

# 不妊治療への支援による少子化対策<sup>1</sup>

---

## 現行政策への懐疑

関西学院大学 西田研究会

岡原正典 (オカハラマサノリ)  
来住俊介 (キシシュンスケ)  
重原彬宏 (シゲハラヨシヒロ)  
高寺大毅 (タカデラヒロキ)  
安田光男 (ヤスダミツオ)  
余頃雄亮 (ヨゴロユウスケ)

2005年12月

---

<sup>1</sup>本稿は、2005年12月3日、4日に開催される、ISFJ（日本政策学生会議）、「政策フォーラム2005」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、西田教授・西村助教授（関西学院大学）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得べき誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

# 要旨

---

急速に進展する日本の少子高齢化に歯止めをかけるため、日本政府はさまざまな政策を施行している。しかし 2003 年度の日本の合計特殊出生率は 1.29 と人口を維持できる水準を大きく下回っている。果たして現行の政策は効果を発揮できているのであろうか。私達は現行の少子化対策の効率性に疑問を抱き、また少子化が日本経済に与えるマイナスの影響に問題意識を置き、今後の少子化対策について考察した。

本論文では、少子化対策のために今まで政府が施行してきた数多くの政策に対して独自の分析を行っている。低下し続ける出生率から分かる通り、今までの政策は十分な効果を発揮していない。私達はその原因を政策の効率性に問題があると考え、今までの少子化対策はその効果を受ける範囲が限定的であったのではないだろうか。また比較的效果が得られやすいと考えられる範囲においても出生率が低下しており、そのことから少子化対策の困難さがうかがえる。この分析結果をふまえた上で私たちが目をつけたのが「未婚者層」と「不妊者層」である。現行の政策では未婚者層に対してあまり効果的なものはないといえる。また不妊者層に対しても現行の助成制度では必ずしも十分であるとはいえない。今後の少子化対策の在り方として、何らかの理由により子供を持たない、もしくは持てない層に対して効果的な政策を考えていく必要があるのではないだろうか。そこで子供を既に欲しがっている不妊者層への助成を強化することにより確かな結果が期待できると考える。

## 目次

### はじめに

## 第1章 少子化

第1節 (1. 1) 少子化の現状

第2節 (1. 2) 問題意識

## 第2章 現状分析

第1節 (1. 1) 現行政策とその性質

第2節 (1. 2) 現行政策の対象

第3節 (1. 3) 少子化対策の限界

第4節 (1. 4) 少子化対策の方向性の転換

## 第3章 不妊治療について

第1節 (1. 1) 不妊の現状

第2節 (1. 2) 保険適用の効果

## 第4章 政策提言

第1節 (1. 1) 政策提言

## 参考文献・データ出典

# はじめに

---

合計特殊出生率は 1.29 にまで落ち込み、日本は急激な人口減少時代を迎えようとしている。日本で出生率が下がり始めたのは 1974 年からである。その前年には第二次ベビーブーム期を迎え、子供は 209 万人生まれている。しかし、その後下降の一途をたどり、2004 年には 110 万人となり、現在日本の合計特殊出生率は 1.29 と人口を維持するために必要な数字の 2.08 を大きく下回っている。また全国で最も合計特殊出生率が低い東京都では 0.9987 となり、全国で初めて 1.0 を割り込んだ。また政府が 2002 年 1 月に公表した将来人口推計(中位推計)では、2003 年の合計特殊出生率は前年実績値と同じ 1.32 にとどまるとしていたが、実際には大きく下回ってしまった。このように少子化は予想を上回るスピードで進んでいるのである。

もちろん日本政府はこの少子化の現状を黙って見過ごしていたわけではない。1989 年の 1.57 ショック以降、政府は 1991 年育児休業法から 2003 年次世代育成支援対策推進法までと様々な少子化対策プランを施行してきた。しかしこの過去 15 年にもものぼる政策の結果、果たして日本は急激に加速していく少子高齢化の進行をとめることができたのであろうか。

このような状況のもとで、少子化問題は私たちの世代に直接影響を及ぼしてくる。つまり、誰かに任せておくのではなく、日本の未来のために未来を担う私たち自身が真剣に考え、対処していかなければいけないのである。

本論文では、今までに政府が施行してきた政策に対して分析を行い、何故今までの政策が今ひとつ効果を発揮できていないかについて検証し、その上で効果を発揮しやすい分野のうちの一つに目をつけ、その分野への政策提言を行っていく。またその政策提言が実際に日本の少子化社会にどれぐらいの効果があるのかということについても検証し、行う政策が効果的な手段であることを示していきたい。

# 第1章 少子化

---

## 第1節 少子化の現状

21 世紀を迎え、私たちの世代が将来避けて通れない大きな問題の一つとして少子化が挙げられる。少子化によって生まれてくる子供の数が減少し、それにともない様々な影響を日本社会は受けると言われている。2050 年には人口が 1 億人を割ると言われている中<sup>1</sup>で、政府は様々な少子化対策を施行してきた。しかし今、合計特殊出生率は上がるどころか、どんどん下がっているのが現実である。

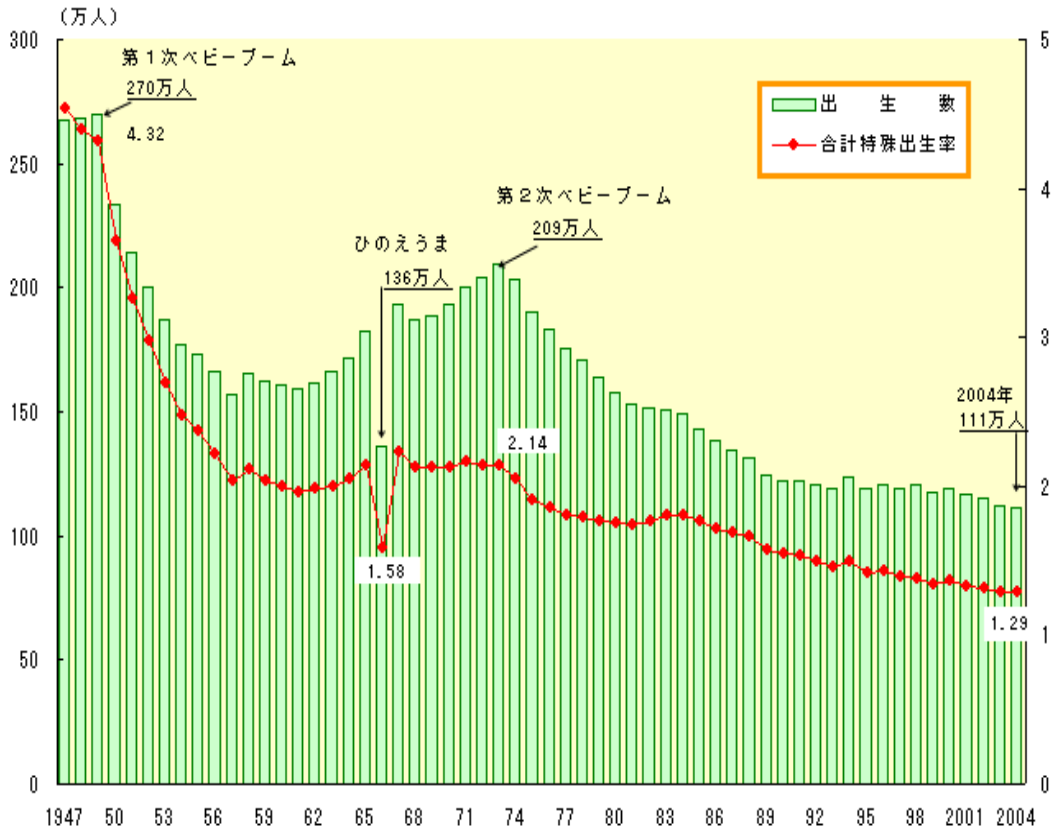
現在、世間は少子化問題をよく取り上げているが、日本の少子化の現状はどういうものであろうか。平成 4 年度版国民生活白書では、「出生率の低下やそれに伴う家庭や社会における子供数の低下傾向を少子化、子供や若者が少ない社会を少子社会」と表現している。人口学の世界では一般的に、合計特殊出生率が人口を維持するのに必要な水準(人口置き換え水準)を相当期間下回っている状況を「少子化」と定義している。日本では 1970 年代半ば以降、この少子化現象が続いている。今の人口は 1 億 2779 万人でその数字は 2006 年にピークを迎え 100 年後には約 5000 万人になると言われている。また現在、高齢者の割合は、8 人に 1 人であり、2015 年には 4 人に 1 人が高齢者になるであろうと予測されている<sup>2</sup>。この少子化社会において注目されている数値は、合計特殊出生率である。戦争直後、1947 年の出生率は 4.54 であり 1970 年代前半までは 2.0 前後で安定していたが、その後、再び低下を始め、2003 年の 1.29 に至った。この 1.29 という数字は、現在の人口を維持する水準である 2.08 を大きく下回っており、日本の少子化社会の深刻さがうかがえる。(図表 I-1 参照)

---

<sup>1</sup> 「総人口の推移」日本の将来推計人口(平成 14 年 1 月推計)より

<sup>2</sup> 「65 歳以上人口の割合の推移」日本の将来推計人口(平成 14 年 1 月推計)より

図表 I -1



出所：少子化情報ホームページ・出生数及び合計特殊出生率の推移

ここからは平成 16 年版少子化社会白書をもとに、近年における日本の人口の変化を詳しく見ていきたい。少子化問題が、現在の課題であるのに対して、明治以降の日本において、人口は増加の一途をたどり、さらに人口増大圧力に対する対応が大きな課題となっていた。明治時代の人口推計によると、毎年平均 1% ずつ増えていたとされる。こうした人口増加の背景には、明治以降の農業生産力の増大、工業化による経済発展に伴う国民の所得水準の向上と生活の安定、保健・医療等の公衆衛生水準の向上など様々な要因が挙げられる。第 2 次世界大戦による経済社会の混乱を経て、1947(昭和 22)年から 1949(昭和 24)年の第 1 次ベビーブーム期を迎えた。人口増加率は、外地からの引き揚げも加わって、年率 2% を超えている。そしてちょうど明治元年(1868 年)以来 100 年目となる 1967(昭和 42)年には、わが国の人口は 1 億人を超えた。この数字は、明治時代の人口に比べ約 3 倍の数字になっている。さらに、1971(昭和 46)年から 1974(昭和 49)年には、第 1 次ベビーブーム期の世代が結婚、出産期を迎えたことにより、第 2 次ベビーブーム期を迎えた。その後も人口は増大を続け、2003(平成 15)年 10 月時点では、1 億 2,760 万人と、過去最高の人口となっている。しかしながら、次に述べるような第 2 次ベビーブーム期以降の出生数の減少と、高齢者人口の増大に伴う死亡数の増加により、人口増加率は 1986(昭和 61)年から 0.5% を割り込む低率となり、2003(平成 15)年では対前年比 0.10% 増と戦後最低の伸び率となっている。まもなく、わが国社会は総人口が減少する「人口減少社会」を迎えようとしている。明治以降、第 2 次世界大戦中の一時期を除けば、わが国の総人口が減少するのは、初めてのことなのである<sup>1</sup>。

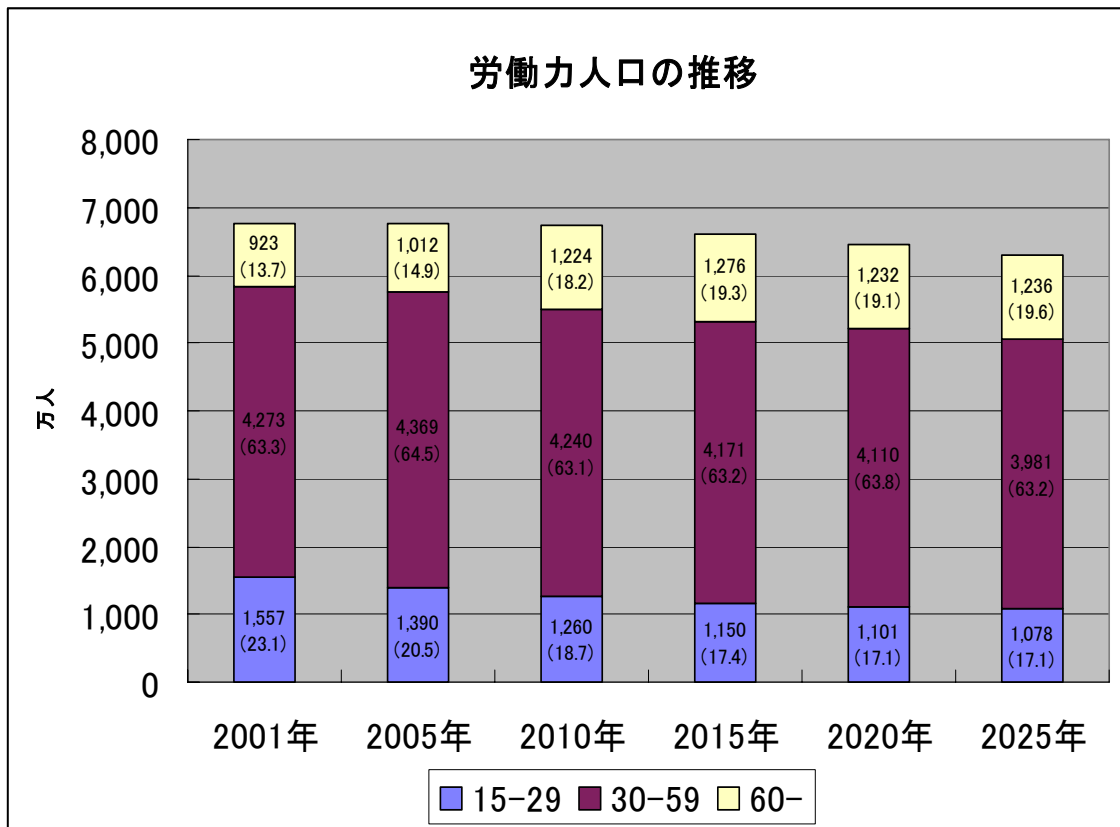
<sup>1</sup>平成 16 年版少子化社会白書「明治以降の日本の人口の変化」より一部抜粋

このように少子化社会となっていく背景としてはライフスタイルが大きく変わり、結婚、出産などに対する価値観が変化してきたことが考えられる。また女性は経済的に自立が進み、必ずしも結婚を人生の目標とは考えない若者が増えてきている。このように以前とは異なった社会の中で出生率を改善することは可能だろうか。八代(1999)は少子化の原因を女性の高学歴化や機会費用の高まりであると考えており、女性の就業継続と子育てとの関係に注目し、その制約を緩めることによって、就業率と出生率の双方を引き上げることができるとしている。また女性の就業率の高まりという社会的変化を抑制するのではなく、それと両立できるように、既存の社会制度、慣行を変えていくことが大事だとしている。

## 第2節 問題意識

現在、日本の合計特殊出生率は1.29にまで落ち込んでいる。少子化が進むと社会全体では働き手が減ってくる。そして社会全体での総賃金は減少していき、一人当たりの賃金上昇率が総賃金の減少率を越えて上がっていかなければ、年金原資である保険料総額は減少することになる。一方で、平均寿命が延びると年金受給者数が増加するので、給付総額が膨らむことになる。現在の状況としては1人の受給者を現役世代3.6人で支えている状態であるが、将来的には1.9人の現役世代で賄うことになると予想されている。現在の制度の問題点としては、第一号被保険者の未納率の高さや積み立て年金の運用利率の低さ、若年層におけるフリーター、ニートなどの増加、そして根本的な問題として現役世代の減少が挙げられる。

図表 I-2



出所：少子化統計情報<sup>1</sup>

また少子化による労働力人口の減少によって年金以外にも問題が発生すると考えられ、日本の経済成長に対してさまざまな問題を与えると指摘されている。第一に労働力人口の減少による労働力供給の減少である。経済成長率を労働者数の増減率と労働生産性の上昇率によって求められるとすれば経済成長率に対してマイナスの効果を与えるとされている。厚生労働省によると、

<sup>1</sup>少子化統計情報「性、年齢(5歳階級)別労働力率の将来推計：2001～2025年」のデータよりグラフを作成



2025年には労働力人口が6,300万人になると予測されており、またその年齢構成の内訳は15～29歳が17.1%、30～59歳が63.2%、60歳以上が19.7%となり、2001年の年齢構成と比べると(15～29歳が23.1%、30～59歳が63.3%、60歳以上が13.7%)著しい労働力人口の高齢化が示されている。第二に貯蓄を取り崩して生活する高齢者の増加による貯蓄率の低下。これにより投資や労働生産性の上昇が抑制され経済成長率の低下が考えられている。(図表 I-2 参照)またOECDの調査<sup>1</sup>によると日本の労働力人口が減少していくことにより、国内総生産が今後50年の間、1年につき約1.1%減少していくと予測されている。これは労働力人口が中位推計での減少をみせたときの試算である。低位推計の場合であれば、1年につき約1.3%減少するとまで言われている。

この中で現在、政府によって行われている政策は実際に効果を上げているのであろうか。1989年に1.57ショックを経験し、政府は1991年に育児休業法を成立させた。その後も1994年にエンゼルプラン策定、緊急保育対策5ヵ年事業策定、1995年には育児休業給付開始、厚生年金保険料の免除、そして2003年には次世代育成支援対策推進法などの少子化対策を行ってきた。しかし、合計特殊出生率は政策を行った後も低下を続け、1994、1996、2000年と3度、前年度と比較して出生率の上昇を見て取ることが出来るが、いずれも翌年には再び下降に転じ、現在の1.29という出生率へと至った。これら現在の少子化対策の流れに対し新田(2004)は、わが国の少子化対策が子育て支援中心で、婚姻数を増加させる対策は講じられていないのはおかしいと指摘している。また、柳沢(2004)も少子化対策を行う上で、結婚を意識する年齢層に注目する重要性を述べている。

以上のことから、現行の政策が成果を上げていないと考える。出生率が下がっているという事実からも、少なくとも効果的であるとはいえない。少子化の進行をある程度抑制できているとして、出生率の回復にまで至っていないのは何故だろうか。

---

<sup>1</sup> OECD(2004) 「Ageing and Employment Policies: JAPAN」 参照

## 第2章 現状分析

### 第1節 現行政策とその性質

第1章第2節で触れたように、政府は1.57ショック以降数々の政策を行ってきた。具体的な政策は以下の図表Ⅱ-1の通りである。

図表Ⅱ-1 日本の少子化対策

1991年	育児休業法成立
1994年	エンゼルプラン策定、緊急保育対策5ヵ年事業策定
1995年	育児休業給付(賃金の25%)支給開始、厚生年金保険料免除
1999年	新エンゼルプラン策定
2000年	改正児童手当法施行(3歳未満→義務教育就学前)
2001年	育児休業中の所得保障(25%→40%)
2002年	少子化対策プラスワン(男性を含めた働き方の見直し、子育て期の残業の縮減、育児休業取得率のアップ)
2003年	次世代育成支援対策推進法

少子化社会白書によるとエンゼルプランは子育てと仕事の両立支援、子育て支援、経済負担の軽減を基本的方向とし、雇用環境や保育サービスの整備などが基本施策とされている。さらにこのプランの下、緊急保育対策5ヵ年事業が策定された。これらを見てわかるように現政策は、両立支援、子育て支援そして経済的な援助を主な目的とするものである。さらにエンゼルプラン策定後に育児休業給付の実施、週40時間労働制の実施、児童福祉法改正による保育所入所方法の見直し等、エンゼルプランに掲げられた施策が実現されている<sup>1</sup>。

新エンゼルプランも「エンゼルプランと緊急保育対策等5ヵ年事業を見直したもの」(平成16年版少子化社会白書, 2004)であり、保育サービスや母子医療体制の充実、雇用環境の整備そして経済負担の軽減など基本的な方向性はエンゼルプラン以降の政策と変わるものではない。これ以降の改正児童手当法、育児休業中の所得保障も両立支援、経済支援の性質を強く持つものである。しかし新エンゼルプランにおいては具体的実施計画の中に、不妊専門相談センターの整備や再就職希望登録者支援事業の整備を挙げていることは少し方向性の違ったもので評価されるべきである。

続いて少子化対策プラスワンであるが、2000年以降「少子化の主たる原因として、晩婚化に加え、結婚した夫婦の出生力の低下という新たな傾向が指摘され、少子化がより一層進展すると

<sup>1</sup>平成16年版少子化社会白書参照

の見通しが示された。」(平成 16 年版少子化社会白書, 2004)その見通しにも関わらず、男性の働き方の見直しなどその基本的な方向性は子育て支援に向いている。

さらに次世代育成支援対策推進法も同様な傾向を持ち、児童手当や子育ての支援事業が主となっている。このように 1.57 ショック以降は一貫して育児、両立支援と資金援助にその対策は偏ったものといえる。

## 第2節 現行政策の対象

現在子供を生む可能性のある女性をいくつかの層に分けることが可能である。まず既婚者と未婚者、またそれを高所得者と低所得者<sup>1</sup>に分け、4つの層が出来る。これらの層はそれぞれ異なった理由により子供を持たない、または持てない。つまり、それぞれに有効な政策は異なるということになると考えられる。

図表Ⅱ-2 現行政策が効果的に作用していると思われる領域

	中・高所得者	低所得者
未婚者		
既婚者 (含片親世帯)	男女共同参画 保育サービス	児童手当

特定不妊治療費助成事業

現在行われている政策は、主に三つに分けることができる。一つは男女共同参画を基にした「男性を含めた働き方の見直し、多様な働き方の実現」「仕事と子育ての両立の推進」「保育サービスの充実」、もう一つは子育ての経済的負担感を軽減させるための児童手当などの経済的支援、さらに直接出生児数の増加を促す特定不妊治療費助成事業である。

それぞれの立場の特徴を見ていきたい。まず未婚者はいずれの理由にせよ結婚しないことを選択している人たちである。日本において嫡出子が約98%を占めており、彼らが結婚しない選択をしたままで出産を行うことは考えにくい。ただし現在行っている政策は働き方を見直し、仕事と子育てを両立させ、子育ての経済的支援を子供が産まれた後の生活をフォローする役割を主要なものとしている。よって现阶段では子供を持つことが予想されにくい未婚者にとって現状としてなら利益をもたらさない。このことは既婚者で不妊の夫婦にとっても同様である。しかし、未婚者にとっては働き方に対する制度、子育てと仕事を両立することを助ける政策、子育ての経済支援などの整備は、わずかながらにも子育てに対する不安要素を取り除くことができると考えられる。

次に既婚者であるが、中・高所得者にとっては子育てについての不安は仕事を諦めることによる機会費用の問題が大きいと考えられる。こうしたことから働き方を見直しや保育サービスの充実が子育てをしながらの仕事との両立を支えるものとなり大きなメリットをもたらすと思われる。また彼らには経済的な不安要素は少ないので、低所得者と比較して経済的な援助は効果を発揮しにくい。一方低所得者にとっては、子育ては大きな経済的負担である。彼らにとって働き方や保育サービスの充実以上に経済的負担を軽減させることが先決であり、児童手当など経済的負担を軽減させる政策が最も効果的である。

最後に不妊の既婚者であるが、基本的に子供を持つという意思のある彼らにとって出産後のフォローとなる現政策はほとんど意味を持たないことになる。特定不妊治療費助成事業が彼らに最もメリットをもたらしていると考えられる。特に低所得者層にとって不妊治療費用は大きな経済

<sup>1</sup> 児童手当の所得制限に基づき年収約300万円以下、中・高所得者はそれ以上とする

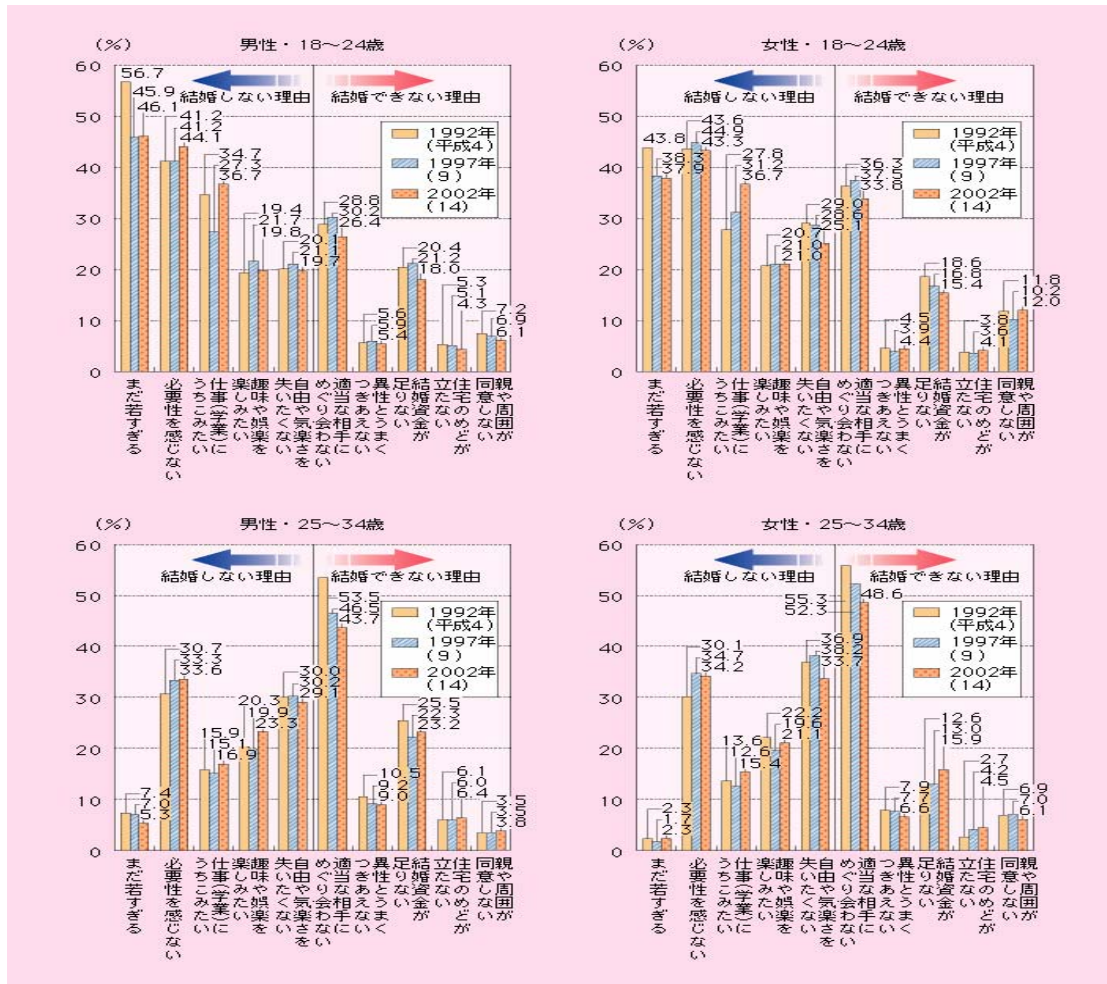
的負担となるために、助成金のメリットは大きいであろう。さらに平均的な不妊治療費を考えた場合、中所得者層に対しても同様にそのメリットは十分大きなものになると考えられる。

以上のことを示したものが図表Ⅱ-2である。現行の政策は、不妊ではない既婚の高所得者層にそのメリットが大きい仕事と子育ての両立支援や保育サービスの充実、既婚の低所得者層にメリットが大きい児童手当のような資金面への援助などが中心となっている。これまでの政策ではこの様に未婚者層にはメリットが小さいものであったことがわかる。また出生率が低下していることから本来メリットが大きいと考えられる既婚者層においても、現行政策の効果は上がっていないと考えられる。では図表Ⅱ-2で示されたように未婚者たちの空白のゾーンに対しては何の対策もなされてこなかったのでしょうか。

### 第3節 少子化対策の限界

現行の政策が、既婚者層に偏ったものにならざるを得ない理由はいくつか考えられる。まず日本は2003年の婚外子の割合が1.93%と他国と比較してかなり低い。これは日本の慣習上、非嫡出子がもともとほとんど存在しなかったために社会的受容がないことが挙げられる。さらにそれに伴い、実際に遺産相続分が嫡出子の2分の1であることなど、法的にもその扱いに嫡出子との差が設けられている。このように多くの不利な制度が影響していると考えられる。もちろんこれらの制度、慣習は取り払われるべきである。しかし現段階としてこの状況のためにほとんどの未婚者は、まず結婚が出産への最初の段階として存在していることとなる。未婚者が少子化の一因であり、さらに未婚者や非婚者は結婚をせず子供をもつ可能性が低い以上、政府は結婚を促す政策をとり、未婚者にその最初の段階を越えさせる必要がある。ここでもし結婚資金や住居の問題が未婚の主要な原因であるのならば、政府がそれを取り除くために就労支援や住宅補助を行えば、それは有効な手段であり、図表II-2の未婚者の空白部分を埋めると考えられる。

図表II-3



出所：平成16年版少子化社会白書<sup>1</sup>

<sup>1</sup>資料：国立社会保障・人口問題研究所「出生動向基本調査」

しかし図表Ⅱ-3にあるように国立社会保障・人口問題研究所「出生動向基本調査」(2002)によると結婚しない理由は、18～24歳の間では男女ともに仕事や趣味、独身の自由さなどに価値を見出していることや、「まだ若すぎる」と考えていることが大きな理由として挙げられている。25～34歳の間では「まだ若すぎる」はかなり割合を下けているが、結婚以外の仕事や趣味に価値を見出しているという理由は割合を下げながらも依然として高い。また結婚できない理由として最も高いのが18～24歳、25～34歳ともに「適当な相手にめぐり合わない」である。その他の結婚資金や住居の問題を理由としている割合はそれに比較して低い。よって就労支援や住宅補助に対して政策を行っていくことは急務ではない。

また同時に未婚原因で大きな割合を占めるのが、プライベートな領域である以上その選択に政府が介入することは難しい。よって政府のとることができる未婚者を結婚へと導く政策は制限されたものにならざるを得ない。つまり未婚者への政策によって図表Ⅱ-2の未婚者の空白の大部分を埋めるのは難しいと思われる。

また子供を持つとしない既婚者にも同様のことが言える。この既婚者は次の出産に至るために子供を持つという意思への変化がなくてはならない。現行政策の多くはすでに子供を持つ親にとって仕事と養育を両立しやすく子育ての負担が小さい環境作りや、経済的負担の軽減に重きを置いてきた。また同時にこの政策は子育てや経済的な不安のために、子供を持つとしない既婚者からその不安を取り除く効果も期待される。しかし現段階でライフスタイルとして子供を持たないことを選択した者にとって、現行政策は無関心な事柄に過ぎず、子供を持つことの意味決定を促すには不十分であろう。

一方で結婚や子供を持つことに不安や障害があるために持てないのであれば、その不安を取り除く直接的な政策は実行しやすい。しかし子育てや経済的な不安を直接取り除くことが可能であると考えられる現政策も少子化を食い止めるほどの目立った効果を発揮していないのが現状である。つまり第2章1、2節において触れた現政策の性質や効果が見込める層に偏りがあることは、個人の意思決定に政府が介入することの困難さがその理由と考えられる。実際に少子化社会対策基本法案審議の際に女性人権団体による反対署名が行われており、この法案が女性の人権やライフスタイルを決定する権利を侵害したものであるという主張を行っている<sup>1</sup>。

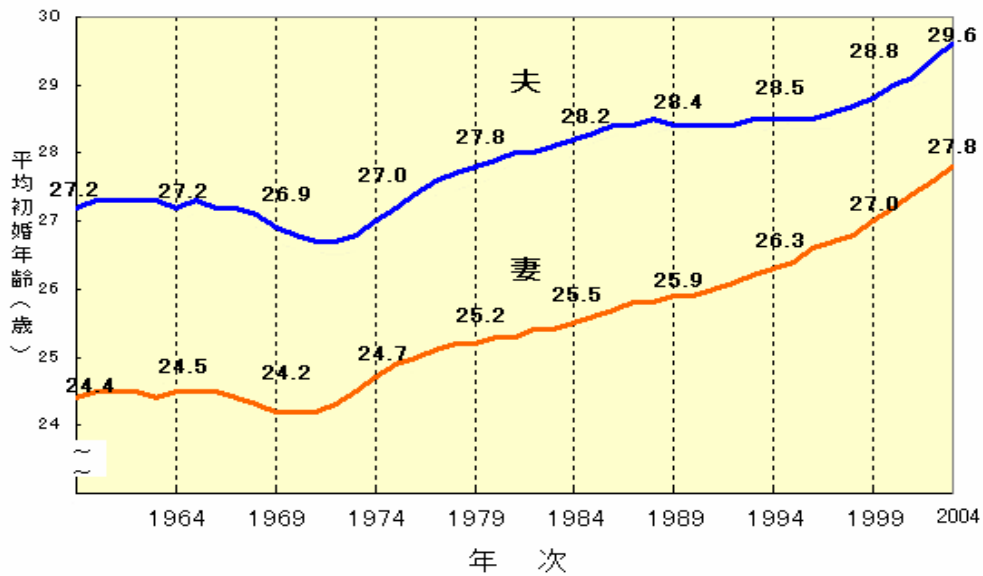
現代社会においては国民の選択は尊重されなければならない。もちろん少子化が国家規模の問題となった現在も、未婚者や子供を持つとしない既婚者の選択は尊重される。つまり結婚後の環境や出産後に育児しやすい環境を作ることで、彼らにそれを促すような間接的な介入に国家の政策は限られてしまうのである。これらを踏まえた上で、私達はより効率的な政策を導き出す必要があると考える。

<sup>1</sup>Web ページ「SOSHIREN 女(わたし)のからだから」参照

## 第4節 少子化対策の方向性の転換

現在の主な少子化対策の対象となっている既婚者層を分析していくと、1970年以降初婚年齢は上昇傾向のまま推移している(図表Ⅱ-4)。特に妻の初婚年齢は、1974年から1989年の15年間で1.2歳の上昇であるのに対し、1989年から2004年の15年間では1.9歳の上昇がみられ、妻の初婚年齢の上昇傾向は特に顕著にみられる。夫の初婚年齢も妻ほど顕著に表れてはいないが上昇傾向にある。また、図表Ⅱ-5から第一子の出産年齢層見てみると70年代には20~24歳層の出生数が30~34歳層を大きく上回っていたのに対し、2004年にはこれが逆転している。このことから、晩婚化、晩産化が進行しているという事が伺える。

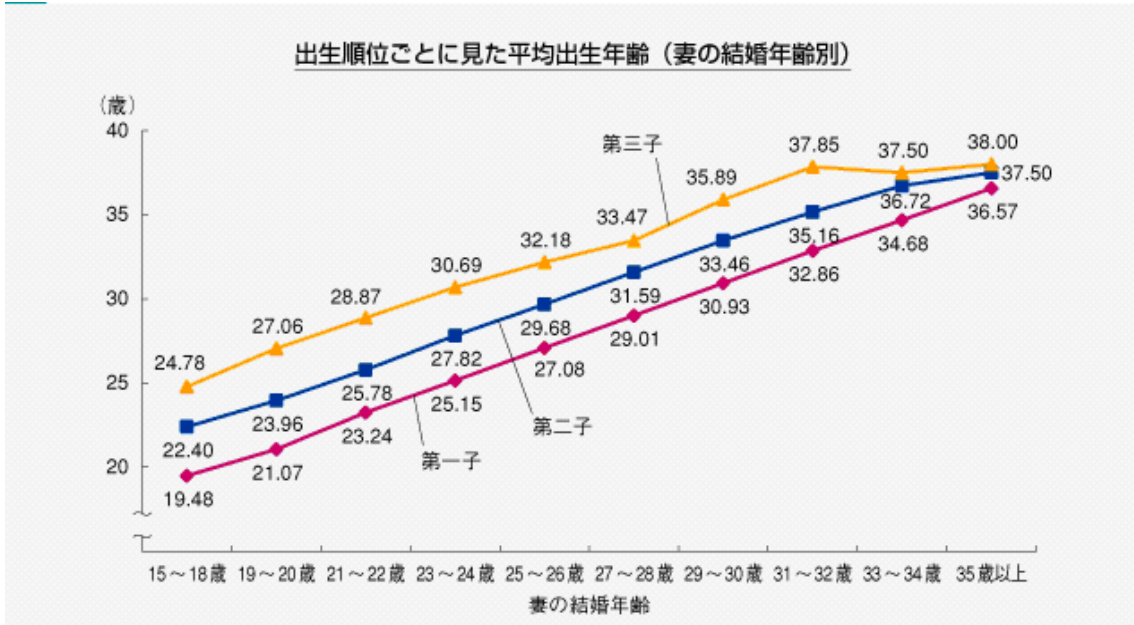
図表Ⅱ-4



出所:少子化情報ホームページ・晩婚化の進行

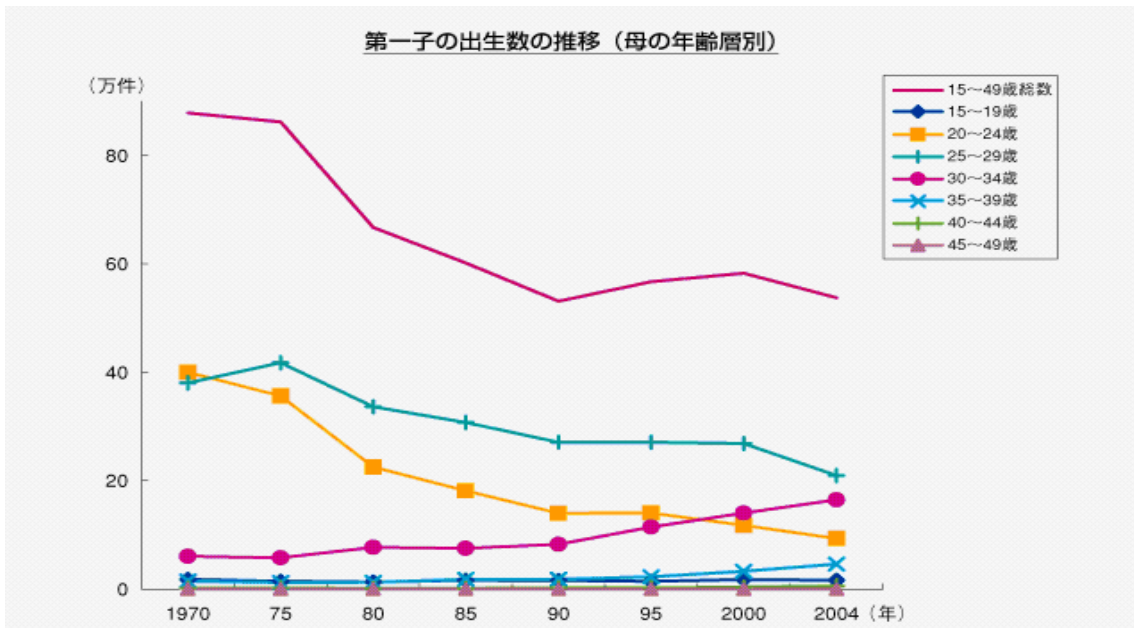


図表 II-5<sup>1</sup>



出所:平成 17 年版国民生活白書

図表 II-6<sup>2</sup>

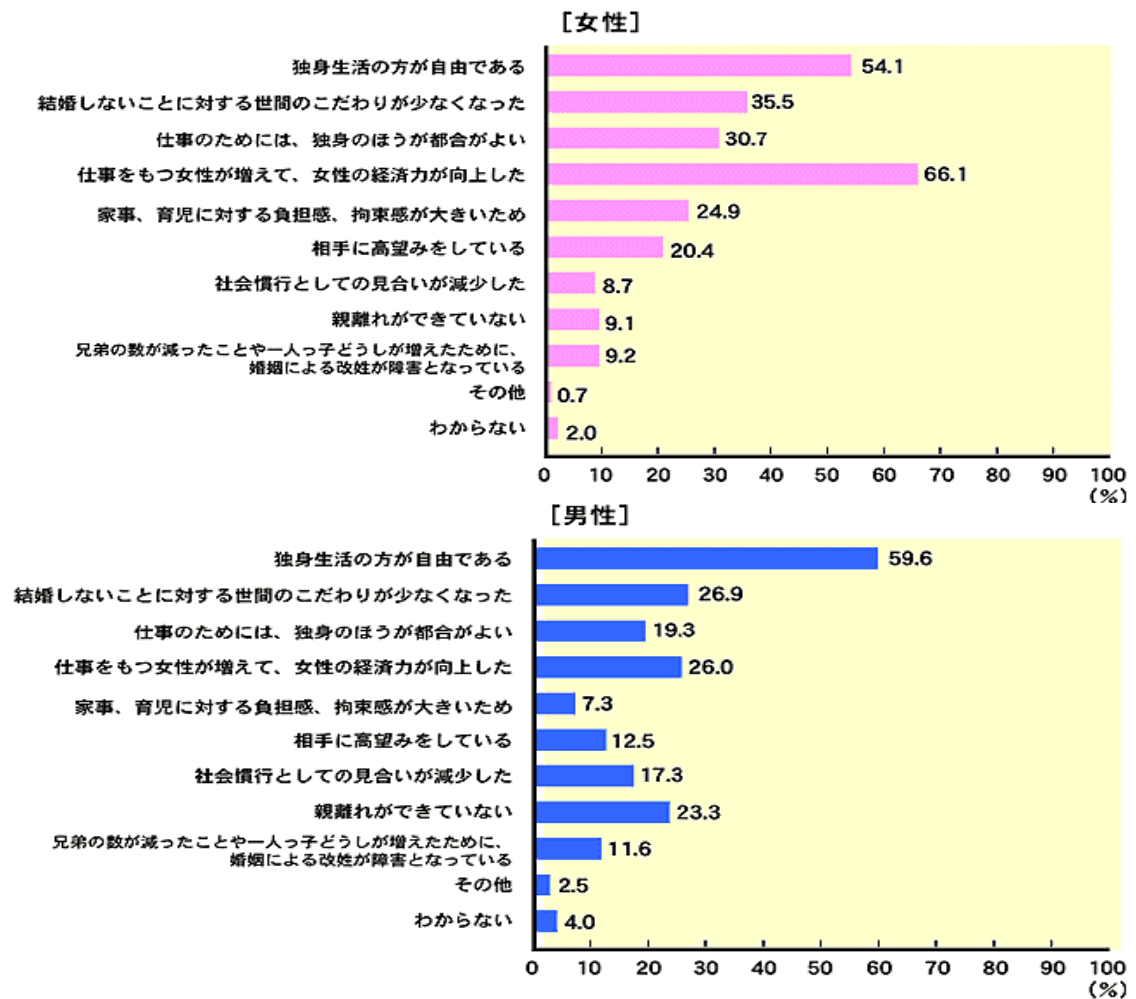


出所:平成 17 年版国民生活白書

1 国立社会保障・人口問題研究所『出生動向基本調査』（2002年）により作成。妻の結婚年齢ごとに、出生順位別の母の平均年齢を示したもの。出生順位（第一子、第二子、第三子）とは、同じ母親がこれまでに産んだ出生子の総数について数えた順序による。  
 2 厚生労働省「人口動態統計」により作成。妻の結婚年齢ごとに、出生順位（同じ母親がこれまでに産んだ出生子の総数について数えた順序）が第一誌となる子の出生数。

また、「少子化の主たる原因として、晩婚化に加え、結婚した夫婦の出生力の低下という新たな傾向が指摘され、少子化がより一層進展するとの見通しが示された。」(平成 16 年版少子化社会白書, 2004)とある。このことから、現行の政策の主な効果対象とされている既婚者層の晩婚化による出生意欲の低下、高年齢化による第二子以降の出産意欲の低下など、これらも現行政策の効果発現を妨げている一因ではないだろうか(図表 II-6)。

図表 II-7



出所:少子化情報ホームページ・晩婚化の理由

では、晩婚化は何が原因で進行しているのだろうか。図表 II-7 は、男性、女性の結婚しない理由についてアンケート調査を行ったものである。この表から、女性の晩婚化の主な理由として、「一人で暮らせるだけの所得が得られるようになった」、「結婚へのこだわりが以前に比べてなくなってきている」などが挙げられる。男性の理由に関してもほぼ同じような調査結果が得られた。そして共通して高い割合を占めている理由として、「独身生活のほうが自由である」というものがある。このことから、女性の高学歴化による社会進出、加えて男女共通してのライフスタイルの変化、結婚観の変化が見られるようになった。関連するものとしては、明治安田生活福祉研究所が行った「結婚・出産に関する調査」によると、首都圏の 20~30 代を対象にした調査で独身者が結婚したい年齢は男性 33.9 歳、女性 32.2 歳と、人口動態統計の平均初婚年齢(図表 II-4)よりも 4 歳程度高い結果となっている。その一方で、この問題について結婚は当人の意思によ

で行われるものであり、政府の政策によって晩婚化を防ぐということは難しい。この結果から見ても晩婚化がさらに進んでいくことは避けられないだろう。

それでは、晩婚化が進行することによってどのような問題が起こると考えられるだろうか。少子化に関連するものとしては晩婚化に伴う晩産化が挙げられる。晩産化が進むと必然的に子供を産む数は減少する。さらに出産年齢の高齢化によって妊娠する確率が減少し、不妊症になる夫婦が増えてきている。今後も晩婚化が進行していくと予想されている現状においては、10組に1組といわれている不妊に悩む夫婦の数がさらに増加することが近い将来考えられる。これらを踏まえた上で不妊者を独立した新しい層として見なし、図表Ⅱ-8のように大きな層として捉えていくべきではないだろうか。私達は今後も対策の必要性が増大していくと予想される不妊者層に対して効果的な提言を行っていききたい。

図表Ⅱ-8

	中・高所得者	低所得者
未婚者		
既婚者 (含片親世帯)	男女共同参画 保育サービス	児童手当
既婚者(不妊)	特定不妊治療費助成事業	

## 第3章 不妊治療について

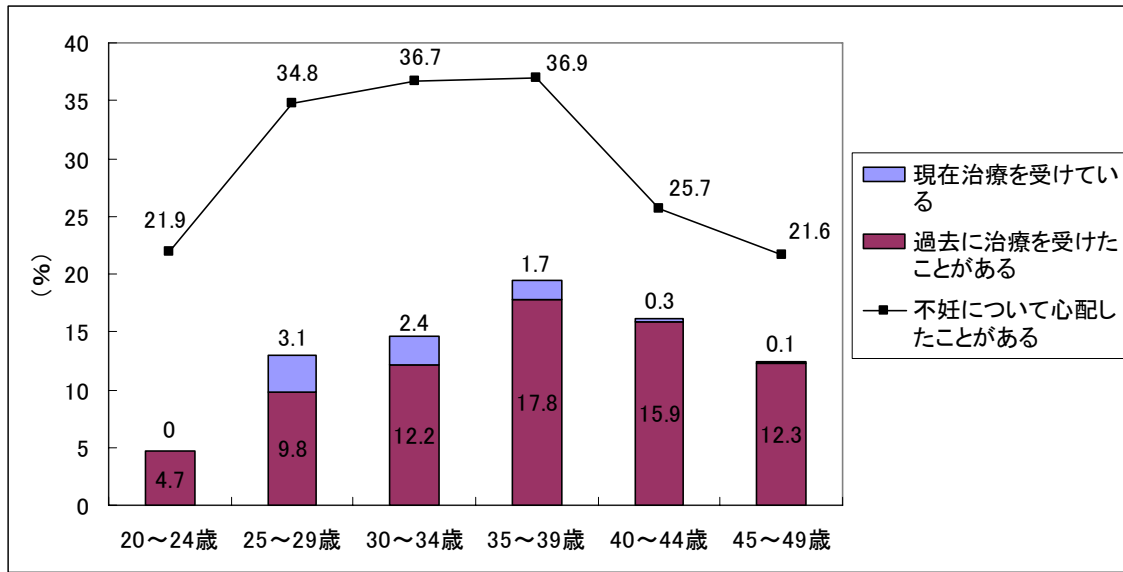
---

### 第1節 不妊の現状

現在、日本において不妊治療に対する政策は、不妊治療費の経済的支援を都道府県、政令指定都市、中核都市ごとに行っている。その支援の額は10万円と小額なものである。不妊の既婚者層はすでに子供を欲しがっており、既婚者の10組に1組は不妊に悩んでいると言われている。この中でさらに不妊治療に平均150万円かかってしまうということも踏まえて考えると、この分野に対する国の支援は、まだまだ足りていないのではないだろうか。

まず不妊の現状についてみていきたい。平成17年版国民生活白書によると、「不妊の心配を経験したことがある人の割合は25～39歳の間で高い。更に、実際に検査や治療を受けた経験がある人は35～39歳で高く、また、現在受検、受療をしている人は、第一子の平均出産年齢を含む25～29歳、次いで30～34歳でそれぞれ多くなっている。不妊に悩み出産にむけた努力をしている人たちも少なくない」と言われている。また具体的な不妊に悩んでいる人の数は図表Ⅲ-1から導き出したい。この図はランダムサンプリングであるので、全国を反映しているといえる。つまり、図表Ⅲ-1の不妊について心配したことがある人の割合を全国のカップル数でかけると、図表Ⅲ-2のようになる。

図表Ⅲ-1



出所：平成 17 年版国民生活白書

(備考)1. 国立社会保障・人口問題研究所「出生動向基本調査」(2002 年)により作成。

2. 「あなた方ご夫婦は不妊について不安や悩みがありますか。当てはまる番号に一つずつ○をつけてください。」と尋ねた問に対して「過去に子供ができないのではないかと心配したことがある」または「現在、子供ができないのではないかと心配している」と回答した人と、そのうち「過去に検査や治療を受けたことがある」または「現在、検査や治療を受けている」と回答した人のそれぞれの割合を示した。

3. 選択肢はほかに「心配したことはない」

4. 回答した人は、全国の 50 歳未満、初婚同士の夫妻の妻 5863 人(不詳を除く)

図表Ⅲ-2

	現在の有配偶者数	不妊について心配した事がある人の割合	不妊について心配した事がある人の数
20 歳～24 歳	466,018 人	21.90%	102,058 人
25 歳～29 歳	2,099,428 人	34.80%	730,601 人
30 歳～34 歳	2,989,254 人	36.70%	1,097,056 人
35 歳～39 歳	3,180,969 人	36.90%	1,173,778 人
40 歳～44 歳	3,227,728 人	25.70%	829,526 人
45 歳～49 歳	3,723,995 人	21.60%	804,383 人
20 歳～49 歳	15,687,392 人	29.60%	4,737,402 人

平成 12 年度の国勢調査と図表Ⅲ-1 より著者作成

平成 17 年版国民生活白書によると、年々不妊に悩むカップル数は増加傾向にあり、1999 年の実際に不妊治療(排卵誘発剤、人工授精、体外受精、顕微授精、その他)を受けている人は、28 万 4800 人であったが、2003 年では推計で 46 万 6900 人と、この 4 年間で 1.6 倍に膨らんでいる<sup>1</sup>。第 2 章で見たように、今後晩婚化がさらに進んでいくことは避けられないと思われるが、晩婚化は不妊にどう影響するのだろうか。妊娠については、一般には若いほど妊娠しやすいと考えられている。これは、男性側から見れば、性的能力が高い、性交回数が多い、などが主な要因で、女性側から見れば、排卵が順調に行われる、卵子の老化がない、性交回数が多いなどがあげられる。男性は加齢に伴い妊孕性(妊娠させる能力)が低下していくが個人差によるものが大きい<sup>2</sup>。女性の場合、一般に年齢と妊孕性は逆相関し、生殖器系の加齢が女性の不妊に大きく関与している。女性の妊孕性は 30 歳までは変化はないが、30 歳以降、年齢の上昇に反比例し能力は低下し、40 歳以降では妊孕性はかなり低下し、45 歳以降の自然妊娠は 0 に近くなるといわれている。1965 年から 1988 年の間に実施されたアメリカ国立保健統計局の研究では、妊娠しやすさが 1 年間で最も急激に低下するのは 35 歳であることが確認されており、35 歳以上の女性では 3 分の 1 以上が 1 年以内に妊娠できないことを示した。したがって、女性の 35 歳という年齢は、生殖機能が不可逆的に低下する境界線となる<sup>3</sup>。

以上から、将来的にさらに晩婚化が進むなかで、現在 10 組に 1 組いるといわれている不妊に悩む夫婦の数がさらに増加することは想像に難くない。それによって不妊治療を受けたいと考える夫婦も必然的に増えていくと予想できる。

不妊の定義は、避妊をしないで普通に夫婦生活を送っていてもしばらくの間妊娠しないことをいい、その期間を世界保健機構(WHO)、国際産科婦人科連合(F I G O)は 2 年としている。この不妊の原因は、排卵が(ほとんど)ない、卵管がつまっている、子宮の形が異常である、精子の数が少ないまたは動きが悪い、子宮の入口の粘液が精子と適合しない、子宮内膜症、原因不明、など様々なものがあるが、その原因の割合を見ても男性の不妊原因というのがほぼ女性の原因と同率である。

現在の治療に関しては、大きく二つに分けられる。それは一般生殖医療と、高度生殖医療である。前者は、夫婦生活のタイミング(タイミング法)、排卵誘発法、人工授精、その他薬物療法(漢方療法など)があり、後者には体外受精、精子凍結、顕微授精、受精卵凍結などが含まれる。またこれらの治療のうち、不妊症の夫婦が子供を授かるために、有効なのは病院での治療となるが、治療の段階が進みより高度な治療へなるにつれて、費用も高額となっていくのである。その平均的な額というのは、配偶者間人工授精(A I H)で 5000~3 万円。体外受精胚移植(I V F - E T)で 25 万~50 万円以上。顕微授精(I C S I)で 50 万円以上となっている。また上の治療方法は一回で成功するというものではなく、何回もかかってしまうのだ。

ではその具体的な成功率を考える前に、まず図表Ⅲ-3 をみていきたい。これは 1999 年まで不妊治療を受けた、もしくは 1999 年現在受けている人の数のものである。これより、全体の成功率が分かる。一般的には不妊治療の成功率は 30%程度と言われているが、具体的な成功率は  $61 \text{ 万 } 3300 \div (143 \text{ 万 } 4900 + 28 \text{ 万 } 4800 + 61 \text{ 万 } 3300) \times 100 = 26.3\%$ となる。

<sup>1</sup> 平成 17 年版国民生活白書参照

<sup>2</sup> Web ページ「はらメディカルクリニック」の HP 参照

<sup>3</sup> Web ページ「セローノ」の HP 参照

図表Ⅲ-3

(人)

不妊治療患者数の現状 (総合計 233万3000人)						
	排卵誘発剤	人工授精	体外受精	顕微授精	その他	合計
過去に治療	70,9000	27,1500	9,9900	1,4500	34,0000	143,4900
現在治療中	16,5500	3,5500	1,7700	1,4500	5,1600	28,4800
治療し子どもが生まれた	31,4500	3,7800	3,5500	3,5500	19,0000	61,3300

出所：web ページ「不妊治療についての談話室」<sup>1</sup>

次は治療総額において、どの程度かかるか見ていきたい。図表Ⅲ-4 は通院期間別にみた総治療費である。これによると、治療をはじめてからの総額(治療費のみ)は、平均 153 万円であった。こうした治療費は、治療内容や通院期間によって違いがあることが予想される。「体外受精あり」では、200 万円以上が 4 割を超えており、排卵誘発をおこなったことがあるが人工授精・体外受精をおこなったことがない者では、25 万円以下が過半数であった。通院期間別に見ると、2 年以内の者では 25 万円以下が 6 割弱であるが、2 年以上になると、100 万円を超えるものが過半数となり、7 年以上では 200 万円以上が 5 割を超えていることがわかる。<sup>2</sup>

図表Ⅲ-4

(%)

	n	～25 万円	25.1～100 万円	100.1～200 万円	200.1 万円以上
<b>【治療内容】</b>					
体外受精あり	171	5.8	23.4	28.7	42.1
人工授精あり	88	28.4	43.2	17.0	11.4
排卵誘発あり	68	52.9	33.8	4.4	8.8
その他	30	50.0	16.7	-	33.3
<b>【通院期間】</b>					
～2.0 年以内	107	57.9	28.0	7.5	6.5
2.1～4.0 年以内	80	13.8	35.0	27.5	23.8
4.1～7.0 年以内	75	8.0	34.7	28.0	29.3
7.1 年～	76	6.6	23.7	18.4	51.3

出所：「不妊当事者の経験と意識に関する調査」(白井 2003)

<sup>1</sup> 厚生特別研究「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(1999年)」より作成

<sup>2</sup> 白井千晶「不妊当事者の経験と意識に関する調査」2003 報告書 参照

ここまで見ても分かるように、不妊治療を受ける患者は増加してきており、またその費用も高額である。そのため、厚生労働省は、平成 16 年度 4 月より高額の費用がかかる不妊治療の経済負担の軽減を図るよう、不妊治療にかかる費用の一部を助成するといった取り組みを始めている。それは「特定不妊治療費助成事業」である。特定不妊治療とは、保険が適用されない不妊治療のうち、体外受精、顕微授精のことをさす。ただし、夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供による不妊治療や、代理母<sup>1</sup>また借り腹<sup>2</sup>の場合は助成をうけることができないことになっている。また、特定不妊治療費助成事業の実施主体は都道府県、政令指定都市、中核都市とし、国と自治体が 2 分の 1 ずつ費用を負担する方式で運用されている。このための国庫負担金として 2005 年度予算案に 25 億 4 千万円が計上されている<sup>3</sup>。基本的な事業内容は全国でほぼ統一されているが、助成の期日、限度額など微妙な違いがある自治体もある。ここで、特定不妊治療費助成事業内容について詳細を述べることにする。

助成の対象は、第一に医師に不妊治療をしなければ妊娠する確率が極めて少ないと診断されている夫婦であること、第二に法律上で認められている夫婦であること、第三に夫婦のどちらかの住所が実施している都道府県内であること(各都市で別に助成を行っている場所はその市内)第四に夫婦の前年度の所得合計が 650 万円未満の夫婦が助成の対象であること(1 月から 5 月に申請する場合は前々年)第五に社団法人日本産科婦人科学会に体外受精、顕微授精を実施する医療機関と認められている全国の医療機関で治療を行っていること、以上五つの条件を満たす夫婦である<sup>4</sup>。助成の内容は、平成 16 年 4 月以降に行った治療を対象に、1 年度あたり上限 10 万円、通算 2 ヶ年度が基本となっている。また平成 16 年 4 月以前に行った治療に関しては、現在治療中でも助成の対象にはならない。申請受付は、住んでいる地方を管轄している健康福祉事務所でしており、申請書もそこで、または指定医療機関で配布している。申請に必要なものとしては、特定不妊治療費助成事業申請書、特定不妊治療費助成事業受診等証明書(領収書添付)、助成を申請する自治体内に居住する法律上の夫婦であることを証明する書類(原則として住民票の写し)、夫婦それぞれの所得証明書(市町長が発行したもの)が必要である。支給方法は、申請書を調査し、承認が得られたら口座振込みにより支給される。また上記で述べたように、特定不妊治療費助成事業は都道府県、政令指定都市、中核都市で行われている。そのため、助成される額、助成対象となる開始時期、その対象となる人、その詳細は都道府県、政令指定都市、中核都市ごとにばらつきがある。

The Japan times oct.3,2003 の記事によると、不妊治療を行うために一ヶ月の給料のうち、約半分以上をつぎ込んでおり、もしくは借りてまかなっているとある。更に不妊治療を受けている人のうち約 40%の人が、経済的理由により不妊治療をあきらめようと思ったことがあると述べている。不妊治療にかかる平均金額約 150 万円を考えると、この助成金だけでは明らかに、経済的な負担が大きいのではないだろうか。

<sup>1</sup> 妻が卵巣と子宮を摘出したことなどにより、妻の卵子を使用できず、かつ妻が妊娠できない場合に、夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入し、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するもの

<sup>2</sup> 夫婦の精子と卵子は使用できるが、子宮摘出等により妻が妊娠できない場合に、夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を妻以外の第三者の子宮に注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するもの

<sup>3</sup> web ページ「日本共産党 HP」参照

<sup>4</sup> 兵庫県における特定不妊治療費助成事業を参照



## 第2節 保険適用の効果

前節で述べたように、現在の不妊治療に対する国の支援はまだまだ足りていない。また第2章で述べたように、子どもを産むかどうかはプライベートな領域ではあるが、不妊の問題を抱えるカップルはすでに子供を持つという意思決定をしているので、政府による直接的な援助が可能である。ただし、個人の自己決定権を侵害しないように慎重にすすめなければならないことはいうまでもない。

本研究で私達が考えるこの分野への政策提言は、不妊治療への保険適用である。現在、高度生殖医療が保険適用になっていない理由として、厚生労働省は、第一に成功率が低く、また母体の安全性(多胎妊娠、早産など)の確保の面で問題があること、第二に多胎妊娠に対する減数手術等については一定の倫理面での問題もあること、第三に限られた医療費財源の効率的配分という観点からの検討が必要なこと、という風に説明している。これに対して、私達が保険適用を適切だと考える理由としては、まず不妊は医師から見て、正常な状態ではないということ<sup>1</sup>、次に保険適用除外の理由として成功率が低いからとあるが、現在保険適用対象外である顕微授精の成功率(55%)はその他の治療の2倍以上であり決して成功率が低くはないということ(詳細は後述)、そして最後に女性に産むことを強要してしまうのではという倫理面での問題を懸念する声も聞かれるが、産む・産まないを個人の自己決定権としてきちんと保障し、社会に認知させていけば解決できる問題であるということの三つが挙げられる。また厚生労働省が不妊治療への保険適用をしない理由を上記のように述べているのにも関わらず、わずかながらでも助成金を認めているということには疑問が残る。

また 2002. 11. 05 の読売オンラインによると、坂口力厚生労働大臣も五日午前の記者会見で、医療保険が適用されない人工授精などの不妊治療について「不妊は病気ではないが、(医師から見れば)正常ではない状態であり、(保険適用が)可能と考えられる」と述べ、医療保険の適用対象とすべきだとの考えを強調している。

現在、保険適用外になっている治療法は、人工授精、体外受精、顕微授精などである。この治療別による成功率は、図表Ⅲ-3 より導き出すと人工授精で 11.0%、体外受精で 23.2%、顕微授精で 55.0%である。このうち、体外受精は一回約 30 万、顕微授精は一回約 40 万円の治療費が必要であるが、顕微授精の成功率が高いことを考慮すると、この分野への保険適用はかなり効果的であると思われる。

以上見てきたことをまとめると、晩婚化により今後ますます不妊に悩むカップルが増えることが予測されるが、不妊治療に保険適用が認められれば、経済的な理由から治療を断念したり中断したりする人が減り、またより成功率の高い顕微授精を行うカップルが増えることが見込まれる。その結果、カップルの不妊への不安や苦痛もいくぶんか解消され、また同時に出生数も確実に上昇する。

では具体的な数字を使ってその効果を概算してみよう。まず不妊に悩むカップル数を推計する。通説では、不妊に悩むカップルは 10 組に 1 組ということであるが、ここでは平成 12 年度の出産動向基本調査に基づいて推計してみたい。同調査では、予定子ども数が理想子ども数を下回る理由を尋ねている。その中に「欲しいけどできないから」という項目がある。複数回答であるが、項目内容から考えてこの数値をそのまま使ってさしつかえないと判断する。この「欲しいけどできない」の割合を同じく全国の既婚女性の数<sup>2</sup>とかけあわせることで、不妊で悩むカップルの数を推計する。結果は図表Ⅲ-5 に示してあるように約 232 万組である。通説にしたがって全国の既婚カップル数を 10 で除すると約 157 万組になるので、通説より 75 万組ほど多いというこ

<sup>1</sup> 正常でないにも関わらず、現在、不妊は病気ではなく妊娠や出産と同じ位置づけで取り扱われている。

<sup>2</sup> 妊娠可能年齢を考慮して 20 歳から 49 歳の女性に限定する。具体的な数値は図表Ⅲ-2 参照。

とになる。しかし、10組に1組というデータの出所がはっきりしないこと、出生動向調査が年齢階級別というより詳しい情報であることから、232万組という数の方が正確であると捉え、この数字をベースに考えていく。ただし、単純化の為、さらなる晩婚化による不妊カップルの増加率については考慮しない。

次に、欲しいけどできない人が、病院で検査や治療を受けたことがあるかどうかである。出生動向基本調査では、不妊を心配したことがあると答えた人に検査や治療を受けたことがあるかどうかをたずねている。その数値は図表Ⅲ-5の③に示してある。この割合と前述の「子どもが欲しいけどできない」の回答率とを比較すると、明らかに前者が後者を上回っていることが見てとれる。このことから不妊で悩むカップルのほとんどが何らかの検査や治療を受けたことがあると予測される。

図表Ⅲ-5 女性の年齢別にみた不妊率と検査・治療経験率

	①女性の人数(人)	②欲しいけどできない*	①×②(人)	③検査や治療を受けたことがある**	①×③(人)
20～24歳	466018	-	-	8.2%	3821
25～29歳	2099428	5.4%	113369	16.2%	340107
30～34歳	2989254	12.9%	385614	25.4%	759271
35～39歳	3180969	16.2%	515317	30.7%	976558
40～44歳	3227728	20.5%	661684	49.4%	1594500
45～49歳	3723995	17.3%	644251	49.2%	1832206
計	15687392		2320235		5540852

\* \*\*ともに各年齢グループに占める割合

では、不妊で悩むカップルが現在どのような治療を行っているのだろうか。図表Ⅲ-6は、図表Ⅲ-3の数値を用いて不妊治療を受けた者全体に占める利用率を求めたものである。前述した各治療の成功確率も再掲した。図表Ⅲ-6から、利用率は現在保険対象である排卵誘発が51%と圧倒的に多い。保険適用外である他の3つはいずれも低い受診率である。特に成功確率が55%と最も高い顕微授精については2.8%ときわめて利用率が低い。

図表Ⅲ-6 各治療の利用率と成功確率

	保険適用内		保険適用外		その他	合計
	排卵誘発	人工授精	体外受精	顕微授精		
利用率	51.0%	14.8%	6.6%	2.8%	24.9%	100.0%
各治療の成功確率	26.5%	11.0%	23.2%	55.0%	32.7%	26.3%

以上見てきた数値を用いて、現在の状況で不妊治療によって生まれてくる子どもの数を推計するとともに、高度生殖医療が保険適用になった場合に生まれてくる子どもの数をシミュレートしてみる。<sup>1</sup>

方法は以下の通りである。まず、現在の状況で生まれてくる子どもの数は次の式によって求める。すなわち、各治療において不妊で悩むカップル数×利用率×成功確率を計算し、合計することで不妊治療に成功するカップルの数を年齢階級別に求める。高度生殖医療が保険適用の対象になることによって、どれくらいのカップルが高度生殖医療(ここでは成功率の高い顕微授精に限定)に流れるかは予測可能ではないので、排卵誘発から顕微授精へ移行する割合を5段階に分け

<sup>1</sup> 不妊で悩むすべてのカップルが現在不妊治療を行っているわけではないと思うが、ここでは高度生殖治療が保険適用の対象であるか否かで出生数に違いがでるかどうかをみるのが第一の目的なので便宜上不妊で悩むすべてのカップルが不妊治療を行っている、また行くと仮定する。

てシミュレートした。推計方法は、利用率を変化させる以外は保険適用なしのケースと同様の要領で行う。結果は図表Ⅲ-7、Ⅲ-8の通りである。排卵誘発を受けていたカップルの10%が顕微授精に切り替えることで出生数は6.6万人、以後10%増えるごとに6.6万人ずつ増え、ほとんどのカップルが切り替える(シミュレーション5)と33万人増えることになる。増加率でみると、現状で不妊治療の成功によって生まれる子どもの数を基準に、10%の顕微授精への移行は出生数を11%増加させ、シミュレーション5の場合では出生数は現状の約1.5倍となる。このように治療によって成功確率がかなり違うため保険適用の範囲を広げることで不妊治療によって生まれてくる子どもの数が飛躍的に増加することがわかる。

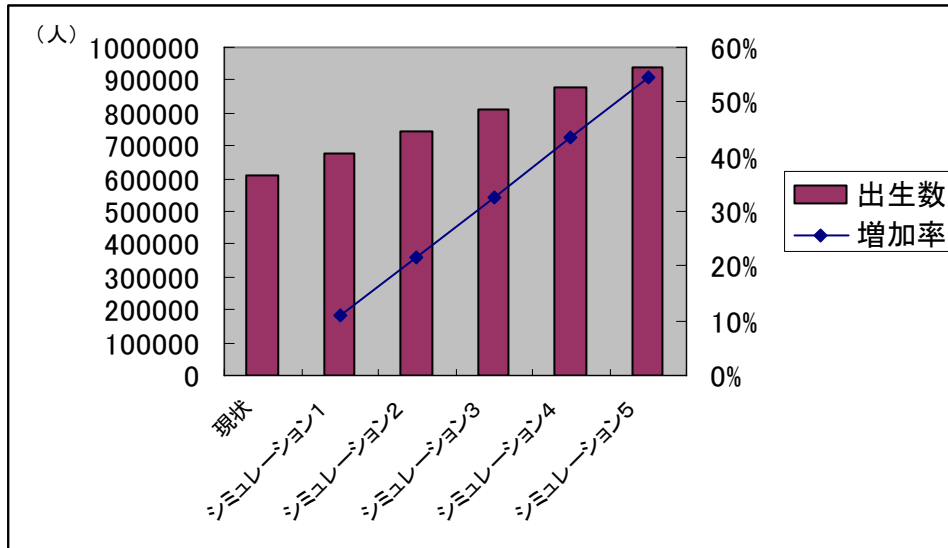
では、不妊治療への保険適用の範囲を広げることで公的な負担はどのくらい増すのであろうか。効果に対する費用も考えなければならない。そこで、現在治療中でないカップルも保険適用によって不妊治療を行うと仮定し、顕微治療の費用が1年に80万円(1回あたりの平均費用がおおよそ40万、1年に平均2回行うので)として計算した。医療費の公的負担率は平成12年度の実績をもとに設定した。結果は、図表Ⅲ-9である。

図表Ⅲ-7 不妊治療に成功するカップル数の推計

	保険適用なし	保険適用あり				
	予想出産数	シミュレーション1	シミュレーション2	シミュレーション3	シミュレーション4	シミュレーション5
25-29	29802.51881	33043.51053	36284.5	39525.49397	42766.49	46007.48
30-34	101370.3055	112394.2167	123418.1	134442.039	145466	156489.9
35-39	135466.7392	150198.6007	164930.5	179662.3238	194394.2	209126
40-44	173943.8253	192860.0283	211776.2	230692.4344	249608.6	268524.8
45-49	169361.0035	187778.8296	206196.7	224614.4819	243032.3	261450.1
合計	609944.3923	676275.1859	742606	808936.7731	875267.6	941598.4
増加数	基準	66330.7936	132661.6	198992.3808	265323.2	331654
増加率	基準	10.9%	21.7%	32.6%	43.5%	54.4%

シミュレーション1は排卵誘発利用率10%減かつ顕微治療利用率10%増の場合  
シミュレーション2は排卵誘発利用率20%減かつ顕微治療利用率20%増の場合  
シミュレーション3は排卵誘発利用率30%減かつ顕微治療利用率30%増の場合  
シミュレーション4は排卵誘発利用率40%減かつ顕微治療利用率40%増の場合  
シミュレーション5は排卵誘発利用率50%減かつ顕微治療利用率50%増の場合

図表Ⅲ-8



図表Ⅲ-9 高度生殖医療に対して保険適用をした場合の公的医療費負担額 (単位：億円)

	シミュレーション1	シミュレーション2	シミュレーション3	シミュレーション4	シミュレーション5
医療費増加総額	1856	3712	5569	7425	9281
国庫負担(25%)	464	928	1392	1856	2320
地方負担(8%)	148	297	445	594	743
公費負担(33%)	612	1225	1837	2450	3063

平成16年版少子化社会白書によると、前年の少子化対策総予算は1兆6,386億6,300万円であった。現行の政策にある程度の効果が見込まれているとしても出生数の上昇には至っていない。一方で、私達の提言する政策はシミュレーション5の場合で3,063億円のコストであり、出生数は今後33万人増えると予想される。高度な不妊治療に保険を適用させることによって、不妊治療を受ける人が増える。それにより治療が一般化し、抵抗があっても受けなかった人も治療を受けやすくなる。そのため、さらに治療を受ける人が増えていくという相乗効果も期待できるだろう。そして高度生殖医療へシフトしていけば、不妊治療による成功率も高まるので、安心できる出産環境を作ることができる。コストパフォーマンスの面から見ても、約3,000億円と優れたものである。これらのことを踏まえると、不妊治療への保険適用は効果的な政策ではないだろうか。

## 第4章 政策提言

---

### 第1節 政策提言

1989年の1.57ショック以降、政府は1991年の育児休業法を制定しその後も多数の政策を行ってきた。しかし、時間の経過と共に、独身生活を楽しまたい、結婚への世間のこだわりが少なくなったなどの個人の意識の変化が起こった。またそれに伴い、結婚しない、自由な時間が少なくなるので子供を持たない、などに挙げられるライフスタイルの変化も起きている。こうしたことから、今まで行ってきた効果主体を既婚者に設定した政策では非効率的であり、効果は薄れていくと考えられる。そのため、効果の対象を広げていく必要があるが、しかし未婚者に対しては政策を個人の意思決定にまで及ばせなければならず、そのことから対象とすることが困難である。さらに、ライフスタイルの変化に伴う晩婚化の進行により既婚者層の出生能力が低下しており、また高年齢化による不妊に悩むカップルの増加も考えられる。一方で、不妊者層は既に子供を持つ意思決定がなされており、政策の対象として捉えていくことが可能であると考えられる。以上のことから不妊治療に対策を講じていくことは急務であり、かつ効果が出やすいと考える。

そこで、私達は不妊者層への政策として高度生殖医療を含めた不妊治療全般への保険適用を提言する。現在実施されている不妊者への支援としては特定不妊治療費助成制度のみである。この政策は最大10万円の助成金が出るものの、この制度では金額的に不十分であるため不妊者の支援としての効果は大きくないと考える。

保険適用の理由として不妊が医師から見て正常な状態ではないこと、保険適用外である顕微授精の成功率が高いこと、女性に産むことを強要するという懸念も社会の認知により解決できる問題であることが挙げられる。また、不妊治療が一般化することで治療に対する抵抗感も薄れ、受診者数が増加すると共に、患者の高度先進医療への移行により成功率も向上するため、安心できる出産環境を整えることにも繋がる。財政面から見ても去年度の少子化対策費用がおよそ1兆6千億円ということから考えて、3千億円という費用はコストパフォーマンスの面から見ても優れたものであると考える。

以上のことから私達は不妊治療への全面的な保険適用が効果的なものと考え、政策として提言する。

## 《参考文献》

- ・ 八代尚宏(1999)『少子高齢化の経済学』 東洋経済新報社
- ・ 清水浩昭(2004)『日本人と少子化』人間の科学新社
- ・ 内閣府(2004)『平成 16 年版少子化社会白書』国立印刷局
- ・ 内閣府(2004)『平成 17 年版国民生活白書』国立印刷局
- ・ 内閣府(2004)『平成 4 年度版国民生活白書』国立印刷局
- ・ OECD(2004)「Ageing and Employment Policies: JAPAN」
- ・ 『The Japan times』 2003 年 10 月 3 日
- ・ 『読売オンライン』 2002 年 11 月 5 日

## 《データ出典》

- ・ 「国立社会保障・人口問題研究所ホームページ 日本の将来推計人口」  
<<http://www.ipss.go.jp/>>(11/12 アクセス)
- ・ 「少子化情報ホームページ」  
<<http://www.ipss.go.jp/syoushika/site-ad/index-sj.html>>(11/12 アクセス)
- ・ 『少子化統計情報 性, 年齢(5 歳階級)別労働力率の将来推計: 2001~2025 年』  
<<http://www.ipss.go.jp/syoushika/site-ad/index-tj.htm>>(11/12 アクセス)
- ・ 「第十二回出生動向調査」  
<[http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou12/doukou12\\_p.html](http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou12/doukou12_p.html)>(11/12 アクセス)
- ・ 「厚生労働省ホームページ 特定不妊治療費助成事業の概要」  
<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/funin-chiryu.html>>(11/12 アクセス)
- ・ 「明治安田生活福祉研究所 結婚と出産に関する調査」  
<<http://www.myilw.co.jp/consulting/07.html>>(11/12 アクセス)
- ・ 「不妊治療に対する意識について・不妊治療についての談話室」  
<<http://homepage2.nifty.com/andantjoyclub/chiryu/ishiki.htm>>(11/12 アクセス)
- ・ 「平成 12 年度の国勢調査」  
<<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2000/kako/danjo/index.htm>>(11/12 アクセス)
- ・ 「白井千晶 出産と不妊の社会学・不妊当事者の経験と意識に関する調査」  
<<http://homepage2.nifty.com/~shirai/>>(11/12 アクセス)
- ・ 「ゼロノホームページ」  
<[http://www.fertilityasia.jp/japan/concern/Infertility\\_in\\_Females/Impact\\_of\\_Age.jsp](http://www.fertilityasia.jp/japan/concern/Infertility_in_Females/Impact_of_Age.jsp)>(11/12 アクセス)
- ・ 「はらメディカルクリニックホームページ」<<http://www.haramedical.or.jp/>>(11/12 アクセス)
- ・ 「日本共産党ホームページ」  
<[http://www.jcp.or.jp/akahata/aik2/2004-01-11/03\\_02.html](http://www.jcp.or.jp/akahata/aik2/2004-01-11/03_02.html)> (11/12 アクセス)
- ・ 「兵庫県健康生活部健康局健康増進課ホームページ」  
<<http://web.pref.hyogo.jp/kenzou/funinchiryu/>>(11/12 アクセス)
- ・ 「SOSHIREN 女(わたし)のからだから」  
<<http://www.soshiren.org/index.html>>(11/12 アクセス)