

コンサルティングプロジェクト最終報告書

「不妊治療をめぐる現状と課題」

2015年3月10日

国際・公共政策大学院 公共経済プログラム

PM13E008 柴田 由布子

目次

1. はじめに
2. 日本の「不妊」をめぐる現状
3. 日本における不妊治療への助成制度
4. 不妊治療に対する諸外国の制度
5. 米国における不妊治療への保険適用と出生率への影響
6. 日本における不妊治療の課題
7. 仕事と治療の両立について
8. 今後の不妊治療

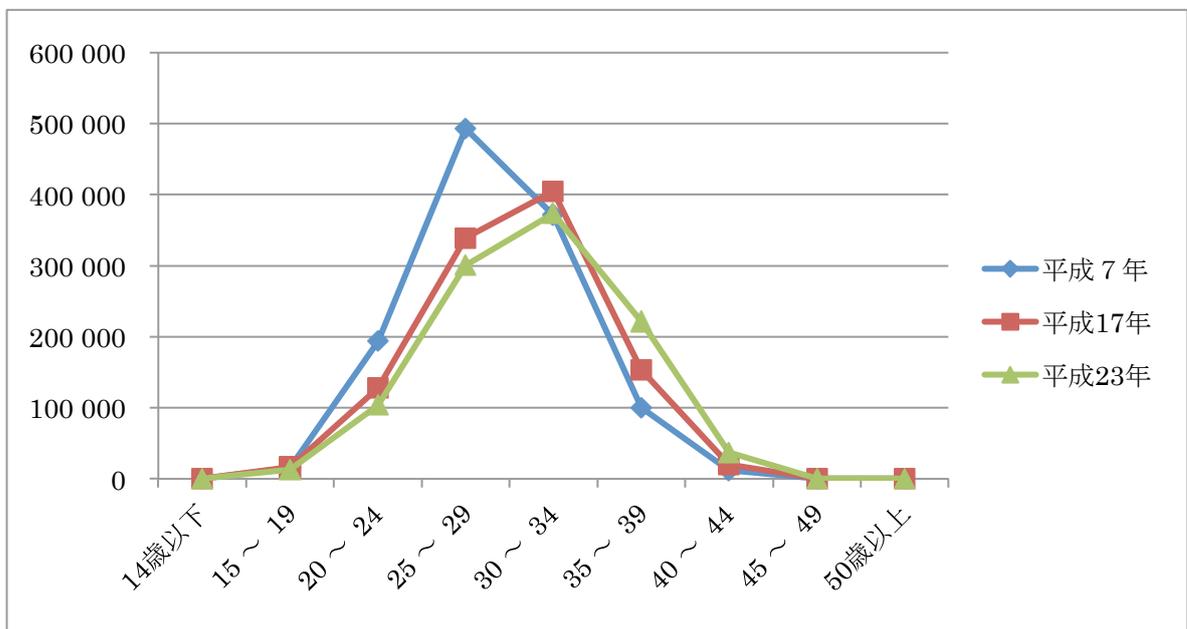
1. はじめに

近年、晩婚化が進行している。平成 24 年には平均初婚年齢が男性 30.8 歳、女性 29.2 歳となり、第 1 子出産時の女性の平均年齢は 30.1 歳になっている。第 1 子出産年齢は上昇傾向にあり、平成 7 年には 27.5 歳であったが 10 年後の平成 17 年には 29.1 歳、平成 23 年に 30.1 歳となり初めて 30 歳を超えて、統計が出ているここ 40 年間で一貫して上がり続けている¹。

図 1 は、出生時における母親の年齢の傾向を表している。平成 7 年から平成 23 年までの間に、母親の出産時年齢に変化があったことが見て取れる。出産年齢のピークの変化を見ると、平成 7 年は 25～29 歳（出生数全体の 41.5%）であったが、平成 17 年には 30～34 歳（同 38.1%）、平成 23 年には 30～34 歳（同 35.5%）になっている。

また、35 歳以上の出産は、平成 7 年は 9.5% であったが、平成 17 年には 16.4%、平成 23 年には 24.7% になり、年々増加傾向にある。

図 1 出生時における母親の年齢（5 歳ごと）と出生数



出所) 厚生労働省「人口動態統計」(平成 24 年) を基に柴田作成。

¹ 厚生労働省「平成 23 年人口動態統計月報年計」

出産時の年齢幅が広がり、生殖年齢は上昇トレンドにある。女性は年齢の上昇とともに、妊娠のしやすさである妊孕力（にんようりょく）が弱まる²。女性は生まれた時、約 200 万個の卵子を持っているが加齢とともに減少・劣化する。15 歳頃には 20-30 万個になり、閉経を迎える 50-55 歳にて卵子の数は 0 個になる。男性においても年齢の上昇と共に妊娠力の弱まりが見られるが、精子は男性の体内で新しく作り続けられ、女性ほど顕著ではない³。

このような状況下、近年日本では不妊治療を行うカップルが増加している。体外受精・顕微授精により出生した子の数は全出生数に対して 3%（平成 22 年）を超えている⁴。不妊治療を行う女性の数は 47 万人⁵を超えており、日本の総出生数が約 104 万人（平成 24 年）⁶である事に鑑みると、決して少ない数字ではない。今後、出産年齢の上昇トレンドが急激に変化しない限り、ますます不妊治療へのニーズは高まるものと考えられ、不妊治療が出生率に与える影響も考慮せねばならない。

日本では不妊治療に対して特定治療支援事業による助成はあるが、保険適用はされておらず、治療を受ける側の負担が重いのが現状である。日本における不妊をめぐる環境と諸外国の制度を比較していきたい。

2. 日本の「不妊」をめぐる現状

2.1 「不妊」とは何か

不妊の状態とは一体どのような状態であろうか。その定義は各機関によって異なる。世界保健機構（WHO: World Health Organization）では不妊症を、避妊をせず性交しても 2 年間妊娠しない状況を言い、米国の生殖医学会ではその期間を 1 年としている。日本生殖医学会においても不妊期間を 1 年として「不

² 日本産婦人科学会誌 52 巻 9 号「高齢不妊婦人の問題点」（2002 年）

³ 東京新聞サンデー版 2014 年 2 月 9 日

⁴ 厚生労働省「不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会報告書」（2013 年）

⁵ 厚生労働省「特定不妊治療費助成事業の効果的・効率的な運用に関する検討会」第 1 回資料（2007 年）

⁶ 厚生労働省「人口動態統計」（2012 年）

妊症」と診断し、検査と治療を開始した方が良いとする考え方が一般化している⁷。

2.2 不妊への不安

日本で不妊症の出現頻度に関する調査が行われた記録はないが、医学教育用のテキストには「10組に1組の頻度で不妊が出現する」との記述もあり、一般的に不妊症は10組に1組の割合で存在するとされている。平成24年の日本における婚姻数は668,869組であったので、約6.7万組が不妊の可能性があると推測できる。

実際の夫婦の動向を、国立社会保障・人口問題研究所「第14回出生動向基本調査」（平成23年）から見てみると、約30%の夫婦は不妊を心配したことがあり、その半数（16.4%）が実際に不妊の検査や治療を行っている。また、子どもがいない夫婦ではその割合が高まり、52.2%の夫婦が不妊を心配したことがあり、実際に不妊の治療を受けたことがある（または現在受けている）夫婦は28.6%になる。不妊を心配する・実際に治療を受けるといった傾向は近年増加傾向にある。加えて、流産・死産を経験したことがある夫婦も16.1%となり、この傾向もまた増加傾向にある。

現在は16.4%、実に6組に1組の夫婦が実際に不妊治療に臨んでいる状況であり、不妊治療は特別な事情を持った人々のための治療とは言えなくなっている。

2.3 不妊症の原因の男女比

日本では石女（うまずめ）という言葉にも表されているように、子どもが生まれにくいことは女性に原因があるとされてきた。しかし今日では、男女ともに原因がある場合も含めて、約50%は男性に原因があるとされており⁸、女性のみ

⁷ 一般社団法人 日本生殖医学会ホームページ

http://www.jsrm.or.jp/public/funinsho_qa02.html

⁸ 世界保健機構（1996）

の問題ではない。例えば、フランスでは男女ともに受診しない限りは健康保険が適用されない。女性ばかりが不妊治療を受けたとしても原因が解消されない可能性もあるため、実効性の高い治療にするためには男女ともに受診することが望ましいと言えよう。

2.4 年齢別不妊治療の受診者

晩婚化が進むにつれて人々が子どもを欲する年齢も上がっていき、自分自身が不妊であると自覚する年齢も上がっている。不妊治療を受けている人々を年齢別に見ていくと、35-39歳が最も多く39.9%、次に40-44歳が28.8%となっている。受診者には45歳以上も3.8%存在するため、35歳以上が約75%を占めている⁹。一昔前であれば、「丸高（まるこう）」と呼ばれ、リスクの高いとされていた年代が不妊治療者の約75%を占めていると言える。

2.5 不妊治療のステップと費用

「不妊治療」と一口に言っても、タイミング指導で終了する類のものから、顕微受精などの様に高度な医療技術を必要とするものがある。一般的には、①検査、②タイミング指導、③人工授精、④体外受精、⑤顕微授精と進んでいく。

①検査では、内診、超音波検査から、梅毒・淋病などの性病検査、各種がん検査、そしてホルモン分泌に異常がないかを調べるために血液検査を行う。これらの検査は健康保険適用範囲であるが、精子に対して抗体が無いかを調べる抗精子抗体検査は自費での検査となる¹⁰。

②タイミング指導では、排卵日を予測して夫婦の性生活のタイミング指導を行う。排卵誘発剤などで人工的に排卵を誘発する場合や、人工授精を行うときもこのタイミング指導がベースとなる。

⁹ 厚生労働省「不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会」報告書（平成25年）参考資料より。特定治療支援事業への助成者を年齢層別に分けたものだが、これを適用した。

¹⁰ 梅ヶ丘産婦人科「診察について」

次に③人工授精では、排卵のタイミングに合わせて精子を人工的に子宮内に送り込み、自然な妊娠を期待するものである。精子の運動性が悪かったりする場合に行われる。なお、日本では「人工授精」は第三者ではなく、夫の精子を使用する場合を指す。

人工授精は5回目を過ぎるとほとんど妊娠率が上がらないため、この回数を目安に体外受精に移行する。

次のステップである④体外受精、⑤顕微授精はともに生殖補助医療（ART: Assisted Reproductive Technology）と呼ばれる高度な治療となる。女性の卵管が閉塞している場合や、精子が極端に少ない場合に実施される。④体外受精（IVF）は卵子と精子をシャーレの中で混ぜ合わせ、自然の力によって受精させる方法である。⑤顕微授精は顕微鏡下で精子を卵細胞へ直接注入する方法である。不妊原因が男性側にある重度の乏精子症や無精子症などの場合に適用される。

以上の不妊治療のステップと費用をまとめたものが表1である。高度な医療である生殖補助医療では1回当たりの費用が高額になり、治療者の経済的な負担は大きくなる。

表1 不妊治療のステップと費用

分類	手法	1回当たり費用	健康保険適用
検査	内診・血液検査	5,000円	適用内
一般不妊治療	タイミング指導	1~2万円	適用内
	人工授精	1~4万円	適用外
生殖補助医療	体外受精	20~60万円	適用外
	顕微授精	30~70万円	適用外

出所) 日本 IVF 学会「はじめての不妊治療」、『WEDGE』2013年7月号より
柴田作成。

3. 日本における不妊治療への助成制度

日本では人工授精以降の不妊治療について、健康保険が適用されてい

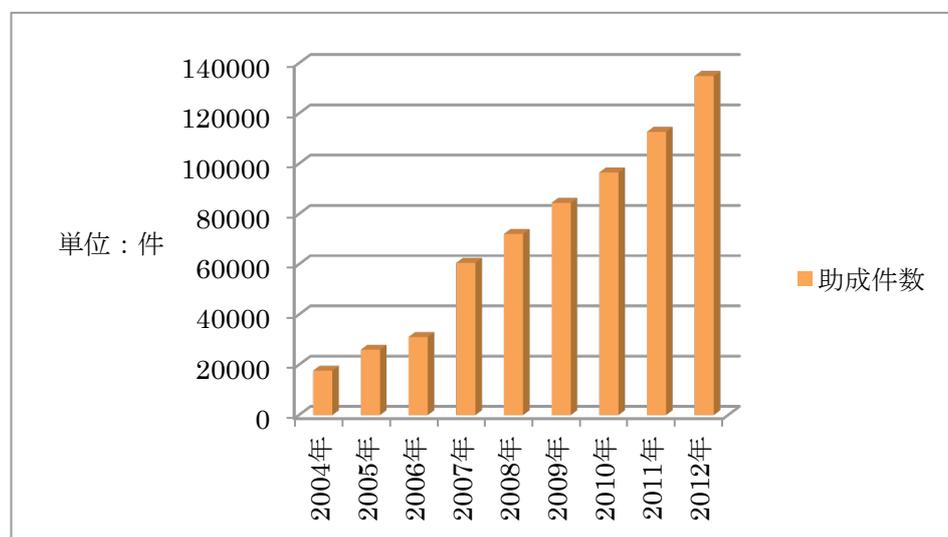
い。しかし、不妊治療の経済的負担を軽減する制度として、医療保険が適用されていない治療費の一部を助成する、特定不妊治療費助成制度がある。

3.1 特定不妊治療費助成制度の概要

特定不妊治療費助成制度は2004年に創設された。現在の制度では、給付は1回15万円とし、1年度目は年3回まで給付が認められ、2年度目以降は年2回の上限が定められている。通算で見ると、給付は5年を上限として、この間10回までであれば制度適用となる。なお、所得制限が設けられており、夫婦合算の所得ベースで730万円である。実施主体は各都道府県、指定都市、中核市であり、補助率は1/2である(負担割合:国1/2、都道府県・指定都市・中核市1/2)。

2004年の制度制定以降、2007年に厚生労働省での「特定不妊治療費助成事業の効果的・効率的な運用に関する検討会」を経て、支給期間の延長(2→5年)や所得上限の引き上げ(650→730万円)、給付額の引き上げ(10→15万円)など、制度利用者の実情に合わせた制度に変更がなされている。

図2 特定治療支援事業の助成件数の年次推移



出 所) 厚生労働省「不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会報告書」関係資料(2013年)より、柴田作成。

制度に対する認知の広まりとこれら制度改良の結果、2004年度に17,657件

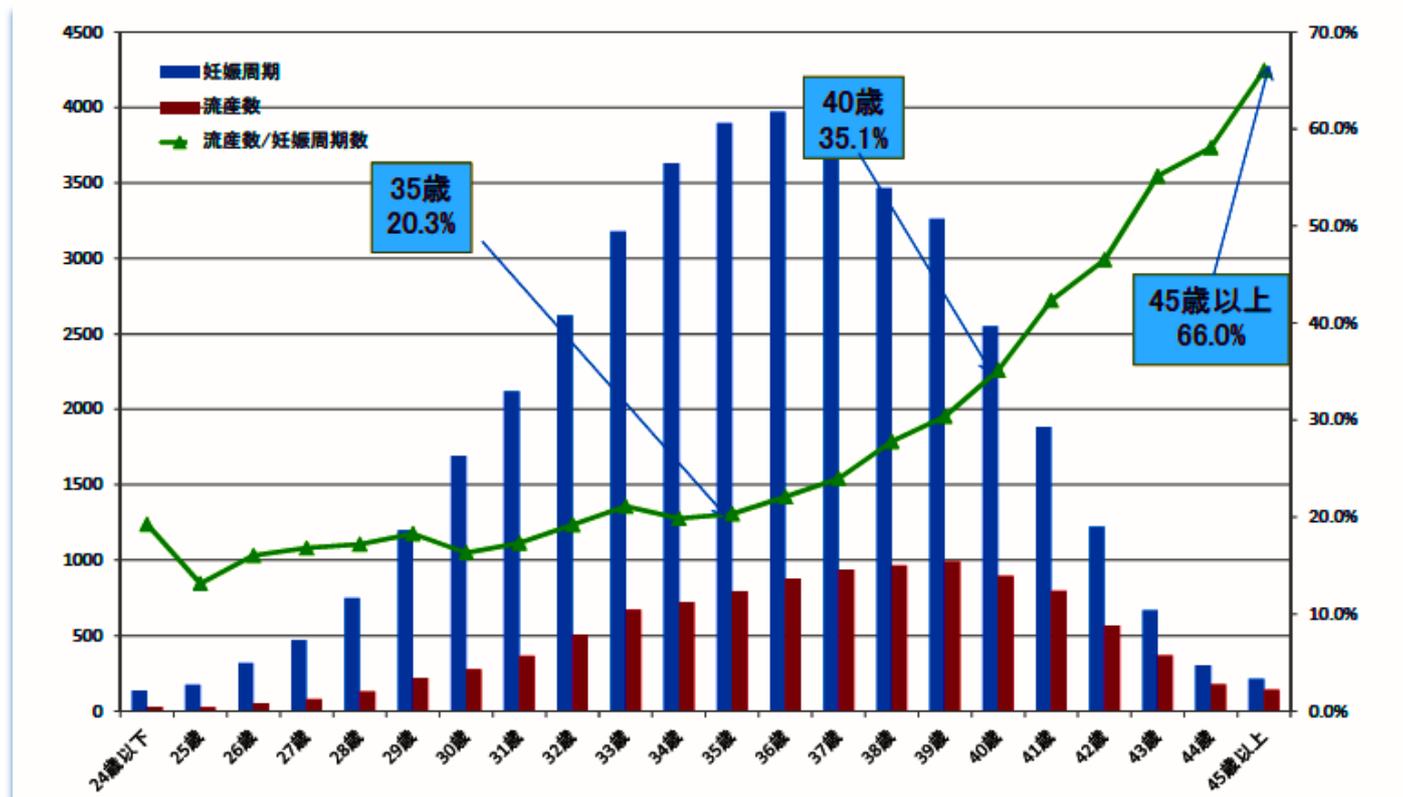
であった支給件数が、2011年度には112,642件まで増加している。おおよその予算規模は、100億円である¹¹。

3.2 特定不妊治療費助成制度の利用状況

平成24年度の特定治療支援事業の助成の状況より、延べ件数134,881件、実人員数79,205人、一人あたり年平均1.7回実施していることが分かる。

助成年数が長くなるほど、助成対象者数は大きく減少している。1年目の実人員数は34,784人であるのに対し、2年目は18,040人、5年目になると1,625人と減少してくる。また、いずれの年数においても年間の上限回数の助成を受けている者が約5-6割を占めている。

図3 不妊治療における年齢と流産率（流産数/妊娠周期数）



出所) 厚生労働省「不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会報告書」関係資料(2013年)より抜粋。

¹¹ 厚生労働省「特定支援事業の現状」(平成25年)

更に、年齢別の助成件数を見てみると、40歳以上の者の件数は37,700件であり、全体の32.7%を占めている。初めて助成を受けた者のうち、40歳以上の者は9,046人であり、これは初めて助成を受けた者のうち約26%を占めている。

女性は加齢とともに妊孕力は弱まり、皿には妊娠・出産の際のリスクも高まる傾向にある。図3の示すとおり、流産率は35歳を起点として急激に上昇し、45歳での流産率は66%に達する。

4. 不妊治療に対する諸外国の制度

国連では、肥満率の上昇・性感染症（クラミジア）・第1子出産年齢の高齢化（卵子の高齢化）といった問題点を指摘し、不妊治療は先進国共通の問題であると定めている。また、EU議会（2008）では、「不妊は欧州の人口減少についての原因のひとつ」との声明を発表している。不妊は日本のみが直面している課題ではなく、先進国に共通の課題であると言えよう。

この課題に対する各国の対応は下記表2で示している通り、多様である。

例えば、合計特殊出生率が2.0を超えているフランスでは、出産にかかわる費用だけでなく不妊治療についても社会保険でカバーし、EUの中でもフランスは手厚い制度を持っている。EU全体では、生殖補助医療により年間10万人が誕生しているが、総出生数はフランスが最も多い。フランスではピル（低用量経口避妊薬）が普及しており、多くの女性が10代後半でかかりつけの産婦人科を持つこととなり、妊娠を望んだ場合はピルの服用を止めるところから始まり、妊娠をコントロールするという感覚があるようだ¹²。

日本は社会保険でのカバーではなく助成制度を用いており、韓国と類似点が多い。韓国政府は長期的（2006-2020）な人口政策として、「低出産高齢社会基本計画」を2005年に制定した。この時、妊娠・出産に対する支援の拡大のひとつとして、男性不妊の負担金や人工授精の費用を支援する制度を設けている。

各国が採用する制度を検討する上で、①社会保険での費用カバーか助成制度の創設か、②回数上限を設定するか否か、③対象年齢の設定有無が議論となり得る。日本においては、対象年齢を設定していない点でも特徴がある。

表2 諸外国における体外受精に対する経済的支援の状況

¹² 東洋経済 2012年7月21日

	イギリス (イングランド)	フランス	ドイツ	韓国	日本
種類	公営(税方式)	社会保険	社会保険	助成	助成
実施主体	NHS (国民保健サービス)	保険者	疾病金庫	地方自治体 (国 1/2 補助)	都道府県 (国 1/2 補助)
支援額	100%	100%	50%	約 18 万円/回	15 万円/回
対象回数	3 回	4 回	3 回	4 回	10 回
対象年齢	42 歳以下	42 歳以下	40 歳以下	44 歳以下	制限なし
所得制限	なし	なし	なし	全国平均月間所得 (世帯)の 150%以下	年間所得 730 万円未満 (夫婦合算)

出所) 厚生労働省「諸外国における体外受精に対する経済的支援の状況」
(2013 年) を基に、柴田作成。

5. 米国における不妊治療への保険適用と出生率への影響

不妊治療に対する政策の相違は、どのような結果をもたらすのであろうか。Machado and Galdeano (2011)は不妊治療への保険適用拡大がもたらす、第 1 子出産年齢、合計特殊出生率への短期・長期的な影響を、1980-1990 年代の米国のデータを用いて調査した。人口減少に直面した EU においても、不妊治療に対する支援の議論が深まる中、出生率の上昇に主眼を置いて調査がなされた。この論文によって下記点が明らかになった。

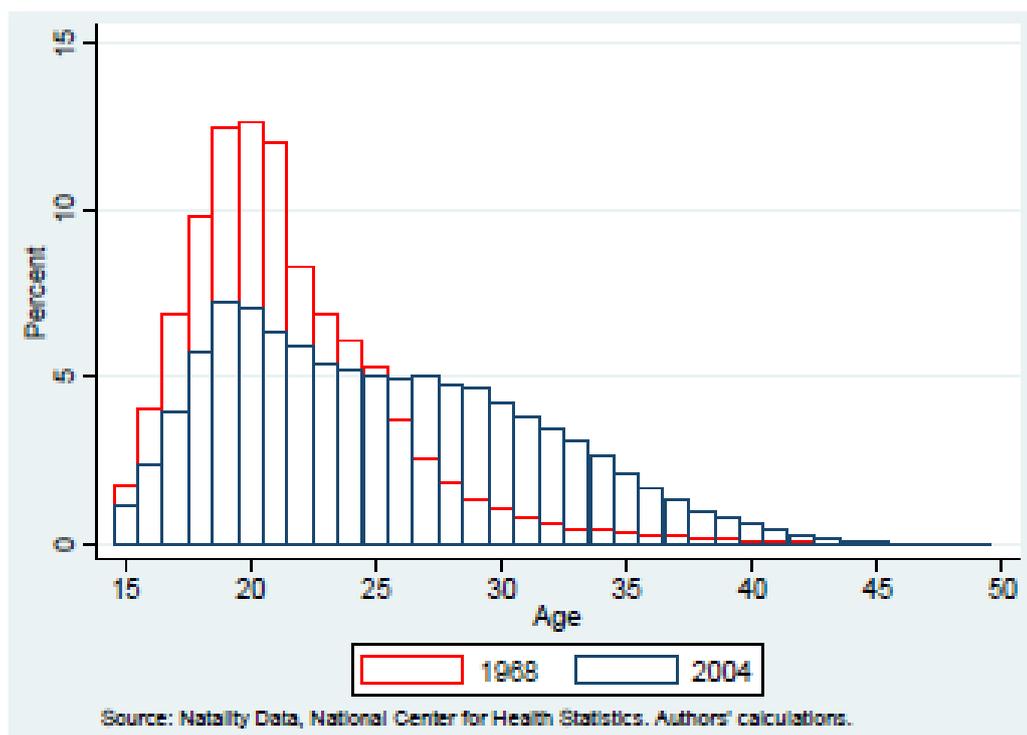
- 1) ART (Assisted Reproductive Technology : 生殖補助医療) の導入と利用の増加によって、女性の出産可能期間が延びた。
- 2) 不妊治療費の保険適用範囲拡大に対する政策介入は、妊娠の傾向と人口の年齢構成に影響を与え得る。
- 3) 不妊治療に対する政策は第 1 子出産年齢に影響を与えており、徐々にその年齢は上がってきており、長期的に見ると第 1 子出産年齢を 3-5 ヶ月引き上げている。
- 4) これらの政策は合計特殊出生率を引き上げていない。

米国では州により不妊治療に対する政策に相違がある。不妊治療への政策介入が、第 1 子出産年齢に与える影響を見ていきたい。

5.1 米国における第1子出産年齢の変化

1960年代以降、米国において女性の第1子出産年齢が上昇した。1968年には21.5歳だった第1子出産年齢が1985年には23.7歳になり、2004年には25.6歳になった。この結果、図4に見られるとおり第1子出産年齢の分布が広がった。1968年には第1子出産年齢のピークは明らかに20代前半であったが、2004年には分布は緩やかなものとなり30歳以降の出産が明らかに増加している。米国は数十年の間に急激な変化を迎えた。

図4 1968年と2004年における第1子出産年齢の分布



出所) Machado and Galdeano (2011)

5.2 不妊治療の広まり

米国で 1981 年に初めて生殖補助医療（ART）が成功したが、当初は非常に高値であった。1992 年時点では、ART のひとつである体外受精のような高度な不妊治療を受ける費用は USD44,000～211,942 であり、一般化してはいなかった。

しかしその後、全米で不妊治療専門医の急増によりアクセシビリティが高まり市場での競争が起こり、技術の進化に伴いより少ない回数で妊娠が可能になった事が費用を低下させて。加えて、ベルギーやデンマーク、フランスといった EU 諸国と同様に、米国においても不妊治療の保険適用が拡大され、これらの要因により更に体外受精の費用が下がった。

体外受精の普及が進み、その結果、2001 年までに体外受精で生まれた子どもは米国における全出生数の 1%以上を占める事となった。

5.3 不妊治療への保険適用化が出生率に与える影響

不妊治療、特に ART の保険適用範囲拡大が出生率に与える影響は、短期的・長期的に分けられると考えられている。

短期的には、主に高齢不妊症の女性の妊娠率が高まり、且つ多胎妊娠が増え、合計特殊出生率が上昇することが期待される。しかし、これらはまた新たなモラルハザードを招く恐れも含んでいる。自然な妊娠を待つことに対する便益が減少してしまうのである。本来であれば不妊治療が必要でないにも関わらず、妊娠をコントロールするために不妊治療を受ける人々が増える可能性がある。この効果は第 1 子出産年齢の引き下げに繋がるが、高齢出産の女性が増える効果の方が高いため、短期的には第 1 子出産年齢は上がる。

長期的には、合計特殊出生率の上昇には寄与しないと考えられている。不妊治療により生殖可能な期間が延長され高齢出産の可能性が高まることから、出産を一層遅らせる方向へ誘発する可能性がある。これにより、高齢出産の女性が増える効果と相殺されてしまう。

上記の様に、短期・長期的に様々な影響が考えられ、また実際に実証研究がなされてはいるが、不妊治療の保険適用等の政策介入が与える効果は一様ではない。

5.4 不妊治療への政策介入と影響

米国では州ごとに不妊治療に対する政策介入の強弱が異なり、その効果を検証することが可能となっている。不妊治療に対する法制度を設けている州を、その強弱によって分類したものが次で見る表 3 である。

表 3 不妊治療に対する政策介入の分類

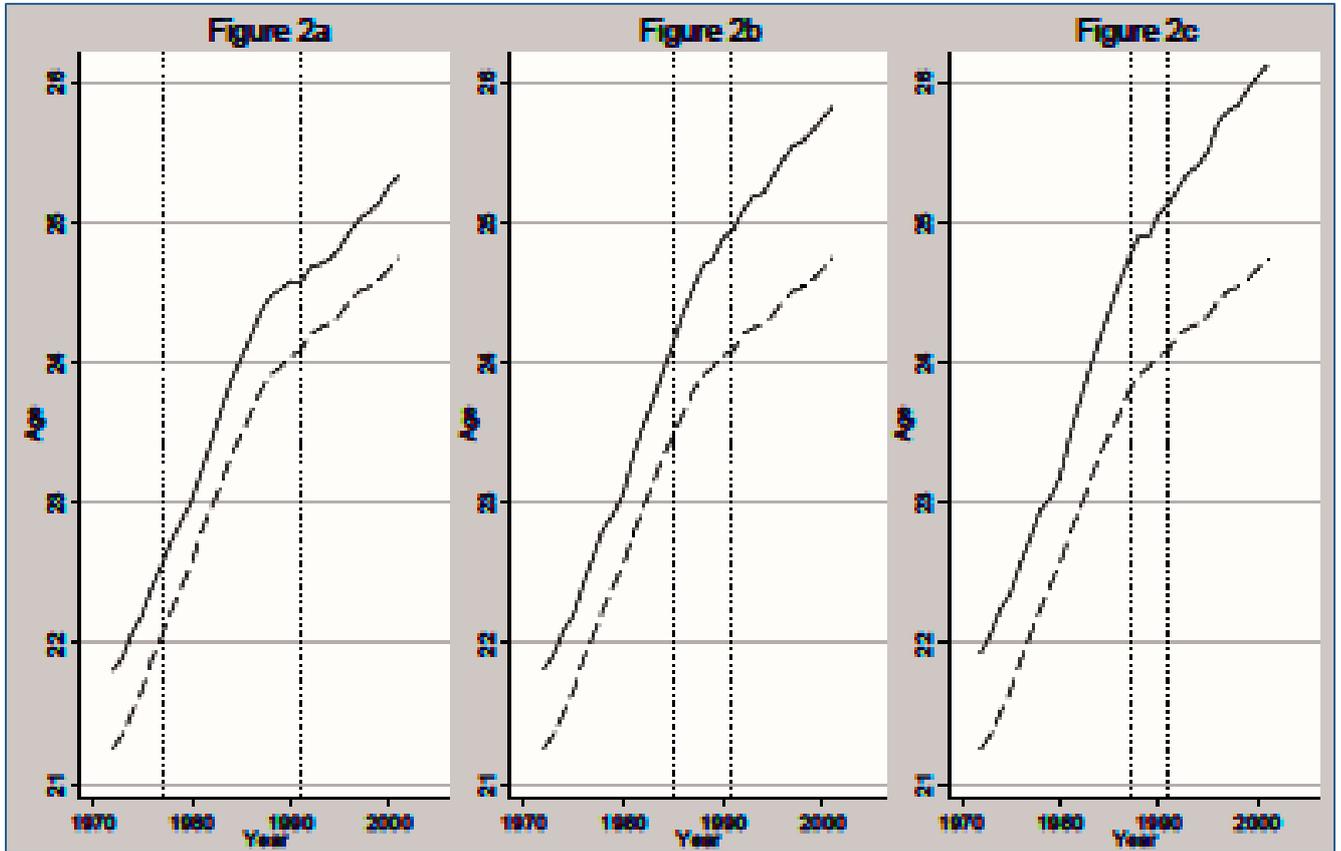
STATE	COVER/OFFER	MANDATORY IVF COVERAGE	APPLICATION	MARRIAGE
Arkansas	cover-strong (1987)	yes	HMOs excluded	yes
California	offer (1989)	no	All plans	no
Connecticut	offer (1989)	yes	HMOs excluded	no
Hawaii	cover-strong (1987)	yes	All plans	yes
Illinois	cover-strong (1991)	yes	All plans	no
Maryland	cover-strong (1985)	yes	All plans	yes
Massachusetts	cover-strong (1987)	yes	All plans	no
Montana	cover-weak (1987)	no	HMOs only	no
New York	cover-weak (1990)	no	HMOs excluded	no
Ohio	cover-weak (1991)	no	HMOs only	no
Rhode-Island	cover-strong (1989)	yes	All plans	no
Texas	offer (1987)	yes	All plans	yes
West Virginia	cover-weak (1977)	no	HMOs only	no

出所) Machado and Galdeano (2011)

STATE は各州の名前を表し、特に強い (cover-strong) 法制度が設けられている州 (Arkansas, Hawaii, Illinois, Maryland, Massachusetts, Rhode-Island 6 州) が太字で表されている。"COVER" は不妊治療に対する強制的な保険適用を課している場合に表記し、"OFFER" は民間保険会社に対し適用を求めている場合に表記している。"Strong"は IVF (体外受精) が保険に適用されており、それが少なくとも 35%以上の女性に対し影響を与えている場合に表記し、それ以外は、"Weak"としている。なお、HMO(Health Maintenance Organization) は米国の民間保険のひとつであり、HMO 加入者に対する適用可否も表に組み込まれている。MARRIAGE の項目から分かるように、Arkansas, Hawaii, Maryland の 3 州は制度の受益者を結婚している女性のみ限定している。

不妊治療に対する効果の検証では、表 3 で示された全ての州を "Treated" とし、不妊治療への保険適用拡大が 2001 年に制定された Louisiana と New Jersey を "Control" としている。比較可能なデータとなるように、使用するデータを 2001 年までとしている。

図5 Treated州とControl州の比較・第1子出産年齢の変化



出所) Machado and Galdeano (2011)

図5において、第1子出産年齢の時系列変化を見る。全てのFigureの点線はControl statesであるが、Figure 2aの実線はAll treated statesを表し、Figure 2bの実線はTreated statesの内、cover - strongとされていた6州 (Arkansas, Hawaii, Illinois, Maryland, Massachusetts, Rhode-Island) を表している。Figure 2cの実線ではcover - strongの内でも最も制度受益者の範囲が広い (婚姻関係の有無・保険の種類を問わず、制度が適用されている)、Illinois, Massachusetts, Rhode-Islandの3州を表している。また、垂直の点線は大きな制度変化があった年を表している。

まず着目すべきは、Treated州の第1子出産年齢は政策介入前からControl州よりも高いことだ。しかし、特に強い (cover - strong) とされているTreated州と比較したFigure 2bと2cに見られる様に、制度に変化があった後にTreated州とControl州におけるギャップは一層大きくなってきている。全てのTreated

州を同様に検討すべきではなく、政策介入の強弱により異なった結果が得られることを示唆している。更に、Figure 2b と 2c で観察可能であるのは、制度変化があった直後ではなく数年後により政策効果が現れてくるということだ。

Figure 2b の垂直線は 1985 年に Maryland で初めて”cover - strong”である制度が議会を通過し、1991 年に Illinois で”cover - strong”である制度が出来たことを表している。Figure 2b では 1985 年から 2001 年までの間に第 1 子出産年齢が 0.42 歳引き上げられたが、Maryland 州と Illinois 州の制度の影響はその 25%とされている。先行研究 (Schmidt 2007) で既に明らかのように、不妊治療に対する保険適用化は 35 歳以上の女性の出生率を高め、特に白人女性に対する影響がより大きい。

Figure 2b と 2c にて制度変化の数年後に一層、Treated 州と Control 州の第 1 子出産年齢の差が広がっている事に再度着目したい。ここから推測できることは長期にわたって第 1 子出産年齢が上がっていくことが、高齢出産による出生率上昇効果を超えてしまうことである。政策介入によって体外受精・人工授精といった高度医療への費用が低下しアクセスが容易になったことが、若年女性の出産決断を遅らせる方向に導く可能性も否めない。

長期的に見て、不妊治療への手厚い政策介入が出生率の上昇に貢献しない可能性がある。

6. 日本における不妊治療の課題

これまで諸外国の制度や米国での先行事例により、日本の不妊治療に対する制度の特徴が見えてきた。現在の日本における不妊治療の課題をレビューしたい。

6.1 不妊治療患者の経済的負担

現在、日本では特定不妊治療費助成制度が運用されており、治療者に対して経済的負担が軽減される措置がとられている。実際に、不妊治療を受けている当事者団体である NPO 法人 Fine のアンケート (2013 年 4 月) によると、経済的な理由で高額の治療を受けることを躊躇、もしくは延期したことがある人は全体で 81%(N=1,993)となっている。

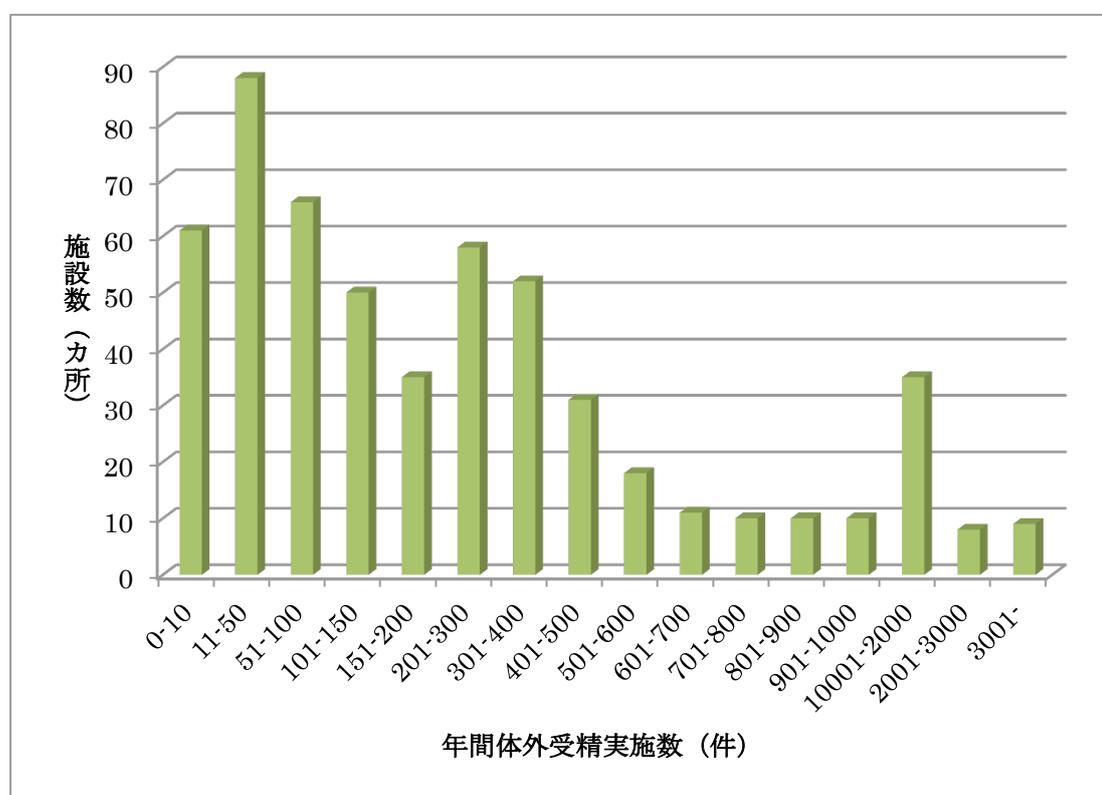
また、不妊治療を受けられる施設は限られており、自宅近辺に不妊治療施設が無いために、交通費・宿泊費が必要となるケースも 82%にのぼり、継続して

いく上での経済的負担は治療費以外にもかかることが分かる。依然として、経済的な負担の課題は残っている。

6.2 医療機関への課題

体外受精等の不妊治療を実施している医療機関の数は全国で 552 施設だが、図 6 に見られる通り、年間体外受精実施数には医療機関ごとのばらつきがかなりある。体外受精の実施数に比例して成功率は高まるため、実績の高い医療機関を求めて遠方であっても患者が来訪しているのが現状だ。

図 6 年間体外受精実施数と施設の件数



出所) 日本産科婦人科学会 (2010 年) データを基に、柴田作成。

また、体外受精の成功率が低いと治療期間が長期化し、治療費の増大に繋がる (体外受精 1 サイクル当たり約 60 万円) ため、医療機関ごとに大きなばらつきがある点は課題である。

また、生殖医療専門医 (531 名) も大都市圏に偏在しており、東京に 124 人 (全体の 23%)、大阪に 47 人 (同 9%)、神奈川に 45 人 (同 8%)、愛知に

34人(6%)がいるが、一方で、岩手・佐賀・宮崎には0人である。地域的な偏在にも課題を残している。

6.3 出産・妊娠に対する理解の低さ

Bunting (2013) では、日本人の妊娠や不妊治療及びその効果に対する理解や知識が他の先進国と比較して、最低にあることを示している。Bunting (2013) にて引用された調査¹³は、メルクセローノ社と英・カーディフ大学によって2009-2010年に実施された。この調査では妊娠を望む10,000人以上の男女に対し子どもを持つことに対する全般的な意識調査を行っており、その中で各国の生殖・妊娠に対する知識も質問している。質問の一例と回答は下記の通りである。なお、意識は筆者による。

1. If you have a healthy lifestyle you are fertile?
(健康的な生活を送っていれば妊娠ができるか? ⇒**FALSE**)
2. A woman who never menstruates is still fertile?
(一度も生理が無い女性は妊娠が可能か? ⇒**FALSE**)
3. A woman in her 40s has a similar chance of getting pregnant as a woman in her 30s?
(40代の女性は30代の時と同等の妊娠可能性があるか? ⇒**FALSE**)
4. About 1 in 10 couples are infertile?
(約10組中1組のカップルが不妊であるか? ⇒**TRUE**)
5. Smoking decreases male fertility?
(喫煙は男性の生殖能力を引き下げるか? ⇒**TRUE**)
6. Smoking decreases female fertility?
(喫煙は女性の生殖能力を引き下げるか? ⇒**TRUE**)
7. If a woman is more than 13 kilos overweight she may not be able to get pregnant?
(標準体重より13キロ重い女性は妊娠に至らない可能性が高いか? ⇒**TRUE**)

これらの質問の中で、最も正答率が悪いのは7. 女性の肥満と妊娠に関わる問題であった。女性の肥満は妊孕力を低下させるが、女性の40%・男性の20%の正答率に留まった。なお、男性の正答率の方が低い傾向が全般的にみられた。

¹³ Merk Serono (2010) “fertility THE REAL STORY”

妊娠・生殖に対する知識を国別に比較すると、英国・デンマーク・オーストラリアでは高く、トルコ・中国・日本では低いという結果になっており、日本は先進国中で最低の結果となった。

このような事態に対して、Bunting (2013) は「教育に介入することは直接、妊娠や健康に対する知識を向上させることになるが、これらの知識が出産や出産の意思決定に対してどの様な影響をもたらすかは定かではなく、更に調査が必要」としている。しかし、日本では不妊治療を行って初めて「加齢に従って妊孕力が弱まる」という事実を知る患者も多くいるという報道¹⁴もなされている。子どもを持つという選択に対し、現実的な意思決定を行うための知識の欠如には一定の説得力があると言えよう。

厚生労働省「不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会報告書」では、義務教育課程にて妊娠・出産に対する必要な教育がなされていると文部科学省から資料が提出された。しかしこれらは表層的であり、実際に自分自身の事に応用可能な知識となっているかには疑問が残る。

先般、来年度（平成 27 年度）から高校生の保健体育の副読本に「不妊」が記載されるという報道¹⁵もあり、今後の啓蒙・啓発に期待が持てる兆しもある。

6.4 不妊治療の高齢化

「3.2 特定不妊治療費助成制度の利用状況」にて見てきたように、日本では現在、助成を受けている件数の 32.7%は 40 歳以上である。35 歳以上に広げると、全体の 75%にのぼる。

加齢とともに妊孕力が弱まり、35 歳を起点として妊婦や胎児へのリスクが高くなる。平成 14-23 年の累計から見た妊婦死亡率でも、出産 10 万人当たり妊婦が 35 歳の場合には 6.6 人だが、40 歳では 11.6 人、45 歳では 54.9 人と高まる。

また、表 4 にて見られるとおり、自然流産率も 40 歳以上では 30 代前半の 4 倍のリスクがある。

¹⁴ NHK スペシャル「産みたいのに産めない～卵子老化の衝撃～」2013 年 6 月 23 日

¹⁵ 日テレニュース「高校生の副読本に“不妊”記載へ」2015 年 1 月 16 日

表 4 母の年齢と自然流産率

年齢区分	妊娠例数	自然流産例数	自然流産率(%)
24歳以下	90	15	16.7
25～29歳	673	74	11.0
30～34歳	651	65	10.0
35～39歳	261	54	20.7*
40歳以上	92	38	41.3*
合計	1,767	246	13.9

出所) 厚生労働省「不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する

検討会報告書」関係資料より抜粋 (2013 年)

胎児への影響では、染色体異常やダウン症の確率も 30 代の出産と比較し、40 代の出産ではそれぞれ 9 倍、6 倍の確率になることが指摘されている¹⁶。

不妊治療患者の年齢分布については、諸外国と比較し日本では不妊治療患者が高齢だという¹⁷ 指摘もある。不妊治療に対する国庫の支出と、出生数より子ども一人当たりの費用を算出し国際比較を行うなど、日本不妊治療への対策が有効に作用しているかについては検証する必要がある。

6.5 公的保険導入の検討

米国の先行研究により、不妊治療への公的保険導入による政策介入が、更に出産を遅らせるインセンティブを与えるなどの望ましくない影響を生じさせる可能性が示唆された。しかし、米国が不妊治療に対する公的保険の導入を行った 1985 年には第一子出産年齢の平均が 23.7 歳であるが、日本では 2011 年には

¹⁶ 「母の年齢と子どもの染色体異常の頻度」周産期医学 2013 年 7 月

¹⁷ 東洋経済「長引く日本の不妊治療患者の負担を軽くするには」 2013 年 5 月 21 日

既に平均第一子出産年齢が 30 歳を超えている。公的保険の導入が、出産年齢を遅らせるインセンティブが働くかについてはさらなる議論を要すると言える。

一方、これまでに見てきたように、現状では医療機関や医療者の間に治療技術の格差がある。仙波（2003）は、医療者の考え方によって治療法が異なってくるために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く、現状の健康保険では混合診療が禁止されているため、却って負担が大きくなる可能性がある」と指摘する。また、不妊治療も万能ではなく、その成功率は高いものではないという点や、不妊治療は病気の治療に当たるのかという問題点がある。

更に、不妊は疾病であると認識された場合、治療を受けるべきであるという社会的圧力が高くなる可能性により、産まないとする権利が侵害されるとの懸念もあり、現時点で公的保険の導入が適切かは断言できない。

なお、高額な費用を要する不妊治療についての社会的な需要は高いとしながらも、これまでは逆選択のリスクや不妊の偶発性を理由に保険商品の開発はなされていなかった。しかし、平成 25 年の金融審議会での検討を経て、平成 26 年度には解禁される予定である。

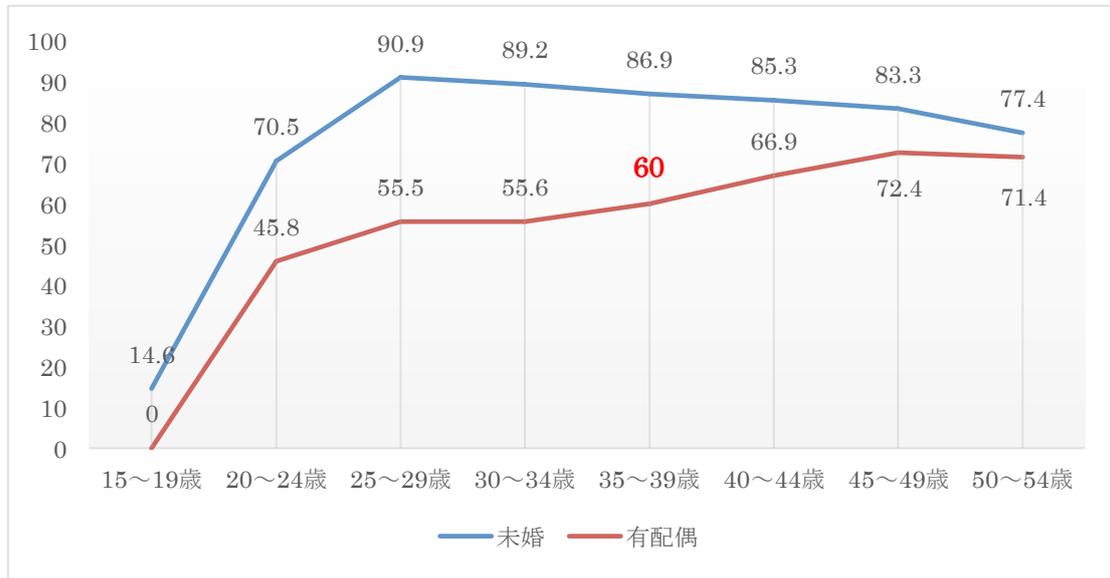
7. 仕事と治療の両立について

前項、6. 日本における不妊治療の課題に追加し、不妊治療の受診者が抱える仕事と治療の両立課題について、NPO 法人 Fine が 2014 年 5 月から 2015 年 1 月にかけてアンケートを実施した。筆者もアンケートの分析に携わっており、アンケート調査から垣間見える課題を見ていきたい。

7.1 不妊治療の受診者と就業率

まず、一般的な不妊治療受診者の年齢を見ていきたい。2.4 年齢別不妊治療の受診者で見たとおり、不妊治療を受けている年齢は 35－39 歳が最も多く 39.9%となっている。多くの不妊治療受診者が既婚者であるため、この世代の有配偶者の労働力率を見ていくと、図 7 の通り 35 - 39 歳では 60% (未婚者 86.9%) となっており、働きながら不妊治療を続けているケースは少なくないと推測される。

図 7 女性の年齢階級別配偶関係別労働力（%、2012年）



出所) 男女共同参画白書 平成 25 年版より、柴田作成。

7.2 アンケート調査概要

NPO 法人 Fine が 2013 年に実施した「不妊治療の経済的負担に関するアンケート」において、不妊治療により仕事や予定に支障をきたしたことがある人が 86.6% (N=1,993 人) にのぼっていた。これを踏まえて、今般不妊治療と仕事の両立における課題を一層深く掘り下げるべく、調査を行うこととした。

1) アンケート名称 : 仕事と治療の両立についてのアンケート

2) 調査方法 : インターネット調査

3) 実施期間 : 2014 年 5 月 15 日 - 2015 年 1 月 5 日

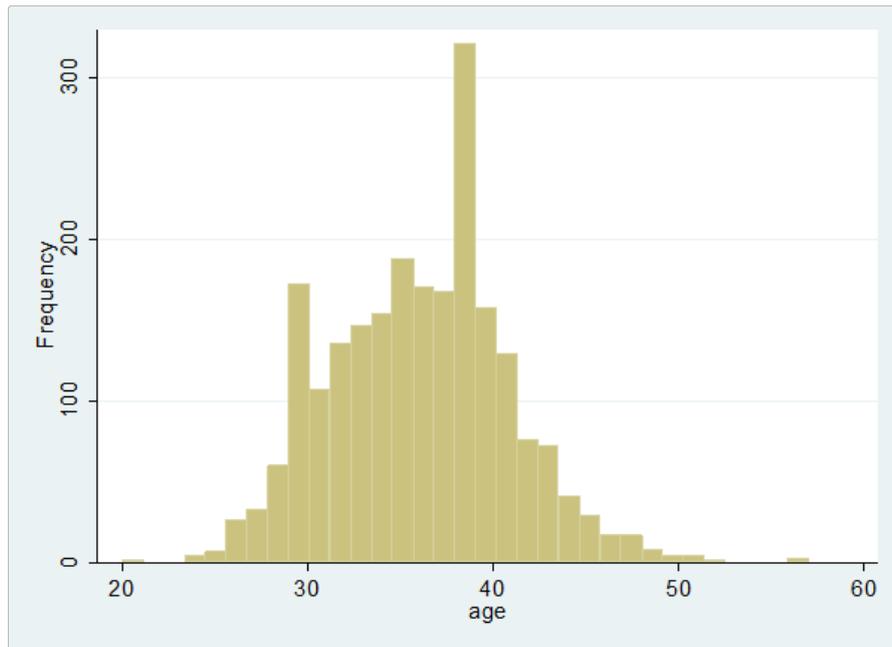
4) 回答者数 : 2,265 人、平均年齢 36 歳

5) 調査目的 :

不妊治療と仕事を両立する中で、不妊治療が仕事にどのような支障をきたし当事者が困難を抱えているかを浮き彫りにし、今後の課題を示す。

アンケート回答者の内、99.3%が過去・現在・未来の不妊治療当事者であり（0.7%は関心があるが治療はしない方）、多くの当事者からの声を集められたと言える。また、回答者の年齢分布（図8）も35 - 39歳が最も多く、不妊治療当事者の分布と近くなっている。

図8
アンケート
回答者
分布



アン
ケート
回答
年齢

出所) 「仕事と治療の両立についてのアンケート」 (2015) より、柴田作成。

7.3 アンケート結果概要

1) アンケート回答者の就業状況

現在仕事をしている人は73% (1,649人)、仕事をしていない人は27% (616人) となった。仕事をしていない人は616人だが、仕事と不妊治療の両立が困難であり退職を選択し、仕事をしていない人が378人含まれている。これは仕事をしていない人の61%を占めている。

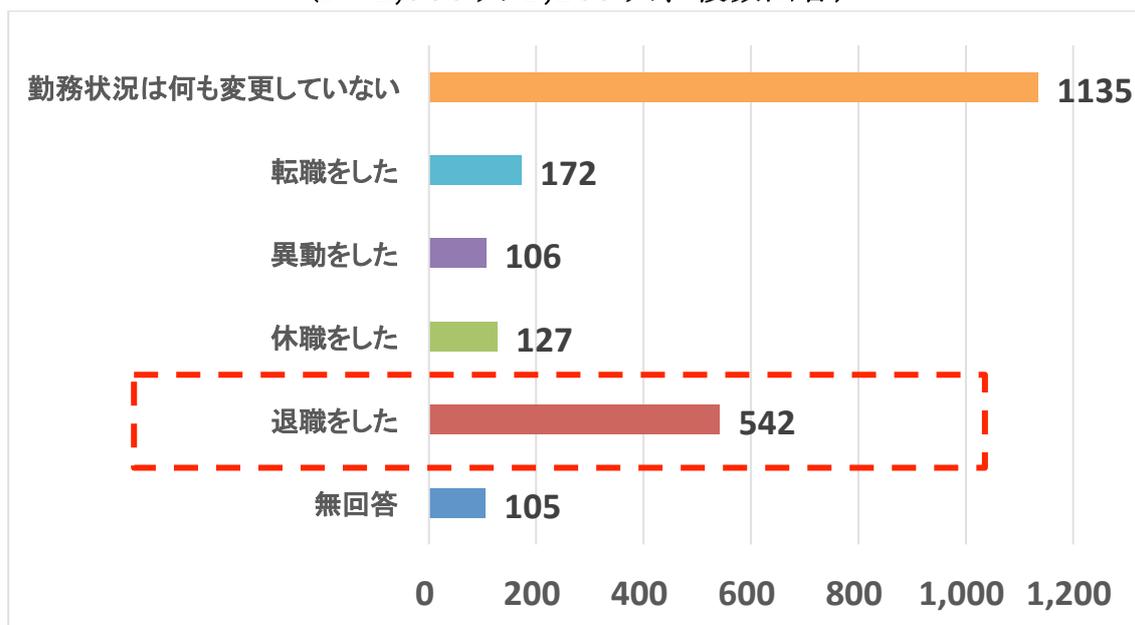
2) 仕事と治療の両立の困難さ

仕事と治療の両立が難しいと感じたことがある人は、アンケート回答者の91%にのぼった。また、治療が仕事や予定（私的な用事や家事などを含む）に支障をきたしたことが無い人は全体の13.5%のみであった。治療・通院のために仕事を遅刻・早退するなど、急遽変更せざるを得ない状況がある。

3) 勤務状況の変更について

仕事と治療の両立を理由として、勤務状況に何らかの変更があったかという問いに対し、回答者のなかで最も多い57%（1,135人）は、治療を理由には勤務状況を何も変更していない。しかし、退職をした人が27.3%（542人）となっており、転職8.7%、休職6.4%、異動5.3%と比較し、勤務状況の変更を経験した人の中では最も多い結果となった。

図9 治療との両立を理由に、勤務状況を変更したか
(N=1,986人/2,265人、複数回答)



出所) 「仕事と治療の両立についてのアンケート」(2015)より、柴田作成。

勤務状況を変更した814人について見てみると、正社員から非正社員への変更29%（238人）が最も多く、次に無職・専業主婦への変更13%（106人）となっている。不妊治療の継続のために、業務負担を減らす・無くすことを選択している。

4) 勤務状況の変更要因

就業状況に変化があった回答者（N=1,012人/2,265人、複数回答）に、その理由を聞いている。最も多い理由は「通院回数が多い」の73%（743人）であったが、理由を大別すると、物理的・体力的な負担と精神的な負担に分けられ、おおよそ二等分されることが分かった。精神的な負担も大きい。

5) 職場での状況

① 職場で不妊治療について話していたか（N=2,081人/2,265人）

職場で治療のことを周囲に話している・話していたのは66%（1367人）、話していない・話していなかったのは31%（647人）となった。治療を継続する中で、遅刻・早退・欠勤を願い出る必要があり、また、迷惑をかけることを避けるために、やむなく話をしている記述が見受けられる。職場で不妊治療について話をするのは上司（83%）が最も多く、次いで同僚（60%）となっている。

② 職場で「不妊治療をしている」と周囲に話しづらく感じたか（N=1,389人/2,265人）

職場で「不妊治療をしている」と話しづらさと感じた回答者は、全体の70%（970人）となった。この970人になぜ話しづらいかを質問した所、「不妊であることを伝えたくなかったから」72%、次に「周囲に心配や迷惑を掛けたくなかったから」52%となった。プライベートなことを話す抵抗感や、話したとしても理解をされないといったネガティブな姿勢が見られる。

③ 職場に不妊治療をサポートする制度等があるか（N=2,155人/2,265人）

不妊治療のサポート制度を持つとの回答が全体の6%（134人）と低い数字になっている。さらに、職場に不妊治療をサポートする制度が「ある」と回答した方にのみ、どのようなサポート制度があるかを質問した所、休暇・休業制度を設けている企業が最も多く（94%）、次に、フレキシブルな就業・雇用制度（35%）となっている。実際に、不妊治療休暇やライフプラン休暇といった休暇があるとの回答もごく少数ながらあったが、年次有給休暇など既存の制度を利用しているケースが多い。

④ 職場の不妊治療をサポートする制度を使ったか（N=237人/2,265人）

職場に不妊治療をサポートする制度があっても、実際に使ったことがある人は40%であった。制度を利用していない回答者には、「これから使う予定」や「制度は体外受精から適用なのでまだ適用外」などの意見もあったが、「不妊治療をオープンにする勇気が無い」などに治療をしていること自体を公にした

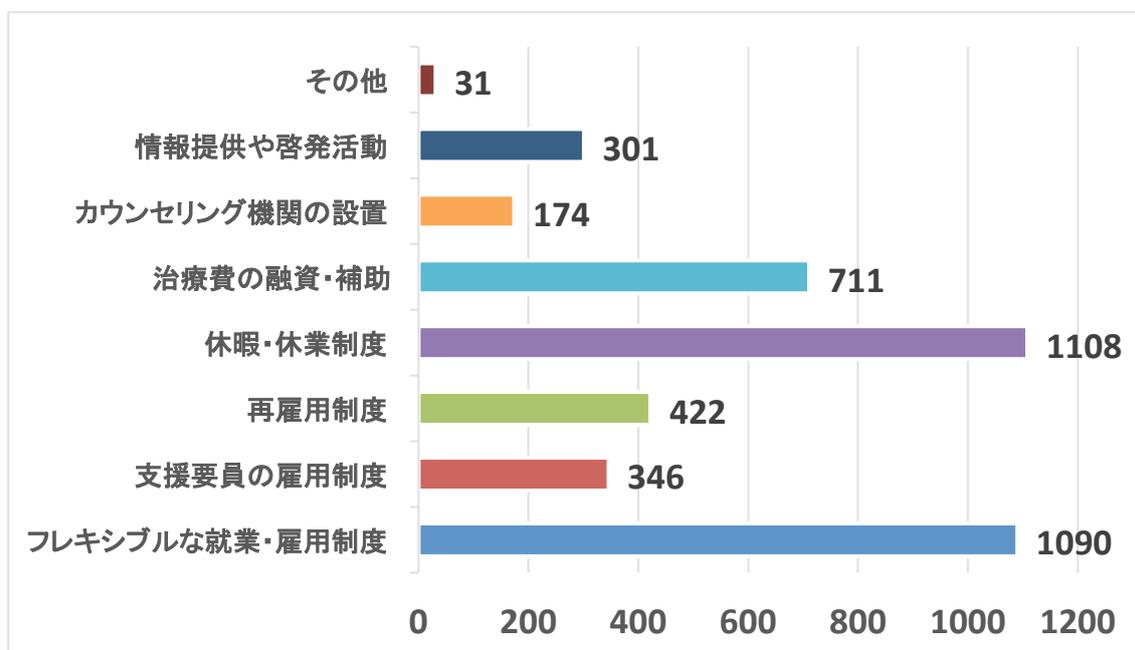
くないという気持ちが多く見られた。サポート制度を設けている企業であっても、不妊治療について話しにくい雰囲気があり、当事者が躊躇をすると運用されない実態がある。

一方、職場で不妊治療に関する何らかのサポートが欲しいと思うか（N=1,799人/2,265人）という問いには、サポートを求める割合が81%（1452人）となった。職場に対してサポートを求めない19%（347人）の内、164人の自由記述を見ることによってなぜ職場にサポートを求めないのか傾向が見えてきた。最も多い、164人中49人の方は「不妊治療であることを知られたくない」ために職場でのサポートや制度は不要だとしている。制度を利用した際に、不妊治療をしていることを知られる恐れがあるからだ。また「制度があっても利用は不可能」など、現状の職場環境からあきらめの声も多い。「制度よりも理解が欲しい」という言葉が表すとおり、「不妊」や「不妊治療」に対して偏見を持たれない事やそもそもの労働環境として長時間労働の是正を望む声が見られる。

⑤ 企業に求めるサポート（N=1,475/2,265人、複数回答）

現在、企業から不妊治療に対するサポート制度を受けていない方々に対し、どのようなサポートが欲しいかを尋ねた。

図 10 企業に求めるサポート（N=1,475/2,265人、複数回答）

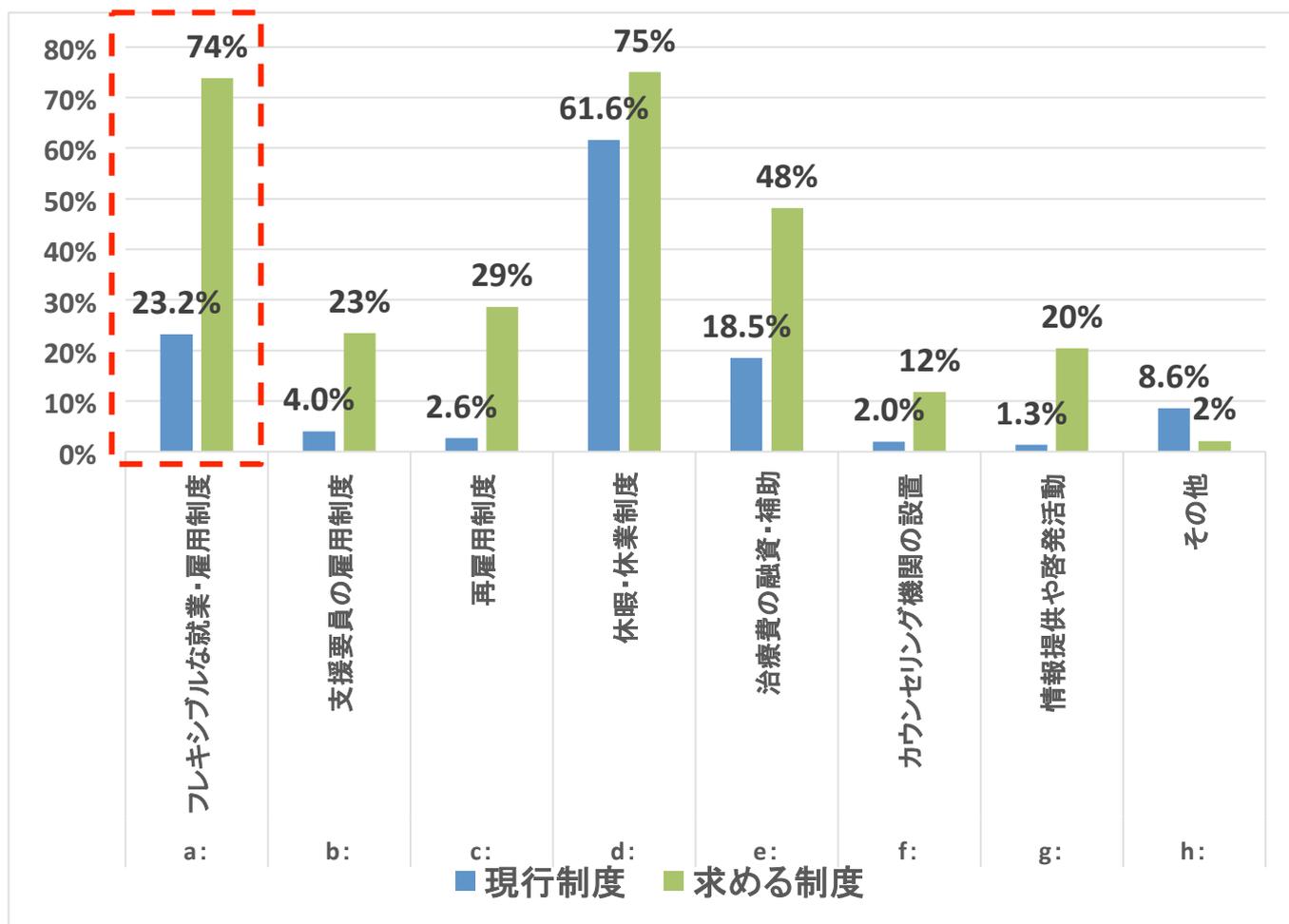


出所) 「仕事と治療の両立についてのアンケート」 (2015) より、柴田作成。

集中した選択肢が、休暇・休業制度（1108人、75%）、時短・フレックスタ
 イムなどのフレキシブルな就業・雇用制度（1090、74%）であった。治療の融
 資・補助を求める方は711人・48%となっているが、直接経済的な支援を受け
 るのではなく就業・雇用環境を変えて欲しいといった声の方が大きい。

次に、各サポート制度に対して現行制度と求める制度の差異を図11で示した。
 サポート制度を既に設けている企業が少ないためにサンプル数（N数）に大き
 な違いがあり単純比較は出来ないが、企業が提供している制度と当事者が求め
 る制度の差異が見える。

図 11 現行制度と求める制度の差
 （現行制度 N=151 人、求める制度 N=1,475 人 各複数回答）



出所) 「仕事と治療の両立についてのアンケート」 (2015) より、柴田作成。

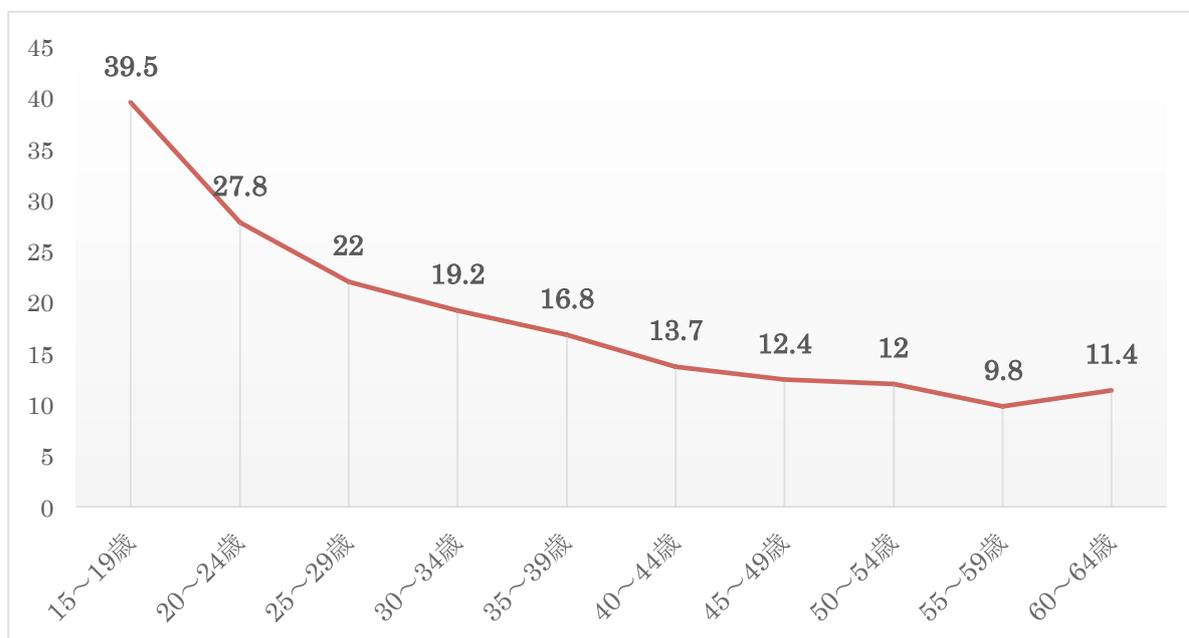
フレキシブルな就業・雇用環境について、現行制度と求める制度に50%もの差があることが分かる。400以上もの自由記述からは「新たな制度」を求める声ではなく、「有給休暇を利用できる職場」「時短・フレックス制度の利用」など現在の職場環境を改善させることで達成できる要望が多く見受けられた。「不妊治療と仕事の両立」ではなく、「不妊治療」という言葉を「介護」や「育児」に置き換えても適用される普遍的な要望ではなかろうか。

7.4 アンケート結果からの示唆

1) 不妊治療を理由にする退職率の高さ

治療との両立を理由に退職をした人が27.3%という結果が出た。この数値が高いのか否かを検討するために、不妊治療受診者と同年代の離職率を見てみたい。平成25年雇用動向調査の年齢階級別離職率（図12）を見ると、35-39歳の平成25年1年間の離職率は16.8%となっている。治療との両立を理由にした退職率27.3%は非常に高いと理解出来るのではないだろうか。

図12 年齢階級別離職率（%、女性）



出所) 厚生労働省 平成25年雇用動向調査結果より、柴田作成

企業は、女性社員が結婚・出産・育児により離職する傾向にあるとの認識はあり、その為の制度の策定・運用は行っているだろう。しかし、それ以前に不妊治療との両立を理由に退職する社員がいるとの認識は持っているだろうか。

アンケート結果からは、職場で「不妊であることを伝えたくない」と不妊治療当事者が考えている姿が鮮明になった。これより企業側から退職者の人数を捕捉することは難しいであろうと考えられる。35 - 39 歳といった中堅社員の流出につながらぬよう、次に述べる様に職場の労働環境を変えていく必要があると考えられる。

2) 企業に求めるサポート・制度

今回のアンケート結果から、不妊治療当事者は「新たな制度」を求めておらず、「有給休暇を利用できる職場」「時短・フレックス制度の利用」など現在の職場にある制度が利用できるようになれば良いという要望が多く見受けられた。「不妊であることを伝えたくない」というインセンティブが働く限り、サポート制度を設けても実効性に疑問が残るため、「不妊治療時短・休暇」などの制度は他の社員への啓蒙にはなり得るが、運用・実効性の発揮に至るまでは時間を要すると考えられる。

有給休暇の完全取得やフレックス制度の利用など、今ある制度の運用を高めることが退職を防ぐと考えられる。もちろんこれは、育児・介護でも同様であろう。

また、6.3 出産・妊娠に対する理解の低さでも見てきたように、日本人の不妊だけでなく、妊娠・生殖に関する知識は先進国中かなり低いと言わざるを得ない。これが遠因となり、不妊治療に対する偏見や知識・理解不足が生まれ、頑ななまでも「不妊治療であることを知られたくない」という態度を取らせている可能性もあるだろう。

8. 今後の不妊治療

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 7,000 名の署名を集め厚生労働省に提出した。これまでに公的支援は行われていなかったが、こういった要望もあり特定不妊治療助成制度は 2004 年に創設された経緯がある。たった 10 年前のことである。

厚生労働省は 2013 年、「不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会」の中で、「不妊治療に対する基本的な考え方は妊娠・出産に係る意思決定、すなわち、子どもを産むのか産まないのか、いつ産むのか、といった判断については、当事者である男女が自らの意思で行う事柄である」とした上で、次のような制度改定を打ち出し、平成 28 年度より新制度に移行する予定である。

- ①助成対象年齢は 43 歳未満（現在は年齢上限設定なし）
- ②通算助成回数は 6 回、40 歳以降で治療を開始した場合は 3 回（現在は 10 回）
- ③年間助成回数及び通算助成期間については制限を設けない（現在は年 2 回、通算助成期間は上限 5 年間）

年齢の上限を設定することにより、現在の課題であった不妊治療者の高齢化が緩和されることが期待される。より積極的な対応として、年代ごとに利用可能な助成制度・助成金額を変更し、若年者に対して受診を促すインセンティブを与えることも可能であろう。

確かに、子どもを持つ・持たない、いつ産むかという意思決定は当事者たる男女が行うものである。しかし、この意思決定に対して現在の制度・環境がバイアスをかけているようであれば、政策介入し修正する余地がある。「6.3 出産・妊娠に対する理解の低さ」で見て来たように、日本人の妊娠・出産に対する理解・知識の少なさにより、現実的な意思決定がなされていない可能性を示唆している。

最後に、子どもを持つ代替案としての養子制度と代理母について、今回の報告書では言及できなかったことを課題として付記したい。

参考文献

- 金 明中、張 芝延（2007）「韓国における少子化の現状とその対策」
『海外社会保障研究』No. 160
- 小西宏（2002）『不妊治療は日本人を幸せにするか』講談社現代新書。
- 仙波由加里（2003）「少子化対策における不妊治療支援についての研究」
早稲田大学大学院 人間科学研究科 博士論文
- Machado, P. Matilde and A. Sanz-de-Galdeano (2011) “Coverage of Infertility Treatment and Fertility Outcomes: Do Women Catch Up?” *IZA DP No. 5783*
- Schmidt, L (2007) “Effects of Infertility Insurance Mandates on Fertility,”
American Economic Review 95(2), pp 204-208.
- Bunting, L., I. Tsibulsky, and J. Boivin (2013) “Fertility knowledge and beliefs about fertility treatment: findings from the International Fertility Decision-making Study” *Human Reproduction*, Vol.28, No.2 pp. 385–397