

不妊治療休暇制度の法的導入¹

治療 or 仕事から治療 and 仕事へ

同志社大学 風間ゼミ 医療分科会

渡辺眞子 井上由貴 中島美央 西尾行人 村本圭

2011年12月

¹本稿は、2011年12月17日、18日に開催される、ISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2011」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、〇〇教授（〇〇大学）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、本稿にあり得る誤り、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。（タイトルに脚注をつけてください。脚注の付け方は、「最終論文提出について」をご参照ください。）

要約

《はじめに》

不妊症の人数というのは年々増加しているがそれに伴う政策は不妊症患者が満足するものとなっていない。不妊症患者は、不妊症が社会的に中々理解されていない事、費用がかかる事など様々な問題を抱えている。不妊症患者のニーズに目をむけ、そこにアプローチしていく事は今後増加の帰路をとるのではないかと予想されている不妊症患者に対して大変意義のある事だと考えている。

《不妊症について》

2003 年厚生労働科学特別研究「生殖補助医療技術に対する国民の意識に関する研究」によると、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、推計で 46 万 6,900 人に上っている。1999 年の同じ推計では 28 万 4,800 人であったので、4 年間で 1.6 倍に増加していることが分かる。現在国内で不妊治療を行っている夫婦は 10 組に 1 組と言われている。年々不妊症患者は増加しており、近年の晩婚化また環境的要因による男性不妊の増加などにより、今後不妊症患者はますます増え続けるのではないかと予想される。また、不妊症治療には時間・心的・費用の 3 つのサポートが必要であると言われている。

《問題分析について》

第一節では、分析を始めるにあたって私たちが持った「現行の不妊治療に対する支援制度は充分だといえるのか？」という問題意識について述べる。そこから、数字には表れにくい問題点を明らかにする必要性を感じ、インタビュー調査を行うことを決めた。第二節では、私たちが行ったインタビュー法の社会学的位置づけを明らかにし、その特徴やそこから得られるデータの正確性及び一般化可能性について述べる。そして第三節では、「仕事をしながら不妊治療を受けている人は、費用面サポートのみならず、時間的サポートも必要なのではないか？」というリサーチクエスチョンをもとに、実際のインタビューの内容と、そのインタビューを通して導き出されるリサーチクエスチョンに対する答えを分析する。

《政策提言》

仕事 or 治療ではなく、仕事 and 治療を目指し、不妊治療休暇制度を提案する。具体的な内容としては、不妊治療、特に人工授精・高度生殖医療を行う際に事業主に休暇制度の申し出を申請し、人工授精治療者は半休 5 日、全休 1 日、また高度生殖医療治療者は半休 7 日、全休 1 日を両治療者とも 1 年間で 5 回取得可能である事とする。

また休暇制度導入後、スムーズな休暇使用を提唱するために必要だと考えられる不妊症の社会的理解のために、NPO 法人に協力を求め不妊症理解の社会的啓発を行っていく事を考えている。

目次

はじめに

第 1 章 不妊症について

第 1 節 不妊症

- (1) 不妊の定義と現状
- (2) 不妊症の原因
- (3) 男性不妊症の現状と女性側の心的負担
- (4) 不妊症患者の現状人数

第 2 節 不妊治療

- (1) 不妊治療
- (2) 不妊治療費用
- (3) 不妊治療にかかる日数
- (4) 不妊症患者の心的ストレス

第 3 節 現行政策

- (1) 現状の取り組み
- (2) 各取り組み策の必要と問題点

第 2 章 問題分析

第 1 節 問題意識

第 2 節 分析方法

- (1) 社会調査法
- (2) 量的調査法と質的調査法
- (3) 質的調査の技法
- (4) インタビュー法
- (5) 構造化インタビューと非構造化インタビュー
- (6) 結果の一般化
- (7) データの正確さ

第 3 節 ディープインタビュー

- (1) リサーチクエスチョン
- (2) 調査対象者の選定
- (3) ケース 1 Aさんの場合
- (4) ケース 2 Bさんの場合
- (5) 結論

第 3 章 政策提言

第 1 節 概要

第 2 節 先進事例

第 3 節 制度の詳細

- (1) 対象者
- (2) 休暇期間

- (3)取得可能期間
 - (4)申請方法
 - (5)給与
 - (6)制度適用の企業の範囲
- 第4節導入により考えられる課題と対策

第4章 本制度の意義

- 第1節制度的意義
- 第2節政策学的意義

先行論文・参考文献・データ出典

はじめに

《テーマに至った理由》

ISFJに出場が決まりテーマを考えている際私たちは医療政策の雑誌の中で不妊症特集が行われているのを目にした。その時不妊症というのは遠い存在で、どのような治療があるのか費用はどれくらいなのか、など知らない事ばかりであった。しかしその後テレビでの特集や有名人の不妊治療体験を見て行く中で、不妊症、不妊治療はいかに辛く大変なものなのか、そしてその大変な治療と仕事の両立を行っている患者の負担を減らすためにどのような政策が必要とされているのか、という事に目を付け政策を立案していくに至った。

《研究を進めて行く上で》

私たちは研究を進めて行く上で、不妊治療がいかに大変でまた治療者にかかる負担がとても大きい事に驚いた。また、同時に不妊というのがデリケートな問題である故にアンケート調査やインタビューを受けてもらえない事、また不妊治療者が実際に抱えている問題というのは様々なデータや数値では見えてきにくく、何度も壁にぶつかった。しかし、最後の最後で、ディープインタビューに応じてくれた 2 名の方の実際の治療体験を基に不妊治療者の現状、要求を浮かび上がらせる事ができ政策提言を行うに至った。

《論文執筆を終え》

論文執筆を終え感じる事は政策提言とは生半可な気持ちでできる事ではない、という事である。本や資料を探し問題分析、政策提言をした所で問題の現状があまり明確に見えてこない上、説得力に欠ける。実際に自分たちの足を使い、当事者に会い、話を聞く事で今まで見えてこなかった課題を明らかにすることができる事を知った。正直、政策提言への取りかかりが遅かった、メンバー全員が集まって話し合う機会が中々もてなかった、など反省点は多々ある。しかし最終的には皆が一生懸命力を合わせ頑張る事ができた。最後になってしまうが、忙しい中指導に当たってくれたゼミの教授、ディープインタビューに応じてくれた方々、またインタビュー対象者を紹介してくれた方々に感謝の気持ちを表して、はじめにに代えさせて頂きたい。

第1章 不妊症について

第 1 節 不妊症

(1)不妊の定義と現状

不妊とは「避妊をしていないのに2年以上に渡って妊娠に至れない事」と世界保健機構(WHO)によって定義されている。また過去に妊娠の経験がないものを「原発性不妊」、妊娠した事はあるがその後2年以上妊娠しない場合を「続発性不妊」といい、子供がいなくとも、流産や子宮外妊娠の経験があれば「続発性不妊」となる。

(2)不妊症の原因

(A)排卵障害	15%	}	女性側原因 = <u>45%</u>
(B)卵管因子	10%		
(C)子宮因子	5%		
(D)子宮内膜症	15%		
(E)精子因子, 性交障害	35%	}	男性側原因 = <u>35%</u>
(F)原因不明不妊	20%		
(G)女性側+男性側原因	10%		
			原因不明不妊 = <u>20%</u>
			両方に原因 = <u>10%</u>

楠原レディースクリニックのHPを参考に作成

(注) 上に述べた数字を合計しても100%にならないのはいくつかの原因を重複してもっている場合があるためである。

上の表は楠原レディースクリニックのホームページから不妊症の原因を男女別に示したものである。従来、不妊症というと女性の問題として考えられてきたが男性にも多くの割合で不妊症原因がある事がわかる。

(3)男性不妊症の現状と女性側の心的負担

ここで、2011年11月15日、フジテレビ「とくだね！」で紹介された男性不妊症に関する特集を紹介する。同番組ではまず、男性不妊症であった事を最近になり周囲に告白し、3度の体外受精の結果双子を授かったロック歌手のダイヤモンドユカイ氏のインタビューより始まる。ダイヤモンドユカイ氏は、現在の妻と再婚後中々妊娠に至れない事で不妊症検査をうけた。結果、医師より「あなたには精子がありません、無精子症です。」と宣告された。子供が出来ない事に対して自分に責任がある事を全く予想しなかったユカイ氏は宣告後、目の前が真っ暗になり自分への自信を喪失してしまった、と話している。その後、不妊治療を決断し、治療中に精子回収手術を行った所、実は不妊の原因は精子の通り道が塞がっていた事であり精子はユカイ氏の体内に存在していた事が判明した。その事で「子供が作れる！」と喜びに溢れたユカイ氏であったが問題はここからであった。ユカイ氏側の治療は精子を取り出すことのみだったが治療時40歳前後であった妻は、その精子を体外に取り出した卵子に受精させなければならない。そのために多くの卵子を体外に取り出す事が必要であったため(夫婦は体外受精を行っていた故)、妻は毎日、排

卵を誘発するため病院へ通院しホルモン注射を接種した。注射の副作用故に眩暈や吐き気などの体調不良を起こす上、実際に妊娠に至れる確証はない。ユカイ氏は実際、初めての体外受精に失敗し妻は号泣したという。その際、不妊の原因があったのはユカイ氏であるのに、体調の負担が大きいのは妻であり、無力感を感じたと話している。ユカイ氏がその際に感じた事は不妊症治療というのは男性にとって 100 メートル走、女性はマラソンレースであるという。男性の治療は短期で病院への通院必要もないが女性は長く、ゴールの見えないマラソンを精神的・身体的ダメージを受けながら走らなければならない。その上、不妊治療の辛さを分かって貰えず周りからは「まだ子供ができないの？」などという心ない言葉を浴びせられ非常に苛酷だ、と感想を漏らしていた。

また同番組で紹介されていたAさん(仮名)は、男性不妊の夫をもつ女性で、無精子症の夫をもつ事に対する悩みや大変さを打ち明けた。Aさんは不妊治療を続けて5年目である。不妊検査へ行った結果Aさんの体に異常は見られなかったため、念の為夫が検査を受けた所、夫が無精子症である事が判明した。その後不妊治療を行う事を決めた。Aさんは、不妊治療中、いきなり排卵誘発剤を毎日毎日うたれて体調を崩す事となり、また、「注射は腕がぬけるほどの痛みである」と述べている。治療中一番苦しめられたのは、周囲からの心ない言葉であった。「おさんはまだなの?」「お宅は遅くまで電気がついているのに何故子供ができないの?」と言われ、不妊の原因は私ではなく夫なのに、と何度も思ったという。その後、不妊の苦しみは夫婦関係にも影を落とし、離婚の危機もあったという。夫は自分のプライドもあり、中々子供が出来ないストレスと焦りより時には「そんなに子供が欲しいなら、離婚して他の男と子供を作れ」などといった言葉をAさんに対し浴びせる事もあったという。地獄のような不妊治療から3年がたち、Aさんは始めて妊娠に至る事が出来た。しかし不幸な事に胎児には心臓がなく、流産せざるを得ない状況にあった。その際不妊症の辛さ、子供を授かった喜び、その後の不幸な宣告によりAさんは正常な精神を失っており、心臓がないと分かっているにもかかわらず胎児を流産する事を拒みその後2週間母体の中に保持し続けたという。そしてついに医師からこのままでは母体の中で胎児が腐ってしまうと宣告され泣く泣く処置に至った。Aさんは未だ妊娠に至っておらずこれからも不妊治療を続けて行くつもりであると話した。

男性が無精子症の場合、精子を造り出す事は不可能である。それ故に女性が排卵誘発剤の使用や通院などを頑張らなければならない。現在、生活習慣の変化などによって男性不妊は年々増加している事も分かっている。社会的認識として不妊は女性が悪いのだと思われがちだがそれは全く違う事を理解し、女性の苦しみを理解する事が必要である。

(4)不妊症患者の現状人数

2003年厚生労働科学特別研究「生殖補助医療技術に対する国民の意識に関する研究」によると、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、推計で46万6,900人に上っている。1999年の同じ推計では28万4,800人であったので、4年間で1.6倍に増加していることが分かる。現在国内で不妊治療を行っている夫婦は10組に1組と言われている。

また、国立社会保障・人口問題研究所が昨年実施した出生動向基本調査において、不妊の心配や、検査・治療経験のある夫婦の割合は近年増加傾向にあることがわかった。

昨年6月、妻の年齢が50歳未満の初婚同士の夫婦6705組を対象に行ったこの調査において、不妊を心配したことがある夫婦の割合は31.1%と、前回(2005年)の25.8%より増加した。また、6705組のうち子供のいない914組においての同調査においては52.2%の夫婦が不妊を心配している事がわかった。(前回44.7%)治療経験に関して、治療経験があると答えた夫婦は14.9%(前回12.1%)、結婚後15~19年の夫婦においては前回の12.8%から16.5%に増加している。

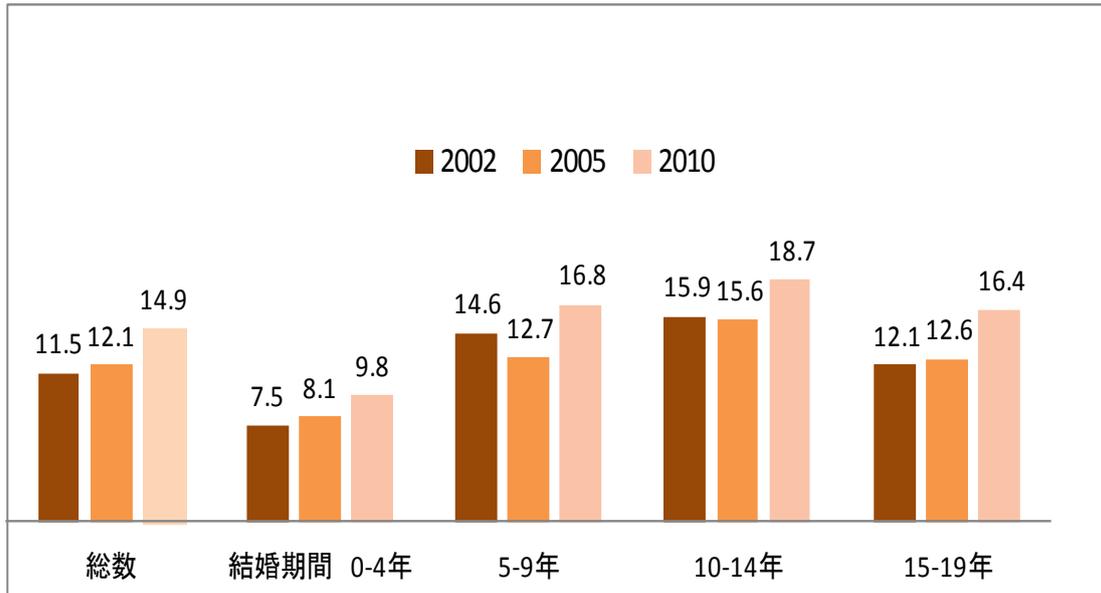


図1 調査・結婚持続期間別にみた、不妊治療経験のある夫婦の割合

2010 年度国立社会保障・人口問題研究所「出生動向基本調査」を参考に独自に作成

さらに同調査によると不妊を心配したことがある妻は 20~29 歳で 28.1%、30~39 歳で 36.5%、40~49 歳で 26.8%。また実際に治療を受けている妻は同年齢別に分けると、10.1%、17.8%、16.3% となり、30~39 歳の間の年齢で不妊治療への関心や実際治療へ進む場合が多くみられる事がわかっている。

妻の年齢	総数	不妊を心配したことがある	治療経験がある
総数	100%	31.1	16.4
20-29歳	100%	28.1	10.1
30-39歳	100%	36.5	17.8
40-49歳	100%	26.8	16.3

表1 妻の年齢別に見た、不妊についての心配と治療経験 (2010 年)

2010 年度国立社会保障・人口問題研究所「出生動向基本調査」を参考に独自に作成

(4)年齢と不妊

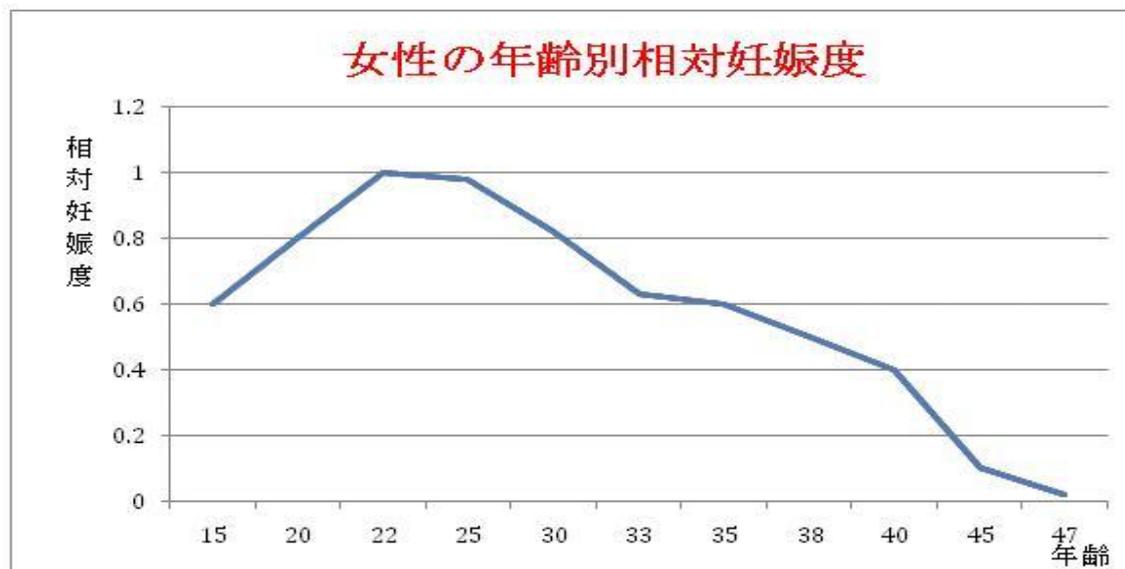


表2 北海道不妊専門相談センターのホームページより抜粋

不妊と年齢には密接な関係性があることが分かっている。これは北海道 不妊専門相談センターによる年齢別相対妊娠度を表したグラフである。相対妊娠度が1に近づくにつれ妊娠しやすい状態となる。30歳を過ぎると急速にカーブが下がっていき、38歳で妊娠度が0.5を切ることが分かる。実際に不妊治療を受ける患者の70%が30~40歳の女性であることが分かっており、30歳を過ぎたところから生殖機能が衰えてきていることが分かる。

① 女性

まず問題となるのが加齢するにしたがって、卵巣に起こる変化である。女性の場合、閉経（生理が終了する期間。平均 51歳といわれている。）後はどんなに健康でも妊娠することができない。男性は、生きている間は精子を作り続けるが、女性は限れた数の卵子を持って生まれてくる。思春期時には、女性は、300,000個の卵子を持っており、そのうち、およそ300個の卵子のみが女性の生殖可能時期に排卵され、残りは衰退する。この衰退プロセスは、女性が妊娠している間も、順調な月経が毎月あっても、避妊ピルによる避妊をしていても、不妊治療を受けていても起こっている。生殖系器官（卵管、子宮、膣）において全く問題がないと仮定して、閉経期に近づくと、卵巣は卵胞刺激ホルモン（FSH）と黄体形成ホルモン（LH）に対する反応が鈍くなる。その結果、女性の身体は、無理強いして卵子の成長を助けるためにより多くの卵胞刺激ホルモン（FSH）と黄体形成ホルモン（LH）を作ろうとする。しかしながら、卵巣がそれらのホルモンに全く反応しなくなったとき、月経周期は短くなり、遂には、卵巣は毎月、排卵しなくなり、月経は以前のように、規則的に毎月来なくなる。閉経に至る頃には 卵巣にはほとんど卵子が残っていない状態になり、生殖機能がなくなる。卵巣に残っている卵子の減少は、大抵、年齢に比例し卵子の自然淘汰、そして卵子の質の低下から起こる。しかし、若い女性であっても、喫煙、家系的な早期閉経、卵巣関係の手術、又、解明されない理由によっても、卵子の減少は考えられる。

② 男性

生殖機能・性機能における変化は男性にも起こっている。男性が年齢を重ねると、睾丸はわずかに小さくなり、柔らかくなる。精子の形態（形状）や運動（動き）も悪くなっていく。これに加え、精子内の遺伝的欠陥のリスクが高まる（奇形児、障害児のリスク）。また、高年齢の男性は、性的欲求や生殖機能に悪影響を及ぼす健康的問題が出てくるリスクもある。しかし、全ての男性が加齢によって、性的機能に大きな変化があるわけではなく、特に、長年、健康な身体を維持している男性には、変化が見られない場合もある。性的欲求の低下は、テストステロン（男性ホルモン）のレベルの変化（低下）に影響している場合が多い。しかし、このような変化にもかかわらず、子供を受胎させる能力がなくなる、という年齢制限が男性になく、60代、70代でも若いパートナーが妊娠することも考えられる。

第2節 不妊治療

以下より現在日本で行われている不妊治療について、治療内容、費用、日数に関し説明していく。

(1) 不妊治療

まず、現在日本で行われている不妊治療は大きく二つに大別されている。一般生殖医療と高度生殖医療である。一般生殖医療はタイミング法、排卵誘発法、薬物療法、人工受精を含み、一方、高度生殖医療と呼ばれている物には体外受精、精子凍結、顕微授精、受精卵凍結が含まれている。不妊治療は、いきなり高度生殖医療をうけるのではなく、段階的に身体的・経済的ダメージの低い治療から始める事となる。また、不妊治療は心的ダメージを伴う事が多い故、それから解放するために、不妊カウンセリングと不妊治療を同時進行に行う場合が多々ある。

次に、不妊治療の内容について、ここでは不妊治療の代表的治療である、タイミング法治療、人工授精治療、体外受精治療に絞り説明をしていくこととする。

タイミング法とは、「女性の排卵の時期と性行為のタイミングを合わせることで妊娠させる最も基本的な治療方法である。最も妊娠のしやすい日はいつなのかを知ることが、自分だけでは中々難しいため、基礎体温の計測と経膈超音波検査(子宮・卵巣の状態を正確に調べ不妊の原因となる病気がないかを調べる事の出来る検査)を行い、妊娠しやすい日を医師が判断しその日に性行為を勧める治療方法である。

次の段階としては人工授精治療を行う場合が多い。人工授精とは、精子を子宮の中に直接送り込むことで妊娠する確率を上げる方法のことで、主にタイミング法で妊娠できなかった場合の次のステップとして位置づけられている。人工授精は、平均として5回を目安に行われ、その後妊娠しなかった場合体外受精に移る場合が多い。(勿論、どの治療に進むかは患者の裁量に任されており、費用面、時間面を考慮したうえで人工授精を何十回も行う夫婦も存在する。)

体外受精は、通常は体内で行われる卵子と精子の受精を体の外で行い順調に受精・分割した卵(胚)を子宮内に移植する方法をいう。体外受精に進むと一般生殖医療の際に比べ通院回数は増加し、費用面での負担も多くなる。

(2)不妊治療費用

一口に不妊治療、といっても不妊原因や治療方針は人によって違う故に、「この治療は〇〇円」であると断定することはできない。そこで私たちは不妊治療患者を対象としたアンケートを参考に、不妊治療費用の平均額を紹介する事とする。

NPO 法人 Fine が不妊者 1,111 人を対象に行った調査によると、不妊患者が、通院を開始してから治療を終えるまで（経済的負担・時間的負担で治療を断念する者、また妊娠に至り治療を終える者を含む）の治療費の総額は、10～50 万円未満が一番多く 24.8%、二番目が 100～200 万円未満で 23.1%となった。また経済的理由で、高度生殖治療を受けることを躊躇、延期した事のある夫婦は「非常にある」「ややある」を合わせて 84.0%であるという結果が出た。

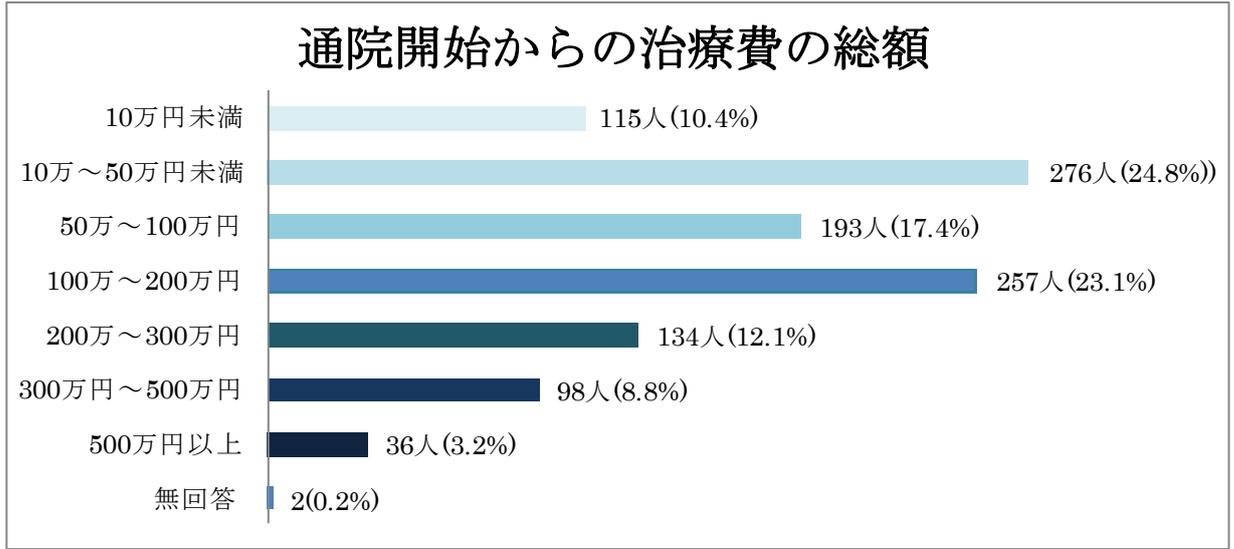


表 3 NPO 法人 Fine が不妊治療者を対象に行った調査により独自に作成

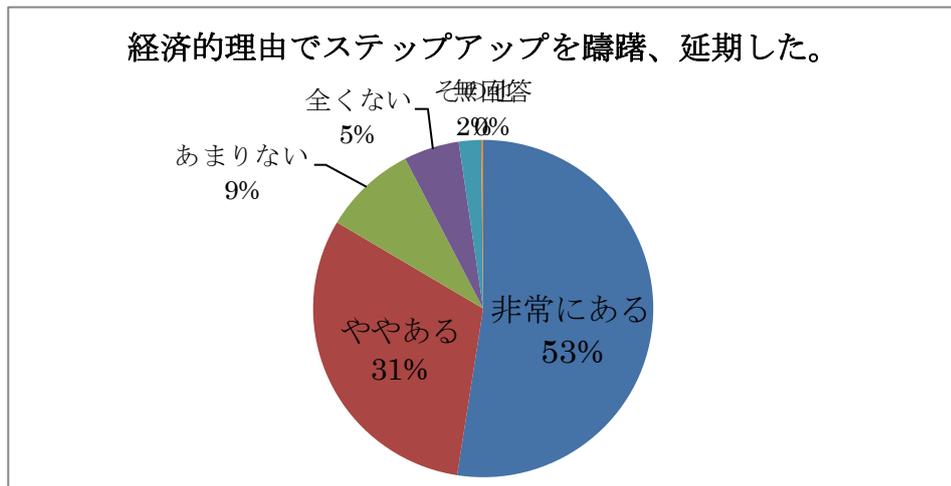


表 4 NPO 法人 Fine が不妊治療者を対象に行った調査により独自に作成

(3)不妊治療にかかる日数

不妊治療には時間がかかると一般的に言われているがそれでは実際にどれくらい時間がかかるのかその治療日数を、体外受精を例にとり見て行く事とする。

下の表は、倉敷中央病院のホームページに記載されていた体外受精を行う夫婦の治療スケジュールを示したものである。不妊治療は、治療回数や夫婦の体調などにより治療のスケジュールが変化するために全員が同じスケジュールになるわけではないゆえ、下記に示している表は体外受精治療の一例である。

日	月	火	水	木	金	土
				スプレー開始		
				月経開始		診察 FSH 注射
FSH 注射	FSH 注射	FSH 注射	診察: 卵胞 10mm FSH 注射	FSH 注射	FSH 注射	診察: 卵胞 14mm FSH 注射
FSH 注射	診察: 卵胞 18mm 採卵日決定 夜に HCG 注射		採卵 1日入院			HCG 注射
	胚移植 午後入院		HCG 注射		HCG 注射	
			採血		妊娠判定	

(表) 倉敷中央銀行ホームページより抜粋

この表を説明していく事とする。まず、FSH注射は排卵しづらい人、無排卵症の人に排卵をさせる排卵誘発の目的で使用されるものである。前に述べたようにこの注射には副作用があり接種した際に吐き気や眩暈が起こる場合がある。女性は月経開始1週間前より自宅で鼻のスプレー剤を投与し始め、月経後排卵誘発のFSH注射が約8~10日間続き、その間に病院で診察を3回ほど行う。基本的にFSH注射は自己注射であるため注射のみの日は通院が不要である。(自分で注射を接種する事に抵抗がある場合は通院し医師より注射を受ける)。卵胞が大きくなったら採卵日が決定され、採卵日はほぼ1日中、また胚移植日には午後半日間、病院にいる必要がある。男性は採卵日に病院に来て採精する必要があるがその他の日は、病院へ通院する必要はない。胚移植後のHCG注射は卵胞ホルモンや黄体ホルモンの分泌を促進させる働きがあるのでこの際は自宅注射でなく実際に通院が必要である。結論としてまとめると、通院が必要であるのは8日間、半日入院が必要なのは1回、1日入院が必要なのは1回となっており、仮に治療者が仕事をしている場合、仕事と通院は難しいのではないだろうかと考えられる。

(4) 不妊症患者の心的ストレス

これまで見てきたように不妊治療というのは患者によっては大変時間がかかり、またいつ妊娠に至れるか把握ができないため不妊患者にとって、とても苛酷である。高い治療費をかけているのだから、子供を授からなければならないというプレッシャーや周りからの妊娠の期待により、患者はストレスを抱える事が多い。

ここで、日本の不妊患者の心理に焦点を当てた研究を紹介する。この研究は1970年1月から1978年12月まで鹿児島県大学医学部付属病院産婦人科外来に訪れた不妊症女性、26歳未満では不妊期間3年を超えるもの、26歳以上のものでも2年以上経過したものを対象に調査したものである。「心身医学的検査成績と血液・尿生化学的検査」や「心身医学的検査成績と卵管疎通精」など生殖機能に精神・心理的因子が関与していると予測されるいくつかの事例をあげ「機能性不妊夫人の不妊期間別では不妊期間が長いほど心身症的傾向が強い」と最終的に報告している。また、同調査を踏まえ、「児を切望する不妊症患者の治療に関する程度は時に狂的とさえ思われそれがかえって心的負担となり、性機能を傷害する可能性がある」と述べている。また1970

年 1 月から 1971 年 12 月までの 2 年間札幌医科大学産婦人科不妊症センターに訪れた、不妊期間が 1 年 6 カ月以上の患者 213 例、及び 1982 年 1 月から 1983 年 12 月まで同センターを訪れた不妊期間 1 年以上の患者 70 例を対象に心理テストを行った。結果、不妊症が神経症と関連を持っている事が示唆され、不妊症患者の多くは情動的異常を有しておりその心理的葛藤を開放する事により、器質的治療のみでは果たす事の出来ない治療効果が期待できるという見解が出されている。

まとめとして、不妊治療患者の治療のストレスは、本当に妊娠できるのだろうかという不安・抑うつを生み出し、また周囲の治療に対する無理解は孤立感・孤独感・罪悪感を生む。最後に治療をしている事に対する偏見も治療者にとって大きな心的ストレスとなる。これまで不妊患者にかかる心的ストレス、経済的負担、時間的負担を説明してきた。それではこれより、不妊患者に対する国のサポートはどのようになっているかを見て行く事とする。

第 3 節 現行政策

(1) 現取り組み

「新エンゼルプラン」「健やか親子 21」「少子化対策基本法案」「少子化対策プラスワン」「子ども・子育てビジョン」などの中で、現在国が不妊治療支援のために実施・検討している具体策をまとめると、次のようになる。

- ① 不妊カウンセリングの実施
- ② 不妊にかかわる情報提供と不妊相談センターの設置
- ③ 良質かつ適切な保健医療サービスを提供する
- ④ 不妊治療への保険適用
- ⑤ 不妊治療に係る研究に対する助成等
- ⑥ 不妊治療費助成金制度

(2) 各取り組み策の必要性と問題点

① 不妊カウンセリングの実施

不妊カウンセリングの必要性についてはアメリカ・オーストラリア・イギリスにおいて研究が進んでいる。日本でも、郷久 鉦二をはじめとする多くの医療者が心理的なケアの必要性に注目しており、これらの研究から、生殖補助技術の実施にはカウンセリングが必要であると言われている。すでに、アメリカ・イギリス・オーストラリア・フランス・ドイツ・スウェーデンなどの欧米諸国では、医療カウンセリングが不妊治療プログラムに含まれたり、法によって義務づけられたりしている。

そのため、日本でも「健やか親子21」などで実施に向けた具体策が進められている。しかしながら、日本には国が認定する不妊カウンセラーの資格はない。現在、日本生殖医療研究協会による「不妊カウンセラー・体外受精コーディネーター養成講座」や、日本不妊看護ネットワーク (J.I.N.N) による「不妊看護認定制度」などの取り組みが行われているが、カウンセラーの養成・カウンセリングの質の管理や保障のための基準や規定を設けるなどといった環境整備が今後の課題となっている。

② 不妊にかかわる情報提供と不妊相談センターの設置

不妊治療に伴うカウンセリングの必要性は(2)－①で述べた通りであるが、不妊の悩みを持つ女性は医療機関を訪れる不妊症患者だけに限らない。妊娠・出産ができず不妊症の可能性を思い悩みながらも、病院で治療を受けることに対してためらいや不安を感じている人は少なくない。

そのため、厚生労働省では「新エンゼルプラン」の具体的施策として、「不妊専門相談センター事業」に取り組んでいる。現在全国 61 ヶ所に設置されており、「子ども・子育てビジョン」において、平成 26 年度までにすべての都道府県・指定都市・中核市に「不妊専門相談センター」を整備することが目標とされている。

ここで留意しなければならないことは、不妊専門相談センターに寄せられる相談内容は、医学的な知識を有すれば解決できるような単なる医学相談や医療情報の提供に限定されていないという点だ。直接治療にかかわる相談よりも、当事者の心的悩みや人間関係に関する相談内容が大半を占め、医療機関では相談しにくいものも多い。(表 1)

表1 不妊ホットラインでの相談内容 (10 位まで)

[1997 年1 月～1999 年12 月]

相談内容 相談者数に対する割合 (%)

1 位 自分自身のこと	56.7
2 位 治療への迷い	51.1
3 位 病院情報	23.7
4 位 不妊への不安	22.5
5 位 病院への不満	22.0
6 位 夫のこと	18.2
7 位 検査	16.5
8 位 周囲との人間関係	15.7
9 位 情報、その他	12.1
10 位 薬	9.3

出所：北村2000「不妊の当事者の悩みとその対応」『産婦人科治療』80(6)，1119 頁。

(重複回答あり)

このようなことから、「不妊専門相談センター事業」は医学的見地以外の部分の悩みを持つ人や医療機関には相談しづらい悩みを抱える人には有効な支援であるといえる。

今後は、相談員の養成には不妊関連の医学・制度などについての知識のほかに、心理系の専門的な教育が不可欠であるため、相談員の教育を各地方自治体まかせにするのではなく、厚生労働省のような行政機関が一括して行うことなども検討し、相談員としての人材育成にさらに力をいれていくことが必要とされている。

③良質かつ適切な保健医療サービスを提供する

2001年に廃案となった、「少子化対策基本法案」の不妊治療支援については、「良質かつ適切な保健医療サービスの提供」という文言が含まれており、その具体的施策として「高度専門医療センターを設け、これを中核とした政策医療ネットワークを構築し、不妊等への医療提供すること」があげられている。今の日本においては、医療機関によって設備の充実度や医療技術

の違いが存在し、それが患者の医療費負担に大きく影響している現状がある。良質かつ適切な保健医療サービスの提供を实践するならば、まず治療にかかる費用情報と医療機関の治療内容を含めた医療機関情報の提供サービスが必要である。そのため、不妊当事者が経済的負担や治療方針も含め、自分の条件にあった病院選びが出来るようになるよう、今後それらの是正に取り組みを進めていく方針だ。

④不妊治療への保険適用

現在日本でも不妊治療の一部には保険適用が認められている。しかし、不妊治療専門施設の中には保健診療をまったくおこなっていないところもあり、また、人工授精、体外受精、顕微授精などといった治療には保険は適用されていない。これらの治療に保険が適用されない主な理由は、この技術が比較的新しく、技術の安全性、普及性などから保険適用までのレベルにいたっていないこと、有効性の確立された臨床医療ではないと見られていることなどがあげられる。また、「試験管ベビー」などに対する倫理的な議論も影響を与えたといわれている。不妊治療には多額の費用がかかるにも関わらず(表2)、保険が適用されないため費用面で断念する人も少なくない。しかし、フランス、イギリス、ドイツ、オーストラリアなどの諸外国では、生殖補助技術について法的な規制を行った上で保険が適用されており、国内でも保険適用を要望する声が多く寄せられていることから、今後の導入が検討されている。

表2. 不妊検査・治療として医療機関に支払った費用の総額 (815 人)

金額	人数(人)	割合(%)
10 万円未満	90	11.0
10 万円以上50 万円未満	241	29.6
50 万円以上100万円未満	125	15.3
100 万円以上200万円未満	171	21.0
200 万円以上300万円未満	95	11.7
300 万円以上400万円未満	34	4.2
400 万円以上	30	3.7
無回答	29	3.6

資料：フィンレージの会(2000)『新・レポート不妊』、フィンレージの会、92 頁

⑤不妊治療に係る研究に対する助成等

「少子化対策推進基本方針」では、「母子保健施策の推進」に関連して「不妊治療に関する研究の推進」が取り上げられている。より女性の身体に負担の少ない排卵誘発剤の開発や、卵子や受精卵の培養液の開発、体外受精による着床率を向上させるための技術などの、不妊治療の向上のために不可欠な研究に対して施策を講じようとする動きがあり、そのための予算計上も行われ、その額は年度を追うことに増額している。(表3)

表3 「少子化対策推進基本方針」における「不妊治療に関する研究費」の計上予算額

年度	予算額
2000 年度	6 億1800 万円
2001 年度	6 億4800 万円
2002 年度	7 億9800 万円

出所：「少子化対策推進基本方針」に基づく平成13年度の施策の推進状況及び平成14年度において講じようとする施策 <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/06/h0604-5b.html>
「少子化対策推進基本方針」に基づく平成12年度の施策の推進状況及び平成13年度において講じようとする施策 <http://www.mhlw.go.jp/houdou/0105/h0523-2b.html>

⑥不妊治療費助成金制度

(2) -5では、不妊治療への保険適用の導入が検討されているとのべたが、現段階ではまだまだ多くの壁が立ちだかっていることも否定できない。しかしながら、不妊当事者たちは不妊治療費に対する支援を求めているという現実を無視するわけにはいかない。そこで現在実施されているのが、「不妊治療助成金制度」である。その概要は次の通りである。

【概要】

対象

体外受精及び顕微授精以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか、または極めて少ないと医師に診断された、法律上の婚姻をしている夫婦

給付額

1年度あたり 現在上限額 10万円
→ 平成19年度より1回上限10万円、年2回まで

支給期間

通算5年

所得制限

夫婦合算 現在 650万円 → 平成19年度より 730万円 (いずれも税控除後)

実施主体

都道府県・指定都市・中核市
(指定都市・中核市に居住の人は、居住している市から助成が受けられる。指定都市・中核市以外の市町村に居住の人は、居住している都道府県から助成が受けられる。)

医療機関

事業実施主体が指定した医療機関

第2章 問題分析

第1節 問題意識

第2章でも述べたが、不妊症について調べていく中で、不妊症患者に対するアンケート等のデータをみると、不妊治療を躊躇した要因や、つらかったことなどという項目で第一に目に入るのが経済的負担である。しかしながら、経済的支援については各方面で活発な議論が展開されており、国としても助成金事業などを実施しており、それらの取り組みは前章で説明したとおりである。それでは、そのような制度の整備が進められているにもかかわらず、いまだに不妊治療患者の悩みが絶えないのはなぜか。私たちはその要因は数値としてデータには表れにくい部分にあるのではないかと考えた。そのため、表面的な調査ではなく、個々人に焦点をあてて、それぞれの事例について深く掘り下げる調査が必要であるという見解に至った。

具体的な調査方法としては、社会調査における質的調査法の中のインタビュー法、さらに言うところ非構造化インタビューというものをおこなった。今回用いた調査法の社会的な位置づけについては次節で説明することにする。

第2節 分析方法

(1)社会調査法

社会調査とは、木下栄二氏は「社会的な問題意識に基づいてデータを収集し、収集したデータを使って社会について考え、その結果を公表する一連の過程」のことであると定義している。複雑で多様な社会について考えるため、得られるデータも多様であり、そのデータ収集法も多様であるが、社会調査における最も大雑把な区分としては、量的調査法と質的調査法に分けられる。

(2)量的調査法と質的調査法

量的調査法とは、質問紙などを用いて情報を大量に集め、統計的に分析する社会調査法。どのような人がどれだけいるのかという数量に注目する調査であるから、ある程度多くの人数を調査しての回答の分布を調べる。量的調査で集められる情報は表面的なものになりがちであるが、統計的な分析を行うことで、社会全体について偏りのない知識を得るのに向いている。

一方の質的調査法とは、少数の事例についての観察、会話記述された文章などから、詳細な情報を集める社会調査である。質的調査は一人ひとりの行動や考え、あるいは一つひとつの出来事の成り立ちや帰結をくわしく追いかけることに力を注ぐので、多くの人々や事柄を調べることはできない。そのため、個別的で偏った情報になりがちであるが、量的調査では見落とされがちな細かい過程や、調査者が思いもよらなかった現象を発見することが期待できる。

(参考：「調査データ分析の基礎」2007年3月 岩井紀子・保田時男著)

(3) 質的調査の技法

質的調査の代表的なデータの収集技法は次の3つである。

- ① インタビュー法
- ② 参与観察法
- ③ ドキュメント分析

私たちは①のインタビュー法を用いて調査を行ったため、ここからは①のインタビュー法について詳しく見ていくことにする。

(4) インタビュー法

インタビュー法とは、面接者が調査対象者（インフォーマント）と対面し、会話を通して量的データ（数値・数量を用いて示すデータ）あるいは質的データ（ことばや文字などを用いて示すデータ）を収集する技法である。インタビュー法における面接者は、調査テーマに関して事前にできる限り知識を備えた上でさまざまな質問を行い、インフォーマントの意見、考え、感情、経験などをデータとして収集する。そしてこれらのデータを分析して結果を一般化したり、個別に解釈して物事の本質を明らかにしたりすることで、人間の心理や行動についての現実を把握することを目指す。またそれだけではなく、個人の主観というマイクロな世界を通して、複雑な人間の心理や社会事象についてのより普遍的な仮説や理論を生成し検証することも目的としている。また、この技法は面接者とインフォーマントの対等で双方向的なコミュニケーションに基づく共同作業であり、インフォーマントからの信頼、好意、協力なくしてデータを得ることはできない。

（参考：「調査的面接の技法【第二判】鈴木淳子著）

(5) 構造化インタビューと非構造化インタビュー

インタビュー法は目的や特性、方法によってさまざまな種類がある。大別すると、量的調査するための構造化面接法と質的調査をするための非構造化面接法に分かれる。

構造化面接法とは、調査テーマに関するインフォーマントの意識に共通した一定の構造あるいは流れがあることを仮定して、一連の質問がデザインされている面接である。調査に先立って必ずシナリオが作成され、ほとんどすべての質問の順序が決まっているのが特徴であり、インフォーマントの答えを量的データによって求める選択回答法が用いられることが多いので、自由回答法より後で統計データが処理しやすい。

非構造化面接法は、構造化面接法のようにシナリオは準備されておらず、インフォーマントと面接者の対話によってインタビューが進められていく。この技法は質的データを求めるための典型的な手法であり、得られるデータは主観的ではあっても内容が豊富で深く、インフォーマントの意識的な面及び無意識の面の両方を見ることができるといえる。したがって、インフォーマントがどのような動機や理由を持ち、何をどう考え、行動しているのかについての自然で多面的で深い理解へと導きやすい。

(6) 結果の一般化

物事の感じ方や経験の判断の仕方は人によってさまざまであり、主観的、個別的、特殊であるため、とくに非構造化面接によって集めた質的データの分析から得られるデータには限界がある。しかし、同様の経験にはある程度の共通性のある反応が期待できる。なぜなら、私たちは生まれ育った文化の影響下にあり、各文化の価値観や規範に従ってそれぞれの経験や行動を判断する傾向が強いからである。とくに、不妊治療という比較的限られた範疇のカテゴリーの経験にはそのことがあてはまる。

(7) データの正確さ

収集したデータが適切であるかどうかを判断する基準は、信頼性と妥当性である。

信頼性とは、「測定しようとしているものをどの程度正確に測定しているか」という測定の正確さにかかわる概念で、正確さの度合いは結果の一貫性あるいは再現性として表現される。構造化面接法では、あらかじめインタビューのシナリオが決まっており、予測された回答を期待して面接を行うため、結果の再現性、一貫性が高まり、完全とは言えないまでも信頼性がうまれる。しかし、非構造化面接法は構造化面接法と同様の技法の一貫性や再現性や信頼性を求めることは無理があり、むしろ意味がない。両者は目的が異なるのである。構造化面接法のような量的調査ではいつでもどのような状況でも正しい普遍的な法則を求めているが、一方、非構造化面接法のような質的調査では特定の状況や条件のもとである現象が起こる理由について深く理解し事象のメカニズムを解明することを目指している。

そこで、質的調査では信頼性ではなく、信憑性を追求する。作業、分析、発見などについてできるだけ詳しく記述する「分厚い記述」によって、調査を透明化し一貫性を示す。詳しい記述があれば調査の後をたどり、調査者の考えや行動が調査の目的にふさわしい良識と説得力のあるものかどうかを調べることができるからである。

調査的面接法における妥当性とは、「調査しようとしているものと実際に調査しているものがどの程度一致しているのか、どの程度の確に調べているか」という、一致度や的確性にかかわる概念である。構造化面接法では、あらかじめ選択肢とシナリオが作られており、インフォーマントも回答の幅に制限があるため妥当性の高さは必ずしも保証されない。しかし、非構造化面接法では、インフォーマントが自由に回答し、面接者が納得いくまで質問をすることができるので、得られる情報が的確で現実を解釈するのに有効であるという意味で、構造化面接法に比べて妥当性が高いと考えられる。

これらのことから、非構造化インタビューから得られたデータの正確さは社会的に裏付けされていることが分かる。

第3節 ディープインタビュー

(1) リサーチクエスション

第1節の問題意識でも述べたが、私たちは分析を始めるにあたり、「不妊症患者に対するサポートは現状の支援政策だけで十分だといえるのか」という疑問を持った。そこから、リサーチクエスション（研究の問い）として「仕事をしながら不妊治療を受けている人は、費用面サポートのみならず、時間的サポートも必要なのではないか」という問いをたてた。

(2) 調査対象者の選定

ディープインタビューを行う調査対象者を選定する際の条件は「過去に不妊治療を受けていた、もしくは現在治療中の人で、治療時に仕事に就いていた人」である。この条件をもとに、知人をあたってみたが、不妊治療を行った経験がある人はいたのだが、条件に完全にあてはまる人は見つからなかった。そのため、不妊の分野において日本を代表する団体である NPO 法人 Fine

に対してインタビュー調査の依頼を行った。するとその会員であり、現在不妊カウンセラーとして活動をされている女性（Aさん：仮名）を紹介して頂けることとなった。

また、ISFJの中間発表会で意見を下さったコメンテーターの方からも、お知り合いの不妊症に悩む男性（Bさん：仮名）を紹介して頂けることになり、インタビュー調査を行った。お二人とも、調査に対してたいへん協力的に対応して頂き、不妊というプライベートでセンシティブな問題に対しての深く掘り下げた質問にも快く回答いただいた。また、1度きりではなく回を重ねるディープインタビューを実施することで、より核心に迫る分析ができたと考えている。

(3)ケース1 ～Aさんの場合～

I. 治療の流れ

Aさん（46歳 女性）は治療当時、営業職の会社員として働いていた。27歳の時に社内の一つ年下の男性と結婚したが、お互いにまだ早いという判断で30歳まで避妊をしていた。Aさんが30歳になり避妊をといたが、1年間妊娠に至らず、当時不妊治療を受けていたAさんの友人の勧めもあり、軽い気持ちで産婦人科を受診した。そこで子宮頸癌が発覚し、手術を行うことになり、その後、タイミング治療と人工授精から不妊治療を始めた。1996年（32歳）～1999年（35歳）の4年間にわたり、計14回の人工授精を行ったが成果は出なかった。途中、1999年の1月に自然妊娠で子どもを授かったが、翌月2月（妊娠8週目）に流産した。そのことも影響し、同年6月に退職した。退職後、2000年から顕微授精にステップアップし、2004年までの間に計13回チャレンジしたものの子どもはできなかった。40歳になり治療による効果も出にくくなったことと、もともと不妊治療は30歳～40歳までの期間だと決めていたこともあり、2004年（30歳）ので治療を諦めた。（下表1参照）

(表1)

2004年 (40歳)	2003年 (39歳)	2002年 (38歳)	2001年 (37歳)	2000年 (36歳)	1999年 (35歳)	1998年 (34歳)	1997年 (33歳)	1996年 (32歳)	1995年 (31歳)
<ul style="list-style-type: none"> ・顕微授精(6月) ・顕微授精予定が排卵(4月) 	<ul style="list-style-type: none"> ・採卵見送り(9月) ・顕微授精(3・5・11月の3回実施) 	<ul style="list-style-type: none"> ・顕微授精(11月) 	<ul style="list-style-type: none"> ・顕微授精(1・2・10・12月の4回実施) 	<ul style="list-style-type: none"> ・顕微授精(3・5・9月の3回実施) 	<ul style="list-style-type: none"> ・人工授精(9・11月) ・退職(6月) ・8週目で流産(2月) ・自然妊娠(1月) 	<ul style="list-style-type: none"> ・人工授精(6・7・9・10・11月の5回実施) 	<ul style="list-style-type: none"> ・内膜症手術(9月) ・人工授精(2・4・6月) 	<ul style="list-style-type: none"> ・人工授精(5・6・9・11月の4回実施) 	<ul style="list-style-type: none"> ・友人の勧めで産婦人科を受診 ・子宮頸がん手術(11月)

II. 一般生殖医療と仕事の両立

不妊治療を受けていることは上司や同僚には話していなかったため、外回りの合間にこっそりと病院に行っていた。人工授精当日は朝一番で病院に行く必要があったため、前日に会社に明日は朝から取引先に直行するという連絡を入れ、実際には病院に行っていた。そのため、会社を休んだことはおそくないが、半休をとったことはあるという。Aさんは営業職であり、取引先に直行もOKだという体制が整っていたからこそ、治療（一般生殖医療）と仕事を両立できたが、そうでなければ両立は不可能だったと振り返って語った。

III. 高度生殖医療への壁

(3)－Iでも述べたように、Aさんは人工授精を結果として4年間続けた。最近では通常3～5回程度行くと次の段階の治療にステップアップするのが基本となっているため、4年間というのはかなり長期間であったといえる。では、なぜステップアップしなかったのか？その障壁となったのは何だったのだろうか？一番の理由としては、仕事が忙しくなかなか踏み出せなかったということがあげられる。次の段階の治療、つまり、体外受精や顕微授精に進むと通院頻度が圧倒的に増えるため、仕事との両立は不可能だったのだ。また、Aさん自身仕事が充実していて楽しかったため、子どもは出来たらいいなという感じであり、そこまでの子どもの必要性も感じていなかったようだ。経済的負担が増えることも確かに躊躇させる要因ではあったが、Aさんの場合夫婦共働きであったため、治療費は貯金でまかなえた。

IV. 退職

Aさんは本来、子どもができて育児休暇制度や産休を利用しながら仕事は続けるつもりであった。しかし、1998年ごろから社会的地位があがり仕事に対する責任も大きくなるとともに、仕事が忙しくなり、不妊治療との両立が難しくなり始めた。さらに、1999年にせっかく授かった子を仕事の忙しさやストレスが原因で流産してしまい、大変なショックを受けた。そして、このまま仕事を続けていたらずっと子どもができないと思い退職を決意した。この時も、不妊治療や妊娠のことを上司や同僚には打ちあけることができずにおり、もし打ちあけることができている、もう少しサポートがあれば、流産したり仕事を辞めたりせずにすんだかもしれないと今振り返れば思うという。

V. 顕微授精の時の心境

(3)－IVで述べたようにAさんは治療と仕事の両立から来る時間的苦しさやストレスなどの精神的つらさを緩和するため仕事を辞め、不妊治療に専念することを決めたのだが、実際にはそのことが逆にプレッシャーとなり、精神的に追い詰められたという。また、仕事を辞めたことで自身の社会的立場を失い、居場所がないようにも感じた。中でも、仕事は頑張れば頑張った分だけ成果が出るが、不妊治療においては、何をどう頑張ればよいのか分からない上、必ずしも努力が成果に結び付くわけではないことがつらかった。

VI. 周囲の反応

不妊治療を受けているという事実を話した際、男性や未婚の女性はある程度理解を示してくれるのに対し、結婚して子供のいる女性は、「どうしてそこまでするの？」「普通は生まれるのじゃないの？」といった心ない反応が多い。さらに、最近では不妊治療のことを打ち明けられない理由として、体外受精や顕微授精で生まれた子に対する不信感から、「顕微の子とは一緒に遊ぶな」など差別的な態度を示す人がいるから、というものもあるという。

VII. まとめ

仕事に対する姿勢は人それぞれであるが、Aさんの場合は仕事にやりがいを感じ、優先順位は仕事が1番といったスタンスであったため、仕事を休むことには抵抗があったし、社内の雰囲気としても休みを取ることを好ましく思わない傾向があった。また、Aさんが現在カウンセリングをしている患者さんの中にも、休みを取ることを申し訳なく思う、回を重ねるごとに休みにくくなるという悩みを抱えている人がいるという。このような人に対しては、休暇制度を整備し、休みを権利として認めることにより、負担を緩和できるのではないかと考える。

さらに、前にも述べたように、不妊治療にかかる費用に対する悩みを持つ人が多いという数値的データがあるが、その要因の一つとして、不妊治療にかかる経済的負担を軽減させるためにも、仕事は辞めずに続けたいが、治療との両立が困難であるため経済的不安を感じざるを得ないという悪循環が含まれることがこのインタビューを通して推測された。

(4) ケース 2 ～Bさんの場合～

Bさん(45歳 男性)の職業は地方議員である。不妊歴は7年。治療履歴は一般生殖治療のタイミング法である。タイミング法は初期段階の治療であり、病院に通院する必要性はほとんどないため、Bさんへのインタビューは不妊治療患者の精神的苦痛についての話がメインとなった。

I. 不妊治療患者に対する社会的抑圧

Bさんとのインタビューの中で見えてきたものは、周囲の人々からかけられる、心ない言葉による心的ストレスである。不妊治療を受けているという事を周りに話す事には負担はない、と話すBさんだが、上司や知り合いから「なんでまだ子供がいないの?」「少子化対策をした方がいいよ!(子供を少子化対策のために作った方がいいよ、という意)」「子供の作り方を知らないなら俺が教えてやろうか?」などという言葉を受ける事が多々あると話した。上司から、こういった言葉をうけた時、不快感を露わにするのは仕事に影響が出るため、何も言えず、その言葉を自分の内に呑み込む事となり大変悔しい思いをした。また、不妊症に対する正しい知識を周囲の人がもち、不妊治療がいかに大変であるかを理解してくれると、患者はもっと心的ストレスを減らす事が出来るのに、とも話した。

II. まとめ

不妊症患者本人には周囲に不妊治療を打ちあけることへの抵抗がない場合でも、社会には不妊治療に対する偏見を持っている人もおり、その事が不妊治療のカミングアウトを妨げているようでもあった。不妊症患者が生きやすい社会をつくるには、やはり、不妊症や不妊治療に対する社会的理解や認知が必要不可欠であることが分かった。

(5) 結論

私たちは、以上の2つのケースからリサーチクエスチョンに対する答えとして、「仕事と不妊治療の両立は現状では難しい」ということを導き出した。「時間的制約のために、不妊治療が手の届かないものになってしまっている」。また、「制度という枠組みがなく、権利としての保障がなされていないことが、不妊治療のための休暇の取りにくさの要因になっている」。という二つの問題点が浮き彫りになった。これらの問題点を解決することで、不妊治療に対する障壁が少しは取り除かれるとともに、不妊治療と仕事の両立が可能になり、ひいては働きやすい職場環境づくりにもつながるのではないかと考える。

さらに、「不妊治療者はその大変さや辛さを社会的に理解してほしいと感じている」ということも分析から明らかになった。このことから、現状では難しい不妊治療と仕事の両立を可能にするための支援制度作りに取り組むと同時に、不妊に対する社会的認知を広め、不妊で悩む人々がより生きやすい社会をつくりたいと思い、これらの問題点にアプローチする政策を立案することにした。

第3章 政策提言

第1節 概要

私たちは、企業の休暇制度の中に「不妊治療休暇制度」を採り入れる事を政策提言とする。この政策提言は、現在仕事と不妊治療の両立に負担を強いられている患者の心的ストレス軽減、また治療故に離職を選択している不妊症患者を減らす事を目的としている。

また現在不妊症は社会的理解が進んでおらず患者の苦しみが理解されていないという点を改善するために、社会啓発という意でも休暇制度導入を目指す事とする。

第2節 先進事例

現在、電機連合を中心にいくつかの企業や自治体で不妊治療休暇制度は導入されている。以下、各企業・自治体の取り組みをまとめた。

企業名	休暇制度名称	制度概要	申請方法	給与
パナソニック	①チャイルドプラン休業 ②有給休暇	① (1) 1か月以上まとまった休暇を取得する場合 (2) 1日単位で休暇を取得する場合 1か月の内5回まで取得可能 ②有給休暇などの取得理由に「不妊治療」を追加。	①直属の上司に申請。1ヶ月以上前に直属の上司に申請。医師の診断書不要 ②休暇前日までに直属の上司に申請。医師の診断書不要。	①(1)無給 (2)5日の内2日間は有給 3日間は給料の6割を支給 ②有給
キャノン	出生支援制度	不妊治療に必要な期間だけ休暇を取得可能 女性のみ取得可能	直属の上司に申請 医師の診断書不要	無給 ※治療にかかった費用の半額、最大600万円まで補助する制度あり

<p>NEC</p>	<p>①ファミリーフレンド休暇(多目的の休暇) ②休職制度</p>	<p>①ファミリーフレンド休暇の対象事由に不妊治療を追加。付与日数は年間で5日、未消化分については翌年以降に繰り越される。最大で20日まで積み立てることが可能 ②休職制度の対象事由に不妊治療を追加。不妊治療が長期にわたる場合、勤続年数により15~38か月の休職が可能。</p>	<p>①直属の上司に申請 医師の診断書必要 ②1ヶ月以上前に直属の上司に申請。医師の診断書必要。</p>	<p>①有給 ②無給</p>
<p>オムロン</p>	<p>不妊治療休職制度</p>	<p>年次有給休暇を上回る長期間の休業が必要な、高度な不妊治療を受ける場合に休業制度。1カ月以上1日単位で、通算365日以内の利用が認められている</p>	<p>直属の上司に申請 医師の診断書不要</p>	<p>無給</p>
<p>富士フィルム</p>	<p>①不妊治療休職制度 ②失効分有給休暇の積立制度</p>	<p>①不妊治療に最大1年間の休職制度。妊娠後、引き続き産前休業までの期間の休職も可能。 ②失効分有給休暇の積立制度(最大60日)の使用理由に不妊治療を追加</p>	<p>①②直属の上司に申請</p>	<p>①無給 ②有給</p>

○自治体で行われている不妊治療休暇制度

2006年電機連合の不妊治療休暇制度の要請をきっかけに熊本市をはじめ、自治体の職員に対して不妊治療に対する休暇・休職制度を導入する自治体が見られた。

以下はその代表例の紹介である。

自治体	休暇制度名	概要	申請方法	給与
熊本県 熊本市	特別休暇制度	1回の申請で、最大6カ月休職可能。複数回申請可能。	医師の診断書必要 管理者に申請	無給
岐阜県	①地不妊治療休暇制度 ②病気休暇	①1年に6日以内の期間(日又は時間単位)で取得可 ②治療が6日間を超える場合、病気休暇として取得可	医師の診断書必要	有給

以上述べてきたように、不妊治療休暇は特定の企業・都道府県・自治体で行われている。しかし、制度を導入している企業や自治体の数は十分ではない。

第3節 制度の詳細

(1)対象者	人工授精・高度生殖医療の受診者 年齢40歳までの女性 同一事業主に対して雇用された期間が1年間以上であるもの 対象外になるものは、週の所定労働日数が2回以下の労働者
(2)休暇期間	人工授精 1ヶ月に半休5日 全休1日 高度一般生殖医療 1ヶ月に半休7日 全休1日
(3)取得可能期間	人工授精 1年間で5回休暇制度取得可能 高度生殖医 1年間で5回休暇制度取得可能
(4)申請方法	事業主に申請。 医師の診断書必要とする。
(5)給与	休業期間中の労働者に対する賃金の支払いを義務付けるものではない
(6) 制度適用の企	301人以上大企業に義務付ける

業の範囲	300 人以下の企業には努力義務の形を採用する
------	-------------------------

(1)対象者の選定

本制度の対象者は、人工授精・高度生殖医療の受診者で、年齢 40 歳までの女性。同一事業主に対して引き続き雇用された期間が 1 年間以上であるものとする。

人工授精と高度生殖医療に限り休暇制度を適用する理由は、不妊治療は人工授精に治療回数、薬剤投与回数、身体的負担が増加する故、仕事に影響が出る事が考えられるからである。また治療による妊娠可能性の年齢は平均として 40 歳であること、40 歳以上になると受精卵の染色体異常が発生しやすくなり妊娠しにくくなる為、早めの不妊治療を推進するうえでも 40 歳という年齢制限を設けた。女性のみが当制度を取得可能であるのは、男性不妊の治療は女性よりも負担が少なく、また通院回数も少ない故である。

また当制度の対象範囲外は、週の所定労働日数が 2 回以下の労働者を定めた。これは育児休暇制度を参考にしたものである。契約社員などの有期雇用の社員・非正規労働者も条件を満たせば取得可能である。

(2)休暇期間の設定

不妊治療は患者によって、日数、内容、方法が違う故全患者に適応する休暇期間の制定は難しい。しかし私たちは不妊患者の平均的治療日数、インタビュー分析を参考に休暇期間を制定した。

人工授精治療者は 1 ヶ月に半休 5 日間 全休 1 日とする。仕事をしながらの治療で出勤前の早朝の治療・また仕事の後に病院に駆け込むなど、という形態をとっている患者は多く治療と仕事の両立が非常に困難である事がインタビューにより判明した。そこで人工授精にかかる日数、A氏に行ったインタビューを考慮し半休 5 日間と制定するに至った。また全休 1 日だが、人工授精治療の排卵誘発注射や胚入植治療後で身体に負担をきたす患者が多い故制定するに至った。

高度一般生殖医療者は 1 ヶ月に半休 7 日 全休 1 日とする。倉敷中央病院ホームページの治療モデルケースを参考にした場合、平均通院回数は 7 日、また全日入院回数は 1 日であることを参考に決定した。

(3)取得可能期間

人工授精治療者は 1 年で 5 回まで休暇制度取得可能とする。人工授精を行う回数は勿論患者によって違いがあり人工授精から高度生殖医療への移行は身体的、費用的に負担が大きく変わってくるため人工授精を何度も繰り返し行う患者も多数存在する。しかし一般的に現在、人工授精を 5 回行った後妊娠に至れなかった場合高度生殖医療への移行を勧められるという事実によりこの期間を制定するに至った。

高度生殖医療治療者は 1 年で 5 回まで休暇制度取得可能とする。高度生殖医療になると 1 回の治療に 1 カ月程時間がかかり、また費用は平均として 30~50 万円ほどかかると言われている。患者の治療平均回数データを見ても高度生殖医療を行う患者は 1 年に約 5,6 回の治療が平均だった故この期間を制定するに至った。

(4)申請相手

休暇制度取得希望者は事業主に申請する事としその際、医師の診断書を申請する事とする。本制度は治療過程、結果が目に見えない故、制度が乱用される場合を考慮しそれを防ぐために医師の診断書の申請を義務付ける事とする。

(5)給与

休業期間中の労働者に対する賃金の支払いを義務付けるものではないこととする。休暇制度導入により企業の負担もある故、賃金の支払いについての取り決めは企業側に委託する。

(6)制度適用の企業の範囲

301 人以上の雇用者を有する大企業には制度を義務付けることとし、また 300 人以下の企業には努力義務の形をとる。

第4節 導入により考えられる課題と対策

不妊治療休暇制度を折角導入した所で、不妊症に対する社会的理解がなければ、不妊をカミングアウトして休暇制度を利用する事は難しいのではないかと疑問が生まれるであろう。事前に述べてきたように、不妊患者の悩みは、経済的・時間的側面、そしてまた周囲の理解が乏しいという社会的側面も存在する。結局、不妊が社会的により認知され、周囲が辛さを理解し支え合える社会になっていかなければ制度利用は難しいと思われる。“不妊症”が社会的に認知されていくにはどうすればよいのか、考えていく過程で私たちは現在日本で、不妊治療患者の現状について社会的理解を深め、患者の心的ストレスを和らげる為に活動している NPO 団体 Fine という団体の存在に目を付けた。

以下 Fine の活動を紹介する事とする。

《活動目的》

Fine の活動目的は、“不妊治療患者が正しい情報に基づき自分で納得して選択した治療を安心して受けられる環境を整える事、また不妊経験者が社会から孤立することなく健全な精神を持ち続ける環境を整えることにより社会貢献する事”である。

《理想揭示》

Fine は、不妊は罪悪感や劣等感を抱く事でも恥ずべき事でもない故に、「不妊」や「不妊治療」が社会全体にもっと正しく理解され不妊治療を受ける事やそれを受けずに自然に任せて授かる日待つ事、養子や里子を迎える事、また夫婦二人の道を選ぶ事など不妊に関わる全ての事が「ごくありふれた普通のこと」になるのが理想だと考えている。

《理想を実現するための活動》

そして以上の目的を達成するために広く一般を対象として特に不妊体験を持っている男女に対して不妊に関する情報交換及びネットワーク建築事業、情報提供事業、啓発事業、カウンセリング事業を行っている。また Fine には7つのチームが存在する。

その中でも、会員の交流をサポートするチームでは、不妊症患者が共に会い話をし、情報を共有、悩みを相談しあえる場をサポート、またロビー活動に関わるチームでは国会請願・署名活動や行政への要望書・陳情書の提出を実施し、不妊患者のもつ悩みや問題を法律で改正してもらえよう、国会への働き掛けも積極的に行っている。

《Fine の活動実績》

NPO 団体 Fine は設立されてから今に至るまで、セミナーの開催や国会への意見提出など様々な活動を行っている。特に平成 19 年に、不妊患者者の声を元に立案された「排卵誘発剤の自己注射認可」についての国会請願は、その後認められ、女性は排卵誘発注射を通院することなく自宅で接種してよい事となり仕事と治療の両立が一段と可能なものとなった。

上記に見てきたように NPO 法人 Fine は、国会への請願が認められる、新聞媒体などでその活動が伝えられるなど、社会的に影響力の大きい NPO 法人だ、という事が出来るだろう。そこで私たちは、不妊治療休暇制度を利用しやすい社会的環境作りを、Fine 中心に行っていきたいと考えている。不妊治療休暇制度導入後、“不妊治療休暇は導入されたが、実際不妊治療とはどのくらいの時間がかかるのか” “休みは本当に必要なのか” といったような疑問が周囲から出る事が予想されるが、それらの疑問を解決するために Fine が現在行っているようなセミナーを全国で高頻度開催する。また企業に対してパンフレットを作成し、現在あまり把握されていない不妊症の現状、治療者の悩みが、社会的に理解される事を目指す。そして休暇制度導入後、不妊症患者

が休暇制度を難なく利用し、治療 or 仕事から治療 and 仕事へと変わっていける社会になっていくことを理想とする。

第4章 本制度の意義



第1節 制度的意義

私たちはこの政策を提言するにあたり、不妊治療休暇制度自体の意義は2つあると考えている。1つ目は、不妊治療を受ける機会を時間的制約によって奪われてしまっている人に対してサポートを行うことで、不妊治療を受ける機会を提供するということ。もう1つは、休暇制度という枠組みを設けることで、権利的側面から休暇を取りやすくし、より働きやすい職場環境をつくるということだ。つまり、私たちは不妊治療休暇制度を導入することによって、この二つの意味での「仕事と不妊治療の両立」の実現を目指している。

さらに、今後の展望としては、休暇制度導入に伴い不妊に関する社会的啓発を行うことで、世の中の不妊に対する興味や理解を深め、不妊患者がより生きやすい、理解のある社会を目指している。

第2節 政策学的意義

多数決という言葉が民主主義の基本概念の1つであることから分かるように、社会においては数というものを重視する傾向があり、数字には表れにくい要因に対してアプローチする政策は後回しにされがちである。しかし、世の中には数字では語ることでできないものもあることは

誰もが知っている事実であり、そのような課題に対してアプローチする政策こそ、重要な意味を持つ。私たちは学生という立場から、そのような、より当事者に寄り添った政策を提言することに意義があると考えている。よって本制度によって不妊患者の仕事と不妊治療の両立のための支援が必要であるという悩みにアプローチすることは、とても大切な視点であるといえる。

私たちは、これらの「制度的意義」と「政策学的意義」の両面から考えた上で、不妊治療休暇制度の導入を提言します。

参考文献・引用文献・データ出典

「調査データ分析の基礎-JGSS データとオンライン集計の活用」2007年3月10日 有斐閣 岩井紀子・保田時男著

「調査的面接の技法」【第二判】2007年 ナカニシヤ出版 鈴木淳子著

「社会調査へのアプローチ-論理と方法-」【第二版】2005年2月 ミネルヴァ書房 大谷信介・木下栄二・後藤範章・小松洋・永野武

・日本労働組合総連合会『2006年春季生活闘争 構成組織の取り組み方針』
(http://www.jtuc-rengo.or.jp/roudou/shuntou/2006/houshin/2006_kousei_houshin.pdf)
2011.9.30

・Panasonic Corporation『パナソニック 人事制度』
(<http://panasonic.co.jp/jobs/worklife/jinji/>)
2011.10.13

・Canon Inc『キャノン よくあるご質問』 (<http://web.canon.jp/employ/career/faq.html>)
2011.10.13

NEC corporation『NEC 多様性に配慮した働きやすい職場づくり』
(<http://www.nec.co.jp/csr/ja/report2009/employee/emp01.html>)
2011.10.13

OMRON japan『オムロン ワークライフバランス：従業員への責任』
(http://www.omron.co.jp/corporate/csr/society/employee/work_life/)
2011.10.13

富士フイルム株式会社『人材育成と活躍：人材の活用』
(<http://www.fujifilm.co.jp/corporate/environment/employee/activity02.html>)
2011.10.13

熊本市『熊本市職員の勤務時間、休暇等に関する条例施行規則〔人事委員会事務局〕』
(http://www.city.kumamoto.kumamoto.jp/reiki_int/reiki_honbun/q4020109001.html)
2011.10.13

岐阜県『特定事業主行動計画：その他関連制度』
(<http://www.pref.gifu.lg.jp/kyoiku-bunka-sports/kyoikuiinkai/seisaku-kikaku/jigyoshu-kodoikeikaku/sonota.html>)
2011.10.13

厚生労働省 『働く女性の現状』

(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/josei-jitsujo/dl/09c.pdf>)

2011.11.3

楠原レディースクリニック

『不妊症の治療法：体外受精－胚移植法』

(<http://www.kusuhara.gr.jp/remedy6.html>)

『不妊症の治療法：人工授精法（AIH）について』

(<http://www.kusuhara.gr.jp/remedy5.html>)

2011.11.3

Sakura Lifesave Associates, Inc. 『年齢と妊娠・妊娠を望む年齢が遅くなってきている現代において』

(http://www.sakuralifesave.com/infertilityguide/20040830guide_01.html#eikyo2)

2011.11.1

倉敷中央病院

(<http://www.kchnet.or.jp/news.asp>) 2011.10.15

NPO 法人 Fine

<http://j-fine.jp/>

2011.11.1

出生動向基本調査

<http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou13/point13.asp>

2011.11.1