

## 第2章 少子化対策における不妊治療支援とその問題点

少子化が進行する現在、厚生労働省は出生力の低下に歯止めをかけ、回復させるための対策をさまざまな方向から講じている。その対策のひとつが「不妊治療支援」である。そこで第2章では、少子化対策と不妊治療支援の関係性を考察し、厚生労働省によって現在実施されているか、もしくは検討中である少子化対策における不妊治療支援の具体策を整理する。そして、それらについて、不妊をとりまく環境や状況に留意し、不妊治療を実際に受けている当事者の声にも耳を傾けながら、その問題点を整理する。

### 第1節 少子化対策と不妊治療支援

#### 1. 少子化対策と不妊治療支援の関係性

第1章第2節で述べたように、政府は出生率の低下に歯止めをかけ、さらに回復させるために、現在、「新エンゼルプラン」「緊急保育対策等5ヵ年計画」「少子化対策推進基本方針」「健やか親子21」を通して少子化対策に取り組んでいる。これら少子化に対する取り組みの内容を整理すると次のようになる。

育児支援と育児環境の充実

育児と両立できる雇用条件の確保

労働環境の改善

男女共同参画の推進

社会保障のあり方の見直し

妊娠・出産などの母子医療保険体制の充実

このうち、の「母子保健医療体制の充実」の具体的施策として、「新エンゼルプラン」と「健やか親子21」の中ではすでに不妊治療支援を実施している。これは、子どもを持つことを希望している不妊当事者に対し、不妊治療を支援することで、不妊当事者が治療を受けやすくなり、妊娠・出産できる機会が増えれば、出生力の回復に一役かうという発想に端を発している。

この他、2000年に廃案となった「少子化社会対策基本法案」にも不妊治療に言及する部分が盛り込まれていた。そして、現在厚生労働省によって検討されている「少子化対策プラスワン」の中にも不妊治療支援が盛り込まれる方向で動いている<sup>1</sup>。

#### 2. 不妊治療支援の具体策

それでは、少子化対策として不妊治療支援に言及している「新エンゼルプラン」、「少子化対策推進基本方針」、「健やか親子21」、また2000年に廃案となった「少子化社会対

策基本法案」および、現在、厚生労働省で検討している「少子化対策プラスワン」の中で、どのような不妊治療支援策が具体的に考えられているのかについて考察する。

まず「新エンゼルプラン」では、不妊治療支援を「母子保健医療体制の整備等の推進」の中で扱い、「不妊に悩む夫婦に対し、治療に関する情報提供や精神面での相談」を行う方針をとっている<sup>2</sup>。具体的には「不妊専門相談センター事業」を立ち上げ、2004年までに不妊専門相談センターを47ヶ所設置する目標で事業を展開している。2002年度までに設置された不妊専門相談センターは、23ヶ所で、詳細については、本章の第2節「2. 不妊治療にかかわる情報提供と不妊専門相談センター」の部分で述べる。

「少子化対策推進基本方針」では、不妊治療支援について「国立高度専門医療センターとしての国立成育医療センターを整備し、これを中核とする育成医療に関する医療ネットワークの構築により、高度な小児、周産期、不妊等の医療の提供、研究の推進」<sup>3</sup>という形で取り組みを示している。すなわち、不妊治療に対しての医療提供、および、不妊治療のための研究推進に言及している。

また「健やか親子21」では、「妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊の支援」の項目の中で、不妊治療支援をあげ、「不妊治療に関する相談体制及び医療提供体制を整備する」方針を述べている。具体的な支援の内容は、不妊専門相談センターを全都道府県に整備する、不妊治療を受ける際に、患者が100%専門家によるカウンセリングを受けられるようにする、不妊治療における生殖補助医療技術の適応に関するガイドライン（仮称）の作成をあげている。

廃案となった「少子化社会対策基本法案」は、全体が3章で構成され、そのうちの第2章の第13条2に不妊に対する施策が盛り込まれていた。13条は、「母子保健医療体制の充実等」を策定する部分であり、さらに第13条全体は2項で構成されている。1項では妊産婦及び乳幼児に対する保健医療体制の充実のための施策について言及し、第2項では次のように述べている。

#### 第13条2

国及び地方公共団体は、不妊治療を望む者に対し良質かつ適切な保険医療サービスが提供されるよう、不妊治療に係わる情報の提供、不妊相談、不妊治療に係わる研究に対する助成等必要な施策を講ずるものとする<sup>4</sup>。

この内容からもわかるように、「少子化社会対策基本法案」で構想していた不妊当事者への支援策は、不妊治療などで良質かつ適切な保健医療サービスを提供する、不妊に係る情報提供と不妊相談、不妊治療に係る研究に対する助成等の3点であった。

そして、2002年、内閣総理大臣は少子化の流れを変えるための実効性のある対策を検討することを求めて厚生労働大臣に同年9月中旬をめぐりに少子化対策の中間報告をまとめるよう指示を出した<sup>5</sup>。これ検討する中で、厚生労働大臣は2002年5月31日に、医療保険の適用対象外で全額患者の自己負担となっている人工授精や体外受精に保険適用を含めた公的支援措置を実施することを構想していると述べた<sup>6</sup>。そして同年9月時点、厚生労働省は少子化対策の骨格の中で、不妊治療支援の具体策として「不妊治療助成など行っている地方自治体に対し財政支援をする」というような案も視野に入れ検討している<sup>7</sup>。

これらをまとめると、現在、不妊治療支援のために検討されている具体策は次のようなものである。

不妊カウンセリングの実施

不妊にかかわる情報提供と不妊相談センターの設置

良質かつ適切な保健医療サービスを提供する

不妊治療に係る研究に対する助成等

不妊治療への保険適用

不妊治療費助成金制度

## 第2節 不妊治療支援の問題点

厚生労働省によって現在実施されているか、もしくは検討中である少子化対策における不妊治療支援策は、第1節で示したような6点にまとめられるが、ここではこれら不妊治療を支援するための具体策6点について、不妊治療をとりまく環境や現状を考察しながら、問題点を整理する。

### 1. 不妊カウンセリングの実施

#### (1) 不妊カウンセリングの必要性

不妊が不妊当事者の精神や心理にどのような影響を及ぼすかについては、主にアメリカ、オーストラリア、イギリスでの研究が多い(Sewpaul 1995: p.253)。森らは、欧米で不妊症患者の心理面に焦点をあてたり、あるいはその看護をキーワードにした研究論文がどのくらい出されているのかを調査したところ、特に1980年代前半からその数が著しく増加していると報告している(森ら 1992:12頁)。日本においては、1980年代には不妊症患者の心理に関する論文等の数はそれほど多くなかったものの、近年では不妊症患者の心理に注目した研究や論文も増えつつある。

まず海外における不妊症患者の心理に関する報告をいくつかあげてみたい。ソーポー

ル (Sewpaul) は、不妊症患者の心理に焦点をあてた多くの文献から不妊症患者に対して実施したインタビューなどの内容を分析し、「ソーシャルワーカーが不妊症患者の精神面に対する配慮を必要とする」ということについて述べている (Sewpaul 1995)。

またイムソン (Imeson) らは、体外受精を受けるために医療機関を訪れた不妊症のカップル 6 組にインタビューし、その心理を分析している。これらのカップルに共通しているのは、不妊治療によって生活が大きく変化し、身体面、精神面にもさまざまな変化が現れたことである。そして、これらの変化に対して自らが無力であり、または医療者によってこのように無力にさせられたと感じていること、さらに患者たちが、月経が来るたびに希望から絶望の淵へと突き落とされるような気持ちを経験していることなどをあげている (Imeson et al. 1996)。

サンダース (Sanders) らは、尿から検出されるホルモン値やアドレナリン値からストレス量を測定し、ストレスと不妊症との関係を報告している。これによれば、この生理学的現象と精神的ストレスがどのようなメカニズムで連鎖しているのかはまだ明らかではないが、精神的なストレスが女性の生殖能力に負の影響を及ぼす傾向があると述べている (Sanders et al. 1997)。

このような研究報告から、欧米では早くから生殖補助技術を実施する際にカウンセリングが必要であると認識されており、アメリカ、イギリス、オーストラリア、フランス、ドイツ、スウェーデンではすでに医療カウンセリングが不妊治療プログラムに加えられたり、法で義務付けられている (柘植 1995 : 40 頁、松田 2002 : 8-12 頁)。

日本の不妊症患者の心理に焦点をあてた研究でも、やはり欧米と同じような報告がみられる。池田らは 1970 年 1 月から 1978 年 12 月まで、鹿児島大学医学部附属病院産婦人科外来に訪れた不妊症女性、26 歳未満では不妊期間 3 年を超えるもの、26 歳以上のものでも 2 年以上経過したものを対象に調査し、「心身医学的検査成績と血液・尿生科学的検査」や「心身医学的検査成績と卵管疎通精」など、生殖機能に精神・心理的因子が関与していると予測されるいくつかの事例をあげ、「機能性不妊婦人の不妊期間別では、不妊期間が長いほど心身症的傾向が強い」と報告している (池田ら 1976)。同調査を踏まえて、「児を切望する不妊症患者の治療に対する態度はときに狂的とさえ思われることがあり、それがかえって心的負担となり、性機能を傷害する可能性があるのではないかと述べている。このような可能性の根拠として、新病院への移転のために休診せざるをえなかった時期のアンケートで、診療中止をむしろ「診療しなくてはならない」という精神的負担から開放された安堵感を持って迎えたものが大半を占めていたということあげている。そして、この期間を含む半年間の妊娠率はきわめて良好であったとも報告している (池田ら 1982 : 31 頁)。調査の結論として、池田らは、「心因や環境が不妊症を惹き起す

のか、不妊がそのような心理状態や環境をもたらすのかを解明することは不可能であるが、いずれが主であっても、やがては相互に悪循環を構成し、両者一体となって不妊症の成因を助長する可能性は否めない。したがって、不妊症患者の診療を行う際には、不妊症の一般検査・治療に加え、心身医学の面からの配慮は極めて重大な意義をもつ」と述べている（池田ら 1982：31 頁）。

飯塚らは、非配偶者間人工授精（AID）<sup>8</sup>をうける女性が、AID 実施の段階になると、ふだん規則的にあった排卵が伸びたり、時には無排卵になることに注目した。そして、心理テストの実施によって得た結果から、他の産婦人科の症候に比し、不妊症群では神経症的傾向が強いことを示した。さらに、排卵障害や卵管障害のいずれも神経症的傾向と関連していると述べている（飯塚ら 1976）。

また郷久らは、1970年1月から1971年12月までの2年間、札幌医科大学産婦人科不妊症センターに訪れた不妊期間が1年6ヶ月以上の患者213例、および1982年1月から1983年12月まで同センターを受診した不妊期間1年以上の患者70例を対象に心理テストを行った。その結果でも不妊症が神経症と関連を持っていることが示唆され、郷久らは不妊治療の際の心理面への配慮の必要性について言及している（郷久 1986）。

清水らも不妊に精神的要素が関与していることに言及し、「不妊患者の多くは情動的異常を有しており、その心理的葛藤を開放することにより、器質的治療のみでは果たすことのできない治療効果が期待されることも事実である」（清水 1991：24 頁）と述べている。

久保も不妊状態が患者にとってさまざまなストレスとなっていることに言及し、「不妊状態が不妊症患者の情動状態や欲求不満、冷感症、骨盤循環のうっ滞を起こしやすく、これがさらに不妊状態を増悪させる悪循環を形成し、不妊期間が長ければ長いほど妊孕性はさらに低下すると考えられる。このため、不妊患者に対するカウンセリングは重要であり、不妊というスティグマをおった女性に対する心理的支援が必要」と述べている（久保 2002：48 頁）。

このように不妊症患者に対する心理的なケアの必要性について、多くの医療者が注目するようになってきている。

## **(2) 不妊カウンセリング実施への動き**

不妊が不妊症患者の心理に大きな影響を与えているという報告がしばしば見られるようになった影響もあり、不妊カウンセリングの必要性が認識されつつある。「健やか親子21」などでも不妊カウンセリングの必要性に注目し、これが不妊治療支援の大きな柱となっている。不妊治療の需要が増せば、不妊カウンセリングの需要も拡大すると予想さ

れるが、日本には、まだ国が認定するような不妊カウンセラーの資格はなく、不妊カウンセリングの実現にはカウンセラーの養成も含めて問題が山積している。

日本生殖医療研究協会では 1998 年から「不妊カウンセラー・体外受精コーディネーター養成講座」を開講し、不妊カウンセラーや不妊コーディネーターの養成を行っている。2001 年 10 月までに 9 回の講座が開かれ、総参加者数は 1344 名、総参加施設数は 445 施設、参加者の内訳は、医師 8%、助産婦（看護教員を含む）28%、看護師・保健師 30%、臨床検査技師・エンブリオロジスト・薬剤師 20%、その他 14%であった（荒木 2002：28 頁）。認定されるまでに計 3 回出席し（合計 6 日間）、その後面接試験を通し認定されるというシステムをとっている<sup>9</sup>。これまでに不妊カウンセラー 117 名、体外受精コーディネーター 120 名を認定した。カウンセリングに関するスキルの基本は「来談者中心療法」であり、医療機関に訪れる患者を対象としたカウンセリングである（荒木 2002：31 頁）。しかし、カウンセラーの養成期間は計 6 日間と短く、講習内容も多岐にわたっているため、受講者が不妊当事者が求めるようなカウンセリングのための知識やスキルをどこまで習得できるのかという点が気になる。

看護の分野でも、不妊症患者の心理的な支援の必要性が認識され、1999 年に「日本不妊看護ネットワーク（Japan Infertility Nursing Network:以下 J.I.N.N.と略す）」を立ち上げ、不妊症患者の心理的な支援をするための活動が展開している。J.I.N.N.では、2002 年に不妊看護認定制度を設立し、6 ヶ月の講習期間を経て不妊専門看護師を養成していこうという試みがはじまっている（森 2002）。

このように、不妊治療の現場に近い医療関係者の中から不妊カウンセリングを広めようという動きが活発になってきており、不妊のために医療機関を訪れる患者にとっては望ましいことであるといえるだろう。しかし、不妊治療を受けている医療施設で不妊カウンセリングを受けることになれば、自らの語ったことが医師に伝わることを懸念し、本音を語れない不妊症患者が出てくることも考えられる。また本来、不妊カウンセリングは不妊当事者の不妊治療を受ける、受けない、中止するなどの自己決定や、どのような不妊治療を受けるかなどについて選択する際の支えとなることが重要である。このような役割を十分に発揮するためには、不妊当事者が本音で語れるようなカウンセリングのための環境整備が必要となる。たとえば、カウンセリングの実施場所やどのような人がカウンセリングの担当となるのかなどに配慮していかなければならない。また、カウンセラーの育成、カウンセラーの認定制度などについても詳細に検討し、カウンセリングの質を管理したり保障するための基準や規定を設けていくことも必要となる。不妊カウンセリングの環境が整わないまま実施が広まれば、不妊カウンセリングという名目で不妊症患者に不妊治療を受けるよう推奨するためものになる可能性もある。形骸的な

不妊カウンセリングは、不妊当事者への実質的な支援とはならない。

## 2. 不妊にかかわる情報提供と不妊専門相談センターの設置

### (1) 不妊相談の必要性

不妊症のために医療機関を訪れた不妊症患者への不妊カウンセリングも重要であるが、不妊の悩みを抱える女性は、医療機関を訪れる不妊症患者だけに限らない。妊娠、出産出来ず、それでも病院に行き検査を受けることにためらいや不安を感じている不妊当事者も少なくないと想像される。たとえば宇津宮は自らが勤務している医療機関を訪れる不妊症患者 354 人に、質問形式で不妊を自覚してから、検査、治療に踏み切るまでの期間について調査を実施した。そして、1ヶ月以上を要した者が回答者全体の約 55%、1年以上を要した者が 20%以上にのぼるという結果を得ている（宇津宮 1998a : 33-34 頁）。

新聞の投書欄にも、不妊当事者から不妊について思い悩みながらも、なかなか医療機関を訪れることができなかつた思いについて次のような投書が掲載されていた。

「子どもが欲しいと思い始めて 3 年ほどたちます。なぜ通院していないのかというと、妊娠できないと確定してしまうことがこわかったからです。家でタイミングを見ようと思うのですが、うまくいかず、どんどん追い詰められる自分に気づいていました。」この女性はその後、不妊専門のクリニックに電話で自分の気持ちを話したことで、とりあえず検査だけでもうけてみようという気持ちになったという。そして検査を受ける気持ちになった時、「それほど悩んでいながら、なぜ産婦人科の門をなかなかくぐれなかつたのか」という質問に対し、この女性は次のように答えている。「検査が怖かったせいもあるけれど、プライドの問題でしょうか。不妊治療をしなくてもできる人はできるのに…。それにそこまでして子どもが欲しいのか、自分でもよくわからなかつたんです。」<sup>10</sup>

このように、不妊症の可能性を思い悩みながらも医療機関を訪れることに対し、ためらいや不安を感じる人は少なくないと想像される。そのような不妊当事者に対して有効な支援のひとつに不妊相談があげられる。

厚生労働省では、少子化対策の一環として 1996 年に「不妊専門相談センター事業」を立ち上げ、2004 年までに全都道府県 47 ヶ所に「不妊専門相談センター」を設置すべく事業を展開している。不妊症患者の心理に関する医学研究の報告をみても、不妊という問題を抱える当事者にとって不妊相談の場や不妊治療の情報提供が必要なのは確かであり、厚生労働省のこのような取り組みへの意義は大きい。しかし不妊専門相談センターに寄せられる相談内容は、医学的な知識を有すれば解決できるような単なる医学相談や医療情報の提供に限定されていないという点に留意しなければならない。医学的見地から不妊症の症状に関する情報や治療法について解説する本は、一般にも多く出回っており、

個人でもかなりの情報が収集可能となってきた。むしろ、「不妊専門相談センター」に求められる不妊相談や情報提供の中には、医学的な内容や治療アドバイス以外のことが多いという点に注目する必要がある。

## (2) 不妊相談の内容

そこで、「不妊専門相談センター」に寄せられる不妊相談の内容について考察し、不妊専門相談センターに求められる条件について検討する。

東京都には不妊専門相談を実施している機関「不妊ホットライン」があるが、北村らはこの機関に寄せられた不妊相談の内容について調査し、まとめている。

不妊ホットラインは不妊医療機関から独立した相談機関で、1997年1月に開設され、開設から3年が経過した1999年12月末までに3,132件の相談が寄せられた。不妊ホットラインが対応した相談内容をみると、医療機関以外のところで相談を受ける方が望ましい内容が多いということがわかる。不妊ホットラインでの相談内容の上位10位は次のようなものであった。(表2.1参照)

表 2.1 不妊ホットラインでの相談内容(10位まで)

1997年1月～1999年12月

	相談内容	相談者数に対しての割合(%)
1位	自分自身のこと	56.7
2位	治療への迷い	51.1
3位	病院情報	23.7
4位	不妊への不安	22.5
5位	病院への不満	22.0
6位	夫のこと	18.2
7位	検査	16.5
8位	周囲との人間関係	15.7
9位	情報、その他	12.1
10位	薬	9.3

出所：北村 2000「不妊の当事者の悩みとその対応」『産婦人科治療』80(6), 1119頁。  
(重複回答あり)

この調査における相談内容の事例をみても、医療機関では相談しにくい内容が多いことがわかる。その一部を以下紹介する。



- ・病院へ行くと何をされるのか、何を聞かれるのか不安で行くべきかどうか迷っている。  
(35歳、本人)
- ・薬・注射などの使用方法について、同じような悩みをもつ友人と違う気がするし、医師によって言うことが違う。(37歳、本人)
- ・医師は心配ないと言うが、クロミッドの副作用が心配なので半錠ずつ服用させている...などだらだらと悩みがはっきりしない。(33歳の娘を持つ母親)
- ・2年通った病院を替えようか迷っている。医師に聞いても適当にあしらわれている感じがする。周りに不妊の人がいないので不安。(29歳、本人)
- ・薬の副作用で体調が悪い。薬のことを知りたい。医師には言えない、医師を責めるような気がする。治療3年、薬を飲めば妊娠できるというなら考えるが、そろそろ治療をやめるべきなのか悩んでいる。
- ・お金の問題を訴えたい。年間100万円くらい使う。パートの収入全部をそれに使う。産みたいのに産めない人が多いことを知って欲しい。体外受精を年に2回くらい受けたいと思うが1回40万かかる。人工授精月5~6万かかる。有名な病院へかわりたいがお金がかかるのでつらい。
- ・治療はやるだけやった。どうしたら子供のいない人生を考えられるか。不妊のサークルにも参加していたが、妊娠する人が続出して止めた。夫は二人だけの人生でもいいと言っている。
- ・何気ない言葉が辛い。従兄弟の子供がくると最近では避けたくなる。かわいくない、こういうことを思う自分がダメだと思う。情けない。
- ・男性不妊。大学病院への紹介状をもらったが行こうとしない。夫は「一人で生きてゆけない」と弱音を吐いたり、「さよなら」とやけになっている。話し合いがもてない、夫のつらさはよくわかる。

(北村 1999 : p.46-53)

相談内容の調査結果とこのような相談事例集をみても、直接治療にかかわる相談よりも、当事者の心的悩みや人間関係に関する相談内容が大半を占め、医療機関では相談しづらいものも少なくない。また、相談内容の2位には「治療への迷い」があげられているが、医療機関にこのような内容を相談した場合には、生殖技術を実施している立場上、治療を継続する方向へ向かわせるようなアドバイスが出される可能性が高くなることは否めない。反対に医療機関が治療の中止を示唆した場合、患者は病院側から治療を拒否されたと解釈する可能性もある。このような点も踏まえ不妊当事者の立場に立てば、「不妊専門相談センター」は、医療機関と切り離された第三機関が運営にあたることが望ましい。

### (3) 不妊専門相談センター事業

厚生労働省が管轄する「不妊専門相談センター事業」によって、2002年度時点、全国28ヶ所の政令指定都市や中核都市に不妊専門相談施設が設けられている(表2.2参照)。この事業は新エンゼルプランの具体施策であり、2004年までに全都道府県47ヶ所に設置される予定である。しかし、全国の不妊当事者の相談に対応するにはこれでも十分な施設数とは言えない。施設数の数が少ないことに加え、表2.2を見てもわかるように、開設日が少なく、開設時間も短いところも多い。このような状況の中で当事者の相談にどこまで対応しきれぬのか疑問が残る。加えて、不妊ホットラインの調査結果を参考にすれば、不妊専門相談は医療機関と切り離されている場で実施されることが望ましいが、現在28ヶ所ある不妊専門相談センターのうち、17ヶ所が病院で実施されている。日本全国における設置機関の分布を図2.3に表した。(図2.3参照)。北海道、東北、山陰地方の不妊専門相談センターは、病院に設置されている場合が多く、関東、中部、四国地方は、病院以外の場所で相談センターを開設しているところが多い。不妊専門相談センターの設置については、開設時間、開設場所などに一定の基準を設け、地域による不妊専門相談センターの質の格差を是正し、不妊専門相談センターの充実を図るための方策が必要である。

また、不妊専門相談が少子化対策の一環として実施される場合、不妊当事者に不妊治療を受けるよう誘導する傾向が強くなることが懸念される。不妊治療に対する決定はあくまでも不妊当事者の自律的な判断から下されるべきであり、不妊相談を不妊当事者の自己決定を支援する形ですすめられることが重要である。そのためにも、相談員の養成には不妊関連の医学・制度などについての知識のほかに、心理系の専門的な教育が不可欠である。そのため、相談員の教育を各地方自治体まかせにするのではなく、厚生労働省のような行政機関が一括して行うことなども検討し、相談員としての人材育成にさらに力をいれていくことが必要である。

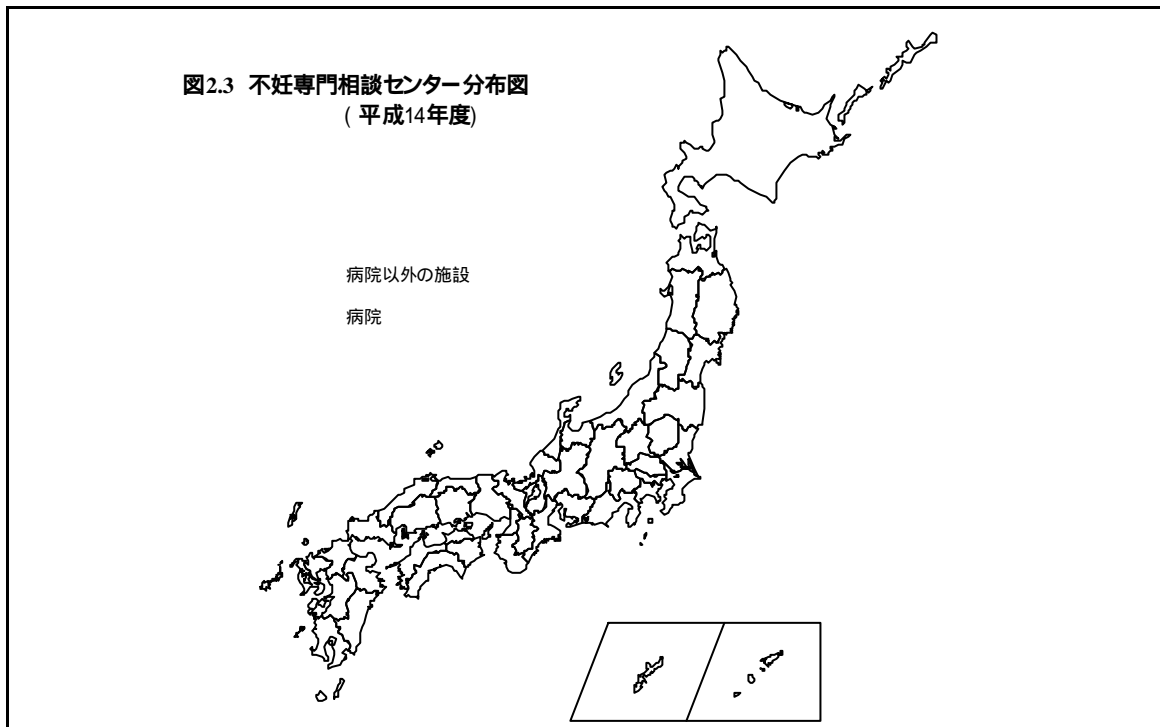
表 2.2 全国不妊専門相談センター一覧(平成14年度)

	設置地域	開設場所	相談方式	相談日および時間
1	北海道	旭川医科大学付属病院	電話相談(電話予約制) 面接相談(電話予約制)	火曜 14:30-16:00
2	青森	弘前大学医学部付属病院	面接相談(電話又は保健所窓口で予約)	金曜 14:00-16:00
3	岩手	岩手医科大学付属病院	面接相談(電話予約制)	火水木曜 14:00-16:00
4	秋田	秋田大学医学部付属病院	面接相談(電話予約制)	水金曜 14:00-16:00

	設置地域	開設場所	相談方式	相談日および時間
5	山形	山形大学医学部付属病院	電話相談（各保健所） 面接相談（保健所にて予約）	電話：月-金 随時 面接：月-金 午後随時
6	福島	福島県立医科大学医学部付属病院	電話相談（各保健所窓口） 電話相談（保健所にて電話予約制） インターネット（Eメール）相談	電話：月-金 随時 面接：第2、4火曜 14:00より
7	茨城	（県央）三の丸庁舎1F （県南）県南生涯学習センター （県西）県西生涯学習センター	面接相談（電話予約制）	相談日時は満ち保健所に問い合わせる
8	群馬	財団法人群馬県健康づくり財団	面接相談（電話予約制）	木曜 10:00-16:00
9	埼玉	埼玉医科大学総合医療センター	面接相談（電話予約制）	木金曜 16:00-17:00
10	東京	日本家族計画協会クリニック	電話相談（ピアカウンセリング）	火曜 10:00-16:00
11	新潟	（新潟）新潟大学医学部付属病院 （上越）新潟県立中央病院	面接相談（電話予約制） インターネット（Eメール）相談	火曜 16:00-18:00 木曜 13:00-15:00
12	富山	富山県立中央病院	電話相談 面接相談（随時）	月-金 9:00-12:30
13	石川	石川県こころの健康センター	電話相談 面接相談（電話予約制） インターネット（Eメール）相談	月-金 第2,4土曜 9:00-12:30
14	長野	松本保健所	電話相談 面接相談（電話予約制）	第4木曜 13:30-16:00
15	岐阜	岐阜地域保健所	電話相談 面接相談（電話予約制）	未定
16	静岡	静岡総合保健センター	電話相談 面接相談（電話予約制）	電話：火金曜 10:00-15:00 面接：火曜 10:00-15:00
17	滋賀	滋賀医科大学付属病院	電話相談 面接相談（電話予約制）	電話：火-金曜 9:00-16:00 面接：木曜 15:00-
18	京都	京都府立医科大学付属病院	電話相談（ファックスも可） 面接相談（電話予約制）	月-金 10:00-16:00
19	大阪	ドーンセンター （大阪府立女性総合センター）	電話相談 面接相談（電話予約制）	電話：水曜 10:00-16:00 予約等問合せ 火木曜 9:30-20:30 水金土日 9:30-18:00 面接：第1土,第3金曜 13:00-16:00
20	鳥取	鳥取県立中央病院	電話相談 面接相談 インターネット（Eメール）相談開設予定	電話：月-金 10:00-16:00 面接：随時
21	島根	島根県立中央病院	電話相談 面接相談（電話予約制）	電話：火-金 10:00-16:00 面接：随時

	設置地域	開設場所	相談方式	相談日および時間
22	山口	山口県立中央病院	電話相談 面接相談（電話予約制）	電話:毎日 9:00-16:00 面接:金 14:00-16:00
23	徳島	徳島大学医学部付属病院	面接相談（電話予約制）	月木曜 15:00-16:30
24	香川	香川県保健衛生センター	電話相談（ファックス可） 面接相談（電話予約制）	電話:月水金 13:00-16:30 面接:金 14:30-16:30
25	愛知	愛知健康増進センター	電話相談 面接相談（電話予約制）	電話:水 9:00-15:00 面接:第 1,3 土 10:00-13:00
26	高知	各保健所	電話相談 面接相談（電話予約制）	各保健所へ問い合わせ
27	佐賀	佐賀中部保健所	電話相談 面接相談（電話予約制）	電話:月-金 8:30-17:15 面接:水 13:00-15:00
28	大分	大分県立病院	電話相談 面接相談（電話予約制）	電話:月-金 13:30-17:00 面接:火 14:00-17:00

出所：労働厚生省雇用均等・児童家庭局母子保健課に問い合わせ、2002年8月16日入手。



資料：労働厚生省雇用均等・児童家庭局母子保健課に問い合わせ、2002年8月16日入手した表（表2.2参照）より作成。

### 3. 良質かつ適切な保健医療サービスの提供

2001年に廃案となった「少子化社会対策基本法案」の中には、不妊治療への支援について、「良質かつ適切な保健医療サービスの提供」という文言が含まれていた。この「保健医療サービスの提供」とは具体的にどのようなことを指しているのだろうか。

「少子化対策推進基本方針」の中では、高度専門医療センターを設け、これを中核とした政策医療ネットワークを構築し、不妊等への医療提供することをあげている。ここでは不妊治療のための高水準の医療技術提供を中心とした施策を不妊治療支援としてあげているが、医療技術の向上や高度な技術を提供する場を設けるでは保健医療サービスの提供として不十分である。どの地域においても、不妊症患者に不利益やリスクよりも大きな利益をもたらす医療技術を、出来る限り良い医療環境の中で、しかも合理的なコストで提供していくことが必要である。

藤野は「一般に、医療サービスは、医療保険制度を通して提供される」(藤野 1999、108頁)と言う。医療保険に関連する問題は、本章「4. 不妊治療への保険適用」で詳しく述べるが、不妊治療における経済的側面への注目は、保険医療サービスにおいても重要な課題といえる。治療にかかる費用の情報をあらかじめ明確に提供するなど、患者にとっても必要な事柄である。しかし現在、人工授精や体外受精、顕微授精には保険がきかず、不妊症患者は自費でこれらの技術を受けている。しかも、医療機関によって設備の充実度や医療技術の違いが存在し、それが患者の医療費負担に大きく影響している(藤野 1999: 113頁)。不妊当事者の立場に立てば、良質かつ適切な保健医療サービスの提供においては、診療前に、医療機関ごとの治療費について明確な情報を得られるようにすることが求められる。また医療機関による治療費の差がなぜ生じているのか、不妊当事者が、診療や治療の内容と照らして把握できるようにすることも重要である。良質かつ適切な保健医療サービスの提供を実践するならば、まず治療にかかる費用情報と医療機関の治療内容を含めた医療機関情報の提供サービスが必要である。これを実現することによって、不妊当事者は経済的負担や治療方針も含め、自分の条件にあった病院選びが出来るようになる。

これに加え、患者自身が自分の受ける医療の利益と不利益、リスクを正確に把握し、他の選択肢と比較するためには、医療機関情報の提供サービスや不妊専門相談センターなどの機関の活用とともに、医療機関においても、医師と対等に話せる環境が重要となってくる。医療側の透明性を保ちながら、インフォームドコンセントを徹底するなど、不妊治療現場の質を保つための方策の検討も要求される。

さらに保健医療サービスの地域格差についても考える必要がある。例をあげれば、同じ不妊症であっても、周囲に不妊治療施設がどのくらいあるかによって不妊症患者の選

択肢はかわる。不妊当事者の居住している近隣地域に、不妊治療を実施している医療機関があるとは限らない。現在、排卵誘発剤の使用や人工授精を実施している施設は把握されていないが、高度生殖補助技術については、日本産科婦人科学会が施設の登録制をとっているために、施設の詳細を知ることができる。1999年12月末時点、日本全国で日本産科婦人科学会に登録している高度生殖補助技術の実施施設は471ヶ所ある。その分布を日本地図上に表わしてみた。(図2.4参照)。これを見てもわかるように、当然ながら大都市近辺に治療施設が集中し、地方にいる不妊の当事者たちが、都市近郊に暮らす人々よりも医療機関にアクセスしにくい状況にあることがわかる。このような地方で不妊症のために通院するとなると、医療機関の選択や通院にかかる交通費などの面でも、都市部の不妊症患者と比べて不利となる。

少子化対策の中で、不妊治療支援を全国的に展開するならば、地域によって同じ不妊当事者でありながら、不妊治療のためにアクセスする医療施設の数、質、選択幅に差があることを鑑み、これらのを是正するための施策なども検討していくことも求められる。



資料：中野(2001)「平成12年度倫理委員会登録・調査小委員会報告(平成11年分の体外受精・胚移植等の臨床実施成績および平成13年3月における登録施設名)」、『日本産科婦人科学会雑誌』53(8)の中の1474-1493頁中「学会見解に基づく諸登録施設」の表から作成。合計527施設。

#### 4. 不妊治療に係る研究に対する助成等

1998年に策定された「少子化対策推進基本方針」では、「母子保健施策の推進」に関連して「不妊治療に関する研究の推進」が取り上げられており、年度ごとの「少子化対策

推進基本方針」に基づく推進状況、及び翌年度の施策計画の中では、それぞれの基本的な施策の予算額が計上されている。この予算額について、不妊治療に関する研究費の予算をまとめたものが、表 2.5 である。

表 2.5 「少子化対策推進基本方針」における  
「不妊治療に関する研究費」の計上予算額

年度	予算額
2000 年度	6 億 1800 万円
2001 年度	6 億 4800 万円
2002 年度	7 億 9800 万円

出所：「少子化対策推進基本方針」に基づく平成 13 年度の施策の推進状況及び平成 14 年度において講じようとする施策 <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/06/h0604-5b.html>

「少子化対策推進基本方針」に基づく平成 12 年度の施策の推進状況及び平成 13 年度において講じようとする施策 <http://www.mhlw.go.jp/houdou/0105/h0523-2b.html>

このように、少子化対策の中で「不妊治療に関する研究の推進」に対して施策を講じようとする動きがあり、そのための予算計上も行われ、その額は年度を追うことに増額している。2000 年に廃案となった「少子化社会対策基本法案」の中にも「不妊治療に係る研究に対する助成等必要な施策」の推進が盛り込まれていた。しかし、このような研究助成が少子化の歯止めや出生回復にどのくらい有効であるかという予測や評価は難しい。確かに、より女性の身体に負担の少ない排卵誘発剤の開発や、卵子や受精卵の培養液の開発、体外受精による着床率を向上させるための技術などの、不妊治療の向上のために不可欠な研究がある。このような研究への助成は必要であると考えるが、一方で少子化対策と結びつけるべきなのか疑問が残る。

さらに、これら以外にも生殖にかかわる研究は数多くあり、どこまでを不妊治療に係る研究とするのか、誰がそれを「不妊治療にとって必要な研究」と判断するのかが大きな問題となる。また倫理的な議論をよぶ臨床研究などについては、不妊に有効であってもどこまで認めるべきかといった線引きなども生じてこよう。

さらに生殖補助技術がどんなに向上しても、出産率が 100%になることは絶対にありえない。むしろ不妊治療に係る研究への研究助成が実施されることによって、さまざまなリスクがあることも考慮するべきである。

不妊治療は不妊女性の身体に大きな負担とかける医療であるが、少子化のため、出生率回復のために不妊治療に係わる研究を奨励すれば、女性の子宮や卵子、受精卵などが研究のために必要な「モノ」と化せられる傾向が強くなることが懸念される。すなわち、出生率回復を正当化の理由にしながら、生殖医療分野における多くの研究のために、個

人や特に女性の人権や尊厳を軽視する傾向になる可能性がある。

また、不妊治療の研究を奨励することをきっかけに、「少子化の歯止めのために、子どもを産ませる技術があるなら、それを使って不妊の人に子どもを持たせることは悪くない」という考え方が強調されれば、それが生殖に関するあらゆる研究の正当性に使われ、倫理に基づく判断や議論が軽んじられる可能性についても否定できない。たとえば、クローン技術をつかっての子どもを作ることでもいいのではないかといった考え方も出てくるであろう。実際に、イタリアの不妊治療医は「不妊に悩む夫婦を助けることは、クローンは倫理にもとると安直に批判するより、はるかに意義がある」と訴え、2003年頃までにクローン人間を誕生させると宣言している<sup>11</sup>。また、2001年5月には、30代の女性が死亡した夫の凍結精子を使って男児を出産していることがわかった<sup>12</sup>。そして、2001年8月には、閉経をすぎた60歳の女性がアメリカで体外受精を受け、日本国内で出産したことも報道された<sup>13</sup>。このように、生殖補助技術の進歩が今までには考えられなかったような事態を引き起こしており、出生率を上げるために少子化対策と不妊治療に関する研究助成を安易に結びつけることは、先端生殖補助技術の暴走を招くきっかけとなる可能性もあり、大きな危険性をはらんでいる。

## 5 . 不妊治療への保険適用

現在、日本の不妊治療をみると、不妊治療の一部には既に保険適用が認められている。それは、卵巣機能不全による無排卵などの排卵障害や、排卵を抑えるホルモンの血中濃度が高くなる高プロラクチン血症、子宮や卵管、精管の異常などは「疾患」として扱われ、検査、投薬、注射、手術などの際に保険が適用される。また、不妊検査や子宮内膜症にも保険がきく<sup>14</sup>。しかし、不妊治療専門施設の中には保健診療をまったくおこなっていないところもあり（フィンレージの会 2000：92頁）、人工授精、体外受精、顕微授精には保険は適用されていない（日本産科婦人科学会 2000）。これらの技術に保険が適用されない主な理由は、この技術が比較的新しく、まだ実験的な治療であって、技術の安全性、普及性などから保険適用までのレベルにいたっていないこと、有効性の確立された臨床医療ではないと見られていることなどがあげられる（金城 1999：207頁、最勝寺 1999：8頁）。また、最勝寺はこれらの技術が導入された当時、「試験管ベビー」と倫理的な議論が巻き起こったことも保険適用に影響を与えたのではないかと述べている（最勝寺 1999：8頁）。現在保険の対象となっている病気や事故については、誰もがそれに遭遇する可能性を持っているが、不妊の対象は少数であり、医療財源の分配が問題とされるため、国民の多くから賛意を得ることも難しいと想像されている（金城 1999：209頁）。



## (1) 不妊治療のコスト

次に、人工授精や体外受精などを受けた場合のコストに注目したい。1999年、日本産科婦人科学会の社会保険学術委員会は学会に登録している施設を対象に、治療費についての調査を実施した。それによれば、人工授精の技術料は、5,000円以下が全登録施設の31%、5,001円から10,000円が38%、10,001円から15,000円が17%、15,001円以上が12%となっていた。そして、このような施設の94%は洗浄濃縮人工授精をおこなっており、これを利用する場合は授精技術料のほかに、精子の洗浄濃縮の技術料も必要となる。洗浄濃縮人工授精の技術料については、5,000円以下が51%、5,001円から10,000円が28%、10,001円から15,000円が12%、15,001円以上が7%となっており、合計すると、人工授精にかかる費用は約1万円から3万円位になるだろう。また、同委員会の体外受精の費用総額に関する調査では、20万円未満が登録施設全体の28%、20万円以上40万円未満が63%、40万円以上60万円未満が6%、60万円以上の費用がかかる施設は1%となっている（中野他1999：101頁）。したがって、体外受精にかかる費用は平均30～40万円となるだろう。顕微授精や、受精卵を凍結保存する場合には、さらに多くの費用がかかることになる（中野他1999：104-105頁）。

不妊の当事者が中心となって活動している「フィンレージの会」という自助グループが、不妊の当事者約857人を対象にアンケートを行い、その結果をまとめて2000年7月に発表している。その結果を見ると、通院期間は平均4.3年であり、その間かかった検査費、治療費の総額は5人にひとりが200万円以上も支払っている（表2.6参照）。

表 2.6 不妊検査・治療として医療機関に支払った費用の総額（815人）

金額	人数 (人)	割合 (%)
10万円未満	90	11.0
10万円以上50万円未満	241	29.6
50万円以上100万円未満	125	15.3
100万円以上200万円未満	171	21.0
200万円以上300万円未満	95	11.7
300万円以上400万円未満	34	4.2
400万円以上	30	3.7
無回答	29	3.6

資料：フィンレージの会(2000)『新・レポート不妊』、フィンレージの会、92頁

宇津宮らも不妊患者の経済的負担の実態を把握する目的で、勤務する医院に通院している患者を、不妊症一般外来診療群と、高度生殖補助技術群にわけ、質問表による調査を

おこなった。この結果、一ヶ月に外来群では1万から3万円、高度生殖補助技術群では10万から20万円を費やしており、経済的な理由で治療を断念することを考えたことのある患者は外来群で半数に、高度生殖補助技術群では8割にものぼっていたと報告している（宇津宮ら1998b）。

このように不妊治療の中でも、人工授精や体外受精を受けた場合には、多くの治療費がかかることがわかる。

## (2) 不妊治療に保険適用を求める声

人工授精や特に体外受精に対し不妊症患者は多額の費用を投じているわけだが、高額医療であるにもかかわらず、妊娠率はそれほど高くない。不妊治療による妊娠率・生児出産率は第3章第3節にて詳しく述べるが、簡単に述べると、日本産婦人科学会のデータでは1999年に行われた体外受精・顕微授精について、自然胚・凍結胚を用いた場合の移植当り妊娠率は24.8%、そして移植あたり出産に至った率は17.5%であった（中野2001）。

人工授精による妊娠率も決して高くはなく、小田の調査によれば、夫婦間における人工授精では、周期当たりの妊娠率は6%、症例当たりの妊娠率は30%で、妊娠までに要した周期は平均5.2週だった（小田他1998：270頁）。このように、妊娠率・成功率が高くないため、不妊症患者は繰り返し治療を受けるケースが多い。そしてその結果、治療のために多額の費用を支出しなければならなくなる。

このような状況のため、不妊治療を受けている人々の間から不妊治療に保険適用を求める声は少なくない。実際に不妊治療に保険適用を求めて署名運動を展開している団体「不妊治療の保険適用を実現する会」は、2001年の発足から2002年4月までに7000名の署名を集め厚生労働省に提出した。同会の代表者は、「悔いが残らないように、出来るだけ治療を受けたいと誰しも思う。でも現実には治療費がかさみ、経済的に厳しい若い人たちが、最も妊娠の可能性の高い時期に受けられない」と訴えている<sup>15</sup>。また、インターネットを通し署名運動を展開している団体もあり、ここに署名をした1423人の不妊当事者によって書き込まれた内容をみると、不妊治療はいかに経済的負担が大きいかわかる<sup>16</sup>。書き込みには「治療を続けたいが、経済的に無理。不妊治療にも保険が適用されればもっと子どもをもてる可能性が高くなる。そのためにも是非保険適用をして欲しい」という声が少なくない。

厚生労働大臣はこのような不妊治療の現状を考慮し、医療保険の対象外である人工授精や体外受精などの保険についても、「少子化対策の一環に位置付けて考えるべきだ。不妊治療を受けるご夫婦も増えており、この問題を放置しておくわけにはいかない」<sup>17</sup>と述

べている。そして、厚生労働省は人工授精や体外受精へに保険適用する方針についても検討をすすめている<sup>18</sup>。

しかし、少数ではあるが、保険適用されることに否定的な意見をもつ不妊当事者もいる。その意見は次のようなものである。

- ・保険がきくようになると女性は産むことを強制されているようでいけないと思う。子どもが欲しい人だけ助成金のようなものがあればいいのでは（フィンレージの会 2000：102 頁）
- ・保険適用したところで IVF の成功率が上がるわけではないし、子どもが増えるとは思えない。少子化対策にはならないと思う。そもそも少子化と保険適用は別次元の問題。いっしょくたにするのは危ないと思う（フィンレージの会 2000：102 頁）
- ・治療中は、高価すぎる、すべてに保険が使えたらどんなにいいかと考えていた。しかしいまはある程度高額のほうが歯止めがきいていいと思っている。治療は精神的肉体的に非常に負担となる。本人が中止したくても、姑や周囲の圧力によって続けざるを得ない場合もある。心も体もボロボロになるのは本人なのに。そういうとき「お金」が治療中止の大きないわけになることもあるから（フィンレージの会 2000:102 頁）
- ・費用が安くなって、治療のくぎりをつけにくくなるとしたら、保険適用にも疑問があります。特に体外受精は、医学的にみて当然の適用と判断が下ったときには限定して行うべきではないでしょうか（金城 1999：210 頁）
- ・IVF（体外受精）は高い。でも少子化での保険適用は「産めよ殖やせよ」と言われているようで嫌。それでできなかつたら「みんなのお金使ったくせに」とよけい世間から責められそう（フィンレージの会 2000：102 頁）

このように保険適用に否定的な考えをもつ当事者のことも考慮に入れ、不妊治療への保険適用について検討していく必要がある。

### (3) 海外での不妊治療への保険適用の状況

海外においては、現在、フランス、イギリス、ドイツ、オーストラリアでは、生殖補助技術について法的な規制を行った上で、保険が適用されている（金城 1999：211 頁）。フランスにおいては、生殖医療を治療行為と位置付けていることと関連し、すべての施術に対して 100%の保険が適用されている（松川 2002：135 頁）。イギリスにおいては、実施施設により、現実に保険適用を認めるところと、そうでないところがあるものの、体外受精の実施総数のうち、約 25%は国民健康サービスによって体外受精を受けている（三木 2002：78 頁）。ドイツでは、原則として 40 歳までの者を対象に人工授精には 6 周期まで、体外受精には 4 周期まで保険が適用され、非配偶者間人工授精と凍結保存保

険適用の対象外となっている（最勝寺 1999：11 頁、床谷 2002：183 頁）。顕微授精についてはドイツでは 2001 年 4 月より適用を認める方向に転じている（床谷 2002：183 頁）。このほかアメリカでも 14 州が保険の適用を規定し、そのほとんどの州で一定条件のもと、体外受精は保険の適用対象とされている（棚村 2002：30 頁）。また、スウェーデンでは体外受精で受精卵を 1 個移植する限り、制限なしで保険が適用される（佐藤 1999：510 頁）。

このように、海外においては不妊治療に医療保険を適用しているところもみられる。しかし、保険適用が実現している状況は、保険制度のあり方などとも大きく係っていると考えられる。そこで、オーストラリア、イギリス、アメリカについて、さらに詳細に医療保険の適用の状況を考察した。

#### ・オーストラリア

オーストラリアは不妊治療への保険適用がもっともすすんでいる国のひとつであり、この国の状況は次のとおりである。オーストラリアの医療保障の歴史は短く、連邦政府が保険者となって運営される国民皆保険体制、メディケア制度は 1984 年に発足した。オーストラリアは、連邦制をとっており、連邦政府（Federal Government, Commonwealth Government, Australia Government）と 6 州（ニュー・サウス・ウェールズ州、ビクトリア州、タスマニア州、クイーンズランド州、南オーストラリア州、西オーストラリア州）および 2 準州政府（ノーザン・テリトリー、オーストラリア連邦首都特別区）と約 900 の地方政府（市町村）で構成されている。保健医療サービスは、州政府等が中心的な役割を果たすとされているが、近年では連邦政府の役割が拡大している。連邦政府は、主に税収を財源とする財政基盤をもとにメディケアの運営や州政府への補助金の交付、州政府との共同事業等を実施しており、これらを通じて保健医療サービスの内容についての一定の影響力を行使している。

公的病院は、連邦政府からの補助金を主たる財源に、ほぼ 100% 補助金によって運営されており、患者負担や利子収入は 3% 程度である。補助金の算定方法は、各州で異なり、前年実績等をもとに必要経費を算定する方式をとっている。しかし、1993 年以降、診断関連群（Diagnosis Related Group: DRG）による平均的な疾病費用をもとにしたケースミックスによる補助金算定方式を、ビクトリア州、南オーストラリア州では採用しはじめた。ここにおける医師はすべて公務員で、私的患者から得られるドクターズフィーと呼ばれる指名料のような収入は医師のものとなる。

私的病院は、州政府等からの補助金をうけていない病院で、私的病院の 60% は、宗教団体や慈善団体等によって運営されている非営利組織、残りの 40% が営利組織。私的病院は小規模であることが多く、比較的軽度の患者を扱うことが多い。私的病院は待ち時

間が少なくて済み、医師や入院環境の選択がしやすく、手術までの待機時間が短い等で、公的病院との差別化が働いている。

このように、オーストラリアの医療システムは、一定の負担の範囲内で平等のサービスをうけられるようになっている一方で、より快適な医療サービスをもとめる患者は、民間保険を活用するという、保険診療と自由診療とによる混合診療が特徴となっている。

特にオーストラリアは、メディケアが発足する以前は、医療保険は私的保険を軸に運営されていたため、現在も私的保険が発達しており、これが不妊治療をはじめ、患者の医療費負担の軽減に大きな役目をはたしている（金城 1999：211 頁、Dill 2000）。国民からは、メディケアのために、保険料に相当するものとして、目的税と考えられる Medicare Levy Tax（課税対象所得の 1.5%）が徴収され、一般会計からの歳出（国庫負担に相当する）を合わせて財政運営がなされている。これに対し、メディケアが給付しない医療サービス費、たとえば、患者が希望して入院したり特別な医療を実施する場合にかかる費用や、ドクターズフィー、私的病院で発生する患者支払いの医療費には私的保険から支払った額を払い戻す制度となっている。この両方をあわせて、ほとんどの個人が医療費を支払わなくて済むシステムとなっている（藤崎他 1999:）。以上をまとめると、国民皆保険制度を採用しながらも、私的保険が大きな役目を果たし、混合診療が認められている点が日本の医療システムとは大きく異っていると言える。

オーストラリアの不妊治療へのメディケアの適用をめぐるのは、1985 年から医療従事者の協力を得ながら不妊当事者グループが中心となって運動を起こし<sup>19</sup>、1980 年代の後半には政府が不妊に関連する有権者が多いことを認識した。そして、不妊治療への支援の必要性を認め、体外受精に関するサービスをメディケアの中に含むことにした。現在、全豪ヘルス・メディカルリサーチ審議会、3 連邦政府に適用されている実施綱領に従って治療を実施すること、オーストラリア健康倫理委員会（the National Health & Medical Research Council, the Australian Health Ethics Committee のガイドライン治療を実施すること、新しい治療には、生殖技術承認委員会（Reproductive Technology Accreditation Committee- RTAC）によって承認されることを条件に、体外受精などにかかる費用全体の 85% が政府から負担されており、残り 15% は民間保険の条件によって払い戻しするシステムが採られている。加えて、高度生殖補助技術の実施回数に制限も加えられていない（Dill 2000）。

## イギリス

イギリスでも、国民総合加入の国営医療保険、国民保健サービス（NHS）が 1948 年に誕生した。NHS は一般税収でまかなわれ、保険料を徴収する日本の健康保険制度とはこの点が異なる。一般開業医も病院も、国と契約し診療しており、医療全体が国営である。

救急の場合を除いて住民は直接病院を受診することはなく、一般開業医を受診して、必要があると判断された場合にのみ、指定された病院を受診する。しかし、1980年代、NHSに当てる財源がなくなり、決められた予算を使い切ると、年度途中から診察できなくなり、病院が閉鎖されるようなことが起こった。そこで、サッチャーは、財源がない状態でサービスを向上させるために、NHSの内部に競争原理を導入することをめざし、1991年からより安いコストで高い収益を上げた部門にはより多くの予算を配給することにした（サッチャーの医療改革）。そのためには、プライベート保険（任意で加入する民間の医療保険）にはいつている患者専用ベッドの一部あけておいたり、通常NHSで入院待ちが3ヶ月のところ、プライベートでは1週間というような、金銭的に恵まれている者が優遇されるといったような状況が生まれている<sup>20</sup>。

国民は、初期医療を担う家庭医をあらかじめ選択して登録し、必要に応じて家庭医は患者を病院の専門医に紹介するが、家庭医および病院の専門医から受ける医療サービスは、原則として無料となっている。しかし、プライベート医療機関にかかる場合は有料となる。

イギリスにおける不妊治療に対する保険適用については、NHSを使って不妊治療を受けることもできるが、わずか5%程度の経済的支援に留まっている（最勝寺1999：11頁）。

#### アメリカ

アメリカでは、一般健康保険は制度化されていないが、私的保険が発達しており、私的保険のほとんどが体外受精などの不妊治療をカバーしている。しかし、不妊治療に対する保険適用のあり方は、不妊に保険を適用しなければいけないと法で定めている州や、保険適用を推奨している州など異なっている。各州における不妊治療への保険適用の状況（2001年12月28日現在）は次のとおりである<sup>21</sup>。

法的に不妊治療に対して保険支払いを命じている州

##### アーカンソー州

保険会社は体外受精について保険金を支払わねばならず、保険加入者は生涯を通して、上限を15000ドルまで請求できる。

##### ハワイ州

IVFについては一周期分は必ず保険で支払われ、その後は、いくつかの条件に応じて保障される。

##### イリノイ州

不妊の検査及び、高度生殖補助技術を含む治療に保険業者は保険金を支払うよう命じている。ただし、第一子を希望の場合は、4回までの採卵、第2子の場合は、2回までの採卵を保険でカバーする。従業員数25人以下の企業<sup>22</sup>については、この条件

は適用する必要はない。

#### メリーランド州

保険業者は、体外受精といくつかの条件にあてはまる治療に対し、保険金を支払うよう命じている。従業員 50 人以下の企業についてはこの条件を適用する必要はない。

#### モンタナ州

予防ヘルスケアサービスの一環として、不妊治療への保険の適用を命じている。

#### ニュージャージー州

団体健康保険に、不妊検査や治療を医学的に必要な経費として、保険金を支払うように命じている。ただし従業員 50 人以下の企業についてはこの条件を満たす必要はない。

#### ニューヨーク州

不妊検査と治癒可能な医学的条件の治療には、保険会社は保険金を支払うよう命じている。したがって、保険業者は、その不妊は治癒可能とした上で、保険業者が支払いを拒否してはいけい。

#### オハイオ州

HMO<sup>23</sup>に予防サービスの利益として不妊治療への保険金の支払いを命じている。

#### ロード・アイランド州

不妊検査と高度生殖補助技術を含む治療に保険金の支払いを命じている。しかし、その定額自己負担額の 20%までとする。

#### ウエスト・バージニア州

HMO に予防サービスの利益として不妊治療への保険金の支払いを命じている。

保険に不妊治療を対象とするという内容を盛り込まなければならない州。ただし、買い手はそれを必ず買う必要はない。

#### カリフォルニア州

保険業者に、団体保険契約者に対して、不妊検査や治療(ただし、体外受精は除くが、GIFT は対象とする)を保険でカバーするような内容にするよう薦めること命じている。

#### コネティカット州

保険業者に、団体保険契約者に対して、総合的な不妊の検査、および高度生殖補助技術を除く不妊治療を保険でカバーするような内容にするよう薦めることを命じている。

#### テキサス州

保険業者に、団体保険契約者に対して、総合的な不妊の検査、および高度生殖補助技術を除く不妊治療を保険でカバーするような内容にするよう薦めることを命じている。

.その他

このようにオーストラリア、イギリス、アメリカの不妊治療に対する保険適用の状況を考察すると、特にオーストラリア、アメリカでは私的保険の発達の不妊治療における治療費負担の削減に大きな役目を果たしていることがわかる。

また、保険を適用している諸外国の多くが不妊症を疾病と明確に位置付けている点にも留意する必要があるだろう。スウェーデンでは、1997年7月、政府が不妊症をプライオリティー・グループ3の疾病に分類し、不妊を明確に疾病と位置付けている<sup>24</sup>。オーストラリアでも、不妊症を疾病、もしくは医学的な状態と政府が認めている(Dill 2000)。アメリカ不妊学会(American Society for Reproductive Medicine-ASRM)でも、「不妊症は疾病である」と明言している<sup>25</sup>。その他諸国においても、不妊症を疾病と捉える見方が大勢であり、2002年6月にオーストラリア、ウィーンで開催された国際不妊治療消費者支援、患者グループリーダー国際会議(International Consumer Support for Infertility Conference)でも、「不妊症は疾病である」ということが前提として討議されていた。このように、諸外国では不妊症を疾病と認識していることが、保険適用の実現に大きく影響しているのがわかる。

#### (4) 不妊治療への保険適用に関する問題点

不妊治療に保険が適用されるようになれば、潜在的需要が喚起され、出生数の増加に寄与する可能性は高いという声もある(最勝寺 1999: 13 頁)。また、不妊治療費は高額であるため、不妊当事者からも治療に保険適用を求める声があがっており、さらに体外受精によって出生する子どもの数だけをみても1999年には約2万人にのぼり、実験的段階を経て診療所レベルにも普及しつつある(日本産科婦人学会 2000: 126 頁)。これに諸外国の状況を踏まえると、日本においても不妊治療への保険適用の実施について検討する時期にきていると思われる。しかし、現在の日本には不妊治療への保険適用の実現を阻む要因は多い。それは次のような点においてである。

第1に、現状では医療機関や医療者の間に治療技術の格差があり、加えて医療者の考え方によって治療法が異なってくるため、保険を適用するために保険点数を一律化することは難しいと思われる。医師会の間でも体外受精に保険を適用することには反対する意見もあり、その理由として「保険が適用されると医療の具体的な内容が規制され、効果的な医療が行えなくなり、医療技術の発展を阻害する」という点があげられている(金城 1999: 209 頁)。このような状況が生じるのは、日本では保険診療と自由診療の混合診療が制度的に認められていないためである。

第2に、保険は「病気の治療を目的とした医療」に対し支払われるものであり、「不妊症は病気であるか」また、「不妊治療は本当に病気の治療にあたるか」などの議論が、日



本ではまだ十分になされていない。このように、不妊や不妊治療の概念的な位置付けが確立されていない点も保険適用の実現をはばむ要素となっている。

第 3 に、欧米では「不妊症は疾病である」という認識を持たれたとしても、治療を受ける権利と同様、治療を受けないという自己決定も尊重される土壌がすでにしっかりと確立している。しかし日本人の中には今でも個人よりも家族、家の存在を重んじる気質が残っており、加えて家系の血を継ぐための子どもの誕生への期待も大きい。したがって、「不妊症は疾病である」となれば、不妊当事者の不妊治療を受ける・受けないという選択よりも、「病気であるならなおすべき」社会的な圧力の方が強くなる可能性があり、それが不妊当事者の心的負担となる恐れがある。

第 4 に、日本で保険適用が実現した場合、「保険が利くのになぜ治療を受けない」といったような新たな社会的圧力も出てくる可能性がある。これは日本の文化的な気質も影響しているものと考えられる。

第 5 に、高齢者の医療費の増大を背景に、医療財源の不足が問題とされてきており<sup>26</sup>、妊娠率・出産率の高くない人工授精や体外受精にどこまで限られた医療財源をあてることのできるかという点も考えていかなければならない。

アメリカの調査では、保険適用の有無が体外受精の際の受精卵の移植数や多胎児率にも影響を及ぼしていると報告されている。ジェイン(Jain)らは、1998年の全米360の不妊治療施設で行われた体外受精のデータを基に、子宮に移植した受精卵の数や多胎児率と、州により異なる保険適用の状況を比較検討した。全米で、2001年11月現在、体外受精について全額保険を適用するよう法で命じているのは、イリノイ州、マサチューセッツ州、ロードアイランド州の3州で、体外受精について部分的に保険適用するよう命じているのは、アーカンソー州、ハワイ州、メリーランド州、オハイオ州、ウェストバージニア州の5州、体外受精を実施する施設がないのはアラスカ州、アイダホ州、メイン州、モンタナ州、ワイオミング州の5州である。これらの州を除く37州とワシントンDC、プエルトリコでは、体外受精には保険適用が適用されない。ジェインらは、体外受精のデータと、州ごとに異なる保険の適用の状況を合わせて検討した。この結果、保険適用されている州の方が体外受精を受ける率が高いが、1回あたりの受精卵の移植数が少なく、多胎児の出生する割合が低いと報告されている。これは、体外受精の経済的な負担が少ないために、妊娠率を気にして女性の身体に負担をかけてまで、たくさんの受精卵を一度に子宮に移植することがなくなるためであろうと予想される(Jain et al. 2002)。

体外受精の1周期あたりにかかる費用は、不妊症患者が最終的に何回体外受精を受けられるかということに直接的に影響を及ぼす。そのため、費用が高ければ、1周期あたりの妊娠率を高めるために、身体への負担を認識しつつも、複数の受精卵を子宮に移植す

るようなことが起こりえる。つまり、体外受精については、保険が適用されるようになれば、それは女性の身体的な負担の軽減ももたらすことを意味する。しかし、一方では、1周期あたりの女性への身体の負担は軽くなっても、一人の女性が受ける体外受精の総周期数が増え、結局負担の総量は同じもしくは多くなることもあるだろう。

このように、不妊当事者側の意見も考慮しつつ、よい面、悪い面を比較しながら、保険適用のあり方を検討する必要がある。

## 6. 不妊治療費に対する助成金・補助金の給付

不妊治療への保険適用を実現するには多くの問題があることを明らかにしたが、一方で、不妊当事者たちは不妊治療費に対する支援を求めているという現実を無視するわけにはいかない。そこで考えられるのが、不妊治療に助成金や補助金を給付するという案であり、次に少子化対策の中で不妊治療に助成金や補助金を給付した場合にどのような問題が生じるのかを検討してみたい。

### (1) 不妊治療費に助成金を給付している地方自治体調査の概要

少子化対策の中で不妊治療に注目し、不妊治療を支援するために助成金を給付している全国の地方自治体について調査した。調査方法は、まずインターネットで「不妊治療と助成金」、「不妊治療と補助金」をキーワードに、不妊治療に助成金や補助金を給付している地方自治体を検索し、その担当部署の担当者に電話で詳細をインタビューした。次に、不妊当事者によって開設されている多くのホームページの書き込み欄をひとつひとつ丁寧にチェックし、このような制度を実施していると思われる地域をおおまかに特定した。そして、この特定した地域の情報にもとづき、地方自治体名などがあいまいな場合などは、都道府県庁の少子化対策を担当している部署や母子保健課に問い合わせ、助成金制度や補助金制度を実施している地方自治体名を入手した。さらに探しあてた助成金・補助金制度を実施している地方自治体の担当者から、他に同様の制度を実施している地方自治体を知らないかどうかを尋ね、そこから新たな制度を導入している自治体情報を得た場合もあった。

調査において、電話で担当者に質問した項目は、次のとおりである。

担当者名

制度の正式名称

いつから実施されはじめた制度か

制度の対象者の条件

・居住年数に条件はあるか

- ・ 婚姻年数に条件はあるか
- ・ 不妊治療のための通院期間に条件はあるか
- ・ 第 1 子のみを対象としているか、それとも第 2 子め以降にも適用されるか
- ・ その他の条件

助成額 / 補助額

- ・ 年間の上限
- ・ 回数の条件
- ・ 年度が変わればまた申請可できるかどうか。

申請に必要なもの

- ・ 医療明細
- ・ 診断書（又は医師の証明書）
- ・ 申請書
- ・ 公的書類（住民票や戸籍抄本など）

支払われるのは、保険の対象外の部分のみか。治療費全体に対してか。

不妊体質改善のために漢方治療や針灸などを利用した場合、その費用に対しても適用されるか。

助成金・補助金の支給のしかた

これまでに何人くらいの夫婦が利用したか

この助成金・補助金制度のほかに何か不妊治療への支援を実施しているか。

## (2)調査結果

インターネットを通し調査を始めたのは、2002 年 5 月末である。そしてその結果、2002 年 8 月末日現在、少なくとも全国に 6 市 10 町 4 村の地方自治体が、不妊治療への助成金・補助金の制度を実施していることがわかった。その詳細は、表 2.7 の通りである。

**表 2.7 不妊治療に助成金制度・補助金制度を導入している市町村（2002 年 8 月現在）**

県	市町村名	事業名	開始年度	利用組数	金額上限	条件
長野県	青木村	青木村不妊治療費助成交付金事情	平成 13 年度	1 組	年度上限 30 万円。年度を隔てて 100 万円まで。	在住期間、婚姻機関、子どもの有無に条件なし。保険対象外に全てに適用。証明書、領収書を提示。

県	市町村名	事業名	開始年度	利用組数	金額上限	条件
長野県	戸倉町	めぐみ支援補助制度	平成 13 年度	2 組	申請年度に要した治療費の 2 分の 1 で、年度 10 万円。毎年申請可。	在住期間 1 年以上、婚姻後 2 年経過で、子どものない夫婦。
長野県	松本市	松本市不妊治療助成事業	平成 13 年度	109 組	申請年度に要した治療費の 5 割で、年度 8 万円。2 回申請可。	在住期間 1 年以上、現在不妊治療をしている人。
長野県	岡谷市	岡谷市不妊治療助成事業	平成 13 年度	13 年度 45 組 14 年度 1 月に 2,3 組	申請年度に要した不妊治療に関わる保険診療一部負担金及び保険提供がよい良否に対して 5 割助成。年限度額は 10 万円。	在住期間、婚姻機関、子どもの有無に条件なし。
富山県	小矢部市	小矢部市不妊治療費助成金交付事業	平成 13 年度	4 組	申請年度に要した治療費の 2 分の 1 で、年度 50 万円。2 年間申請可。	在住期間 1 年以上、医療機関に 1 年間継続してかかっている。
富山県	福光町	不妊治療助成費交付事業	平成 14 年度	0 組	申請年度に要した治療費の 2 分の 1 で、年度 50 万円。2 年間申請可。	在住期間 1 年以上。
富山県	上市町	上市町不妊治療助成に関する条例	平成 14 年度	6 組	年度内の上限 30 万円。3 年間申請できる。	上市町に住民票を持ち、戸籍上の夫婦である。町の方で指定している病院で治療を受ける。医療費がまとまった段階で申請書を提出。
新潟県	上越市	不妊治療費助成事業	平成 14 年度	10 組	不妊治療を行っている者に対し、申請年度に要した治療費の 3 割で、年度 8 万円。2 年間申請可。	住民票を持ち、一年以上経過していること。
岡山県	湯原町	湯原町不妊症対策支援事業補助金	平成 14 年度	1 組	年間の上限を 10 万円とする。	在住期間 2 年以上、戸籍上の夫婦となり 2 年以上、子どものない夫婦。
岡山県	新見市	新見市不妊症対策支援事業	平成 13 年度	6 組	治療費の 3 分の 1 以内の額で、体外受精一回あたり 1 万円限度。回数は年度を問わず、4 回限りとし、60 万円を上限とする。	体外受精にのみ限定。不妊治療を受ける者のうち体外受精を岡山県内の医療機関で実施し、第 1 子に限定。

県	市町村名	事業名	開始年度	利用組数	金額上限	条件
三重県	美杉村	美杉村不妊治療費助成交付金事業	平成 13 年度	0 組	申請年度に要した治療費の 7 割で、年上限額 70 万円。期間に制限なし。	在住期間 2 年以上、婚姻後 2 年以上経過、子どものいない夫婦。
大分県	宇佐市	宇佐市不妊症治療助成事業	平成 14 年度	10 組	不妊治療に要する保険適用外医療の 2 分の 1 以内で、年度上限 10 万まで。	在住期間 1 年以上、婚姻後 1 年以上経過、1 年以上引き続き不妊治療を受けている人で、子どものいない夫婦。
鹿児島県	長島町	長島町エンゼル支援事業	平成 13 年度	1 組	申請年度に要した治療費の 2 分の 1 で、年度 50 万円。毎年申請可。	在住期間 1 年以上、婚姻後 1 年以上経過しており、子どものいない夫婦。
石川県	川北町	川北町不妊治療費給与金	平成 12 年度	3 組	申請年度に要した治療費の年上限 70 万円。毎年申請可。	居住年数、婚姻年数、通院の期間についての条件はなし。子どものいない夫婦。
石川県	根上町	不妊治療支援条例	平成 14 年度	0 組	治療の自己負担分につき、一治療に 15 万円。(何回治療をうけても可)	在住期間が 1 年以上。
熊本県	白水村	こうのとりのり支援事業	平成 12 年度	1 組	申請年度に要した治療費の年上限 10 万円。毎年申請可。	婚姻年数 1 年以上経過し、子どものいない夫婦。
岐阜県	福岡町	福岡町不妊治療者医療助成事業	平成 10 年度	15 件	申請年度に要した治療費の 2 分の 1 で、年上限 10 万円。毎年申請可。	婚姻年数 2 年以上経過。5 年以上通院している者は対象外とする。第 2 子以降も可。
岐阜県	加子母村	不妊治療医療費助成金	平成 13 年度	1 組	申請年度に要した治療費の 3 分の 2 で、年上限 15 万円。毎年申請可。	居住年数、婚姻年数、通院の期間についての条件はなし。第 2 子以降も可。
愛知県	師勝町	不妊検査の助成事業	平成 12 年度	12 年度 8 組 13 年度 9 組	一回の不妊につき、不妊検査の自己負担分に対し上限 1 万 5000 円。	婚姻年数 2 年以上で、妊娠を希望してから 2 年以上経過していること。2 子目以降の不妊検査については、前の出産から 2 年経過している。検査の対象は、超音波検査、ホルモン検査、子宮卵管造影検査、精子検査、クラミジア抗体検査

県	市町村名	事業名	開始年度	利用組数	金額上限	条件
愛知県	豊山町	不妊検査補助金交付要綱	平成 13 年度	2、3 組	一回の不妊につき、不妊検査の自己負担分に対し、上限 2 万円。	住民台帳に登録している人。 検査の対象は、超音波検査、ホルモン検査、子宮卵管造影検査、精子検査、クラミジア抗体検査

20 の地方自治体の中でもっとも早くから不妊治療支援のために助成金制度を実施しているのは岐阜県の福岡町で、1998 年より「不妊治療者医療助成事業」という名称で不妊治療を受けている人に対し助成金を支給している。その後、2000 年には石川県川北町、熊本県白水村、愛知県師勝町の 3 自治体がこのような制度を実施しはじめ、2001 年には長野県青木村、長野県戸倉町、長野県松本市、長野県岡谷市、富山県小矢部市、岡山県新見市、三重県美杉村、鹿児島県長島町、岐阜県加子母村、愛知県豊山町の 10 自治体の実施に踏み切った。さらに 2002 年には富山県福光町、新潟県上越市、大分県宇佐市、富山県上市町、石川県根上町、岡山県湯原町の 6 自治体が制度を実施しはじめている。

すべての地方自治体が少子化対策を視野に入れ、不妊治療費支援のための事業や制度を実施していた。しかし、その給付対象者の条件や給付額などは、地方自治体によって大きな差がみられた。

たとえば条件に注目すれば、その地方自治体に住民票を届け出てから 1 年以上経過していることを条件にしている自治体が 7 ヶ所、2 年以上経過していることを条件にしている自治体が 2 ヶ所あった。また、婚姻年数に条件を設け、婚姻後 1 年以上経過していることを条件にしている自治体が 3 箇所、2 年以上を条件にしている自治体が 5 ヶ所あった。この婚姻は、すべて法的な婚姻関係を意味し、申請の際には戸籍などを公的書類も要求される。さらに、給付の対象者を子どものいない夫婦に限定している自治体が 8 ヶ所ある。不妊症には、夫婦間で過去に一度も妊娠が成立したことのない「原発不妊」と、過去に一回以上、妊娠が成立しているが、最終妊娠のあと、生殖可能な年齢にありながら妊娠しない「続発不妊」の 2 種類がある（吉村 1999）。後者は「2 人目不妊」や「3 人目不妊」とも呼ばれるが、給付の対象者を子どものいない夫婦に限定した場合、このような「続発不妊」の夫婦は対象外とされる。

また、これらの地方自治体のうち、愛知県の師勝町と豊山町は不妊検査に対する助成制度であり、両町とも不妊症の基本検査である超音波検査、ホルモン検査、子宮卵管造影、精子検査、クラミジア抗体検査を受けた場合に助成金や補助金が給付される。

次に、給付金の上限額をみると、これも自治体により差が大きい。上限額の大きい自治体はまず、長野県の青木村で、年度上限 30 万円で、年度を隔てて最高 100 万円まで給付される。また富山県小矢部市と富山県福光町も給付額も大きく、ともに申請年度に要した治療費自己負担分の 2 分の 1 で年度上限額 50 万円、2 年間申請できる。さらに石川県川北町では、申請年度に要した治療費の自己負担分のうち、年上限額 70 万円まで給付され、毎年申請することができる。傾向としては、町や村のように自治体の規模が小さいほうが助成や補助の金額が大きく、毎年申請することを可としているところが多い。それに比べ、自治体の規模が市になると、富山県の小矢部市をのぞき、年度の上限額が 8 万円から 10 万円と低くなり、かつ、申請の回数を制限しているところが多い。

さらに、この制度を利用した夫婦の組数についても注目したい。市町村の規模の違いにより、利用数に差が出るのは当然だが、まず市を見てみたい。2002 年 8 月現在、助成金の給付を実施している市をみると、1 番利用組数の多いのは松本市で 2001 年の制度開始以来 109 組が利用、岡谷市では 2001 年度の制度開始以来約 60 組が利用、新潟県上越市と大分県上越市が 2002 年度の開始以来 10 組が利用、岡山県新見市が 2001 年度の開始以来 6 組が利用、富山県小矢部市が 2001 年度の開始以来 4 組の利用があった。町村規模になると利用数は少なくなり、年間多い町で 9 組、2 番目に多い町で 6 組だが、他は年平均 2、3 組の利用に留まり、まったく利用のない自治体も 2 ヶ所あった。

### **(3) 不妊治療費助成制度の問題点**

不妊治療を受けるために経済的な負担を負っている不妊症患者にとって、このような制度の意義は大きいと想像される。しかし、さまざまな条件があることによって、公平性という点に問題が残されている。たとえば、自治体への居住年数が助成金や補助金の給付条件に含まれる場合、転勤の多い夫婦は該当から外されるということもあるだろう。また、婚姻期間については法的な婚姻の期間が条件であるため、事実婚の期間が長い夫婦は、不妊症であることが明らかであっても制度の対象とはされない。婚姻したときの年齢が高いために、結婚してすぐに不妊治療を受けることを希望する夫婦も、対象外となる可能性もある。さらに対象者を「子どものいない夫婦」に限定した場合には、2 子め以降の子どもを望み不妊治療を受ける者は対象外とみなされる。

これらの制度の利用数をもても、決して全体的に多いとは言えない。利用数が伸びない理由として考えられるのは、第 1 にこのような制度が存在するという点を地域に十分に宣伝されているかどうかと言う点である。第 2 に申請の手続きが面倒なことが考えられる。第 3 に自治体の条件によって、不妊症でありながらも申請の対象外となる人が限定されてしまうことも影響していると予想される。第 4 に、自治体の規模が小さい場

合には、役場職員に知り合いなどがおり、不妊を知られることを懸念するような心理も働いているのかもしれない。

地域による格差も問題といえよう。たとえばこのような制度が設けられている地域、設けられていない地域があり、また制度があっても対象者の条件や助成額、補助額が異なるなど、同じ不妊症であっても居住した場所によって受けられる支援の量やあり方が異なることを意味する。厚生労働省が検討している少子化対策プラスワンでは、このように、不妊治療を行っている者に助成金・補助金を支給している地方自治体に対し、財政的支援を行う案も浮上しているが、少子化対策のために国としてこのような支援を行うならば、このような地域間の支援の質や量の格差を解消し、すべての地域の不妊当事者への平等な支援についても取り組む必要がある。

また、利用する夫婦の数が少ないということは、このような制度が出生率の回復に大きな効果をもたらすことはあまり期待できないということの意味する。利用組数の増加を望むのであれば、実施申請の手続きの簡素化、給付対象者の条件の見直しなどを行い、現行以上に不妊症患者が利用しやすいシステムを整えていく必要がある。しかし、一方では、このような制度を少子化対策として行うならば、これらの制度を利用した夫婦のうち、何組が実際に出産まで至ったのかを継続にみることも必要になるであろう。

### 第3節 少子化対策における「不妊治療支援策」を考察して

現在考えられている不妊治療支援策は、不妊カウンセリングの実施、不妊専門相談センターの設置、保健医療サービスの提供、不妊治療に係る研究に対する助成、不妊治療への保険適用、不妊治療費への助成金・補助金制度の6つであった。これらを分析した結果、不妊カウンセリングにおける大きな問題点は、カウンセラーを養成する体制がまだ整っていないこと、カウンセリングの実施内容などが十分に整備されていないことであった。そして、不妊専門相談センターの設置における問題点は、現在まだ相談センターの数が不十分なこと、開設されている相談センターの稼働日数や時間数が少ないこと、理想としては医療機関とは切り離して設置されることが望ましいが、現状は医療機関に併設されているケースが多いことなどがあげられた。保険医療サービスの充実については、不妊治療を実施している医療施設の地域格差の問題をあげた。そして、不妊治療に関わる研究に対する助成では、少子化を理由に倫理的に問題とされる医療技術が不妊治療として容認されてしまう可能性への懸念をあげた。保険適用をめぐるっては、不妊治療費の保険点数の一本化が現状ではむずかしく、妊娠率や出産率が低い割に費用の高い人工授精や体外受精に対し、限られた医療財源をどこまで割くことができるかという問題がある。最後に、不妊治療への助成金・補助金については、対象者の条件や助成額を全



国的にどのように調整し、この制度をいかに利用しやすくするかといった点が課題であった。

このように、不妊カウンセリングの実施、不妊専門相談センターの設置、保健医療サービスの提供、不妊に係る研究に対する助成、不妊治療への保険適用、不妊治療費への助成金・補助金制度のすべての支援策に問題点や検討を要する点があることがわかった。しかし、不妊当事者たちが不妊治療支援を求めていることは確かであり、このような取り組みにおける意義は大きい。これらの支援策が効果的に機能すれば、不妊症患者の精神面のサポートや不妊当事者の不妊相談が促進され、経済的負担も緩和され、不妊当事者にとって望ましい方向へと改善されることも期待できる。しかしそれぞれの具体策における課題や問題を解決しないまま支援策の実施に踏み切れば、不妊カウンセリング、不妊専門相談センター、保健医療サービスの提供、不妊治療費の経済的支援などについても、不妊当事者が利用しにくかったり、利用件数もほとんどないような形骸的な支援に留まる可能性がある。

一方、出生率の低下に歯止めをかけ、出生回復を目的とする少子化対策の中でこれらの不妊治療支援策が実施されれば、不妊治療を奨励する雰囲気ばかりが前面に出され、不妊当事者への治療を受けるべきという社会的圧力が増すことも懸念される。また、不妊治療支援が少子化対策の一環として行われた場合には、将来、少子化問題が解決に至ったとき、もしくは出生回復に結びつくような効果が見られない場合には、これらのすべてが打ち切られることも考えられる。不妊当事者の心情を考慮すれば、少子化のような社会的状況に左右されることなく、不妊当事者が望むときに、いつでも利用しやすい支援の環境を整えたうえで、実際の実施に移されることが望ましい。

---

注

- <sup>1</sup> 朝日新聞(2002.05.20)「首相 少子化対策見直し指示 厚労相に9月めど中間方針」  
毎日新聞(2002.05.21)「少子化対策策定厚労相に指示 小泉首相」。  
毎日新聞(2002.06.01)「人工授精や体外受精 保険適用の方針」。  
毎日新聞(2002.07.14)「不妊治療に公的支援 厚労相「少子化対策の一環」」。  
朝日新聞(2002.07.14)「不妊治療に公的支援」厚労相少子化対策に盛る意向」。  
これらの報道からも、政府が少子化対策の中でなんらかの不妊治療支援をとる意向があることを伺い知ることができる。
- <sup>2</sup> <http://www1.mhlw.go.jp/topics/syousika/tp0816-3.18.html>
- <sup>3</sup> <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/06/h0604-5a.html>
- <sup>4</sup> <http://www.baobab.or.jp/~goto/syosika.html>
- <sup>5</sup> 朝日新聞(2002.05.20)「首相 少子化対策見直し指示 厚労相に9月めど中間方針」
- <sup>6</sup> 毎日新聞(2002.06.01)「人工授精や体外受精 保険適用の方針」。
- <sup>7</sup> 共同通信記者からの情報による。2002.09.13、電子メールにて入手。この情報によれば、2002年9月13日、首相の私的諮問機関「少子化問題研究会」が「子供を持ちたいのに不妊が原因で子供ができない男女が、不妊治療を受けるケースが多くなり、倫理的にどこまでを容認すべきかといった問題、技術の有効性、安全性、医療機関の体制整備、さらには経済的な負担、不妊治療を継続して受けられる職場環境の整備などの問題があり、そのあり方を検討する必要がある」(一部抜粋)という報告をまとめた。この報告書をもとに、厚生労働省は9月20日に総合少子化対策をまとめる予定で、おそらく、厚生労働省は「助成制度が保険適用のどちらかで将来的に経済負担の問題を解決したい」と言ってくると思うと記者は述べた。
- 『Yomiuri Weekly』(2002.12.15)の「不妊治療と夫婦の幸福」についてのコラム、14頁では、坂口厚生労働大臣が「不妊治療を受けた人に一時金を支給する案が有力」と発言したと掲載されている。しかし、総合少子化対策は、同年12月まで結論を先送りされている。
- <sup>8</sup> 「非配偶者間人工授精」とは夫以外の第三者の精子を利用して行う人工授精のことで、夫の精子を使う場合は「配偶者間人工授精」(AIH)という。人工授精の説明については第3章第3節2. 不妊治療の種類を参照。
- <sup>9</sup> 実際に「不妊カウンセラー・体外受精コーディネーター養成講座」に参加した看護婦からの情報。

- 
- <sup>10</sup> 朝日(1998 11.21)。
- <sup>11</sup> 朝日新聞 (2001.2.3)「クローン人間禁断か進歩か」。
- <sup>12</sup> 産経新聞 (2002.06.25)「死後2年、保存精子で出産、実子認知求め提訴、男児1歳 西日本の30代女性」。
- <sup>13</sup> 朝日新聞 (2001.08.07)「米で体外受精した60歳が国内で出産 日本人で「最高齢」か」。
- <sup>14</sup> 毎日新聞 (2002.08.24)「不妊治療の公的支援 厚労相発言をめぐって」。
- <sup>15</sup> 毎日新聞 (2002.08.24) 同上。
- <sup>16</sup> <http://www.yy-web.net/~popoken/syomei/0syomei.htm>
- <sup>17</sup> 『厚生福祉』(2002.07.26)「坂口力厚生労働大臣発言「暮らしを支える社会保障の課題と展望」要旨」、14頁。
- <sup>18</sup> 毎日新聞 (2002.06.01) 前掲。
- <sup>19</sup> ACCESS Australia Infertility Network というグループが中心となり、不妊治療に対するメディアケア適用を要求するため、不妊当事者や当事者家族が個々に直接健康省にファックスを送りつける運動を起こした。その時に保健省に送られたファックスの数は15000通にも達し、これによって業務が遂行できなくなるほどであったという(Dill 2000)。
- <sup>20</sup> <http://square.umin.ac.jp/massie-tmd/nhshtml>
- <sup>21</sup> Resolve National Infertility Association and insure.com  
<http://www.insure.com/health/infertilitylaws.html>
- <sup>22</sup> アメリカにおいては、企業が健康保険に加入しているのが一般的で、その企業の規模が従業員25名以下の場合はこの条件は適用されない。以下も従業員数を基準にした企業規模が、不妊治療の保障に影響を与えている。
- <sup>23</sup> HMOとは、Health Maintenance Organization 「健康維持協会」の略称であり、米国での新しい医療保険の方式を行なっている組織のひとつ。
- <sup>24</sup> 不妊当事者団体、The Swedish national association for infertile people のパンフレット『Difficulties getting pregnant?』に記載されている。
- <sup>25</sup> “Definition of Infertility”  
[http://www.asrm.org/Media/Practice/opinion\\_infertility.html](http://www.asrm.org/Media/Practice/opinion_infertility.html)
- <sup>26</sup> <http://ad.disc.co.jp/nikkeimj/topics5/c.html>