか。(1990.04.21、三枝佐枝子)

回答者のこうした語りは、女性不妊の事例も含め、2000年代以降はみられなくなる。つまり、少なくとも回答者は女性と妊娠・出産役割の接合を当然視しなくなるのだが、相談者の女性が、たとえ男性中心社会から強いられたものであったとしても、妊娠・出産役割を内面化している傾向があること自体は変わらない。他方、男性については、たとえば、泌尿器科医の小堀善友が生殖の問題について、「女性は頑張り屋で熱心な人が多い」一方、「問題意識が低く、知識も少ない」と指摘する<sup>11)</sup>。ただし、不妊男性は女性を「幸福」にできない劣等感のほかにも、以下の語りにみられるように、男性であっても子どもができないこと自体に対して喪失を覚えることには留意が必要だろう。

(女性不妊の事例で男性からの相談) 勤めを終えて帰っても妻一人ではなんとなくさびしく、近所の子供たちを連れてきたり親類の子供を泊めておいたりしますが、大の子供好きな私に子供が出来ぬとはなんと皮肉なことかとおつくづく思います。(1955.10.05)

(不妊原因不明の事例で男性からの相談) 独身時代から子どもが好きで、一日も早く子どもの生まれるのを待ち望んでいました……職場の同僚が子どもの話

しをするのを聞いて、陰にかくれて涙をふくことがしばしばです。(1968.01.19)

いずれにしても、ここで指摘しておきたいのは、女性の妊娠・出産役割の内面化、あるいは、それを求める社会が、不妊男性の喪失を構成する一つの要素だということである。

## (2) 夫が原因で辛い不妊治療を受けていること

前項と関連するが、夫が原因で=自分に原因がないのに、辛い不妊治療を受けている不満も女性からしばしば語られる。女性不妊や不妊原因不明の事例も含め、女性の不妊治療の経済的・身体的辛さが語られだすのは1990年代以降で、2000年代に入るとこうした相談の数が増加する<sup>12)</sup>。

原因は夫の精子無力症で……不妊治療というのは夫婦一体でしなければならず、これといって悪いところのない私も多量のホルモン注射などで卵巣が異常に反応し、腹水と胸水がたまって入院しました……夫は漢方薬を服用しているのみです。(1994.07.06)

孫を催促する義母に事情を話すと、「早く体外受精をすればいいじゃない。何をもたもたしているの。孫の顔を見せて」。さすがに頭にきました。誰のせいであつらい治療をしているのか。義母が憎くなりました。(2009.01.29)

夫と話し合い、人工授精を行うことにしました。通院が必要で、私は正社員として働くのが難しくなって、退職しました。6回人工授精をしましたが成功せず、体外受精に進む方向です。しかし、心身ともにつらいのが本音です。毎日の注射は痛いし、腹部の張りや痛みにも耐えなければなりません。(2013.11.25)

柘植あづみは顕微授精を例に挙げ、男性に不妊原因があっても施術対象が女性になるという「ジェンダー・バイアス」を指摘し<sup>13)</sup>、三成美保も「妻にならん不妊原因がない場合でも、夫の不妊症を『治療』するために、妻の身体が利用された。妻は排卵誘発剤を投与され、複数個の卵を採取され、胚移植を受

けなければならない」と述べる<sup>14)</sup>。自身に原因がないのに、侵襲を伴う処置を受けなければならない点は、たしかに不満に感じられるだろうし、[2010.03.16]の男性相談者のように、「私のせいで妻の人生を狂わせ、精神的にも肉体的にもつらい治療を受けさせることになりました。妻を母親にさせてあげられず、申し訳ない気持ちでいっぱいです」と、これが男性側の罪悪感にも繋がっていく。

もっとも、男性側の身体侵襲が皆無というわけではなく、顕微授精の際、精巣を切開して精子が回収されることもある。泌尿器科医の石川智基は「術後の痛みについて男性の方は特に心配になるでしょう。実際のところ精巣の外側にある精巣白膜というのが猛烈な下腹部の痛みの原因箇所となります。この精巣白膜の切開距離はほぼ3mm程度ですので、術後1日程度は下腹部に響くような痛みがありますが、軽いことがほとんどです。この切開距離が長ければ長いほど、痛みは大きいように感じます」と解説している<sup>15)</sup>。ダイヤモンド☆ユカイは、「想像しただけで脂汗が出てくる。平たくいうと、玉袋をメスで開いて、金玉に注射針を直接ぶっすり刺して組織をほじくり出すわけだ。男性の読者諸君。君たちなら、おれが感じた恐ろしさを理解してくれるよな?」と、精巣を切開する手技について医師から提案を受けたときの恐怖体験を語っている<sup>16)</sup>。

もっとも、不妊治療に伴う身体的負担は1990年代にはじまったわけではなく、戦前期から開腹を伴う侵襲性の大きな手術は行われていたし、1960年の『主婦之友』にも、「手術のあとは思わしくなく、熱を出したり傷口が化膿したり、いたんだり、退院後も水戸の実家から病院がよいの毎日がつづきました」という子宮の位置異常のため不妊とみなされ手術を受けた女性の体験談が掲載されていた<sup>17)</sup>。排卵誘発や体外受精の際の採卵に伴う身体への侵襲は比較的新しいことだとはいえ<sup>18)</sup>、1990年代以降に不妊治療の身体的負担が顕在化しただけである点は指摘しておく必要がある。男性側についても、顕微授精のために精巣から直接精子が採取されるようになったのは最近のことだが<sup>19)</sup>、それ以前にも、1950年代から造精機能を調べる目的で精巣組織の採取が行われ、それには疼痛が伴ったようである<sup>20)</sup>。

自身に原因があり、妻の治療負担への罪悪感があるからこそ、男性は恐怖を想起させる措置にも応じていくという面もあろうが、それを回避する、あるいは

は、それをしても妊娠・出産に結びつかないというパターンもありうる。回避戦略には、不妊治療に消極的な男という属性が付されうるが——もちろん、消極的な理由は身体的侵襲への恐怖感のみで説明できるわけではない——、これは「子の有無、不妊治療に対する男女の温度差」という形で顕在化する。

### (3) 子の有無、不妊治療に対する男女の温度差

「夫が原因で妊娠・出産できないことの恨み、とまどい」で言及したように、女性の妊娠・出産役割の内面化とも関わるが、子の有無、そして不妊治療に対する男女の温度差は語られ続けてきた。

夫は「子供などいなくても、夫婦でしっかり暮せばよい」と言い、私が子供の話をするといやがり、しまいには怒りだします。(1976.05.31)

私としては、ぜひ夫に治療を受けてほしいのですが、夫はその気がないらしく知らん顔です。私が重ねて頼みますと「そんなに欲しがるなんて異常だ」と怒ります。(1978.05.27)

「子供のいないのがそんなにいやなら、出て行こうと別れようとお前の勝手だ」と申し、私の寂しさをわかってくれないみたいです。(1980.05.21)

「実は射精できない」と言われました。独身の時からだそうです。病院に行くように勧めても、しぶるだけです。診察していただくとすると、何科に行ったらいいのでしょうか。このような病気は治るものなのでしょうか……夫に対する不信感から離婚まで考える毎日です。(1990.05.28)

原因は夫にあることから、夫は医師に泌尿器科へ行くよう勧められましたが、「恥ずかしい」と言って行こうとしません。夫の両親は私にばかり「病院に行ってるか」「子供のできないような息子を産んだ覚えはない」「食べ物が悪いのではないか」などと言います。夫にそのことを言っても「早く孫の顔が見たいんだろう」とまるで他人事で、私が傷ついていることもわかってくれません。こ

のことを除けばいい夫で、夫婦仲もいいのですが。(1993.10.02)

概して、男性よりも女性が不妊治療に積極的であり、たとえ女性不妊のケース、あるいは原因不明のケースであっても、この構造は維持される。直後に引用する不妊原因不明ケース [1996.10.09] の事例に「どんなに泣いて説得しても協力してくれません」とあるように、夫は「協力」する立場であり、不妊治療の主体はあくまでも妻なのである。男性不妊の場合に問題になるのは、妊娠・出産ができない「責任」が男性にあるとみなされるにも関わらず、「責任」を果たそうとしないと解釈されることである。

おそらく、男性が消極的になる理由はかなり重層的である。一つには、本当に子どもの有無に対する関心が低いか。あるいは、「夫が原因で辛い不妊治療を受けていること」で言及した身体的侵襲が尾を引いているか、それを恐れるか。もしくは、検査、治療の恥辱体験が尾を引いているか、それを恐れるか。恥辱経験について、不妊原因不明事例の [1996.10.09] から夫の率直な思いをうかがい知ることができる。

仕事をしながら不妊治療に通っていますが、原因は分からず見通しがつきません。主人は優しい性格ですが、内向的でプライドが高く、やっと行ってくれた不妊外来での診察にこりて「あんな屈辱を味わうなら、子供は要らない」と言います。それ以来、どんなに泣いて説得しても協力してくれません。(1996.10.09)

検査段階で文字通り男性は全てをさらけ出す——それは女性も同様であるが——。たとえば、しばしば「男らしさ」と関連付けられる「大きさ」、あるいは包茎であることにコンプレックスを持っている場合、診療は憚られるだろう。歌代幸子の不妊男性への取材では、「珍しい症例」だったため、「多くの研修医や看護師たちの目にさらされ、屈辱的な思いを味わったという」事例が記述されている<sup>21)</sup>。さらに、精液検査や触診にとどまらず、精液量が少なく、射精管閉塞が疑われる場合には、「経直腸的（肛門からエコーのプロローベを挿入）に前立腺付近の形態を超音波にて観察すること」もあるというが<sup>22)</sup>、これは男性同士の性交で、いうならば「犯される」側の経験を想起させうる。つまり、

診療場面においては「犯す性」というアイデンティティに揺らぎが生じうるのである。また、後の議論とも関連するが、江原は「男性は、不妊症という問題を、性的能力という文脈に位置づけがちになる。男性が検査をいやがるのは、おそらくこのことが影響しているのではないかと思われる。男性は、検査を自分の性的能力を検査するものとして受け止めてしまいがちなのであり、検査されること自体が『男としてのプライド』を傷つけられることのように感じてしまいがちなのだ」と指摘する<sup>23)</sup>。

精液検査についても、考察が必要だろう。小堀は「夫が精液検査を受けるまでに数年かかるという夫婦もいますしね」と解説する<sup>24)</sup>。要するにマスターベーションを行うわけだが、これに対する意味付けは、赤川学が詳細に歴史を検討したように、変遷をたどってきた<sup>25)</sup>。すなわち、性欲処理法としてのマスターベーションは戦前・戦中期のタブー化から、戦後、徐々に必要なものとみなされるようになっていった。マスターベーションのタブー視を示すエピソードとして、戦後間もなくの1950年代に、夫婦間の人工授精においてマスターベーションによる精液採取を夫が拒んだため、病院内の「特別室」で性交を行わせ、膈内に出された精液を吸い取り、子宮に注入した事例もあった<sup>26)</sup>。今日ではマスターベーションのタブー視はなくなったといえども、ダイヤモンド☆ユカイが「つまり、アレか？オナニーしろっていうわけ？」「検査のためとはいえ、エロビデオでオナニーする虚しさには耐えられない」と回顧するように<sup>27)</sup>、恥辱体験と認識されること自体に変わりない。

男性が通院に消極的なことについて、石川は「『男のプライド』が受診の妨げになっていることは言うまでもありません」と指摘する<sup>28)</sup>。また、「人生案内」の回答では、心理学者の大日向雅美は「男性に原因が疑われる場合は検査を拒絶する夫も少なくありません。不妊の原因が自分にあることを認めるのは男性性（男らしさ）が否定されるという不安を強く抱くからだと言われています」（2004.07.31）と述べる。つまり、「男のプライド」や男性性の喪失という観点から検査そのものを恐れるのか、検査結果を恐れるのか、という二重の恐れが存在しているといえるのだが、単純に「子どもが欲しい」という願望と恥辱経験（の予想）等を比較衡量した結果、通院に積極的になれない面もあるだろう。

他方、夫が治療に「協力的」であったとしたら、別の問題が浮上する。江原

は、不妊が女性の問題として構成される社会通念によって、不妊治療を行う病院が「～産婦人科病院」や「レディス・クリニック」で行われることになり、これによって男性の足がいつそう病院から遠のく事態に至っていると指摘する<sup>29)</sup>。しかし、子がほしいという積極的な理由、妻への罪悪感という消極的な理由のいずれにしても、男性の足が病院に向かうことになれば、その分、妻は治療による精神的・身体的苦痛を引き受けなければならない。逆にいえば、夫の「非協力」により精子が得られなければ、体外受精、顕微授精はできない、しかし、体外受精、顕微授精に伴う身体的、精神的侵襲を女性は引き受けなくともよいのである。

#### (4) 非配偶者間人工授精

夫の精子による妊娠可能性が途絶えた際、選択肢として浮上するのが戦後間もなく日本に導入された非配偶者間人工授精である。しかし、提供精子を使用するという意味において、この選択肢には様々な評価が下される。相談者の女性の語りをみてみると、大きく二つのパターンに分かれる。一つは、夫が主導するが妻は積極的になれないパターンである。

主人は毎日ホルモン注射をしています、もし、これでも出来そうもなければ人工授精をしようといいますが、私はいやです。生きる望みを失った私は、何度死のうかと思ったか知れません。(1957.08.12)

人工授精という方法も考えてみましたし、事実、夫はこれを強く望んでいるのですが、私ども夫婦の間柄ではそれも自信がないのです。(1978.08.18)

わざわざ身の上相談欄に相談しているので、相談者の女性は非配偶者間人工授精に否定的、もしくは迷っている。精子提供者の匿名性や、非配偶者間人工授精を受けたことを夫婦の間で留めておくよう求められてきたこととも関連するが<sup>30)</sup>、金城清子が「医師と夫婦さえ秘密を守れば、男性不妊の事実を隠蔽し不妊でない夫婦として、伝統的なイメージに適合した家族を形成できる……DIは、日本でも、外国でも、夫の不妊の隠れ蓑として秘密に実施されてきて

いる」と指摘するように、夫が自身の不妊を隠蔽するために、妻の意に反して非配偶者間人工授精を強いる、というパターンもあったと考えられる<sup>31)</sup>。

他方、女性が主導するパターンもあり、これには妊娠・出産役割の内面化が関わってよう——ここに挙げた事例では、夫の反対、あるいは消極的容認、もしくは義父母の反対が語られている——。

私としては自分に異常がないのですから、どうかして子供を産みたいのです。人工授精も考え、これには夫も同意してくれたのですが、もし夫と別れた場合、父もわからぬ子を育てるのはあわれでもあり、気持の整理がつきません。(1978.02.07)

私たちはとても子供好きですが、主人は、養子や非配偶者間人工授精ではいやだと言っています。(1984.03.15)

私はドナー法（非配偶者間人工授精）で子供を産みたいと思いました。最初、夫はこのまま二人で暮していきたいと言っていたのですが、私の気持を理解し、産んで育てようと言ってくれました。しかし、夫にとっては血のつながらない子になるわけで、本当に私のわがままを通して産んでもよいものかどうか迷っています。(1992.07.23)

医師には、非配偶者間の人工授精を勧められましたが、義父母に「血のつながらない子はいらない」と反対されました。(2000.07.29)

夫が無精子症のため、長年、治療と話し合いを続け、結果として、三年前に非配偶者間の人工授精で子どもをさずかりました。夫は子どもをかわいがり、ほぼ満点の父親です。ただ最近、一人っ子なのがかわいそうになり、「二人目も同じ方法で」と夫に聞いてみたら、「もう、一人でいいよ」との返事でした。結婚前から私は子どもは三人は産みたいと思っていました。自分は健康なのに、夫のせいで産めない不幸な人生になっています。(2004.02.19)

1940年代から50年代にかけての産婦人科医の言説を分析した由井は、非配偶者間人工授精は夫に原因があり妊娠・出産役割を遂行できない女性の救済手段として位置づけられていたことを指摘したが<sup>32)</sup>、女性が主導するパターンはこうした指摘と親和的である。この場合、夫は非配偶者間人工授精に同意することはあったとしても、それは消極的容認である。その背景には、ここまでの議論で度々言及してきた男性の罪悪感、すなわち、妻に妊娠・出産役割を担わせられない罪悪感、妻に不妊治療の負担を引き受けさせる罪悪感の存在が示唆されよう。

#### (5) 性交不能と子がいないことの悩み

「はじめに」で言及したように、先行研究ではしばしば生殖不能の男性が性交不能とみなされることに葛藤を覚えることが指摘されている。しかし、泌尿器科医の岡田、石川、小堀の書籍では、性交不能、すなわちインポテンツも不妊原因の一つとして語られているし、戦前期からの泌尿器科学の教科書も同様であった<sup>33)</sup>。「人生案内」でも夫の性交不能により妊娠できない女性の悩みが掲載され続けてきた。

いまだに肉体関係を致しておりません……子供の1人ぐらいはほしいと思いますのに、こんな有様ではいつになって恵まれることかわかりません……夫は性的不能者なのでしょうか。いっそ別れた方がよいのでしょうか。(1953.08.12)

夫が不能者だということを知りました。その後はずっと夫は治療を続けていますが、まだ効果があがりません……親類が2、3集まって相談の上、離婚するよう私に申しますが、私としてはどうしたらよいかわからなくて困っています……子供も望めない私の未来は余りにも暗い気持ちに閉ざされます。(1956.09.19)

子供がほしいからと頼むのですが、夫はいっこう応じてくれず、けんかの末、暴力を振るわれることもあります……私はまだ子供がほしいのです。いままでに、なんとか別れようかと考えました。(1975.12.22)

(男性本人からの相談) ストレスのせいかな能になってしまいました。以来、妻とは一度も夫婦関係がありません……先日「子供もほしいし、病院に行ってくちんと治してくれないのなら離婚したい」と言われ、大変ショックでした……病院に行くのにはとても抵抗があります (1995.06.05)

転勤などのストレスで四年ほど前から性的に不能になってしまいました……そろそろ子供もほしいですし、ずっと今の状態だったらどうしようとする毎日、健康まで害してしまいました。(1996.05.09)

夫に聞くと、「疲れがたまって、だんだん性的に不能になった」と告げられました。私は夫に同情し、夫も私に対して「申し訳ない」と言います。でも、私としては二人目の子どももほしいのです。夫と何度も話し合い、治療してほしいと頼みましたが、「男のプライド」のようなものが邪魔するのか、病院には行ってくれません。(2000.09.27)

結婚して十五年になりますが、夫とのセックスは新婚時代に一、二度だけで、その後まったくありません。夫に病院に行ってほしいと何度も頼み、一年前、やっとのことで専門医に診てもらいました。その結果、心因性の機能不全と診断され、治療を続けています……今でも、夫を愛しており、人格的にも尊敬していて、関係が回復することをひたすら望んでいます。でも、なぜもっと早く治療してくれなかったのかと思うと、胃が痛くなり、夜も眠れなくなります。年齢的に出産も限界になりつつあり、最近では、真剣に離婚を考えるようになりました。(2002.05.14)

上記の相談事例には、性交ができない(応じてもらえない)悩みと、それに伴い子どもができない悩みが混在して語られている。また、生殖不能の男性が通院に消極的であることと同様、性交不能の男性も積極的に受診行動をとるわけではないようで——インポテンツが医療化していることを同時に読み取ることができる——、これも妻の悩みとして構成される。泌尿器科医の白井将文らが2000年に行った調査(男性2034名、女性1820名が回答)によると、男性

回答者の29.9%がEDを自覚し、女性回答者の名の30.1%がパートナーのEDを認識しており、医療機関に相談したのは4.8%であり、「日常生活にさほど影響がない」「困ったことがない」「セックスに関心がない」「恥ずかしい」「どこかの病院に行ったらよいかわからない」などが、医療機関を訪れない理由、あるいは、受療阻害要因として語られた<sup>34)</sup>。もっとも、生殖不能の場合と異なり、治療対象は男性に限定されるので——妊娠・出産のみが目的で、性交不能の治療を放棄し、生殖補助技術に頼る場合は女性も関与せざるを得ないが——、女性身体への侵襲はさほど問題にならない点には留意が必要だろう。

こうした悩みに対する回答は、1960年代を境に大きく異なる。50年代の回答をみてみよう。

精神的に異常なのか、肉体的に不能者なのか、いずれにしても妻をめとる資格のない男性です……医学の力でもいかんともなし得ぬ夫ならば、それを秘して結婚した男を憎み軽蔑して早く離婚なさる方が賢明でしょう。不自然な妻の座から勇気を出してたち上って下さい。気の毒な夫だという考え方もありますが、妻の幸福を度外視して方便に結婚した男は許してはなりません。(1953.08.12)  
(美川きよ [作家])

結論から申し上げますと私もお姉さんや、ご両親のおっしゃること(離婚)が当を得ているように思います……結婚は心も肉体も相和してこそ健全な形。(1956.09.19) (戸川エマ [作家])

上記は別々の回答者の語りだが、双方とも子どもができないことよりも性交不能であることを問題視し、離婚を勧める——生殖不能のみが問題化されている事例では、不妊原因が男女どちらにあらうとも、時代を問わず回答者から離婚は否定される傾向にある——。性交不能がより問題化されることは、1950年代の独身男性の相談事例からも読み取れる。

5年前、ある事情から(不行跡のためではない)生殖の道を断たれました。性欲は常人と変わりませんが前途を考え、あるときは自殺さえ考えました……縁

談もありますが相手に性的満足は与えられても女性の究極の目的が子宝を得ることにあり、結婚の目的が子孫の反映のためにありとすれば、相手を不幸にするような結婚は罪悪とも思われます。(1951.03.12)

ここで、相談者の男性はわざわざ「性欲は常人と変わりません」と断っており、それに対して回答者の山本杉(医師)も「自然はあなたから性欲まで奪おうとはしなかったのですから、その欲望の中に生殖するのではないから罪悪だなどと考えずに正直に人間のよろこびにひたることを幸福だと思えばよいのではないでしょうか」と答えている。1960年代でも、子の有無には言及されず夫の性交不能を悩む相談に対し、回答者の木々高太郎(生理学者)は「現在の常識からすれば不能を隠して結婚することは一種のサギにもひとしい行為です」(1964.02.06)と断罪している。

この時代の「人生案内」の回答は、「民主的」な「近代家族」を展望した当時の家族論の影響を強く受けている。たとえば、渡辺秀樹・池岡義孝監修「戦後家族社会学文献選集」第Ⅰ期第4巻の北村達『近代家族』(1955年→2008年)には、「夫婦の愛着は性的差異に基づくものであり……夫婦は自由に性的欲望を満足出来るのである……近代家族では此の機能が前面に押し出して、夫婦の中心的機能となつている。又此の性的機能は排他的、独占的な点で、夫婦関係の安定を図つている」「近代家族に於ける性的機能は直ちに生殖的機能を伴うものでないが……夫婦は共同の子を持つ事によつて、夫婦生活の単調から救われようとするのであろうから、大部分は妻の愛する夫を通じて、子を得たいと考えるだろう。結婚生活に於ては恋愛時代の様に燃える様な情熱を持ち続ける事は不可能である。次第に情熱は冷めて、不安定から安定化した生活となるが、此の時に起る倦怠感を救つて呉れるものは子供であり」という記述がある<sup>35)</sup>。こうした議論に従えば、子どもができないことよりも、性交ができないことが問題になるのである。

相談者の語りでは、その後もしばしば離婚に言及されるが、1970年代以降の回答者の語りは、相談者をたしなめるようになる。たとえば、[1975.12.22]で平井富雄は「子供を産みたいのは母性本能でしょう。性のいとなみの喜びを味わいたいのは女性本能でしょう、その両方が満足されない悩み、それがあな

たの心も混乱を招いているのです……夫婦とは『性』のみにあらず、『子供』のみでもないことをお忘れなく」と語っている。

「男性性」の喪失という観点では、あくまでも「人生案内」という言説空間に限定してのことではあるが、生殖不能よりも性交不能で問題にされてきた。生殖不能を男性性と関係づける語りは、2000年代の大日向雅美の回答にみられるだけである。他方、性交不能については、大日向が「勃起（ぼつき）を『男らしさ』と結びつけてきた文化は男性をも苦しめてきました。セクシュアルコミュニケーションの形はひとつではありません」（2002.05.14）と指摘するほかにも、「男の資格がないのか」（1956.12.15、子どもの有無は問題化されていない事例、妻からの相談）、「（夫から）『男性としての能力がダメ』と告白されたとのこと」（1987.02.27、妻の母からの相談）、「男として、人間として終期が来たのかと寂しく落ち込むばかりです」（1998.03.24、子どもの有無は問題化されていない事例、66歳の男性からの相談）と語られているように、しばしば男性性が問題化されていたのである。

#### 4. おわりに

本稿では主に不妊男性を夫に持つ女性の語りを検証してきた。ここで示されたのは、第一に、たとえ男性中心社会から半ば強要されてきたものとしても、妊娠出産役割を内面化している女性の言動が、不妊男性への抑圧としても作用してきたことである——もちろん、子どもを産んでもらい、育てることを自身のライフプランに組み入れている男性もあり、女性の心情とは無関係な次元で苦悩を抱える不妊男性もいる。そして、生殖不能を男性性の喪失と捉える男性もいる——。そして第二に、性交不能の悩みは生殖不能の悩みを包含する悩みであることである。

一点目に関して、男性が不妊の抑圧から解放されたければ、生殖に無関心であればよい、あるいは、生殖から目を背ければよいのかもしれない。幸いにも？生殖の問題が女性の問題と位置づけられているからこそ、近年、その傾向が変わりつつあるとはいえども、男性がこの戦略を駆使するハードルはさほど高くない。そのため、意識的であれ無意識的であれ、多くの男性がこの戦略を駆使してきたのだが、無関心が不妊治療に消極的な態度に繋がり、それが妊娠・出

産を目指す（妊娠・出産を促す外圧にさらされる）女性を苦しめてきた面もある。しかし、近年では不妊治療、特に体外受精や顕微授精に伴う女性身体への侵襲性が問題化されているように、不妊治療に「協力的な」男性は、パートナーの女性に侵襲性を引き受けさせなければならない。このことに対して、憤りを感じる女性の相談が「人生案内」に掲載されていたし、男性側も罪悪感を覚えてきた<sup>36)</sup>。場合によっては、男性の方が女性よりも不妊治療に積極的であるがゆえに、女性の意に反して身体侵襲を引き受けさせることすらありうる。つまり、男性の無関心は、実は不妊治療に伴う侵襲性の経験を男女双方について、回避させる戦略でもありうる。

このことは何を示唆するか。近年の少子化対策の文脈で不妊治療が重視され、そこでは男性側にも不妊原因が存在することが強調されている。たとえば、2015年に妊孕性と女性の年齢をめぐるグラフが批判された高校副教材でも<sup>37)</sup>、「これまで不妊は女性側だけの問題と誤解されがちでした。しかし、……女性に限らず、男性のみ、男女両方に原因があることが分かります」と記述されている<sup>38)</sup>。副教材はリプロダクティブライツ／ヘルツに基づき、つまり、女性身体への管理への異議申し立てという観点から批判されたのだが、男性身体も管理対象化されているのが近年の状況である。それに伴い、男性が「生殖する性」としての自覚を強め、生殖に積極的になったとしても、女性の関与なしには生殖できない。したがって、「国家→女性」のみならず、「国家→男性→女性」という形が加わり、結局は女性身体への管理が強化されていくのである。

二点目に関して、従来の男性不妊を主題とする研究では生殖不能と性交不能は区別されてきた。もう少し精確に言えば、従来の研究が対象にしたテキストやインタビューデータでは、生殖不能の男性自身が、性交不能ではない点を強調してきた。しかし、「人生案内」に登場した性交不能男性の妻の語りでは、性交ができないことのみならず、子どもができないことも問題と位置づけられてきた。また、男性性との関係では、生殖不能（精子の不在）よりも性交不能が問題化されてきた。男性向け週刊誌を紐解けば、生殖と切り離れた形で性欲を刺激するような記述、写真が頻繁に登場しており<sup>39)</sup>、性欲を充足させるために必要なのが勃起である。「社会的な言説が、性と生殖とを分離しうるものとして構築し、性から分離された生殖を胎胚・妊娠・出産／中絶という女性特

有の問題と構成して、男性を生殖から切り離すのである」という沼崎の指摘が示唆するように<sup>40)</sup>、男性向けの言説空間において子どもができないことよりも性欲を充足できないことの方が重大な問題になりうる。男性にとって、性交はできるけれども、子どもはできないというパターンよりも、性交もできないし、子どももできない、というパターンの方が問題で、後者の場合、とくに性欲を充足できない面が重要になってくるのではないか。しかし、性交不能であろうとも、マスターベーションができれば、あるいは、理屈の上では精巣を切開して精子を回収できれば、生殖補助技術を使用して子どもをもうけることは可能なので、近年では奇妙なねじれが生じているといえるかもしれない。

付記：本研究は科学研究助成事業「戦後日本の男性不妊と男性性に関する歴史研究」（研究代表：由井秀樹、15K21496）の助成を得て行われた。

## 注

- 1) M. Mason, *Male Infertility: Men Talking*, Routledge, 1993.
- 2) 荻野美穂「男の性と生殖——男性身体の語り方」西川裕子・荻野美穂編『共同研究 男性論』人文書院、1999年、201-224頁。
- 3) 江原由美子「不妊治療をとりまく社会」東京女性財団『女性の視点からみた先端生殖技術』東京女性財団、2000年、203-222頁。
- 4) 岡田弘『男を維持する「精子力」』ブックマン社、2013年、98頁。
- 5) 倉橋耕平「男性性への疑問」大越愛子・倉橋耕平編『ジェンダーとセクシュアリティ——現代社会に育つまなざし』昭和堂、2014年、29-46頁。
- 6) 田中雅一「射精する性——男性のセクシュアリティ言説をめぐる」西川裕子・荻野美穂編『共同研究 男性論』人文書院、1999年、183-200頁。
- 7) 川村邦光『セクシュアリティの近代』1996年、講談社、175-180頁。
- 8) 『読売新聞』の身上相談欄は1914年から連載がはじまり、ほぼ毎日掲載されている。
- 9) 今回の調査ではみられなかったが、筆者が不妊治療を経て養子縁組を選択した女性にインタビューを行った際、不妊原因が自分ではなく夫側に存在したということで逆に安心したという語りも得られた。

- 10) おそらく性病のことだと思われる。戦中期までは男性不妊の主原因は性病だとみなされていたが、戦後、徐々におたふく風邪などの高熱を発する疾患だとみなされるようになっていった(由井秀樹『人工授精の近代—戦後の「家族」と医療・技術』青弓社、2015年)。
- 11) 小堀善友『妊活カップルのためのオトコ学』メディカルトリビューン、2014年、37頁。
- 12) 本稿で経済的負担についての議論は行わないが、『妊活スタートBOOK 2017』(主婦の友社、2017年)によると、読者200名へのアンケートの結果、不妊クリニックへの通院を経て妊娠に至るまでに要した費用の平均は91万3200円で、最高金額は500万円であった。その他にも、月平均で通院のための交通費が7280円、サプリメントが4316円、漢方薬が1万2171円、整体・鍼灸治療が1万5229円、体質改善のためのスポーツが6533円であった。
- 13) 柘植あづみ『「不妊治療」をめぐるフェミニズムの言説再考』江原由美子編『生殖技術とジェンダー』勁草書房、1996年、219-253頁。
- 14) 三成美保「戦後ドイツの生殖法制——『不妊の医療化』と女性身体の周縁化」服部早苗・三成美保編『ジェンダー史叢書第1巻——権力と身体』明石書店、2009年、161-183頁。
- 15) 石川智基『男性不妊症』幻冬舎、2011年、104頁。
- 16) ダイヤモンド☆ユカイ『タネナシ。』講談社、2011年、81-82頁。
- 17) 大竹信子「私は不妊症ではなかった——医学を信じて再度の手術」『主婦之友』44(3)(2016年)、258-260頁。
- 18) 日本初の体外受精児が生まれたのは1983年。この経緯については、由井秀樹「体外受精の臨床応用と日本受精着床学会の設立」『科学史研究』278(2016年)、118-132頁。
- 19) 日本初の顕微授精児が生まれたのは1992年である。
- 20) 前掲、由井『人工授精の近代』。
- 21) 歌代幸子『精子提供——父親を知らない子ども達』新潮社、2012年、58頁。
- 22) 前掲、石川『男性不妊症』、65頁。
- 23) 前掲、江原「不妊治療をとりまく社会」。
- 24) 前掲、小堀『妊活カップルのためのオトコ学』、36頁。

- 25) 赤川学『セクシュアリティの歴史社会学』勁草書房、1999年。
- 26) 前掲、由井『人工授精の近代』、150頁。
- 27) 前掲、ダイヤモンド☆ユカイ『タネナシ。』、67-68頁。
- 28) 前掲、石川『男性不妊症』、29頁。
- 29) 前掲、江原「不妊治療をとりまく社会」。
- 30) 前掲、由井『人工授精の近代』。
- 31) 金城清子「配偶子提供」シリーズ生命倫理学編集委員会編『シリーズ生命倫理学 第6巻 生殖医療』丸善書店、2012年、24-44頁。
- 32) 前掲、由井『人工授精の近代』。
- 33) 岡田弘『男を維持する「精子力」』ブックマン社、2013年。  
前掲、石川『男性不妊症』、小堀『妊活カップルのためのオトコ学』、由井『人工授精の近代』。
- 34) 白井將文・滝本至得・石井延久・岩本晃明「勃起障害及びその治療に関する一般市民意識調査」『日本泌尿器科学会雑誌』92(2)(2001年)、666-673頁。
- 35) 北村達『近代家族』大明堂、1995年(再録：渡辺秀樹・池岡義孝監修『戦後家族社会学文献選集 第I期第4巻 近代家族』日本図書センター、2008年、71-74頁)。
- 36) 身体の侵襲性のみを問題にするのならば、顕微授精——精液中に精子がなく、外科処置を用いて精巣から直接精子を回収する場合は男性にも侵襲性の問題が生じる——ではなく、非配偶者間人工授精を選択すればよいのかもしれないが、夫婦間の治療で手を尽くした後の選択肢として、言い換えれば、夫婦間の治療より好ましくないものとして位置づけられてきた。
- 37) 本報告書所収の別稿「妊娠出産に関する知識の啓発と少子化対策における人口の質」参照。
- 38) 文部科学省『健康な生活を送るために 平成27年度版【高校生用】』文部科学省、2015年、39頁。
- 39) 研究書ではないが、斎藤美奈子の『実録 男性誌探訪』(朝日新聞社、2003年)は、全31誌の男性誌を分析し、記事の傾向を紹介している。
- 40) 沼崎一郎「男性にとってのリプロダクティブ・ヘルス/ライツ——〈産ませる性〉の義務と権利」『国立婦人教育会館研究紀要』4(2000年)、15-23頁。

## 1. 問題

〔目的〕 この原稿の目的は、1930年代の学校と軍隊でのM検の事例を手がかりに、次の問いを明らかにすることである。「男性の不妊と生殖をとりまく現代の諸現象は、男性の身体史からみて、どのような意味を持つのだろうか?」

〔現状〕 ここ数年、男性の不妊と生殖をめぐる領域がにわかに活性化している。昨年、厚生労働省は日本ではじめての男性不妊にかんする当事者への実態調査に乗りだした。男性不妊治療にも、補助金を出す自治体が増えている。小錦八十吉、ダイヤモンド☆ユカイといった男性著名人が自身の無精子症を公にしながら、精液検査に及び腰な男性に病院に行くよう呼びかけている（『朝日新聞』2016年5月15日、2017年1月12日）。『週刊東洋経済』が昨夏に組んだ特集「『子なし』の真実」には、「不妊は男性にも原因あり」と銘打たれた記事が4頁に渡り掲載された（2016年7月9日号）。

昨年5月、性具メーカーのTENGAが家庭で手軽に精液検査ができるキットを発売したところ、一時、売り切れになるほどの反響を呼んだ。『男性不妊症』（石川2011）、『男を維持する「精子力」』（岡田2013）、『妊活カップルのためのオトコ学』（小堀2014）、『俺たち妊活部』（村橋2016）といった男性の不妊や生殖に焦点を当てる一般向けの書籍が刊行され、読者の好評を得ている。

社会は猛烈な勢いで、男性の不妊や生殖に関心を注ぎはじめている。そして、男性たちも一定の反応を見せている。「自身の不妊症の可能性や、生殖に向き合おうとしない」といわれてきた男性の姿は、一昔前のものになりつつある。

〔問いと手順〕 では、上記に示したような、男性の不妊と生殖をめぐる一連の現象は、男性の身体史からみて、どのような意味を持つのだろうか。この問いを、次の手順で明らかにする。①男性性器露出検査であるM検の1930年代の事例から、「検査される男性身体」がどのように扱われていたのか、その特徴を抽出する（澁谷2009、2013に依拠する）。②抽出された特徴と共通するも

のが、現代の男性の不妊と生殖をめぐる現象にも見いだせるのか、検討する。

③各現象を総括し、上記の問いに答えを出す。

[excuse] 男性不妊をめぐる言説については、登壇の依頼を受けたのち、限られた時間で縦覧したのにすぎない。資料は狭い範囲から採取してきていることをご理解いただきたい（3大紙のデータベースで「男性 不妊」で検索し、2014年以降の主要な記事を拾った。さらにいえば、今回の発表では、朝日新聞社系のメディアからの引用が多くなった。もちろん他意はない）。

## 2. 「検査される男性身体」の特徴とは——1930年代の学校と軍隊でのM検から

### 2-1 M検とは

男性器露出検査のこと。日本ではじめて行われたのは、1871年の大阪兵学校での日本初の徴兵検査であると推察される。徴兵検査で行われたほか、20世紀はじめには高等学校の入学試験にも導入された。東京帝国大学教授の井上哲次郎が1906年に次のような文章を発表している。

「〔第一高等学校志願者5,110人のなかに13人の花柳病=性病患者が見つかったことについて〕例へは熊本の高等学校杯に於ては、従来裸体にして体格検査を行って来たものであります、〔中略〕〔東京の〕第一高等学校に於ては、今年始めて裸体にして検査をしたのであります、それで意外に十三名も花柳病患者を発見した」（井上1906: 67）

井上の文章からも分かるとおおり、M検の目的は、受験生が性病に罹患していないかどうかを見ることである。が、同時に、性病に罹患するような行いをする「下賤な人物」でないかどうかも見ていた（当時、性病罹患の主な経路は登楼=買春と考えられていた）。

徴兵検査におけるM検は戦争とともに終了したが、大学の入学試験や、入社試験におけるM検は戦後しばらくまで行われた。東大では1957年まで、神戸大学教育学部では1960年代半ばまで、航空大学校や松山商科大学では1970年代前半まで、行われた。各大学が廃止の理由を明言した資料は確認されてい

ないが、おそらく「人権への配慮」だと考えられる（澁谷 2013: 4 章）。ある鉄道会社の入社試験で 1964 年に行われた M 検が、受験者によって人権擁護局に告発され、是正指導が行われている（澁谷 2009）。

## 2-2 M 検にみる「検査される男性身体」の特徴とは

では、「検査される男性身体」の特徴として、1930 年代の学校と軍隊の M 検の事例から、どのようなものが抽出できるだろうか。それは、すくなくとも 3 点にまとめられる。

特徴① 「生産性」と結びつけられる M 検が行われるのは、学校においては入学時、軍隊においては入隊時であった。入学かかった学生が将来なるであろう職業人も、兵士も、生産性の発揮を求められる「働く身体」である。「働く身体」として生産性を発揮しおおせる心身を持っているかどうか、M 検によって調べられた（澁谷 2013: 513-22）。以下の問答はそのことを示す好例である。

「(問) 海兵等の『局部検査』は、地方でも東京の様に大つびらですか？ (弱心臓) / (答) 大抵『大つびら』です。軍人にならうとするものが、処女のような『はにかみ』をもつてゐる様では、戦争は出来ませんからね」(『受験旬報』1938 年 6 月上旬号: 120)

男性身体の「再生産性」=生殖能力は、M 検ではほとんど考慮されなかった。たしかに、M 検は性病の有無を見る検査であり、当時の医学言説において、性病の害として「不妊」が挙げられることはあった。が、それは数ある害のうちの一つでしかない。そもそも、M 検では、小便を採取されることはあっても精液を採取されることはなかった。

特徴② 性的健康の自己管理を促される。じつは、学校の入学試験での M 検の実施率はさほど高くなかった。高等学校で 17%ほどと推定される。ただし、そのことは受験生たちが M 検を意識しなかったことを意味しない。じっさいの実施率に反し、受験雑誌上では、ほとんどの高等学校が M 検を実施することを表明していたため、受験生たちの関心を引いていた。健康相談欄には、

M 検とは何かを問う読者からの質問が定期的に掲載されている。

「(問) 局部検の場合、弱小は合否に関係いたしますか？ (三八生) / (答) 全然と云ついても良い程関係いたしません」(『受験旬報』1936年11月下旬号: 93)

「大きいとか小さいとか、よく心配されていゐる方が居られますが、大きからうが小さからうが、とに角、いまはしい病氣さへなければ、大小などは検査官は気にかけてゐない様な見方です」(Y・M生1937: 36)

「(問) 自洗経験者は、局部検査の場合見破られますか？ (悩生) / (答) 回数が少く健全な発達をしてゐるものなら殆ど判りませんが、その他のものなら、大抵結果が形の上に現はれてゐますから、一見して直ぐに判ります」(『受験旬報』1938年6月上旬号: 120)

性器のサイズは見ないが、病気の有無は見られて合否に響き、自慰癖も見破られる。そんな回答を前に、ほとんどの受験生が性的身体の自己管理に励んだらう。そこでは、図1のような「自己管理」のループが形成されていたと考

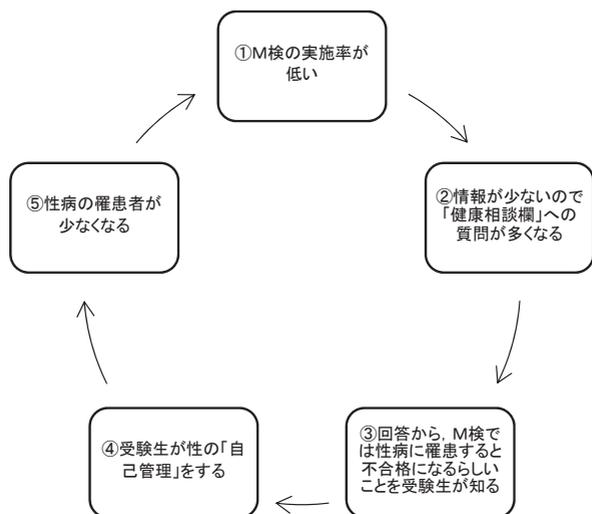


図1 M検実施率の低さが引き起こす「自己管理」のループ

えられる（澁谷 2013: 4 章）。

特徴③ 「モノ」扱いはされる 徴兵検査やそれに準ずる検査での M 検で、青年たちは手荒い扱いを受けた。ある医官は、局部に不具合を持つ受検者にたいして、わざと大声で「ホーケー」と叫んだ（内田 1957: 93）。また別の検査官は、「お前、包茎か」といって青年の股間をもてあそんだ（笹岡 1976: 86）。外村繁は、徴兵検査の予備検査を受けにいった町医者で、「ひどい包茎だね」と医師に指摘されたことを、恨みとともに書きとめている（外村 1960 → 1962: 266）。

手や検査票などで陰部を隠す、という人間らしい動作をうっかりしようものなら、M 検への抵抗ととらえられ、制裁を受けた。監督者にどやされたり（長野 1976: 78、水野 1982: 155）、別室に連れていかれて、上官にしたたかに殴られた（岡崎市郷土資料館 2003: 6）。

羞恥心という人間らしい感情が無視されることも少なくなかった。若者たちが M 検を受ける様子を、若い看護婦や国防婦人会の女性たちが見ていたのである。「今年ほうら若い看護婦さんが立つてゐます。小生もこれには少なからず度肝を抜かれました」（防長 1938: 84）と、山口高校の受験生が動揺を書きとめている。金沢医科大学附属医学専門学校の受験生は「看護婦が沢山ゐるから尚テレルよ」（『受験旬報』1941 年 2 月号: 159）と座談会で述べている。愛知県岡崎市で徴兵検査を受けた男性は、「検査場には国防婦人会の人はずら一と一列に並んで検査を見ていた。素っ裸にされて、前も尻の穴も全部調べられてさ、あの時は今度生まれるならば女に生まれたいと思った」と当時を回顧している（岡崎市郷土資料館 2003: 6。強調引用者）。「男」になるための儀式なのに、「今度生まれるならば女に」と受検者に思わせてしまう皮肉さが、M 検にはあった。

手荒い扱いや、人間らしい動作や感情が否定される経験をつうじて、受検者たちは自己の身体が「モノ」であることを思い知らされる。兵役経験者で、ゲイ・ボルノ小説家の笹岡治作は、全裸で身体検査の全行程を受けさせられ、さまざまな凌辱にあった入営初日の所感を次のように書きとめている。

「軍人の第一歩は、わかもの特有の羞恥心を追放し、物質としての自らの肉体に忠実になることである」（傍点引用者。笹岡 1976: 86）

### 3. 「検査される男性身体」の特徴は近年の男性の不妊と生殖をめぐる現象に見いだせるか

1930年代のM検にみる「検査される男性身体」の特徴は、近年の男性の不妊と生殖をめぐる現象にも見いだすことができるのだろうか。答えを先取りすると、特徴①については見いだせないが、②③に類似するものは見いだせるようだ。

現象① 男性身体が「生産性」ではなく「再生産性」と結びつけられる 当然のことながら、不妊と生殖をめぐる現象が注目しているのは男性の再生産性＝生殖能力である。その点において、M検とはまったく性格が異なる。

ただし、女性が再生産性と結びつけられているのと同じ形で、男性も再生産性と結びつけられているのかというと、そうではない。男性の再生産性には「男らしさ」と「力」の意味づけがなされる。男性不妊専門医の岡田弘は、自著『男を維持する「精子力」』の冒頭で、「本書のタイトルを、『男性不妊』ではなく『精子力』という言葉にさせていただいたのは、元気がなくなっている男性不妊患者さんとその大切な分身である精子を応援するためである」と説明している(岡田2013:はじめに)。

現象② 男性たちが性的健康の自己管理を促される 精子セルフチェックキットの人気は、生殖を意識しての性的健康の自己管理が男性たちの間で広がりつつあることを示している。メーカーは、「若いうちから」男性をして自己の精液に「興味」、「気づき」を持たせ、何かあれば病院に赴かせることを商品のねらいとしてはっきり打ち出している。

「マスターベーション補助具は30～40代が中心だが、メンズルーペの購入者は3分の1が20代。『若いうちから自分の精液がどうなのか興味を持つことは、不妊改善にもつながる』〔TENGA 佐藤雅信取締役〕(『週刊東洋経済』2016年7月9日:68)、「メンズルーペはあくまで雑貨品です。医学的判断はできませんが、不妊の原因が男性にもあるということを意識していない層に“気づき”を与えたいんです」(前出の佐藤取締役。秦2016:165)、「[リクルートライフスタイル販売のSeeMキットは]不妊に悩むカップルの『妊活』に、男性にもより積極的に取り組んでもらおうと開発した。〔中略〕医学的な診



図2 TENGA 発売のメンズルーペ

断に代わるものではなく、病院での検査へのハードルを下げてもらうのが目的という」（『朝日新聞』2016年11月22日:6）

さらに、性的健康の自己管理を男性に促すトレンドを、「男の精子も老化する」言説が後押ししている。

「『いくつになっても、男は射精できる限り、子どもがとれる』と思っているとしたら、それは大きな間違いだ。女性の卵子の老化のように、男性の精子の力も衰えていくのである。／その目安は35歳」（岡田2013:2章3節）、「男性も年をとるにつれ、精子ができる際の遺伝情報の複製ミスで、変異が起きやすくなることがわかってきた。〔中略〕『父親の年齢が子のゲノムに影響して病気のリスクを高める可能性はある』〔脳科学者・加藤忠史〕」（瀬川2016:30）

現象③ 男性身体が「モノ」扱いされる 不妊治療において、患者は人間らしい感情の一切を捨て、自らの身体をひたすら「モノ」としなければならぬ。その様子は、夫婦で不妊治療にはげんだ村橋ゴローの記述にくわしい。とくに採精室の殺伐とした様子は、男性身体や精子が病院によって「モノ」扱いされていることを示している。

「まず採精室のあるフロアに呼ばれると、専用受付の小窓から DVD のリモコンが入ったトレイを渡された。100 円ショップで売っている、リモコン入れのケースだ。そして看護婦さんが『どれでも好きなのを何枚か選んでお持ちください』と渡してきたのが、十数枚のエロ DVD。しかし TSUTAYA のアダルトコーナーで物色するのとは違って、ここで時間をかけてガチ選びするわけにもいかない。そそくさとタイトルも見ずに 3 枚ほど選び、採精室に逃げ込んだ。／小部屋に入るとそこは 4 畳ほどのスペースで、壁掛けにされたテレビモニター、その下のラックには DVD デッキ、ティッシュ、除菌スプレー、ラック下段には 10 冊ほどのエロ本があった。DVD を自分で選ぶシステム、小部屋のなかのアイテム群の配置。これ全部、DVD 鑑賞・個室ビデオ店まんまじゃねえかよ！ ソファがリクライニングチェアだったら、もう新橋の個室ビデオ店まんまじゃねえかよ！」(村橋 2016: 2 章 5 節)、「ここはまるで、人を産み出す工場だ。患者は、そのロボットだ。すべての感情を捨ててベルトコンベアに乗り、子どもができるのをひたすら待つ」(村橋 2016: 2 章 4 節)

同種の「殺伐とした感じ」は、精子セルフチェックの体験記にも見いだされる。

「畳まれたカップを広げ、おもむろにズボンを下げた。観察するための自慰。なかなかの空しさだ」(秦 2016: 165)

男性不妊専門医の岡田は、否定的なニュアンスながら、現在の不妊治療における男性を「精子だけを供給すればよい存在」とはっきりと述べている。

「〔生殖医療の発展にともない〕不妊治療はその原因が女性にあらうが男性にあらうが、大規模病院ではなく、産婦人科医が中心である ART クリニックに次第に移っていった。そして、男性は『精子だけを供給すればよい存在』に貶められたことになる」(岡田 2013: はじめに)

病院のやり方に従うまま、精子だけ提供していたのであれば、男性は本当に

「モノ」になってしまう。かろうじて男性を「人間」の領域にとどめさせる行為が、「妻へのサポート」である。最近の不妊治療をめぐる記事には、「妻へのサポート」を男性にすすめる言説が必ずといっていいほど挿入されている。

「男性不妊の場合も不妊治療の主体は女性。妻のつらい思いを夫が理解できないと、妻はいらだちを募らせてしまいます」、「夫は、妻のつらい思いを受け止めようと努めることが大切」(生殖心理カウンセラー平山史朗。『読売新聞』夕刊、2016年5月18日:8)

「不妊の原因が男性にあっても、治療を受ける主体になるのは女性なんだ。男性にできることなんてほんの少し。〔中略〕僕にできることは、普段通りの生活をして、彼女のサポートをするだけ。〔中略〕妻にできることはしてあげたい。洗濯などの家事だって、僕にできることはするんだ」(無精子症であることを公表しているタレントの小錦八十吉。『朝日新聞』2017年1月12日:22)

「妻へのサポート」の重要性は強調してもしすぎることはない。ただし、「妻へのサポート」は、不妊治療における男性の「モノ」としてのありようを、根本的に変更するものではない。むしろ、男性の「モノ」性を隠蔽し、現在の治療のありかたを維持することに加担している。

#### 4. 結論——再生産領域で進む男性の「モノ」化

当初の問いに戻ろう。「男性の不妊と生殖をとりまく近年の諸現象は、男性の身体史からみて、どのような意味を持つのだろうか?」

現象①③は、男性の「モノ」化が生産領域のみならず再生産領域においても進みつつあることを示している。M 検は終わり、生産領域において、直截的な形で男性身体が「モノ」化されることはなくなった。しかし、男性であることを理由に過酷な労働を求められて過労死したり、自殺や病気においこまれたりすることは現代ではめずらしいことではない(男性のみならず、女性もそうした過酷さを経験しているわけだが)。生産領域における男性身体の「モノ」化は、終わったわけではない。

これに加えて、再生産領域でも男性身体の「モノ」化が行われようとしている。しかも、現象②にみるように、一部の男性たちは自らすすんで、「よき精子生産者」になろうとしている。自己の妊娠可能性に気をつかうことは、これまで女性がすることと思われてきた。が、医師が「男性不妊」を「精子力」と読み替えたように、自らの精子に気をつかい、定期的に精液を採取して自己チェックをおこなうことは、今後「男らしい」おこないになるかもしれない。

自らすすんで、男性たちが、再生産領域における男性の「モノ」化をおしすすめている——。男性の身体史から、男性の不妊と生殖をとりまく近年の現象の意味を引き出すとすれば、これが答えとなる。

この流れをそのまま放置しておいてよいのだろうか。「女性と同様、男性も不妊と生殖のプレッシャーに苦しんだらよい」のだろうか。男性と不妊／生殖をめぐる新しい局面を前に、今までにない問いが浮上している。

## 引用文献

石川智基 2011 『男性不妊症』 幻冬舎

井上哲次郎 1906 「学生の風紀問題に就て」 『太陽』 12 卷 13 号: 63-74

内田武男 1957 「体験談——水平生活と禪」 『奇譚クラブ』 1957 年 9 月号

岡崎市郷土資料館編 2003 『額田郡公会堂と物産陳列所——徴兵検査が公会堂でおこなわれた』

岡田弘 2013 『男を維持する「精子力」』 ブックマン社

小堀善友 2014 『妊活カップルのためのオトコ学』 中央公論新社

笹岡作治 1976 「わが戦争体験③——海軍内務班」 『薔薇族』 40 号: 84-90

澁谷知美 2009 「M 検の言説史・戦後篇——あるいは男性身体の〈侵襲的〉経験はどのようにして忘却されるか」 荻野美穂編著 『〈性〉の分割線——近・現代の日本のジェンダーと身体』 青弓社: 219-49

澁谷知美 2013 『立身出世と下半身——男子学生の性的身体の管理の歴史』 洛北出版

瀬川茂子 2016 「精子と加齢の関係 1 分で知る遺伝子 2」 『朝日新聞』 朝刊、2016 年 10 月 12 日: 30

外村繁 1960 → 1962 「濔標」 『昭和文学全集』 9 卷、角川書店

- 長野光 1976 「わが戦争体験——素裸の信号訓練」『薔薇族』1976年3月号
- 秦正理 2016 「精子セルフチェックの結果は… 本誌記者33歳、突撃ルポ」『週刊朝日』2016年6月10日: 165
- 防長健児 1938 「体検・口試記」『受験旬報』1938年11月下旬号: 84-6
- 村橋ゴロー 2016 『俺たち妊活部——「パパになりたい！」男たち101人の本音』主婦の友社
- 水野武男 1982 「後ろを向いて四つんばいになれ——戦時M検の思い出」『薔薇族』増刊号 1982 Summer: 154-8
- Y・M生 1937 「京都府立医大予科受験記」『受験旬報』4月上旬号: 35-8

大変刺激的な内容だったものですから、それを直ぐにまとめて何かコメントするほどの力もないし、今聞いたばかりだということもあるので、的外れなことがあるかもしれませんが、お願いします。

由井さんの企画で大変ユニークなセッションだったなと思っています。それぞれの5人の方々の発表を聞かせていただきました。私自身は男性性とか男らしさの研究はしているのですが、具体的な焦点があるのは暴力のことです。虐待とかDVとか、それから刑務所なんかでいろいろ立ち直りのわりと臨床的なこともやっています。そうすると共通にいろんなかたちで性とか生殖の問題が男らしさと関わって、歪みだったり、過剰だったり、それから欠落だったり。いろんなことで関わってくるので、その観点からも、面白く聞かせてもらいました。それで男性性として聞いていると大変寒々しくなってきました。それと全体を聞いていてですね、端的に印象深くいうと、伊藤計劃さんのSF小説を読んでいるような感じがしました。『ハーモニー』とか『虐殺器官』とか、これモノ化とかですね。健康でなければならぬ、ということをかなり強調したSFです。まあSFじゃないですよ。現実感をもってリアルに迫ってきたし、歴史を遡れば当然それは過去にもそんなことがすでにあっただし。ということで文学者の想像力だけじゃなくて、人文科学者たちの豊かな想像力が大変しみじみと迫ってきたところです。

全体としていくつか共通にあったようなこともありました。性と生殖を分けること、あるいは性と生殖が分けられることで、いろいろ中身が見えてきた。あるいは逆に言うとそれで最終的にはセックスもできなくて、精子もないという、男性性の中でも多層性が大変よく見えてきて。これはもともと男性性研究の中ではコンネルさんという人の議論でヘゲモニックなマスキュリティというのが中心的にあって、そこの差異化あるいは関係付けで、いろんなタイプの男らしさ像がでてきた、ということです。

それともう一つだけさらに紹介しますと、今はその軸だけではなくて、もう

視野に入っているのだらうと思うのですが、ユニークな言葉があります。プレカリアス（precarious）な男らしさ、つまり不安定なとか、決めにくいとか、という意味での言葉です。ヘゲモニックってということと、それからそれと関わって従属とか周辺とかいろいろ置いてきたものとは別の軸で、そのように言わざるを得ないほどに、やはり男性性というのがある種の虚構性を持っている。それで何らかのかたちで力とか暴力とか、いろんなタイプの物語がそこにくっつかないと、男性性が固有に自己決定できない。それをシャワーのように浴びながら、男性たち自身もそれを実践してしまっている。社会制度も当然男性性システムがそこに入り込むので、社会制度も含めてある種の不安定さを補強したり強化したりするようなものとして、男性性が存在しているという意味です。ですからヘゲモニックだけではない軸が大変豊かに議論されています。これは主にですね、精神医学とか、心理臨床とか、メンタルヘルスとか、健康とか、公衆衛生とか、そういうところからきている概念です。それで最近の研究ではですね、男性性というのは元々フィクショナルなものなのですが、とりあえず多くの人が、これが男性性であろうと思っている素朴理論をたくさん集めて検証して、尺度を作るわけですね。その中でもメンタルヘルスに否定的な影響を与えている要素との相関をみていゆきます。メンタルヘルス指標は鬱的であるかとかですね、ポジティブには、今自分が健康な生活を営んでいると思うかですね、それからあと人に援助を求めるか求めないかとか、いくつかメンタルヘルス上大事なキーワードを置いて、素人理論的に確定された男性性と相関させてメタ分析をする研究がたくさんあります。それで計るとですね、いくつかの男性性が取り出されてきます。共通に多くの人が男らしいと、女も思っている、男も思っている。そういうタイプのものが出てきたなかで、メンタルヘルスにとっても否定的な影響を与える男性性の項目が3つ浮かび上がってきました。ビッグ3とも言われています。ひとつは性的な奔放さです。性的な奔放さというのが大変男らしさの神話のようにして、共通にそれも男らしい行動パターンとして取り出されるのですが、そのことが結局はフィクションであるので、それと倫理や規範にも反することがあるので、これはそういう倫理を破ることが男らしさという面もありますが、実際上は無責任な側面がでてくるので、メンタルヘルス上よくない、こういうことでとても鬱的だったり、そ

れから絶えず自己満足できなかつたり、絶えず女を求めているわけなので、絶えず自己満足できない自分を作ってしまった。次は女性蔑視的態度、女性への態度です。それから援助を求めないこと。このビッグ3がですね、とても今の社会でいう共通に思われている男らしさの内実となります。これをさらに補うかたちで性の絶倫さとかですね、暴力とか、それから男は黙って相談しない。こういう行動様式が出てくるので、それらを捉えて、それはヘゲモニックなんだろうかという問いかけです。それはヘゲモニックのように見えるだけで、内実はどうなのか、ということを検討するアプローチがこの概念です。これはコンネルさんへの批判でもあります。

ということで、私今日澁谷さんにとっても前から会いたかったのは、このあたりのことをですね随分若い頃に批判されて、我々に対して、男性研究を進めていた我々に、物凄く大事な論点を投げてくださいました。もう10年以上前でですけどね。その論文（澁谷知美『フェミニスト男性研究』の視点と構想——日本の男性学および男性研究批判を中心に）『社会学評論』51（4）（2001年）、447-463頁）、とても印象深く、マスキュリニティーズという複数形を置くだけでは意味がないのではないかと。そういう批判を受けました。何か大事なものが隠蔽されていくのではないかなということ、もう随分前の論文ですけど書かれて、それ以来私も心に留めていたことです。それで最近こういういくつか論点が出てきて、その中のひとつに今日の性と生殖をめぐる問題がとてうまくヒットしたなと思っています。

その中で、全体聞いていてとても面白かったのですが、もう少し個別的にですね、質問を含めてさせてもらおうと、竹家さん。最終的に夫婦問題としての文脈作りが大変大事だということとそれから不妊というものが、男性不妊が顕在化するのがやはり夫婦というものがないとダメだ、ということで、とても構築的な話をされたと思います。調査なのでユニークなものが出てくるのですが、そうするとこれは医療の対象なのだろうかという疑問が、とても強く喚起されて。で、最初の瀧川さんが随分技術的な話をされたわけですね。そうするとこれは一体「何問題」として現場では起こっていて、夫婦問題だといえらうほど、医療ではなくなっていく面が出てきたりすると思います。それから私も心理相談なんかの活動をしている場合で、男性不妊がテーマになって相談に来

る場合がありますけれども、DVだったりですね、それからセックスレスだったり、いろんな問題とともにやってくるということなので、病院とは違うタイプの相談を、窓口をひらくとですね、全く違う様相で見えてきて、最終的には離婚するしかないかなということに落ち着いていくケースなんかもあります。ということで、いったい「何問題」として最終的に語ってあげればいいのかということ、インタビュー調査からとてもよく見えたので、教えてほしいなということです。

倉橋さんにはですね、メディア研究者らしくとてもインパクトのある、教えられることも多くて、知らないことも多かったのですが、最終的にヘゲモニックな男性性と距離をとる悩みが書かれていましたよね。それはどのように存在している男たちを想定してるのだろうかということ、もう少し教えてほしいと思います。

それと由井さんはですね、最後の方のレジュメで奇妙なねじれっていうのが出てきました。そうするとこのプレカリアスというのは、プレカリアートという言葉と繋がっていきます。最下層の労働者たちということの言葉でもあるようですが、セックスもできない、勃起もしない、精子もないというこの層が出てきましたよね。それが一番問題ではないかと書かれていたあたりからすると、やはりそこには性と生殖を分けたがゆえに、下層化されていく、あるいは貧相化されていくような男性たちが出てきて、この中のマスキュリニティーズみたいな複数形がとてもよく見えました。絶倫タイプで頑張ってる商業主義にのっていきそうなタイプとは違う存在を指摘されていましたよね。奇妙なねじれというものなのかで、下層化されていく男性たちの存在を多分念頭に置かれているのだと思いますが、そうするとさっきの倉橋さんのもう少し距離を置く男性性、多分それはご自分のことも重なっているのかなあと思ったりするのですが、そこはどんな希望があるのかなのか。それは男性不妊だけ焦点をあてればそうですけど、例えば養子縁組とか、別の選択で家族を作るということに、例えば女性からみた不妊治療はなってくるかもしれませんが、男性がですね、従来持っている男性規範からすると、子育てに必ずしも責任もたないとか、タネまいて終わりとかですね、そういうタイプの子どもつくる／つくらない、あるいはタネがちゃんとそこに機能するかどうかではない、というような問題を

元々孕んでいましたよね。男性性はね。そういうものと抵触するはずなんですよ。ですので、不妊治療の、ひとつの選択肢として、養子なり里子なり、子どもを育てるということに焦点をあてた、別の選択肢があると思うのですが、そうすると男性はますますなくなる可能性がありますよね。そこをどう思われてマスキュリニティーズと称して、プレカリアスなマンフッドの多層性をどう語れるのか、ということを知りたいなと二人に対しては思いました。

それと澁谷さんには、本は前から読ませてもらっているのですが、この歴史的な研究をどう生かせばいいか、という観点から聞かせてもらいたいです。M検とは称していないのですが、私今刑務所で調査しています。性犯罪者たちの再犯防止教育をしています。そうするとですね、そこには大変特殊な身体検査様式がついています。玉入れというのがあります。玉入れというのはですね、運動会の玉入れではないですよ。ペニスに玉を入れているかどうかです。これは要するに女性を喜ばせる、そういうタイプの亀頭の形状ですよ。亀頭とペニスの本体ありますよね。玉を入れて、ごつごつを作って、まあ相手を喜ばせるという、これもある種の性欲神話みたいなものなんですけどね。それがちゃんとあるかどうか、ないかどうか。玉何個って書く欄があるのですが。そういうのをやるということは、検査するということですよ。事実として記載するような身体検査表があります。これは大変ユニークなんです。そういうかたちで、部分的にしろ、70年代まで大学でやられていたということらしいけど。かたちを変えて多様に存在している可能性が高いです。こういった意味では大変、それはでも暴力性とか、さっき言った生殖性とか、絶倫性とか、物凄く関わっている過剰さがそこに出てきます。これはたぶん暴力団関係のタイプだと思います。そういうことを考えると、男らしさの規範とは大変プレカリアスなんだけど、とてもヘゲモニックにいきていて、それが物凄く虚構っぽくなっていて、それを制度が支えたりしていると。それはだから子どもをつくる／つからないという性と生殖を分けたのはいいのだけれども、物凄く男性性の中での多層性を作ってしまったというのが、今日よく見えました。そういう意味で、澁谷さんの全体的に特にここがというわけではないのですが、男と女の未来を考えるうえでもし何か話があれば、もうちょっと話してほしかったなあと思います。

ただ男がそういう選択肢が十分につまっていなくて、結局子どもほしいというとても女性的なその言い方で不妊治療がありますよね。動機付け。子どもがほしい。男性のタネをまくという行動は、それはどういう希望や欲望や願望としてあるのだろうか。現に男たちが十分イクメンしてないのに、その人たちが本当にイクメンするのだろうか。絶倫のイクメンって何だろうなと思います。というようなことについて、皆さんの研究はどんな示唆を与えるのかな、という観点からぜひ、澁谷さんには総括的に話をしてほしいなと。男と女の未来と書いてあったので、お願いしたいなと思いました。

瀧川さんのはそれはもうジェネラルな報告で面白くて、そうすると瀧川さんとの関係でどんな相談としてご自分が話をされているのかという話をしてほしいなと思った次第です。ちょっと雑駁ですが、あっちいたりこっちいたりしましたが、男性性研究をしている者からして、とても面白いセッションでした。とりあえず一旦以上でございます。

永田 夏来

兵庫教育大学の永田です。今回は大変面白いご報告で、本当にありがとうございました。始めに企画を聞いた時には成立するのかな、こんなマニアック、というかニッチなテーマでと思ったのですが、凄く多様でしたね。お話が。私としても興味深い論点がたくさんあって、とても勉強になりました。私の率直な感想としては、凄いリアリティがあるなというのが感想です。それは私自身、最近高度生殖医療に自分が携わっているというのがあると思いますが、技術が発達していくなかでですね、やはり技術に対してどう向き合っていくのか、自分の中でどう落としこんでいくのかということって、新しい言説の水平みたいなのがやはり作られていくと思います。そういう過程のなかでですね、いろいろなお話が出てきていて、男性の不妊ということに、どういう言葉を与えていくのかという過程が、それぞれの立場で記述されているというような状況なのかと思います。

私は、できちゃった結婚とか、あとセックスレスなんかの夫婦のインタビュー調査というのをやっています。その人たちが自分たちの問題というのをどう説明して、理解し、提示するのかというのをですね、構築主義的な立場から調査分析しているというのが私の基本的な立場です。それから比べると、やはり男性不妊の話はまだ定型化していないと思います。例えばできちゃった結婚の話聞きに行くと、「いや私は普通なんです、普通に結婚したんです」と、だいたい皆言います。じゃあ普通って何っていう話になりますよね。あるいはセックスレスの人たちに話を聞きに行くと、「セックスはしてないけど夫のことは好きなんです」とか言ったりするわけですが、そういう話の仕方が男性不妊ではできてなくて、それがこれからどういうふうにできあがっていくのかなというところから追っていけるというのが、この研究の面白さなのかなと思います。

それを考えてみた場合に、皆さんに素朴な疑問として二点お伺いしたいなと思っております。一点目は、一様に男性不妊の話が活気を帯びていますとおっしゃっていましたが、なぜ活気を帯びているんでしょうね、というところがや

はり気になりますよね。

それは私が一つ思ったのは医療技術、不妊治療の技術が発達していった、ある種コモディティ化しているところがあって。検査キットが簡単に手に入ったとか。そういうテクノロジーの発達みたいなものが影響して、というのがもしかしたらあるのかもしれない。それをどう思いますか、ということですね。不妊治療というのがある程度一般化していったことによって、女性が不妊治療を受けるという過程のなかで、今度は男の人をうまく抱きこんでいきたいみたいなことがたぶん起きています。そういうちょっとこう一周して、再帰性とまでは言わないですけど、ある種の不妊治療の話みたいなのがひと段落して山越えたみたいな、そういう不妊言説トレンドみたいなものとの位置づけもちょっと気になるかなと思いますので、それぞれのご研究の中から何か思うところがあったら教えていただきたい。なぜ帯びているのかということの私の仮説は、男性ジェンダーが変わってきた。男らしさというものがちょっと従来から変わってきていて、イクメンとか、あるいはお料理ができたとか、そういういわゆる男らしいというね、マッチョであるということ以外にも、男性性というものがおそらく成立していると思います。そういう状況があるのかなというのを、私はお話を聞きながらなんとなく思いましたけれども、おそらくそれに対して論点があると思いますし。なぜ活気を帯びてきているのか、ということについてちょっとお伺いしたいというのが、まず皆さんにお聞きしたい論点その一です。

もう一つは、それをどう言うのかということですよ。現状の記述のご報告が多かった、もちろん分析的なところにふみこんで、お話をされている発表もございましたけれども。基本的には記述からスタートしている、というところがあるのかな、と思うのですが、じゃあそれを今後どう社会学なり、それぞれのご専門に引き付けて発展させていくのかなという、今後の可能性みたいなものについても教えていただけると嬉しいかなと思います。皆さん方にぜひコメントいただければいいかなと思います。

個別にお話をすると、竹家さんのご報告、私2回目ですけども、何回聞いても面白いですよ。ただご自身もおっしゃっていましたが、インタビューの状況というのがある程度規定されているなかで、あとインタビューの

シチュエーションもわりと特殊な状況で聞いている、という制限の中であってもやはり、まあそれがだからこそなのかな、というかわからないですけども、妻のために頑張るという話が出てきて。これ家族の話にちょっとなっているところがあるのかなと思います。そうやって考えてみた場合に、先ほどのお話にも繋がるのですが、男性不妊の話をしているけど、実は家族とか、夫婦関係みたいなもの話でもあるのかなという気もします。これまでの報告は、たぶん前回聞いた時も、ジェンダー、男性ジェンダーの語られ方の違いみたいなところにちゃんと含有されていたと思いますが、夫婦ってこういうものなのか、つまり申し訳ないとか、そういう夫婦関係に対する評価みたいなところというのが、ある種の問題を付加することによって出てくるみたいな状況もありうるのかなと思ったりしました。コメントですけども。そういう方向性みたいなところ、家族の話としてこれを考えるということについて何かあったら、聞かせていただくと嬉しいかなと思っております。ありがとうございます。

倉橋さんはめちゃくちゃ面白かったですよね。生殖能力と性的能力の切断のところが非常に興味深いなと思いました。やはり商業言説に注目しておられるというところから考えてみた場合に、特にダイヤモンド☆ユカイさんとか、言っちゃえば凄い元から勝ち組というか、ザ・マスキュリニティみたいなところがあるわけじゃないですか。お金も持ってるし、ダイナミックな人柄もあるので、そういう格好悪いところもちょっと出せちゃうところがかえって男らしいんだよ、みたいな男性性みたいなを感じるんですよね。ですので、弱さみたいなところというのを強さの説明として使うみたいなコンテキストをちょっと感じて。それっておそらく生殖技術に限らず、他のところでもあるのかなとも思います。そういうマスキュリニティみたいなものの提示みたいなことに関して、他の事象とたぶん接合できるんじゃないかなという気がするのですが、何かアイデアみたいなものがあつたらぜひ聞きたいなと思いました。

あと由井さんですね。由井さんのご報告は、1950年代の話とゼロ年代の話が意外に似てたりとかして面白いなと思います。かと思いきや、技術の発達とか、性病、不妊に対する知識の刷新されていくことによって一部の語りが変わっていくということも、大変興味深いとは思いますが、やはりその時代の変化みたいなものをどうアップするのかということも、ご専門に引き付けてもう

少し解説していただけると嬉しいかなと思います。ちょっと時間が足りなかったというのがあるのかなとも思って。典型的な語りを5パターンぐらい出して、それぞれの解説を聞けましたし、報告の中で60年代まではこういう話だったけど、70年代からこうだみたいな、個別の話はあったと思いますが、全体の流れみたいなものってどう見るんだというところを、もうちょっと追加で。もしも見取り図みたいなものがあったら、教えていただけると嬉しいかなと思いました。

澁谷さんのご報告は私もご本人に直接話を聞けて、凄く楽しかったです。自ら進んで良き生産者になろうとしているところ、大変興味深いですね。これってでもたぶん不妊治療に関していうならば、女性もなんか「頑張っている卵つくります」みたいな言い方をよくしていて、漢方薬飲んだりとか、お灸やったりだとかなんだとかって、そういうことやっていると思います。それって二つあって、一つは、医療化に向き合わないといけないので、戦略的にそういう言い方しているところがある。私が面白いなと思ったのは、精子のことをソルジャーと呼んでいる不妊治療の当事者がいてですね。「ソルジャーの元気がなかったから今回はいまいちだった」みたいなことを言ったりしていて。それって医療化に対するある種の抵抗言説だと思います。そういうふうな、要は自分の人としてのあり方というのを守るために、あえてモノ化にコミットするみたいなところもあるのではないかな。そういう文脈をちょっと思ったりしましたけれども、それってご報告のなかでもあった、軍隊にあえて適応していく過程みたいなのとちょっと似ているな、とも思うのですが、もしご意見があったら聞かせていただけると嬉しいです。もう一つは良き精子生産者になろうとしているというのは、これは感想ですけど、男らしさを確認したいというか、俺の精子めっちゃ元気で、俺男らしいぜ、みたいな、そういうところももしかしたらあるのかなと思ったりします。TENGAとかそういうのも、健康管理、自己管理の一環だ、みたいな売り方をしている文脈ってあると思いますけれども、そういうお話との接合も考えたりしました。その、生産者になろうとしているところについて、もうちょっと膨らむかなという感想をもちました。もしも何かリアクションなりコメントなり、思い出したことなんかがあったら、教えていただけると嬉しいかなと思います。

瀧川さんですけれども、ご自分の今までのカウンセリングの経験のなかで、時代的な変化みたいなものについて思ったりするところはないかな、というのをできたら教えていただきたいなと思います。不妊治療はだいぶ歴史が長くなってきましたので、その中で心配事のトレンドが変わっていったりだとか、そういうことが起きてきているのではないかなと、私としては思っています。もしも臨床のご経験の中でそういったところで気づいたところがあれば、教えていただければ嬉しいかなと思います。雑駁になりましたけれども、だいたい時間ですので、これで終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

吉田一史美（司会）：中村先生、永田先生コメントありがとうございます。そうしましたらシンポジストの方から、お一方ずつリプライする感じで大丈夫ですか。全体への質問と、各シンポジストへの質問があったと思うので、あわせてコメントいただければと思います。それではまず瀧川さんから。

瀧川：私はガイダンスということで、研究という立場ではなく発表させていただいたのですが、先ほど発表させていただいたとおり、男性不妊に関しまして、妻側からも男性不妊に対する不安、奥様の不安な気持ちやお辛い気持ちを聞かせてもらう機会は数回、少ない回数ですけれどもありました。その中でやはり出てくるのは男性性の問題で、奥様としてはやはりどう治療に関して積極的に、自分は子どもが欲しいので、したいけれども、夫には言いにくい、男性のプライドというところもあって、言いにくいところもあり、他の話では凄く仲良しなご夫婦だけれども、実際に治療の話になってくると、間接的に問題がある。なかなか難しいですけれども、先ほど話したみたいに、カップル・カウンセリングという家族療法とかでやっている技術がありますけれども、そういったものを導入しながら、どちらが悪いか、夫が悪い、妻が悪いという、どちらかが犯人探してみたいなことはしないで、一緒に向かっていけるようなスタンスで関わるといことで、奥様の方にアタックしております。

カウンセリング自体の時代背景があるかということで、私がどのように考えているかということですが、まだ私も実際に現場に出ているのが、7年目です。なので7年間の中での話ですけれども、やはり非配偶者間の生殖医療も実際にはある程度ご存知ということもあって、そういった治療があるのかないのかという自分自身はここまでしてみたけれども、どうしたらいいかというようなカウンセリングのテーマもあがってきたりとか。あとは先生方のお話に出てきたかもしれませんけれども、セックスレス。セックスレスの問題っていうのは結構他の施設でもあるみたいで、私自身も数件カウンセリングさせてもらったのですが、ほとんど結婚してからは一回も、前の彼とはセックスはしたことはあるけれども、今の結婚した夫とは一回もセックスはしたことがなくて、

だけど妊娠したいという相談があったりとか、そういった問題が絡んでいるものも結構今増えてきているんじゃないかなというのは、時代背景としてももしかしたらあるのではないかなと思っております。

竹家：中村先生、永田先生どうも貴重なコメント、ご質問ありがとうございます。まず中村先生にご指摘というか、ご質問いただいた、結局これが何の問題になるのかというお話があったと思いますが、私も今日の考察というか結論的なところとして、夫婦の問題として立ち現れていたということが重要ななと思ってまして、そうなるやはり永田先生もコメントしてくださったんですけれども、結局この問題は家族とか夫婦、家族的な問題なのかなと思ってます。結局家族社会学なのか医療社会学なのか、何なのかということで、自分も迷ったりもしているのですが、今の感触からいくと家族社会学の流れになりつつあるのかなあと。そこを決める必要は全くないと自分は思っているのですが、その手がかりとなるのが、今日も報告させていただきました、内容で言いますと、精子が回収できなかった場合の男性の語りがあったと思うのですが、夫は子どもを持たなくてもいいと思う、二人でもいいと思っても、妻が諦められない、その子どもをもつことをめぐって夫婦関係がどのように変わっていくか、再構築されていくかという問題だと思います。夫にとってはもはや医療の問題ではないんじゃないかということが、凄く明らかになっていると考えています。ただもちろん何度も言っているように少数事例なので、これが一般化することはもちろんないですけれども、やはり家族、夫婦の問題かなというのが一つあります。

もう一つ永田先生が皆さんに、ということで指摘してくださった、男性不妊治療が活気を帯びていて、それをまたこれからどう見ていくのかということですけれども、活気を帯びているというのは、一番大きなバックグラウンドとしては少子化ということがあって、それで「妊活」というのがだいたい2011、2012年ぐらいですかね、流行語大賞になって、卵子の老化がNHKで報道されたりしてクローズアップされた時に男性不妊ということにもフォーカスされたと思うんですね。加えて技術も進歩しているということで、男性不妊にも目を向けようという流れがあるのではないかと思います。

私、さらに泌尿器科医の先生にもインタビューをしているのですけれども、先生方が言いますのは、不妊治療というのはもちろん女性主体でやられてきていて、ステップアップという言葉が婦人科のクリニックで使われますけれども、ちょっといやらしい話をする、ドル箱というか、お金が物凄く、どんどんステップアップすると儲かると。あえて泌尿器科を入れなくても、婦人科のクリニックだけで完結しているようなところもあるんだけれども、実は泌尿器科の専門医が入っていくと、ステップダウンすることができると。先ほど瀧川先生もおっしゃったのですが、一番明確なのが静索静脈瘤というのが、瘤のようなものが精巣のところにできるものですが、それがあってもかかわらず、そのことを無視して何度も何度も顕微授精をやったりしても結局全然うまくいかない。泌尿器科の先生が触診するともう一発でわかるので、それを手術で取って、顕微授精すればすぐに子どもができると。そういうようなことが非常にあって、「それにもなんか黙っていられなくなったんですね」、みたいな話を泌尿器科の先生は実際におっしゃっています。あと、男性側の技術の発達というのも、非常に大きいものがあると思います。すみません、お答えになったかどうか。

永田：ありがとうございます。勉強になります。

倉橋：中村先生と永田先生、コメントありがとうございました。実はですね結構大きな問いをいただいたところがありまして、未消化なところがありますけれども、まずはちょっと全員に共通してと、永田先生が出された二点について話したいと思います。一点目、皆さんも答えられてますけど、なぜ男性不妊が活況なのか、という点。もちろん永田先生がおっしゃられたテクノロジー、それから不妊の一般化、そこから一周して今度男性の方にいった、あるいは男性ジェンダーが変わったという諸視点、もちろん僕もそうだと思います。メディア研究者なのでこうやってベタなことを言って帰ろうと思うのですが、もう一つ別のテクノロジーで、「情報化」ということがあるかと思っています。要するに、いわゆる知的言説というのが増えていて、それがいわゆる生殖をめぐるポリティクスを動かしていくというところがありますので、少なくともそれは情報

アクセスできるようになったところで、今後変化があるのではないかということは、思ったりします。というのは、先ほどから見られているような事例だったりとか、書かれているものというのは、いわゆる今よりも情報が出てくるよりも前だったりとか、あるいはそういうのを若い時期に親しんだことがない人たちが語っているものでありまして、例えば我々よりも下の世代、要するにほぼインターネット世代になってくると、もしかしたらそういった人たちよりも新しい情報もすでに手に入れていますので、それなりに僕自身も距離を取れていると思うところもあったりします。だから「何でこいつはこんなことで悩んでいるのだろう」、と思うわけですね。知らないからでしょ、と思うわけです。情報化というのが、ちょうどいいタイミングではまっていく、もちろんテクノロジーと不妊の話とそれから男性が医療化され一周まわったところと、全部絡んでいくような気はします。

あとそれともう一つ共通でという話でしたが、いわゆる現象レベルの話が多くて、あえてその事例レベルの話が多くて、今後それをどう展開するのか、あるいは研究に発展させていくのか。これなんです、僕は言いましたように「にわか研究者」ですので、男性不妊の話に関して先々プランをたてられているわけではないのですが、やはりでもメディア研究と、サブジェナーでジェンダー・スタディーズみたいなものを少し絡めながらやっていると、思うところがあります。何かというと、少しは学問的な話として、カルチュラル・スタディーズはメディアだったりジェンダーというのを非常に得意にしてきた分野でした。70年ぐらいから有名になるのですが、その中で何を重視されていたかということ、要するにアカデミアから「文化」として見られていなかったモノあるいは人たちの実践というのを良くも悪くも政治的に捉えるということをしてきたわけなのですが、その中では男性というのは女性研究者から批判をされます。例えば「サブカルチャー」とか言っているのは男の幻想じゃないか、みたいなね。「スタイル」とか言っているのは男じゃないか、とか言われ、そういった中で新たに女性が作る女性の文化、実践といったものは評価されるようになった。他方で、でも男性ってそもそも何だったんでしょう、という問いが逆に周辺化されているというか、排除されているとたまに思ったりします。それが逆に言うと今こうしていわゆる男性性と不妊、特に不妊の治療の研究とかが、あまり

ないなと皆が口ずさむことのひとつの要因なような感じがありますので、そんな感じの展開の仕方というか、もの見方というのが、まさにジェンダーとかメディアとか使うと面白いのではないかと思ったりします。それが二つ目、共通の話という感じです。

個別のコメントについては、まず永田先生の話の方を先にしようかと思うのですが、例えば商業言説の中において、格好悪いといえる男性性みたいなのがまたひとつ新しくできたんじゃないの、というか、そういう感じの話をしていただいて、それは不妊以外にもあるんじゃないかという話をされたわけです。それが質問でしたね。確かにそう見えるような気がします。でも他方で、「ダサ格好いい」みたいなことを言っているわけですね。でも「ダサ格好いい」の後、もう一行つく気がします。つまり「ダサ格好いい」も「格好いい」に入るわけです。つまり別の価値規範に結局、正確には旧来の価値規範に回収されている話であって、「オタクだけドモてる」とかね。それも旧来の価値観が前提にあって、初めて格好悪いところを見せられる格好いい男性性ができていると思います。ですので、他の事象と接合すると言われれば、むしろそうやって「ダサイ」ところを、「ダサ格好いい」とか、否定的な要素を持って、旧来の男性性の語りにも回収するようなやり方というのがみられるだけであって、そういうやり方が現れたわけだと思います。いま良い事象が思いつかないところがありますが、ただその共通点はそういうところかな、とお答えしたいと思います。

実はここから中村先生への質問にお答えしたいなと思うのですが、凄く難しいなと思っています。ただまず先に話を繋げていくために、お話をさせていただきまして、誤解がなければ、永田先生の今事例を出してくださいと言われていたような話と、中村先生がおっしゃっていることは、一つの点では共通しているのではないかと思うところがあると。それは何かというと、中村先生がおっしゃったとおりプレカリアスなマンフッドという、要するに不安定な男性性という言葉があるのですが、そしてその時に、これちょっと僕もはっきり理解していないので良くないのですが、澁谷さんが10年ぐらい前に書かれたというのを引き合いに出して、要するにマスキュリニティーズっていうだけじゃやばいんじゃないか、という話だったと思いますが、要するに何かある種の複数性を肯定するということは、何か複数化するかたちで相対化したという状態を指

摘して終わってしまうと、その間にある権力関係というのを捨象することになるのではないかと、ということになりそうな感じなんですね。だけどその間にある権力関係って、要するに複数あるマスキュリニティーズの間にある権力関係というのが、いろいろ絡まって不安定な男性性という概念の中にうまく入っているのか、入っていないのか。そのようなニュアンスで聞いていました。で、永田先生の言ったように、新しい男性性ができているんじゃないかということ、複数のマスキュリニティーのなかで、男性にどういう希望が持てるのかとかです、こういう必要だったら男性性みたいなものはあるかと思うのですが、要するに正直な話、僕それに関して、つまりこれがこういう希望がありますとか、そういうことに関してはちょっとなかなか答えづらいところがあるように思います。というのは、何を言っても下手したら、今言ったように、マスキュリニティーズを僕がもう一つ増やただけで終わってしまうことになる可能性があります。例えば、「パイプカットする男性が一番格好いい」、「今後一番希望が持てる男性だ」と言ったところで、それは別のマスキュリニティーズとの関係性、権力性の中でしか作られないものだと考えられますので、そう考えていくと、何が重要なのかということ、要するに今やはり事例の研究が必要だなと理解しています。いやそう答えるしかないかもしれないと窮地に追い込まれているだけなのかもしれませんが。ただ重要なことは、例えば不妊、男性不妊という言葉にしてもそうですし、それから「草食系男子」みたいなのがいいと言った時の「草食系男子」という言葉もそうですが、それ自体は、じゃあいわゆる呼び名ができていて、そこにいわゆる実体があるわけじゃないようなものですね。ある種のキーワードなわけです。つまり「男性不妊」も、そういう意味においては言説のひとつの資源でしかなくて、そうしたものは何かとおそらく接合します。あるいは何かと別の権力関係というのを作ります。です。で中村先生がおっしゃられたような、例えば生殖を全く必要としない男性性というのが出てくるのではないかと。例えば養子だったらそんなの別に必要じゃないし、と思われるかもしれないのですが、いやそれは、こう言えるかもしれないです。すなわち今「男性不妊」と言われているもの、このキーワードで語られているものが、今我々がここで分析しているラインにおいては、性的能力と生殖能力の二つの軸を通して語られる言説装置になっていますけれども、も

しかしそれが変わるかもしれない。そこに権力の動態性というようなポリテクスというのがあるのではないかと、と凄く逃げた回答をさせていただきます。すいません、答えに全くなっていないと思いますが、よろしいでしょうか。とりあえずありがとうございました。

由井：中村先生、永田先生ありがとうございました。倉橋さん同様、中村先生からの問いに対して私明確に答えられる気はしないのですが、ともかくですね、ねじれというのが何なのかということについて、ちょっと分かりにくいような説明をしてしまったのかもしれないので、もう一度確認させていただきたいと思います。ここで言っているのは、さっきから再三出てきているように、要するに男性性をはかる尺度が多様化している、というようなことだと思います。例えばダイヤモンド☆ユカイは、①精子がなくてもセックスできる人、よりも②精子があってセックスできない人、を下層に置いている。これは倉橋さんにご説明いただいた件です。この理屈でいくと、最下層は中村先生もおっしゃったように、③精子もなくセックスもできない人、ということになります。

私医療技術の歴史をこれまで専門的に研究してきたわけですが、かつては②つまり精子があってセックスできない人は、子どもはできなかったけれども、最近では顕微授精の前に、精巣からの採取によって精子さえ得られれば子どもができるようになってきました。だから、こと子どもをつくるという尺度に限れば、実はダイヤモンド☆ユカイが下層に置いた②よりも①の方が、男性性との関係で問題になってくるということです。だからどういう尺度かによって、強い男性性とそうでない男性性に分かれてくるというようなことが言いたかっただけです。もう一つ例を挙げるならば、クラインフェルター症候群といって、性染色体がXXYだとか、XXXYだとかいう感じで、「通常」の男性と比べて、女性の染色体として認識されるX染色体の数が多く、外見もたとえば乳房が女性化している場合があったりだとか、体つきが華奢だったりだとかして、女性のようなと、そういう「疾患」があります。クラインフェルター症候群の場合、精子の形成がうまくいかないことがけっこうあるらしいのですが、これなんかは男性的であることと精子があること＝男性的でないことと精子がないこと、というイメージと合致します。でもその一方で、体はマツ

チョだけれども、精子がない、医療関係者はそのギャップに驚いた、なんていう例もあるそうです。人生案内でも、夫の体はマッチョで「男らしい」、けれどもインポテンツだ、というような悩みも語られていました。

これに関連して、さっきから度々出てくるし、永田先生のコメントにもちょっと出てきましたが、セックスレスに言及しておきたいと思います。1950年代から2000年代までの「人生案内」の相談では、セックスできないことと、子どもができないことの悩みは混在して語られていたのですが、実は2010年代になると、セックスできないことの悩みは単なるセックスレスの話に回収されて、そこに子どもができないことの語りは見えない、潜在化します。おそらく、その気になれば、精巣から精子を回収すれば子どもができるようになってきたと、そういった技術の発展もあるのではないかなと考えております。

永田先生からいただいたコメントですけれども、まず全体に対してですね。男性不妊言説の活況の背景ですね。それは私がこれまでやってきたことに関して言えば、技術の発展というののがかなり大きいと思います。実は1950年代あたりから、女性雑誌とかに度々不妊の話題が出てきて、そういった記事を読んでいると、決まって不妊は女性だけじゃなくて、男性の問題でもあるんですよ、と。夫婦揃って検査受けなさいよ、という言説が、その頃から普通に見られます。それは現在にも続いているところですよ。ただし技術という面で見ると、実は1990年代までは、重度の男性不妊に対しては、AID 非配偶者間の人工授精に頼るしかありませんでした。有効な介入方がほとんどなかった。そこで革命が起きたのが、1992年ベルギーですね。顕微授精によって初めて子どもが生まれます。顕微授精というのは、精液中に精子がひとつでもあれば子どもをつくることのできる。さらに技術が進めば精液中に精子がなくても、例えば精巣のなかに精子の元になる細胞がひとつでもあれば、外科的に精子を回収して、それで子どもができるようになってきたと。なのでこういったいわゆる治療の、とりあえず夫の精子で子どもをつくるのが可能になったということの治療と捉えておくと、その治療可能になったことが、男性不妊言説活況の背景にあるのかな、と、それに商業主義が乗っかっていたこともある、ということのひとつ考えていますし、もう一つは竹家さんのおっしゃったことにも関わりますが、間違いなく少子化の問題があるかと思っています。

卵子の老化問題に関連したところですけども、高校の副教材問題がありましたよね。グラフの改竄がどうか（この点については、次の文献を参照。高橋さきの「『妊娠しやすさ』グラフはいかにして高校保健・副教材になったのか」SYNODOS, 2015.09.14）。あの教材もしっかり読んでみると、実はちゃんと、不妊の問題について、不妊の原因は、女性だけじゃなくて男性にもありますよ、ということが書かれていますし（文部科学省『健康な生活を送るために（高校生用）』2015年）、政府の少子化対策関連の審議会の議事録なんかを見ても、そういったことが語られていたりします。少子化と不妊の問題ってかなり密接に関連していて、例えばまた私の専門に引き付けて言うと、第二次大戦中、戦時人口増強政策のもとでも、盛んに不妊治療の重要性が語られていたりもしました。これは実現してはいませんが、戦後、優生保護法の制定に尽力することになる谷口弥三郎という産婦人科医がいて、その人なんかは戦中、不妊女性の国家管理体制を築くと。不妊女性を国に登録しましょうみたいなことを言ったりもしていました。そういった状況とちょっと重なるところもあるのかなと思ったりもします。ただ違うのは、当時は生殖＝女性の責任とみなされがちだったわけだけれども、最近では男性にも注目が集まってきたということだと思います。

関連したところで、日本で1983年に東北大学で初めて体外受精を成功させた鈴木雅洲さんという、当時の産婦人科教授がいますが、2015年に亡くなりましたけれども、その人は15年に日本学士院賞という賞を受賞しています。それは体外受精を初めて成功させたことの功績ですけども、授賞理由なんか読んでいても、少子化のご時世、少子化対策に極めて貢献できる素晴らしい技術を日本に導入した人だ、だから表彰します、みたいなことが書かれているわけです。繰り返しになりますが、少子化の問題が不妊治療の重要性に関する認識を高めていったというような背景があるかなと思っております。

今後の課題、今後の展望みたいなことですね。今の話に引き付けていえば、例えば卵子の老化言説、あるいは高校副教材問題ですね、グラフの改竄があったということだけじゃなくてですね、高校副教材を通して女性に出産役割を固定化させようとしている、というような批判が特にフェミニズムから出てきているわけなんです。それと同時にプラスアルファで昨今男性にも不妊の原因

があるということが声高に言われている。つまり男性にも生殖する性であるといことを自覚させようという流れが出てきているといえます。しかし男性が、先ほど僕が発表したことと関連するけれども生殖する性として自覚的であること、つまり生殖責任を自覚するということは結局、女性に子どもをつくらせることにしかならないんじゃないか。つまり子どもをつくらなければいけないと内面化する男性が、その責任をまっとうするために結局女性に妊娠・出産させるということになってくると思いますので、実は男性身体の管理を通して、間接的に女性の管理が強化されつつあるというようなこともいえるかなと、今は思っております。

あと、身体管理ということに関していえば、それは生殖補助技術で生まれた子どもに対してこそいえるのかとも思っています。というのは、最初に顕微授精で子どもが生まれたベルギーでは、顕微授精で生まれた子ども全てに対して健康状態の追跡調査を行っているらしいです（石原理『生殖医療の衝撃』講談社、2016年）。こういうからくりもあって、顕微授精で生まれた男の子はどうか精子形成能力があまり高くないようだ、ということがわかってきたみたいです。精子の形成能力をどう調べるかといったら、精液を採取するのですが、1992年以降に生まれた青少年たちがそういうことに協力しているわけです。

個別質問ですね。歴史の全体の流れについてどう思うのか、というところですけれども、これもなかなか難しいところで。ですが一つ、男性が弱くなっているというようなことを思いました。別に弱くなっていることが、いいことでも悪いことでもないと思うんですけれども。といいますのは、例えば自分のせいではなく夫のせいで妊娠できない恨み、とまどいという論点を出しましたが、そういった恨みが頻繁かつ露骨に語られるようになるのは実は90年代以降です。50年代ももちろん恨みも語られましたけど、ちょっとマイルドな語りなんですよね。プラスアルファで女性不妊の場合の相談なんかを見ていると、子どもができないことに納得いかない男から暴力をふるわれるという相談が結構あります。50年代、60年代、70年代までは。ですけども、そういったDVを伴うような不妊問題の事例は減っていったということもありますので、なんというか男性が弱くなり、女性が強くなってきたようなことがある面においては妥当するのかなと思っております。すいません、あまりお答えになって

いませんが、とりあえず以上です。

澁谷：中村さん、永田さん、どうもありがとうございます。順番にお答えしたいと思います。まず中村さんが教えてくださった「玉入れ」についてのお話ですが、大変興味深く伺いました。今日、東京から来てほんとうに良かったと思いました。といいますのも、今、私は「包莖」の歴史を研究しているのですが、50年代、60年代の記事を探ると、包莖といっしょに性器加工の話も出てくるのです。性器加工の中には、玉入れも含まれます。その玉入れに熱心なヤクザが刑務所に入所し、支給されたハブラシの柄をこっそり加工して、玉を作り、自分で自分の股間に入れるというエピソードを読んだことがあります。このような性器加工の話は50年代、60年代で終わったと思っていたのですが、今もその痕跡が刑務所で見られて、なおかつ検査で玉の数をかぞえられるというのは、大変面白くうかがいました。

これは感想で、つぎに質問にお答えします。男と女の未来にひきつけながら考えると、「絶倫のイクメン」とはいったいどういうものか、という問題提起をいただきました。やや妄想めいた話になりますが、「絶倫」が今のありかたとはだいぶ様相を変えたうえで、「イクメン」と両立するような気がしています。子煩悩なイクメン男性は、多分これから増えると思います。彼らは、子どもがほしいと心から願い、もし自分が原因で子どもができなければ、妻が可哀想だといって、熱心に妊活に打ちこむでしょう。まっすぐな瞳で精子セルフチェックキットなどを使い、毎日記録をつけて、食事に気をつけて、そして、念願かなってイクメンになるという、そういった男性の姿は、十分ありえる気がします。現在の「絶倫」とはだいぶイメージが違いますが、「絶倫」が様相を変えつつ、イクメンと両立していく。そんな男の未来像が、今日の話聞きながら、見えてきました。

それから、永田さんからいただいたご質問の、「なぜ男性不妊の言説が、活気を帯びているのか」ですが、すでに皆さんが答えられているように、国家、医療ビジネス、そして夫婦の三者の欲望がすべて一致しているからだと思います。国家は人口を増やしたいですし、医療ビジネスは顧客を増やしたい。これまで女性だけを対象としていた医療サービスを男性にまで広げれば、収益は単

純計算で2倍になりますから。そのいい例が、子宮頸がんワクチンですね。数年前に私が調べたときは、海外では、子宮頸がんワクチンを男の子にも接種しようとする動きがありました（澁谷注：2009年9月、HPVワクチンの男児や男性への使用が、アメリカ食品医薬品局の委員会によって推奨されました。"HPV Vaccines: Cervarix Approval and Gardasil Use in Boys/Men Recommended by FDA Advisory Committee", *Medscape*, September 11, 2009. <http://www.medscape.com/viewarticle/708761>). 夫婦の欲望は、子どもが欲しいというものです。国家、医療ビジネス、夫婦の三つの欲望が合致したところに、今の言説の盛り上がりがあるのだと思います。

「それをどう見るのか」というご質問にお答えします。とりあえず、子どもがほしいという個人の欲望に、権力が表だって介入するのは難しいと思います。国家がああしろ、こうしろということは、本来はできない。しかしながら、市民が、個々の現象に対してツッコミを入れる、あるいは、対抗言説なり、批評なりを出していくことはできると思います。たとえば、「わざわざ絶倫を誇ってから、無精子症の苦しみを吐露するダイヤモンド☆ユカイ、ダセえ」とか、あるいは、「精子の数を誇る男どうなの」とか、そんな水準で。そうやって、対抗言説を地道に作っていくしかないだろう、と今のところ思っています。

それから、精子セルフチェックをする「良き精子生産者」にかんしてご感想をいただきました。男らしさを確認したいのでは、健康管理の文脈もあるのではないかと、いうのはそのとおりでと思います。加えて、お話を聞きながら、精子セルフチェックをする男性は、男らしさを目指しながらも、どこか「女子っぽい」ところがある、という感想を持ちました。精子の数は体調によって日々変化するので、チェックは何回もやったほうがいいそうです。すると、男性は、マメにチェックをし、記録をつけることになります。そして、食事に気をつけたり、働きすぎないようにしたりする。複数回にわたる検査と記録、健康への配慮というのは、ある意味、たいへん「ちまちま」した行為で、「女子っぽい」感じがします。男らしさを確認するために始めたことが、とても「女子っぽい」色を帯びる。それが悪いことだとも、いいことだとも評価はしませんが、精子セルフチェックをする男性というのは、なにか矛盾をきたした存在のように見えます。

それから、もうひとつ想起したのが、戦前期にあった、結婚前の健康診断書の交換です。現代は、子どもがほしいという欲望が、テクノロジーである程度叶えられるようになりました。いわば、「子どもを諦めさせてくれない状況」が広がったわけです。すると、治療で苦勞するぐらいなら、はじめから苦勞しないですむ相手と結婚しようとする人が出てもおかしくない。それで、結婚前に健康診断書を取り交わす動きが出てくるのではないかと思いました。戦前の雑誌などには、診断書の交換を推奨する記事がふつうに書かれていましたし、国家も奨めていました。これからの若いカップルの間にも、また交換の動きが起きてくるのではないかと思います。もちろん、カップルたちは、国の人口政策がどうこう、少子化がうんぬん、などということは考えません。相手を苦しませたくないとか、子どもを持ちたい相手の気持ちを尊重してあげたいとか、そんな純粋な、優しい気持ちで交換します。それで、意図せずして国家権力に加担していく。こういうシナリオが見えてきました。



インクルーシブ社会研究 16  
Studies for Inclusive Society 16

生殖と人口政策、ジェンダー

Reproduction: Population Policy and Gender

編集担当：由井秀樹・松原洋子  
Editors: YUI Hideki & MATSUBARA Yoko

JSPS 科研費 JP15K21496 「戦後日本の男性不妊と男性性に関する歴史研究」／  
JSPS 科研費 JP16K01171 「戦後日本の人工妊娠中絶の制度史：医療・人口・地政学」

---

2017年3月17日印刷      2017年3月24日発行

発行 立命館大学人間科学研究所  
<http://www.ritsumeihuman.com/>  
〒603-8577 京都市北区等持院北町56-1  
TEL (075) 465-8358  
FAX (075) 465-8245

印刷 株式会社 田中プリント  
〒600-8047 京都市下京区松原通麩屋町東入  
TEL (075) 343-0006  
FAX (075) 341-4476

---





