

医療政策

volume 1

政策提言：
少子化と女性の健康

日本医療政策機構

医療分野は国民が最も重視し、不満を持っている政策領域です。近年の内閣府による世論調査では、国民はあらゆる生活領域の中で医療分野を最も重視し、政策的にも医療への注力を期待しています。一方で、国民の9割近くが現在の医療政策に不満を持っているという調査結果もあり、医療政策の速やかな改善が望まれています。

また、世界的にも、国境を越える感染症への対策、世界の人口の大半が生活する開発途上国における保健医療体制の整備といった「グローバル・ヘルス」の領域が、重要な安全保障・外交政策分野として台頭しており、日本にも大きな役割が期待されています。

こうした国内外の重要な医療政策課題に、国民が主体的に取り組み、日本としての方向性を見出すためには、現状に関する正確な情報や、政策の選択肢の中で、そうした政策選択が意味する価値観や思想についての議論が積極的に行われる必要があります。

このような問題意識に基づき、医療政策に関する研究・教育・政策提言を促進し、その質を向上させることが、日本医療政策機構のミッションです。国内外の医療政策の研究教育機関、シンクタンクとも連携し、より良い医療が国内外で提供されることに貢献できれば幸いです。

日本医療政策機構：政策提言シリーズ

日本医療政策機構においては、重要な医療政策課題について、新たな視点の提供や、議論の深堀が不可欠であると思われた際に、委員会を設置し、同委員会が政策提言をとりまとめ、発表します。

政策提言の内容は、当該委員会の意見として、当該委員会の責任において提示されるものであり、日本医療政策機構の構成員全員の意見を代表するものではありません。

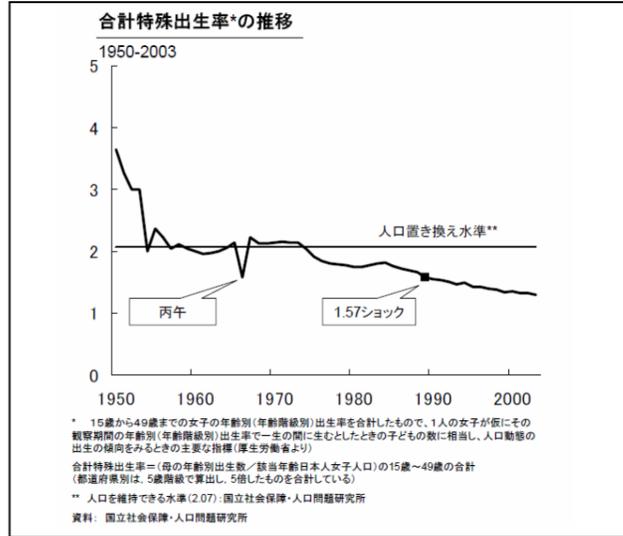
政策提言の内容そのものについては賛否があったとしても、多様な意見が提供され、国民の視野が広がり、議論が深まることが、医療政策の質の向上には不可欠です。日本医療政策機構政策提言シリーズがそのような目的を達成する上で一助となれば幸いです。

「少子化と女性の健康」

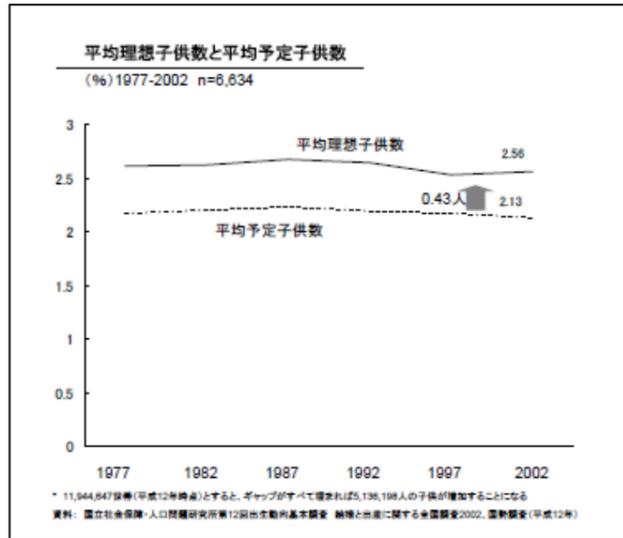
提言の全体像

まとめ

少子化対策においては、経済・社会的要因を克服するための援助に加え、もう一つの重要な要素である精神・身体的要因に対する保健医療的視点からの施策が必要である。不妊治療の充実、母体を損ね妊娠の妨げとなる性感染症・中絶の防止、ならびに妊娠のための新技術に関する法制度の整備の三項目を重点的に推進することにより、理想の子供数(2.56人)と予定子供数(2.13人)のギャップを埋め、理想に近づけるとともに、更なる少子化を食い止めることができるであろう。

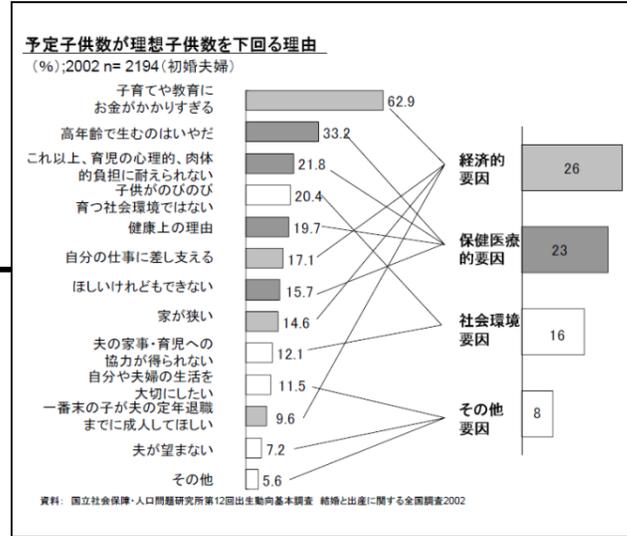


日本における少子化の進行は著しく、合計特殊出生率は人口置換水準を大きく下回り、かつ2010年には確実に65歳以上の人口が15歳以下の人口を上回る

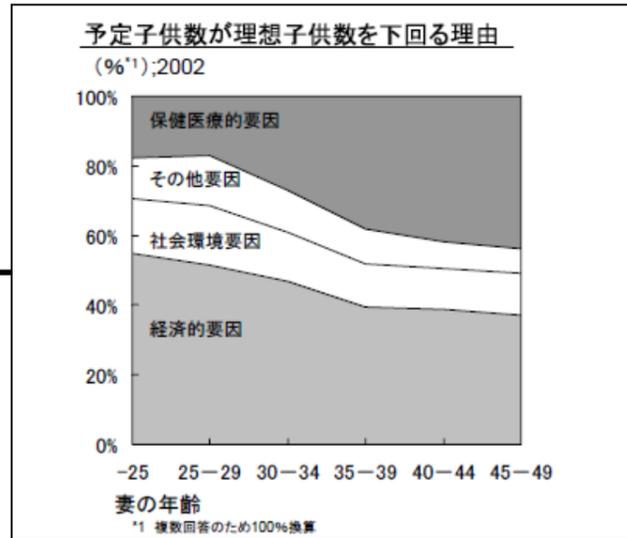


初婚夫婦に対する調査によると、平均理想子供数は2.56人であるが、予定子供数は2.13人とどまる

すべての女性が理想子供数を出産できる社会を実現することが重要
そのため、予定子供数を理想子供数と同水準にまで引き上げることに注力すべき



予定子供数が理想子供数を下回る原因としては、もっとも大きい要因は経済的なものであるが、ついで保健医療的要因となっている



経済的な要因は特に20代の女性にとって大きい、30代以降は保健医療的な要因が大きくなる

経済・社会的な施策のみならず、少子化において主要な問題のひとつである保健医療的な問題に関しても重点を置いて取り組むべきである

()人数・千人

生殖可能年齢女性数
(29,276)



有パートナー率
(20,979)



妊娠可能率
(8,525)



妊娠率
(1,752)



非流産・中絶率
(628)

- 妊娠可能年齢が過ぎてからも出産/子供を持てる技術開拓、法整備

- 性行動に関する教育の徹底
- 新たな家族形態の採択

- 仕事・出産・育児のタイミングに関するライフデザインの決定

- 不妊治療の質の底上げ
- 新たな不妊治療技術の採択
- 出産が困難な女性への家族支援

- 出産を促す教育
- 中絶(再発)予防教育
- 出産後の養子制度の見直し

政策の3本柱

不妊治療の充実

若者の性感染症・中絶防止

新技術に関する法制度の整備

出生にいたる女性の行動要素を分解することにより、きめ細かく、かつ効果的な施策をたてることができる

上記3本柱のみではなく、社会、経済政策も重要な要素であり、特に上記政策を実現するために、新たな家族形態の導入(里子制度の充実など)を図る必要がある

目次

0. 要旨

I. 少子化の現状

II. なぜ「少子化」は問題か

III. なぜ保健医療政策か

IV. 出生率を上げるための3つの重要な保健医療政策領域

1. 不妊治療の充実
2. 性感染症・中絶の防止
3. 新技術に関する法制度の整備

V. 具体的な政策提言

添付資料： ピア・レビュー
 研究会メンバー

要旨

少子化対策においては、経済・社会的要因を克服するための援助に加え、もう一つの重要な要素である精神・身体的要因に対する保健医療的視点からの施策が必要である。不妊治療の充実、母体を損ね妊娠の妨げとなる性感染症・中絶の防止、ならびに妊娠のための新技術に関する法制度の整備の三項目を重点的に推進することにより、理想の子供数（2.56人）と予定子供数（2.13人）のギャップを埋め、理想に近づけるとともに、更なる少子化を食い止めることができるであろう。

日本は世界で最も出生率が低い国の一つ

少子化の進展により、日本の合計特殊出生率は2003年には1.29と過去最低の水準となり、人口置き換え水準の2.07を大きく下回っている。わが国の出生率は、欧米先進諸国であるG7の中でも、イタリアを除いて最も低い。アジアの中では、香港、韓国など日本よりも出生率が低い地域も存在するが、現在の日本の下降傾向が続けば、世界中で最も少子化が進行した国の一つとなることは間違いない。

個人あるいはカップルの理想出生数の実現のために

こうした少子化の進展に対して、高齢化と相俟って社会保障費の負担が高まり、経済力が低下するといった問題意識から、出生率を上げるべきだとの意見が経済界などにある。一方では、江戸時代までの日本の人口は現在の4分の1以下であったこと、そして日本の平地での人口密度が世界的に見ても高水準にあることを踏まえ、人口密度と相関の強い環境破壊を制限するためにも、むしろ人口が減少し続けることが望ましいという意見も存在する。

上記二つの視点は、一見相反する視点ではあるが、「社会の目的を達成するために出生の方向性を政策的に誘導する」という発想においては共通している。しかし本研究においては、経済や環境の政策目標のために出生を誘導するという発想ではなく、個人あるいはカップルが望んでいる出生数に現在の出生数が達していないという点を最大の問題点として、国民の理想出生数を実現するための政策を提言していくものである。

理想出生数を実現できない理由は、第一に経済的要因、第二に保健医療的要因

日本のカップルの理想子供数は2.56人であるが、予定子供数は2.13人と0.43人も下回っている。予定数が理想数を下回っている理由としては、経済的な要因が26%で最も大きい、第二の要因の保健医療的な要因は23%であり、ほぼ同水準の重要性

がある。年齢別に見ると、25歳までは経済的な要因の重要性が際立って高いのに対して、30代以降は保健医療的な要因の重要性が高まり、40歳以降は保健医療的な要因が最も重要となっている。今後、高齢化が進めば、保健医療的な要因の社会的な重要性はさらに高まることとなる。このように、少子化対策において、保健医療的な取り組みは重要であり、不可欠であるが、これまでの少子化対策では経済的要因に対する政策のみが強調され、保健医療的な視点が不足していた。本研究においては、これまで不足していた保健医療的な要因に着目して政策提言を行うことで、よりバランスが取れた、効果的な少子化対策の形成に寄与したい。

出生率を上げるための3つの重要な保健医療政策

現在の出生数は112万人程度だが、この数字を保健医療的な観点から、出産までの流れとして定量的に押さえると、幾つかの変数によって規定することができる。すなわち、15～49歳の「生殖可能年齢人口」が2,928万人、その中で「有パートナー人口」が2,098万人、その中で妊娠を希望しているか不注意で避妊をしていない「妊娠可能人口」が853万人、「妊娠数」が175万人、その中から「流産・中絶数」の63万人を除き、結果として112万人の出生数となっている。

出生数を増やすためには、これらの変数をいずれかを動かす必要があるが、その方法として、保健医療の観点から最も重要な政策は以下の3つである。第一は、子供を産みたいが、なかなか産めない女性を支援する「不妊治療の充実」である。全国で不妊治療を行っている600以上の医療機関の質のばらつきを是正し、成功率を上昇させること。不妊治療の経済的な負担を緩和する助成金や保険適用を強化すること。そして、不妊治療が成功しないカップルには精神的サポートを整備することが必要である。第二は、そもそも子供が産める健康状態を確保するための「若者の性感染症・中絶の防止」である。若者の性交渉率が年々高まるにつれて性感染症と中絶が増加しており、この双方が流産率、不妊率の上昇につながっている。特に問題なのは、中絶のリピーターが3割程度存在することであり、医療現場・学校での再発防止策の強化が必須である。第三は、出生の可能性を広げる「新技術に関する法制度の整備」である。精子・卵子の冷凍保存や外部提供、代理母による出産、着床前遺伝子診断などの技術革新により、出生の選択肢は大きく広がっている。これらの新技術の認可については、生命倫理・社会道德の観点から慎重な検討が必要であるが、一方で、海外でこれらの技術を採用する人々も出てきており、どのような選択肢を日本で提供するのかについて、政府は早急に国民に示していく必要がある。

これら3つの重要な保健医療政策を推進することにより、理想子供数と予定子供数のギャップは縮小する。少子化対策においては、経済・社会的な施策に加えて、これらの保健医療的な施策の強化が極めて重要であり、政府による積極的かつ速やかな取り組みが期待される。

I. 少子化の現状

「1.57 ショック」以降の少子化時代

日本で少子化が国民的に議論され始めたのは、1989年である。この年、合計特殊出生率がそれまでの最低であった1966年（丙午）の1.58を下回る、いわゆる「1.57 ショック」が起これ、「少子化時代の幕開け」として大いに話題を呼んだ。

しかし、人口減の観点から言えば、より重要なのは人口置き換え水準¹を初めて下回った1974年であり、それ以降、合計特殊出生率は減り続けている。2003年時点では合計特殊出生率は1.29と過去最低の水準となっている。[図1]

イタリアに次いで先進国で最も低い出生率

日本は、1950年には先進国で最も出生率が高い国であったが、その後急速に出生率は下がり、現時点ではG7において、イタリアに次いで最も出生率が低い国となっている。また、一貫して低下が続いているため、このままでは、先進国で最も出生率が低い国となる。[図2]

さらなる少子化が進展するアジア諸国

2000年までは、日本は香港を除き、最も出生率の低い国であったが、2003年時点では、韓国、シンガポール、台湾も日本と同水準、または日本を下回る出生率となっており、アジアは世界の中でも最も出生率が低い地域となっている。[図3]

出生率が1.0の東京都

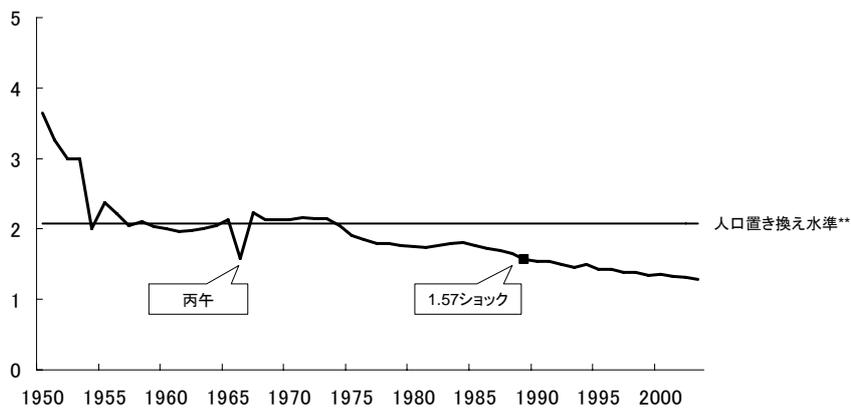
全体として出生率が低いわが国だが、都道府県別に見てみると、出生率には大きなばらつきが存在する。沖縄、福島、鳥取、佐賀などにおいては出生率が1.5以上という高い地域が存在する一方で、人口密度の高い関東・関西の都市部における出生率は低く、特に日本で最も出生率が低い東京においては、既に1.0まで下がっている。[図4]

¹人口を一定の規模で保持する合計特殊出生率の水準（2.08前後）。人口統計資料集（2004）国立社会保障・人口問題研究所によると、2002年の人口置換水準は2.07

日本における少子化の現状

合計特殊出生率*の推移

1950-2003



* 15歳から49歳までの女子の年齢別(年齢階級別)出生率を合計したもので、1人の女子が仮にその観察期間の年齢別(年齢階級別)出生率で一生涯に産むとしたときの子どもの数に相当し、人口動態の出生の傾向をみとぎの主要な指標(厚生労働省より)

合計特殊出生率=(母の年齢別出生数/該当年齢日本人女子人口)の15歳~49歳の合計(都道府県別は、5歳階級で算出し、5倍したものを合計している)

** 人口を維持できる水準(2.07)-国立社会保障・人口問題研究所

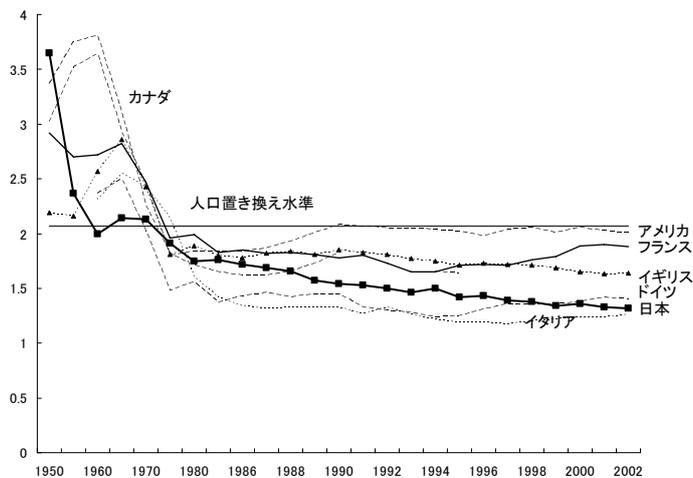
資料: 国立社会保障・人口問題研究所

図 1

欧米における少子化の進行

主要国の合計特殊出生率

1950-2002



•G7諸国においては、出生率は低下する傾向にある

•中でも日本は1950時点では7カ国中最も高い出生率であったが、1999年よりドイツを下回り、ますます下降の一途をたどっている

•アメリカは高水準を保っている

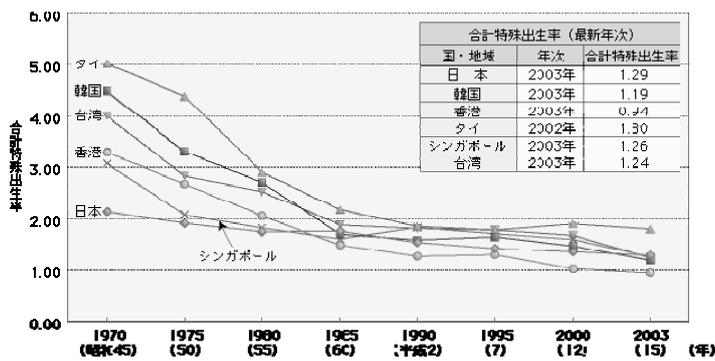
•フランスは近年出生率が上昇傾向にある

資料: 国立社会保障・人口問題研究所推計(1950年以降はUN, World Population Prospects: The 2002 Revision(中位推計))による各年中央推計人口に基づく。ただし、日本は総務省統計局『国勢調査報告』及び国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』(平成14年1月推計)による人口(中位推計値)

図 2

アジア諸国における少子化の進行

アジアにおける合計特殊出生率比較



•アジアにおいても少子化は進行しており、日本と同等、またはそれ以下まで出生率が低下してきている

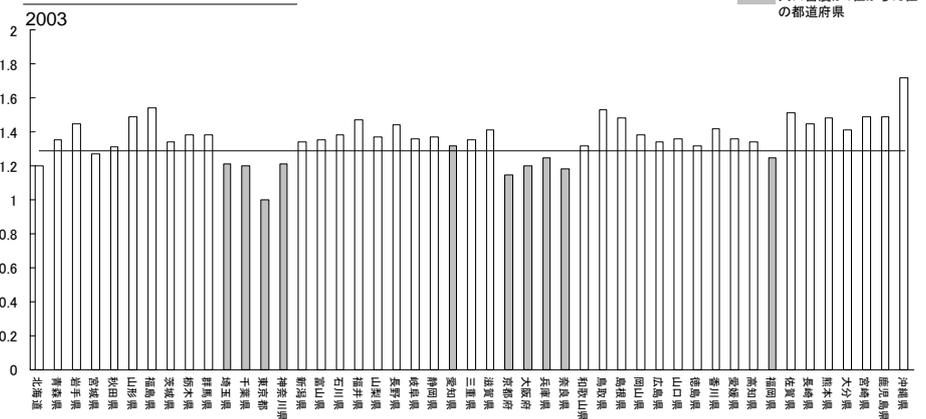
資料：United Nations' Demographic Yearbook ただし、日本は厚生労働省「人口動態統計」、韓国は韓国統計庁資料、香港の1975年以降は香港統計局資料、タイの1995年以降はタイ王国統計局資料、シンガポールはシンガポール統計局資料、台湾は内政部資料、タイの2003年については、2002年のデータ

資料：少子化白書平成16年版

図 3

都道府県別合計特殊出生率

都道府県別合計特殊出生率



- 合計特殊出生率が最も高いのは沖縄県(1.72)、最も低いのは東京(1)となっている
- 人口密度の高い都道府県は合計特殊出生率が低い傾向にある。

資料：国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」、厚生労働省「人口動態統計」。

図 4

II. なぜ「少子化」は問題か

さまざまな視点からの少子化に関する問題提起

昨今、メディアにおいて、さまざまな少子化問題の特集が組まれており、関心を呼んでいる。そもそも少子化は解決すべきという人々。その一方で、少子化がさらに進行し、人口が減少することが望ましいという人々。さまざまな視点からの問題提起があるが、それらの考え方と、本政策提言を行うにあたっての問題意識の違いを明確にしたい。

経済・財政の視点から解決すべき課題としての「少子化」

少子化は解決すべきであるという論旨を展開する人々には、社会保障制度を存続させ、経済成長を持続させる上で少子化（および高齢化）が問題であるという人々が多い。国立社会保障・人口問題研究所の推計[図 5]によれば、2030 年には 15 歳以下の子供が人口の 12%となる一方で、65 歳以上の老人が 30%となり、2050 年には 65 歳以上が約 36%にまで増加する。この少子高齢化の傾向は欧米諸国と比較しても顕著に現れており[図 6]、2050 年時点で 65 歳以上が 30%を超える国はイタリア、日本の 2 カ国のみとなる。少子高齢化を解決するためには、高齢化は避けられない以上、少子化に歯止めをかけ、社会保障負担を軽減し、経済成長を持続させるべきだというのが、これらの人々の論旨である。

環境保全のためには望ましい「少子化」

これに対して、少子化は望ましいと捉える人々も一部に見られる。これは、主に環境保全を訴える団体の意見で、日本における平地の人口密度が先進国の中で極めて高いこと、そして人口密度に比例して環境は劣化するために、日本の人口が減ることはむしろ望ましいという論旨である。また、江戸時代までは日本の人口は現在の 4 分の 1 以下であったことから、長い日本の歴史の中で明治以降の急速な人口増加はむしろ例外であるとの見方もある。

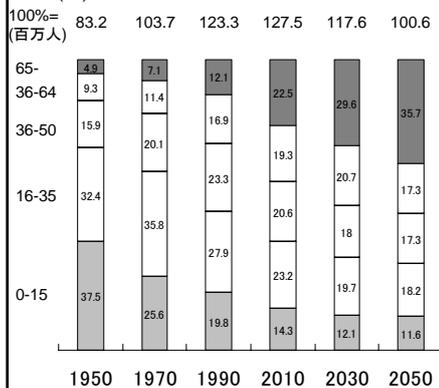
社会目的を達成するための出生なのか

以上 2 つの視点は、一方では少子化は解決すべき、そしてもう一方では少子化は望ましい、というように相反する視点として見られがちだが、双方とも何らかの社会目的を達成するために個人の出生を方向づけようとする視点においては共通している。

少子高齢化の進行

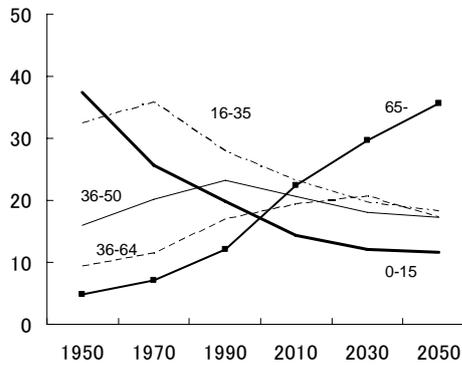
年齢別人口割合推移①

(%)1950-2050



年齢別人口割合推移②

(%)1950-2050



日本における年齢別人口割合は2000年を境に0-15歳、65歳以上の比率が逆転し、その差は拡大する

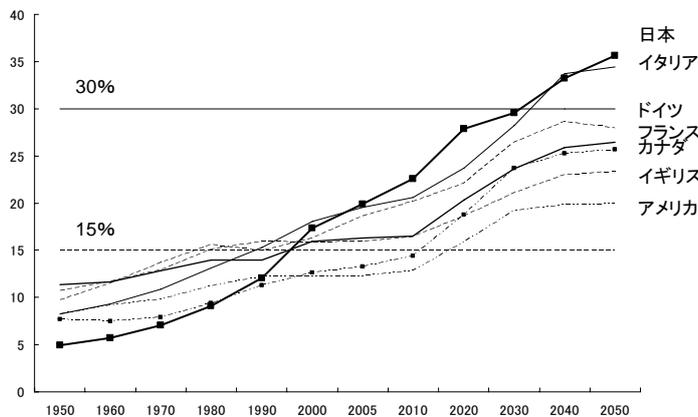
資料：総務省統計局『国勢調査報告』、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口(平成14年1月推計)』

図 5

海外における少子高齢化の進行

主要国の65歳以上人口割合(推計)

(%)1950-2050



日本は1950時点では7カ国中最も低割合だったが、2005年に最高の割合となり、2050年には35%以上となる

資料：国立社会保障・人口問題研究所推計(1950年以降はUN, World Population Prospects: The 2002 Revision(中位推計)による各年中央推計人口に基づく。ただし、日本は総務省統計局『国勢調査報告』及び国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』(平成14年1月推計)による人口(中位推計値))

図 6

では、「社会保障・経済」と「環境」のどちらの社会目的としてより重要か、という議論となりがちだが、その議論で見落とされがちなのは、実際に子供を産む女性・カップルにとって最も望ましい子供数はどの程度かという視点である。

理想子供数を達成するための施策

本研究においては、経済や環境の政策目標のために出生の方向性を政策的に誘導するという発想ではなく、個人あるいはカップルが望んでいる出生数に現在の出生数が達していないという点を最大の問題点とし、国民の理想出生数を実現するための政策を提言していくものである。[図7]

現在、日本のカップルに、どれだけ子供を産みたいかと聞いてみると、平均理想子供数は約2.56であるのに対して、平均予定子供数は2.13であり、理想と予定に0.43のギャップが存在する[図8]。政府がまず注力すべきは、このギャップの数値を狭め、理想と予定を一致させることである。これこそが、最も重要な政策目標である。

少子化の捉え方「なぜ少子化は問題なのか」

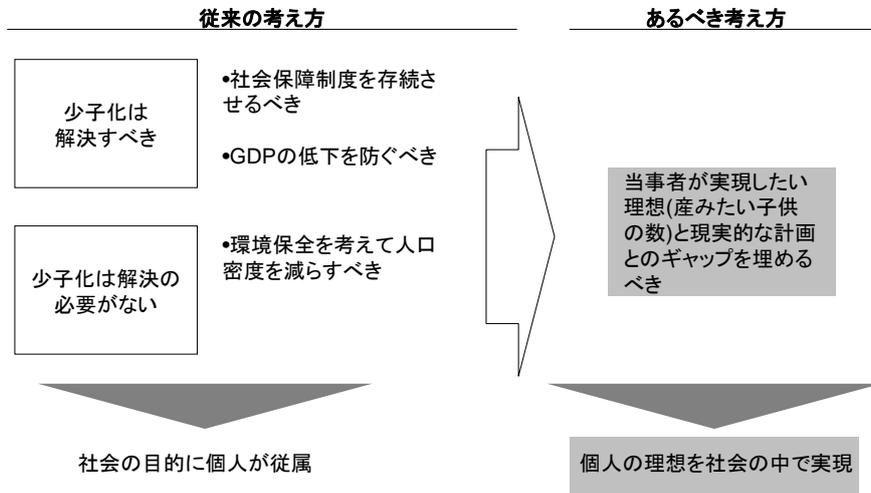
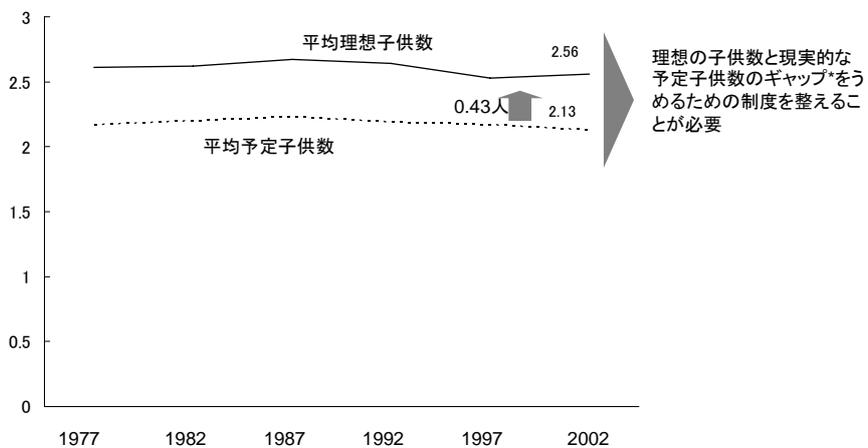


図 7

夫婦の理想子供数、予定子供数の差

平均理想子供数と平均予定子供数

(%)1977-2002 n=6,634



* 11,944,647世帯(平成12年時点)とすると、ギャップがすべて埋まれば5,136,198人の子供が増加することになる

資料: 国立社会保障・人口問題研究所第12回出生動向基本調査 結婚と出産に関する全国調査2002、国勢調査(平成12年)

図 8

Ⅲ. なぜ保健医療政策か

理想子供数と予定子供数のギャップ要因：最も多いのは経済的要因

では、理想子供数 (2.56) と予定子供数 (2.13) のギャップの要因は何であろうか。国立社会保障・人口問題研究所が実施したアンケートの要因を、大きくテーマ別に括ってみると、最も多いのは経済的な要因である (要因の平均=26%)。具体的には、「子育てや教育にお金がかかりすぎる」「自分の仕事に差し支える」「家が狭い」「一番末の子が夫の定年退職までに成人してほしい」といった、経済と密着した問題を原因として挙げる人がもっとも多いのである。[図 9]

理想子供数と予定子供数のギャップ要因：同様に重要な保健医療的要因

しかし、経済的要因と同じくらいの比重で重要なのが、通常は見すごされがちな保健医療的な要因である (要因の平均=23%)。「高齢で産むのはいやだ」「これ以上、育児の心理的、肉体的負担に耐えられない」「健康上の理由」「ほしいけれどもできない」いった保健医療的な要因が、理想子供数を達成できない大きな原因となっているのである。

出生に保健医療的要因が重要であるというのは、出生が保健医療的な行為に他ならないことを考えると当然ではあるのだが、これまでの少子化対策の多くは、経済的要因に注力しており、保健医療的要因への対処は、それに比べて著しく欠如していた。これまで見すごされてきた保健医療的要因の重要性について、客観的に評価し、総合的な少子化対策の中に位置づけようというのが本研究の趣旨である。

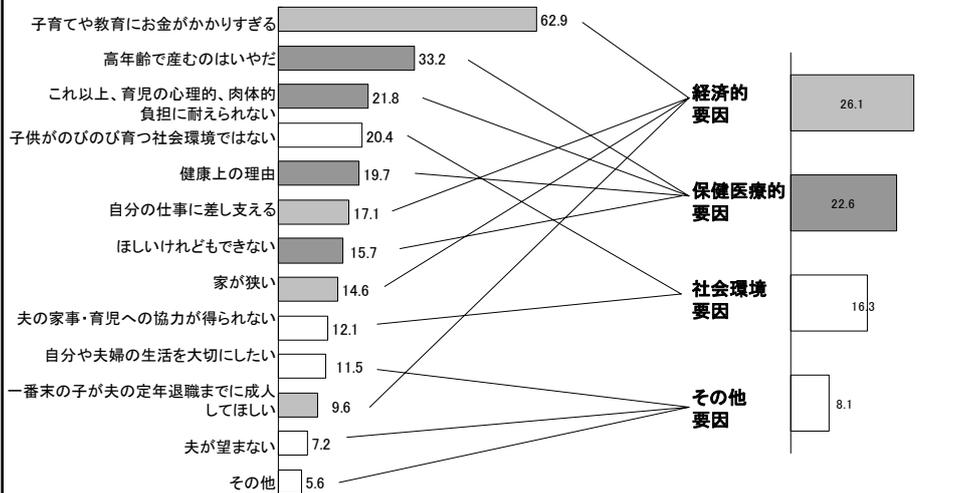
30代前半までは経済的要因が、30代後半からは保健医療的要因が重要

理想子供数と予定子供数のギャップ要因として、全体として最も重要なのは経済的要因であり、それに次いで、ほぼ同水準で重要なのは保健医療的要因であることは、上記に述べた通りである。これを妻の年齢ごとに分解して見てみると、30代前半までは経済的要因が非常に重要で、特に25歳までであれば、原因の60%近くが経済的要因である。しかし30代から徐々に、そして特に30代後半から保健医療的要因が重要になり、さらに40代になると経済的要因よりも保健医療的要因が上回ってくる。当然、加齢にともない出産は難しくなるので、今後、人口がさらに高齢化していくことを考えると、少子化対策を考える上で、保健医療的要因は国民にとってさらに重要になっていくことが分かる。[図 10]

少子化の背景

予定子供数が理想子供数を下回る理由*

(%);2002 n= 2,194(初婚夫婦)



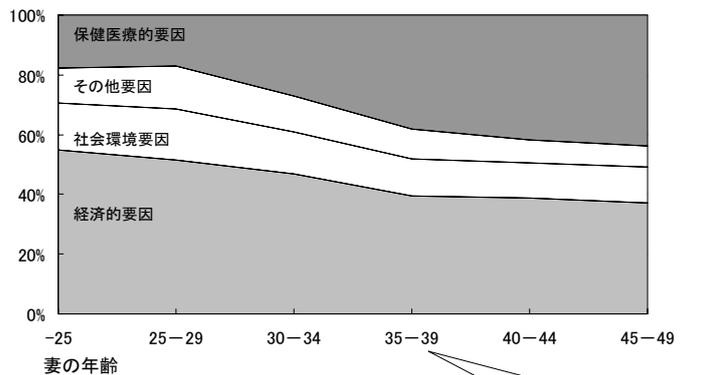
* 複数回答
資料： 国立社会保障・人口問題研究所第12回出生動向基本調査 結婚と出産に関する全国調査2002

図 9

少子化の背景

予定子供数が理想子供数を下回る理由

(%^{*1});2002



年齢が35歳を超えると保健医療的要因が経済的要因と同レベルになり40代からは上回る

*1 複数回答のため100%換算
資料： 国立社会保障・人口問題研究所第12回出生動向基本調査 結婚と出産に関する全国調査2002

図 10

経済的要因に関する議論が深まる中で、少ない保健医療的要因に関する議論

少子化対策としては、特に経済的要因に対処する政策については、海外の先進事例などを参考に、政府あるいは与党、野党にわたってかなり豊富な案が出揃いつつある[図 11～12]。経済的要因が重要であることは間違いなく、よって経済的要因に対処する政策が充実することは望ましいことである。

問題は、こうした政府あるいは与党、野党の案の中で、保健医療的な政策の比重が、国民の理想出産数と予定出産数のギャップの要因の中に占める保健医療的な要因の重要性と比べて著しく低い点である。経済的政策を追求すると同時に、同様の比重で保健医療的な政策も追求する必要がある。

出生に関わる変数とは何か

現在の出生数は112万人程度だが、この数字を保健医療的な観点から、出産までの流れとして定量的に押さえると、幾つかの変数によって規定することができる。すなわち、15～49歳の「生殖可能年齢人口」が2,928万人、その中の「有パートナー人口」が2,098万人、その中で妊娠を希望している又は不注意で避妊をしていない「妊娠可能人口」が853万人、「妊娠数」が175万人、その中から「流産・中絶数」の63万人を除き、結果として112万人の出生数となっている。[図 13]

各変数を見てみると、それぞれに独自の傾向があることが分かる。

まず、「生殖可能年齢人口」の女性の数は、少子化にともなって減少傾向にあり、子供を日本人女性が産むキャパシティは小さくなっている。

次に、子供を産むためのパートナーを得た「有パートナー人口」であるが、ここには2つの側面があり、性経験が若年化していることによりパートナーを得る層が若年層で広がりつつあるものの、未婚率・晩婚化が進むことにより、出生を目的としたパートナーを有する率は全体としては減ってきている。

「妊娠可能人口」についても、不注意で避妊をしていない人、または避妊方法として成功確率が低い手段を採用している人々が多いために、結果として不本意に妊娠可能になっている人が多い反面、カップルが妊娠を希望する時期はどんどんと遅れてきており、妊娠を計画するカップルは減っている。

「妊娠数」は、性交回数と妊孕力で規定される。性交回数については、日本は欧米諸国に比べて大幅に低く²、その中でも都会は地方に比べて低い³ため、その差が妊娠

² durex社 2004 global sex survey reportによると、世界平均は年間103回、最高はフランス137回、日本は最低の46回であった。(http://www.durex.com/JP/GSS2004Results.asp)

³ 上記 durex 調査詳細による

少子化対策の現状①

	政府	民主党案	スウェーデン	フランス
手当	<ul style="list-style-type: none"> 児童手当: 小学3年生まで、所得制限あり(第1子月5000円程度) 児童手当の充実を図り、税制の在り方の検討を深める 	<ul style="list-style-type: none"> 出産一時金の引き上げ 一律20万円の出産助成金創設 義務教育修了までの子ども一人当たり1万6千円を支給する3.6兆円規模の子育て手当での創設 	<ul style="list-style-type: none"> 児童手当: 所得制限なく、16歳未満の子供を持つ親に支給(例: 第1子月950クローナ(14,250円程度)) 住宅手当: 所得水準と住居費に応じて支給 保育料: 子供1人の場合世帯所得の3%(上限あり)教育費は小学校から大学まで無料 	<ul style="list-style-type: none"> 養育手当: 所得制限なく、子供が20歳になるまで支給 ベビーシッター費用の一部を国が負担かつ所得控除の対象 3人以上の子供を持つ家庭はパリ市内の交通費半額割引、学校の昼食代割引、家賃補助、その他合計24種類の手当て
政府の財政投入	<ul style="list-style-type: none"> GDPの0.47% 	<ul style="list-style-type: none"> NA 	<ul style="list-style-type: none"> GDP比3.31%(日本の約7倍) 	<ul style="list-style-type: none"> GDPの2.7%(日本の約5.7倍)
休暇	<ul style="list-style-type: none"> 子供が1歳半になるまで(4月施行^{**})雇用保険で国が給与の4割を保障。ただし、休暇制度はあっても、出産で女性の7割が会社を辞める 男性の休業取得率0.44% 個々人の生活などに配慮した労働時間の設定改善に向けた労使の自主的取組の推進、仕事と生活の調和キャンペーンの推進 	<ul style="list-style-type: none"> NA 	<ul style="list-style-type: none"> 「両親保険法」両親合算で最高480日の育児休暇、うち390日は休暇前収入の80%(上限あり)、残り90日は1日60クローナ(約870円)支給。 母親の7割が1年以上、父親の8割は平均40日間の育児休暇を取得 子供1人につき有給で年間60日まで看護休暇取得可能 	<ul style="list-style-type: none"> 育児休暇: 子供が3歳になるまで父母の両方が取得可能 産休: 16週あり、その間の給料は全額国が支給
税控除	<ul style="list-style-type: none"> 扶養者1人に対して年間38万円を所得から差し引いて所得税を計算 	<ul style="list-style-type: none"> NA 	<ul style="list-style-type: none"> 特になし 	<ul style="list-style-type: none"> 「N分N乗方式」夫婦をそれぞれ1、子供1人を0.5(第3子以降は1)として所得税を計算→子供が多い世帯ほど所得税が軽くなる

* 1974年成立 ** 現在は1歳まで
資料: 全国紙、少子化白書平成16年版

図 11

少子化対策の現状②

	日本	民主党案	スウェーデン	フランス
結婚形態	<ul style="list-style-type: none"> 通常の法的結婚形態が主 地域の子育て支援の拠点づくり(市町村の行動計画目標の実現) 	<ul style="list-style-type: none"> NA 	<ul style="list-style-type: none"> 1987年サムボ法: 同棲、事実婚、内縁関係などの関係を正式結婚と法的に差がない形で認め、財産分与、養育権などを規定(結婚カップルの90%以上がサムボから入る) 	<ul style="list-style-type: none"> 税、社会保障面での同棲カップル、結婚家庭の差別がない PACS(連帯市民協約): 同性、異性を問わず、未婚のカップルに、遺産相続などで夫婦に近い権利(1999より)
婚外子	<ul style="list-style-type: none"> 2003年時点で1.93% 婚外子の相続権は他の子供の二分之一 	<ul style="list-style-type: none"> 母子(単身)家庭の自立を促進するため、保育所の優先入所、親の残業や病気などの場合の子育て・生活支援、職業能力開発などの就労支援等を推進。 	<ul style="list-style-type: none"> 2003年時点で56%(育児支援策に差はない) 第一子出産平均年齢(28.6歳)が平均初婚年齢(30.9歳)より低い 	<ul style="list-style-type: none"> 2002年時点で子供の44.3%、またアフリカなどから養子を受け入れるのも一般的
女性の就業	<ul style="list-style-type: none"> 25歳から44歳の出産期の女性の66.6%が就業 	<ul style="list-style-type: none"> 低年齢児保育、延長保育、休日保育、夜間保育、障害児保育、病児保育など「多様な」保育体制を整備 父母の就業実態に合わせた保育時間の延長を検討 	<ul style="list-style-type: none"> 25歳から44歳の社会進出率は84.3% 12歳未満の子供を持つ親は1日の就業時間を75%まで短縮(給与は一部カット)可能 	<ul style="list-style-type: none"> 24-59歳の女性の約80%及び、3人以上の子供を持つ女性の40%が仕事をしている
その他	<ul style="list-style-type: none"> 待機児童ゼロ作戦のさらなる展開(待機児童が多い95市町村における重点的な整備) 	<ul style="list-style-type: none"> 公教育の現場を重視し、30人学級を推進 コミュニティスクールを提案 子育て支援策・児童相談所の機能充実策 	<ul style="list-style-type: none"> 1歳半以上の就学前児童全員に公的保育の場を提供することが全地方自治体の義務 1歳から6歳児の公的保育率は83%(2003年) 	<ul style="list-style-type: none"> NA
成果	<ul style="list-style-type: none"> 1990年に1.54から2003年に1.29まで、減少傾向 	<ul style="list-style-type: none"> NA 	<ul style="list-style-type: none"> 出生率: 1998年に1.50から2002年に1.65に上昇 	<ul style="list-style-type: none"> 出生率: 1994年に1.65から2003年に1.91に上昇

社会政策に関しては、多くの検討が進められており、更なる検討に期待
資料: 全国紙、少子化白書平成16年版

図 12

出生力分析

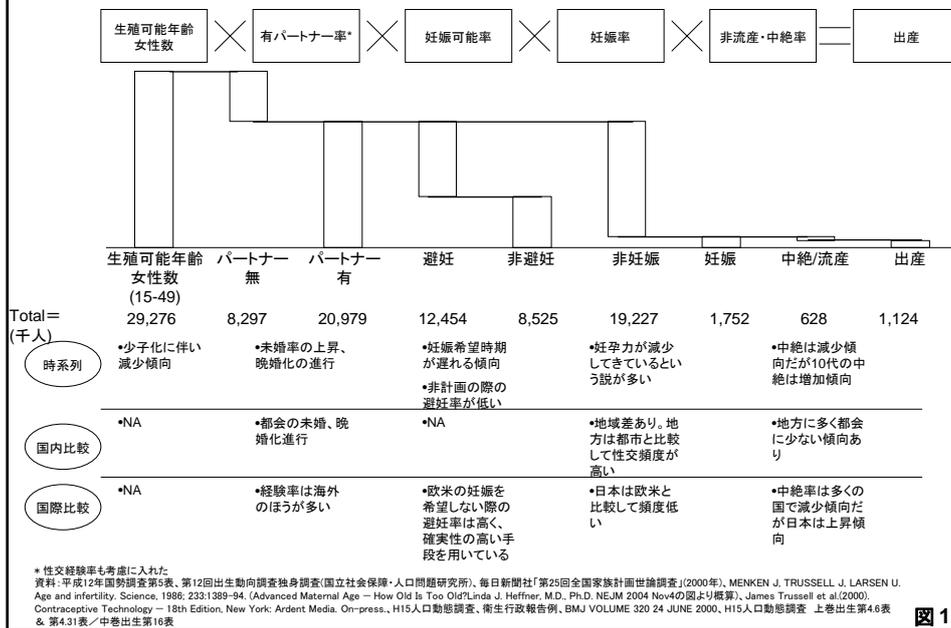


図 13

都道府県別の妊娠率

女性1000人当たり妊娠率*
2003

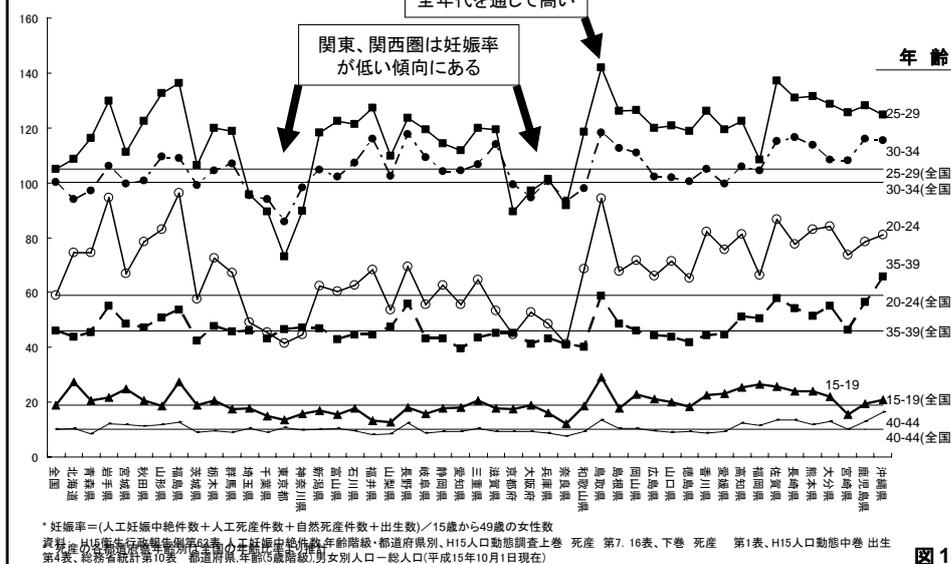


図 14

率の違いに影響している[図 14]。妊孕力については、加齢による低下が大きく、以下の不妊に関する章でより詳細に論じたい。

注目すべきは、「流産・中絶数」である。現在でも流産の件数は、年間約 30 万件⁴に達しており、妊娠の約 6 件に 1 件の割合で生じている。流産とは、妊娠が 22 週未満で終わる場合を指すが、この 22 週未満というのは、産まれた子の生育率の低さを基準に決まっている。従来、流産の定義は、妊娠が 27 週未満で終わる場合を指していたが、今では 27 週に 1 千グラムで産まれた子は 85%生育可能であり、そうした医学的な進歩により、22 週未満となった。予防可能な流産（例、抗リン脂質抗体症候群）については、医学のさらなる進歩を通じて、いかに減少できるかが重要な課題である。また、同様に年間 32 万件程度発生している中絶⁵に関しては、全体としては減少傾向にあるものの、10 代の中絶はここ 20 年ほどで倍増しており、また 10 代で妊娠した女性の 7 割が中絶⁶しているという由々しき事態となっている。これは、絶対的に産まれる子供の数が減少することにつながるとともに、中絶による心身のダメージによって流産率の上昇につながり、長期的な日本の出生数の減少につながる重要な問題であるため、以下の章で詳細に論ずることとする。

3つの重要な保健医療政策

出生数を増やすためには、以上の変数のいずれかを動かす必要があるが、問題は、どのような施策が出生数の上昇に最も貢献するかである。それぞれの変数を動かすための保健医療的な施策を整理し、グルーピングしてみると、最も重要な政策は以下の 3 つとなる。[図 15]

施策① 不妊治療の充実

施策② 性感染症・中絶の防止

施策③ 新技術に関する法制度の整備

以下、大きな施策の柱として挙げられた 3 つの領域のそれぞれについて、その現状と問題点について述べ、最後に具体的な政策提言を行いたい。

4流産件数は女性の各年齢における出生数+人工妊娠中絶件数+人工死産件数と各年齢における流産確率により概算。BMJ VOLUME 320 24 JUNE 2000[図 19]によると、女性の流産率は加齢とともに上昇し、デンマークのデータでは 15-19 歳で 12.6%から 40-44 歳で 47.5%程度となる（人工妊娠中絶を除いた流産率を再計算）。

5衛生行政報告例による。[図 24]参照

6平成 15 年衛生行政報告例、人口動態調査より（人工妊娠中絶件数+人工死産件数／（人工妊娠中絶件数+人工死産件数+自然死産件数+出生数））=68.9%（15-19 歳女性）

保健医療政策における考え方と施策

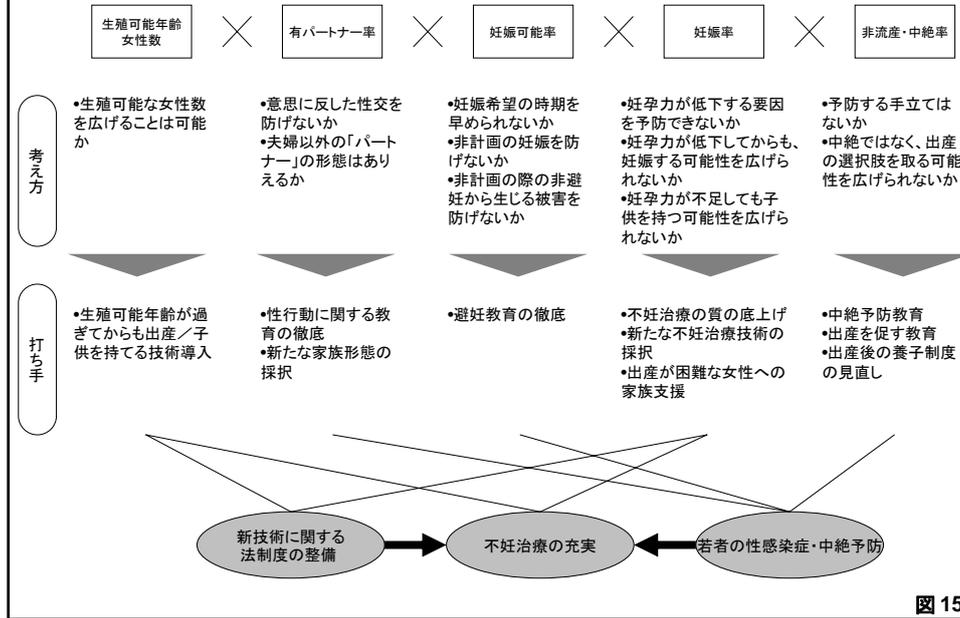


図 15

不妊治療の現状(全体像)

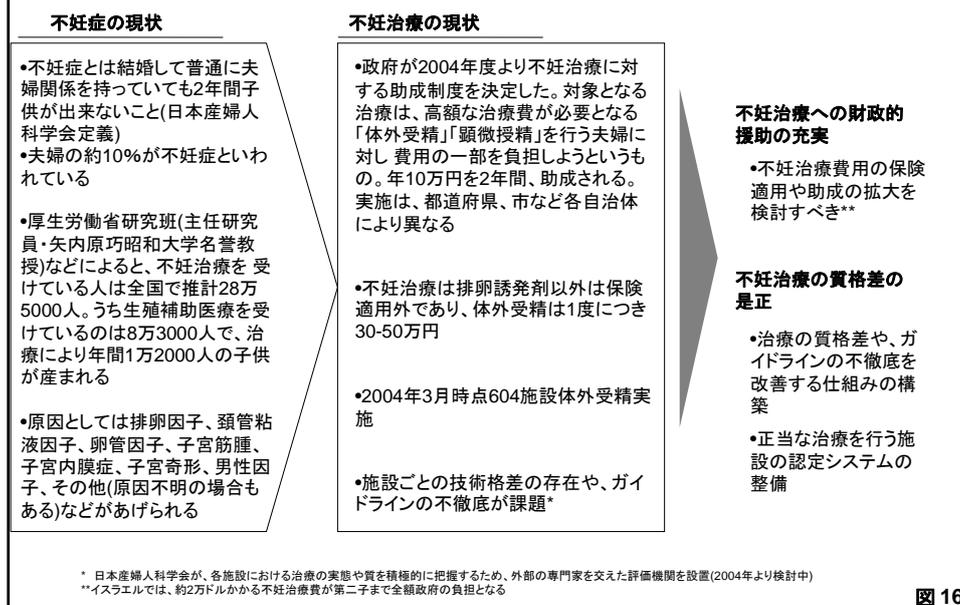


図 16

IV. 出生率を上げるための3つの重要な保健医療政策領域

1. 不妊治療の充実 [図 16]

まず、不妊治療に関する現状とその問題点について述べることにする。

不妊症とは何か

不妊症とは、日本産婦人科学会定義によれば結婚して普通に夫婦生活を持っていても2年間子供ができないことをいう[図17]。現在では、日本における夫婦の約10%（約320万カップル）は不妊であるといわれており、厚生労働省研究班によれば不妊治療を受けている人は全国で推計28万5千人⁷、うち生殖補助医療を受けている人が8万3千人、そして治療により年間1万2千人の子供が産まれている（全出生数の1%程度）⁸。

不妊症の原因

不妊症の原因としては、女性の場合は、排卵因子、頸管粘液因子、卵管因子、子宮筋腫、子宮内膜症、子宮奇形、などがあげられ、その背景としては、（ストレスなどによる）ホルモンバランス異常、子宮内膜症、子宮筋腫、子宮腺筋症、形成以上、内膜ポリープ、クラミジアなど感染症、腹膜炎などがあげられる。

男性因子にはクラミジア、淋病などの感染症、ストレスなどによる精子異常などがある。[図18]

加齢による妊孕率の低下とリスクの増加

現在、高齢出産に関し、さまざまなメディアで特集が組まれることにより、世間ではかなり高齢になっても子供が産めるといった事例が出てきている。これは医学の進歩によって、出産の可能性が広がり、多くの人々が高齢出産に前向きになったという点からすると好ましいことであるが、実際には加齢にともなって妊孕率が低下し流産率が上がっていくという事実は動かしがたいものであり[図 19]、また、高齢出産で

7 「生殖補助医療技術に対する医師及び国民の意識に関する研究班」（主任研究者：矢内原巧、分担研究者：山縣然太郎）が実施した「生殖補助医療技術についての意識調査」平成 11 年 2 月

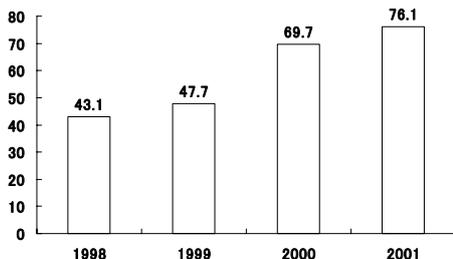
8 精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する報告書 平成 15 年 4 月 28 日厚生科学審議会生殖補助医療部会「日本産科婦人科学会では、昭和 61 年 3 月より、体外受精等の臨床実施について登録報告制を設けているが、同学会の報告によれば、平成 11 年中のそれらを用いた治療による出生児数は 11,929 人に達し、これまでに総数で 59,520 人が誕生したとされている。」

不妊患者の増加

不妊症とは：結婚して普通に夫婦関係を持っていても2年間子供が出来ないこと
(日本産婦人科学会定義)

体外受精及び顕微授精の患者数*

(千人); 1998-2001



- 1999年に不妊治療患者数は284,800人(排卵誘発剤の使用:165,500人、人工授精:35,500人、体外受精:17,700人、顕微授精:14,500人、その他:51,600人)という推計**もある
- 1996~1998の泌尿器科新患男性患者のうち、2.38%→3.00%→3.70%を男性不妊患者が占め、全国で10000名くらいの男性不妊患者が泌尿器科にて治療を受けていると推測される。
- 不妊患者の実数のごく一部しか治療をしていないと思われる。

不妊患者のすべてが治療を行うわけではなく、治療も多岐にわたるため正確な患者数は把握しきれないが、複数の調査より、最低でも1999年時点で28万人おり、増加傾向にあることがわかる

* 日本産科婦人科学会に登録施設から報告された実数
** 1999年 厚生科学研究費補助金厚生科学特別研究報告書「生殖補助医療技術に対する医師及び国民の意識に関する研究」推計
資料：日本産科婦人科学会、三浦一隆：男性不妊症の原因と実態：産科と婦人科，68(10)：1237-1242，2001

図 17

不妊の原因と治療方法

	不妊夫婦の不妊因子頻度(病院別調査)			更なる原因の疾病	主な予防治療方法
	平野ほか (%)n=911, 1987	慶應大学 (%)n=5000, 1985	日本大学板橋 (%)n=2353, 1991		
内分泌因子	36.8	9.7	37.5	•(ストレスなどによる)ホルモンバランス異常	[予防]ストレス療法など [治療]排卵誘発剤、ホルモン療法 など
子宮因子	14.1	30.8	38.8	•子宮内膜症、子宮筋腫、子宮腺筋症、形成異常、内膜ポリープなど	[予防]経口避妊薬など [治療]筋腫核出術、薬物療法、手術療法、体外受精・胚移植、子宮奇形形成術 など
卵管因子	7.0	3.2		•クラミジアなど感染症、腹膜炎など	[予防]コンドーム使用など [治療]通水法、卵管形成術、体外受精・胚移植
男性因子	24.3	48	14.7	•クラミジア、淋病などの感染症、ストレスなどによる精子異常	[予防]コンドーム使用など [治療]ホルモン療法、漢方療法、ビタミン剤、手術療法、人工授精、非配偶者間人工授精、体外受精・胚移植、顕微授精
原因不明	0.0	8.3	0.0	•NA	[予防]NA [治療]体外受精・胚移植

各医療機関において実施している不妊治療によって、来院する患者セグメントが変わるため、各医院における因子の頻度研究は可能だが日本全体での不妊原因別頻度を正確に示すことは困難。しかし、多くの研究から、女性不妊と同じ程度の頻度で男性にも不妊因子があることがわかっている。

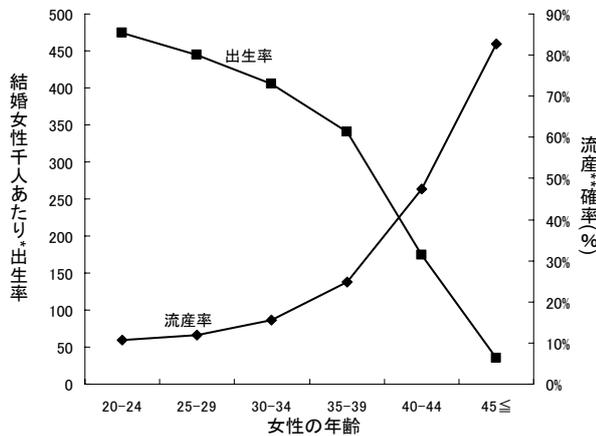
資料：Perinatal Care 1995 Vol.14新春増刊 第1章1不妊症総論 平野謙男、http://www.ivf.co.jp/top2.html

図 18

加齢による妊孕力の低下

加齢による出生率の低下と流産率の増加

(%)



•女性の年齢が高くなるに従い、出生率は低下し、流産率は上昇する
 •特に、35歳を過ぎたころから妊孕力の低下が顕著となる

* 避妊を行わなかった場合

** 20週以前の流産

資料：New England Journal of Medicine 351:19 november 4, 2004 (Adapted from Menken et al. and Anderson et al.)、BMJ VOLUME 320 24 JUNE 2000、MENKEN J, TRUSSELL J, LARSEN U. Age and infertility. Science, 1986; 233:1389-94.

図 19

性感染症・中絶の予防(全体像)

	現状	詳細	
心の健康障害 •将来の妊娠・出産にトラウマになる体験(望まない性行動、中絶など)	•性行動の若年化	•'74から'99の間: -大学生の性交体験率11→50% -高校生の性交体験率6→24% (現在はより増加の可能性大)	10代の若年期からの教育が不可欠 •性感染症予防のためのコンドーム使用を徹底すべき •中絶防止のための経口避妊薬を推進するべき。また、緊急避妊薬の認可も急がれる •性活動を遅らせる純潔教育の必要性も検討すべき
	•避妊、性感染症予防への知識不足、不徹底	•未婚女性の54%が避妊不実行 •実行者のうち25%が性交中絶法*(膣外射精)実施 •もっとも確実な避妊方法(経口避妊薬)の浸透の遅れ	
身体の健康障害 •中絶 •性感染症	•10代、20代の中絶、性感染症の増加傾向 -性感染症による不妊症 -中絶による不育症などの可能性	•2003年には19歳の50人に一人が中絶を経験。 •性体験がある高校生の11.4%が無自覚のクラミジア感染(16歳女子に限れば23.5%が感染)**	
	•中絶の繰り返し	•中絶経験者の3人に1人は複数回中絶を経験	

* いわゆる膣外射精。妊娠率4-27%

**治療中の生徒は除く

図 20

はダウン症の発生率も高まる⁹。こうした事実を国民に正確に伝え、より早く産める人にはそれを奨励し、高齢出産の道を選ぶ人々には質の高い不妊治療を幅広く提供していくことが大切である。

不妊症の原因の予防

ホルモンバランス異常、子宮内膜症、子宮筋腫などの不妊症の原因については、早期発見により予防・治療も可能である。生殖可能年齢人口の女性の妊孕率の低下を防ぐべく、男性よりも低い女性の健康診断受診率の向上や、全国に広がる女性専用外来の質の向上などが求められている。

不十分な現状の不妊治療助成政策

政府は2004年に不妊治療に対する助成制度を決定した¹⁰。その対象は、高額な治療費が必要となる体外受精、顕微授精を行う夫婦であり、年間10万円を2年間助成する。しかし、体外受精は一度につき30万円から50万円かかる上に、一度の妊娠率は4%程度¹¹といわれており、出生率の向上に大きな影響を与える助成とはいえない。

また、現在600ヵ所以上の不妊治療施設が日本全国に散在している¹²が、その技術格差、質の格差の問題は大きく、またガイドラインの不徹底という課題もある。

不妊カップルへの精神的サポートの重要性

不妊治療の質の向上と補助の拡充は重要だが、その一方で、不妊治療が成功しないカップルへの精神的サポートの整備も不可欠である。子供を産めないことへの家族や社会からの差別や中傷に苦しむカップルは多く、特に不妊女性の肉体的・精神的負荷は大きい。不妊治療の質と量を増やす場合には、このようなカップルへの精神的サポートも同時に整備することが極めて重要である。

2. 性感染症・中絶の防止 [図 20]

では、次に性感染症・中絶の防止における現状の問題点について整理していく。

9 Linda J. Heffner, M.D., Ph.D. New England Journal of Medicine 351:19 Advanced Maternal Age - How Old Is Too Old?

10厚生労働省は条件（夫婦の給与所得合計が年間650万円以下など）付きで2年に限り年10万円を助成する制度を2004年度から導入。

11 Guzick 他、Fertil&Steril(アメリカ不妊学会誌)70, 207. 1998

12日本産科婦人科学会：体外受精の実施施設を登録制 2004年3月31日現在 604施設

若者に不足する避妊・性感染症予防に関する知識・認識

日本性教育協会の調査によれば、1974年から1999年の間に大学生の性交体験率は11%から50%に、高校生は6%から24%にまで上昇し、直近の2003年時点では高校生女子の性交体験率が47%、男子が36%という調査もある^{13・14}。

そうした中で、避妊や性感染症予防に関する知識や認識が不足しており、望まない妊娠や性感染症罹患が急増している。未婚女性の内、54%と過半数が避妊・性感染症予防を行っていない。また、避妊を実行しているという女性の内25%は、妊娠率が4-27%と非常に高い性交中絶法（膣外射精）を行っており、避妊をしているとはいいがたい。また、避妊を実行しているという女性の内93%は、妊娠率が2-15%であるコンドームを、2%のみが妊娠率が0-8%である経口避妊薬を使用している。保健医療の分野では、性感染症予防のためには男性がコンドームを、避妊のためには女性が経口避妊薬を、というのが最も効果的であると考えられており、その浸透が必要である。

[図 21、22]

性感染症の急拡大のため高まる不妊リスク

こうした避妊・性感染症予防の不備のため、性感染症は急拡大している。旭川医大の調査¹²によると、性交体験のある高校生のうちクラミジアに感染していた生徒は11%（女子14%、男子7%）[図 23]であり、ベルギーの1%、米国の3~7%など欧米と比較しても感染率が極めて高いという結果が出ている。

クラミジアは抗生物質の服用で治るが、無症状の人から感染が拡大しやすい。女性の場合、放置すれば卵管炎などを起こし、将来の不妊や流産、早産の原因にもなる。また、クラミジアに感染すると性器の粘膜が荒れ、エイズウイルス（HIV）に3~5倍¹⁵も感染しやすくなるという問題もある。

10代の中絶の激増

中絶に関しては、全体としては1970年の73万件から1995年の34万件までに大幅に減少し、半分以下の件数になっている。1995年以降は一定の水準で推移しているが、注目すべきは、1970年には1万4千件しかなかった10代の中絶が、2003年時点では、4万件にも達し、3倍近くにも膨れ上がっている点である。実際に1970年代からの推移を見ると、10代の年齢層のみが増加傾向[図 24]にある。こうした増加の結

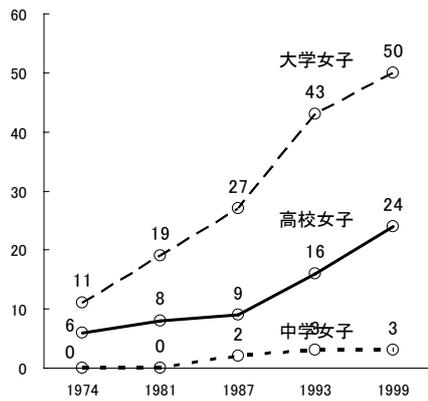
13旭川医大今井博久助教授らによる調査。2003年9-12月に、10代の人工妊娠中絶率などが全国平均と同レベルのある県に注目、県内の高校13校の1-3年生男女3144人の協力を得て実施

14平成14年度と平成16年度に厚生労働科学研究で北村邦夫氏（社団法人日本家族計画協会クリニック）が中心となって行った全国レベルの層化二段無作為抽出法の調査員による訪問留め置き訪問回収の調査では、性体験の低年齢化は必ずしも進んでいないという、これまで学校で実施されてきたさまざまな調査とは異なる結果が導かれている。性行動の実態調査は、少子化対策を立案する上でも最も基本的な調査であり、研究の継続と進展が期待される。

15 2004/12/08, 東京読売新聞 朝刊

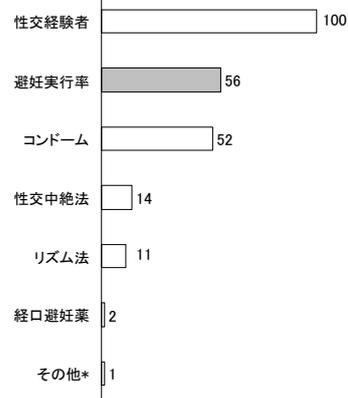
性感染症:若者の性行動

若者の性交体験率の推移
(%)1974-1999



資料: 日本性教育協会「青少年の性行動全国調査」1999

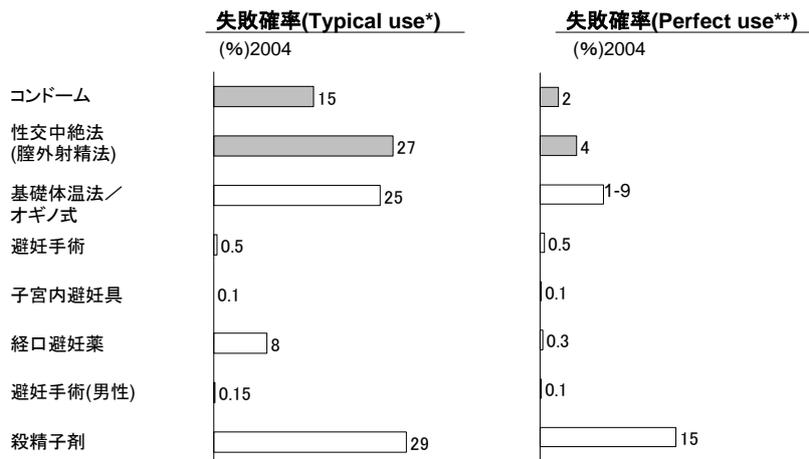
未婚女性の避妊、性感染症予防状況
(%)2000



* : 洗浄法、避妊薬(殺精・ゼリー・フィルム)、IUD、不妊手術
資料: 毎日新聞社「第25回全国家族計画世論調査」(2000年)

図 21

各避妊方法の失敗確率(妊娠率)



* : refers to failure rates for women and men whose use is not consistent or always correct.

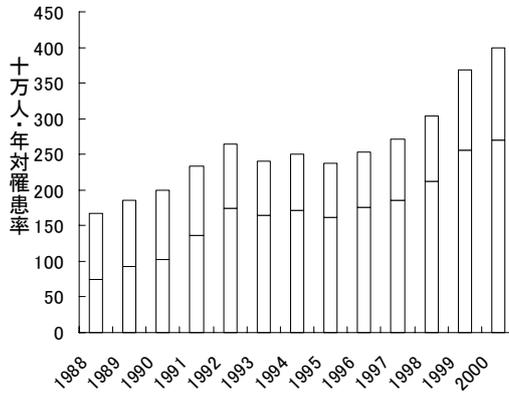
** : refers to failure rates for those whose use is consistent and always correct.

確実性 <http://www.plannedparenthood.org/bc/bcfacts2.html> Planned parenthood 2004.3

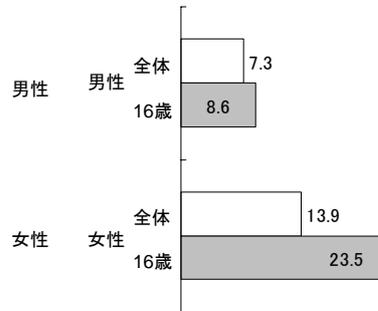
図 22

性感染症：性器クラミジア罹患率の推移

性器クラミジア罹患率の推移
(%)1988-2000



性器クラミジア罹患率
無自覚症状の罹患状況*
(%)2003 n=3,144(高校生)



傾向としてクラミジアの罹患率は増加しており、無自覚症状のために検査にいかない潜在患者もかなり多いと推測できる。

* 性交渉経験があり、かつ性感染症治療中の人を除いた数値
資料：厚生省性感染症センターサーベイランス報告、旭川医大今井博久助教授ら

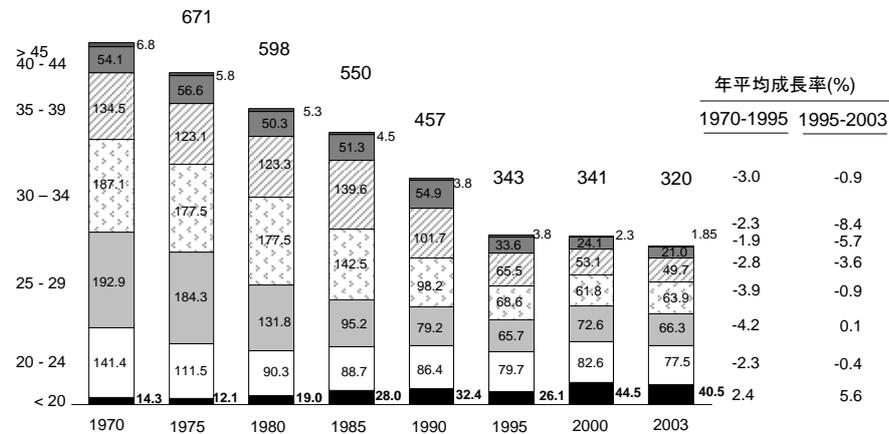
図 23

人工妊娠中絶：中絶件数の推移

中絶の年齢別件数内訳

千件

Total = 731



資料：母体保護統計、衛生行政報告例

図 24

果、1970年には全体の2%しかなかった10代の中絶は、2003年には13%[図25]にまで占めるにいたっている。10代においては、妊娠の69%が中絶にいたるという数字もあり、妊娠した場合には大多数が中絶していることになる。さらに、2003年には19歳の50人に1人が中絶をしたというデータも報告されている¹⁶。

諸外国よりも高い10代の中絶の伸び

諸外国と比較しても日本における10代の中絶率の上昇は著しく、このままで伸びれば、アメリカ、スウェーデン、シンガポールなどこれまで日本よりも中絶率が高かった国を追い抜く日も、そう遠くはない勢いである。[図26]

地方の方が都会よりも高い中絶数

都道府県別の中絶数を見てみると、情報の氾濫した都会における中絶率が高いであろうという通常の認識とは逆に、人口密度の高い都会においては総じて10代、20代女性の中絶率は低く、逆に人口密度の低い地域において中絶実施率[図27]が高いといえる。県外における中絶実施などもあるため、県ごとのデータの正確性に問題はあまるものの、都会対地方という観点からは上記の傾向が観察される。余暇時間の多い地方の方が都会よりも性交頻度が多いというデータも存在し、中絶対策はステレオタイプを排した、事実に基づく地域ごとの対策が重要となる。

中絶経験と流産の関係

人工妊娠中絶があった場合の流産率は、中絶がなかった場合にくらべて約1.7倍も高く(27%と49%) [図28]、人工妊娠中絶のリピーターが3割近くいることを考慮すると、人工妊娠中絶は、出生に対して、大きなダメージを与えているといえる。将来の出生率を維持・向上させるためにも、望まない妊娠・中絶対策が急がれる。

3. 新技術に関する法制度の整備 [図29]

第三に、新技術に関する法制度の整備について、その現状と問題点について述べることにする。

新技術導入による可能性の広がり

従来は、産む母親が卵子を提供し、夫婦を形成している男性が精子を提供し、性交を通じて妊娠し、母親が出産し、母親と父親が子供を育てるとというのが一般的な形であった。しかし、新たな技術の導入によって、こうした出生にまつわる要素がさまざま

¹⁶平成15年衛生行政報告例

人工妊娠中絶件数における年代別の割合

人工妊娠中絶件数の年代割合推移
(%)1970-2003

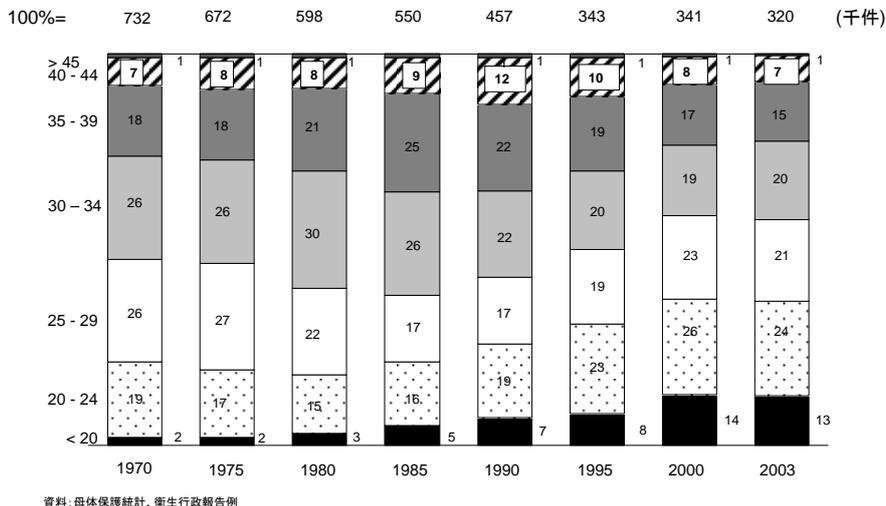
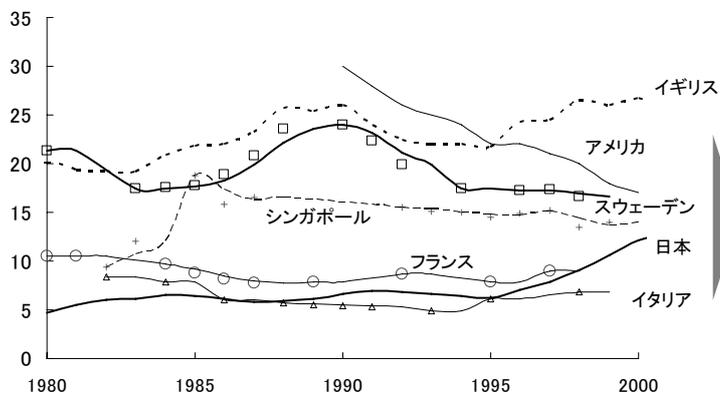


図 25

人工妊娠中絶：10代中絶率の各国比較

10代中絶率の推移各国比較
(%)1975-2001*



各国の10代中絶率の推移を見ると、イギリスと並んで日本は上昇傾向にあり、1998年ごろにはフランスを上回り、この傾向が続けばシンガポール、スウェーデン、アメリカをも上回る勢いである

* スウェーデン、シンガポール、フランス、イタリアは毎年のデータが入り付加であったため、近似曲線を用いている
資料：母体保護統計、世界人口年鑑・国際連合(Demographic yearbook UN)、Office for National Statistics、Department of Health、Department of Health and Human services、Centers for Disease control and Prevention、Abortion Surveillance..

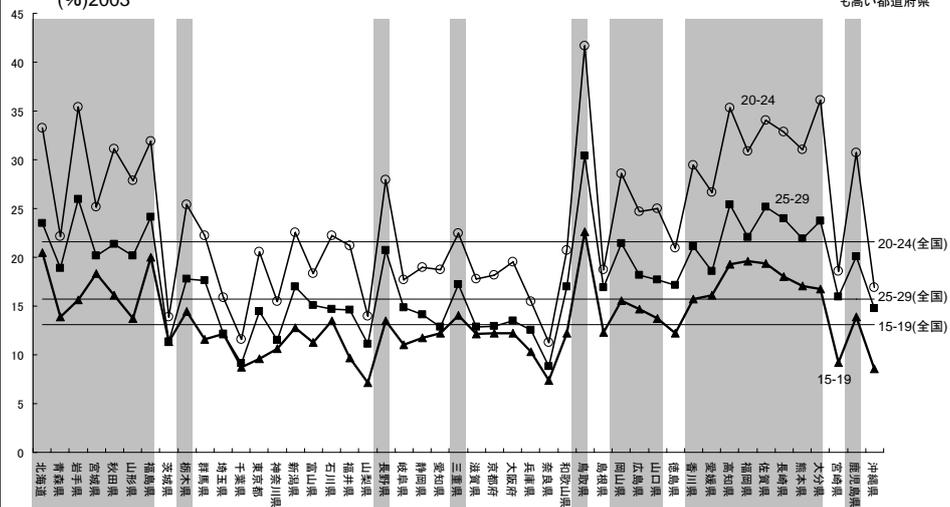
図 26

都道府県別の中絶率

女性1000人当たり中絶率

(%)2003

3つの世代すべてにおいて全国平均よりも高い都道府県



* 人工死産を含む

資料: H15衛生行政報告例第63表 人工妊娠中絶件数、年齢階級・都道府県別、H15人口動態調査上巻 死亡 第7.16表、下巻 死亡 第1表、総務省統計第10表 都道府県、年齢(5歳階級)、男女別人口一総人口(平成15年10月1日現在)

図 27

人工妊娠中絶: 不妊症・不育症との関係

不妊症: 妊娠が成立に困難がある状態

不育症: 妊娠が成立しても流死産となり生児が得られない状態

人工妊娠中絶と不妊症・不育症の関連については明確な結論が得られていないが、同時に不妊症・不育症増加の原因も明確ではない。子宮内清掃術後の子宮内膜の癒着が原因の一つとなる可能性は指摘されている。

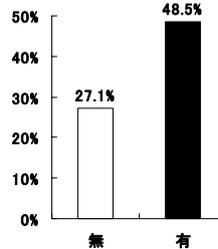
→ 妊娠が流産に帰結した確率は普通分娩後で12.3%であるのに対し、妊娠中絶後は63.2%と有意に高かった。(p<0.023)

→ 算出された流産率は、人工妊娠中絶経験無群で27.1%であるのに対し、経験有群では48.5%と有意に高かった。(p<0.0001)

人工妊娠中絶が不妊症・不育症の原因となっている可能性が示唆される。

人工妊娠中絶の有無と流産率の関係

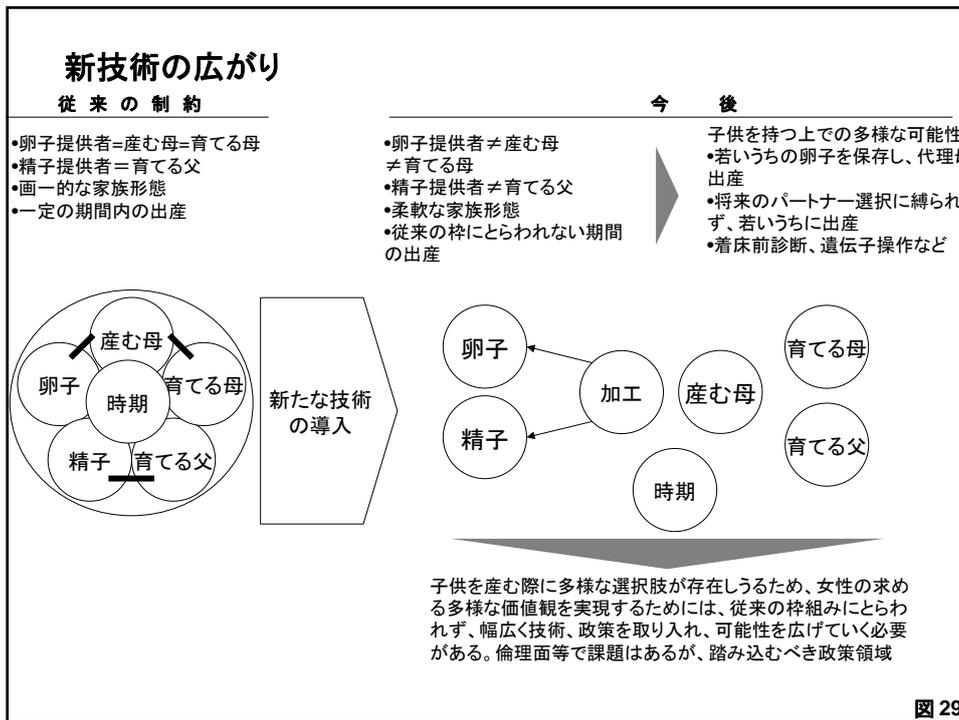
(%)



* 流産率 = のべ流産回数 / (のべ妊娠回数 - のべ人工妊娠中絶回数)

資料: K大学産婦人科外来の初診患者344名を対象としたアンケート調査 (牧野・根元 1994)

図 28



先進的な不妊治療と法制度上の検討事項

多様な選択肢	詳 細	広がる可能性	検討事項
卵子・精子提供	非配偶者からの卵子、精子の提供	• 加齢、その他の要因により排卵、排精子の困難なカップルの妊娠が可能になる	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; background-color: #cccccc; margin-right: 5px;"></div> <div style="font-size: 8px;">現在日本で認められていないもの</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="font-size: 8px;">現在日本において検討がなされているもの</div> </div> <ul style="list-style-type: none"> • 夫婦以外への卵子、精子の提供など、実施基準の再検討
代理母出産	自ら、又は第三者の卵子、精子を受精させ、健康な第三者女性が出産	• 子宮の疾病や加齢により出産が困難な女性が子供を持つことが可能になる	<ul style="list-style-type: none"> • 「母」の定義づけ、戸籍における扱いの明確化
卵子、精子の冷凍保存	10代、20代の健康な卵子、精子を保存し、将来人工授精により自ら出産、または上記代理母による出産	<ul style="list-style-type: none"> • 高齢でも遺伝子上自らの子を持つ • 後天的排卵因子による不妊解消の可能性 	<ul style="list-style-type: none"> • 保存可能な条件、費用の検討
着床前遺伝子診断	人工授精後、又は受胎後に受精卵の遺伝子を検査し、先天的な障害の有無を調べる	<ul style="list-style-type: none"> • 高齢出産による障害児出産の可能性を減少 	<ul style="list-style-type: none"> • 性別の産み分けや倫理面における規定の明確化

資料： New England Journal of Medicine 350;16 Robert W. Rebar, M.D., and Alan H. DeCherney, M.D. Assisted Reproductive Technology in the United States **図 30**

まな形で分断される可能性が生じている。具体的には、卵子を提供する女性と実際に産む母親そして育てる母親はまったく別かもしれない。また、精子を提供する男性は子供を育てる男性とは別、または匿名である可能性もある。卵子、あるいは精子を冷凍保存することにより、卵子と精子が提供される時期と受精する時期が違ってくるという可能性も広がっている。さらには、着床前診断で遺伝子的に望ましい子供とそうでない子供を選別する、あるいは、望ましくない傾向を遺伝子操作によって切り替えるといったことも可能になっている。[図 30]

このように、新技術導入により子供を産む際の選択肢は広がっており、日本においてどのような新技術を認可していくかについての国民的な合意が求められている。

ボーダーレス化した新技術競争

現在は、妊娠のための州境・国境を越えた移動が世界的に拡大している。例えば、アメリカでは州によって新技術についての法律が異なるために、法律の規制がゆるいカリフォルニアに全米の不妊女性が集まる、あるいは、新技術の採用度合いが近隣諸国よりも高い国々（南米におけるブラジル、ヨーロッパにおけるスペイン、イタリアなど）に女性たちが集まるといった現象も見られる¹⁷。また、世界中で冷凍保存された卵子及び精子がネット上で取り引きされ、航空便で個人に届けられることも増えている。あるいは代理母に関しても、世界各地の代理母の候補から選ぶといったことも現実化しており、日本の女性の中にもこういったシステムを活用する人が出てきている。このように見ると、日本政府が仮に新技術の導入を認めないとしても、日本人がそうした新技術を採用することを阻止することは極めて困難となっていることが分かる。

新技術導入には、生命倫理的・社会道徳的な課題も多いが、一方では、これまで子供ができなかった人々に多様な選択機会を提供していることも事実で、そうしたプラスの側面があることにも注目し、速やかに政府としてのガイドラインを作成することが求められている。平成 15 年に厚生科学審議会生殖補助医療部会が報告書をまとめているが、さらなる技術の進化とボーダーレス化した新技術競争の現状を踏まえて、ガイドラインの進化が求められている。

17 New England Journal of Medicine 352:6 Debra Spar, Ph.D. Reproductive Tourism and the Regulatory Map

V. 具体的な政策提言

「不妊治療」、「性感染症・中絶の防止」、「新技術に関する法制度の整備」という3つの保健医療政策領域に対して、今後採るべき具体的な政策について提言する。[図 31]

1. 不妊治療の充実

まず、不妊治療については、その質のばらつきを改善し、政府による不妊治療への助成を拡大し、不妊治療が成功しないカップルへの精神的サポートを拡充させ、不妊症の原因の予防対策を推進すべきである。

不妊治療の質のばらつきの改善を

現在、日本国内で不妊治療を行っている医療機関は600ヵ所以上存在する。これだけの医療機関が存在することで、国民へのアクセスが開かれ、大半の国民が近くで不妊治療を受けられるメリットがある反面、医療機関間の質のばらつきに関しては、さまざまな問題提起がされている。不妊治療は他の医療処置と同様に、治療成績を公表し、質の高い医療機関・医師に治療を集中させることによって全体の成績が上がるといった側面を持っている。国民の間で不妊治療の重要性が高まる中で、質の高い不妊治療のセンター群を形成するとともに、全体の質に関する評価、情報提供、あるいは、人材育成というものに国が早急に取り組めば、短期的に大きな成果が見込まれるであろう。

政府による不妊治療コスト負担の拡大を

不妊治療のコストに対する保険適用や助成金の拡大などについても検討する時期にきている。イスラエルは、人口の増加を狙い、不妊治療については第二子までは全額政府が負担するという、極めて積極的な政策を採っている¹⁸。この支援は、理想子供数と予定子供数のギャップの経済的要因の解消にもつながるので、日本でも前向きに検討していくべきである。結果的に人口の増加は、社会保障負担の減少、GDPの増加につながるため、そうした観点からも、どこまでの財政負担が国家として可能かつ適切かを見極めて、不妊治療領域への投資を行うべきであろう。

不妊治療が成功しないカップルへの精神的サポートを

不妊治療の技術が高度化し、政府による支援が拡充されることにより、不妊治療へ

18 2005/02/10, 日本経済新聞 朝刊

政策提言：今後採るべき政策

	コンセプト	詳細
不妊治療の充実	<p>現行技術内での不妊治療の質向上</p>	<ul style="list-style-type: none"> •現在全国で不妊治療を行っている600箇所以上の医療機関の質のばらつきを是正し、治療技術を集中化することによる成功率の上昇 •不妊治療の保険適用、または助成金制度などの導入 •不妊カップルの精神的サポート体制の整備 •不妊症の原因の予防のために女性の健康診断の促進と女性専用外来の質の向上
性感染症・中絶の予防	<p>女性が産みたいときに産める保健医療政策推進</p>	<ul style="list-style-type: none"> •不妊の原因となる性感染症、および中絶による流産の増加の阻止。リピーター防止するカウンセリング支援 •タイミングがずれることにより理想の子供の数は産めなくなることへの人生計画の支援など
新技術に関する法制度の整備	<p>日本で未採択の不妊関連先行技術、政策の導入</p>	<ul style="list-style-type: none"> •19歳で卵を保全し、精子を購入し、代理母で産むといった既に世界的に現実化しているオプションなど、倫理面の課題も含めて研究・体制を整備 •当該領域への研究投資により、女性が産める可能性をさらに拡大 •流産についても予防・減少のための研究
+		
社会政策の補強	<p>上記3政策を推進する上で再検討すべき社会政策(新たな家族制度導入の検討)</p>	<ul style="list-style-type: none"> •里子、養子への抵抗感の排除(以前の日本において養子は多かった) •不妊で子供がほしい人と、望まない妊娠から産まれた子供のマッチング •当該制度により、人工妊娠中絶の減少も期待

図 31

の国民的な期待は高まるものと思われる。期待が高まることにより、家族や社会からのプレッシャーも高まり、不妊治療が成功しなかった場合のカップルの挫折感も強くなることが想定される。不妊であることを認め、子供がいない生活を豊かに過ごせるように、精神的サポートの整備も重要である。不妊治療コスト負担を拡大する際には、こうしたサポート体制もセットで整備すべきである。

不妊症の原因の予防対策の推進

不妊の原因の中には、早期発見により予防・治療が可能なものも少なくない。そうした早期発見を促すためには、男性よりも少ない女性の健康診断受診率の向上が重要であり、そのためには（多くの健康診断は職場で提供されているため）女性の雇用の促進と、働いていない女性のためには地方自治体による健康診断の充実が求められている。また、子宮内膜症や子宮筋腫といった女性特有の疾病については、全国に広がる女性専用外来の質を向上させ、女性がさまざまな健康課題について定期的に相談でき、質の高い予防・治療を受けられる拠点として整備していくことが重要である。

2. 性感染症・中絶の防止

性感染症・中絶の防止は、女性が妊娠し出産できる心身の健康を守る、もっとも基本的な健康政策であると言える。特に若者の心身の健康のための予防およびリピーター防止が鍵となる。

予防とリピーター防止策の徹底を

特に10代の女性に着目し、不妊の原因となる性感染症への対処、流産・不妊の要因となる中絶の阻止に対する政策が必要だ。若者の健康を守ることは、将来の出生基盤を守ることと直結しており、急増する性感染症・中絶に対して、より踏み込んだ政策が必要となっている。性感染症予防には男性がコンドームを、そして避妊には女性が経口避妊薬を、という男女双方の予防策を徹底する必要がある。学校における性教育については、若者の性行動を促進するのか、または抑止するのか、といった観点から賛否両論の議論が展開されているが、少子化対策のためには、保健医療的な観点から強化が必要である。

また、リピーター防止も重要である。人工妊娠中絶のリピーターが3割程度存在¹⁹するといわれているが、人工妊娠中絶を経験した、問題意識が最も高いその時に、医療現場で再発防止のためのカウンセリングを行う必要がある。そのための診療報酬上の給付も検討すべきである。

19 Kitamura T, Toda AM, Shima S, Sugawara M., Single and repeated elective abortion in Japan, 1998

出産タイミングを生活設計の中で計画する支援を

女性の社会進出が進み、仕事と子育ての両立が課題となっているが、そうした環境の中では、出産タイミングを計画することが極めて重要となっている。日本では、妊娠の約 75%²⁰が非計画であるというデータも存在し、出産タイミングが女性の仕事と子育ての両立の観点からベストタイミングとなっていない場合が多い。このことは、家計にも影響を与え、結果的には、理想の子供数を産めない大きな要因となる。仕事と子育ての両立のための社会システムを整備すると共に、出産タイミングを生活設計の中で計画できるように、教育・アドバイスの支援体制を整備し、計画出産の比率の向上を目指すべきである。

流産の減少のための研究も

流産についても年間約 30 万件発生しており、その予防のための医学的な研究も積極的に推進すべきである。また、中絶経験が流産率の上昇につながるといったように、流産の原因となる要因については、その防止についても積極的に取り組む必要がある。

3. 新技術に関する法制度の整備

3 番目の新技術に関する法制度の整備については、まずは、日本で未採択の不妊関連先行技術の導入を図るべく、前向きに検討すべきである。

世界の既存技術の導入検討を

世界ですでに提供されているが、日本ではまだ広く提供されていない、あるいは認定されていない不妊関連先行技術について、早急に導入の検討を行うべきである。特に少子化対策としてインパクトの大きな技術、海外で広く提供されている技術については、速やかに導入検討を行うべきである。

新たな技術の開発を

現在、日本の国家予算は全体としては緊縮傾向にあるが、将来への投資である科学技術関係予算は増加している。少子化を国家的な課題としてとらえ、不妊治療領域を日本における科学技術の重点投資領域として位置づけ、日本独自の研究成果を導き、国際的に貢献していくことも大変有意義である。

20 The Alan Guttmacher Institute, *Hopes and Realities: Closing the Gap Between Women's Aspirations and Their Reproductive Experiences* 1995

☆

☆

☆

最後に： 保健医療政策を支える社会政策の補強

本研究は、少子化対策の中でも、通常見逃されがちな保健医療政策に着目したものであるが、保健医療政策を実現・推進する上で、社会政策の補強が重要となる。最後にその点について言及したい。

欧米では不妊治療の最終段階で、子供ができないとわかったカップルに対して里子というオプションが広がっている。アメリカでは、海外から里子をもらうということも珍しくなく、アジア・東欧などの貧しい孤児の引き受けのケースも多い。

日本でも戦前は、里子は珍しくなかったが、戦後では手続きの煩雑さ、心理的な抵抗などによりかなり限定的になっている。

日本では、不妊だが子供が欲しいカップルが数多く存在する一方で、10代の望まない妊娠と中絶が増加しており、それらをマッチングする方法としても里子制度の拡大が求められている。

また、新技術の導入により、従来の母親、父親の役割などが変化し、多様な家族形態が登場することが考えられる。今後のさまざまな家族形態を支えるためには、新たな制度が必要であり、社会政策の補強が保健医療政策の実現の支えとなる。

新たな家族形態の導入に関しては、一部で強い反発もあるが、長い歴史を見れば、現在の核家族も比較的新しい家族形態であり、以前は大家族の中に、里子・養子の制度も広く活用されていた。

今後の少子化時代を見通した時に、柔軟性を持って、日本の将来に適した家族制度の広がりについて検討し、許容することが重要性である。

こうした社会制度にも支えられ、3つの重点的保健医療政策を推進すれば、カップルの理想子供数と予定子供数のギャップは縮めることが可能である。

そのための、活発な議論と、政府のリーダーシップに期待したい。

(添付資料)

ピア・レビューアー (五十音順)

北村 邦夫 社団法人日本家族計画協会クリニック所長

近藤 潤子 社団法人日本助産師会会長

森 亘 財団法人医療科学研究所理事長・前日本医学会長

本政策提言には、上記の専門家の方々からピア・レビューを頂戴した。
レビューアーの皆様に心から御礼を申し上げたい。

最終化にあたって、頂戴したレビューの内容を取り入れ、意見が異なる
ものについてはその論拠を確認した。

(添付資料)

研究会メンバー

委員長 黒川 清
(日本医療政策機構代表理事・日本学術会議会長)

主査 近藤 正晃ジェームス
(日本医療政策機構理事・東京大学特任助教授)

研究員 永田 亜美
(五十音順) (日本医療政策機構研究員)

堀 成美
(東京都立駒込病院感染症科看護師・研究員)

日本医療政策機構 政策提言シリーズ vol.1
「少子化と女性の健康」

2005年3月12日 初版発行

2005年5月1日 第二版発行

発行者 特定非営利活動法人 日本医療政策機構

e-mail: info@healthcare-policy.org

URL: <http://www.healthcare-policy.org>

著者 「少子化と女性の健康」研究会

本書の全部または一部を無断で複写複製することは、著作権法上での例外を除き、禁じられています。

© 2005 Japan Healthcare Policy Institute, Printed in Japan



日本医療政策機構
Health Policy Institute, Japan