

人口政策に組み込まれる不妊治療

柘 植 あづみ

日本を初めとして多くの国では、人工妊娠中絶や避妊、不妊手術の規制・認可が人口の管理に用いられてきた。少子化を背景として、日本政府は「男女共同参画社会の形成」という理念の下に諸施策を実行してきた。そこに2003年に成立した「少子化社会対策基本法」に基づいて、2004年度から不妊治療への支援施策が加えられ、「不妊専門相談センター」と「特定不妊治療費助成」の2つの事業が少子化対策として開始されている。

不妊専門相談センター事業は、1996年からリプロダクティブ・ヘルス／ライツの概念を取り入れ、女性の自己決定を明記した「生涯を通じた女性の健康支援事業」によって開始された。しかしその後、少子化社会対策事業へと位置づけが変更され、不妊治療費の助成事業が2004年に加わる。なぜ不妊治療支援が少子化対策に組み込まれたのか。この論文では、不妊治療支援に関わる政府の少子化対策やその基となる審議会等の報告書および議事録等を資料として、不妊治療支援が少子化対策に組み込まれる過程とその理由を検討した。その結果、産婦人科医の思惑、厚生労働省の思惑が抽出された。また、女性の権利運動の中で用いられてきたリプロダクティブ・ヘルス／ライツや女性の自己決定という用語が、行政や医療専門家によって使われる際にその意味内容に変化が生じることを論じる。

キーワード：人口政策，不妊治療，少子化，リプロダクティブ・ヘルス

はじめに

「1. 57ショック」という1990年の流行語は、「国民」に少子化現象を社会問題として認識させ、政府がさまざまな少子化政策を展開するのを許容する土壌を醸成した。

これまで少子化の原因として、晩婚化・非婚化を背景にした出生力の低下が強調されてきたが、さらに近年は夫婦の出生力も低下したことが指摘されるようになった。それらへの対処として、育児休業制度の充実、保育施設の整備、児童手当の拡充、母子保健関連の充実が試みられ、産みたい人が産める状況の整備が進められてきた。それらは、十分とはいえないながらも、男女共同参画社会の推進や女性や子どもへの医療・福祉の充実を図るものであった。しかし、10年経ても合計特殊出生率は上昇する気配がなく、2003年には、少子化対策を強化するために、政府が法案を提出した「次世代育成支援対策推進法」と議員提案の「少子化社会対策基本法」とが制定された。

「少子化社会対策基本法」およびそれに基づいて政府が策定した2004年の「少子化社会対策大綱」には、子どもを生み、育てることの意義、子どもや家庭の大切さについて理解を深める取り組みの推進などの出産奨励の強化とみなせる文言が見られる⁽¹⁾。

これまで、生殖医療技術の応用やそれに関する制度について注視してきた筆者には、「少子化社会対策基本法」に、不妊の人々への医療情報提供、相談、不妊治療への経済的補助を含む不妊治療の支援政策が盛り込まれ、それに基づいた施策が実施されていることに疑問がわく。なぜ、少子化対策という文脈で不妊治療支援が実施されるのか。不妊治療を受けている当事者の経済的負担は確かに大きい⁽²⁾が、なぜ少子化対策として治療費助成金が支給されるのか。なぜ、成功率が低く⁽²⁾、身体的な危険性が少なからずあり、なによりも特に女性が長期にわたって心理的な負担を被ることの多い医療を受けることを、政府が奨励するのか。

このような疑問から、本稿では、少子化対策としての不妊支援政策が実施されるに至る経緯を検討し、この政策がいかなる課題・問題をもたらすのか

について考察したい。

1. 日本の人口政策と生殖の国家管理

明治政府は西欧化の一環として刑法に墮胎罪を設けて(1880年, 1907年改訂)人工妊娠中絶(墮胎)を禁じた。昭和になり太平洋戦争時には強兵政策の一環として避妊知識の普及が監視, 制限され, 1940年には「国民優生法」が制定(翌年施行)されたことによって人工妊娠中絶・避妊・不妊手術(断種手術)が禁じられることになった。さらに, 1941年の人口政策確立要綱によって, 「人口を増加させるためには, 避妊と産児制限を禁止して, 行政が結婚を紹介・斡旋し, 婚礼費用・婚資を補助, 男女とも適齢期に結婚させれば, 子どもを4, 5人は産める。また, 母親と子どもを死なさないように, 保健・衛生・栄養の側面から管理・支援する。多子家庭を表彰し, 家族手当を増額し, 学資・医療費・物資の補助などで優遇する」ことも推進された(赤川 2004a: 134)。

戦後, 政府はGHQの指示の下, 兵士の復員および外地からの引き揚げ者と, 出生数の急増によって生じた人口の急激な増加に対応するために, 刑法の墮胎罪は存続させたまま, 優生保護法を成立させて人工妊娠中絶を部分的に合法化し, 出生数を抑制する政策を展開した。それに続いて, 避妊の知識と手段を普及する「家族計画」運動を展開し, 助産婦がその要を担った(大林 1989, 荻野 2003)。ただし, 家族計画は国家が強制的に人口抑制を押し付けたという形ではなく, 国民がそれを欲していて受け入れたという様相が強く, そのために急速に浸透し, 政策効果を上げたのである(荻野 2003)。

また「国民優生法」と, 戦後の1948年に制定された「優生保護法」が, 人口の「量」の管理だけではなく, 優生思想に基づく「質」の管理のために国家が人権侵害してきた歴史についても, 昨今の研究や実態調査の進展により, 多くの人々に認知されることとなった(松原 2002, 市野川 2002)。

その後も, 日本は生殖医療技術・手段の規制によって人口管理を行なって

きた。いわゆるピルの規制である。ノーグレンは圧力団体としての産婦人科医団体や医師会、避妊具を生産販売する企業、ピルの製薬企業などの利益が衝突したこと、性に関する規範、そして出生力の低下を懸念したために認可が遅れたことを指摘している (Norgren 2001)。

このような歴史を見ると、少子化対策として実行される不妊専門相談、不妊治療費への助成などの不妊支援事業は、たとえそれが産みたくない人に無理に産ませようとするものではなく、産みたい人の妊娠・出産の支援および不妊治療の支援をするものだとしても、人口管理のために政府が個々人の生殖に介入するものとして注意する必要があると考える。

2. 少子化対策基本法と不妊治療支援

それでは、最初に「少子化対策基本法」における不妊治療支援を見ていきたい。

「少子化社会対策基本法」は、男女共同参画社会の形成という理念の下に、男女が共に子産み・子育てに関わることができる施策を実行することが記された法律である。必要な施策として、雇用環境の整備、保育サービスの充実、子育て支援体制の整備などが記され、第13条で、母子保健医療体制の充実、妊産婦と乳幼児の健康診査、保健指導等の体制整備が謳われ、その第2項において「国及び地方公共団体は、不妊治療を望む者に対し良質かつ適切な保健医療サービスが提供されるよう、不妊治療に係る情報の提供、不妊相談、不妊治療に係る研究に対する助成等必要な施策を講ずるものとする」と記されている。

この法律は、少子化対策議員連盟(中山太郎会長)による議員立法で、前文に「もとより、結婚や出産は個人の決定に基づくものではあるが、こうした事態に直面して、家庭や子育てに夢を持ち、かつ、次代の社会を担う子どもを安心して生み、育てることができる環境を整備し、子どもがひとしく心身ともに健やかに育ち、子どもを生み、育てる者が真に誇りと喜びを感じることのできる社会を実現し、少子化の進展に歯止めをかけることが、今、我

らに、強く求められている」と記述されていることに顕著のように、個々人の家族や子どもをもつことについての価値観に踏み込んで出産を奨励している。そこから、生殖の国家管理という危惧を抱かせ、法案が国会上程された際に多方面から批判された⁽³⁾。

芦野がそれらの批判をまとめているが、簡略に紹介すると、①法案の重点が産むことに置かれており、リプロダクティブ・ライツを尊重する視点がない、②一定の家族像・価値観の押しつけが懸念される、③不妊治療が少子化対策の手段とされるおそれがある、④「生命の尊厳」への言及があり、この言葉が中絶禁止運動のスローガンに使われてきたことに注意しなければならない、⑤子どもを産み育てやすい環境づくりに対する国や地方公共団体、事業主の責務が不十分であるなどである（芦野 2003：14）。

そのため、法案が国会で成立する際には、衆参両議院の内閣委員会において「少子化社会対策基本法案に対する附帯決議」が付された。附帯決議の内容は「少子化に対処するための施策を推進するに当たっては、結婚又は出産に係る個人の意思及び家庭や子育てに関する国民の多様な価値観を尊重するとともに、子どもを有しない者の人格が侵害されることのないよう配慮すること」と始まり、「不妊治療に係る情報の提供、不妊相談、不妊治療に係る研究に対する助成等の施策を講ずるに当たっては、不妊である者にとって心理的な負担になることのないよう配慮すること」という文章が盛り込まれた。

次に、このような経緯を経て成立した不妊治療支援事業について見ていきたい。

3. 不妊治療支援政策—不妊専門相談と不妊治療費助成

現在、少子化社会対策基本法を根拠にして施行されている不妊治療支援事業には「不妊専門相談センター事業」と「特定不妊治療費助成事業」がある。いずれも、都道府県、指定都市、中核市が実行主体となり、それに国(厚生労働省)が補助金を給付している。

a. 不妊専門相談センター事業

不妊専門相談センター事業は、「不妊に悩む夫婦に対し、各人の健康状況に応じた的確な不妊の治療方法を相談指導する相談窓口の設置や専門相談員の要請をするための研修会を実施する」ものである。そのために①相談員の設置（専門相談員）と②専門相談員の研修の実施が掲げられている。ここからわかるように、不妊専門相談とは不妊を治療することを前提とした医療相談という傾向が強いものである。各地方自治体の保健センター、地域の大学病院等が中心になって、電話相談や面接相談を行なってきた。

少子化対策としての「不妊専門相談センター」の整備が明示されたのは、基本法以前の「重点的に推進すべき少子化対策の具体的計画について（新エンゼルプラン）」（1999）からである。そこには、平成11年度に24ヶ所ある不妊専門相談センターを計画の最終年度である平成16年度までに47ヶ所にするという。平成11年度の時点で、なぜ24ヶ所もの不妊専門相談センターがあるのかというと、厚生省「生涯を通じた女性の健康支援事業」の一環として、平成8年度から同じ事業が開始されていたためである。

「生涯を通じた女性の健康支援事業」とは、1994年のカイロ国際人口・開発会議の行動計画および1995年の北京世界女性会議の行動綱領において、リプロダクティブ・ヘルス／ライツ（性と生殖に関する健康・権利）の重要性が確認されたことから、それを政策に取り入れたものであるとされる（樋口 1997, 1998）。主な事業は、(1)女性の健康支援事業として、(ア)健康教育事業、(イ)女性の健康相談指導事業、および、(2)不妊専門相談センター事業などであり、実施主体は都道府県、指定都市、中核市である。

この事業は1996年4月から実施された。さらに、優生保護法から母体保護法への改訂の過程において、参議院の附帯決議⁽⁴⁾によって「リプロダクティブ・ヘルス／ライツの観点から、女性の健康等に関わる施策に総合的な検討を加え、適切な措置を講ずること」（1996年6月）と明記されたこと、および、総理府「男女共同参画2000年プラン—男女共同参画社会の形成の促進に関する平成12年（西暦2000年）度までの国内行動計画—」（1996年12月）の2つが、リプロダクティブ・ヘルス／ライツの視点を入れたこの事業を推

進する根拠となった⁽⁵⁾。

「生涯を通じた女性の健康支援事業」を後押しする形になった総理府男女共同参画室「男女共同参画2000年プラン」には、「生涯を通じた女性の健康支援」の項目に、1) リプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する意識の浸透、2) 生涯を通じた女性の健康の保持増進対策の推進、3) 女性の健康をおびやかす問題についての対策の推進の必要性が記され、具体的施策として「不妊専門相談サービスの充実」の項目があり、「子どもを持ちたいにもかかわらず不妊で悩む人々が、正しく適切な基礎情報をもとに自己決定できるよう専門相談サービスを充実する」と明記されている。

この「男女共同参画2000年プラン」の基となったのは総理府男女共同参画審議会の答申「男女共同参画ビジョン—21世紀の新たな価値の創造—」(1996)であるが、そこには不妊専門相談サービス事業についてはまったく言及されていない。ただ、「リプロダクティブ・ヘルス/ライツの中心的課題には、いつ何人子どもを産むか産まないかを選ぶ自由、安全で満足のいく性関係、安全な妊娠・出産、子どもが健康に生まれ育つことなどが含まれる。また、これらに関連して、思春期や更年期における健康上の問題、不妊、安全な避妊・中絶、性感染症の予防、患者の人権を尊重した治療の在り方などの生涯を通じての性と生殖に関する課題が幅広く議論されている」と説明され、「近年急速に発達している生殖技術については、その安易な導入によって女性の心身の健康や人間の尊厳が損なわれないように医療関係者等の慎重な対応、情報の一層の公開等が求められる」と付け加えられているだけである。これは不妊治療の排卵誘発剤の副作用による死亡や後遺症などが報道されていた当時の不妊治療をめぐる状況を的確に把握した答申内容である。

ところが「男女共同参画2000年プラン」においては、不妊専門相談サービスの充実が記された。これが「生殖技術への慎重な対応」とは思われえない。なぜこうなったのか。

審議会答申から「男女共同参画2000年プラン」策定までの経緯は把握できなかったが、「生涯を通じた女性の健康支援事業」を所管する厚生省の意向が強く働いたのは想像に難くない。たとえば『平成8年度厚生白書』には「不

妊相談への取組み」として、次のように記述されている。「不妊についての詳しい統計はないが、医療関係者の間では、およそ10組に1組の夫婦が不妊に悩んでいるとみられており、子どもをもちたい夫婦にとって深刻な問題となっている。不妊で悩む夫婦は、不妊治療の具体的な内容や治療効果、治療を受けるべきか否かなど、さまざまな悩みを抱えているが、自分の悩みを誰にも相談できないまま抱え込んだり、不確かな情報に振り回されたりという場合も少なくない。また、不妊相談の内容は、基本的なものから治療に係る高度なものまで、幅広くかつ専門的なものを含んでおり、このような情報を総合的に提供することができる場が必ずしも充分(ママ)でないため、不妊相談を行うことができる公的な窓口の設置が求められていた。このため、厚生省では1996(平成8)年度から、5都道府県において、不妊症のみならず女性の生涯を通じた健康管理のための健康教育を行うとともに、医療機関等に不妊専門相談センターを設けるなどにより女性特有の諸問題に対応するための相談支援体制の整備を図ることとしている」(厚生省 1996)。

同じ厚生白書には、国立人口問題研究所「日本人の結婚と出産」(1992)の資料から「妻が理想の数の子どもを持つとしない理由」が表として掲載されている。そこに「理想の数の子どもを持つとしない理由」(複数回答)としては、子どもの養育にかかる費用負担(30.1%)および教育にかかる費用負担(28.3%)の他に、高年齢で生むのはいやだから(29.6%)、育児の心理的・肉体的負担(20.6%)などに続いて、子どもが生め(産め)ないから(14.1%)が含まれている。1割以上の人が、欲しくても子どもが生め(産め)ないと答えたことは検討に値すると思われるが、厚生白書の本文中では言及されておらず、政府もさほど着目していたとは思えない。しかし、この資料が「生涯を通じた女性の健康支援事業」において不妊専門相談センターの設置の一つの要因となったと推察できる。

だとすれば、「不妊専門相談センター事業」は、「生涯を通じた女性の健康支援事業」として開始された当初から、少子化対策としての性質を兼ね備えていたと推察される。

b. 特定不妊治療費助成事業

「少子化社会対策基本法」制定後すぐ、2004年度から厚生労働省の新規事業として「特定不妊治療費助成事業」が開始された。この事業は雇用均等・児童家庭局母子保健課が主管して、体外受精及び顕微授精による不妊治療をしている戸籍上の夫婦に対して「1年度あたり上限額10万円とし、通算2年支給」というものである。所得制限額は650万円（夫婦合算の所得ベース）とされ、事業実施主体が医療機関を指定するとも定められている。

厚生労働省の平成15年度事業評価書（事前）⁽⁶⁾には、「次世代育成支援の一環として、不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、臨時特例の措置として、医療保険が適用されず、高額な医療費がかかる配偶者間の不妊治療に要する費用の一部を助成する」と説明され、その理由が「経済的な理由から十分な治療を受けることができず、子どもを持つことを諦めざるを得ない方も多く、近年、全国の幅広い層の国民から政府に対し不妊治療の経済的支援策を創設するよう強い要望がなされている」と記されている。

また、この事業の「緊要性」として、『「次世代育成支援に関する当面の取組方針」(2003年少子化対策推進関係閣僚会議)において、不妊治療については、『経済面を含めた支援の在り方について検討する』とされている」こと、与党がとりまとめた『不妊治療費助成の基本方針』(2003)において「不妊治療の経済的支援について、16年度から確実に助成を実施し、不妊に悩む多くの方々の期待に応えていくべきであるとされている」こと、さらに「不妊治療のうち、排卵誘発剤等の薬物治療や男性不妊における精管形成術等には医療保険が適用されているが、人工授精、体外受精、顕微授精には保険が適用されておらず、その医療費は全額患者負担となっている。特に体外受精、顕微授精の1回の治療費は各々、平均30万円、40万円と高額であり、その経済的負担は重い。しかも、1回で妊娠する確率は高くないことから、子どもを持つまでに何度も治療を受けることが必要な場合も多く、平均的な収入の世帯にとってその経済的負担は非常に重い」と述べられている。

不妊治療費のうち排卵誘発剤や妊娠を妨げている卵管や子宮のなんらかの障害を取り除くものは健康保険が適用されている。だが、人工授精や体外受

精・顕微授精は自由診療として扱われている。もし、不妊治療をしている人たちへの金銭的負担の軽減を考えるなら、健康保険の適用の方が有効であろう。

不妊治療費への補助金は国よりも先に各地方自治体で実施されてきたという特色がある。仙波は少子化対策として地方自治体で国に先行して実施されていた不妊治療費助成制度について調べまとめている（仙波 2003, 2005）。それによると、「2003年の時点で少なくとも8市13町5村の計26の地方自治体」が不妊治療費助成制度を実施しており、助成額は「年間70万円まで助成する自治体から、1万5000円の助成に留まる自治体まであり、地域によって大きな格差が見られた」（仙波 2003:87）。もっとも早くから実施していたのは平成10年度からであった（仙波 2003:92）。不妊治療費助成制度が各地方自治体で開始された理由はよくわからないが、国の「生涯を通じた女性の健康支援事業」において不妊専門相談センターの開設が平成8年度から始まっているので、それが影響を与えたと考えられる。また、この事業を実施していた自治体は少子高齢化が深刻な地域であると共に、不妊の人々が置かれている社会的・心理的困難も都市部に比べて大きいことが予想される。そのような地域ゆえに、不妊治療への補助金を出すという発想が生じたと思われる。

なお「次世代育成支援に関する当面の取組み方針」を根拠に策定された「次世代育成支援推進法」には不妊治療に対する経済的支援は明示されておらず、すでに述べたように「少子化社会対策基本法」に不妊支援の項目がある。ただし、次世代育成支援対策推進法第7条第1項の規定に基づき、一般事業主行動計画策定指針検討委員会において定められた政府の行動計画策定指針（2003年8月）（国家公安委員会、文部科学省、厚生労働省、農林水産省、経済産業省、国土交通省、環境省告示第1号）には、「不妊治療対策の充実」が含まれ「子どもを持ちたいのに子どもができない場合に不妊治療を受けるケースが多くなっていることを踏まえ、不妊に関する医学的な相談や不妊による心の悩みの相談等を行う不妊専門相談センターの整備を図るとともに、医療保険が適用されず、高額の医療費がかかる配偶者間の不妊治療への経済的支援を行うことが望ましい」と記されている。

4. 不妊治療支援が少子化対策に組み込まれた理由

ここで、なぜ不妊治療支援が少子化対策の施策に組み込まれたのかについて検討するが、その前に、不妊に関する統計について簡単に述べておきたい。

子どもを欲して避妊していないが子どもができない、いわゆる不妊の状態にある人についての国の統計は整備されていない。そのため、長い間、不妊の夫婦の割合は10組に1組とされ続けてきた。不妊治療支援事業を少子化対策として位置づけて推進している以上、不妊に関する統計が未整備ではその効果の測定も疑問視される。

近年、全国規模で実施された不妊に関する統計は以下の2つである。

ひとつは、平成10年度厚生科学研究費補助金厚生科学特別研究「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」（主任研究者：矢内原巧）である。その中で、不妊治療（排卵誘発剤、人工授精、体外受精、顕微授精、その他を含める）の患者数は284,800人と推計された（矢内原 1999）。もうひとつは、社会保障・人口問題研究所の「第12回出生動向基本調査 結婚と出産に関する全国調査夫婦調査」（国立社会保障・人口問題研究所 2002）である。従来 of 出生動向調査に不妊に関する質問項目を加え、不妊治療を受けたことのある人の数が推計された。それによると、「夫婦4組に1組は不妊を心配したことがあり、13%が実際に不妊の検査や治療を経験している。さらに、子どものいない夫婦では2組に1組が不妊を心配しており、その半数に当たる26%が検査・治療を経験している」と報告された。夫婦の13%という数値は実際の件数としてはかなりの数にのぼる。

確かに、これらの調査結果からは、かなりの人々が不妊に悩み、不妊治療を経験していることがわかる。不妊治療によって子どもができれば出生数は増加するという発想がでても不思議ではない。ただし、この2つの調査でも不妊治療によって子どもを得た人の数と、不妊の状態にありながらも、後に不妊治療によらずに子どもを得ることができた人の数、治療を続けても結果的に子どもを得られなかった人の数などは不明である。不妊治療を経験した

人のうちどのくらいの割合の人が不妊治療によって子どもを得たか、子どもを欲しいと思いながら不妊治療をしなかった人、不妊治療を休止していた時期に子どもができた人がどのくらい存在するのかの統計が必要なはずである。

不妊治療の結果として子どもを得られる人の割合はそれほど高くないこと、不妊治療を長期に継続しても子どもを得られないために治療を休止・中止する人の割合が高いこと、治療の休止や中止の理由には経済的理由もあるが、それよりも精神的・身体的な負担の方が大きな理由であること⁽⁷⁾などから、不妊治療支援による出産奨励の効果には疑問があるといえる。

先に触れた平成15年度不妊治療費助成事業の事業評価書(事前)においては、この事業の目標は、高額な不妊治療費の経済的負担を軽減するための助成であるとされ、少子化対策とは記されていない。穿った見方をすれば、最初から少子化対策としての成果は期待されていないということもできる。ではなぜ、少子化対策として効果に疑問のある不妊治療支援政策に予算がついて実施されたのだろうか。

総合的な少子化対策の計画として最初に出されたのが、1994年の「今後の子育て支援のための施策の基本的方向について(エンゼルプラン)」である。ここには、育児休業制度の充実や労働時間の短縮の推進などが提示されたが、不妊治療支援は含まれず、1999年の新エンゼルプランにおいて不妊治療支援が少子化対策に組み込まれた。その間の経緯を見るために関連する審議会等の議事録を調べた。インターネット上に公開されている1996年以前の審議会議事録は少ないため、1996年以降の動きしか追えなかったが、いくつか参考になる資料はあった。

1997年の第70回人口問題審議会において次のような意見交換がなされている。

福田歓一委員 「…… 現在、現実に円満な夫婦として結婚生活をしながら、そして子どもを持つことを熱望しながら子どもを持ってない家族が随分あって、しかも子どもを持つようにするためには、それこそ研究の部門から現実の医療

対策に至るまで、大きな可能性が残っているということを前に坂元委員から伺ったことがございまして、これについて言えば、社会のために子どもを持つということかという反論はあり得ないだろうと。そういうことから始めて、今度は社会の持っているひずみ、男女共生社会というものを実現することが望ましいという見地から言えば、逆にこういう施策ができて、現実にそういう望ましい社会をつくることなかで、少子化の問題についてはこういうエフェクトを持ちうるというような少し迂回した考え方で、望ましい日本の社会というものについて考えていきたいと思います。

坂元正一委員「……産婦人科の立場として直接手をつけられる問題の一つ取りあげてみます。統計でみますと既に結婚している人は皆さん結構生んでいらっしゃる。そういう意欲のあるグループの中に不妊症カップルが12%ばかりあります。全部は無理としても、この人達が生むと仮定すると年間出生数は約40万一挙にふえることとなります。所詮体外受精などいろいろな方法が開発されて、健康な精子が一個でもあれば顕微授精も出来るわけで、方法は我々持っているわけです。問題は一度での成功率が必ずしも高くはなく何度もやらなければならないこと、そして費用が高額になるということです。監督官庁とも御相談して一回20～30万円位の所が多い様ですが、その費用に援助をすれば出生数は確実に増やすことが出来ます。保険はききませんから何かカバーする工夫さえすれば直接介入法の一つは解決させられます。……」⁽⁸⁾。

同年の第74回人口問題審議会において厚生省母子保健課課長から不妊治療の保険適用の状況が説明されている。⁽⁹⁾ そのすぐ後に公表された人口問題審議会報告書「少子化に関する基本的考え方について」(1997年10月)において「今後、更に議論が深められるべき課題」として、「不妊が原因で子どもができない男女への対応等、子どもを持ちたいのに不妊が原因で子どもができない男女は、相当数存在していると考えられる。人工受精(ママ)など生命倫理に関わる面もあり、その点については慎重な議論が必要であり、また、子どもを産みたくても産めない者を心理的に追いつめるようなことがないよう十分留意しつつ、不妊治療の研究の推進などを検討していくことが必要で

ある」と述べられているが、日本産婦人科医会の坂元会長の発言がこの文言に反映したのは明らかである。

翌年、1998年には、当事の橋本龍太郎総理大臣によって「少子化への対応を考える有識者会議」が設置され、同年、報告書「夢ある家庭作りや子育てができる社会を築くために」を小渕恵三内閣総理大臣に提言した。そこには、「結婚や出産は当事者の自由な選択に委ねられるものであり、社会が個人に対し押し付けてはいけない」などの但し書きがあるものの、具体的に検討課題には、「不妊治療に対する医療保険の適用の検討、不妊に悩む人の相談体制整備、ピルの解禁等の適否についての検討」、「女性が主体的に子どもを持つことを選択できるようにするため、不妊や避妊の問題なども含めた男女に対する性教育の充実」が盛り込まれた。

そこで有識者会議の議事録を見ると、第1回会議と第4回会議においては産婦人科医の安達委員が、不妊と不妊治療をめぐる状況について発言しているが、直接的に不妊治療支援、治療費の助成には言及していない。第3回議事録には、八代委員から「働き方分科会」のまとめとして、「実質的に子どもを持ちたくても持てない人がいるわけですから、不妊治療等への医療保険の適用等、援助が必要ではないか」という意見があったことが報告された。確認のために公開されている第3回働き方分科会議事要旨を見ると、「子宮内膜症や婦人科系の病気等、女性の健康管理について、企業の健康保険の適用範囲を拡げるべき。不妊治療への医療保険適用や夫を含めて不妊治療のための休暇制度を設けるべき」とある。もうひとつの「家庭に夢を分科会」議事要旨には、「不妊治療については、保険適用の検討や職場でのサポート、患者と医療の場をつなぐコーディネーターの養成が必要」、「不妊治療に対して保険給付が行われることの意義は大きいですが、逆に歯止めのない治療に追い込まれる可能性がある」との記録がみられる⁽¹⁰⁾。

有識者会議の議事録から見る限り、ここで積極的に不妊治療への経済的支援について議論された様子はない。にもかかわらず、「働き方分科会」、「家庭に夢を分科会」のいずれの分科会においても、有識者会議報告書案に関する議論には、不妊治療への保険給付についての言及がある。それも、唐突に

なされている印象をもつ。ここから、不妊治療への保険給付に関する検討を求める項目は事務局が用意した草案に記載されていたと推察される。不妊治療への経済支援という政策は、この時点ですでに準備されていたといえるだろう。

その結果、「重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画について(新エンゼルプラン)」(1999年12月)に不妊治療費への支援が明記され、さらに「健やか親子21 検討会報告書—母子保健の2010年までの国民運動計画」(2000年11月)に引き継がれていく。

もうひとつの興味深い記録として、1999年の「少子化への対応を推進する国民会議」の第1回および第2回において、日本医師会の坪井会長の発言の記録がある。坪井会長は、不妊治療費の支援をすれば不妊治療によって生まれる子どもの割合が高まるという趣旨の発言をし、その結果、2000年の「少子化への対応を推進する国民会議」の報告書である「国民的な広がりのある取組みの推進について」に、日本医師会の取組みとして不妊治療への支援が記され、看護協会の取組みとして「不妊に関する相談」の推進が記された。

さらに、2002年9月の「少子化社会を考える懇談会」では、「少子化社会に対するご意見の募集」の結果について厚生労働省の担当者から報告があったと議事録に記されている。それによると、少子化対策として国民が必要と考えている施策として寄せられた意見は377件であり、不妊治療に対する支援(医療保険の適用や治療費の低廉化など)が94件あったという。厚生労働省はこれを根拠として、翌2003年の平成15年度事業評価書(事前)に「近年、全国の幅広い層の国民から政府に対し不妊治療の経済的支援策を創設するよう強い要望がなされている」と記したと考えてよいだろう。

また、国立社会保障・人口問題研究所「第12回出生動向基本調査」(2002)では、理想の子ども数を持たない理由として、「子育てや教育にお金がかかりすぎるから」62.9%、「高齢で生むのはいやだから」33.2%、「これ以上、育児の心理的・肉体的負担に耐えられないから」21.8%、「子どもがのびのび育つ社会環境ではないから」20.4%、「健康上の理由から」19.7%、「欲しいけれどできないから」15.7%などがあげられた(国立社会保障・人口問題研究所

2002)。これも、不妊の人・夫婦がかなりの数にのぼることを印象づけた。

これらの流れの延長に、2004年からの「特定不妊治療費助成事業」が位置づけられるが、上述したような経緯から、それは厚生労働省が準備した流れだったと考えられる。

以上から、少子化対策として特定不妊治療費助成事業が実施された主な理由として、次の4点が考えられる。

第1は、第70回人口問題審議会の議論にも見られるように、産むことを切望している人に産んでもらうという出産奨励政策であることが指摘できる。すなわち、国が少子化対策として、避妊や人工妊娠中絶の規制を強化することなく、つまり「産めよ殖やせよ政策」といった批判を避けることができる。

第2は、不妊治療への助成は、産婦人科医会や医師会の利益との関係があることである。出産件数が減少し、人工妊娠中絶の件数も減少している現在、産婦人科医が抱える困難は深刻化しつつある。不妊治療は産婦人科医の大きな収入源になっており、厚生行政が医師会や産婦人科医会のようないわば圧力団体の意向に沿った施策を講じるのは想像に難くない。逆に、1999年の有識者会議の報告書、および2002年の坂口力厚生労働大臣の発言⁽¹¹⁾に見られるように、不妊治療を保険適用が検討された時期もあったが、それには多くの財源が必要になること、保険適用に反対・慎重な意見などから見送られ、助成金制度というより財源が少なくて済む施策に落ち着いたと考えられる。

第3として不妊治療についての認識の不足があげられる。不妊治療の成功率が低いことや薬や手技による女性への危険性、多胎妊娠時における女性と胎児双方に危険が及ぶ可能性などである。実際に不妊治療に苦しんでいる人たちも、不妊治療に対する過大な期待を抱いているため、不妊治療費の助成という要望が出されるのである。彼女たちは不妊治療からも身体的だけではなく精神的な苦痛を被り、不妊の社会的・文化的意味に苦しんでいるわけだが、それには言及されない。

そして第4に「嫡出子」と「婚外子」というカテゴリーとの関係がある。不妊治療支援は、実際の効果は別として、夫婦間の子ども、いわゆる嫡出子の出産を促そうとする施策である。少子化対策についての審議会等の議論を

概観すると、北欧や西欧の婚外子の出生数と日本の婚外子の出生数に大きなへだたりがあることから婚外子差別を解消して、その出生を支援するという案も見かけるが、具体的な対策は出されていない。政府が望んでいるのは嫡出子の出生であり、不妊治療の応用の範囲を法的婚姻関係にある夫婦に限定すれば、そこから生まれる子どもは嫡出子である。

厚生労働省は、当然、不妊治療の成功率が低いことを産婦人科学会の年次報告から把握しているはずであるし、一部を除いて不妊治療が保険適用されない理由の一つにも成功率が低いことが指摘されてきた。よって厚生労働省が不妊治療支援による直接的な出生力の上昇を期待しているとは考えにくい。ではなぜ少子化対策として不妊治療支援を推進するのか。

第2番目としてあげた産婦人科医会や医師会との関係もあるだろうが、むしろ第1番目の、「国民の要望」に応じて「不妊治療を受けると自己決定した人」が妊娠・出産できるように支援しているという姿勢を示すことに力点が置かれたのだと推察する。つまり「産めよ殖やせよ」政策ではないという看板のようなものである。それは少子化対策、出産奨励政策への批判を和らげ、その一方では少子化対策という名目によって厚生行政関連予算の獲得を容易にしたと考えられるのである。

5. 不妊治療支援施策とリプロダクティブ・ヘルス/ライツ

1996年からはじまった「生涯を通じた女性の健康支援事業」には、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの視点が導入され、日本の新たな保健医療政策を予期させるものであった。しかし、すでに見たように「生涯を通じた女性の健康支援事業」の一部として開始された不妊専門相談センター事業は、短期間のうちに少子化対策へと性質を変え、出産奨励政策に組み込まれたのである。ただし、不妊治療支援政策を含む母子保健の充実、育児支援などが、当事者たちに好意的に受け入れられるなら、その名目が少子化対策であっても問題はないという意見もありうる。

そこで考えたいのは、第1は少子化対策としての不妊治療支援政策である

ことによる問題点，第2は，少子化対策ではなく「生涯を通じた女性の健康支援事業」として不妊治療支援事業が展開されれば問題はないのかということである。

少子化対策としての不妊治療支援政策の問題点は，以下の3点である。

1) 産めるのが当然であり，少子化という社会的問題を前に出産が奨励される中で，不妊というスティグマ化された状況の中で，出産奨励政策の問題を批判するのではなく，産みたくても産めない自分を貶める傾向にある。そのために，不妊治療支援政策は産む努力をすべきであるとする圧力になる。少子化対策としてなされる施策は，もし少子化，または少子社会でなければそれは必要ない施策なのかを考えると，不妊専門相談事業が「生涯を通じた女性の健康支援」として開始されたことを思えば，その答えは明らかである。日本の近い将来にとって人口抑制政策が実施されるというのは考えがたいが，政策の方針が変更されれば，荻野(2003)が指摘するように容易に国家政策は反転しうるのである。少子化対策の文脈で展開される施策を受容するならば，その政策の反転を食い止めるのは難しい。

2) 不妊治療の経済的負担が大きく，経済的な理由が不妊治療を止める原因になっていることが指摘されている。ただし，経済的負担が不妊治療を止める理由としてあげられている調査は，多くが複数選択であり，それを選択する人が多かったとしても，そこから把握できるのは，多くの人が経済的理由をひとつの要因として選んだということであって，それが一番重要な理由であることを意味しない。その解釈が正確になされていない。実際に治療を受けたくても金銭的な理由で受けられない人ももちろん存在するが，不妊治療を止める理由として「経済的理由」と説明すると周囲の人々を納得させやすいという文化があるということにも着目する必要がある。

ただし，本稿にてみてきたように「国民の要望」がこの施策の一番の推進要因とは考えられず，そのように政府からの説明がなされたり，報道されたりすることが，不妊の人たちを不妊治療へと追い込む作用もあることに注意したい。

3) 現在の不妊治療費，特に保険適用されていない人工授精や体外受精，

顕微授精、凍結保存の金額には医療施設による差が大きく、金額と医療技術等水準等との関係も明確ではない。たとえば、顕微授精の治療費が1周期50万円とするなら、それが適正な金額であるのかについて患者／利用者がそれを評価するのも難しい。それについて十分に検討しないまま、一律に、不妊治療費が高価であるという理由によってその一部を助成する政策には疑問がある。本当に不妊治療費の負担軽減を考えるなら、それが必要なのかの検討も含めて保険適用や出産一時金と同様の助成制度の検討をすべきだろう。

それでは、少子化対策ではなく「生涯を通じた女性の健康支援事業」として不妊治療支援事業が展開されれば問題はないのかについて考えたい。

まず第1に、不妊治療支援が、不妊という状態に伴う社会問題を医療化することである。つまり、子どもができないことにより生じる人間関係における緊張・摩擦、スティグマとしての不妊によって生じる偏見や自己卑下、さらにジェンダー・アイデンティティの危機などを不妊治療によって子どもをもつことにより解決するのを要請する政策である。これは、不妊治療の身体的・精神的な苦痛に耐えること、さらに女性に不妊治療でも「頑張って」「一人前になる」ことをも要請する(柘植 2000a)。

第2に、不妊治療支援の際に強調されてきたのが、生殖医療技術を利用する／しないはカップル(夫婦)または女性の「自己決定」であるとする言説であることに注意したい。これは近年、代理出産を含む不妊治療に関して医療現場においても頻繁に用いられているものである。リプロダクティブ・ライツは、女性の生殖における「自己決定」をその身体や生殖能力を管理し客体へと追いやってきたさまざまな権威に対する抵抗の概念であった(柘植 2000b)。人工妊娠中絶や避妊が禁止されたり制限されたりする社会において、それを選択する際に主張されてきたものである。もちろん、生殖に関するあらゆる意思決定はパートナーや家族や医療者など、さまざまな関係性の中でなされる。それをも踏まえて、女性が規制の価値観や慣習から解放され、または抵抗する概念として「自己決定」が主張されてきた。

しかしながら、医療や行政を担う者によって「自己決定」が語られ始めるとき、女性を取り巻く関係性や制度や慣習は忘れ去られ、「自己決定」と「自

己責任」を組み合わせ、最悪の場合は、女性の身体を客体へと追いやり、生殖能力を管理する力となりうる。

第2次世界大戦前・中の「産めよ殖やせよ」政策に対して、赤川は「戦時期人口政策の本質は、出産を強制したことにあるのではなく、『産む自由』に対して、政府が過重なまでに手厚い報奨を与えたことにあるのである。その意味では、昨今の子育て支援・両立支援も、『産めよ殖やせよ』と同じ穴の貉である可能性が高い。現代の少子化対策を正当化する物言いは、『産めよ殖やせよ』を必要以上に悪役に祭り上げることによって、自らの正当化を図っているフシがある」（赤川 2004：135-136）と指摘するが、それは現在の状況を鋭く表現していると思う。

リプロダクティブ・ヘルス/ライツという概念も、政策に取り込まれていくことによって変容してきた。国際人口・開発会議（カイロ）において位置づけられたリプロダクティブ・ライツは、国家による強権的な人口抑制政策への抵抗概念として持ち出されたものであるが、人口政策を否定するものではない。

兵藤は「人口抑制による貧困の解消を掲げてきた人口エスタブリッシュメントにとっては、リプロダクティブ・ヘルスの権利は、健康概念として国家が個人へ提供すべき『医療サービス』として『避妊サービス』を正当化するものである。しかし、一方で、それは性や生殖に関わる事項を、女性の政治的、社会的な権利の文脈から切り離し、『医療サービス』の枠組みに取り組むことで、かえって国家による家族計画政策を促進するという可能性をもたらすものでもあるだろう」（兵藤 2003：130-131）と述べる。これは、不妊治療支援にも当てはまることである。

また、松原は優生保護法から母体保護法へと改訂される過程において「優生」という用語がすべて削除されたことを評価しながらも、次のように述べる。「もしかしたら、優生保護法から母体保護法への改正は、『優生』の追放のようにみえて、実は『母体保護法』と『優生』の新しい関係の始まりかもしれないのだ」（松原 2003：45）。

2004年に発表された「少子化社会対策大綱（新新エンゼルプラン）」は、家

族の価値の強調に加えて、いのちの尊さを強調するものとなり、出産奨励とともに家族や出産に関する価値観の転換を図っている。このような動向を見据えると、出産奨励政策と社会的関係にがんじがらめにされながら不妊治療を受けるという決定を「自己決定」として責任を女性に帰する、リプロダクティブ・ヘルス/ライツと人口管理の新しい関係という「悪夢」が現実味を帯びてくるのである。

リプロダクティブ・ヘルス/ライツを基にした施策の必要性や、不妊治療費への助成への「国民」の要望があるということも、不妊の悩みに対する相談の場が必要であることも了解した上で、少子化対策との抱き合わせの出産奨励政策の問題点を批判的に評価し、より良い政策を築く作業をしていくことこそが、現在求められていることなのだと考える。

(つげ あづみ 明治学院大学)

〔注〕

- (1) 少子化社会対策大綱 <http://www8.cao.go.jp/shoushi/taikou/t-mokuji.html>は「少子化対策基本法」によって定められたものだが、大綱の基となった「自民党少子化問題調査会」(会長・森喜朗前首相)の中間報告では、結婚・出産の奨励、家庭の役割、生命の尊さなどが前面に打ち出されている(朝日新聞 2004年6月8日)。
- (2) 排卵誘発剤による治療を含む不妊治療全般の成功率に関する統計は存在しないが、日本産婦人科学会が公表しているデータから体外受精では1回の施術あたりの出産に至る確率は新鮮胚で18%程度、凍結保存胚で24%、体外受精よりもさらに強い過排卵を必要として女性への身体的負担の大きい顕微授精では16%(日本産婦人科学会 2005)となる。人工授精は不妊原因による成功率の差が大きいですが、一般に10%程度とされる。また、不妊のセルフ・サポート・グループである「フィンレージの会」による会員と旧会員の857名へのアンケートにおいて、不妊治療の結果について答えた798名のうち、さまざまな不妊治療を継続して治療周期に妊娠・出産したのは173名(22%)、治療周期以外に妊娠・出産したのは80名(10%)だった。また、子どもはできなかったが治療を休止または中止したとする人が350名(44%)、その他は治療継続中と無回答だった(フィンレージの会編 2000)。グループの特性を考慮する必要もあるが、不妊治療の最終成績の参考になる。
- (3) 少子化社会対策基本法案への反対意見としては、たとえば、日本弁護士連合会会長本林徹『「少子化社会対策基本法案」に関する会長声明(2003年5月22日)』、社団法人日本家族計画協会『「少子化社会対策基本法案」に対する要望書(2003年6月3日)』、

ふえみん婦人民主クラブ／あんふあんで・どんな保育が欲しい会／フィンレージの会・有志／SOSHIREN女(わたし)のからだから／からだ性と法律をつくる女の会／I (アイ) 女性会議／北京JAC／女のからだと医療を考える会『『少子化社会対策基本法案』に“待った”をかけましょう！(2003年6月9日)』などが挙げられる。

- (4) 「優生保護法一部改正の附帯決議」(1996年6月17日参議院厚生委員会)は、「政府は、次の事項について、適切な措置を講ずべきである。一、この法律の改正を機会に、国連の国際人口開発会議で採択された行動計画及び第四回世界女性会議で採択された行動綱領を踏まえ、リプロダクティブヘルス・ライツ(性と生殖に関する健康・権利)の観点から、女性の健康等に関わる施策に総合的な検討を加え、適切な措置を講ずること。右決議する」。なお優生保護法から母体保護法への改訂の過程については、柘植・市野川・加藤(1996)を参照されたい。
- (5) 「生涯を通じた女性の健康支援事業」に関しては厚生省児童家庭局母子保健課「中央児童福祉審議会母子保健部会議議事録」(平成9年6月23日開催)において、事務局から以下のような説明があったことが記載されている。

女性の健康対策につきましては、平成8年の優生保護法の一部改正の附帯決議といたしまして、「女性の健康等に関わる施策に総合的な検討を加え、適切な措置を講ずること」とされており。また、同じ年の12月に策定されました男女共同参画2000年プランにおきましても、重点目標といたしまして、「生涯を通じた女性の健康支援」が盛り込まれたところでございます。また、今般、労働基準法、男女雇用機会均等法の一部改正によりまして、働く女性の健康確保が大変重要な課題となっております。これらの新しい動きを踏まえまして、新たな検討が求められておりますことから、国におきまして、今年度から生涯を通じた女性の健康づくりに関する具体的支援策とその推進方法等を検討課題といたしまして検討に入ってまいりたいということを考えております。

- (6) 厚生労働省 平成15年度不妊治療費助成事業・事業評価書(事前) <http://www.mhlw.go.jp/wp/seisaku/jigyuu/03jigyuu/dl/27.pdf>
- (7) フィンレージの会によると、治療を休止した理由としてもっとも多いのは「心身に負担を感じた」が31.1%であり、「経済的に負担」は3.1%に留まっている。また、日本経済新聞記事(日本経済新聞 2004年4月5日)によると白井千晶早稲田大学講師の2003年に実施した調査結果では、不妊治療に対する不満の理由として、「納得がいく結果が出せない」(43.1%)、「費用が高い」(19%)、「治療方針などを医師が説明しない」(16.1%)、「病院の環境や設備が不十分」(10.3%)、その他治療そのものに関する不満の4項目がそれぞれ10%近くあるが、記事の見出しには、「不妊治療、年平均41万円『高額』理由に中断も」とあり、不妊治療費用への助成政策を後押しするような表現になっている。
- (8) 第70回人口問題審議会総会議事録 <http://www1.mhlw.go.jp/shingi/txt/s0716-1.txt>

- (9) 第74回人口問題審議会総会議事録に厚生省母子保健課の課長から以下の説明がなされたことが記録されている。<http://www1.mhlw.go.jp/shingi/txt/s0926-1.txt>

通常の薬物あるいは手術による（不妊治療）方法は、これは原疾患、いわゆる不妊の原因となっている病気そのものを治す治療でありますので、これについては、通常、保険の対象となる。これは保険局医療課の見解でございます。3番目の人工授精の2種類、人工授精と体外受精、これにつきましては不妊そのものの治療でございますので、これは保険の適用にならないという形でございます。これらの実施の状況でございますが、薬物療法、手術療法につきましては、これは保険で不妊治療をしているか、あるいは原疾患の治療なのかという区別ができません。それから、保険のデータそのものもひと月のデータのみしかありませんので、実際の正確な数字は把握されておりません。3番目の人工授精につきましては、これは保険外、いわゆる自費診療、自由診療という範囲でございますので、これにつきましても、一般の人工授精につきましては把握しておりません。

- (10) 有識者会議議事録と提言は以下を参照されたい。<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syoshika/>
- (11) 2002年11月5日の閣議後記者会見において坂口力厚生労働大臣は、以下のよう述べている。<http://www.mhlw.go.jp/kaiken/daijin/2002/11/k1115.html>

現在の医療保険というのは健康保険といいますけれども、内容は疾病保険でありまして、健康を維持するため、病気を重くしないため、あるいは拡大をしないため、そうしたことに使うということは避けているわけで、私はそれは少し本来の趣旨に反するというふうに思っております。それで不妊治療の場合には、病気が病気でないかといえば、正常でないということにおいては、私はどちらかといえば病気とは言い難いですが、正常でないということだけは事実だと。そういう意味では私はこれは可能にしていけないかというふうに思っております。ただ、現在不妊治療の成功率が非常にまだ低いものですから、これはものによります、不妊治療にもいろいろ種類がありますから、部分部分で違いますけれども、ある部分では非常にまだ成功率が低いと、4回も5回もやって何十%かというようなことを今言われているわけでありまして、その低さを一体どうするかということが非常に大きな問題になるというふうに思います。それから不妊治療というのは、比較的多く私立の病院で行われておりますけれども、あまり公的な病院がこれを手がけていないといったような問題点もあるというふうに思っております。中には1回50万とか100万とか非常に高いお代がついてはいますが、非常に技術を要する大変なことではあるというふうに思いますけれども、その値段が妥当かどうかといったことも一度検討をしなければならないというふうに思っています。そうしたことも含めながら、この保険における適用というものを考えていかなければいけないと。だから不妊治療の中でどこまでを保険で見るか、

非常に成功率の低いものもその中で見るのか、それともある程度の成功率に達したものをその中で見るのか、その辺の見極めというものも少し大事になってくるというふうに思っております。しかし、今後日本の将来を考えました時に、経済状況ひとつを見ましてもこれから現状が維持できるかどうか、これはいわゆる少子化率にかかってきてると申しますか、子供がどれだけ生まれるかということに大いに影響されるわけでありまして。量はもちろんでございますけれども、社会保障だけではなくて、経済全体に対する影響も非常に大きいわけで、私は非常に急がなければならないと。20年30年先になって影響が出てくることではありますけれども、しかし1年でも遅ければ、それは大変私は将来に与える影響は大きいと思っております。したがって少子化対策は早ければ早いほうがいい、1年でも早くやらなければならないというふうに思っております。したがってこの不妊治療につきます支援につきましても、これは早ければ早いほうがいいというふうに思ってます。

【引用文献】

- 赤川学 2004a 「新聞に現れた『産めよ殖やせよ』—『信濃毎日新聞』と『東京朝日新聞』における戦時期人口政策」、『人文科学論集〈人間情報学科編〉』第38号, 133-148, 信州大学人文学部
- 赤川学 2004b 『子どもが減って何が悪いか!』筑摩書房
- 朝日新聞 2004年6月8日(小野智美記者署名記事)
- 芦野由利子 2003 「何を指す? 少子化社会対策基本法案」『女性展望』財団法人 市川房枝記念会, 7月号, 14
- 江原由美子編 1996 『生殖技術とジェンダー—フェミニズムの主張3』勁草書房
- フィンレージの会編 2000 『新・レポート不妊—不妊治療の実態と生殖技術についての意識調査報告』フィンレージの会
- 原ひろ子・根村直美編 2000 『健康とジェンダー』明石書店
- 樋口恵子 1997 「平成8年度厚生省心身障害研究 生涯を通じた女性の健康に関する研究総括報告」『平成8年度厚生省心身障害研究 生涯を通じた女性の健康に関する研究報告書』1-3
- 樋口恵子 1998 「平成9年度厚生省心身障害研究 生涯を通じた女性の健康に関する研究総括報告」『平成9年度厚生省心身障害研究 生涯を通じた女性の健康に関する研究報告書』1-6
- 兵藤智佳 2003 「人口政策におけるリプロダクティブ・ヘルス/ライツとトランスナショナル NGO ネットワークの役割—フィリピンの Women's Health Movement を事例として」, 根村直美編『ジェンダーで読む健康/セクシュアリティ:健康とジェンダーII』明石書店, 117-134

- 市野川容孝 2002 「強制不妊手術の過去と現在—ドイツ・スウェーデン・日本」斎藤有紀子編著『母体保護法とわたしたち—中絶・多胎減数・不妊手術をめぐる制度と社会』明石書店, 61-75
- 自由民主党少子化問題調査会 2004 「今後の少子化対策の方向について」(少子化問題調査会中間とりまとめ) <http://www.jimin.jp/jimin/saishin04/seisaku-010.html>
- 国立人口問題研究所 1992 「平成4年第10回出生動向基本調査」
- 国立社会保障・人口問題研究所 2002 「平成14年第12回出生動向基本調査結果の概要—結婚と出産に関する全国調査—夫婦調査の結果の概要」<http://www.ipss.go.jp/>
- 厚生省 1996 『平成8年度厚生白書』
- 厚生省 1999 「生涯を通じた女性の健康施策に関する研究会報告書」(厚生省児童家庭局母子保健課)
- 松原洋子 2002 「母体保護法の歴史的背景」 斎藤有紀子編著『母体保護法とわたしたち—中絶・多胎減数・不妊手術をめぐる制度と社会』明石書店, 35-48
- 根村直美編 2003 『ジェンダーで読む健康／セクシュアリティ：健康とジェンダーII』明石書店
- 日本経済新聞 2004年4月5日
- 日本産科婦人科学会 2005 「平成15年度倫理委員会・登録・調査小委員会報告(平成14年分の体外受精・胚移植等の臨床実施成績および平成16年10月における登録施設名)委員長久保春海」日産婦誌57巻1号118-146
- Norgren, Tiana 2001 *Abortion Before Birth Control : The Politics of Reproduction in Postwar Japan*, Princeton University Press
- 荻野美穂 2003 「反転した国策—家族計画運動の展開と帰結—」『思想』955:175-195
- 大林道子 1989 『助産婦の戦後』勁草書房
- 斎藤有紀子編著 2002 『母体保護法とわたしたち—中絶・多胎減数・不妊手術をめぐる制度と社会』明石書店
- 仙波由加里 2001 「少子化問題と不妊治療—「政策」と「個の権利」—」『ヒューマンサイエンスリサーチ』, 早稲田大学大学院人間科学研究科, 10:87-103
- 仙波由加里 2005 「特定不妊治療費助成事業の現状と課題」『F-GENS Journal』4:2-9
- 柘植あづみ・市野川容孝・加藤秀一 1996 「付録『優生保護法』をめぐる最近の動向」, 江原由美子編『生殖技術とジェンダー—フェミニズムの主張3』勁草書房, 375-409
- 柘植あづみ 2000a 「生殖技術と女性の身体のあいだ」『思想』908:181-198
- 柘植あづみ 2000b 「生殖における自己決定権試論」原ひろ子・根村直美編『健康とジェンダー』明石書店, 49-59
- 矢内原巧(主任研究者) 1999 『平成10年度厚生科学研究費補助金厚生科学特別研究「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」』

Incorporation of Support for Infertility Treatment into Population Policy

TSUGE Azumi

(Meijigakuin University)

In many countries, including Japan, the governments have been used abortion, contraception, and sterilization — both the legalization and illegalization thereof — for population control in terms of quantity and quality of life.

In 2004, the Japanese government started a new policy of supporting infertility counseling and treatment which has been driven forward under ‘the Basic Law for Countermeasures to the Falling Birthrate in Society’ established in 2003. The inclusion of infertility treatment symbolizes the character of the law to increase reproduction. At the same time, this law explicitly advocates an ideal of a gender-equal society and implies a concern with women’s reproductive health. Given the law’s stated goal of gender equality, the question is how and why did the government decide to support infertility treatment and what is the possible impact of that decision.

Reviewing the official minutes of committee meetings and other governmental documents, this author examines the reasons why infertility was included in the population policy. At the beginning, infertility counseling was part of the ‘Program for Women’s Life-Long Health’, including reproductive health. But pressure from some elements of the medical community on the government to financially support not only counseling but also expensive procedures shifted the emphasis from women’s reproductive health and self-determination to actively encouraging infertile couples to have infertility treatments as part of the new population policy.

Key words : population policy, infertility treatment, the declining birthrate, reproductive health