

終章 少子化対策と不妊治療支援のあり方

最後にこれまでの考察から、本研究によって得られた知見をまとめる。それとともに、少子化対策の中で不妊の問題をどのように取り扱っていくべきか、また少子化対策が今後どのような方向へ進むべきかについての私見を述べ、結論としたい。

1. 少子化までの経緯と少子化対策の現状

まず、日本が少子化へ至るまでの経緯は次の通りである。戦後、出生率が低下し始めた原因は、第二次世界大戦直後の1948年に優生保護法が成立し、実質的に人工妊娠中絶が合法化されたことによる影響が大きい。特に、第二次世界大戦後の復興期（1946-1954）から高度経済成長前期（1955-1965）にかけては、中絶の実施件数が急激に増加し、出生に対し60%から70%も中絶される時期が10年近く続いた。また、政府が家族計画を推進すべく、受胎調節（バースコントロール）の指導を実施し、人々が避妊の知識を持つようになったことも、出生率の低下に影響を及ぼしている。家族計画が普及した結果、無計画な妊娠や出産は減少し、これに加え、医療の発達により乳幼児の死亡率が低下してきたことも関連して、夫婦が多産である必要がなくなった。これらの要因によって、戦後から現在にかけては少産少死の傾向が定着し、それに伴って合計出生率が下降して少子化への流れがつけられてきた。

また、高度経済成期（1966-1972）には、経済発展を優先するあまり、出産や育児が障害となるような労働環境や雇用条件が形成された。男性は仕事を優先し、父親が育児に割く時間はきわめて少なく、母親が育児・教育などの負担を一手に引き受けるのが一般的となった。このため、子どもを持つ女性が働く場合には、過重な負担を抱えざるを得ない状況が生まれた。この傾向は現在も引き続きみられ、就労と出産・育児を両立しにくい環境が、人々の出産意欲を削ぐ原因となっている。

さらに経済低成長期（1973-1986）からバブル期（1986-1991）にかけては、一人の子どもに多額の育児費や教育費をかける親が増大した。そして、バブル崩壊（1991）を経た現在に至っては、子どもを養育するための費用や教育費が家計にとって大きな負担となり、子どもの数を制限する夫婦も少なくない。このような結果、現在、希望する子ども数よりも実際に妊娠・出産する子ども数が少ないという夫婦が多く、このような状況が「少子化」という形となって顕在化してきている。

さらに、少子化の進行は、婚姻関係にある夫婦や子どもを持つ親の行動の変化だけでなく、独身の生殖年齢にある男女のライフスタイルが大きく変化してきていることにも起因している。たとえば、高等教育を受ける女子の数が増加し、それに伴って女性の就業率が

上昇している。そのため、女性の晩婚化、及び晩産化が進み、結果的に出生力に影響していると言われる。

このような様々な要因がからみ、戦後から現在にかけて、出生率は一貫して下降しつづけてきた。そして、近年では人口減少社会が日本の未来に大きな影響を与えると、大きな社会問題となっている。現在、厚生労働省や地方自治体は出生率の低下に歯止めをかけ、出生回復を図るために、少子化対策を講じている。出生回復のための具体的な対策として取り上げられているのは、性別役割分業の是正、職場優先の企業風土の是正、育児環境の充実、仕事と出産・育児が両立できる雇用環境の形成、保育サービスの整備と充実、住宅普及などの生活環境の整備、教育に伴う経済的負担の軽減、子育て費用の軽減、母子保健医療体制の充実などである。

そして少子化対策の中では、不妊治療を受けたい人を支援すれば、出生回復に一役かう可能性がある、不妊治療支援を検討する動きがみられる。すでに実質的な少子化対策として施行されている「新エンゼルプラン」や「健やか親子 21」の中でも、不妊治療支援に関連する項目が含まれている。現在、「新エンゼルプラン」においては、不妊治療支援として、母子保健医療体制の整備の一環として、全国 47 ヶ所に不妊専門相談センターを設置すべく「不妊専門相談センター事業」を展開している。また、「健やか親子 21」では、「安全で安心して出産できる環境の実現」のための項目で不妊治療支援をあげ、具体的には「不妊相談をはじめとした情報提供体制の整備とカウンセリングを含む利用者の立場に立った治療法の標準化」に取り組んでいる。また衆議院の解散によって成立はしなかったが、1999 年末から 2000 年のはじめにかけては、少子化対策を法制化しようと「少子化社会対策基本法案」が国会で審議された。この中でも、不妊にかかわる情報提供と不妊相談センターの設置、良質かつ適切な保険医療サービスの提供、不妊治療に係る研究に対する助成等が盛り込まれていた。そして、現在は、「少子化対策プラスワン」と称して、厚生労働省が新たな総合的な少子化対策案を検討している。この中では、不妊治療費に対する財政的支援が議論の的となっている。

このように、不妊治療支援が少子化対策と関連づけて検討されるようになってきているが、出生率の低下に歯止めをかけ、出生回復を図るといふ人口問題の打開策として、不妊治療を支援することに問題はないのだろうか。そこで、この点について検討をすすめた。

2. 不妊の現状からみえる少子化対策における不妊治療支援の問題点

少子化対策の中で不妊治療支援が注目される一方、不妊の現状を考察すると、さまざまな問題が山積していることがわかった。これらの問題点を、不妊症および不妊治療の現状からの視点、妊孕力という生物学的視点、政策および倫理的な視点から整理したものが、次の 7 点である。

第1に、不妊症の現状をみると、日本における不妊出現の頻度が不明であるという問題があげられる。不妊出現の頻度については、まだ日本で実態調査が実施されたことはなく、海外における不妊出現の頻度に関する報告をみると、8%から24%と幅があるが、その大部分が日本で一般によく言われる「10組に1組」の割合よりも大きい。すなわち、日本においても、不妊カップルは、婚姻カップル全体の10%に留まっているかどうかは不明である。不妊出現の頻度が不明であれば、不妊治療費に対する経済的支援を検討する際、支援にかかるさまざまな予算を算出することは困難である。また、高度生殖補助技術だけでなく、排卵誘発剤や人工授精における臨床成績が明らかにされなければ、不妊治療支援によって出生回復の効果がどの程度期待できるのかを予測することも困難である。このようなことから、少子化対策として不妊治療支援を検討する場合には、日本における不妊出現の頻度や、不妊治療経験者、不妊当事者に関する実態調査を実施することが不可欠である。

第2に、不妊治療の現状に目を向けると、現在、一部の不妊検査や排卵誘発剤には保険が利くものの、人工授精や体外受精などの生殖補助技術に保険は適用されていない。人工授精の場合は、平均1万から3万円で、体外受精の場合は、平均30万から40万円の費用がかかる。しかも医療施設によって同じ技術であっても費用に大きな差がみられる。また、人工授精も体外受精も妊娠率・出産率は決して高くなく、不妊症患者は妊娠するまで繰り返しこれらの技術を受けることが少なくない。したがって、不妊治療を受ける患者には、身体的・精神的な負担とともに医療費にともなう経済的負担がかかり、不妊の当事者たちの間からも、不妊治療に対しての財政的支援を求める声が大きい。政府が、出生回復のために「不妊治療支援」をとりあげるならば、この不妊症患者の治療費に対する財政的支援を避けて通ることはできない。不妊治療支援の策定に際し、限られた医療財政の中で不妊治療費に対する支援費をどのように捻出するかという具体的な構想を政府は示す必要がある。

第3に、近年の生殖補助技術の進歩は、これまでには考えられなかった妊娠や出産、家族形態を生み出している。たとえば、代理出産、閉経を過ぎてからの高齢出産が実際に起きている。また本来、双子、三つ子として生まれてくるはずの子どもたちが年月を隔てて誕生したり、死んだ夫の精子を使って子どもが誕生してきている。今後は、クローン技術を使った不妊治療や人工子宮なども開発される可能性があり、これらの技術には一般の人々も巻き込んだ、社会的・倫理的な検討が必要である。しかし少子化を理由に、子どもを産むことや出生数を増やすことを優先する雰囲気広がれば、このような生殖補助技術の社会的・倫理的な議論は軽んじられ、技術開発の暴走も招きかねない。

第4に、生物学的視点から考察すると、不妊は「婚姻関係にある夫婦」に限定して起こる障害ではなく、生殖年齢にある男女すべてに起こりうるという点に留意する必要がある。すなわち、「不妊治療支援」の対象を、婚姻関係にある子どものいない夫婦に限定しても、その他に妊孕力に問題を呈する人々は存在する以上、妊孕力という側面から見た場合には、出生対策として不十分である。また、医学文献や調査データによれば、不妊を誘発する要因として、「加齢による影響」「環境因子による影響」「性感染症の影響」があげられている。女性の晩婚化に伴う晩産化が進行する現在、今後、加齢に起因する不妊症女性の増加が予測される。また、俗に内分泌攪乱化学物質（環境ホルモン）が、人間以外の生物の生殖に悪影響をもたらしているという報告は数多くみられる。このような報告から、内分泌攪乱化学物質が人の生殖機能や次世代を担う子どもたちの身体や精神発達にも悪影響を及ぼす可能性がある」と指摘する専門家もいる。たとえば男性の精子の質の低下や数の減少、女性の子宮内膜症の増加などを引き起こすのではないかと警告されている。また女性の体内に蓄積された内分泌攪乱化学物質が妊娠時、臍の緒を通して胎児へと移行し、それによって胎児が悪影響を受ける可能性も指摘されている。さらに、近年、若年層の性行動の活発化に伴って性感染症が増加しており、これが不妊の増加を招く要因となるとも考えられる。

このように、生殖をとりまく現在の環境をみると、今後も不妊が増加しつづける可能性は高いと予想される。不妊が今後も増加しつづけるならば、生殖補助技術の力だけで不妊の問題を解決するには限界があり、出生対策としても不十分である。今後は不妊の根本原因に対処するための取り組みが求められる。

第5に、政策という視点から考察すると、少子化対策が出生政策であるということを前提とした上で、次のような問題点があげられる。政府は不妊治療を強制しているわけではないが、少子化対策が出生回復を目的としている以上、不妊当事者に不妊治療を奨励する意図があることは明らかである。政府の不妊治療を奨励する姿勢は、社会にも影響を及ぼし、子どもが出来なければ不妊治療を受けることを当然と考える人が増え、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を強めることが予想される。そして不妊当事者は、不妊治療に関連するさまざまな事柄を自ら選択することが難しくなったり、周囲の圧力によって不妊治療を受けざるを得ない人が増えてくる可能性が出てくる。

第6に、不妊治療支援が少子化対策の中で行われた場合、将来、出生率が回復すれば、これらの支援はすべて打ち切られる可能性がある。また、不妊治療支援が出生回復にあまり効果をもたらさないという結果が出された場合にも、支援が打ち切られる可能性もある。

第7に、少子化対策が出生回復を目的としている以上、個よりも国全体の利益を優先し、このような傾向が、医療の現場にも影響して、個々の不妊女性への配慮よりも、妊娠率・

出産率の向上を第一とする状況が生まれる可能性がある。すなわち、不妊当事者の自由や正義、福祉が侵害される可能性がある。

これらの問題点を踏まえ、次に、少子化対策の中で不妊の問題はどのように取り扱われるべきか、また不妊治療支援はどのように取り組まれるべきかについて私見を述べ、出生回復を達成するための理想的な方向性を示す。

3. 不妊治療支援、および出生回復のための提言

不妊カウンセリングや不妊専門相談に力を入れ、不妊治療の経済的負担を軽減するなど不妊治療支援を実施すれば、潜在的な不妊治療の需要が喚起され、出生数の増加に寄与するかもしれない。しかし、出生回復のために少子化対策の中で不妊治療支援を実施した場合、不妊治療を受けない不妊当事者に対する社会的圧力の強化や、不妊治療をめぐる選択や自己決定の侵害、生殖補助技術の開発の暴走などさまざまな問題が生じてくる。少なくとも形骸的な支援にとどまらないよう、不妊当事者個々の状況を視野に入れ、不妊カウンセリングや不妊専門相談については、不妊当事者が利用しやすい環境整備のための具体的内容を示し、不妊治療費の経済的支援については、それに伴う予算の捻出方法などを提示する必要がある。形骸的な不妊治療支援は、不妊当事者に危害を与えることになりかねない。

むしろ、少子化対策として「出生力」や「不妊」に注目するならば、人の妊孕力を視野に入れた対策をとるべきである。人の妊孕力が低下していくならば、生殖補助技術の力に依存する現在の不妊治療支援策だけでは根本の解決にならない。さらに、妊孕力の低下に伴い、不妊増加の傾向が顕著に社会の表面に現れてきたときには、いくら対策を講じても、その回復にはかなりの期間を要することが予測される。このようなことから、少子化対策の中では、妊孕力の低下を防止し、妊孕力を維持するための対策、すなわち、不妊防止策や生殖能力維持策を検討するべきである。例をあげれば、環境ホルモン対策の強化、性感感染症の蔓延を阻止するために若者への性教育を徹底するなどが、結果的に将来の出生力維持に効果をもたらすかもしれない。それと同時に、このような対策は、人々の健康や福祉の面にも大きな利益になり、倫理的な問題と衝突することもない。

しかし、不妊当事者から不妊治療支援を求める声も多く、これらの声を無視するわけにもいかない。人は誰もが、生涯を通じた性と生殖システムにかかわる健康を意味する「リプロダクティブヘルス」を得るための権利、「リプロダクティブライツ」を有している。この権利は、1974年の世界人口行動計画で承認され、1994年のカイロ人口開発会議で、リプロダクティブライツという概念となって、現在世界的に認められている。リプロダクティブヘルスには「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な適切なへ

ルスケアサービスを利用できる権利」が含まれており、これを得る権利として存在するリプロダクティブライツの尊重から不妊治療支援は実施されるべきである。リプロダクティブライツとして実施されれば、出生率の増減などに伴う人口変動に左右され不妊治療支援のあり方が変わることはなく、不妊治療支援の質や量も保障されることになる。

また、不妊を「健康」という側面から捉えていく方法も有効である。世界保健機関では、「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」と定義している。不妊に悩んだり、不妊治療を受けている時は、不妊当事者に身体、精神、経済面で多くの負担がかかっていると言われる。健康の定義に則せば、不妊は疾病ではないが、不妊当事者の生活の質（QOL）という側面からみれば、決して「健康的な状態」とは言えない。従ってQOLの向上、および健康の維持という目的で不妊治療支援が実施されれば、より不妊当事者の立場にたった支援が実現されることになる。このような意味で、不妊治療支援は人口政策以外の公共政策、たとえば社会福祉政策や社会保障政策のような「健康」と強い関連を持つ公衆衛生行政を通して実施されるほうが望ましい。これらの政策によって、出生回復には即効的な効果がみられなくとも、個人にはより多くの自由や権利が保障されるという利益をもたらす。その結果、副次的に人々が出生の動機を持つようになり、出生増加へと結びつく可能性もある。

国家に人口問題が浮上したとき、個人の権利や自由を制限して国のめざす目標を達成しても、そこに暮らす人々は真に幸福にはなれない。少子化対策は出生率の低下に歯止めをかけ、出生回復させることを目的とする出生政策である。日本政府のとるべき姿勢は、このような出生政策を通して人口を増やすための対策を講じることより、公衆衛生行政や家族政策のような他の公共政策に取り組むことによって国民の自由や福祉を守り、人々にこの国で安心して豊かに暮らせると実感を持たせることである。この結果、人々の間に新たな出生の動機が起こり、出生回復へと結びつけば、出生率低下の問題解決と、国民の生活の質（QOL）の向上の両方を実現することが可能になる。これが理想的な出生回復のシナリオであり、その意味では、出生回復そのものを目的とする少子化対策の存在自体を問い直す必要がある。

【謝 辞】

本論文の執筆に際し、ご指導下さった嵯峨座晴夫教授、ならびに貴重なコメントやアドバイスを下さった木村利人教授に深く感謝いたします。