

## 序章 問題提起と本論文の構成

### 1. 問題の所在

近年、日本では少子高齢化が深刻な社会問題として注目されている。2001年度の人口動態統計によれば、日本の合計特殊出生率<sup>1</sup>は過去最低の1.33（厚生労働省大臣官房統計情報部 2002）であり、人口置き換え水準<sup>2</sup>の2.08を大きく下回った。また、平成12年度版（2000年版）の厚生白書によれば、2000年の日本の高齢化率<sup>3</sup>は17.2%であった<sup>4</sup>。

人口の年齢構造は、出生率、死亡率、人口移動率の3つによって規定されるが、国単位として人口高齢化を考える場合には、出生率と死亡率が重要となる。しかも、死亡率の低下よりも出生率の低下の方が人口高齢化に与える効果は強いと言われ、出生率の低下が急激であれば、高齢化も急速に進むことになる（嵯峨座 1998:77頁）。このようなことから、少子高齢化に対処するために、出生率の低下に歯止めをかけ、出生回復させることが必要となるのである。

厚生労働省や地方自治体では、少子高齢化が加速している状況を受け、労働力人口の減少、経済成長率の低下、社会保障における現役世代への負担の増大、単身世帯の増加、子ども減少社会における子どもの過保護化などを懸念し、日本の福祉や経済システム、社会の活力を維持するために、出生力を回復するための対策を検討している。その中心となるのが少子化対策であり、現在、この対策をめぐる議論や動きが活発化してきている。

少子化対策は、具体的には育児支援や育児環境の充実、育児と両立できる雇用条件の確保、労働環境の改善、児童手当の増額、男女共同参画、社会保障のあり方の見直し、妊娠・出産など母子医療保険体制の充実などを中心に策定されている。これらを通して女性の妊娠・出産・育児にまつわるさまざまな負担やストレスを軽減し、さらに結婚した夫婦が子どもを持つことをためらうことなく、希望する数の子どもを持てる社会をめざしている。

そしてこの少子化対策の中で、近年、出生数の増加を見込んで、母子保健医療体制の充実に関連して不妊治療への支援が着目されている。政府組織の具体的な動きとしては、1996年度に厚生労働省が「不妊専門相談センター事業」を創設し、2004年度までに全国都道府県47ヶ所に不妊専門相談施設を設置しようと事業を展開している。また日本のいくつかの地方自治体では、すでに少子化対策の一環として、不妊治療に助成金や補助金を支給しているところもある。

2002年6月には、小泉首相が少子化対策の強化を表明した。これを受けて2002年7月に、厚生労働大臣は「厚生労働省の来年度予算の中心は少子化対策」と発表し、少子化対策の観点から不妊治療に対しても公的支援を行う意向を述べた。そして「不妊治療

を受けている人が増えているのは事実で、この問題を放置できない。少子化対策の中に位置付けないといけない」とも語っている<sup>5</sup>。

しかし、少子化対策と不妊治療支援を短絡的に結びつけることに問題はないのだろうか。厚生労働省が少子化対策の中で不妊治療支援に言及する理由は、子どもを望みながらも医学的な理由で妊娠・出産できない人が、支援を受けて不妊治療を受けやすくなれば、現況よりも不妊当事者の妊娠・出産の可能性が増え、それに伴い出生率の増加が見込まれるからである。とはいえ、少子化対策の目的が出生力の回復を求めることである限り、状況によっては不妊当事者個人の利益や権利よりも国益を優先する可能性もあり、それによって弊害が生じることが懸念される。

人口の問題は、「数」の側面にだけに注目しながら、人口増加率（特に出生率）や人口分布をより望ましい方向に制御・管理あるいは誘導するための、政府の人口政策の課題とみなされる傾向がある（佐藤 2000：40 頁）。たとえば、人口統計で出生率の著しい低下が問題とされれば、その回復のために、結婚や出産・育児など個人の領域にまで、政府が家族政策という形で介入している例は諸外国にも見られる。日本では出生率の低下が問題となり、出生数を増加させるための施策のひとつとして「不妊治療支援」という案が浮上しているわけだが、政府はどこまで不妊の現状を理解し、不妊当事者に配慮して、そのような検討を行っているのだろうか。不妊当事者はそれぞれ異なった不妊原因や社会的な条件を抱え、そのような状況の中で不妊治療を受けるか否かや、日進月歩する医療技術を前にどこまで不妊治療を継続するかを考えている。このような個々の現状を理解しないまま、出生数の増加のみをねらい、不妊治療支援対策を実施すれば、それは個への危害ともなりかねない。

そこで本研究では、次の4点を明らかにすることを目的とする。

少子化対策の中で不妊治療支援を行った場合の問題点を整理する。

少子化対策として不妊治療支援を行った場合の不妊当事者や社会への影響を推察する。

上記、の検討を踏まえ、少子化対策の中で「不妊」の問題をどう扱うべきか検討する。

不妊治療支援は今後はどうのように実施されるべきかその方向性を提示する。

研究方法は、報道によって得られる情報や、不妊当事者らの自助グループ、医師、看護師、助産師、不妊当事者、地方自治体の少子化対策担当者、新聞記者らからの話や情報を参考に、文献および政府や地方自治体の公表している少子化関連の資料を収集し、分析した。さらに自らも、不妊治療費助成金制度を導入している地方自治体について調査を行い、その結果と文献調査を通して把握した現状を踏まえ、少子化対策において不妊治療支援が実施されることへの問題について、多面的に取り組んだ。

## 2. 本論文の構成

本論文は、次のような構成となっている。

まず第1章では、明治初期から現在にかけて、日本がどのような過程を経て少子化社会に至ったのかについて考察する。そして、歴史の中で日本政府が人口を調整するために人々の生殖にどのように介入し、その結果、何が起こり、現在の出生低下が惹き起されているのかを明らかにする。

第2章では、「少子化対策推進基本方針」、「新エンゼルプラン」、「健やか親子21」、「少子化社会対策基本法案」（ただし2000年に廃案）および、現在政府で検討されている「少子化対策プラスワン」を考察し、不妊治療支援の内容を整理する。そして、不妊治療支援の具体策について個々を詳細に検証し、さらに不妊という問題を抱えている当事者の現状に照らしながら、不妊治療支援策にどのような問題点があるのかを分析する。

第3章では、「不妊の分類」、「不妊の出現頻度」、「不妊治療による出生児数」、「不妊治療の普及に起因し生じている問題」など、不妊の現状について医学データや生物学的な研究報告に基づいて考察する。そして、不妊原因との関連性が示唆され注目されている「加齢」、「環境悪化」、「性感染症」をめぐる状況について医学文献を参考にしながら考察を加え、生物学的側面からみたヒトの生殖能力について触れる。

第4章では、海外での出生をめぐる政策的対応の状況や、不妊当事者によって作られたインターネット上のホームページに書き込まれた当事者たちの声、バイオエシックスの概念を用いた少子化対策の政策的倫理性などに触れながら、少子化対策の中で不妊治療支援を実施することについての是非について検討する。そして、不妊治療支援がどのような方向性を持って実施されることが望ましいかということについて言及する。

終章ではまとめとして、個人の自由や権利を尊重しながら、かつ国にも利益をもたらすためには、どのような不妊治療支援が望ましいのかについて述べ、また少子化対策の中で、「不妊」を考える場合には、どのような施策が望まれるのかを提示して、結論とする。

## 3. 本論文のキーワードについて

本論に入る前に、キーワードとなる用語の意味を明確にしておきたい。まず、本論文では、人口学的研究の中で使用される「出生力」とは別に、「妊孕力」（にんようりょく）という用語をしばしば使用する。「出生力」は人口ならびに部分人口における出産(birth)、厳密に言えば出生(live birth)の発生頻度を表わし、実際に出生があったかどうかの実績が重要となる（国際人口学会 1994）。これに対し、「妊孕力」とはヒトの生物学的な生殖能力を示す用語であり、再生産(reproduction)の能力を重要視する。

さらに、本論文では、「不妊症」と「不妊」を区別して使用する。「不妊症」とは、「生殖年齢の男女が妊娠を希望し、ある一定期間性生活を行っているにもかかわらず、妊娠の成立をみない状態」と日本産科婦人科学会の用語委員会（現、教育・用語委員会）は定義している（吉村 1999：2 頁）。この「一定期間」について、国際産婦人科連合では 2 年（平野 1995：10 頁）、アメリカ生殖医学会では 1 年<sup>6</sup>と明確な基準を設けているが、日本でははっきりとした基準はなく、2 年から 3 年を目安としている。この目安の根拠は妊娠成立までの期間が 2 年から 3 年で 90%に達し、この期間を過ぎると妊娠する例が少ないという事実に基づいている（吉村 1999：2 頁、織田 1981：205 頁、杉山 1993：309 頁）。日本では一般的に、結婚している夫婦が妊娠を希望し、性生活を送っているにもかかわらず妊娠の兆候をみないため、医療機関を訪れ、医師から「不妊症」と診断された場合を「不妊症」という。

一方「不妊」とは、「不妊症」の定義に見られる「妊娠を希望している」や「婚姻関係の有無」という条件をとりはずし、生物学的な妊娠や出産の能力、すなわち妊孕力の弱い状態や妊孕力喪失状態をさす用語である。不妊手術を受けたり、何らかの疾患の結果、子宮や卵巣、卵管を失った場合は「不妊」に該当することになる。妊娠や出産が自らの生命に危険を及ぼすため、子どもを持たない場合も「不妊」と解釈できる。拳児を希望しているわけではないが、避妊をせず定期的に性生活を持っているにもかかわらず、妊娠しない場合も「不妊」を疑う必要がある。すなわち未婚者にも「不妊」に該当する者はいることになる。さらに一度出産すれば不妊ではないように思われることが多いが、カップルの間で過去に一回以上妊娠が成立していても、最終妊娠の後、生殖可能な年齢にありながら妊娠しない「続発不妊」と言われる状態もある。また不妊の原因が明らかで、すでに子どもがいてもその子が人工授精や体外受精で誕生している場合、不妊症そのものは治癒されていないため、次の妊娠を希望する場合には同じ技術の使用が必要となる。したがって、「不妊」は出産経験の有無とも関係なく存在しえることになる。

このように、本論文では「不妊」を「不妊症」よりも広義に捉え、この 2 つの用語を区別して使用するが、これに付随して、医療機関で受診し医療従事者から「不妊症」と診断された人を「不妊症患者」と定義する。それに対し、「医療機関での受診の有無」や「医者から診断された」などに関係なく、子どもを希望し、避妊せず性生活を営んでいるのに、妊娠や出産に至らない人すべてを「不妊当事者」という。「不妊当事者」には、「不妊症患者」も含め、現在は不妊治療を休止、もしくは中止した者や、まだ医療機関に訪れた経験がない者も含まれることになる。さらに、本人の妊娠や出産の希望の有無に関係なく、妊孕力に問題のある人を「不妊の人」という。従って、本論文では、「不妊症患者」「不妊当事者」「不妊の人」をそれぞれ区別して使用する。

次に「不妊治療」という用語についてであるが、これは「不妊症」と診断された患者が、医療機関で妊娠・出産することを目的に受ける医療技術のことを指す。具体的には、タイミング指導、薬物治療、人工授精、体外受精、顕微授精などをさす。治療内容の詳細については、本論3章第3節「2. 不妊治療の種類」を参照されたい。

不妊治療に含まれる人工授精や体外受精、顕微授精は、患者の障害ある生殖機能を直接治癒するわけではなく、また、不妊の原因が男性にあった場合も、不妊の原因を持たない女性が治療の対象となるため、「これらが医療や治療と言えるのか」という議論もある（柘植 1997、厚生省健康政策局医事課 1985：135-137 頁、金城 1999：206-207 頁）。しかし、厚生労働省などの政府組織や地方自治体はこれらの医療技術に対し「不妊治療」ということばを使用しており、少子化対策についての言及の中でもこの用語がしばしばみられる。一般社会においても不妊治療という用語は定着してきており、本論文においても、「不妊症」と診断された患者が、医療機関で妊娠・出産することを目的に受ける医療技術全般に対し、「不妊治療」という用語を使用する。

さらに、「生殖補助技術」や「生殖補助医療技術」という用語があるが、これは本来、Assisted Reproductive Technology の和訳で、配偶子（精子・卵子）に直接操作を加える医療技術を示す用語である。具体的には体外受精や顕微授精などの高度な生殖補助技術を指しており、日本の産婦人科医や不妊症の専門家の中には、子宮から採卵し、それに操作を加える高度な技術に限定して「生殖補助技術」という用語を使用する者もいる。しかし、一方では、Assisted Reproductive Technology を文字通り「生殖を補助する技術」という意味に解釈し、薬物治療、人工授精、体外受精、顕微授精などの総称としてこの用語を使用する者もいる。平成 10 年度の厚生科学研究費補助金構成科学特別研究でも、「生殖補助医療技術」という用語を使用しており、この場合は「生殖を補助する技術」と解釈している（矢内原 1999）。

本論文では、「生殖補助技術」という用語を「生殖を補助する技術」と解釈し、具体的には薬物治療や人工授精、体外受精、顕微授精など「妊娠成立を補助する医療技術全般」を含む用語と定義する。したがって、「不妊治療」と「生殖補助技術」という2つの用語を同義的に用いることとする。ただし、より特定の医学的な技術に注目する場合は、主に「生殖補助技術」の用語を使用し、その他一般的に実施される不妊のための医学的な介入については「不妊治療」という用語を使用する。そして、体外受精や顕微授精に限定して言及する場合には、「不妊治療」や「生殖補助技術」とは別に「高度生殖補助技術」という用語を使用する。

---

注

- <sup>1</sup> 合計特殊出生率とは女子の年齢別出生率を合計したもので、1人の女性が生涯に出産する平均の子どもの数を意味する。
- <sup>2</sup> 人口置き換え水準とは人口が増えも減りもしないという出生力水準を指す。
- <sup>3</sup> 高齢化率とは、65歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合を指す。
- <sup>4</sup> [http://www1.mhlw.go.jp/wp/wp00\\_4/chapt-al.html](http://www1.mhlw.go.jp/wp/wp00_4/chapt-al.html)  
2000年の65歳以上の人口は2,187万人で、高齢化率は17.2%。概ね人口の6人に1人が高齢者ということになる。
- <sup>5</sup> 朝日新聞(2002. 07. 14)「「不妊治療に公的支援」厚労相表明 少子化対策に盛る意向」。
- <sup>6</sup> <http://www.arasm.org/patients/fags.html#Q1>