

## 第4章 少子化対策での不妊治療支援の是非

現在、直接的に不妊当事者に対し実施されている不妊治療支援は、不妊専門相談センターの開設や、全国にある一部の市町村自治体で不妊治療費に助成金や補助金を支給するなどに留まっている。「少子化」という現状を前に、厚生労働省は不妊当事者が今より不妊治療を受けやすい環境をつくろうと、支援内容の充実や強化を検討しはじめている。

第4章では、人口抑制政策や増加政策など人口政策を実施している諸外国の状況を参考にしながら、少子化対策の中で「不妊治療支援」を行うことの是非について検討する。それを踏まえ、本来「不妊治療への支援」はどのようになされるべきかという点についても言及する。

### 第1節 人口政策としての少子化対策

#### 1. 人口政策の定義と概念

不妊治療支援を少子化対策の中で実施することの是非について検討に入る前に、少子化対策が「人口政策」であるかという点を明確にしておきたい。

大淵は、「人口政策」に関連する海外の諸文献を検討した結果、「人口政策」を次のように定義づけている。「人口政策とは、一国あるいは一地方の政府が国民の生存と福祉のために、何らかの手段をもって現実の人口過程に直接間接の影響を与えようとする意図、またはそのような意図をもった行為である」(大淵 1976 : 39 頁)。そして、ある政策が「人口政策」であるか否かについて判断するときの条件として次のようなことをあげている。「国、地方自治体などの政策主体は、その形態の如何にかかわらず、人口の現状と将来について何らかの問題意識ないし、目的意識をもち、一定の目的を達成しようとする意図をもっていないければならない。この政策意図の存在が、ある国に人口政策が現に採用されているかどうかを判断する決め手である。そして、意図の存在を明らかにする条件の第一に、政府当局者もしくは立法機関に公式の見解表明が行われていること、第二に何らかの法的措置がとられ、表明された政策を実行するための行政機関が設立され、機能していることである。存在証明のためには事実上第一の条件だけで十分であろう」(大淵 1976 : 41 頁)。

さらに「人口政策が直接的に影響を与えようとする対象は、出生力、死亡率、結婚および人口移動のような第一次人口変数であり、これらを通じて間接的に人口の大きさと成長率、人口構造(男女年齢構造、配偶関係構造、社会経済的構造)、人口分布など第二次人口変数に変化およんでいく」(大淵 1976 : 45 頁)とも述べている。

佐藤も、人口学研究者たちが成書・論文において論じている「人口政策」の定義・概念を次のようにまとめている。

- 1) 人口政策の構成要素として、主体、客体、目的、手段、対象、範囲、効果などがあり、一般に、主体は政府、客体は国民である。
- 2) 人口政策の目的は、国民（人口）の生存と福祉であり、生存は福祉よりも高次の目的である。
- 3) 人口政策の手段には、直接的手段と間接的手段がある。後者は公衆衛生政策、社会政策、経済政策など公共政策の諸施策を通じて間接的に人口過程に影響を及ぼすものである。
- 4) 人口政策の対象は出生力、人口規模、人口増加率、人口移動、人口分布などの人口変数である。広く言えば、人口の「質」（教育、保健水準）も対象に含まれるという考えもある。
- 5) 人口政策と、人口変数に影響を与えうる他の公共政策との違いは、前者には人口過程に直接影響を与えようとする「意図」があることである。ただし、意図は明示されている場合（explicit）と、明示されていない場合（implicit）がある。
- 6) 直接・間接を問わず人口に影響を与えることを意図した政策（人口作用的政策）のみが人口政策であって、人口変動の結果に対応する政策（人口対策）や、たとえ結果的に人口に影響があったとしても人口に影響を与えることを意図しない一般の公共政策は人口政策に含めない。（佐藤 2000：40-41 頁）。

## 2. 人口政策としての少子化対策

これら「人口政策」の定義や概念から、「少子化対策は人口政策であるか」という点を明らかにしたい。まず、2000年に衆議院が解散したため廃案となった「少子化社会対策基本法案」の附則を、少子化対策の本質を考察するために参照したい。

### 少子化社会対策基本法案 附則

我が国における急速な少子化の進展は、平均寿命の伸長による高齢者の増加とあいまって、我が国の人口構造にひずみを生じさせ、二十一世紀の国民生活に、深刻かつ多大な影響をもたらす。我らは、紛れもなく、有史以来の未曾有の事態に直面している。

しかしながら、我らはともすれば高齢社会に対する対応にのみ目を奪われ、少子化という社会根幹をゆるがしかねない事態に対する国民の意識や社会の対応は、著しく遅れている。少子化は、社会における様々なシステムや人々の価値観と深くかかわっており、この事態を克服するためには、長期的な展望に立った不断の努力の積重ねが不可欠で、きわめて長い時間を要する。急速な少子化という現実を前にして、我らに残された時間は、極めて少ない。

こうした事態に直面して、家庭や子育てに夢をもち、かつ、次代の社会を担う子どもを安心して生み育てることができる環境を整備し、子どもがひとしく心身ともに健やかに育ち、子どもを生み育てる者が真に喜びを感じることのできる社会を実現することが、今、我らに、強く求められている。豊かで安心して暮らすことのできる実現に向け、新たな一步を踏む出すことは、我らに課せられている緊急の課題である。

このように、「少子化社会対策基本法案」は、少子化による人口構造のひずみに対する問題意識を明示している。従って、少子化対策が意図しているのはこの状況の改善であり、出生力の低下に歯止めをかけ、出生回復を目的としていることは明らかである。これを前述した「人口政策の定義」に照らせば、「少子化社会対策基本法案」の意図が出生力の操作をすることである以上、明らかに「人口政策」及び「出生政策」であると言える。

少子化問題に対する日本政府の本格的な取り組みは、第 1 章でも述べたように、1997 年 1 月、国立社会保障・人口問題研究所が将来の人口推計の作成段階で、低出生率の見通しについて専門的な議論を行い、少子化問題を提起したことに始まる。これを受けて同年 10 月、人口問題審議会が『少子化に関する基本的考え方について 人口減少社会、未来への責任と選択』と題した報告書をまとめた（添付資料 A 参照、129 頁）。その中では少子化の政策的対応の是非論が取りあげられている。まず少子化に対する政策的対応への反対論は次のような点である。

- ア) 結婚するしない、産む産まないは個人が決めるべき問題である。
- イ) 地球規模では人口が増加していることを考えると、日本の少子化はむしろ望ましい。
- ウ) 結婚や出産という個人的な問題への対応の効果はあまり期待できない。

一方これに対し、少子化への政策的対応に賛成する側は次のように反論している。

- i) ア)の考え方については、大部分の者が結婚を望み、結婚すれば理想子ども数を平均 2.6 人としている現状下において、基本的には「個人が結婚をし、子どもを持つことをのぞんでいるにもかかわらず、これを妨げている要因を除去すること」の必要性までを否定するものではない。
- ii) 1)の考え方については、地球規模で人口が増加していても、日本が人口の増加までを目指すのではなく、著しい人口減少社会になるのを避けようとするのであれば、現在の国際社会の枠組みを前提とし、これからの日本が国際社会において貢献する必要があることを考えあわせると、批判をうけるようなことではないと考えられる。
- iii) ウ)の考え方については、個人が望む結婚や出産を妨げる要因への対応を図り、それを取り除くことができれば、その結果としての出生率の回復への効果は一定程度期待できるはずだと考える。それは、例えば、北欧諸国など男女の共同参画の進んだ諸外国における最近の出生率は1980年代に比べ高い水準となっていることからもうかがえる。

さらに、少子化要因への対応するべきだと考えるその理由として次のような点をあげている。

- 1) 個人が望む結婚や出産を妨げる要因を取り除くことができれば、それは個人にとっては当然望ましいし、その結果、著しい人口減少社会になることを避けることが期待されるという意味で社会にとっても望ましい。
- 2) 1)の場合においても、戦前・戦中の人口増加政策を意図するものではなく、妊娠・出産に関する個人の自己決定権を制約してはならないことが前提であり、男女を問わず、個人の生き方の多様性を損ねるような対応はとられるべきではない、ということが基本的な前提である。
- 3) 子どもは次世代の社会の担い手となる意味で社会的な存在であることを認識し、また高齢者の扶養が公的年金制度により社会化され、介護については公的介護保険制度の導入により社会的な支援を深めようとしている状況も考慮すれば、子どもを育てることを私的な責任（家族の責任）として捉えるのではなく、社会的な責任である、との考え方を深めるべきである。

人口問題審議会はこのように基本的な考え方を述べる一方、留意すべき点として、次のようなこともあげている。

- 1) 子どもを持つ意志のない者、子どもを産みたくても産めない者を心理的に追いつめるようなことがあってはならない。
- 2) 国民のあらゆる層によって論じられるべき。
- 3) 文化的社会的性別（ジェンダー）による偏りについての正確な認識に立ち、そのよう

な偏向が生じないようにすること。例えば女性は当然家庭にいるべき存在といった認識にもたない。

#### 4) 優生学的見地に立って事項を論じてはならない。

このように、1997年の少子化に関する報告書の中では、少子化対策の検討にあたって、個人の自己決定や多様性を尊重するよう配慮されていたが、「少子化社会対策基本法案」では、自己決定や多様性への尊重という視点が削除されている。少子化の進展に対する危機感を前面に押し出し、同法案全体を通して「子どもを産む、産まないなどの選択は自己決定を尊重する」という文言はどこにも含まれていない。また、「家庭や家族、子育てのあり方の多様性」を認める姿勢も同法案の中からは汲み取ることができない。同法案、第二章の「基本的施策」をうたう第十条から第十七条までをみると、「父親の役割」が抜け落ち、子どもを生み、育てるのが女性であることを前提とした施策であるような印象が強い。また、第六条では、国民の責務として、「国民は、家庭や子育てに夢を持ち、かつ安心して子どもを生み育てることができる社会の実現に資するよう努めるものとする」とある。しかし、このような個人の夢についてまで、法の中でとりあげることには疑問が持たれる。大淵は人口政策の性格について、「人口過程に対する政府の干渉は個人の人口行動にある方向への動機づけを与えるという形をとり、個人の意志決定を国家的見地に合致させるよう導くための環境作りを行なうことが、事実上政策手段の主内容をなすであろう」と述べ、さらに「動機づけを与えるとは言っても政府のやり方が強引で国策を国民に一方的に押し付けるなど、政府の干渉が恣意的であってはならない」と主張する（大淵 1976：64頁）。しかし、「少子化社会対策基本法案」の第6条は、政府が国民に対して子育てを押し付けている感が否めない。

「少子化社会対策基本法案」は2000年6月の衆議院解散に伴って廃案となかったが、「少子化対策基本方針」を基本として策定された「新エンゼルプラン」が現在、事実上の少子化対策の役を担っているといえる。また「健やか親子21」についても、基本的な考え方の中に「安心して子どもを産み、ゆとりを持って健やかに育てるための家庭や地域の環境づくりという少子化対策としての意義を有する」とあり、少子化対策の一環と捉えることができよう。少子化対策が出生率の低下に歯止めをかけ、出生力の回復を目指す目的をもつ以上、「新エンゼルプラン」も「健やか親子21」も非明示的ではあるが出生力を調整するための「人口政策」であるといえる。政府がこのような形で少子化政策を推進すれば、人々の結婚や出産・育児に関する考え方にも影響をあたえ、それに伴って結婚しない人や子どもを持たない人に圧力がかかり、結果的に個人の選択や意思決定を歪めていく可能性がある。そして、過去の人口増加政策の「産めよ、殖やせよ」の復活だという批判を招くことになる。

### 3. 戦後の「人口政策」に対する嫌悪からその必要性へ

一般的に「人口政策」ということばに嫌悪感を抱く人は少なくないと思われる。特に、「出生（奨励）政策」という言葉に対する世論の反発は強く、これは「産めよ殖やせよ」という戦時体制下の政策への反発と重なっているためである（阿藤 1992：64 頁）。また、再生産年齢の女性を対象とした近年の少子化に関連する世論調査によれば、「出生政策賛成」は 32.5%、「子育て環境の改善論」は 42.9%、「出生政策反対」は 22.7%であった（阿藤 2000：14 頁）。このように、出生政策に抵抗感を持っている人は少なくない。

日本で「人口政策」に嫌悪感が抱かれる理由のひとつに、第二次世界大戦前から戦時中にかけて、富国強兵の思想のもと政府が人口増加政策をすすめていた時代の記憶が大きく影響していると言われる。阿藤も「戦後長らく日本で人口研究が低迷していた理由について、第二次世界大戦に敗戦したことで、軍事政権の崩壊と政治体制の断罪によって、人口政策、とりわけ出生政策は民族優越思想と領土拡大政策を連想させるものとして政治的タブーと化し、人口研究、とくに出生力研究に消極的になった」と述べている（阿藤 2000：4 頁）。

第二次世界大戦から戦時中にかけて、日本政府は出生力増強のために、中絶を禁止し「妊娠したら産め」という姿勢を貫きながら、一方では質のいい子どもだけが生まれてきて欲しいと、遺伝性疾患や精神疾患を持つ人々には不妊手術を実施していた。避妊の知識を十分に持っていなかった一般の国民は、妊娠・出産を繰り返し、多産が家計を逼迫して貧困に苦しむ場合が少なくなかった。しかし、政府は個人の事情を一切無視して、産むことを強要したのである。公的に中絶を受けることができない女性たちは、闇で中絶を受け、それによる弊害を受けるも少なくなかった（米津 1998：61 頁）。このように、人口増加政策によって国民が悲惨な状況におかれた過去の歴史が、人口政策への抵抗感と関係していると想像される。

人口政策に対し嫌悪感を持っているのは日本だけではない。1960 年頃までは、国連などの国際的討論の場においても「人口政策」ということばは「家族計画」ということば以上にタブーであったと言われる。その理由について、河野は「政策論は価値判断の要素を必然的に含み、科学的に議論することがむずかしいと考えられたからである。そして国家が人口政策を立て、それを実行すると多くの場合に個人の尊厳や人権問題に関連し、それは倫理的に大いに問題があるとされていたため」と述べている（河野 2000：205 頁）。

しかし、しだいに途上国の人口急増に伴う世界人口爆発への危機感の高まりから、1974 年、ブカレストで開催された世界人口会議では「人口政策」について議論されることになった。この会議において、西側先進諸国は、途上国における人口急増がその経済発展を阻

害すると考え、途上国に家族計画プログラムの実施を強く求めた。これに対し、途上国は「開発は最上の避妊薬である」と主張し人口抑制に反対したのである(河野 2000、225 頁)、つまりこの会議は世界規模で人口政策を推進することの難しさを示した。

1973 年のオイルショックは、先進諸国の景気後退を引き起こし、途上国にも経済の停滞といった影響を及ぼした。この状況は途上国に、急激な人口増加が経済発展の障害となるという認識を持たせることになった。そして 1984 年、メキシコシティでの国際人口会議では、途上国も政府による家族計画プログラムに賛成するようになった。

人口をコントロールするための家族計画プログラムの実施が増える中、1994 年のカイロにおける世界人口開発会議では、人口政策のために女性が自らの健康や避妊・中絶・妊娠・出産に対して自己決定する権利が阻害されているということが問題となった。そして、女性のエンパワーメントやリプロダクティブヘルス、リプロダクティブライツという概念がとり上げられ、人口のコントロールに際し、マクロ(社会全体)の視点に加え、ミクロ(個人)の視点が不可欠であるという認識が生まれた。そして、「効率」重視から「倫理的」視点が加えられるようになった。

このように第二次世界戦後の世界における人口政策の議論は、途上国の人口急増問題を機にはじまった。国連経済社会理事会(Department of Economic and Social Affairs Population Division)の 2000 年の報告によれば、世界の 185 の主要国および主要地域(Major area, region and country)<sup>2</sup>のうち、人口政策に関して人口増加政策を実施している所は 22 ヶ所、人口維持政策を実施している所が 14 ヶ所、人口抑制政策を実施している所が 70 ヶ所となっている(United Nations 2001:pp.172-175)。すなわち、現在、世界全体の 40%近くの国や地域で、人口抑制政策を実施していることになる。

#### 4 . 人口増加抑制政策を実施している国

人口増加を抑制するために、国が直接個々の生殖に介入している例としては、1979 年から実施された中国の人口抑制政策、俗に言われる「一人っ子政策」が知られている。この政策によって、中国では合計特殊出生率が、1970 年には 5.81、1975 年には 3.57、1980 年には 2.24、1985 年には 2.20(Qiao 2002:p.61)、1990 年には 2.17<sup>3</sup>、そして 1995 年から 2000 年かけては 1.8 にまで減少してきている(United Nations 2001:p.173)。もし一人っ子政策がなければ、中国の人口は現在より 2 億 5 千万人も増えたといわれる<sup>4</sup>。しかし、この政策による弊害も生じており、夫婦の持てる子どもの数が制限され、しかも中国では男児選好の傾向が強いため、出生性比に偏りが生じている。例をあげれば、1960 年代、1970 年代にはおおよそ女兒 100 に対し男児 106 だった出生性比が、1981 年には男児 108.5、1986 年には 110.9、1989 年には 111.3、1990 年には 111.9 と変化してきている

(Junhong 2001, p.259)。これには、女の嬰兒殺し、女の胎児中絶、女兒の出産届けを提出しないなどの人為的操作が加わっているためと考えられ、戸籍を持たない子ども、ハイハイズも増大し、1990年のセンサス実施では、無国籍人口が1513万人にのぼっていると報告されている(若林 1997, 100頁。) 遺伝性疾患を避けるなど優生上の理由や産児制限のために、強制的な中絶も横行し、特に女性の人権が侵害されるケースが目立った(堂本 1995: 167頁)。さらに、親は一人っ子に対し過度な心配、過剰な期待を示し、子どもを過保護に育てる傾向が強いことも問題とされている(張 1997)。また、子どもに対する高齢者の比率が高くなり、将来への福祉や経済的不安も残している(Qiao2001、若林 1997: 206-213頁)。

インドも中国について世界で第二の人口大国であり、インディラ・ガンディが強力な人口増加抑制政策に乗りだし、1976年4月に「国家の新人口政策」を発表した。その内容は結婚年齢の引き上げ、避妊手術の奨励、各州の国庫補助金の8%を家族計画費にあてることを義務づけるなどであった。強制避妊手術については国としては立法化しなかったが、州ごとに立法化することは認められた。しかし強制的な家族計画に対する国民の不満が増大し、翌年1977年の選挙では政府与党が惨敗、ガンディの人口政策は失敗に終わっている。特に即効性を見込んで打ち出した強制避妊手術は、権力による人権無視と国民に受け取られ、インドのヒンズー教を中心とする生命観や価値観を冒瀆するものとして拒否された(若林 1996, 21-25頁)。

しかし、インドの人口抑制への取り組みはその後も継続され、1970年から1975年にかけては5.43だった合計特殊出生率が1995年から2000年には3.13まで減少している(United Nations 2001:p.173)。インドは2000年2月にも人口抑制をめざし、バジパイ政権が「二人っ子政策」ともいえる人口抑制策を閣議決定した。その内容は二人目の子どもをもうけた後、不妊処置をした夫婦には、健康、入院、傷害保険が付与される。また、18歳以上で結婚し、21歳以降で初産した女性には報奨金も支給される。さらに、避妊教育の普及や識字率にも取り組むというものである<sup>5</sup>。

中国やインドの例にみられるように、出生力をコントロールするために国が直接的に個人の結婚や妊娠・出産に介入する「出生政策」を実施すると、人口の目標を早期に達成することができる。しかし、個人の利益や権利が抑圧され、発生する問題は多い。

政策手段の行使は政府の意思と責任によって行われるが、それに従い行動するのは国民であり、政府と国民の間に大きな利害の背反や目的意識の乖離があると、あらたな問題も発生し、政策の効果も減殺される。人口を適正な状態に安定させるためには政策的対応が必要であるという考え方も認める一方で、民意を無視し、個人の行動に恣意的な干渉を加えるような強制的施策は基本的人権や個人的自由を損なうということを忘れてはならな



い(大淵 2002: 829 頁)。そして政府は、常に政策の効果や国民の反応に注意を払い、民意との調和を図っていくことが倫理的にも求められている。

人口政策のために結婚や出産といった個人的事柄に対し、政府の干渉がどこまで許されるのかという問題について、国連は 1973 年の報告の中で「政府はこの分野で政策を策定する権限を持っているが、その政策手段は強制ではなく、説得と教育によって出生行動に影響を与えるといったソフトな手段でなければならない」といっている(岡崎 1997: 10 頁)。そして、このような姿勢は、現在国際間にも広く受け入れられている。

## 5 . 先進諸国の出生率低下に対する政策的対応

途上国で人口増加が問題とされる中、多くの西側先進諸国では人口減少が問題となっている。国連は 1998 年の調査で世界各国の「自国の出生率」に対し、どのような見方をしているのかをまとめている。それによると、ヨーロッパ諸国 38 カ国をはじめ、アメリカ、カナダ、日本、オーストラリア、ニュージーランドのような先進諸国で自国の出生率が高すぎると考えている国はマケドニア 1 カ国のみで、反対に、ブルガリア、ハンガリー、ルーマニア、ロシア、ウクライナ、エストニア、ラトビア、クロアチア、ギリシャ、ポルトガル、フランス、ドイツ、ルクセンブルグ、スイス、日本の 16 カ国が出生力が低すぎると考えていた(United Nations 2001:pp.172-175)。このうち、現在出生増加のために政策的な介入を行っている国は、ブルガリア、ハンガリー、ルーマニア、ウクライナ、エストニア、ラトビア、クロアチア、ギリシャ、フランス、ルクセンブルグの 10 カ国である。旧共産圏(旧ソ連圏を含む)に出生増加のための政策的介入を行っている国が多いことがわかる。

1970 年以降、自由主義圏のフランス、ルクセンブルグ、ギリシャも出生率増加のための人口政策をとっているが(United Nations 2001:p.174)、その中でもフランスが唯一、明示的に人口政策に取り組んでいる。しかし、その中心は家族手当や社会保障制度の強化など家族政策であり、出生率を増加させるために個人の生殖に政府が介入するような内容はみられない(キャロー 1994、岡田 1996、大島 2000)。フランスの代表的な人口統計学者、ブルジョア・ピシャは、人口政策について、(1)家族政策、(2)墮胎政策、(3)避妊政策、(4)人口移動という 4 つの項目を柱に立てて説明し、「人口政策の内容を人口目標を達成する目的で作られた一連の法律を指すとしたら、フランスには人口政策はない。あるのは家族を保護する複合的大系であり、またこの法体系は主として社会正義をよりよく達成するために発展させられてきた」と述べている(岡田 1996: 125-126 頁)。

ドイツも出生率の低下は著しく、戦後から 1970 年にかけては 2.0 以上の合計特殊出生率を保っていたが、1975 年には 1.45 まで落ち込んだ。以後、出生率の低迷は現在まで続

き、1999年の合計特殊出生率は1.36であった（国立社会保障・人口問題研究所2002、54頁）。ドイツでも、出生力の低下がもたらす社会的な影響、例えば年金制度や教育・子ども産業、対外経済競争力、軍事力などにマイナスの影響が生じ、外国人労働者の増加に伴う脅威を危惧する声があがった（魚住1996：221頁）。それでも、政策的な介入は行わず、その代わりに「家族負担の調整（Familienlastenausgleich）」に重点を置く家族政策をとり、児童手当と児童控除をいう形で子どもを持つ家庭に財政的支援を行うに留まっている（魚住1996：237頁）。このように、ドイツが人口増加政策に消極的な理由のひとつは、1930年代から1940年代にかけてのナチスの「ドイツ民族産めよ、殖やせよ」政策の悪夢の記憶が影響している。

イタリアでも1995年の合計特殊出生率は1.19、スペインでも1997年の合計特殊出生率は1.19と極めて低かったが（国立社会保障・人口問題研究所2002、54頁）、出生率に対する認識は一応満足な水準にあると判断し、政策対応はとっていない（United Nations 2001:p.174）。イタリアでも、やはり第二次大戦中のイタリアにあったファシズム的イデオロギーに対する反発も影響しているといえる（ゴリーニ1993：266-267頁）。

阿藤は、戦後の西欧諸国において「出生奨励策」がためられる理由を次の5点にまとめている。出生政策が戦前の国家主義、人種主義と結びつけられやすい、世界や発展途上地域では人口の抑制が求められているのにそれと相反する、社会工学（Social Engineering）への反発、西欧諸国においては家族の多様化が進んでいるため、特定のタイプの家族を重視することを嫌う、西欧諸国の生活水準の下では出生政策に必要な財源をどこに求めるかが大きな問題である（阿藤1992：63頁）。

日本でも近年、「少子化」が大きな社会的問題となっており、政府はこの問題解決にむけて具体的な検討をはじめている。前述したように、「少子化対策」は出生力の低下に歯止めをかけ、人口の回復を目標としているため、「人口政策」であることは明らかである。しかし、政府はあくまでも「対策」という言い方にこだわり、人口政策であるとは言わない。その理由は、「人口政策」に対する人々のイメージを考慮しているためと想像される。また「政策」ではなく「対策」と言うことによって、個人の結婚や子どもを産むか産まないかなどの選択を尊重し、行政が何ら個人の領域に介入するのではないという意味合いを強調する意図も含まれていると思われる。

確かに、少子化対策は個人に何かを強制・強要するような内容は含まれておらず、戦前の人口増強政策とは性質が異なる。しかし、スキナー(Skinner)をはじめ行動学を専門とする人々の研究を基盤とした仮説に、「心理的な誘導が、個人やカップル、あるいはコミュニティの態度や行動、そして生殖行動を変化させる重要な装置となっている」というものがあり、人は教え込まれ、その教え込まれたことによって肯定・否定を強化するコン

テキストをつくりあげている可能性が高いという(David1993, p6)。そうであるなら、「少子化が国民生活に深刻かつ多大な影響を及ぼす」と政府が危機感をもって国民に表明することによって、国民には「出生力を増強しなければいけない」という心理が働き、それによって国民の行動が変化する可能性は大きい。従って、政府が個人の行動選択に直接介入していなくても、国民全体の意識に働きかけて間接的に個々の生殖活動に変化をもたらしていると考えられる。

## 第2節 人口政策の中で不妊治療支援を扱うことへの是非

### 1. 人口政策の中で不妊治療支援を扱う理由

政府は少子化対策の中で不妊治療を強制しているわけではないが、「人口政策」として不妊治療を取りあげるということは、政府に不妊治療を奨励する意図があることは明らかである。さらに不妊治療は、個々の生殖に直接関わり、女性や生まれてくる子どもの生命と深く結びつく問題であるため、少子化対策の中で取りあげられている育児支援や乳幼児、児童をもつ親の就労環境の改善などの他の対策とは異なる性格をもっている。このように命にかかわる事柄を出生回復の目的のためにとりあげれば、それは医療の問題も含め、人権にも関わる問題を生じさせることになる。そこで「人口政策」である少子化対策の中で不妊治療支援を行うことの是非を検討するために、まず不妊治療支援の性格を分析したい。

少子化対策の中で不妊治療支援が取りあげられるようになった背景は、第二章の中で詳しく説明した。簡単にまとめれば、子どもを産みたいのに不妊という身体的な問題でそれがかなわない人が存在する。その一方では、不妊症の問題を医学的に解決する方法、すなわち不妊治療が開発され普及してきている。不妊当事者に不妊治療を受けやすい環境を提供することができれば、不妊治療を受ける人が今以上に増え、それら人々の間から子どもが誕生する。そして、出生力の増加にも効果をもたらす。このような経過を期待し、現在厚生労働省を中心に少子化対策の中で不妊治療支援の方法を検討している。

人口学の専門家の中にも少子化対策の中で不妊治療支援の必要性を述べる者がいる。たとえば、小川は、1998年にボンガーツ(Bongaarts)とフィーニー(Feeney)によって開発された出生順位別に合計特殊出生率を分析する方法をもちいて、合計特殊出生率の実績値と出生のタイミングの遅れを修正して求めた合計特殊出生率を出している。これによれば、1995年の時点で1.42という本来の合計特殊出生率に対し、出生タイミングの遅れを修正して合計特殊出生率を求めても、1.53までしか回復しない。したがって、小川は「不妊症治療の推進や高齢出産の安全性の向上など医療サイドにおける役割が一層重要になってきている」と、出生力の回復のために生殖への介入の必要性を示唆している(小川

2000 : 1555 頁 )。

また、廣嶋も出産平均年齢が上昇しているために少子化傾向が進行しているのではなく、既婚出生率の低下がその大きな要因であると分析している。従って廣嶋は夫婦出生率の低下に焦点をあてた対策が必要と結論づけている(廣嶋 2000a、廣嶋 2000b)。このような人口学の分析の結論からは、不妊治療の奨励が夫婦出生率に寄与し、少子化の歯止めにも効果をもたらすという見方が導かれている。

## 2 . 不妊当事者にとっての少子化対策と不妊治療支援

不妊当事者の間からも少子化を理由に、不妊治療に対する公的支援を求める声は少なくない。たとえば、保険適用をもとめて、インターネットを通じて署名を集めているグループがある。そのサイトに書き込まれた 1422 件の不妊治療に保険を求める理由をみると、少子化について言及しているものが 518 件もある<sup>6</sup>。少子化に関連して言及する書き込み欄のうち、しばしば見られる内容は、「少子化対策の一環として、不妊治療への保険適用を考えるべき」、「少子化、少子化といいながら、子どもが欲しくても経済的理由で不妊治療を受けられない人のことをまったく考慮してくれていない」、「少子化を問題にする前に、子どもが欲しくて必死にがんばっている者に目を向けて欲しい」、「不妊治療に保険が適用されるようになって、子どもができれば、少子化問題も解決するのでは」という意見が多い。このように、不妊当事者も不妊治療への保険適用を獲得するために「少子化を理由にあげ、出生数を増やしたい」という政府の意図を利用している傾向があると言える。

しかし、ここで留意しなければいけないのは、不妊当事者たちは出生力回復のために不妊治療に保険適用を求めるわけではないということである。あくまでも、不妊当事者は、不妊治療の経済的負担が大きいため、それを緩和してもらい、自らが治療を受けやすくなることを望んでいるに過ぎない。そして、少しでも治療の負担が減り、子どもを持てる可能性が高くなれば、二次的効果として「出生力の回復にも役立つかもしれない」と言っているのに過ぎない。

また、書き込みの内容を見ていくと、これまで不妊治療への支援に無関心であった政府に対し、怒りや失望をぶつける声も少なくない。そして、その怒りや不満は、少子化問題が深刻になり、子どもを持たない人への圧力が強くなる一方で、相変わらず出生力を増加させるために子どもを持つ親や家庭ばかりを優遇したり、子どもを産みたがらない人に対して産む気にさせるような対策ばかりを検討しているといった意見もみられる。すなわち、少子化問題が注目されるにつれて、不妊当事者への風当たりは強くなってきているが、それでも不妊治療支援に対する取り組みが不十分であることに対する怒りや不満である。具体的な声を以下紹介したい。

「少子化問題が取り上げられる世の中に変り、なのに子供がいる家庭ばかりが援助され、子供を産みたくて必死で精神的苦痛に耐えながら治療を頑張っている家庭をどうして応援してくれないのか...この治療に保険が適用されれば、苦痛に耐えてでも何人でも子供が欲しいと頑張れる人がたくさんいるんです。」<sup>7</sup>

「私の住んでいる県では、テレビやラジオで、少子化を考えようという、とても残酷な内容のCMを流して、沢山の苦情があったようです。なぜ、結婚すればすぐに子供が出来るという考えはなくなるのでしょうか。なぜ、不妊で悩む人たちに目をむけてはくれないのでしょうか。」<sup>8</sup>

「少子化というと、子供を持つとうとしない勝手な夫婦（私たちもそう見えるのか）のこまばかりを採り上げるのは、もうやめて欲しいです。一日も早く、子供を欲しい人が安心して不妊治療に通える社会にするため、不妊治療の保険適用をお願いします。」<sup>9</sup>

「少子化対策は苦労なくさずかった人に恩恵がある。あまりにも理不尽です。」<sup>10</sup>

「少子化対策ではあえて産まない人達の援助ばかりを考案し、どうしても子供が欲しくてできない私達不妊症に対して、何の援助もないのでしょうか。」<sup>11</sup>

このように、不妊当事者や不妊の関係者からも少子化を理由に不妊治療への経済的支援を求める声があり、このような声をうけて、厚生労働省は少子化対策の一環として応えようとしている。

### 3. 少子化対策の中で不妊治療支援を実施することにより生じる問題点

不妊当事者からは不妊治療支援を求める声があり、不妊治療が支援されれば、出生にも効果をもたらすのかもしれない。しかし、少子化対策という人口政策の中で不妊治療支援を扱うことで生じる問題に目を向けていく必要がある。発生しうる問題として、次の6点があげられる。

第1に、少子化対策の最終的な目標が「出生力の回復、および人口減少の緩和」であるならば、当然、政府は女性に子どもを産むことを期待している。したがって、戦前のような強要ではないにしても、不妊の人に不妊治療を奨励する意図があることは明らかである。厚生労働省などの行政機関が不妊治療支援という形でこのような不妊治療を奨励していけば、社会の雰囲気も、不妊治療を受けることを当然とし、治療を受けない人や子どもを持たない選択をした人たちへの圧力はますます強化されることが考えられる。そして、それは不妊当事者の不妊治療を受ける、受けない、また治療を継続・中止するなどの選択にも影響を及ぼしてくる可能性がある。自分の自発的な意志からではなく、周囲の圧力から不妊治療を受けざるをえない人が増えることが懸念される。

第2に、少子化対策が出生数を増やすことを第1の目的としている以上、不妊当事者た

ちの声よりも、国民全体の利益を優先させる傾向があることは否めない。このような傾向が、医療の現場にも影響し、不妊女性の心身に危害を及ぼす医療が実施される可能性がある。

第3に、政府が「出生力の増強」を前面に出すならば、不妊当事者側の「出生数増加に貢献するためにも、是非不妊治療支援を」という声を無視することはむずかしい。しかも不妊当事者が一番求めている支援は、不妊治療の経済的負担の緩和であるということに留意しなければいけない。原井たちの調査でも、不妊治療を受ける者にとって、最も大きな負担は経済的な面であると報告されている。原井たちは、自分たちが勤務する病院に訪れる患者に対し、「妊娠にいたる前に体外受精を断念した理由」について、1998年の1月から4月にかけて調査を実施した。そして、治療を断念した理由の第1位が経済的な問題で36%、第2位が身体的な問題で24%、第3位が精神的な問題で21%、自然妊娠したものが3%で、その他が16%となっていた（原井他1998）。このように、患者が治療を受けることを希望しながら、経済的理由で治療を断念せざるをえない状況がある以上、政府に求められるのは、不妊治療費に対する何らかの経済的支援である。一方で不妊治療を奨励する雰囲気を作りながら、限られた医療財源の中で不妊当事者が納得できるような財政的支援をどこまで行えるかということが問題の焦点ともなる。

第4に、生殖補助技術の中でも倫理的な問題があるとされる技術についての議論が、出生を促す可能性があるというだけで肯定される可能性がある。たとえば、現在、代理出産や提供卵子や提供受精卵による妊娠・出産は、倫理面でも問題があるとして日本産科婦人科学会の会告によって禁止されている。しかし、「人口減少への危機」を強調すれば、「子どもを持てる人が増え、このような危機の回避にも役立つのだから、これらの技術を認めてもいいではないか」といったような考え方が優勢になり、倫理的な議論が軽んじられるようになるかもしれない。また、「出生数が増える」ことを理由に、閉経を過ぎた高齢の女性が提供卵子で妊娠したり、代理出産なども正当化されるようになることが考えられる。そして最終的には、クローン技術などで子どもを持ちたいという希望がでてきたときに、それが少子化への貢献が肯定するための理由に使われてしまうことも懸念される。このように、現在倫理的に問題となっている生殖補助技術が、少子化を理由に、すべて認めざるをえないような状況もでてくるのが考えられる。

第5に、第3章第5節でも述べたように、現在はかつてよりも不妊になる要因が増えていくという報告もあり、不妊症の人が今後も増加し続ける可能性は否定できない。一方、医療技術は万能ではなく、不妊症の人すべてに子どもを持たせられるほど進歩するとは考えられない。不妊症の人が増えつづけた場合、不妊治療支援だけで対応していくには限界がある。

第6は、少子化対策が出生数を増やすことを目的としている以上、仮に将来少子化の問題が決着したときには、不妊治療への支援も打ち切られることが考えられる。しかし、本来、不妊当事者たちは少子化とは関係なく「自らの子どもを持ちたい」と願っているに違いない。不妊治療支援が人口政策として実施されるならば、人口の増減に左右されて不妊治療への支援の対応もかわることになるが、これは不妊当事者たちにとっても好ましいことではない。

確かに「少子化の歯止め」を理由にすれば、不妊治療支援の実施は実現しやすくなると思われる。しかし、少子化対策は出生政策の一部であり、出生政策の中で「不妊治療支援」を取りあげた場合には、出生率の回復に効果をもたらす以上に、不妊当事者への倫理的重圧が大きくなる可能性がある。したがって、少子化対策の中で不妊治療支援を取り上げるのは避け、他の公共政策によって不妊治療支援を実現すべきではないかと考える。

### 第3節 倫理的側面における問題点

人口政策を実施する場合、一般的に数量の側面ばかりが注目される傾向にある。しかし、その人口政策が公的な利益を追求するあまり、個人の権利や自由を軽んじる、もしくは侵害するなどの問題が発生する可能性はないのだろうか。個人がさまざまな制約を受けたり、弊害を負うことなく、政策が効果的に実施されるためには、人口政策の策定の際に、倫理面からの検討を行うことが必要である。

近年、医療をめぐる議論において、「バイオエシックス」という概念がしばしば登場する。バイオエシックスは、一般的に医療現場で起こる倫理的な問題を検討するための枠組みとして捉えられているが、木村によれば、バイオエシックスの原点は、アメリカにおける1950年代からの公民権、平等権を求めての運動や、1960年代から1970年代にかけての人権を護る運動を背景としているため、「学問」と「人権をめぐる運動」が深く関わりあっているという（木村1994：181頁）。そして、バイオエシックスとは「地球の生態系の問題を含め、私たちの生命にかかわりを持つあらゆる事象についての価値判断の基準や倫理を問い直し、個人のライフスタイルや公共政策までもを含み研究と実践の対象とする」ものであり、一般の人々が「自分たちの人権、安全、幸福を問い直し、問題解決に向かっての決定過程に参加し、主体的にこれと取り組むという姿勢」を重視している（木村1994：184-185頁，Kimura 1994：p.223）。

このバイオエシックスの概念は、J.S.ミル（Mill）の『自由論』に代表されるような個人主義的な自由主義が主流となって形成されている。この『自由論』の第3章全体を通して、ミルは次のような主張をしている。自分自身で責任と危険を負う限り、他者によって肉体的、精神上的の妨害をうけることなく、自己の意見を自己の生活に実現していく自由が

必要である。しかし、いかなる種類の行為であっても、正当な理由なしに他人に害を与える行為は抑制されるべきであり、個人は他人の迷惑となってはならない。また人間には異なった意見が有益であるのと同様、異なった生活が存在していることも有益であり、他人を模倣するだけがすぐれた行為ではなく、自分自身の判断や個性が必要である。自由を積極的に取り入れていくことは人間の能力を高めるため必要であり、同時に他人の行為の自由も尊重しなければならない。自ら選択する力を持つ者こそ、すべての能力を活用することができる。さらに他人のために厳格な正義規則を守ることも、他人の幸福を自己の目的としようとする感情と能力を成長させることになり、力で征することは強者自身も墮落させることになる。性格と教養の多様性は社会をより発展・進歩させ、よりよい方向へと動かす力となる。従って、個性の自由が尊重されるべきである（ミル 1997：113-150 頁）。

この自由主義の原則を取り入れつつ医療倫理に適用した判断枠が、現在バイオエシックスの基本となっており、それは次のような原理で構成されている。

- 1) 自律尊重原理          個人の自律を守る
- 2) 無危害原理            他者に危害を与えない
- 3) 仁恵原理                他者の幸福を増進する
- 4) 正義原理                全ての人を公平に扱う

(Beauchamp et al. 1994)

ビーチャム (Beauchamp) らはこれらの倫理原則を主に医療現場に適用するものとしてまとめているが、この原則は医療以外の場でも活用でき、人口政策の倫理を考える上でも重要な意味を持つものと思われる。すなわち、人口政策を策定する際に、国民の自律を守り、国民に危害を与えず、国民の幸福を増進することを考慮し、国民を公平に扱っているかという判断基準を用いることによって、人口政策の倫理性をはかることが出来る。

ウォーヴィック (Warwick) は、freedom(自由)、justice(正義)、welfare(福祉)、truth-telling(真実の告知)、security/survival(安全・生存)の5つの倫理原則と、人権をキーワードに人口政策を評価し、政策倫理について言及している。ウォーヴィックの言う「自由」とは、自己決定する能力と機会、およびその選択を実行する能力と機会をさすものである。「正義」とは、利益の分配と人口政策から受ける危害の分配の公平性を扱うことである。「福祉」とは、個人、カップル、家族の十分な衣食住およびヘルスケアを含む、一般的健康と福祉を意味している。「真実の告知」は2つの側面を持ち、一方は、人口政策や家族計画における重要かつ正確な情報の提示、他方は、嘘を避け、提示をしなかったり、事実を歪曲したり、選択的に事実を提示することを指している。そして、「安全・生存」とは、個人の生活を脅かすような危険や脅威がないことを指している。

これらの倫理原則を使って、ウォーヴィックは、出生抑制政策に関する事例を分析して



いる。たとえば、一度、注射をうければ3ヶ月から6ヶ月も避妊効果をもち、それはピルやIUDよりも避妊に関して信頼性のある薬剤があり、これを女性が希望した場合に提供し、使用の強制はしていない。しかし、女性が、その安全性や副作用について質問する能力がなかったり、またその情報を理解することができなかった場合、女性たちがたとえ自分でその薬剤の使用を申し出たとしても、自由意志による選択とはいえない(Warwick1989: p.7)。

これと似たようなことは不妊治療支援を実施した際にも起こることが考えられる。つまり、不妊治療の実態についての正確な情報が与えられず、治療の利点についての情報だけが提供されれば、不妊当事者は不妊治療を受けるようになるかもしれない。しかし、それは真の意味での自己決定して治療を受けるようになったとはいえない。すなわち、Warwickの言う倫理原則のうち、不妊当事者の選択の自由、正義、福祉、真実の告知、安全などすべてを侵害する可能性がある。

また、ウォーヴィックがとりあげたもうひとつの事例は、1970年代、エジプトでは医療従事者、看護婦、ソーシャルワーカーなどのフィールド・ワーカーが家族計画の責務を負っていた。そして、フィールド・ワーカーが家族計画推進のためにより働く意欲をもつよう、避妊薬などの販売によって得られる収益から金銭報酬を得ることが認められた。結果的に、フィールド・ワーカーたちは女性たちにピルやIUDなどを強要することになったのである。すなわち、医療ケアとしてよりも、フィールドワーカーの経済的報酬のために、家族計画が進められたのである(Warwick1989: 12頁)。

少子化対策で「不妊治療支援」をした場合にも、これと似たような事例が発生する可能性がある。現在、人工授精、体外受精などは医療施設によって費用が異なり、そこから医療機関が得る医療報酬も異なっている。金城によれば、日本においても、「不妊治療を専門に行っている医師が、多額の診療報酬を得て長者番付に載ったとか、ある大学病院では不妊治療で高名な医師がやめたら、病院の収入が何億円か減ってしまったという噂がまことしやかに伝えられている」という(金城1999: 205頁)。生殖補助技術にかかる費用に対し、何の基準や規則もないまま出生対策として不妊治療支援を実施するようになれば、不妊当事者の医療ケアとしてではなく、不妊治療を実施する医療施設や医療従事者の利益のために、不妊治療が推進される可能性の出てくる。これは正義に反し、福祉の後退につながることになるかもしれない。

ウォーヴィックは人口政策を考える場合、選択の自由、正義、福祉、真実の告知、安全・生存という倫理原則に加え、人権という点についても言及している。1974年の世界人口行動計画で「全てのカップルならびに個人は、子どもの数や出産間隔を自由にかつ責任を持って決める権利と、それを実現するための情報・教育・手段を持つ権利を有する」<sup>12</sup>と

いう原則が承認された。それより前の 1948 年に採択された人権宣言の 12 条では、「何人も、個々のプライバシー、家族、家庭または通信に対して勝手に支配されたり、名誉または名声を傷つけられることはない。」<sup>13</sup>と言及されている。ウォーヴィックはこの 2 点に触れ、人口政策が人口全体の変化に主眼をおき、人権に配慮しない場合、倫理的問題が発生すると述べている。

ウォーヴィックは、これらの倫理原則と人権への配慮を用いて、人口抑制政策について論じ、中絶や強制不妊手術の強要が、人の自由、正義、福祉を破壊すると結論づけた。これらの倫理原則や人権への配慮を出生回復・増加政策に当てはめ「不妊治療支援」を考えれば、個の決定への尊重や、周囲から不妊当事者が不妊治療を受けることを当然とするような重圧をかけられない配慮が不十分なまま「不妊治療支援」が実施されれば、不妊当事者の自由、正義、福祉が侵害される可能性は高い。

このように出生政策の実施をめぐるっては、国民一人一人の生活や命を尊重するためにも、倫理的側面からの検討が重要な意味をもつ。人口減少社会という状況を前にして、選択の自由を含む人権の尊重と国としての出生回復への取り組みが拮抗しないように、少子化対策はどうあるべきかについて真剣に考える必要がある。バイオエシックスの視座から述べれば、21 世紀の国際社会では、世界的に受け入れられている基本的な人権や限られた資源に対する認識、相互協力の必要性などに、さらに目を向けながら、人々の生活、人生（life）に係る問題に取り組んでいく必要がある（kimura 1994 : p.225）。少子化対策の中で「不妊治療支援」に取り組む際にも、このような視点をおろそかにすることなく、バイオエシックスの理念に基づいた倫理的な検討が十分なされたか否かという点に注意を払わなければならない。そして、出生数の増加という側面ばかりに目を向けるのではなく、不妊当事者の個々の意見にも耳を傾けていくことが必要である。

#### **第 4 節 不妊治療支援実施への新たな方向性**

少子化対策のような人口政策の中で不妊治療支援を行った場合、さまざまな影響や問題が生じる可能性があることを述べた。しかし、多くの不妊当事者が不妊治療支援を求めているという事実も重く受け止めなければならない。また、政府が不妊当事者たちに対し、何らかの対応をとる必要があるということは言うまでもない。そこで、不妊治療支援を少子化対策から切り離した場合、どのような形で実施することが望ましいかについて検討する。

##### **1. リプロダクティブライツとしての不妊治療支援**

人口政策について国際社会の場ではじめて正面から論じられたのは 1965 年のベオグラ

ードにおける国際人口学会であった。以後、1970年代初頭から人口問題に関する関心は非常に高まり、1974年には世界人口年と定められ、ブカレストで、最初の政府間レベルでの世界人口会議が開催された。さらに1984年にはメキシコで国際人口会議が開催され、この会議では、家族計画プログラムに賛成する国が増えた。そして、このような人口をめぐる世界の流れとともに、人口をコントロールするための家族計画プログラムが増加し続けたが、1994年のカイロ人口開発会議では、広く人口政策のために女性が自らの健康や避妊・中絶・妊娠・出産に対して自己決定する権利が阻害されていることが問題となり、リプロダクティブヘルスとリプロダクティブライツという概念が注目されるようになった。

このカイロ会議では「世界の人口問題の根底に、家族および社会の中に、女性に対する差別や制限が存在している状況が深く関わっている」と問題提起され、リプロダクティブヘルスとリプロダクティブライツについて検討された。そして、これらの検討を経て、カイロ会議行動計画（Programme of Action）に、リプロダクティブヘルスとリプロダクティブライツの定義が収められた。リプロダクティブヘルスは、カイロ会議行動計画のパラグラフ7.2で次のように定義されている。

「リプロダクティブヘルスとは、人間の生殖システム、その機能と（活動）過程のすべての側面において、単に疾病、障害がないというばかりでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態であることを指す。したがって、リプロダクティブヘルスは、人々が安全で満ち足りた性生活を営むことができ、生殖能力を持ち、子どもを産むか産まないか、いつ産むか、何人産むかを決める自由をもつことを意味する。この最後の条件で示唆されるのは、男女とも自ら選択した安全かつ効果的で、経済的にも無理がなく、受け入れやすい家族計画の方法、ならびに法に反しない他の出生調整の方法について情報を得、その方法を利用する権利、および、女性が安全に妊娠・出産でき、またカップルが健康な子どもをもてる最善の機会を与えるよう適切なヘルスケアサービスを利用できる権利が含まれる。上記のリプロダクティブヘルスの定義に則り、リプロダクティブヘルスケアは、リプロダクティブヘルスに関わる諸問題の予防、解決を通して、リプロダクティブヘルスとその良好な状態に寄与する一連の方法、技術、サービスの総体と定義される。リプロダクティブヘルスは、個人と生と個人的人間関係の高揚を目的とする性に関する健康（セクシャルヘルス）も含み、単に生殖と性感染症に関連するカウンセリングとケアにとどまるものではない。」（谷口2002：357頁）<sup>14</sup>。

またリプロダクティブライツの定義については、カイロ会議行動計画のパラグラフ7.3で次のように定義されている。

「上記（para7.2）の定義を念頭に置くと、リプロダクティブライツは、国内法、人権

に関する国際文書、ならびに国連で合意したその他関連文書ですでに認められた人権の一部をなす。これらの権利は、すべてのカップルと個人が自分たちの子どもの数、出生間隔、ならびに出産する時を責任をもって自由に決定でき、そのための情報と手段を得ることができるという基本的権利、ならびに最高水準の性に関する健康およびリプロダクティブヘルスを得る権利を認めることにより成立している。その権利には、人権に関する文書にうたわれているように、差別、強制、暴力を受けることなく、生殖に関する決定を行える権利も含まれている。この権利を行使するにあたっては、現在の子どもと将来生まれてくる子どものニーズおよび地域社会に対する責任を考慮にいれなければならない。すべての人々がこれらの権利と責任を持って行使できるよう推進することが、家族計画を含むリプロダクティブヘルスの分野において政府および、地域が支援する政策とプログラムの根底にななければならない。このような取組の一環として、相互に尊重しあう対等な男女関係を促進し、特に思春期の若者が自分のセクシャリティに積極的に、かつ責任を持って対処できるよう、教育とサービスのニーズを満たすことに最大の関心を払わなければならない。すなわち、人間のセクシャリティに関する不十分な知識、リプロダクティブヘルスについての不適切または質の低い情報サービス、危険性の高い性行動の蔓延、差別的な社会習慣、女性と少女に対する否定的な態度、多くの女性と少女が自らの人生の中の性と生殖に関し限られた権限しかもたないことである。思春期の若者は特に弱い立場にある。これらは大部分の国では情報と関連サービスが不足しているためである。高齢の男女は性に関する健康およびリプロダクティブヘルスについて特有の問題を抱えているが、十分な対応がなされていない場合が多い。」(谷口 2002 : 350 頁)<sup>15</sup>。

リプロダクティブヘルスの概念が出現した背景には2つの流れがあり、第1は1960年代のフェミニズム運動の中から、特に女性の身体を対象として開発されてきた生殖技術に関する問題(しかし、当時は主に避妊のための生殖技術)に端を発している。そして第2は健康アプローチとしての母子保健(Maternal and Child Health)の概念がリプロダクティブヘルスの基礎になっている。しかし、その後、この母子保健という形でアプローチする手法は、"Human Reproduction"に関する女性の健康問題は、単に母であること、母になることだけではなく、「産む」機能を持つ女性の生殖に関する健康問題、すなわち、リプロダクティブヘルスとは「生涯を通じた性と生殖システムに関わる健康である」と新たな解釈が採用されるようになった。そして、この「健康」を構成している要素は、(1)家族計画、(2)妊産婦保健、(3)中絶の予防と安全でない中絶による合併症の管理、(4)HIV/AIDを含む感染症、(5)女性への暴力、特に女性性器切除(FGM)、(5)環境が挙げられている。その中の(1)家族計画とは、「母体の健康状態や家庭の経済力に応じて、最も適当な時期と間隔を決めて妊娠・出産し、望まない妊娠を避けて幸せな家庭を築くこと」と定

義されており、谷口はこの中に「不妊状態」も入れていくべきだと述べている(谷口 2002 : 358-359 頁)。

また、リプロダクティブライツは、このリプロダクティブヘルスに関する最高水準の権利として登場した。リプロダクティブライツの概念の出現した背景には、第1に欧米の中絶権獲得の動きがあったこと、第2に途上国の人口爆発に対する人口管理政策、および欧米での優生学に基づいた人口管理政策への女性の反発があったことが上げられる。(谷口 2002 : 351 頁)このような概念出現の過程や定義をみていくと、リプロダクティブライツの重要な目的は、「リプロダクティブについての自己決定権」と「リプロダクティブヘルスケアの権利」であることがわかる。

不妊も当然、性と生殖システムに関わる健康の問題であり、リプロダクティブヘルスの一部と言える。そして、このリプロダクティブヘルスの一部である不妊に関して、不妊治療についてのさまざまな事柄を決定する権利や、不妊におけるヘルスケアの提供を不妊当事者たちがリプロダクティブライツとして認められることは妥当であると考えられる。リプロダクティブライツの定義の中にも、不妊当事者たちも自分たちの子どもや出産について自由に決定し、リプロダクティブヘルスを得る権利を有している、生殖に関する差別、強制を受けない権利を有している、生殖に関する決定を行える権利も含まれる、とあり、これによって、「不妊であっても、治療を受ける受けないについて、個人は自由に決定する権利を持ち、子どもを欲しいと思う人は、何人も差別されることなく不妊治療を受けることによって子どもを持つ権利を有す」と解釈することができる。

また、リプロダクティブライツとして不妊治療を支援するのであれば、人口の変動に関係なく不妊当事者の不妊治療に関する行動や選択が尊重され、不妊当事者が治療を望むならば、恒久的に「不妊治療支援」の制度を確保することができる。また、同時に、治療を受けない権利も尊重されるため、不妊治療を受けない人への圧力も抑制することができる。さらに、リプロダクティブライツには「現在の子供と将来生まれてくる子供のニーズおよび社会に対する責任を考慮にいれる」ことも重視しているために、倫理に反した生殖補助技術の実施に対して歯止めをかけることも可能となろう。

これらを総合すると、「不妊治療支援」はリプロダクティブライツの観点から何らかの施策を講じることが望ましい。少子化対策のような人口政策の中で「不妊治療支援」を扱う場合にも、最低限、リプロダクティブライツを尊重する内容、すなわち「不妊治療に関連する事柄に対し個々の自己決定が尊重される」という内容を明示する必要がある。

しかし、出生の回復を目的とする人口政策の中でこのようなことを明示しても、リプロダクティブライツがどこまで尊重され、不妊治療を受けない選択をした人たちへの圧力を取り除くことができるのか疑問である。このようなことを鑑みれば、「不妊治療支援」は

少子化対策と切り離して実施する方が適切であると思われる。

## 2. 公衆衛生行政としての不妊治療支援

少子化対策と切り離し、「不妊治療支援」をするには、具体的にどのような政策的対応が可能であるかという点について検討する。

不妊当事者は、身体的、精神的、経済的に多くの負担を負っているとしばしば言われる。そして、この「不妊」の負担を語る際によく使われる「身体」「精神」「経済（社会）」というキーワードは、世界保健機関（WHO）の「健康」の定義にも登場する。この世界保健機関の定義は、1948年に世界保健機関の設立にあたって、1949年に作られた保健大憲章の前文に盛り込まれたものであり、現在、世界の「健康」についての基本的な概念となっている。特に憲章の最初に記述されている次の一文はよく知られている。

「健康とは、単に疾病や虚弱でないというだけでなく、肉体的にも、精神的にも、社会的にも完全に良好な状態である。」（眞野 2002：1頁）

これをみると、身体的、精神的、社会的という3つの側面から健康が保証されない限り、真の意味での健康とは言えず、その意味で不妊という問題に直面している当事者は、「疾病」にかかっているわけではないが、「健康」な状態とも言えないことがわかる。従って、不妊当事者のQOLを向上という意味での「健康」の視点から「不妊治療支援」を実施していくことを考えてみたい。

健康問題は、個人の健康とともに集団生活を営む限り、地域や集団にとっても重要な課題であり、健康状態を維持していくためには、文化的、社会的、経済的、政治的にのぞましい環境づくりが求められる。そして、このような「健康」の問題を中心に扱う分野として公衆衛生があげられる。公衆衛生は、1920年、ウインスロー（Winslow）によって定義され、以下がその内容である。

表 4.1 ウインスローの公衆衛生の定義(1920)

公衆衛生は、疾病予防、生命延長及び精神的肉体的な健康と能力の保持増進の科学（SCIENCE）技術（ART）であって、次に上げる地域社会の組織的な努力によって達成されるものである。

- 1) 環境衛生、伝染病、個人衛生における個人の衛生教育
- 2) 疾病の早期診断と治療のための医療と看護の組織化
- 3) 人々の健康保持に必要な生活水準を保証する社会機構の開発

これらの公衆衛生の諸活動によって、すべての人々が生来の権利とする健康と長寿を実現させることができるのである。

（長岡ら 2001：15頁）

そこで、この公衆衛生の定義の中に、社会福祉・社会保障が含まれていることに注目してみる。健康を維持増進するためには、病気の早期診断治療（医療） 予防のための衛生教育（保健）だけでは達成できず、生活水準を保障する社会機構（社会福祉・社会保障）が求められ、これらすべてが公衆衛生に不可欠な要素であるという（長岡他 2001: 15 頁）。また公衆衛生の特徴は、「健康問題を解決するのは健康問題を持った人を排除する、あるいは個人の責任でやれというのではなく、集団で支えるということが必要」という認識に基づき、「集団のQOL（生活の質）の向上と、その実現過程として個人の能力を付与するための技術の開発と、個人の行動を増進させるための環境の整備」を目標としている<sup>16</sup>。このような公衆衛生の性格を「不妊治療支援」の際にも取り入れていけば、不妊当事者にとっても、より望ましい形で、不妊治療支援を実現することが出来るのではないかと思われる。

公衆衛生に関連する政策をとるならば、社会における他の健康問題や医療との関連も必然的に考慮に入れ対処することが要求される。そのため、「不妊治療費の財政支援」を検討する場合にも、少子化対策の中でとりあげられるより、医療財政全般を考慮し、その分配を考えていくことが出来る。このような点も考慮すれば、不妊治療支援は、出生回復を目的とする政策の中で実施されるよりも公衆衛生行政として実施される方が、公と個人の利害の背反ははるかに少ないであろうと想像される。

また公衆衛生として不妊治療支援を実施されれば、出生力への貢献と結びつけて考える必要がないため、人々の不妊治療に対する意識も異なってくるであろう。不妊当事者にとっても不妊におけるあらゆる選択が自ら健康で豊かな人生を営むためのひとつの選択肢となり、「子どもを産まなければいけない」という世間の圧力を感じずに済むようになるはずである。このように「不妊」を「健康」という側面からとらえ、「不妊治療支援」は公衆衛生行政を通して実施されるほうが、出生回復への大きな貢献は期待できなくとも、個人の自由や権利を尊重され、結果的に豊かな社会が実現されていくことになるとと思われる。

少子化に関する基本的考え方について  
人口減少社会、未来への責任と選択  
人口問題審議会  
(平成9年10月)

目次

はじめに 少子化は我が国社会への警鐘

少子化の現状と将来の見通し

- 1 持続的な出生数の減少
- 2 避けられない人口減少社会

少子化の影響 概ねマイナス面の影響

- 1 経済面の影響
  - (1) 労働力人口の減少と経済成長への影響 経済成長率低下の可能性
  - (2) 国民の生活水準への影響 現役世代の手取り所得が減少する可能性
    - 1) 高齢化の進展に伴う現役世代の負担の増加
    - 2) 現役世代の手取り所得の低迷
- 2 社会面の影響
  - (1) 家族の変容 単身者や子どものいない世代が増加する
  - (2) 子どもへの影響 子どもの健全成長への影響が懸念される
  - (3) 地域社会の変容 基礎的な住民サービスの提供も困難になる

少子化の要因とその背景

- 1 少子化の要因
  - (1) 未婚率の上昇(晩婚化の進行と生涯未婚率の上昇)  
育児の負担感、仕事との両立の負担感等が女性の未婚率を上昇させている
    - 1) 未婚率上昇の現状
    - 2) 未婚率上昇の要因
      1. 育児の負担感、仕事との両立の負担感
        - ア) 固定的な雇用慣行と企業風土によるもの
        - イ) 固定的な男女の役割分業によるもの
        - ウ) 母親の孤立やそれに伴う孤独感や不安
        - エ) 長時間通勤等の勤務形態によるもの
        - オ) 利用しやすい育児サービスがないこと
        - カ) 結婚や子育てにかかるとある機会費用の上昇
      2. 個人の結婚観、価値観の変化
        - ア) 女性の経済力の向上によるもの
        - イ) 性の自由化、家事サービスの外部化によるもの
        - ウ) 子どもを持つ意義の変化によるもの
        - エ) 世間のこだわりの減少によるもの
        - オ) 独身の自由への要求によるもの
    3. 親から自立して結婚生活を営むことへのためらい
      - ア) 親との同居の下での快適な生活
      - イ) 結婚前の生活水準の維持
    4. その他
      - ア) 女性主導の確実な避妊法が普及していないこと
      - イ) 過疎農山村部における男性の結婚離れ



- (2) 夫婦の平均出生児数と平均理想子ども数との開き  
- 育児の負担感、仕事との両立の負担感のほか、経済的負担なども理想の子どもを持たない要因
- 1) 夫婦の平均出生児数と平均理想子ども数の現状
  - 2) 夫婦の平均出生児数と平均理想子ども数との開きの原因
    1. 子育てに関する直接的費用と機会費用の増加
    2. 子どものよりよい生活への願望
    3. その他
      - ア) 不妊による
      - イ) 高齢出産への不安

## 2 少子化の原因の背景

- 個人の生き方の多様化、女性の社会進出とそれを阻む固定的な男女の役割分業や雇用慣行等がある
- (1) 社会の成熟化に伴う個人の多様な生き方の表れ
  - (2) 男女の社会進出とそれを阻む固定的な男女の役割分業意識と雇用慣行、それを支える企業風土の存在
    - 1) 女性の社会進出と出生率の低下
    - 2) 女性の多様な生き方を阻むもの
  - (3) 快適な生活の下での自立に対するためらい
    - 1) 成人しても親離れできない状況
    - 2) 従来生き方をゆるがすものとする見方
    - 3) 結婚に対する自由度の高まりの表れとする見方
  - (4) 現在、そして将来の社会に対する不安感

少子化がもたらす人口減少社会への対応のあり方

### 1 少子化の影響への対応

- (1) 経済面の影響への対応  
年齢や性別による垣根を取り払う新たな雇用環境の創出等が必要
  - 1) 就労意欲を持つあらゆる者が就業できる雇用環境の整備
    1. 高齢者、障害者、女性の就業環境の整備
    2. 年齢や性別による垣根を取り払う雇用環境の整備
    3. 終身雇用・年功序列賃金体系の下での固定的な雇用慣行の見直し
    4. 労働力需要の不適合の解消
  - 2) 企業の活力・競争力、個人の活力の維持
    1. 高付加価値型の新規産業分野の創出
    2. 国際的に魅力のある事業環境の創出
    3. 一定範囲内での公的負担、少子・高齢社会にふさわしい財政構造
  - 3) 公平かつ安定的な社会保障制度の確立
    1. 現役世代と将来世代の給付と負担の公平と将来への不安の解消
    2. 疾病や要介護状態の防止と高齢期における社会参加
- (2) 社会面の影響への対応  
地方行政体制の整備や教育内容の改善が必要
  - 1) 地方行政体制の整備、地域の活性化
    1. 地方行政体制の整備
    2. 地域の活性化
  - 2) 子どもの独創性と社規制を養う教育と健全言う姓
    1. 独創性のある人材の育成
    2. 子どもの社会性を養う仕組みづくり

## 2 少子化の要因への対応

### (1) 少子化の要因への対応の是非

個人の望む結婚や出産を阻む要因を取り除く対応を図るべき

- 1) 少子化の要因への対応はすべきでないとする考え方
  1. 具体的考え方
  2. 個人の問題とする考え方についての意見
  3. 地球人口との関係からの考え方についての意見
  4. 対応の効果との関係からの考え方についての意見
- 2) 少子化の要因へ対応をすべきとの考え方
- 3) 子どもを育てることについての社会的責任
- 4) 少子化の要因への対応に当たっての留意事項
- 5) 少子化の要因への対応と外国人の受入れとの関係

### (2) 少子化の要因への対応のあり方

固定的な男女の役割分業や雇用慣行を是正し、子育て支援の効果的な推進を図る

- 1) 固定的な男女の役割分業や仕事優先の固定的な雇用慣行の是正
  1. 意識・慣行・制度の是正
    - ア) 制度の見直しと国民の意識や企業風土の見直し
      - イ) 個人の生活と仕事の両立を誰もが尊重し合う方向での取組
  2. 今後検討すべき課題
    - ア) 仕事優先に関わるもの
    - イ) 女性の就業に関わるもの
    - ウ) 就業形態の多様化に関わるもの
    - エ) いわゆる正社員と短時間労働者、非就業者との公平性、中立性に関わるもの
- 2) 子育てを支援するための諸施策の総合的かつ効果的な推進
  1. エンゼルプランの推進
    - ア) 子育てと仕事の両立支援の推進
      - イ) 家庭における子育て支援
      - ウ) 子育てのための住宅及び生活環境の整備
      - エ) ゆとりある教育の実現と健全育成の推進
      - オ) 子育て費用の軽減
  2. 少子化の要因への対応という観点からみた留意事項
    - ア) 子育てにかかる機会費用の上昇への対応
      - イ) 仕事と育児の両立支援
      - ウ) 核家族化、都市化のしんてんへの対応
      - エ) 子育てのための経済的負担軽減措置
      - オ) 子育ての持つ楽しみや喜びの再確認
      - カ) 乳幼児期における女性の就労支援方策
  3. 今後検討すべき課題
    - ア) 雇用環境の改善に関わるもの
    - イ) 子育て支援に関わるもの
- 3) 今後、さらに議論が深められるべき課題
  1. 不妊が原因で子どもができない男女への対応等
  2. 多様な形態の家族のあり

おわりに 人口減少社会を「ゆとりと潤いのある社会」に

---

注

- <sup>1</sup> <http://www.baobab.or.jp/~goto/syosika.html>
- <sup>2</sup> 主要地域には、中国に返還された香港や、米国でありながらミクロネシアにあるグアムなど、国以外の地域も含まれている。
- <sup>3</sup> National Bureau of Statistics, P.R.China, China Statitical Yearbook 1999,  
<http://www.sfpc.gov.cn/n/edatabir1.html>
- <sup>4</sup> 朝日新聞(2000.10.1)「一人っ子政策 20年 農村に新標語登場 中国」。
- <sup>5</sup> 日経新聞(2000.02.18)「人口抑制目指し「二人っ子政策」」
- <sup>6</sup> <http://www.yy-web.net/~popoken/syomei/0syomei.htm> (2000年9月14日、現在)
- <sup>7</sup> <http://www.yy-web.net/~popoken/syomei/syomei5.htm> 投稿番号 250
- <sup>8</sup> <http://www.yy-web.net/~popoken/syomei/syomei7.htm> 投稿番号 322
- <sup>9</sup> 同上 Web サイト 投稿番号 323
- <sup>10</sup> <http://www.yy-web.net/~popoken/syomei/syomei8.htm> 投稿番号 389
- <sup>11</sup> 同上 Web サイト 投稿番号 390
- <sup>12</sup> 原文 “All couple and individuals have the basic right to decide freely and responsibly the number and spacing of their children and to have the information, education, and means to do so;” United Nations(1975) ” Report of the United Nations World Population Conference. ”
- <sup>13</sup> 原文 “No one shall be subjected to arbitrary interference with his privacy, family, home, or correspondence, nor to attacks upon his honor or reputation. ” United Nations(1948) “ The Universal Declaration of Human Rights. ”
- <sup>14</sup> カイロ行動計画(1995年)のパラグラフ7.2、リプロダクティブヘルスの定義の原文：  
( . Reproductive Rights and Reproductive Health, ” Population and Development 1: Programme of Action Adopted at International Conference on Population and Development, Chairo, 5-13 September 1994, United Nations 1995: p.30 より )  
7.2 Reproductive health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. Reproductive health therefore implies that people are able to have satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this last condition

---

are the right of men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as well as other methods of their choice for regulation of fertility which are not against the law, and the right of access to appropriate health-care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant. In line with the above definition of reproductive health, reproductive health care is defined as the constellation of methods, techniques and services that contribute to reproductive health and well-being by preventing and solving reproductive health problems. It also includes sexual health, the purpose of which is the enhancement of life and personal relations, and not merely counseling and care related to reproduction and sexually transmitted disease.

<sup>15</sup> カイロ行動計画（1995年）のパラグラフ 7.3、リプロダクティブライツの定義の原文：

（ . Reproductive Rights and Reproductive Health, ” Population and Development 1: Programme of Action Adopted at International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994, United Nations 1995: p.30 より）

7.3 Bearing in mind the above definition, reproductive rights embrace certain human rights that are already recognized in national laws, international human rights documents and other consensus documents. These rights rest on the recognition of the basic right of all couple and individuals to decide freely and responsibly the number, spacing and timing of their children and to have the information and means to do so, and the right to attain the highest standard of sexual and reproductive health. It also includes their right to make decisions concerning reproduction free of discrimination, coercion and violence, as expressed in human rights documents. In the exercise of this right, they should take into account the needs of their living and future children and their responsibilities towards the community. The promotion of the responsible exercise of these rights for all people should be the fundamental basis for government- and community-supported policies and programmes in the area of reproductive health, including family planning. As part of their commitment, full attention should be given to the promotion of mutually respectful and equitable gender relations and particularly to meeting

---

the educational and service needs of adolescents to enable them to deal in a positive and responsible way with their sexuality. Reproductive health eludes many of the world's people because of such factors as: inadequate levels of knowledge about human sexuality and inappropriate or poor-quality reproductive health information and services; the prevalence of high-risk sexual behaviour; discriminatory social practices negative attitudes towards women and girls; and the limited power many women and girls have over their sexual and reproductive lives. Adolescents are particularly vulnerable because of their lack of information and access to relevant services in most countries. Older women and men have distinct reproductive and sexual health issues which are often inadequately addressed.

<sup>16</sup> <http://www.lapjp.org/lap1/lap2/nlback/nl23/nl23-3.html>

<sup>17</sup> 資料 A) は、1997 年 10 月 27 日に、「少子化に関する基本的考え方について」と題して、厚生省大臣官房政策課調査室が 1997 年 10 月の人口問題審議会の内容を、以下のウェブサイトで公開していたものである。しかし、現在は閲覧することができない。参考までに、その目次のみを添付する。<http://www.mhw.go.jp/shingi/s1027-1.html>