The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	20世紀半ばのオーストラリアにおける不妊治療の発展と不妊の医療化
Author(s)	藤田, 智子
Citation	パブリック・ヒストリー. 2015, 12, p. 46-61
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/66538
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

Journal of History for the Public, 12 (2015), pp. 46-61 ©2015 Department of Occidental History, Osaka University. ISSN 1348-852x
Development of Fertility Treatments and the Medicalisation of Infertility in Mid-Twentieth Century Australia
Tomoko FUJITA

20 世紀半ばのオーストラリアにおける不妊治療の発展と不妊の医療化

藤田智子

はじめに

生殖管理は、私的な家族生活のみならず、国家政策における重要な側面をなす。特に 1970 年代以降に起こった生殖補助医療（assisted reproductive technology: ART）の発展は、その利用と規制をめぐり各国で大きな議論を呼んできた。オーストラリア・ヴィクトリア州では、1980 年代を中心に生殖補助医療をめぐって活発な議論がなされ、1984 年には世界に先駆けて生殖補助医療を規制するための法律が制定された。

一方で、それと同時期に発展し、近代家族（核家族）の構築過程を論じたオーストラリアの家族史研究は、産児調整による生殖管理については詳細に考察してきたが、生殖補助医療の影響力を認めながらも、不妊治療の発展、特にその初期の歴史に関しては、十分に分析を行ってこなかった[(1)]。しかしながら、生殖補助医療や不妊治療などの子どもを産む／つくるための技術は、家族史研究が主要なテーマとしてきた妊娠中絶や避妊などの子どもを産まないための技術の「論理的な延長線上」にある[(2)]。近年、多くの子どもが生殖補助医療によって生まれていることを考えても[(3)]、「子どもをつくる」側面からも家族の歴史をみていく必要がある。

(1) 代表的な文献のみ挙げると、Kerreen M. Reiger, *The Disenchantment of the Home: Modernizing the Australian Family 1880-1940* (Melbourne: Oxford University Press, 1985); Michael Gilding, *The Making and Breaking of the Australian Family* (St. Leonards: Allen & Unwin Pty. Ltd., 1991) など。

(2) Renate Klein, "From Test-Tube Women to Bodies without Women," *Women's Studies International Forum* 31, no. 3 (2008): 158; 荻野美穂「生殖における身体の資源化とフェミニズム――日本とアメリカを中心に」『死生学研究』15 号、2011 年、332-334 頁。

(3) 国際生殖補助医療モニタリング委員会（International Committee Monitoring Assisted Reproductive Technologies）は、1978 年に世界初の体外受精児がイギリスで生まれて以降、世界中で生殖補助医療によって生まれた子どもはすでに 500 万人を越えていると推測している。European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), "Japan Now the Most Prolific ART Nation According to Latest World Report," *Focus on Reproduction* (September 2014): 17. また、オーストラリアにおいては、2011 年に出産した女性（ヴィクトリア、クィーンズランド、西オーストラリア、タスマニアおよびオーストラリア首都特別地域で出産した女性）のうち、4% 弱が生殖補助医療を受けたとされる。Z. Li, R. Zeki, L. Hilder and E. A. Sullivan, *Australia's Mothers and Babies 2011*, Perinatal Statistics Series no. 28, cat. no. PER 59 (Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, National Perinatal Epidemiology and Statistics Unit, 2013), 21.

本稿の目的は、オーストラリアにおける不妊治療の萌芽期、特に 1930 年代から 1940 年代の公立病院における不妊症クリニックの設立に焦点を当て、オーストラリアにおける不妊の医療化について検討することである。20 世紀半ばのオーストラリアでは、不妊治療がどのように始まり、そこにはいかなる政治的・社会的・文化的な背景があったのかを明らかにすると同時に、それが家族や女性にいかなる影響を与えたかを描き出したい。

1　生殖の医学的管理

(1)　オーストラリアにおける医療専門職支配の確立

オーストラリアにおける初期不妊治療の発展に関する議論を始める前に、その背景となる医療専門職支配の確立や彼らによる生殖の管理に関する議論を概観する。

エヴァン・ウィリスは、ヴィクトリアにおける医療と専門職支配について検討した著書の中で、1880 年にはすでに医療専門職は高い地位を得ており、「それなりに政治的な影響力を持つ」エリート集団になっていたと分析している[(4)]。専門職支配とは、医師による患者と医療に関わるその他の専門職に対する支配をいう[(5)]。オーストラリアでも、政府による後ろ盾を背景に、医師による医療サービスが徐々に影響力を増し、1930 年代から 1970 年代には、「医療専門職支配（medical dominance）」の「黄金期」を迎えた[(6)]。

この医療専門職支配に特に重要だったのは、医師による自己規制を可能とするようなシステムであり、各州（植民地）の医事局（Medical Board）はその骨子であった[(7)]。オーストラリアにおいてはアメリカなどと同様、医師が職能団体を創設して政府に働きかけ、政府は立法を通してそれに応えてきた。法律によって設置された医事局は、医師を中心に構成され（当初は医師のみ）、医療水準を維持するために、免許登録や懲戒権の行使を通して医師集団を統制する「監視者」である[(8)]。オーストラリアで最初に医事局が作られ、免許登録が行われるようになったのはタスマニアであり、母国のイギリスよりも 20 年ほど早い 1837 年のことであった。その翌年にはニューサウスウェールズ医事局が、1844 年にはポート・フィリップ医事局が、1862 年にはヴィクトリア医事局が作られたが、このような登録制度の確立は、競合する職種との差異

(4)　Evan Willis, *Medical Dominance: The Division of Labour in Australian Health Care*, rev. ed. (North Sydney: Allen & Unwin Australia Pty Ltd, 1989), 60.

(5)　詳しくは、Eliot Freidson, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care* (New York: Atherton Press, 1970); Eliot Freidson, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge* (Chicago: University of Chicago Press, 1988) などを参照。

(6)　Evan Willis, “Introduction: Taking Stock of Medical Dominance,” *Health Sociology Review* 15, no. 5 (2006): 422.

(7)　医事局は、植民地／州によって Medical Board や Medical Practitioners Board、Court of Medical Examiners、Medical Council など異なる名称がつけられてきたが、ここでは統一して医事局とする。また日本語訳に関し、岩田太・峯川浩子は「免許登録委員会」と訳しているが、この機関の役割／権限が免許登録のみではないこと等を考慮し、本稿では「医事局」とする。岩田太・峯川浩子「オーストラリアにおける医師の自律規制（1）――懲戒手続に焦点をあてて」『上智法學論集』49 巻 2 号、2005 年、1-68 頁。

(8)　同上、13-22 頁。

化や非正規の医師の排除、そして医師のプロフェッショナリズムの確立に繋がった。その後、法律の改正を通し、医事局には問題のある医師を罰する権限も与えられた。[9] それにより、医療専門職は、自律して職業成員の行動を制御し、自ら医療の質の管理も行えるようになったのである。[10] ウィリスは、このような過程を通し、医療専門職の自律性とプロフェッショナリズムが確立され、医療専門職による支配も完成されたと主張する。[11] 医事局の存在は、「政府と社会が医療専門職に対して自己規制する権利を認めたことを象徴していた」のである。[12]

医師たちは 1840 年代以降、自らの職能団体を創設するようになったが、これは上述のように、医師の自己規制と専門職化に大きな影響を与えた。[13] ヴィクトリアにおいては 1855 年にヴィクトリア医師会（Medical Society of Victoria）が、1879 年に英国医師会（British Medical Association）のヴィクトリア支部が設立された。ニューサウスウェールズにおいても、翌年、英国医師会の支部が設立され、この動きは他の植民地にも広がっていった。1962 年にはこれらの支部が正式に統合され、医療専門職の利益を保護・促進するオーストラリア医師会（Australian Medical Association）が作られた。

さらに、医学教育機関の設立も重要である。その機関における教育を資格取得や免許登録の条件とすることが、医療専門職の自律やプロフェッショナリズムを支えることになるからだ。オーストラリアにおいては、メルボルン大学で 1862 年に、シドニー大学やアデレード大学では 1880 年代に入ってから医学部が設置された。医療専門職はそれまで、イギリスで訓練を受けた者によって占められていたが、これらの医学教育機関の設立によって、オーストラリアで訓練を受けた医師の割合も増加していった。

19 世紀後半から 20 世紀初めにかけての医学の進歩も、専門職支配に影響を与えた。[14] 特にルイ・パスツールやロベルト・コッホによって基礎付けられた細菌学、疾病の細菌病因論の発展

---

(9) ヴィクトリア医事局には、1862 年当初から必要に応じて尋問する権限が与えられていた（また、登録がないにもかかわらず医師の肩書を使用する者は処罰を受ける可能性があった）が、1906 年医師法によって、州総督の同意を得れば、重罪または軽罪を犯した者の登録を抹消する権限が与えられ、さらに 1933 年医師法により「医師として破廉恥な行為（infamous conduct）」を行った者の登録を抹消する、あるいは除籍する権限が与えられた。ニューサウスウェールズでは、1900 年医師実務改正法および再修正法により、登録がないにもかかわらず医師の肩書を使用する者を罰し、さらに「医師として破廉恥な行為」などを行った者を除籍する権限が医事局に与えられた。タスマニアにおいても、1908 年医師法により、それまでの組織に代わって新しい組織、Medical Council of Tasmania が創設され、同様の権限が付与された。

(10) なお 2010 年 7 月より、医師を含む医療に関わる 10 の職種（その後 14 の職種に増加）に関し、国レベルで免許登録等を管理することとなった。それに伴い、これまで州ごとに存在していた医事局がまとめられ、オーストラリア医事局（Medical Board of Australia）が作られた。

(11) Willis, *Medical Dominance*.

(12) David Gervaise Thomas, “The Challenge to Medical Autonomy and Peer Review Embodied in the Complaints Unit/Health Care Complaints Commission of New South Wales” (PhD diss., University of Sydney, 2002), 42.

(13) アメリカでは 1847 年にアメリカ医師会が設立されたが、ピーター・コンラッドとジョゼフ・W. シュナイダーによれば、この「アメリカ医師会こそが、医療を『専門職化』しようという正規の医師の試みの中核を成していた」という。Peter Conrad and Joseph W. Schneider, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness* (Philadelphia: Temple University Press, 1992), 10.

(14) Willis, *Medical Dominance*, 61-69.

は重要であり、感染症に対する新しい薬やワクチンの開発なども行われた。さらに19世紀半ば以降に発展した麻酔法や消毒法は、外科学の向上に大きく貢献し、このような「外科学と細菌学の功績こそが医学の科学的基礎を固め[15]」、医学における「過去との質的な断絶」をもたらし、「人間の病の多くは歴史上初めて予想可能でコントロール可能」なものになった[16]。「科学的な医学の発展は、正規の医師たちに医療実践における…優位性を与え」、医師の専門的地位は上昇した[17]。専門的技術の発展と専門職支配は、後述する医療化に関わる医療専門職の「権力」を支えることになったのである[18]。

この医療専門職が男性に占められてきたことは、特に強調しておかねばならない。医療に関わる職業が専門職として確立され、医師による支配が起こる過程は、医療における分業が進み、医師や看護師、薬剤師などの関係が確立される過程でもあった。男性を中心とする医師と女性が占める看護師・助産師の間には階層的・支配的な関係が確立され[19]、このような医療におけるジェンダー体制は、生殖管理にも大きな影響を与えることとなった。

(2) 婦人科学の進歩と生殖管理

19世紀後半以降、婦人科学やその治療には著しい進歩がみられた。特に1880年代以降は、開腹手術の進歩に伴って、「子宮や付属器官の機能に関する生理学的・病理学的知識」における大きな進歩がみられ、医師たちは婦人科学を一つの専門領域とみなし始める[20]。オーストラリアにおいては、シドニー大学における医学部の創設やプリンス・アルフレッド（のちの王立プリンス・アルフレッド）病院の開設、さらにトマス・チェインバースやジョゼフ・フォーマンなどの優れた（産）婦人科医がイギリスから来たことなどにより、特に1880年代のシドニー

(15) Conrad and Schneider, *Deviance and Medicalization*, 14.

(16) Freidson, *Profession of Medicine*, 16. 強調は筆者。

(17) Conrad and Schneider, *Deviance and Medicalization*, 14.

(18) *Ibid.*, 13.

(19) オーストラリアの国勢調査を概観すると、少なくとも1947年までは、医師の約9割以上が男性であった。一方看護師（および助産師）は、1931年まではほぼすべてが女性であり、1947年以降少しずつ男性看護師が増え始めた。G. H. Knibbs, *Census of the Commonwealth of Australia Taken for the Night between the 2nd and 3rd April, 1911* (Melbourne: Government Printer, 1911); Chas. H. Wickens, *Census of the Commonwealth of Australia Taken for the Night between the 3rd and 4th April, 1921* (Melbourne: Government Printer, 1921); Roland Wilson, *Census of the Commonwealth of Australia, 30th June, 1933* (Canberra: Commonwealth Government Printer, 1933); S. R. Carver, *Census of the Commonwealth of Australia, 30th June, 1947* (Canberra: Commonwealth Government Printer, 1947).

(20) Joseph Foreman, "Section of Gynæcology, Chairman's Address," *Transactions of the Intercolonial Medical Congress of Australasia, First Session Held in Adelaide, South Australia, August-September 1887* (Adelaide: Vardon and Pritchard, 1888), 171; Ferdinand C. Batchelor, "Section of Obstetrics and Gynæcology, President's Address," *Intercolonial Medical Congress of Australasia, Transactions of Second Session, Held in Melbourne, Victoria, January, 1889* (Melbourne: Stillwell and Co., Printers, 1889), 625-626.

では婦人科学の発展がみられた。[21] その後 20 世紀初め以降は、不妊の検査をより「科学的」にする技術が進歩した。20 世紀初めには子宮卵管造影検査（HSG）が初めて試みられ、1919 年には、ドイツ出身の I. C. ルビンがアメリカで酸素（のちに二酸化炭素）を使用した卵管通気検査、通称「ルビンテスト」を初めて実施した。1920 年代、1930 年代には、エストロゲンやプロゲステロンなどの性ホルモンが発見され、1920 年代前半には、日本人医師荻野久作によって排卵と月経の周期が解明されたが、それはその後、排卵日の予測に活用されるようになった。[22]

この分野の専門性が高まる一方で、生殖、特に出産の施設化と医療専門職による管理も進行した。1912 年に出産手当が導入されたことにより、多くの女性が出産にあたって助産師ではなく医師を選ぶようになった。[23] 1913 年から 1923 年にかけては、助産師のみによる出産が半減し、子どもは医師の指導の下、病院で産むものとなっていった。[24] 同時期、看護師の専門職化は、医療専門職（医師）との従属関係を形成する形で起こり、両者は助産師を支配下に置こうと試みる。[25] 助産師を規制する機関が各州に作られ、その養成や実践が医師と看護師によってコントロールされるようになった。[26] 労働者階級の彼女たちは、産婦死亡の原因とされ、出産の現場から排除されていったのである。[27] 母親たちは、出産における安全性に関する医師の主張を受け入れると同時に、病院でのケアの真価を認め、この変化を支持した。[28]

このように、1880 年代から 1930 年代にかけて、医師の専門職化に伴い、男性医師による女性の生殖の管理が進んだ。一方で、コンドームやペッサリーなどの避妊具が徐々に利用できるようになったことなどにより、女性は自らも「より効率的に自身の生殖を管理し始めるよう

---

(21) Frank M. C. Foster, *Progress in Obstetrics and Gynaecology in Australia* (Sydney: John Sands Pty. Ltd., 1967), 47. チェインバースは、シドニー大学の助産学実習（Practice of Midwifery）の初代講師を務めたのち、シドニー病院の女性特有の病を扱う診療科で名誉外科医を務めた（*ibid.*, 48-50）。フォーマンも、王立プリンス・アルフレッド病院で名誉産科外科医を務めるとともに、シドニー大学で婦人科学の講師を務めたが、子宮全摘出を成功させるなど、特に外科手術において目覚ましい実績を挙げた（*ibid.*, 50）。

(22) 佐藤和雄『先達の轍に学ぶ――産婦人科の過去から未来へ』Medical View、2011 年、60 頁 ; Michael J. O'Dowd and Elliot E. Philipp, *The History of Obstetrics and Gynaecology* (Carnforth: The Parthenon Publishing Group Inc., 1994), 352.

(23) 当時の連邦首相アンドリュー・フィッシャーは、連邦議会の出産手当をめぐる議論において、「政府は、〔出産が〕医師の立会の下に行われることを望んでいる」と述べた。Commonwealth Parliamentary Debates, Fourth Parliament, Third Session, (September 24, 1912) 3320. また出産手当をめぐる議論全体を通して、母子の保護それ自体の重要性と、それが国家や人種、白豪主義にとっても重要であることが強調されていた。藤田智子「オーストラリア『家族政策』の歴史――なぜ『ファミリー』なのか？」『オーストラリア研究』22 号、2009 年、47-48 頁。

(24) Cherry Russell and Toni Schofield, *Where It Hurts: An Introduction to Sociology for Health Workers* (North Sydney: Allen & Unwin Australia Pty. Ltd., 1986), 162.

(25) Annette Summers, "The Lost Voice of Midwifery: Midwives, Nurses and the Nurses Registration Act of South Australia," *Collegian* 5, no. 3 (1998): 18-20; Lesley Barclay, "A Feminist History of Australian Midwifery from Colonisation until the 1980s," *Women and Birth* 21, no. 1 (2008): 6.

(26) Fiona Bogossian, "A Review of Midwifery Legislation in Australia: History, Current State & Future Directions," *Australian College of Midwives Incorporated Journal* 11, no. 1 (1998): 26.

(27) Barclay, "Feminist History," 6.

(28) Kerreen Reiger, *Family Economy* (Ringwood: McPhee Gribble, 1991), 20.

になる」が、政府は、これらの生殖をめぐる変化の過程において、重要な役割を担っていた。[29] 女性の生殖の医学的管理は、とりわけ白豪主義下の強い国家的・人種的関心から、政府の政策を通しても促進されたからである。そして 1940 年代に起こる不妊症クリニックの設立の背景にも、同様の構図が見て取れるのである。

2　不妊症クリニックの設立とその背景

(1)　出生率低下の政治問題化

オーストラリアの公的病院における最初の不妊症クリニックは、1938 年、シドニーのクラウン・ストリート婦人病院（Crown Street Women's Hospital）に設立された。このクリニックは、初代所長のアラン・グラントを中心に開設され、1979 年には立役者としての彼の功績を称えて、アラン・グラント不妊治療クリニック（Alan Grant Fertility Clinic）に改名された。グラントは不妊症自体の研究にも大きく貢献したこの分野の「パイオニア」であり、国際的にも「優れた外科医および研究者」として認められていた。[30] クリニックでは当初、婦人科病歴の聴取、全身検査、骨盤内診察、卵管疎通性の検査、子宮内膜検査、さらに頸管粘液検査等による排卵日の特定などを通して、主に女性の不妊原因の究明が行われていた。[31] グラントが『オーストラリア医学誌』（*Medical Journal of Australia*）に発表したところによれば、男性の不妊症に関しても早い時期から検査が行われていたようであるが、[32] 実際にこのクリニックで、訪れる女性の夫にまでサービスが拡大されたのは 1940 年代半ばである。それはメルボルンの婦人病院（Women's Hospital）、のちの王立婦人病院のサービスに呼応したものであった。[33] なお 1943 年には、同じシドニーの王立婦人病院（Royal Hospital for Women）にも不妊症クリニックが作られている。

その後、1940 年代半ばに、各主要都市で不妊症クリニックが設立された。上述のメルボルンの婦人病院には、1944 年 12 月に J. W. ジョンストンの下でクリニックが設立された。[34] 翌年初めには同じメルボルンのヴィクトリア女王記念病院（Queen Victoria Memorial Hospital）に、1944 年 9 月にはブリスベン婦人病院（Brisbane Women's Hospital）に、1940 年代半ばには王立アデレード病院（Royal Adelaide Hospital）に、それぞれクリニックが開設された。西オーストラリア州の王立パース病院（Royal Perth Hospital）でも、1940 年代終わりまでに専門のクリニックが作られた。

---

(29)　*Ibid*., 16-21.

(30)　"Dr Alan Grant, Gynaecologist: Obituary," *Sydney Morning Herald*, May 5, 1987.

(31)　Lloyd W. Cox, "The Development of Infertility Treatment in Australia," *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 31, no. 3 (1991): 254; Alan Grant, "Infertile Marriage or Sterility," *Medical Journal of Australia (MJA)* 1, no. 22 (1941): 672-675.

(32)　Grant, "Infertile Marriage," 672-673.

(33)　Minutes of the Board, Women's Hospital (Crown Street), November 28, 1945, Women's Hospital (Crown Street) Records, Box 5/UA1, State Records Authority of New South Wales.

(34)　Margaret A. Mackie, "Medical Report for December" [1944], Medical Superintendent's Reports, A2000/18/103.2, Royal Women's Hospital Archives, Melbourne.

なぜこの時期に不妊症クリニックの設立ラッシュが起こったのだろうか。その背景には、出生率（人口 1000 人当たりの年間の出生数）低下に対する国家的関心があった。1870 年代以降、イギリスなどの西欧諸国では、長期的な出生率低下が起こった。オーストラリアにおいても 1860 年代終わり以降、出生率が徐々に低下し、1890 年代には急落した。これを受けて 1903 年には、ニューサウスウェールズ州で出生率低下と幼児死亡に関する王立委員会（Royal Commission on the Decline of the Birth-Rate and on the Mortality of Infants in New South Wales）が組織され、妊娠中絶や避妊具の使用の拡大などが問題化された[35]。その後出生率は多少変動しながらもほぼ横ばいであったが、1910 年代より再び下がり始め、大恐慌の際には著しく低下した[36]。それに伴って家族の規模も縮小し、母親（45 歳から 49 歳までの既婚女性）1 人当たりの子どもの数は、1911 年の平均 5.02 から、1944 年には平均 2.77 にまで減ったのである[37]。

その後出生率は回復傾向にあったにもかかわらず、1940 年代に入って出生率の問題が再び関心を集めるようになった。それは第二次世界大戦や戦後復興の文脈で、この問題が新たな意味合いを帯びるようになったからである[38]。決定的だったのは、太平洋における日本の急速な拡張、特に日本軍によるオーストラリア北部およびシドニー湾への攻撃である。1942 年 2 月に行われたダーウィン爆撃は、オーストラリア史上初の本土への直接攻撃であった。その後 1943 年にかけて、ブルーム、タウンズビルなども爆撃された。1942 年 5 月には、日本軍の特殊潜航艇によるシドニー湾攻撃も起こり、特に軍事的な観点から人口の少なさが問題視されたのである。さらに、戦後の復興や発展の文脈でも人口増加は大きな課題となった。1940 年代前半には、連邦議会でも人口や出生率の問題に関して長時間の議論がなされ、政治指導者やメディアは、人口の大幅増加の必要性を強調するようになった。例えば元連邦首相のロバート・メンジーズは、1943 年 2 月、オーストラリア産業保護連盟のメンバーに対し、「オーストラリアは 20 年以内に人口を倍にしなければ、消えてしまうに違いない」と述べたとされている[39]。シドニーの主要な日刊紙『シドニー・モーニング・ヘラルド』も、同年 6 月、「最も良い『移民』とは、もちろんオーストラリア人の子どもであるが、出生率の上昇を促進できない限り…どんなに見積もっても人口は徐々にしか自然増加しないだろう」と述べている[40]。出生率の低下は、

(35) Reiger, *Disenchantment*, 110.

(36) 1912 年に 28.6 あった出生率は、1934 年には 16.4 にまで低下した。Australian Bureau of Statistics, "Birth," *Australian Historical Population Statistics, 2014* (cat. no. 3105.0.65.001), last modified September 18, 2014, accessed October 26, 2014, http://www.ausstats.abs.gov.au/ausstats/subscriber.nsf/0/CA2D2551A5E5BA12CA257D560017856D/$File/3105065001ds0004_2014.xls.

(37) Knibbs, *Census*, 1185; Wickens, *Census*, 2163.

(38) C. P. Schofield, A. Wheldon, J. McNaughton and L. Beet, *Report of Committee of Inquiry into the Medical Aspects of the Decline of the Birth Rate including Reports of Special Investigations*, National Health and Medical Research Council Special Report Series no. 4 (Canberra: Commonwealth Department of Health, 1948), 7.

(39) "'Must Double Population': Mr. Menzies's Warning," *Sydney Morning Herald*, February 23, 1943. なおメンジーズはこの時、イギリスからの移民の増加を視野に入れていた。

(40) "People Wanted," *Sydney Morning Herald*, June 26, 1943.

1940 年代半ばのオーストラリアが直面する「最大で唯一の問題」であったのだ。[41]

このような人口に対する政治的関心の高まりは、白豪主義政策と明確に関連しており、それは議論の中で使用された人種的表現からも明らかであった。例えば、オーストラリア人口学の第一人者である W. D. ボーリーは、国立保健医療研究審議会（National Health and Medical Research Council）における出生率低下に関する審議で配布された論文において、「オーストラリアの白人人口が〔20〕世紀末までに倍…になる可能性は、ごくわずかしかない」と主張していた。[42] またアジアの人口に関して、「オーストラリアは太平洋のはずれに位置し、正に人口革命〔と言える現象〕を目撃している、つまり西洋の衰退と東洋の拡張である」と述べている。[43] メルボルンの婦人病院で不妊症クリニックの開設を主導したジョンストンも、英国医師会ヴィクトリア支部の不妊症に関するシンポジウムで、オーストラリアの出生率低下に対する政治的関心の高まりを、「民族の繁殖率（reproductive rate of the race）」や「種の自然繁殖力（natural fecundity of the species）」という表現を使用して説明した。[44]

> …特に今、不妊症というテーマがわれわれの注目を集めるのは、現在、人口減少への関心が高まっているからである。この問題は、すべての白色人種に懸念を生じさせているが、ここオーストラリアにおいては、それが特にわれわれの興味を引く理由がある。[45]

出生率低下に危機感を持っていたのは、政府やメディア、研究者だけではなかった。タスマニアの母と子を保護する会（Tasmanian Council for Mother and Child）は、その後会長となるイーディス・ウォーターワースを中心に 1930 年代後半に作られた団体であった。[46] 彼女たちは 1944 年 5 月、ホバートで集会を開き、出生率と人口の問題について議論を行った。集会では、連邦政府に対して、出生率と人口の問題に取り組む特別な組織を設立すること、さらに出産して母親になった経験があり、福祉事業に携わったことのある女性を最低でも 2 人その組織のメンバーに含めることを求める決議案が満場一致で可決された。[47] これらの決議は、メディアや連邦保健大臣、国立保健医療研究審議会の委員にも送付され、審議会は出生率低下に関する最初の議論において「女性の視点から」意見を述べてもらうため、2 人の女性を招くことを決定した。[48]

---

(41) "The Decline of the Birth Rate," *MJA* 2, no. 20 (1948): 581.

(42) W. D. Borrie, "Some Thoughts on Post-war Population and Demography," *Australian Journal of Science* 6, no. 4 (1944): 107.

(43) Ibid., 107.

(44) J. W. Johnstone, "General Aspects of Sterility in the Female," *MJA* 1, no. 6 (1945): 138.

(45) Ibid., 138.

(46) "Proper Care: Mothers and Children Tasmanian Council," *Examiner*, October 19, 1937. 当初の名前は Tasmanian Council for Maternal and Child Welfare であったが、その後 Tasmanian (State) Council for Mother and Child に改名された。

(47) "Birth Rate Problem: Hobart Requests," *Mercury*, May 24, 1944.

(48) National Health and Medical Research Council (NHMRC), *Report of the National Health and Medical Research Council, Seventeenth Session* (Canberra: Commonwealth Government Printer, 1944), 8.

(2)　国立保健医療研究審議会による出生率低下問題の検討とクリニックの設立ラッシュ

連邦保健大臣は、1944 年 3 月、「オーストラリアは妊娠中絶などの予防可能な原因により年間 3 万人の乳児を失っている」と述べた上で、国立保健医療研究審議会がこの問題に関して審議・検討することを発表した[49]。この審議会は連邦保険局長を議長とし、各州の保健省のトップおよび英国医師会の支部や大学の医学部の代表などをメンバーとしていたが、審議会がこの問題を取り上げたのは、政府からの要請だけでなく、議長である連邦保険局長の意向でもあったと推測できる。当時初代連邦保険局長であった J. H. L. カンプストンは、公衆衛生の専門家であり、優生学を含め「進歩主義的」な考えを持っていたとされる[50]。彼は 1910 年に行った講演においてすでに、「最も顕著に国民の注目を集めている話題」として人口問題を取り上げ、移民よりもオーストラリア生まれの者の方が「より国家を発展させられる」のだから、「人口の自然増加を促進するためのあらゆる方策を実施する」必要があると主張していた[51]。出生率低下の問題に関する最初の議論が行われた 1944 年 5 月の第 17 回の審議会においても、カンプストンは、この問題が「政府からも…意見と助言を求められた問題」であると述べ、この問題に関わる「一連の資料」を自ら提出していた[52]。

出生率低下の問題に関する最初の議論には、メルボルン大学のマーシャル・アランとシドニー大学のブルース・T. メイズが招かれ、議論の結果、審議会は、出生率低下の問題にはいくつかの側面があり、意見を表明する前に「証拠の収集、分析、そして慎重な考察が必要である」と結論付けた[53]。その上でさまざまな専門家による調査を始めることを決め、その一つとしてアラン、メイズ両氏を中心とする出生率低下の問題の医学的側面について調査を行う委員会（Committee of Inquiry into the Medical Aspects of the Decline of the Birth Rate）を立ち上げ、人々の栄養状態とこの問題との関係や、原発性不妊症（primary sterility）や避妊、妊娠中絶、死産や新生児の死亡などについての調査を委任した[54]。また不妊症クリニックの設立が「非常に望ましい」とし、「それらのクリニックのあり方や設備の詳細」については、その調査委員会が立案することも決定した[55]。

国立保健医療研究審議会は、この時同時に、公式声明を発表することも決議したが、その内容は、審議会が出生率低下をオーストラリアが直面する国家的な課題であると認識していることを示していた。

> 出生率は着実に低下しており、…もしこの状況が続けば、回復を全く期待できないこと、

(49)　"National Health Council to Discuss Fall in Birth Rate," *Canberra Times*, March 31, 1944. 国立保健医療研究審議会は、保健医療研究の支援や保健衛生に関する助言を行う機関である。

(50)　Milton J. Lewis, *The People's Health: Public Health in Australia, 1788-1950* (Westport: Praeger Publishers, 2003), 143.

(51)　"Infantile Mortality: Lecture by Dr. Cumpston," *Kalgoorlie Miner*, July 26, 1910.

(52)　NHMRC, *Seventeenth Session*, 4. 強調は引用者。

(53)　*Ibid*., 8.

(54)　原発性不妊症とは、一度も妊娠したことがない状態を指す。

(55)　NHMRC, *Seventeenth Session*, 7.

…そしてこのような継続的な低下は最終的に…オーストラリア国民の将来に大きな不安をもたらすなどの結果を招く…ことは、何の疑いもなく明らかである。(56)

このように調査委員会は、その他の調査とともに、男女における原発性不妊症の発症率を調査し、その原因を究明するとともに、その予防法や治療法を提示することを付託されたのである。調査委員会が最初に直面した「問題」は、「適切」な不妊症クリニックを設立し、調査・研究に協力することが可能な病院を割り出すことであった。(57) オーストラリアで利用可能な設備を見直した調査委員会は、現段階では、「原発性不妊症の発症率に関して…意見を述べるための基礎としては不十分」であることを認識する。(58) 調査委員会は、メルボルン婦人病院のジョンストンとクラウン・ストリート婦人病院の F. A. ベリングハムの協力を得て「不妊症クリニックの要件」を作成し、依頼文とともに多くの病院に送付した。そして、それらの病院からの返答を吟味した上で、各主要都市にある 9 つの病院を選び出し、それらの病院に不妊症クリニックを設立することを勧告したのである。(59) この 9 つの病院の中ですでに不妊症クリニックを有していたのはクラウン・ストリート婦人病院など一部で、その他の病院では、不妊に関する検査は行われていたが、「専門クリニックという名の権威づけはできていなかった」。(60) このような事情からも一定の「基準」が必要となり、特にベリングハムの下で行われている日常的な臨床診療や技術が参考とされたのであった。

第 18 回国立保健医療研究審議会に対し、医療専門職による調査委員会は中間報告書を提出した。調査委員会の報告書は、各クリニックに必要な設備について述べると同時に、選出された病院のクリニック開設を支援するために、2 年間にわたって年 300 ポンドの補助金を出すよう国立保健医療研究審議会に勧告した。(61) 審議会はこの勧告を受け入れ、上述の不妊症クリニックの設立ラッシュに繋がったのであった。

このように、一医師を中心として設立されたクラウン・ストリート婦人病院のクリニックとは異なり、1940 年代半ばにおける不妊症クリニックの設立ラッシュの背景には、出生率に対する国家的関心があったのである。

---

(56) *Ibid*., 8.

(57) Committee of Inquiry into the Medical Aspects of the Decline of the Birth Rate (CIMADBR), “Interim Report of the Committee of Inquiry into Medical Aspects of the Decline in the Birth-Rate,” in *Report of the National Health and Medical Research Council, Eighteenth Session*, by NHMRC (Canberra: Commonwealth Government Printer, 1944), 49.

(58) Schofield et al., *Medical Aspects*, 8.

(59) 9 つの病院とは、シドニーのクラウン・ストリート婦人病院、国王ジョージ 5 世記念産科婦人科病院（王立プリンス・アルフレッド病院）、王立婦人病院、メルボルンの婦人病院、ヴィクトリア女王記念病院、聖ヴィンセント病院、ブリスベン婦人病院、王立パース病院、王立アデレード病院であった。

(60) CIMADBR, “Committee of Inquiry into Medical Aspects of the Decline in the Birth Rate: Progress Report for the Period November, 1944 - May, 1945,” in *Report of the National Health and Medical Research Council, Nineteenth Session*, by NHMRC (Canberra: Commonwealth Government Printer, 1945), 25.

(61) CIMADBR, “Interim Report,” 49. 調査委員会は特に、カイモグラフの導入の重要性を強調した。

3　不妊の医療化のはじまり

(1)　医療問題としての不妊

前述の調査委員会は、第 19 回国立保健医療研究審議会にも、経過報告書を提出した。それによればクリニックの設立は、専門職および一般市民の間で不妊に対する関心を高めたという。[62] 不妊はそれまでは、医療専門職の間で「婦人科学において発展の遅れた分野とみなされていた」。[63] シドニーで比較的早い時点から不妊の問題に取り組んでいたセシル・コグランは、1930 年に発表した論文の中で以下のように述べている。

> …女性の不妊症についての研究を継続すると決意した際、私は度々、現代において求められているのは、いかに不妊を治すかではなく、いかにそれ〔不妊状態〕を引き起こすかであると言われた。このような反対にもかかわらず、私は非常に真剣に子どもが欲しいと望む女性を多く見てきた…。[64]

しかし、その不妊が 1940 年代半ば、医師たちの注目を集めるようになる。メルボルンとシドニーでは、英国医師会のヴィクトリアおよびニューサウスウェールズ支部によって、不妊に関するシンポジウムや会議が行われた。また、『オーストラリア医学誌』でもこの問題が取り上げられた。1945 年 2 月号に掲載された諸論文には、グラントやベリングハム、ジョンストンなどこの分野の「権威」によって寄稿されたものが含まれており、[65] すべてが不妊症に関するものであった。内容は、不妊症に関する全般的な解説、子宮卵管造影検査などを含む診察・検査・治療の実践方法の提示、そして治療の実践報告等であった。[66] 調査委員会は、英国医師会による会議や医学誌における論文を、「クリニックを新設し、さらに場合によってはすでに運営されているクリニックを改善する上で、優れた資料を〔医療〕専門職に提供・公表した」と評価している。[67] メディアも 1947 年末から 1948 年初めにかけて、「不妊という主題が近年かつてないほど注目されており、〔研究を通して得られた〕興味深い事実やデータが公開されている」と述べる医師の記事を掲載している。[68] 専門クリニックの設立自体が、不妊に対する医師の関心を高め、研究を進展させる直接的なきっかけになったのである。

---

(62)　CIMADBR, “Progress Report,” 26.

(63)　L. Napier, “Infertility and Feminism” (paper presented at the 57th ANZAAS (Australian and New Zealand Association for the Advancement of Science) Congress, James Cook University, North Queensland, August 28, 1987).

(64)　Cecil Coghlan, “Notes on Sterility in Women,” *MJA* 1, no. 7 (1930): 209.

(65)　CIMADBR, “Progress Report,” 26.

(66)　F. A. Bellingham, “Sterility,” *MJA* 1, no. 6 (1945): 129-134; Alan Grant, “Effort and Result in Sterility: An Audit of 407 Cases,” *MJA* 1, no. 6 (1945): 134-138; Johnstone, “General Aspects,” 138-142; Colin MacDonald, “Hysterosalpingography in Steriltiy,” *MJA* 1, no. 6 (1945): 142-144; H. F. Bettinger, “The Examination of Semen,” *MJA* 1, no. 6 (1945): 144-145.

(67)　CIMADBR, “Progress Report,” 26.

(68)　“Leaves From a Doctor’s Case Book: Helpful Advice for the Childless,” *Argus Women’s Magazine*, December 30, 1947, 15; “From a Doctor’s Casebook: Advice for the Childless,” *Advocate*, January 7, 1948.

不妊に対する医学的関心の高まりの中で、曖昧ながら「不妊症」の医学的定義も試みられた。例えばジョンストンは、1945 年の女性の不妊に関する論文において、「不妊症は、妊娠できない、あるいは生殖過程を開始できないことと定義することが可能」であり、女性は「実質的、臨床的観点からは、結婚後 2 年経っても〔妊娠できない場合に〕不妊だと考えることが可能」であると述べている。[69] そして、不妊は「相対的な概念」であり、生殖能力には「あらゆる段階がある」ともしている。[70]

厳密な不妊の医学的な定義は、（いまだに）存在しない。[71] 医学的に不妊と診断する期間は、国や機関によって異なるし、人口学と医学では異なる基準・定義が使用されている。[72] そもそも不妊という状態は、妊娠や出産を望まない限り「問題」にはならない。しかしながらここで重要なのは、不妊症に対する医学的関心が高まる中で、不妊症の医学的定義が試みられたこと、そのものである。ベリングハムは 1945 年の論文で、「不妊症の研究は…絶対的な科学ではなく相対的である」と述べているが、[73] そもそも不妊が研究対象となり、科学的な理解が試みられたことこそが、不妊が「不妊症」、つまり医療問題として認識され始めたことを示している。医療専門職による調査委員会によれば、不妊症クリニックで行われた探索的調査のうち、「少なくとも一例は、原発性不妊症の病因学へと拡大」したという。[74] 不妊は医学的な枠組みで理解されるようになり、「医療化」され始めたのである。[75]

このように、1940 年代における不妊に対する医学的関心の高まりは、不妊を医学的に理解しようとする試みに繋がったが、それは不妊が国家によって重要な問題とみなされ、政府の支援を受けて専門クリニックが設立されたことに負うところが大きかったのである。[76]

(2) 社会的な問題としての不妊

上述のコグランの言葉が暗示するように、不妊に対する医師の関心不足にもかかわらず、多くの女性は子どもがいないことで社会的な圧力を感じてきた。国立保健医療研究審議会が出生率低下に関わる調査の一環として女性たちの意見を募ったところ、意図的に子どもの数を抑制している者しか調査対象にしていなかったにもかかわらず、「多くの女性が、子どもができな

(69) Johnstone, “General Aspects,” 138. 強調は引用者。

(70) Ibid., 138. グラントも、それより少し前の論文において、クラウン・ストリート婦人病院では、「子どもに恵まれない結婚」の基準を、避妊をしていないにもかかわらず 2 年以上妊娠しないこととしているが、機関によっては 4 年としているところもあると述べている。Grant, “Infertile Marriage,” 672.

(71) 拓殖あづみ『文化としての生殖技術――不妊治療にたずさわる医師の語り』松籟社、1999 年、287 頁。

(72) Ulla Larsen, “Research on Infertility: Which Definition Should We Use?” *Fertility and Sterility* 83, no. 4 (2005): 846.

(73) Bellingham, “Sterility,” 127.

(74) Schofield et al., *Medical Aspects*, 8.

(75) 「医療化」とは、ある現象や状態が医学的な用語・枠組みで理解され、「治療のために医学的介入」が行われることを指す。Peter Conrad, “Medicalization and Social Control,” *Annual Review of Sociology* 18 (1992): 210-211.

(76) Johnstone, “General Aspects,” 139.

いことに悲しみを感じたと述べた」という[77]。ある女性は審議会に対し以下のように述べている。

> やるせない気持ちを抱えて〔なぜ子どもができないのかという〕謎を解明するために、医師から医師を訪ね歩くのは、ほんのわずかな人たちの悲運でしかないなどと思ってはいけず…、〔そもそも〕その謎は多くの場合、専門のクリニックがあったなら半分の時間で解決できると私は思っている。…これは何百人もの〔女性の〕悲運なのである…[78]。

医師の中には、「子どものいない」カップルの多くが、不妊であることを恥ずかしいと思うがゆえに、それを認めることができなかったり、病院に行って診察を受けることができなかったりしていると指摘する者もいた[79]。

不妊症クリニックの設立や不妊自体をめぐる言説をみてみると、そこには特に「子どものいない」カップルを逸脱とみなす家族規範と女性に対する性役割規範の影響が強くみられる。新聞は、専門クリニックの開設や功績について、しばしばそれを「子どものいない」カップルの「希望」や「救い」として報じたし[80]、医師もカップルも、子どもを持つことを「家族を持つこと」と説明していた[81]。さらに、連邦首相を務めたジョゼフ・ライオンズの妻で自らも連邦下院議員だったイーニッド・ライオンズと、医師でありジャーナリストでもあったフィリス・D.シレントーは、出生率低下に関わる調査の一環として『母親の個人的ニーズに関係する人口問題』という意見書を提出したが、その中で、「子どものいない女性」は、ひどい生理痛やホルモンバランスの乱れなどの「身体的な障害」や精神的な問題を被るとまで述べた[82]。そして彼女たちは、以下の点を挙げながら、不妊症クリニックの設立を勧告したのである。

> 一般的に、母親となる女性は、人格の有益な発達を経験すると考えられており、生物学的機能を果たす女性は、その特権を否定した者に比べて、精神の不安定や精神的疾患に陥りにくいということで、医師も心理学者も一致している[83]。

さらに彼女たちは、「そもそも、夫と妻を結び付ける子どもがいない場合、結婚が幸福なものであり続けることはほぼありえない」、「男性は、自分の子どもの母親である女性に対して、愛

---

(77) J. H. L. Cumpston, ed., “Statements Made by Women Themselves in Response to a Public Invitation to State Their Reasons for Limiting Their Families,” in NHMRC, *Eighteenth Session*, 74.

(78) Ibid., 74.

(79) *Argus Women’s Magazine*, “Leaves,” 5; “Our Doctor’s Advice: Causes of Childlessness,” *Sunday Times Magazine*, November 27, 1949, 30 など。

(80) “Sterility Clinic Work Favoured,” *Courier-Mail*, November 23, 1945; D. Greenlees, “Here’s Hope for the Childless,” *Argus*, June 7, 1951 など。

(81) *Sunday Times Magazine*, “Causes of Childlessness,” 30; *Argus Women’s Magazine*, “Leaves,” 5 など。

(82) Enid Lyons and Phyllis D. Cilento, “The Population Problem in Relation to the Personal Needs of Mothers,” in NHMRC, *Eighteenth Session*, 59.

(83) Ibid., 61-62.

情深く誠実でいる可能性がはるかに高い」とも述べている。[84] これらの言説は、結婚したカップルが子どもを持つことは幸せな家族生活の条件であり「自然」であるとその自明性を強調しており、そのことによって「子どもがいないこと」は逸脱とみなされてしまう。さらにライオンズとシレントーに至っては、「自分の子ども〔を産むこと〕に対する女性の本能的な願望」などと述べることにより、[85] 出産を女性の本能や母性と結び付けていた。これら一連の彼女たちの主張は、女性は子どもを産むべきであるという性役割規範の存在を示している。当時、子どもができない場合には、女性にその原因があるとして「非難」されることが多かったが、[86] その背景にはこのような社会規範があり、特に結婚した女性は、妊娠・出産に対する強い社会的圧力を受けていたのである。

不妊の専門家は、不妊の原因の複雑さ、原因は女性のみならず男性にもあること、そして妻と夫の両者を検査することの重要性を強調した。例えば、上述の調査委員会は、各医療機関に送付した「不妊症クリニックの要件」（以下「要件」）において、その冒頭で「不妊症クリニックが有効に機能するためには、女性のみならず彼女の夫の検査もする必要がある。妻には夫の協力が必要なことを伝えるべきである…」と述べた。[87] そのため、1940 年代に設置された不妊症クリニックの多くは、妻と夫の両者を検査した。しかしながら、上述の「要件」の言い回しが暗示しているように、あくまで主な対象は女性だったと考えられる。「要件」は「夫」と「妻」の二項目に分かれていたが、妻に関しては、クリニックの人材やサービス、設備や器具などについて細かく述べる一方で、夫に関しては、精液解析と必要に応じた精巣生検の実施についてしか述べていない。[88] またロイド・W. コックスによれば、メルボルンの婦人病院では、男性は精液解析で問題が出ない限り治療に参加していなかったという。[89]

不妊症クリニックの開設は、不妊「問題」に対する一般市民や地域の関心も高め、治療を求めて多くの人が殺到した。1945 年の第 19 回国立保健医療研究審議会は、「これまでの結果は、クリニック…〔の提供するサービス〕に対する国民の需要が予想外に大きかったことを示している」という決議を採択した。[90] またこの時提出された医療専門職による調査委員会の報告書でも、設立されたクリニックに「患者が殺到」し、待機期間は 2 か月から 5 か月にもなり、人材や設備も不足していると述べられていた。[91] メルボルン婦人病院のクリニックは、開設 2 か月後の段階で、「クリニックへの支援が増加しているにもかかわらず、クリニックに通いたいという患者〔の増加〕に対処しきれず困っている」と報告している。[92] クィーンズランドの新

(84) Ibid., 59.

(85) Ibid., 59.

(86) “Our Doctor’s Advice: Clinic for Testing Sterility in W.A.,” *Sunday Times Magazine*, March 11, 1951, 21.

(87) CIMADBR, “Interim Report,” 52. 強調は引用者。

(88) Ibid., 52.

(89) Cox, “Infertility Treatment,” 256.

(90) NHMRC, *Nineteenth Session*, 9.

(91) CIMADBR, “Progress Report,” 26.

(92) Margaret A. Mackie, “Medical Report for February” [1945], Medical Superintendent’s Reports, A2000/18/103.2, Royal Women’s Hospital Archives, Melbourne.

聞『サンデー・メイル』は、1944 年 10 月、ブリスベン婦人病院の不妊症クリニックに 100 人以上の女性が通院し、遠くはケアンズなどからも治療に関する問い合わせが来ていると報道した。[93] またクラウン・ストリート婦人病院のクリニックは、1949 年までの 3 年間で 1550 人の女性を診断したという。[94]

このような中、不妊症クリニックは「子どものいないカップルが親になれるよう支援」し、「成功」を収めたのである。[95] メルボルンの婦人病院においては、最初の 2 年半で 143 の妊娠が確認された。[96] ブリスベン婦人病院では、1947 年の時点で全体の 25％のケースで治療が成功したという。[97] さらにシドニーのクラウン・ストリート婦人病院では、1949 年までの 3 年間で 549 人の女性の妊娠が確認されたという。[98] 各クリニックの「成功」を受けて、国立保健医療研究審議会は 1945 年 11 月、政府に対し、クリニックへの研究助成を継続するよう勧告している。[99]

このように、不妊症クリニックは、「子どものいない」カップルの「問題」を解決し、彼女たちが「家族をつくる」ことを可能にした。しかしその一方で、クリニック設立の背景や設立に関わる言説、クリニックの「成功」、そしてクリニックで提供される治療それ自体によって、「子どもがいないこと」は再問題化された。不妊が医療化され、治療を通して解決され得る「問題」となったことで、「子どもがいないこと」は社会規範からの逸脱として改めて問題化されたのである。「子どもができないこと」に悩むカップルに対し、「二人ともまだ 20 代の間は、親になるのに理想的な年齢」であるから、治療をこれ以上「先延ばしにしないことが賢明である」と述べ、不妊症クリニックへ「行くべき」とした医師の助言は、そのことを表している。[100] 不妊の医療化や不妊治療の発展は、子どもが欲しいカップルに「希望」を与える一方で、社会規範を強化することにも繋がっていたのだ。

さらに、不妊の医学的調査と治療などを通して、国家は出産を奨励したが、それは女性を「産む性」と捉え、特に結婚している女性の身体を国民の再生産のための社会的資源とみなす視点を強化した。[101] 国家にとって家族は、次世代を産み育てる場であり、女性はその重要な担い手とされてきた。「不妊」カップルに子どもをもたらす不妊治療という技術は、白豪主義の下、オーストラリア人＝白人を再生産するための手段でもあったのだ。

---

(93) "100 Women Attend Sterility Clinic," *Sunday Mail*, October 8, 1944.

(94) Women's Hospital (Crown Street), *The 56th Annual Report, Balance Sheet and Statement of Income and Expenditure* (Sydney: Women's Hospital (Crown Street), 1949).

(95) "Success of Clinics: Aiding Would-Be Parents,"*Advertiser*, November 23, 1945.

(96) Committee of Management of the Women's Hospital, *Ninetieth Annual Report of the Committee of Management of the Women's Hospital For the Year Ending 30th June, 1947* (Melbourne: Women's Hospital, 1947), 9.

(97) "Clinic Brings 200 Babies," *Courier-Mail*, August 22, 1947.

(98) Women's Hospital (Crown Street), *56th Annual Report*.

(99) *Courier-Mail*, "Sterility Clinic."

(100) *Argus Women's Magazine*, "Leaves," 5.

(101) 荻野美穂は、「生殖における身体の資源化」、特に女性の身体の資源化とフェミニズムについて考察した論文において、女性の身体は、子どもという「社会の次世代」を産出する生殖能力を持っているがゆえに、歴史的に「社会の資源と見なされて、それぞれの社会の人口の量と質の調整装置、あるいは操作対象として扱われてきた」と述べている。荻野、「生殖」、332-334 頁。

強調しておきたいのは、こうした過程が単に国家や男性医療専門職による上からの支配というような単純な構図で起こったわけではないということだ。出生率は、政府やメディアのみならず、一部の女性たちによっても問題化された。初期専門クリニックの設置に関わった医療専門職の多くは男性であったが、一方で、クリニックの必要性は女性たちからも訴えられていた。設置された専門クリニックには女性たちが殺到し、その必要性が強調される結果となった。また、彼女たちの存在がクリニックにおける不妊の調査・研究の後押しをしたと言える。つまり、不妊の医療化は、政治的・社会的・文化的な背景の中で、政府や専門家による介入とそれに対する当事者の対応を通して実現していったのである。

おわりに

本稿では、1930 年代から 1940 年代の不妊症クリニックの設立に焦点を当て、その背景を明らかにすると同時に、オーストラリアにおける不妊の医療化について検討してきた。オーストラリアにおいては、1940 年代前半に出生率低下が国家的な問題とされるようになったことを背景に、その原因とみなされた避妊や死産、新生児死亡などとともに不妊が医学的な調査・研究の対象となり、各主要都市に専門クリニックが設立された。不妊を医学的に理解しようとする試みは、「子どものいない」カップルの苦しみ／問題を解決し、彼女たちに「子どもをつくる」可能性をもたらすことにも繋がったが、同時に、不妊は医療専門職による治療を通して解決され得る／るべき「問題」となり、「子どもがいないこと」は再問題化された。さらに、初期不妊症クリニックの設置に関わったこの分野の「権威」とされる医療専門職のほとんどは男性であり、不妊の医療化は、男性医師による女性の生殖管理をさらに推し進めることにも繋がったのである。

また本稿においては、歴史的に、女性が国民を再生産するための社会的資源とみなされてきたことも確認できた。オーストラリアにおいては、白豪主義の下、国民の量と質の管理の一手段として、不妊治療の萌芽が起こったのだ。

オーストラリアの出生率は、戦後急速に上昇し、出生率低下問題は沈静化する。核家族が最も繁栄した 1950 年代、1960 年代を経て、1970 年代以降、生殖医療への期待が高まり、1980 年代に入って、生殖医療に関する議論は再燃する。本稿で取り上げたメルボルンの王立婦人病院とヴィクトリア女王医療センター（元ヴィクトリア女王記念病院）／モナッシュ大学は、体外受精の世界的な開発拠点となり、オーストラリア初の「試験管ベビー」を誕生させることにも寄与するのであるが、それをきっかけに生殖補助医療をめぐる激しい議論が巻き起こり、生殖補助医療を規制する世界初の法律が誕生することに繋がるのである。

＊本研究は、独立行政法人日本学術振興会の「組織的な若手研究者等海外派遣プログラム」および科学研究費（特別研究員奨励費、課題番号：24・1368）の支援・助成を受けたものである。