慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	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
Sub Title	The rising process of "the policy for preventing children with congenital diseases from being born" as the turning point of maternal and child health policy in Japan : the medicalization of "fetus" and the controversy over reproductive technologies in an era of a society with low infrant morality rates
Author	土屋, 敦(Tsuchiya, Atsushi)
Publisher	慶應義塾経済学会
Publication year	2009
Jtitle	三田学会雑誌 (Keio journal of economics). Vol.102, No.1 (2009. 4) ,p.91- 118
JaLC DOI	10.14991/001.20090401-0091
Abstract	本稿では, 1960年代半ばから1970年代初頭にかけて, 地方自治体主導で全国的に行なわれた「先天異常児」の出生予防政策である「不幸な子どもの生まれない運動」の興隆過程を分析し, それが日本社会の人口構造が「（多産）多死型」から「（少産）少死型」へと移行する際に, そこで生じたマクロな疾病構造の転換に対応する形で, また特に乳児死亡率の低下に伴う母子衛生行政の再編過程で, 優生政策を伴う生殖・出産をめぐる「新たな」管理様式であることを指摘した。またその際に, 同運動の興隆過程を, 「胎児」をめぐる新しい医療化の一局面特に「先天異常児」の出生予防のために, 女性の妊娠時の年齢や「胎児」の保護とその健康管理が産科医療の実践の中でより大きなウェイトを付与されていく過程として概念化した。 This study analyzes the rising process of the "Movement for Preventing Unfortunate Children. From "being born," a birth prevention policy of "Children with Congenital Diseases" which transpired countrywide from the mid-1960s to the early 1970s led by local governments. I indicate that as the Japanese society shifts from a population structure of "(high birth rates) high mortality rates" to "(low birth rates) low mortality rates," the resulting form of response to the transitions in the macro disease structure, especially when considering the process of reorganization of the maternal and child health policy that accompanies decreases in infant mortality rates, serves as a "new" management method regarding reproduction and birth that represents eugenics. Also at this time, this study conceptualizes the rise of this movement as a process, in which stronger weights within the practice of obstetric care were attributed to women's age at the time of pregnancy and protection of the "fetus" and its health management, with the purpose of preventing birth of "Children with Congenital Diseases" in particular, as one aspect of the new medicalization of the "fetus."
Notes	小特集 「いのち」の歴史学に向けて：われわれはいまどんな時代に生きているのか
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00234610-20090401-0091

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

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―

The Rising Process of "the Policy for Preventing Children with Congenital Diseases from Being Born" as the Turning Point of Maternal and Child Health Policy in Japan
—The Medicalization of "Fetus" and the Controversy over Reproductive Technologies in an Era of a Society with Low Infrant Morality Rates—

土屋 敦(Atsushi Tsuchiya)

本稿では，1960 年代半ばから 1970 年代初頭にかけて，地方自治体主導で全国的に行なわれた「先天異常児」の出生予防政策である「不幸な子どもの生まれない運動」の興隆過程を分析し，それが日本社会の人口構造が「(多産) 多死型」から「(少産) 少死型」へと移行する際に，そこで生じたマクロな疾病構造の転換に対応する形で，また特に乳児死亡率の低下に伴う母子衛生行政の再編過程で，優生政策を伴う生殖・出産をめぐる「新たな」管理様式であることを指摘した。またその際に，同運動の興隆過程を，「胎児」をめぐる新しい医療化の一局面―特に「先天異常児」の出生予防のために，女性の妊娠時の年齢や「胎児」の保護とその健康管理が産科医療の実践の中でより大きなウェイトを付与されていく過程―として概念化した。

Abstract

This study analyzes the rising process of the “Movement for Preventing Unfortunate Children. From “being born,” a birth prevention policy of “Children with Congenital Diseases” which transpired countrywide from the mid-1960s to the early 1970s led by local governments. I indicate that as the Japanese society shifts from a population structure of “(high birth rates) high mortality rates” to “(low birth rates) low mortality rates,” the resulting form of response to the transitions in the macro disease structure, especially when considering the process of reorganization of the maternal and child health policy that accompanies decreases in infant mortality rates, serves as a “new” management method regarding reproduction and birth that represents eugenics. Also at this time, this study conceptualizes the rise of this movement as a process, in which stronger weights within the practice of obstetric care were attributed to women’s age at the time of pregnancy and protection of the “fetus” and its health management, with the purpose of preventing birth of “Children with Congenital Diseases” in particular, as one aspect of the new medicalization of the “fetus.”

「三田学会雑誌」102 巻 1 号（2009 年 4 月）

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——

土　屋　　敦

（初稿受付 2008 年 11 月 2 日，
査読を経て掲載決定 2009 年 3 月 17 日）

要　　旨

本稿では，1960 年代半ばから 1970 年代初頭にかけて，地方自治体主導で全国的に行なわれた「先天異常児」の出生予防政策である「不幸な子どもの生まれない運動」の興隆過程を分析し，それが日本社会の人口構造が「（多産）多死型」から「（少産）少死型」へと移行する際に，そこで生じたマクロな疾病構造の転換に対応する形で，また特に乳児死亡率の低下に伴う母子衛生行政の再編過程で，優生政策を伴う生殖・出産をめぐる「新たな」管理様式であることを指摘した。またその際に，同運動の興隆過程を，「胎児」をめぐる新しい医療化の一局面——特に「先天異常児」の出生予防のために，女性の妊娠時の年齢や「胎児」の保護とその健康管理が産科医療の実践の中でより大きなウェイトを付与されていく過程——として概念化した。

キーワード

優生政策，医療化論，母子衛生，胎児診断，妊娠出産

1．問題の所在

1960 年代半ば以降 1970 年代初頭にかけて地方自治体主導で行なわれた「不幸な子どもの生まれない運動」の展開は，日本社会における優生政策の歴史において，敗戦直後に制定された優生保護法の成立（1948 年），改正過程，および法の実行過程と並んで，優生政策が日本社会において予算や社会基盤の整備など実質的な実行手段を伴いながら実施された，優生政策の一大興隆局面として位置付けられる。また同運動は，日本社会における優生政策の位相が，優生不妊手術を主な手段とする「古典的優生学」から，「胎児の選別」を基礎とする「新しい優生学」へと移行するターニングポイントとしても位置づけられる。

以下で検討するように，従来この「不幸な子どもの生まれない運動」は，当時先端の生殖技術の一つであった「障害胎児」の出生前診断および選択的妊娠中絶が行政指導の下で最初に実施された運動として専ら位置付けられることが多かった。また同運動は，胎児診断をはじめとする「新しい生殖技術」の倫理問題が語られる際には，そうした技術の是非論に引き付けられる形で，そこに孕まれる倫理的課題を検証する文脈の中で語られることが多い。そこでは，「障害児」を「産むこと／

産まないこと」をめぐる女性やカップルの選択が，そして「障害児を産むべきではない」とする社会的価値観や社会のあり方自体が問題の俎上に挙げられる。

他方で本稿の課題は，この「不幸な子どもの生まれない運動」[(1)]の興隆過程を歴史的な文脈の中に位置付け直し，この運動が生じた過程をその人口構造や社会構造の変遷などのマクロな歴史的展開の一局面として把握するとともに，上記の同運動の従来の論点に対する歴史的な視座からの考察を行なうことに当てられる。また上記の課題は，この運動が 1960 年代半ばから 1970 年代初頭という時期に生じた歴史的コンテクストを読み解く作業でもある。本稿では，この「不幸な子どもの生まれない運動」を，特に日本社会における母子衛生の編年的展開過程や乳児死亡率の低下を中心とする人口動態の変遷など，日本社会が「（多産）多死社会」から「（少産）少死社会」へと移行する過程において生じた，医療政策の焦点の転換や疾病構造の変化など，新しい「医療化」の一局面――特に先天異常児の出生予防のために，女性の妊娠時の年齢や「胎児」の保護とその健康管理が産科医療の実践の中で大きなウェイトを付与されていく過程――として捉える視座を提示する。

ドイツの医療史家である B. ドゥーデンは，ニューヨークの遺伝相談所を訪れた，35 歳を過ぎた妊娠女性に対する医療者の説明の中に「人口学的なまなざし」を読み取りながら，以下のように指摘する。

> この女性の場合，ニューヨークの三五歳以上の母親の異常胎児の分散グラフが問題になっている。マリア・デ・ロスアンヘレスにとって，それは何の意味ももたないものである。彼女にはもう四人の子どもがあり，七人の兄弟姉妹がいるが，彼女の母親も姉妹も年をとるほど賢い子どもを産んだと彼女は言っている。…彼女の胎児が正規曲線の端に位置していることがマリアと何の関係にあるのだろうか？（傍点：筆者）

ドゥーデンの指摘は，「高齢出産（ハイリスク妊娠）」という医療カテゴリーが，クライアントの年齢と「異常胎児」出産に関する確率分布上の位置との関係下に妊娠女性に対して提示されていくことの中にある政治性をめぐる問題であり，また当事者の語りの中に孕まれている，医療上の診断と当事者の実感との間の違和感に関する言明である。またそれは同時に，上述の「高齢出産」に関する医療実践の場自体が，高度に政治的かつ社会的な結果の産物であることの言明でもある。上記の医療実践の背後には，妊娠女性の高年齢と染色体異常児――特に，ダウン症児――出生率との間の相関グラフの存在がある。また上記の引用文は，その染色体異常児の出生を迅速に回避するための適切なアドヴァイスが，「高年齢」による出産の積極的意義やその当事者にとっての実感を飛び越え

---

(1)　3 節及び巻末資料にあるように，この「不幸な子どもの生まれない運動」は，「障害児」の出生予防対策として「健康な子を生む運動」（青森県），「不幸な子供を生まない運動」（秋田県），「すこやかに生み育てる」（神奈川県），「不幸な子どもを生まないために」（静岡県），「不幸な子どもの生まれない施策」（兵庫県），「太陽の子運動」（鹿児島県）など，各地方自治体により異なる名称が採用されていた。本稿では当時この運動の通称として用いられることの多かった「不幸な子どもの生まれない運動」の名称を，上記の地方行政政策の総称として用いることとする。

て，医療の場で特権的な価値を持って存在していることに対する違和感の表明でもある。

本稿での課題は，上記のドゥーデンの問題提起と，そのような「障害児」の出生予防をめぐる医療実践の場の構成過程を，歴史的な視座から，特に日本社会の動向に限定して読み解く作業に当てられる。

以下では，先行研究批判・分析手法の精査及び分析資料の検討を行い（2 節），1960 年代後半から 1970 年代初頭における「不幸な子どもの生まれない運動」の全国的展開の諸相（「障害児」の出生予防対策の展開）を概観し（3 節），この運動の興隆過程を近代日本における母子衛生の編年史及び乳児死亡率低下局面を中心とする人口動態の変動の中に位置付ける（4 節）。また，当時の政策担当者によって意識された障害児出生予防対策の「必要性」を語る言説の論理を分析し（5 節），当時運動内で指導された妊娠出産をめぐる指導書の内容をその妊娠出産の「医療化」の視点から分析した後に（6 節），結論を編む（7 節）こととする。

2. 先行研究，分析手法及び検討資料

2–1. 先行研究の検討

従来，上記の「不幸な子どもの生まれない運動」は，1970 年代初頭以降開始される脳性まひ当事者の会である青い芝の会をはじめとする障害者運動の中で，特に兵庫県を中心に展開された運動に対する批判的文脈で言及されることが多かった[(2)]。またその障害者運動においては，妊娠女性に対してその妊娠 16 週から 20 週にかけて胎児障害の有無を診断する，羊水検査に代表される胎児診断技術自体に対して，また検査結果が陽性であった場合になされることの多い選択的妊娠中絶に対して，多くの批判が展開された。また，障害者運動内では，当時「不幸な子どもの生まれない運動」の中で，その出生予防の対象とされてきた脳性まひやダウン症などを有する子どもを「不幸な子ども」として見る，その差別的なまなざし自体に対する異議申し立てとして行われた[(3)]。

またその限りにおいて，この「不幸な子どもの生まれない運動」は，1）羊水検査に代表される胎児診断及び選択的妊娠中絶の普及に関するいわば「技術論」的な論題として，2）そして，そうした「障害胎児」の選別を成立させている社会のあり方に対する批判として，3）また，「障害児」の出生予防自体を肯定的に宣伝する「不幸な子ども」という負の記号に付着した，その健常者イデオロギーに対する批判として，4）そして，この運動が開始された自治体であり，それに対する批判が最も盛んに行われた兵庫県に特有ないしは兵庫県を中心とする施策として描き出されることが多い[(4)]。

（2） この青い芝の会の機関紙『あゆみ』は，当時の活動を知る上で貴重な記録である。

（3） この時期の「障害者」運動研究及び優生学研究の優れた研究書として，立岩（1997）及び森岡（2001）がある。

（4） 兵庫県における「不幸な子どもの生まれない運動」の詳細に関する分析に関しては，松永（2001）

他方で，後に詳しく述べるように，この「不幸な子どもの生まれない運動」は，1970 年当時 32 都道府県 10 市において少なくとも実施されていた，全国規模の障害児出生予防対策であった。また，その政策の実施が 1965 年に成立した母子保健法に依拠して行なわれたことからも分かるように，この施策が兵庫県という一地方自治体の政策にとどまらない広がりを有していたことが確認できる（「巻末資料①」参照）。またその限りにおいて，この時期の同運動を分析する枠組みは，一地方自治体の施策分析に収まらない，1960 年代半ばの時期に生じた日本社会における広義の社会構造や人口構造そして社会福祉政策の形成過程との関連など，より広い視座に立った分析が必要とされるはずである。

また，本稿の分析が医療技術論というよりもむしろ，そうした医療技術が社会的に要請されていく歴史的コンテクストの解明であることは先に述べた通りである。またその限りにおいて，下記の分析は胎児診断をはじめとする「障害者」出生予防技術を，生命科学技術発達史の関数として捉えるのではなく，それが臨床の場で採用されていく歴史的過程やその受容の場の構成過程を中心に描き出す作業になる。また，下記の分析では，同運動の中で繰り返された「不幸な子ども」という負の記号自体を，そうした歴史的過程の中で動員されたタームとして，言い換えれば，社会政策・母子衛生政策上そのシステムを運用する上で「有用な」形で選択されたタームとして描き出す視座からの分析が行われる。

2–2.　医療化論の検討

医療化論は，P. コンラッドによる提唱以来，医療実践およびその治療過程の中に付着する権力性・イデオロギー性を批判的に検証するツールとして，特に医療社会学の諸研究の中で多くの研究の蓄積がなされてきた。医療化論における分析上の課題は，その定義に従えば，「ある問題を医学用語で，通常は病気あるいは障害として定義し，それを治療するために医療的介入を用いること」（Conrad 2005 = 2006）をめぐる医療領域のフレームの変遷を解明することである，とされる。またそれは，それまでは医療の対象として名指されていなかった身体的・精神的変調や逸脱行動が医学用語で定義付けられ，医療による介入・治療の対象となる過程（「医療化」），及びそれまで医療用語で定義付けられてきた事象が医療カテゴリーから外されていく過程（「脱医療化」）をめぐる，医療による社会的統制のあり方を読み解く作業である。

医療化論の主眼は，例えば ADHD（注意欠陥多動性障害）や PTSD（心的外傷後ストレス障害）など，それまで軽微な逸脱として捉えられてきた身体的・精神的変調に新たなかたちで疾患名が施されていく医療カテゴリーの創出局面，及び各領域における医療カテゴリー数（疾患カテゴリー数）が

が大変適切なまとめを行っている。また，同運動を含む日本の優生史の概略に関しては，松原（2000）が同分野の一つの到達点である。

増大していく過程を，医療の進歩・発展による不可避的な産物として，云わば発展段階論的に捉えるよりも，むしろそうした疾患名が創出される医療化過程を社会における「集合的・政治的な達成物」（Conrad and Schneider 1992（1980）= 2003：17）として捉える視座を確保する点にある。またその限りにおいて，この医療化論は逸脱論の系譜に連なるものであり，またそこには，「逸脱者／逸脱行為」の社会的統制のメカニズム及びそのような医療カテゴリーが成立するフレームを批判的に解明するという作業が含まれる。

また上記の医療化論においては，妊娠・出産など女性に特有であるとされる問題は特に医療化の対象とされやすいことが指摘されている（（Reissman 1983）（Wertz and Wertz 1989）他）。

本稿で扱う高齢出産や妊娠中の薬害・タバコの害，そして「障害胎児」の出生前診断などは，主に「胎児」の医療化をめぐる主題である。また本稿での分析の中心は，「不幸な子どもの生まれない運動」を中心とする母子衛生行政の中で，それらの「胎児疾患」「胎児障害」の潜在的リスクを予測するための医療カテゴリーが行政上不可欠なものとして焦点化されていく軌跡についての解明に当てられる。また上記の「胎児の医療化」過程を分析する作業は，同時に，妊娠女性にとっての身体管理のあり方が「胎児」を中心として――言い換えれば，「障害児」の出生リスクを極力低減することを中心として――新たに編み直され変容していく過程を記述することでもある。

2–3.　検討資料

本稿では，分析資料として主に行政資料および当時配布されたパンフレット指導書を中心に用いる。地方行政側の政策立案及びその内実分析に当てられる 3 節 5 節に関しては，地方自治体資料及び行政担当者による座談会資料を主に使用する。また「胎児の医療化」の内実を細かく追いかける 6 節では，主に当時運動の一環として保健所などで配布されたパンフレット及び当時各地の運動で講演する機会の多かった論者の講演内容資料を使用する。また，上記の資料以外に，同運動の直接的間接的担い手でもあった日本家族計画協会の機関紙『家族計画』[(5)]から，同運動の各地方自治体における取り組みの温度差，差異その他の情報を補うこととする。

3.「不幸な子どもの生まれない運動」の全体像

3–1.　胎児生命の「保護」と「選別」の論理――運動理念及び運動の全国的展開――

まず運動の細部の分析に入る前に，この「不幸な子どもの生まれない運動」の全体像を提示しておきたい。

（5）　日本家族計画協会機関紙『家族計画』は，妊娠出産をめぐる指導において主導的な立場にあった同協会の活動が編年的に記録されており（1954–2008）現在に至るまでの貴重な記録になっている。

以下の引用は，同運動の創始者であり，兵庫県における運動の指導的立場にあった金井元彦兵庫県知事が，運動施行直後の 1966 年 9 月に語った方針である。

> 英国の労働党内閣は“ゆりかごから墓場まで”というスローガンを掲げて社会保障を推進したが，私はこれを“胎児から墓場まで”と言い換えて，人間尊重の理念に基づく社会開発の強化充実に熱意を傾斜している。その起点が，「人の一生は出生以前，受胎のときから始まる」という認識に立った「不幸な子供が生まれない施策」なのである（傍点 筆者）[6]。

1966 年 5 月に兵庫県で開始され，その後全国各地で展開されることとなるこの「不幸な子どもの生まれない運動」の方針として特徴的であるのは，それが「人の一生は出生以前，受胎の時に始まる」とする認識の下に，出生時ならぬ胎児期から「不幸な子ども」の予兆を早期に発見し，その子ども達が産まれることを事前に予防する手段を講じた点にあった。また，「胎児から墓場まで」をスローガンに，胎児期・新生児期・乳児期・幼児期・児童期へと連なる，母子衛生を基軸とした一連の福祉制度の構築がそこで目指された点も同運動の特徴として挙げられる。またその福祉政策上の「保護」の対象が，受胎期以降の胚や胎児にさかのぼって措定されていく動きの中で，それに随伴するかたちで，「障害児」が出生することを予防するための施策が練り上げられていく，という，胎児生命をめぐる「保護」と「選別」の論理が徹底された点に，同運動の最大の特徴とその施策上の課題とがあった。

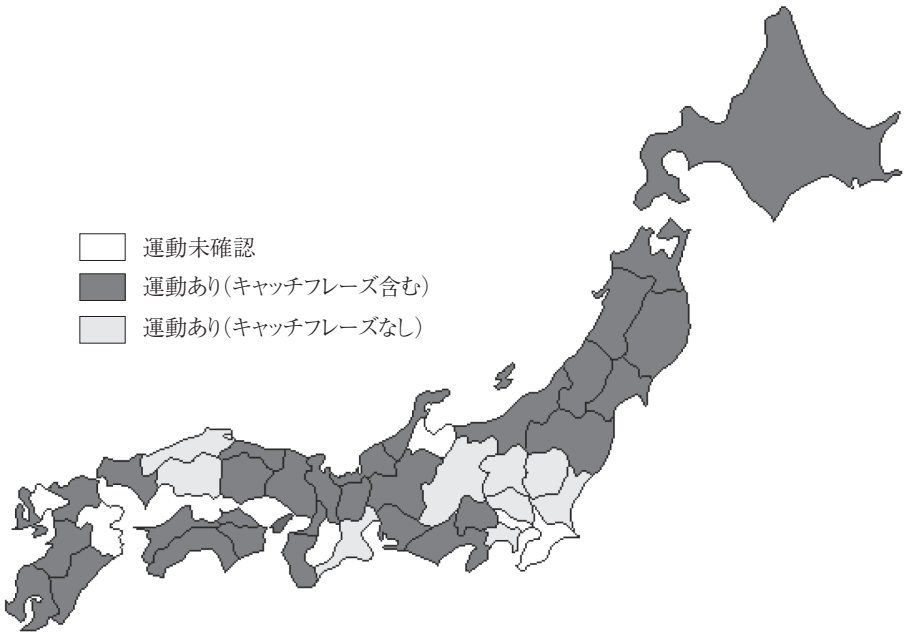
また，そこでの母子衛生政策の焦点はあくまで妊娠女性の胎内に宿る胎児の衛生状態の管理に向けられており，妊産婦死亡率の抑制など，妊娠女性自身の健康状態をめぐる論点は二次的な問題として，またそれはあくまで胎児の健康管理に必要な付随的要素として認識されたこともこの施策の特徴であった。従来日本社会における妊産婦死亡率の高さとそれを低減するための施策をはじめとして，妊娠女性自身に対するケアは母子衛生行政の軸であった[7]。他方で，この時期，胎児の健康管理をめぐる施策が前面に押し出され，妊娠女性へのケアは後背に退くかたちでの制度設計が行われるようになる，という，母子衛生上の力点の転換がそこにはあった。

この「不幸な子どもの生まれない運動」の開始は 1966 年 5 月に兵庫県での施策に端を発する。しかし先にも指摘した通り，その後わずか 4 年余りの間に兵庫県その他の先行県の施策を「モデル」としながら，それが全国的な運動としての展開を見せた事実，及び特にその運動展開の内実に関してはその詳細が現在まであまり知られてこなかった。以下で詳しく述べるように，同運動は，各都道府県における個別の施策に多少のばらつきはあるものの，全体的な傾向としては，先行県の取り組みをモデルケースとしながら，母子健康事業を大学病院から末端の保健所まで系統付けること。そして，母子健康手帳などの媒体を活用しながら，地域内に居住する妊娠女性（胎児）そして「障害

（6）　金井元彦，1966，「不幸な子供が生まれない施策すすむ――兵庫県の総合母子保健行政」（『家族計画』1966 年 9 月 20 日号）

（7）　戦時体制下の母子衛生対策に関しては，藤野（2003）その他に詳しい。

図 1 「不幸な子どもの生まれない運動」実施都道府県（1970 年 4 月 1 日現在）



※ 沖縄県を除く
（須川豊「すこやかに生み育てるために」（昭和 45 年講演会資料）より）

児」の出産歴のある親を漏れなく把握するための社会基盤を作るという点にその共通の特徴があったということが出来る。

図 1 は 1970 年 4 月 1 日時点で，全国地方自治体で行われていた運動を地図上に表したものである。

1970 年 4 月当時，「不幸な子ども」等何らかのキャッチフレーズを伴った形で，「障害児」の出生抑制政策の展開に着手していた都道府県市は，図 1 に挙げられたものを含めて 32 都道府県及び 10 市にのぼる。また地図上に挙げられている都道府県の中でも，上述の兵庫県の他に青森県（健康な子を生む運動）・秋田県（不幸な子供を生まない運動）・神奈川県（すこやかに生み育てる）・静岡県（不幸な子どもを生まないために）・鹿児島県（太陽の子運動）等では特に積極的に運動が展開されていた事実が確認されている。また，「不幸な子ども」などのキャッチフレーズを伴わないまでも，その他 9 県 5 市において，この時期ほぼ同様の「障害児」の出生抑制政策が実施されたことが確認されている。（上記の 32 都道府県 10 市及びその他 9 県 5 市における運動の名称とその主な施策に関しては，「巻末資料①」参照。）

3–2. 運動内における「不幸な子ども」の定義とその施策の組織図

次に，同運動の中でその出生予防の対象とされた「不幸な子ども」の属性がどのような形で設定されていたのかを見ていきたい。図 2 は，兵庫県における「不幸な子ども」の定義を述べたもので

図２　「不幸な子ども」の定義

子どもの“不幸”とは

1. 生まれてくること自体が不幸である子ども。たとえば遺伝性精神病の宿命をになった子ども。
2. 生まれてくることを，誰からも希望されない子ども。たとえば妊娠中絶を行って，いわゆる日の目を見ない子ども。
3. 胎芽期，胎児期に母親の病気や，あるいは無知のために起ってくる，各種の障害を持った子ども。たとえば，ウィルス性感染病，トキソプラズマ症・性病・糖尿病・妊娠中毒症・ある種の薬剤・栄養障害・放射線障害など。
4. 出生直後に治療を怠ったため生涯不幸な運命を背負って人生を過す子ども。たとえば分娩障害・未熟児・血液型不整合や，新生児特発性ビリルビン血症に起因する新生児重症黄だんによる脳性まひなど。
5. 乳幼児期に早く治療すれば救いうるものを放置したための不幸な子ども。たとえばフェニールケトン尿症などの先天性代謝障害による精神薄弱児や，先天性脱臼，先天性心臓疾患など。

（（不幸な子の生まれない対策室 1973）より作成）

ある。

上記の１から５までの「不幸な子ども」に関しては，それぞれ1，結婚前の配偶者選択（遺伝病予防）→2，性交渉時の避妊指導（人工妊娠中絶の削減）→3，妊娠中の母体管理（胎芽病の予防）→4，新生児期対策（未熟児対策，脳性まひ児対策）→5，乳幼児期対策（先天性代謝異常対策など）という形での，子どもの各成育時期における系統的な対策が整えられた。

なお，各地方自治体の運動において羊水検査を中心とする胎児診断が取り入れられていくのは1970年以降（兵庫県 1970 年，静岡県 1972 年 4 月，福岡県 1973 年，鹿児島県 1973 年他）であり，そこには同運動の開始時期との間に約 4，5 年のタイムラグが存在する。

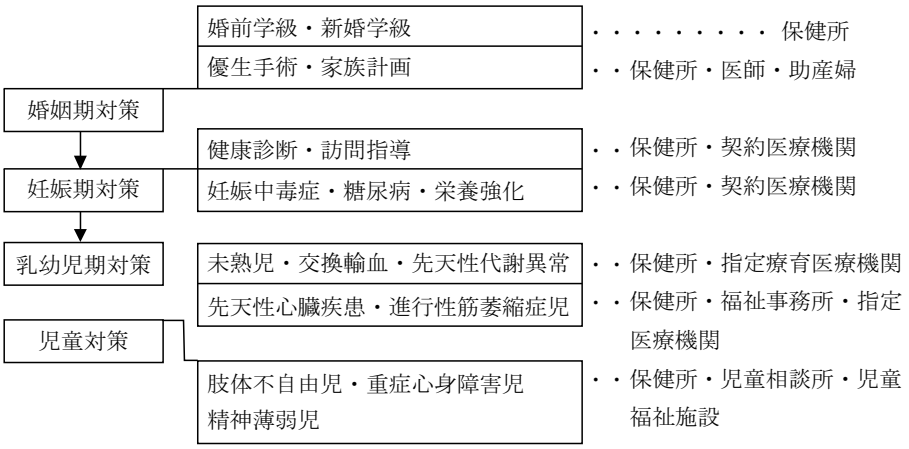
またこの「不幸な子どもの生まれない運動」の予算配分などの編年的変化を辿るならば，運動当初の重点項目であった妊娠女性の栄養管理・感染症予防などの「母体環境」の改善から，羊水検査を中心とする「染色体異常」「遺伝性疾患」の胎児期における発見とその予防へと，その施策の力点が移行していく軌跡が確認出来る。

次に，「不幸な子どもの生まれない運動」の組織図をみていきたい。下記の図３は，全国に先駆けてこの「不幸な子どもの生まれない運動」を展開した兵庫県における運動の組織形態の要約図である。なお，この組織図とほぼ同様の取り組みが青森県・静岡県・神奈川県・福岡県・鹿児島県など，特にこの運動が活発であった地方自治体をはじめとして，各都道府県の政策の中でその後運動が導入されていく「モデル」を提供した[(8)]という意味でも本組織図の持つ意味合いは重要である。

図３の組織図にもあるように，この「不幸な子どもの生まれない運動」は，従来それぞれが別々の施策として行われてきた「婚姻期」「妊娠期」「乳幼児期」「児童期」のそれぞれの保健福祉対策を系統だった流れの中で一貫して対処することの出来る組織作りをする点にその力点が置かれた。そ

（8）「羊水チェック」1974（リブ新宿センター所蔵パンフレット）参照。

図 3　「不幸な子どもの生まれない運動」対策組織図（兵庫県）



（（兵庫県衛生部 1973）より作成）

こでは各地の産科病院，保健所，福祉事務所などとの連携の下に，母子健康手帳などの普及・活用を促し，また三歳児検診などとも連動させながら，妊娠期から児童期に至るまでの胎児や子どもの健康状態を細かく記録し把握するための社会基盤の整備構築が行われた。

またこの妊娠出産をめぐる社会基盤の整備は，上記の「不幸な子ども」をできる限り早期に発見し極力予防するための体制作りがその焦点であったことは上述の通りである。他方で，同時にそうした「不幸な子ども」が生まれる原因を把握するための調査研究自体もこの運動における重点の一つとして存在した。また，松原（2000）も指摘するように，1960 年代半ばの日本社会における「障害者」福祉政策は，「コロニー計画」を初めとして多くの「障害者施設」が国内に数多く建設されはじめる時期に該当している。後述するように，「不幸な子どもの生まれない運動」は，肢体不自由児や重症心身障害児等何らかの「障害」を伴う子どもに対しては，出生前にその出生予防対策を十全に講じるとともに，出生した子どもには当時建設が急速に進められていた障害者施設への入所を促進するという，「障害胎児」の出生予防と「出生障害児」の施設化政策とが抱き合わせで一貫した施策の中で展開された点にも同運動の特徴があった。同運動の中で展開された「障害児」の出生予防政策は，「障害者福祉」の社会化や公的施設化が急速に進む中で，またそうした動向を一つの動機付けにするかたちで展開されたという側面を有している。

3–3.　「不幸な子どもの生まれない運動」の地域間での相違

同運動を概観する作業の最後に，この全国各地で行われた同運動の地域差に関して触れておきたい。この運動全体の展開過程を極大局的に眺めた場合には，同運動が出生形態上の地域間格差の縮小を促し，また出生の場における一つの標準型が同運動を前後するかたちで提示され啓蒙されてき

た側面は否定出来ない。また，この運動を出産形態史の観点から見た場合には，それは戦後の GHQ 改革を経て[9]，特に 1960 年代に急激に転換を遂げる自宅出産から病院出産への移行（「第二次お産革命[10]」）に呼応する形でその出産に関する文化的差異が失われていく過程で生じた施策であり，また出産の各プロセス自体が急速に医療化されていく中で生じた現象であった。

後述するように，「不幸な子どもの生まれない運動」はそれまで母子衛生行政の柱であった乳児死亡率の低下が一定程度達成された後に生じた「先天異常児」の出生予防対策であるという側面が強い。他方で，全国自治体における同運動の中には，主に各地域における乳児死亡率や新生児死亡率の改善状況などの地域ごとの事情に対応する形で，運動の力点の置かれ方に地方自治体間で相違が存在した。

1960 年代後半当時乳児死亡率が全国水準より高かったいくつかの県においては，同運動の力点が「先天異常児」を中心とした「不幸な子ども」の出生抑制対策であるよりもむしろ，乳児死亡率自体の抑制にあったことが確認されている。当時乳児死亡率が全国一の高率であった青森県の「健康な子供を生み育てる運動」においては，妊産婦・乳児の集団検診をはじめ腹帯サラシ一反の無償配布・妊産婦特別推進地区の設置等，その運動の力点は乳児死亡率抑制に置かれていた。また，当時全国平均に比して人工妊娠中絶率が高かった滋賀県の「すこやかな母，たくましい子運動」においては，家族計画を中心とした避妊指導に対して，他県よりも多くの力点が置かれていた。また巻末資料①にもあるように，新潟県や埼玉県などのように，県内の各町村ごとに存在する乳児死亡率や母子保健体制の県内格差に応じた対策を，それぞれの町村ごとに採用する自治体も複数存在した。

4．母子衛生史と乳幼児死亡率低下局面における「障害児」出生抑制政策の興隆

4–1.　母子衛生の転換局面としての「不幸な子どもの生まれない運動」

以上，1960 年代半ばから 1970 年代初頭にかけて興隆した「不幸な子ども生まれない運動」の全体像およびその施策の地域差について論じてきた。以下では，同運動の興隆過程を日本社会における母子衛生の編年史の中に位置付けてみたい。

先述の通り，同運動は母子衛生行政の枠組みの中で，従来の母子衛生行政の中心的課題であった乳児死亡率の低減から，その施策の中心を「先天異常児」の出生予防へと移行させながら，その予防を実施するための具体的な社会基盤と予算を伴う形で展開されたという点に同運動における母子衛生上の戦略の転換と同運動の施策の「新しさ」があった。下記の作業は，この母子衛生上の施策の転換が 1960 年代半ばという時期に興隆したその時代性を問う意味においても重要な作業であるはずである。

---

(9)　お産に関する GHQ 改革の詳細に関しては大林（1989）に詳しい。
(10)　この「第二次お産革命」に関しては，藤田（1979）に詳しい。

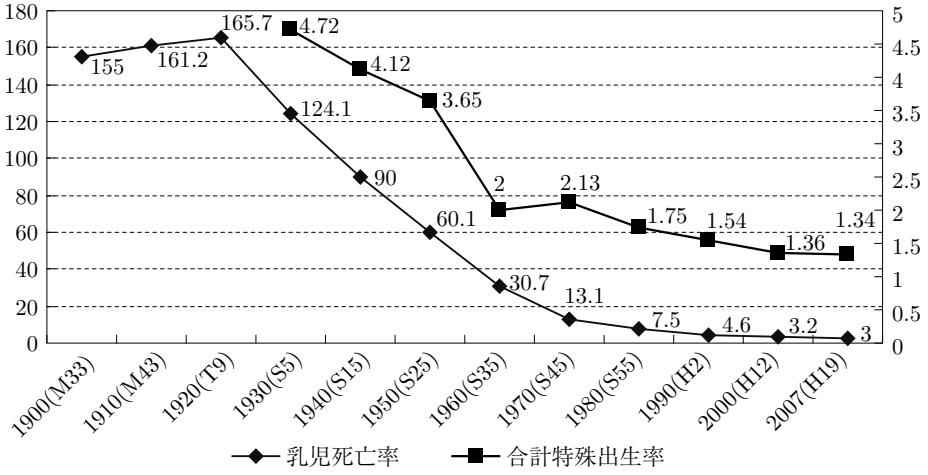
明治初期（1870 年代）から戦時体制期（1940 年代）までの母子衛生を中心とした衛生史を検証した成田龍一は，その母子衛生の編年的系譜の概要を，女性自身の病いや身体への眼差しと関連付けながら以下のように指摘する。

> 近代日本における衛生環境の変化は，1874 年（明治 7 年）の医制公布以来，大づかみにいって，急性伝染病にかわり慢性伝染病対策が議論されだす 1900 年前後，乳児や母性の保護が訴えられる 1920 年前後，そして戦時体制の構築が衛生面からも図られる 1935 年前後に訪れる。各時期ごとに，女性は病にむけるまなざしを変え，自らの身体に対する意識を検討し，衛生を軸としての家族関係や生活のありようを問うた。これは，生活のなかに，各時期に相応する衛生観念が持ち込まれ，その観点からの女性観が提示されることでもある。（成田 1990：89 傍点筆者）

成田も指摘するように，日本社会における母子衛生は，世紀転換期にペストやコレラなどの急性感染病から結核や花柳病などの慢性感染症対策へとその予防の対象を変え，また 1920 年前後を境に，都市の貧困問題の興隆や産児制限運動，母性保護論争などに呼応する形で，その形態を変容させる。また，1935 年前後を境に，また 1938 年における厚生省の内務省からの分離を一つの契機として，妊娠女性の栄養管理や妊産婦手帳の配布などの具体的な手段に対する国庫支出を伴いながら，日本社会における母子衛生は戦時体制へと突入する。また，成田も指摘するように，その女性自身の「病にむけるまなざし」や「自らの身体に対する意識」の変遷史の中には，衛生を軸としたその時期ごとの一定の規範に従う形で自らの身体管理・生殖管理を行うこと，そしてそのことを通じて胎児や子どもそして家族成員の疾患を予防することに付随する包摂と排除の論理が内在化されていた。

本稿の主題である「不幸な子どもの生まれない運動」は，上述の通り，先天性障害児の出生予防政策を中心とした母子衛生政策として成立した。その限りにおいて同運動は，上記の明治期から戦時体制期の母子衛生の系譜後，敗戦後の社会再建期を経過した後に，1960 年代半ばに生じた母子衛生政策の新たな局面であると捉えることが出来るだろう。そこには，急性感染症であるコレラやペスト対策中心の母子衛生行政の時代を経過し，また結核などに代表される慢性感染症対策の時代が終焉しようとしているそのときに，――それまでの感染症対策を中心とした乳幼児の「環境改善」対策が一定程度の成果を収めたその先に，――そうした「環境改善」を経てもなお改善されない「遺伝病」を含む「先天異常児」の出生予防政策へと政策の軸が移動したその母子衛生行政上の転換をそこに見ることが出来る。その意味で，1960 年代半ばにおけるこの「不幸な子どもの生まれない運動」の興隆は，感染症予防から遺伝病を含む「先天異常児」の出生予防へと向かう，日本社会における母子衛生環境をめぐる疾病構造の転換局面で考案され，実行に移されたという側面を多分に有していると言える。また，上記の母子衛生行政上の転換は，それまで――特に戦時体制下における母子衛生行政の中で――主要な到達目標であった乳児死亡率の低減が一定程度達成された後に，それでもなお「残存」する遺伝病を含む「先天異常問題」に焦点が当てられていく動きと呼応していた。次に，乳児死亡率と母子衛生（行政）の関係性を見ていこう。

図 4　合計特殊出生率及び乳児死亡率（出生 1,000 対）の推移（1900–2007 年）



※ 乳児死亡率は厚生労働省「人口動態統計」，合計特殊出生率は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料」及び厚生労働省「人口動態統計」より作成

※ 昭和 22 年～47 年は沖縄県は含まない。

4–2.　乳児死亡率の低下と母子衛生の予防対象の転換局面

以下では，上記の母子衛生の転換の諸相を，日本社会における乳児死亡率低下の動向と付き合わせながら見ていこう。

この乳児死亡率の低下は，アリエスの研究（Ariès 1962 = 1980）に端を発する「子ども」に対するまなざしや心性の変化を分析する社会史研究の中では，「子ども」を特権的な対象として「保護」する心性や実践が強化されるその指標として分析の俎上に挙げられることが多い。また同様に医療化論の文脈においては，この乳児死亡率の低下は「子ども」というカテゴリー自体が「保護されるべき対象」として措定されていく指標であると同時に，「子ども」の生命が早期に失われてはならぬもの，医学上特別な「保護」と「介入」とが必要不可欠な対象物として措定されていくその歴史的軌跡を示すものとして捉えられる。その軌跡の中では，子どもを早期に死なせないために，多くの医療知識や衛生環境の改善などの資源が主に家庭（ファミリー）を中心的なユニットとしながら動員される。

以下では，上記の研究の知見を踏まえつつ，そうした乳児死亡率低下の延長に――乳児死亡率が一定程度の改善を見たその延長上に――，日本社会においては「不幸な子どもの生まれない運動」という形での「先天異常児」出生予防対策が編まれるその土壌が準備されたことを見ていきたい。

図 4 は，1900 年から 2003 年に至るまでの日本社会における合計特殊出生率および乳児死亡率の編年的推移を示したものである。

日本社会における乳児死亡率は，1920 年代を境に低下局面に転じ，1960 年代までの期間を通じてその一定の改善が達成される。沢山（1990）も指摘するように，1920 年代は日本社会の人口構造

が「多産多死」社会から「少産少死」社会へと向かう転換期に該当しており，その過程の中で特に新中間層世帯を中心に，「子ども」の教育と育児そしてその「医療化」を中心とする近代家族規範の拡大が見られたことが多くの論者によって指摘されてきた。

他方で，日本社会における人口構造は，1960 年代をターニングポイントとしながら，「少産少子化構造」への転換をおおよそ完了させる。本稿でこれまで重点的に扱ってきた「不幸な子どもの生まれない運動」は，日本社会において「（多産）多死」から「（少産）少死」への人口構造の転換が一定程度完了した後に，その人口構造の転換局面において新たに編成された母子衛生行政上の展開であったということが出来る。

先述の通り，1960 年代半ばに至るまでの日本社会における母子衛生の焦点は，主に子どもの感染症予防や死産率・新生児死亡率の改善など，生活のあり方を含む家庭環境の改善や女性観の変容を伴いながら，それまで早期に失われていた幼い子どもの生命が生き残って「健康」に成長すること，そして従来出生に至らなかった死胎児が，胎内でうまく成長し「健康」に出生することにその焦点が置かれてきた。またそうした母子衛生の実践は，その時期ごとの人口政策論――過剰人口論における移民政策論や人口抑制論，そして人口＝国富論に代表される人口増強論など――との関連下に，また多くの場合「母性イデオロギー」の喚起を伴いながら，その実施形態が模索され策定され，実行に移されてきた。またその限りにおいて，胎児の「健康状態」に着眼しながら，その「健康」な出生を促進する目的でなされる母子衛生政策自体は，厳密に言えば 1960 年代半ばに新たに生じた現象ではない。

他方で 1960 年代半ばに生じた母子衛生戦略の転換は，敗戦後の社会再建がある程度の水準までなされ，栄養状態を含む妊娠女性をめぐる「環境」が一定程度改善され，そして日本社会における乳児死亡率及び周産期死亡率が一定程度改善された時期に，それでもなお残存する「先天異常」の早期発見とその選択的中絶を含む予防という点にその政策上の焦点が移行する形でなされたという点にその特徴があった。また，そうした母子衛生戦略の歴史的転換の中に，「障害児」の出生予防政策が，「胎児」の大規模な医療化過程を伴いながら，「不幸な子どもの生まれない運動」という形で興隆する契機があった。その意味で，この「不幸な子どもの生まれない運動」の興隆およびその運動内で普及がはかられた「胎児」の医療化過程は，乳児死亡率の低下やそれを直接的間接的に後押しした新生児・乳幼児などの「子ども」の医療化過程の延長に描き出されうるものであり，またその背後には，「（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，それでもなお残存する「先天異常児」の出生を予防するために策定された，母子衛生行政上の焦点の転換があった，ということが出来る。

5. 政策立案者によって「解釈」された乳児死亡率の推移と「財政コスト」の問題化

それでは，1960 年代当時の同運動の政策立案者にとって，日本社会における乳児死亡率低下の推移はいかなる形で「解釈」されていたのか。以下では，乳児死亡率の低下を，その低下問題との直接的・間接的な関連下に展開された障害児をめぐる福祉コスト論との関係の中でみていく。

5–1. 「自然淘汰」の臨界点における母子衛生行政の転換——「逆淘汰論」の再構成——

以下の引用は，兵庫県における「不幸な子どもの生まれない運動」の立案及びその実施に尽力し，その後神奈川県における同運動の展開において主導的立場にあった須川豊（神奈川県衛生部長）が，1968 年当時，欧米諸国及び日本においては乳幼児死亡率・周産期死亡率が急速に低下している一方で，先天異常児は逆に増えているとの認識の下に，この運動実施の意義について語った箇所である。

> 従来は新生児や乳幼児の時期に死亡していた（自然淘汰）のが，医学の進歩によって助けられ，不幸な一生を生きなければならない場合も増えてきました。（中略）このような考え方を行政的に展開し，不幸な子供の生まれないようにしようとするのがこの施策です。（中略）不幸な子供がそのまま成長すれば，社会保障で助けられて生きるので，社会や国の負担は増大するし，本人及び家族の苦痛もはかり知れません。（中略）従来の母子保健との違いは，まず「量から質への母子衛生」という点です。死亡率など数量的な評価だけでなく，資質の改善，体力の向上をめざすのです。[(11)]

上記の須川と同様の論理は，この 1960 年代半ばから 1970 年代初頭時期に，日本社会における乳児死亡率の低下を受けて頻繁に語られることの多かった，「障害児」出生予防の「必要性」を論じる際の論理であった。同運動の立案者・推進者にとっては，1960 年代半ばまでに達成された乳児死亡率の大幅な低下は，医学上そして社会政策上の一定の成果として肯定的に受け止められた一方で，その乳幼児死亡率の低下自体が「従来は新生児や乳幼児の時期に死亡していた」（自然淘汰されていた）「障害児（不幸な子ども）」が医学の進歩や社会政策水準の向上によって，生き残って成長する可能性が増大した（淘汰されずに生き残る可能性が増えた）という新たな人口問題を生じさせているとの危機感を募らせることとなった。またそのような認識の下で，乳児死亡率そのものの低下という従来の母子衛生行政の目標から，死亡率データにはカウントされない形での「先天異常児」の出生防止対策，つまり「量から質への母子衛生」への転換が説かれ，「不幸な子どもの生まれない運動」という形で実施に移された，という母子衛生政策の転換がそこにはあった。

なお付け加えておくならば，上記に挙げられたような「障害児」出生予防の論理，即ち医療や文

（11） 須川豊，1968,「不幸な子供が生まれない施策の問題点」（日本家族計画連盟 1968『家族計画年報』）

化水準の向上に伴い，従来は自然淘汰されていたはずの人々が生き残る可能性が増えた結果として，人口全体の質が低下することへの危惧感が喚起されること，またそうした「危機的状況」への対処策として，人が「障害」を伴って生まれてくることを極力予防するための政策を実施する必要性を語る論理は，「逆淘汰論」として優生政策の実施を説得的に論じる際に，たびたびその根拠として用いられた論理であった。この「逆淘汰論」は，1960 年代半ば以降の日本社会においては，乳児死亡率の大幅な改善と結び付けられる形で，出生前の胎児期における障害児出生予防対策の枠組みの中で，またその対策に実施上の根拠を提供する形で，かたちを変えて新たに再浮上することになる。またそのような乳児死亡率の低下に対する母子衛生戦略の転換局面の中に，妊娠女性の身体が「胎児の衛生管理」とその健康な育成という文脈の中で，「障害児」の出生予防を伴いながら「医療化」され保護の水準が受胎期にまで遡るかたちで高められていくその契機があった，ということが出来る。

5–2. 「財政コスト」の問題化と障害児の出生予防対策

また先述の須川の発言に限らず，「障害児」の出生予防を社会保障上の養育コスト削減と結び付けながらその施策の積極的意義を語る言明は，1960 年代半ばから 1970 年代初頭にかけて，この「不幸な子どもの生まれない運動」の担当者に限らず，この時期の地方官庁および中央官庁の「障害者」福祉政策立案者によっても特に頻繁に語られる，「障害児」出生予防対策正当化の論理であった。

同運動が開始された当初に開催された座談会「不幸な子供の生まれない施策を考える」（1967 年 5 月）の席で，当時厚生省母子衛生課長の職にあった荻島武夫は，当時の重症心身障害児に対する一人当たりの国庫支出が約年間 52 万円（施設費含まず）であり，「10 年間施設におれば 500 万円かかる」[(12)]と試算しながら，「その費用の何分の一かを本来の母子保健施策につぎ込めば。またその費用をうまく活用するところに，これからの母子保健施策がある」[(13)] と語り，社会保障費削減という観点からもこの運動が有効であることを力説した。また，上述の須川豊も従来の社会保障が「不幸な人々を減らす努力をせずに拡大の一途をたどっている」[(14)] として，その従来の社会保障のあり方を批判した上で，「不幸な人々の生まれないよう予防し，もし生まれても早期診断による治療によって，1 人でもその数を減らし社会保障の負担を軽減し，やむを得ない人々には，その余裕をもって手厚い保護を加え得る体制をつくるために，この施策（筆者註「不幸な子どもの生まれない運動」）は大きな効果を示すのです。」[(15)] と述べている。

ここに，生まれる前の「障害児」の出生をあらかじめ予防するための対策を最大限講じる（その

（12） 日本家族計画協会，1967，「座談会 不幸な子供の生まれない施策を考える」『家族計画』1967 年 5 月：4–5 頁。

（13） Ibid.

（14） Ibid.

（15） Ibid.

数を最大限減らす）一方で，胎児期および新生児期に予防出来なかった「障害児」には手厚い保護を施す，という，「障害児」の出生予防とその社会保障をめぐる「ダブル・スタンダード」の論理を見ることが出来る。また上記のような財政コスト論および障害児に対する出生予防対策強化と社会保障水準の向上という「ダブル・スタンダード体制」[16]がこの時期興隆した背景には，1965 年佐藤内閣の私的諮問機関である社会開発懇談会において提起された「コロニー構想」を受ける形で，1967 年以降多くの大型障害者施設が建設されていく中で，「障害児」の養育コストの高さが財政面から問題化された，という文脈がそこにはあった。[17]

6. 妊娠女性の身体の「医療化」と「障害胎児」の早期発見
――指導書内容の分析から――

それでは，上記の母子衛生戦略の転換の中で，実際にどのような妊娠出産指導が行われたのか。下記では，「不幸な子どもの生まれない運動」内で配布された指導書の分析を通じて，その妊娠出産をめぐる妊娠女性の身体管理及び「胎児」の医療化の諸相を見ていくこととする。

下記の図 5 は，同運動の中で行われた指導内容を，その項目ごとにまとめたものである。

「不幸な子どもの生まれない運動」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健診などの場，そしてパンフレットなどの媒体を通じて提示されていく契機となった。また，そうした指導の焦点が，妊娠女性自身の健康管理というよりもむしろ，「胎児」の衛生状態の把握や改善と「障害児」出生の兆候を早期に発見することにあったことは先に述べた通りである。

なお，妊娠中の栄養状態が子どもの出生に及ぼす影響に関する医学言説は，古くは明治後期から家庭の医学書や婦人雑誌の中に登場する妊娠期におけるリスク要因であり，この時期に新たに提示されたものではない。特に戦時体制期における人口政策の中では，妊娠女性に対する栄養管理が国策として推し進められた時期があった。また，1960 年代半ば以前の戦後社会においても，特に各地の保健所などを中心に提供されていた事項であった。

また，妊娠初期に風疹を発症した妊婦に先天性白内障等の障害児出生率が高いことは 1941 年にすでにオーストラリアの眼科医 Gregg により公表されており，この「不幸な子どもの生まれない運動」以前にも妊娠中のリスク要因としての認識は専門家の間では共有されていた。また妊娠中の喫

（16） この「障害児の出生予防」と「障害者福祉の充実」が同時並行的に展開される，という「ダブル・スタンダード」の米国における展開に関しては，Saxton（2000）などに詳しい。

（17） この 1960 年代半ばから開始される「コロニー構想」に関しては，松原（2000）が有益な視点を提示している。

図５　「不幸な子どもの生まれない運動」指導書の内容

・劣性遺伝病といとこ婚 ……	［遺伝病］
・血液不整合 ・配偶者の遺伝性	［配偶子病］
・サリドマイド（薬害） ・たばこの害 ・風疹（妊娠中の疾病）	［胎芽病］（妊娠０－３ヶ月）
・高齢出産とダウン症率の関係性 ・栄養状態	［胎児病］（妊娠４ヶ月－11ヶ月）
・フェニールケトン尿症対策	［新生児病］

（（不幸な子の生まれない対策室1973）より作成）

煙が未熟児出生等の影響を及ぼすことは，1957 年アメリカの Sinpson が報告して以来，欧米ではいくつかの研究報告がなされており，この時期以前に医学知識としての蓄積がなかったわけではない。

他方で，「不幸な子どもの生まれない運動」の指導書の中では，喫煙が胎児へのリスク要因であることを説明しつつ，「ヘビースモーカーが，肺ガンになりやすいことは，ほとんどの愛煙家も知っているが，妊娠中の女性が喫煙すると胎児にも影響があることは，意外に知られていない」ことが強調されており，二十代・三十代女性の 22.8 %が喫煙者である現状への危機感を唱えながら，「生まれてくるわが子よ，すこやかに，という母のねがい」が，タバコを吸いたいという誘惑に勝るものであることを説明している。

その意味で，この「不幸な子どもの生まれない運動」を通じて流布された，妊娠中の「先天異常児」出生に関するリスク要因は，上記のタバコや風疹の害といった，従来それほどまでには社会的に普及していなかった既存の産婦人科学上の知識が，同運動における妊娠出産時の「注意事項」を啓蒙する際に「有用」かつ「必要」なものとして抽出され，染色体異常児出生のリスク要因などと抱き合わせされる形で提示され，その知識の社会的普及が図られたという点にあった。

この「不幸な子どもの生まれない運動」における「先天異常児」出生のリスク要因の提示およびその啓蒙過程における論点は，それが「障害」を持った人間を「不幸」という記号と等価で結びつけつつ展開されたという点にあるばかりではなく，この運動の中で実施された施策の多くが，現在の出生に関係する場においては極日常的に見出される諸施策に他ならないという点でもある。またこの時期「不幸な子どもの生まれない運動」内部および外部で啓蒙されていく妊娠をめぐる上記の「障害児出生」のリスク要因の啓蒙，そしてそのような形でなされる妊娠女性の身体の「医療化」過程において増大したそれぞれのリスク要因は，女性の結婚・出産時期の選択，妊娠中の行動や自らの身体管理に関する意識を暗黙裡に拘束し，その身体管理の様式を秩序付けていく一つの規範として社会的に認知されていくことになる。

以下では，運動内で特に重点が置かれることの多かった，妊娠初期の「医療化」言説，そしてこ

の時期急速に「障害児」出生のリスク要因として浮上する，「高齢出産」「ハイリスク妊娠」について，より詳しく分析をしていく。

6–1.　妊娠初期の「医療化」

先述の通り，「不幸な子どもの生まれない運動」を前後する 1960 年代初頭から半ばの時期は，出来るだけ早期に妊娠の兆候を発見し，そして妊娠女性の身体への衛生管理をその妊娠初期から怠らないためのさまざまな注意事項が新たに編まれ，流布された時期であった。

兵庫県や鹿児島県，福島県等の「不幸な子どもの生まれない運動」等多くの場所で講演会を行い，当時国立公衆衛生院人口部長の職にあった久保秀史は，「異常児の発生が妊娠初期に高い」[18]ことを指摘し，一般の人々の中にも「サリドマイド事件以来妊娠初期（胎芽期（0–3 ヶ月））は危険だ」[19] という認識が高まっていることを指摘した上で以下のように述べる。

> いままでは，一般のお母さんの間でもとかく「生まれてからの育児」ばかりに力を入れていましたが，これからは「生まれる前からの育児」に，もっともっと力を入れて頂かなければなりません。…ほかの言葉で言えば，「新しい胎教」とでも言えましょうか。[20]

この時期「生まれる前からの育児」，特にその妊娠初期の妊娠女性の身体環境管理状況における「先天障害児」出生のリスク要因が盛んに指摘されたその背景には，1961 年に最初に指摘され，その後大きな社会問題となっていくサリドマイド胎芽病事件の影響があった。当時睡眠薬として広く使用されていたサリドマイドの妊娠初期における服用が，肢体不自由児の出生リスクを高めるという社会的認知の拡大状況において，上記の「妊娠初期」における母体の衛生管理の必要性をめぐってその注意が喚起された。

また，上記の初期妊娠児の「医療化」の必要性を説く指導においては，その妊娠の兆候を早期に発見するための指導を伴うかたちで展開された。以下の図 6 は，上述の久保秀史が各地方自治体における「不幸な子どもの生まれない運動」で講演した際に説明された「計画妊娠の進め方」を要約したものである。

上記の久保の言明にもあるように，「不幸な子どもの生まれない運動」の中では，それまで妊娠の兆候が自覚されることの少なかった，妊娠初期における妊娠の有無を判定するための指導が多くなされていた。またこうした指導の中では，初期妊娠の事実を把握することによって「胎児にとって一番大事だといわれる妊娠初期にいろいろな注意」が出来ることが説かれた。「不幸な子どもの生まれない運動」を直接間接的な契機として展開された妊娠女性の身体管理及び胎児の医療化局面にお

（18） 久保秀史，1967，「生まれる前からの育児――計画妊娠をすすめる」（『家族計画』162 号 1967 年 9 月 20 日）

（19） Ibid.

（20） Ibid.

図 6　計画妊娠の実際的な進め方

- **計画妊娠を実際に実行するには**まず自分の月経周期を調べて，それからオギノ式によって，排卵の時期，受胎の時期を知ることが第一です。自分の排卵の時期，受胎期が分かったら，その前までは，そんなに厳密な注意は，必ずしもしなくてもいいわけです。
- そして**受胎期に入ったら**，全ての点について，細心の注意をして，次の予定月経の日まで待つのです。もし予定通りに予定月経があれば，受精，つまり妊娠は成立しなかったのですから，緊張を解いて，次の排卵にそなえればいいわけです。
- 反対に**予定月経がなければ，**一応受精した可能性が強いのですから，緊張を続けて，もう一つ先の予定月経まで，出来るだけの注意を続けるのです。そして 2 回目の月経がなければ，大体妊娠したと思って間違いありませんが，出来るだけ早い時期に，医師を訪れて，診てもらうのがよいでしょう。話は少しそれますが，最初の予定月経が遅れたくらいでは，受胎後まだ 2 週間くらいですから，医師でも確実な診断は下せないのです。2 回目の予定月経日を過ぎるころになると大体妊娠 3 ヶ月に入った頃ですから，正確な判断が下せるのです。
- **このような注意のもとに，計画妊娠をなされば胎児にとって一番大事だといわれる妊娠初期にいろいろな注意が出来るのです。**近年母子保健の重要性が強く叫ばれ，よい子を生む運動，不幸な子どもが生まれないようになど，生まれてくる子どもの健康が重要視されてきました。これを実現させる第一歩は，妊娠したくないときに避妊を，妊娠したいときには計画妊娠を行ってこそ，はじめて可能なのではないでしょうか。
- 今まで避妊というと，すぐに産児制限的に考えられ，実行されてきたと思います。しかし，これからはよい子を産むために，必要に応じて避妊する，母子保健の一環としての避妊が，大きく浮かび上がってきたのだといえましょう。**今までの母子保健は，あまりにも生まれてからのあと始末におわっていました**。母と子の健康を守り，よい子を産み育てるためには少なくともよい妊娠から始めなくてはなりません。このためにも計画妊娠は重要な意義があるのです。

（（久保 1967）より作成：太字 筆者）

いては，妊娠中の指導事項がなされるのと並行する形で，妊娠の兆候（受胎の事実）を出来る限り早期に把握するための指導がなされた点にその特徴があった。

6–2.　「高齢出産」と胎児診断――ダウン症児出産率と妊娠後期の流産率――

また高齢出産が「障害児」の出生，とくにダウン症児の出生率や妊娠後期の流産率の上昇に関係すること，そして出生には適切な年齢で適切な時期に生む必要性があることも指導書の中でこの時期以降頻繁に登場する必須項目の一つとして説かれていくことになる。そこでは 35 歳以上もしくは 40 歳以上の女性に特にダウン症出生率が高いことが繰り返される。また上記の経緯は，妊娠出産年齢やその出産過程において，胎児の染色体異常の発見とその予防とが産科診療の中で留意されていく過程でもあった。

以下の図 7 は「不幸な子どもの生まれない運動」の内部で配布されたパンフレットの中に挙げられた，「高齢出産」のリスクに関する説明の一部引用である。

35 歳ないし 40 歳以上の妊娠を「高齢妊娠」もしくは「高齢出産」というかたちで出産に関するリスク要因として指摘し，それを回避することを推奨する医学言説は，この時期に至る過程の中で

図 7 「不幸な子どもの生まれない運動」における出産年齢に関する指導内容

● **お産と年令**

その（生まれつき異常のある赤ちゃんの）一つには，お産をするときの年令が大切なことであります。

例えば，先に書きました“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。25 才頃では 3,000 人に 1 人の割合で生まれるのですが，40 才以上になりますと 3,000 人に 40 人以上の割合で生まれてくるのです。

これらの事実からお産をするということにも適当な年令があることがわかっていただけたと思いますが，一番安全なお産は，20 才からおそくとも 35 才までにするのがよいのです。

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。すなわち，結婚適令期はあるといえるでしょう。

（出典：兵庫県衛生部「あなたのために」6 頁）

図 8 羊水検査適応範囲（静岡県「不幸な子どもの生まれない運動」内）

1. 40 歳以上の妊婦（出産を希望しないものも含む）
2. 染色体異常児出産の既往を持つ者
3. 重篤な伴性遺伝病の保因者または，保因者である可能性の強い者
4. 染色体のモザイク，または転座の保因者
5. 先天性代謝異常の保因者

［注意：単なる精神薄弱や原因不明の先天奇形出産の既往は，羊水検査の適応にはなりません。］

存在しなかったわけではない。しかしそれは多くの場合，ダウン症出生率との関係というよりもむしろ，妊娠出産における母体の体力や予後の健康維持に関する文脈でその回避が説かれることが多かった。また，上記の「高齢出産」を「障害児」出生との関連下にその回避を推奨する家庭の医学書もなかったわけではない。

この時期以降の「高齢出産」に関する指導に特徴的であるのは，妊娠年齢がダウン症出生率や妊娠後期の流産率の確率分布表との照合の下にその平均的リスクが算出され，高年齢での出産が「ハイリスク妊娠」としてリスク回避の枠組みの中で論じられ，その妊娠出産に適切な時期が指導されていく点にあった。またそうしたリスク要因としての「高齢出産」は，羊水検査に代表される胎児診断の適応範囲と結び付けられるかたちで，この時期以降産科における出産プロセスの中に組み入れられていくことになる。

図 8 は静岡県における「不幸な子どもの生まれない運動」において策定された羊水検査の適応範囲である。

この静岡県における羊水検査適用範囲に関する項目は，この時期前後に展開された他の地方自治体の運動内における検査適用範囲項目とほぼ同様のかたちで策定されている。この羊水検査をはじめとする胎児診断が「不幸な子どもの生まれない運動」の中で開始されるのは，先述の通り，1970

図 9　兵庫県における遺伝相談及び染色体検査調査（1972−73）

年別	遺伝相談件数	染色体検査件数	指導要件数
4 月	15	6	5
5 月	17	12	9
6 月	12	12	10
7 月	20	7	6
8 月	15	6	3
9 月	15	5	3
10 月	25	19	13
11 月	15	8	6
12 月	24	5	2
1 月	16	3	3
2 月	19	13	11
3 月	8	6	3
合計	204	102	74

一件 5000 円

47 年 4 月 25 日改正　一件 7000 円

（兵庫県母子衛生課 1973「異常児出産予防事業に伴う技術指針」より一部抜粋）

図 10　静岡県（1973 年）における羊水検査適応例（33 件）

・ ダウン症候群出産既往者・・・・・・	18件
・ 転座の保因者・・・・・・・・・・・・・・・・	6件
・ 高年齢者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	4件
・ 血友病・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1件
・ 不明・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1件
・ その他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3件

（参照「羊水チェック」1974年パンフレット（リブ新宿センター所蔵））

年以降である。またこの羊水検査は全国すべての運動の中に取り入れられたわけではない。この羊水検査は，この運動が特に盛んであった兵庫県，静岡県，福岡県，鹿児島県などでまず運動内で導入がなされ，その後 1970–80 年代にかけて，特に「高齢出産」の妊娠女性を中心に，普及がなされていく，という経緯がある。[21] 一方で，この「不幸な子どもの生まれない運動」がこの羊水検査導入の大きな契機となったことは確かであり，また「高齢出産」リスクの社会的認知の拡大などを勘案した場合には，この運動の全国的な展開状況の中で，この運動を経由するかたちで染色体異常児出生回避のための一つの「プロトコル」が社会的に一定程度普及した，という側面は否定できない。

また上記の図 9 および図 10 は，兵庫県及び静岡県における羊水検査の実施件数を表したものであ

（21） 日本社会における羊水検査の提供状況とその欧米圏における提供件数との比較に関しては，佐藤（1999）に詳しい。

る。静岡県における検査件数を見る限り，当時の被検査者の多くは第一子，第二子その他，以前にダウン症を出生したことのある妊娠女性であったことが分かる。またその限りにおいて，当時の羊水検査受診理由は，現在における受診理由よりも，年齢を基準として提供される割合は低かった可能性が示唆される。

6–3.　母体環境の衛生管理と胎児診断・選択的妊娠中絶

以上，「不幸な子どもの生まれない運動」内で行われた指導内容を，「障害児」の出生予防をめぐる妊娠出産過程及び胎児の「医療化」の文脈の中でみてきた。そこにおいては，妊娠の兆候を早期に発見することの指導と胎児の衛生状態の管理方法が説かれ，また「障害児」出生のリスク要因が提示されるとともに，その早期発見のための手段の提示が行われた。いわば，その「障害児」の出生リスク要因を当時の先端の知見を駆使しながら，そのリスクの低減が母体の「環境管理」を通じて図られると共に，それでもなお残る「染色体異常」や「遺伝性疾患」に対する妊娠中の発見とその予防（妊娠中絶）というかたちでの，「環境」と「遺伝」という二局面からの衛生管理がなされることになった。この「不幸な子どもの生まれない運動」を経由するかたちで行われた「胎児」の医療化をめぐる諸相は，「胎児」を「保護」が必要とされる存在として，またその成長過程の各局面における衛生管理が不可欠である存在として措定する一方で，そこに「選別」の論理が持ち込まれるという，「保護」と「選別」の両局面を一つの指導体系の中に同時に導入するかたちで行われた。また，そうした指導内容が，保健所や産科病院，妊婦訪問その他の場所で一つの規範として医学的な正統性の後ろ盾を得ながら展開されたという点にも注意を喚起する必要がある。この運動を前後するかたちで，上記の「保護」と「選別」の論理は，特に妊娠出産を控えた女性をはじめとする人々の間に自覚化されていくと共に，そこに自らの身体管理や出産後の家族設計・生活設計のあり方を問う際の基準点として機能することとなる。

先にも述べたとおり，上記の論理自体がこの時期全く新たに誕生したわけではない。上記の「保護」と「選別」の論理は，その時期ごとの各階層間や地域間の程度の差異を伴いながらも，妊娠出産をめぐる場においてその自覚化が様々なかたちで促されてきた論理ではあった。この「不幸な子どもが生まれない運動」における施策の「新しさ」は，そうした胎児の「保護」と「選別」の論理を基準とする形で，具体的な予算と社会基盤の整備，そして医学上の知見を伴いながら，社会政策の一貫としてその知識の社会的普及が図られたという点にある。

7．結論　――「（少産）少死化社会」の生殖技術論と「胎児期」からの社会福祉政策形成：その生命の「保護」と「選別」の論理をめぐって――

以上，1960 年代半ば以降の日本社会において生じた「先天異常児」の出生予防政策である「不幸

な子どもの生まれない運動」の興隆を，乳児死亡率低下の臨界点において生じた母子衛生戦略の転換局面として，そして「胎児」の衛生管理の強化を軸とする妊娠女性の身体管理をめぐる医療化の過程として描き出してきた。上記の時期以降に生じた「胎児」をめぐる社会福祉政策の成立という局面からまとめたい。

6–4. 「胎児」を観察し，その情報を蓄積し「保護」すること

英国の歴史学者であるトマス・W・カーは，英国 18–19 世紀初頭における人道主義及び福祉国家形成過程を分析する際に，「苦痛状態にある他者の身体についての詳細な描写は同情をいかに喚起するのか，そしていかにしてこの同情は苦痛緩和のための行為を促す道徳的な命令であると理解されるに至るのか」（Laqueur 1989=1990：269）と問いながら，以下のように語る。

> （貧窮者や路上で死んでいく子どもなど）それまでは注意も払われていなかった人々に付いての事実や細かな観察がこれまでになかったほどの量に達すると，それは「現実効果」を積み上げる煉瓦となっていく。（Ibid：270）

カーがここで「細かな観察」の例として挙げるのは，写実小説であり検屍報告や臨床報告であり，また経験的社会科学を含む社会調査の蓄積であった。カーの指摘は，貧窮者や幼くして死亡する子どもなど，それまで極日常的なありふれた風景の一部であった事柄に対して「一定の距離」を取りながらそれを観察し描写する視座の成立をめぐる指摘であり，またその「観察記録の蓄積」とそこで描写された対象を「保護」するための社会政策実施の間の媒体のあり方をめぐる社会的力学に関する指摘である。またそれは言い換えるならば，社会福祉の対象物もしくは医療的介入の対象物を措定しながら，それに積極的に介入する際になされる視座の成立をめぐる指摘である。

翻って，上記のカーの指摘を咀嚼しつつ本稿の分析対象である「不幸な子どもの生まれない運動」の興隆過程を眺めるならば，この運動は，その福祉の対象を受胎の瞬間もしくはその妊娠初期の胎児へと遡りつつそれを「保護が必要な対象物」として措定し，その健康状態を漏れなく定期的に記録しながら，それが「障害児」として出生するリスクを極力低減させるための福祉政策が興隆した過程として位置付けることが出来る。またこの母子衛生を中心とする社会政策の対象が，胎児の衛生管理を軸とした「障害児」の出生予防へと転換するその軌跡は，「福祉」と「保護」とを必要とする対象（「医療化」の対象）自体の拡大であると同時に，妊娠女性に対してその「福祉」と「保護」及びそれを通じた「障害児」の出生予防に関する「責任主体」としての役割が強化されていく過程でもあった。

またこのような「胎児期」からの福祉政策が 1960 年代半ばという時期に興隆した軌跡を乳幼児死亡率の低下との関連下に考察した場合には，それはそれまで早期に失われていた幼い子どもの生命が生き残る可能性が格段に増大したこと，そして従来出生に至らなかった死胎児が「健康」に出生

する可能性が増大した，いわばその乳幼児死亡率低下の臨界点において生じた母子衛生戦略上の転換局面で策定され実施に移されたものであることは先に述べた通りである。この時期以降生命をめぐる母子衛生政策の焦点は，従来失われていた生命を「生かす」ための施策から，「先天異常児」の出生予防政策というかたちで，それを「選別する」ための施策へとその力点を転換させる。また上記の動向の中で，従来は自然淘汰されていた「障害児」が生き残って出生することへの危惧感（「逆淘汰論」）が生じたこと，また福祉国家建設過程の中で，「障害児」の養育コストがその出生予防にかかるコストとの比較考量の中で問題化されていくことも先に述べた通りである。

最後に，この「不幸な子どもの生まれない運動」に代表される 1960 年代半ば以降に生じた母子衛生行政の転換が，「（少産）少死化社会」における生命の「保護」や「包摂」と「排除」をめぐる問題である点を指摘しておきたい。それは「（多産）多死社会」から「（少産）少死社会」へとその人口構造の転換がなされ，それが一定程度の達成をみた後に生じた「生命をめぐる政治」の一局面であり，またそのプロセスの中で妊娠出産をめぐる多くの医学カテゴリーが新たに創出され，妊娠女性の身体管理のあり方に一定の方向性と「規範」とを付与していくことになった。またその後の「（少産）少死化社会」の展開をみるとき，現在なお我々はその「包摂」と「排除」をめぐる社会的磁場から自由ではないことへの省察の上に立った議論構築のあり方が今後必要であるのかも知れない。

6–5. 「運動」のその後及び今後の課題

その後，この「不幸な子どもの生まれない運動」は，1970 年以降特に運動が盛んであった兵庫県における羊水検査の導入に対してなされた脳性まひの当事者の会である「青い芝の会」からの批判及び 1970 年代初頭及び 80 年代初頭に行われた優生保護法改正反対運動の中で，その運動名から「不幸な子ども」という名称を取り去ったかたちでその運営が行われるようになる。また，上記の過程の中で，日本社会における羊水検査の実施や母体血清スクリーニングに関しては（あくまで諸外国における実施状況に比してではあるが）慎重な対応が取られることになる。他方で，この「不幸な子どもの生まれない運動」を日本社会における母子衛生史，出産形態史の編年的な推移の中で大局的に見た場合には，この運動の展開過程の中で策定された指導内容やその社会基盤の整備が，現在に至る妊娠出産をめぐる一つの転換点を画していることもまた拭えない事実である。

本稿では，主に人口構造（出生及び死亡率）の転換の局面に力点をおいて上記の運動の興隆過程を分析したが，この運動の興隆には，高度経済成長離陸期に策定された「有能な労働力」創出のための労働政策や，この時期の新中間層拡大と女性の専業主婦層の増大に伴って興隆した三歳児神話に代表される「母性イデオロギー」の喚起など，多くの要素が直接的間接的に関与している。紙面の都合上割愛したが，いずれも多くの紙面を割いて論じられるべき論点である。また同運動を優生政策史の文脈から考察した際には，同運動は「古典的優生政策」から「新しい優生政策／優生思想」への

転換期に該当しており，その移行過程の詳細な分析も本来であれば行われる必要があるだろう。加えて，本稿で考察した，新生児期から胎児期そして妊娠の最初期へと遡及するかたちで展開された生命の「保護」と「選別」の論理は，その後生殖補助医療や体外受精技術との関連下に，受精卵や胚といったより初期の生命に対してその管理形式を変化させながら展開する。その軌跡は，1980 年代から興隆する生命倫理におけるその論理構成の史的展開ともあわせながら，本稿でなされた分析の延長に描き出されるべき対象であろう。また本稿では日本の母子衛生史の大局的な一側面として同運動を扱ったが，何よりそこで運動に直面した「生きられた経験」としての当事者の声を拾い上げる作業にまで紙面を割くことが出来なかった。今後の課題としたい。

（東京大学大学院 G-COE「死生学の展開と組織化」特任研究員）

参 考 文 献

Ariès, P., 1962, *Centuries of childhood*, New York: Vintage Books, Inc.（杉山光信・杉山恵美子訳, 1980,『〈子供〉の誕生』みすず書房）

Conrad, P and Schneider, J.W., 1992(1980), *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Expanded edition, Temple University Press（進藤雄三監訳，2003,『逸脱と医療化』ミネルヴァ書房）

Conrad, P., 2005,“Shifting Engine of Medicalization,” *Journal of Health and Social Behavior,* 2005, vol.46(March)3–14.（ピーター・コンラッド，2006,「医療化の推進力の変容」森田洋司・進藤雄三編,『医療化のポリティックス——近代医療の地平を問う』学文社，3–27）

藤野豊，2003,『厚生省の誕生——国家はいかにファシズムを推進したか』かもがわ出版。

藤田真一，1979,『お産革命』朝日新聞社。

不幸な子の生まれない対策室，1973,『幸福への科学』のじぎく文庫。

兵庫県衛生部，1973,「あなたのために」（パンフレット）。

金井元彦，1966,「不幸な子供が生まれない施策すすむ——兵庫県の総合母子保健行政」『家族計画』1966 年 9 月 20 日号。

久保秀史，1967,「生まれる前からの育児——計画妊娠をすすめる」『家族計画』162 号 1967 年 9 月 20 日。

Laqueur, Thomas, 1989, “Bodies, Details, and the Humanitarian Narrative,” In Hunt, Lynn (ed) 1989, *The New Cultural History*, University of California Press, 176–204.（筒井清忠訳，1990『文化の新しい歴史学』岩波書店）。

松原洋子，2000,「日本——戦後の優生保護法という名の断種法」米本昌平・松原洋子・橋島次郎・市野川容孝編『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，170–275。

松永真純，2001,「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』第五号 2001 年 12 月。

森岡正博，2001,『生命学に何が出来るか——脳死・フェミニズム・優生思想』勁草書房。

成田龍一，1990,「衛生環境の変化のなかの女性と女性観」女性史総合研究会編『日本女性生活史 第 4 巻 近代』東京大学出版会，89–124。

日本家族計画協会，1967,「座談会 不幸な子供の生まれない施策を考える」『家族計画』1967 年 5 月：4–5。

荻野美穂，2001,「「家族計画」への道——敗戦日本の再建と受胎調整」『思想』2001–6。

大林道子，1989，『助産婦の戦後』勁草書房。
Reissman, C.K., 1983, “Woman and Medicalization: A New Perspective,” *Social Policy* 14 (Summer)：3–18.
佐藤孝道，1999，『出生前診断——いのちの品質管理への警鐘』有斐閣選書。
沢山美果子，1990，「子育てにおける男と女」『日本女性生活史 第 4 巻 近代』東京大学出版会，125–162。
Saxton, M., 2000, “The Disability Critique: Why Members of the Disability Community Oppose Prenatal Diagnosis and Selective Abortion” In *Prenatal Testing and Disability Rights*, edited by Erik Parenz and Adrienne Ash, 2000, Georgetown University Press.
須川豊，1968，「不幸な子供が生まれない施策の問題点」日本家族計画連盟，『家族計画年報』。
———，1970，「すこやかに生み育てるために——わが国の母子保健対策の現状と今後の方向」（昭和 45 年母子保健家族計画全国大会における特別講演資料 1970 年 11 月 11 日）。
田間泰子，2006，『「近代家族」とボディ・ポリティクス』世界思想社。
立岩真也，1997，『私的所有論』勁草書房。
Wertz, R. and Wertz, D., 1989, *Lying In: A History of Childbirth in America*, Expanded ed. New Haven, CT：Yale University Press.

巻末資料 「不幸な子どもの生まれない運動」一覧（1970 年 4 月 1 日現在）

都道府県	市町村	運動名	対策
北海道		不幸な子どもを生まない道民運動	
	札幌市	異常児を生まない道民運動	婚前学級，心身障害児登録管理
青森県		健康な子を生む運動	
岩手県		妊娠の早期届出の励行	妊産婦の早期届出の励行
宮城県		よい子を生み育てる	フェニールケトン尿症検査
	仙台市	よい子を生み育てる運動	妊婦健康診査，血液型の判定，精密検査を必要とするものは大学病院へ紹介する
秋田県		不幸な子供を生まない運動	代謝障害児精密検査，妊婦牛乳無料支給
山形県		丈夫な子を生み育てるために	新婚学級における健康診査
福島県		「陽の当る子」育成	母子保健特別事業として水準の低い地域に地区を指定し濃密指導。フェニールケトン尿症検査
茨城県			母子健康管理，母子保健教室，代謝異常児対策，県民健康負担
栃木県			フェニールケトン尿症対策
群馬県			先天性異常児発生予防に関する指導者講習会，県医師会委託事業
埼玉県			妊婦特別対策－乳児死亡率の高い町村に栄養剤の配布
新潟県		〈次の 5 題の中から各地域に応じて選ぶ〉 (1) 母性は血液が足りない胎児におぜんをつくりましょう。 (2) 人工妊娠中絶をやめましょう。 (3) 女性としての機能を知り血液型をしらべましょう。 (4) 未熟児を生まないようにしましょう。 (5) 婚前，新婚の人達に学級参加を呼びかけましょう。	
石川県		丈夫な子どもを生み育てる母親運動	フェニールケトン尿症検査，妊産婦乳幼児登録管理
福井県		健康な赤ちゃんづくり	妊娠前の指導相談，血液型不適合対策，妊産婦の健康管理，新生児センター整備助成，妊産婦乳幼児登録管理
山梨県		不幸なこどもを生まない運動	
岐阜県		よい子を生み育てる運動	早期妊娠届出奨励，妊産婦赤ちゃん体操指導講習会，市町村母子保健推進県大会，フェニールケトン尿症検査
静岡県	静岡市	不幸な子どもを生まないために	心身障害児発生防止対策，障害児発生実態調査妊婦貧血その他検査，フェニールケトン尿症検査
愛知県		よい子を生みよい子を育てる	風疹調査，衛生研究所におけるウィルス分離，抗体価測定等の基礎研究，異常児出生との関連の一部調査
三重県			異常児発生調査

滋賀県	たくましい子・すこやかな母	
京都府 京都市	健康な家庭づくり 母と子の健康を守る施設	フェニルケトン尿症対策 妊婦血液型，貧血対策，フェニールケトン尿症検査，股関節レントゲン撮影
大阪府 大阪市	不幸な子供を生まない運動	心身障害児発生原因究明に関する研究 妊婦及び配偶者の血液型無料検査
兵庫県 神戸市 尼崎市 姫路市	不幸な子どもの生まれない施策 子どもを大切にする尼崎 不幸な子どもの生まれない施策	薬の適正使用教育，糖尿病予防対策，妊娠中毒予防対策，妊婦の貧血対策，血液型不適合入院援護費支給，新生児センター整備，その他 妊婦と配偶者の血液型検査，フェニールケトン尿症無料検査，乳幼児健康診査
和歌山県	みんなそろってすこやかに	
鳥取県	丈夫な子供を生み健全に育てるために	児童生徒心臓疾患精密検査及び医療給付，フェニールケトン尿症検査
広島県 広島市		フェニールケトン尿対策 妊娠届出時の一般指導・性病予防指導，妊婦教室，優生保護相談室
岡山県	たくましい母と子を多く育てる運動	
山口県 下関市	不幸な子どもの生まれない施策	県主催愛育大会，よい両親育成のための指導者研修会 母親学級
徳島県	不幸な子供を生まない運動	若妻保健教室
香川県	よい子を生み育てる運動	優生手術費援護支給，妊婦感染実態調査，先天性異常児出産実態調査
愛媛県	よい子を生み育てる運動	血液型・フェニルケトン尿症検査，母子保健特別推進地区指定事業
高知県	母子健全対策	
福岡県 福岡市 北九州市	母と子の健康を高める運動 強い子，良い子を育てよう 不幸な子どもの生まれない施策	婚前教育の実施と婦人の健康生活を婦人会活動として推進
長崎県 長崎市 佐世保市	しあわせな子どもに育てるために 母親学級を健やかな赤ちゃんを産むための集い	育児カレンダー，妊娠検診強化 妊婦登録制，6 ヶ月児，3，5 年児の呼び出し検診
熊本県	健康火の国運動	
宮崎県	よい子を生み，よい子に育てる対策	
鹿児島県 鹿児島市	太陽の子運動 太陽の子運動	