

## 不妊に悩む方への特定治療支援事業に関する福祉的視点からみた課題

## The social welfare perspective on the specific medical treatment for the people who are suffering infertility

宮 嶋 淳\*  
Jun MIYAJIMA

抄録：2013年5月、厚生省内に「不妊に悩む方への特定治療支援事業のあり方に関する検討会」が設置された。この検討会は、年齢と出産率・出産リスクの関係についての普及啓発を推進するとともに、特定治療支援事業をより安心・安全・適切に運用するため、当該事業等の今後のあり方について検討するものである。

本稿の目的は、上記検討会の議論を踏まえ、不妊に悩む方及びカップルの願い（＝ニーズ）の充足に必要な施策が、税金を投入することの妥当性を確保した上で、社会連帯に基づいて実施されるために、今後、政府が行うべき施策上の工夫と運用方法を提示することである。

本論の結論は、第一にいつでも誰でも必要な情報を入手できるシステムとして、不妊専門相談センターの機能を拡充していくこと、第二に専門的援助者の量的充足を測ること、そして専門的援助者が、人間の尊厳を根幹として持つ人材として育つための教育システムを構築する必要があること。これらを政府は人々の生活圏域で推進していく必要があるということである。

キーワード：不妊、公的支援事業、社会福祉、権利性、社会化

## I. はじめに

2013（平成25）年5月25日、厚生労働省は「不妊に悩む方への特定治療支援事業のあり方に関する検討会」を立ち上げた。この検討会では、2004（平成16）年度から始まっている同事業の見直し作業が行われ、同年8月23日、同検討会の報告書が公表された。これを見ると、不妊治療支援の基本的な考え方として①妊娠・出産の当事者意思決定の尊重、②国が医学的情報を整理・伝達する責任、③不妊治療の身体的精神的負担への支援、④実施医療機関等の要件の厳格化、が示されている。これら①～④で尊重されるべき基本的な考え方について、当該検討会は5回の検討会を開催し、詳細なデータを提示している（巻末資料参照）。

検討会でも論点として確認されている「不妊専門相談センターの活用」や「情報の必要な方々への適切な情報提供の方法」などは、福祉や地域の課題解決策の導き方と親和性があると考えられる。しかしながら、当該検討会には福祉や地域社会に関する専門家の参画はなく、不妊に悩む方への特定治療支援事業（以下「特定治療支援事業」と略す。）を社会化していこうとする視点が欠如していることが危惧される。

バイオテクノロジーは、自然の出来事や働きを人間の福祉のため、合理的に理解し秩序づけ予見し、究極的には制御しようという欲求や傾向の現われとともに進展し

た。バイオテクノロジーは、人間の能力を強化する一つの形式であるとも考えられ、次の3つの懸念が指摘されている（大統領生命倫理評議会<sup>1)</sup>）。

- ①科学的発見そのものが人間の自己理解に関して難問を引き起こす。
- ②遺伝子工学は、先天的な遺伝子疾患の治療法としては歓迎するけれども、優生学に陥る恐れがあり、「デザイナー・ベイビー」の不安を引き起こす。
- ③向精神薬は、うつ病等の治療法としては歓迎されるが、行動を抑制する恐れがあり、自律性を減退させる不安や人格の同一性の混乱を引き起こす。

この指摘は、我々の社会と我々自身の両者からバイオテクノロジーが、人間の生命のもっとも貴重で豊かな可能性を奪ってしまうのではないかという懸念であると理解できよう。

高度化する生殖補助医療（＝Assisted Reproductive Technology ;以下「ART」と略す。）は、今やわが国の少子化対策になくてはならない技術・方法となった。しかし、今後乗り越えなければならない課題も上記を一例として多々認められる。本稿ではARTの提供におけるわが国の施策に焦点をあて、生まれてくる子どもの福祉の視点から、同施策を如何によりよく運用していくのか、その方法について考察していく。

\* 人間福祉学部人間福祉学科

## II. 研究の背景と目的

### (1) 研究の背景

女性の平均出産年齢は上がり続け、家族の人数は減り続けて、ARTに頼ろうとする人の数は増え続けている<sup>2)</sup>。不妊を克服するためだけでなく、一定の遺伝的欠陥のない胚を選別するためにARTを使う人々がますます増え続けている。育児を遅らせたいと計画している女性なら、早い時期に自分自身の若い卵巣組織を取り出して保存しておき、後で子どもを持つと決心したとき、容易に利用できる施設で卵子を採取するために再び自分の体に戻すことができると考えたら、元気が出るだろう。ARTの目標は、不妊症の人に子どもを手に入れることが出来るようにするという本来の控えめなものから、健康な子どもを手に入れるために格別の援助を提供するという新しい局面に移行しつつある<sup>3)</sup>。ホームページ上で展開される市場原理に根ざした顧客争奪を例にしても、遺伝子を選別し、選択する力が一層強化されるのを先取りして、子どもは無条件に愛される存在から、「健康な子ども」という条件付きで歓迎される存在に変化し、「子どもの玩具化」が進み、親の熱い思いを確実に拡大していく「デザイナー・ベイビー」戦略が進行していることが認められる<sup>4)</sup>。生殖という営み並びに女性の妊孕性という生理学的特質を当該女性の年齢に重ねて考慮していくとき、人間の「弱さ」あるいは「限界」が念頭におかれる。だとすれば、「弱さ」に対する社会連帯を社会的に作り出し施策化することに説得力がある。その一方、「弱さ」と認めず「増強」を目指しARTを活用するために、社会資本(税や技術、法)を投じることに説得力を見いだすことが難しい。

### (2) 研究の目的

本研究の目的は、不妊に悩む方及びカップルの願い(=ニーズ)の充足に寄与する特定治療支援事業に対して、社会連帯としての社会資本を投入することを妥当とするために、今後、政府がとるべき施策上の工夫・よりよい運用方法を提示することである。

## III. 特定治療支援事業(研究対象)の概要

### 1. 特定治療支援事業開始に至る経緯

日本で少子化がクローズアップされ始めたのは1990年。この年の「1・57ショック」を契機に1994年、総合的な少子化対策として厚生、文部、労働、建設の4大臣合意で「今後の子育て支援のための施策の基本方針について(エンゼルプラン)」が策定された。ここには、不妊治療に関する項目は登場していない。

不妊に関連する事業項目が、厚生省の施策として最初に明示されたのは、1996年4月「生涯を通じた女性の健康支援事業」における「不妊専門相談センター事業」

においてである。

1996年12月、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年度までの国内行動計画」の中にも、具体的施策として「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」として「不妊専門相談サービスの充実」が盛り込まれた。

1997年10月、厚生省・人口問題審議会は、「少子化に関する基本的な考え方について人口減少社会、未来への責任と選択」を発表し、「少子化の要因は、未婚率の上昇と既婚夫婦が理想の子ども数を持ち得ていないこと」にあるため、「妊娠、出産に関する個人の自己決定権を制約してはならないことはもとより、男女を問わず、個人の生き方の多様性を損ねるような対応はとられるべきではない」ことを確認している。

1998年12月、内閣の私的諮問機関「少子化への対応を考える有識者会議」が提言「夢ある家庭づくりや子育てができる社会を築くために」を公表する。この中で、家庭を持つことや子育てを困難にする社会経済的・心理的要因を取り除いていく環境整備が必要とされ、具体的な整備内容の中で、「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の整備」が取り上げられた。

1999年5月、上記の有識者会議提言にしたがって、「少子化対策推進関連閣僚会議」が設置され、12月には「少子化対策推進基本方針」が定められた。その中で「出生率低下の主な要因」は「晩婚化の進行等による未婚率の上昇」であり、その背景に「①仕事と子育ての両立の負担感の増大、②子育ての負担感の増大」がある。そして少子化対策は、こういった負担感を緩和・除去し、安心して子育てができるようなさまざまな環境整備を行うことをめざし、(1) 固定的な性別役割分業や職場優先の企業風土の是正、(2) 仕事と子育ての両立のための雇用環境の整備、(3) 安心して子どもを産み、ゆとりをもって健やかに育てるための家庭や地域の環境づくりが基本的な施策とされた。同(3)の中の「母子保健施策の推進」として、「不妊で悩む人々への専門的な相談や情報提供体制を整備する。また、不妊治療に係る研究を推進する」が示されている。「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」の中に、「不妊に悩む夫婦に対し、治療に関する情報提供や精神面での相談を実施」する機関として「不妊専門相談センター」の整備が謳われ、1999年時点で全国24か所であったセンターを、2004年までに47か所に増やすことが計画された。

2002年、国立社会保障・人口問題研究所が公表した「将来推計人口」では、合計特殊出生率は下がり続け、総人口も2007年には減少に転じると予想された。この段階になって晩婚化や未婚化に加えて、「夫婦の出生力

そのものの低下」が指摘されている。

2003年3月、少子化対策推進閣僚会議は「次世代育成支援に関する当面の取組方針」を決めた。ここにおいても基本的な施策の中で、子どもを生みたい方々に対する不妊治療対策の充実を図る」があり、不妊治療への支援が大きく取り上げられている。具体的には(ア)不妊治療について、倫理面・技術面、医療機関の体制整備などの課題に取り組むとともに、経済面を含めた支援の在り方について検討する。(イ)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」を各都道府県に整備するがあり、不妊治療の体制整備、経済的支援、相談体制の3つを、少子化対策として推進する方向が示された。加えて、2003年と2004年の2年間を、「次世代育成支援対策の基盤整備期間」と位置付けている。

少子化社会対策基本法が2003年7月30日に公布され、それを受けて2004年6月、「少子化社会対策大綱」が決定し、「不妊治療への支援」として「①『不妊専門相談センター』の整備、②不妊治療に関する情報提供、③不妊治療への経済的支援、④不妊に関する研究推進」が決められた。2004年12月に作成された「少子化社会大綱」に基づく重点施策の具体的実施計画について(子ども・子育て応援プラン)でも、「不妊に悩む者への支援」として、不妊専門相談センターの整備や、「特定不妊治療費助成の推進」が重点施策として具体化されたのである。

## 2. 特定治療支援事業の開始

2004年、特定治療支援事業がスタートした。当初、これを受けられるのは法律上の夫婦で、所得が合算で650万円未満の人達を対象とし、年に1回10万円を限度に通算2年間の助成を行うというものであった。都道府県や指定都市など自治体が事業主体となり、費用は国と自治体が半分ずつ持つというものである。2005年には、給付期間が5年間に延長された。しかし、少子化の傾向は依然止まらず、2005年には「出生数=106万人」「合計特殊出生率=1.25」と過去最低を記録した。これを受けて政府・少子化社会対策会議は、2006年6月に「新しい少子化対策について」を発表し、その中で、「この少子化傾向が続くと、(中略)やがて3人に1人が65歳以上という極端な『少子高齢社会』が継続する。急速な人口減少は、経済産業や社会保障の問題にとどまらず、国や社会の存立基盤に係る問題と認識すべきである」と危機感を表明した。具体的な少子化対策のひとつとして「不妊治療の公的助成の拡大」があげられた。

2007年には同事業の助成は、1回当たり10万円を年2回、所得制限が730万円となった。さらに2009年には、1回あたり15万円を年2回までに増額されている。特定治療支援事業の利用件数から推計した支給額実績は表1のとおりである。

2013(平成25)年5月25日に設置された不妊に悩む方

表1 特定治療支援事業の件数と支給実績

| 年度  | 件数       | 金額     | 推計総額       |
|-----|----------|--------|------------|
| H16 | 17,657件  | 10万円/回 | 17億6570万円  |
| H18 | 31,048件  | 同上     | 31億480万円   |
| H20 | 72,029件  | 同上     | 72億290万円   |
| H21 | 84,395件  | 15万円/回 | 126億5925万円 |
| H23 | 112,642件 | 同上     | 168億9630万円 |

出典：厚生労働省(2013)より筆者が作成

への特定治療支援事業のあり方に関する検討会(厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課所管)の第1回配布資料によれば、特定治療支援事業における助成対象者は平成23年度でみると、35~39歳=45,392件(40.3%)・40~44歳=30,040件(26.7%)であり、1人あたり平均助成件数=1.65回となっている。同検討会では「近年、結婚年齢の上昇や晩産化等に伴い、特定不妊治療(体外受精・顕微授精)を受ける者の年齢の上昇」が指摘されており、同検討会は「年齢と出産率・出産リスクの関係についての普及啓発を推進するとともに、特定治療支援事業をより安心・安全・適切に運用するため、雇用均等・児童家庭局母子保健課長が学識経験者・実務者等の参集を得て、当該事業等の今後のあり方について検討すること」を目的とする。その検討項目は、(1)不妊に悩む方への特定治療支援事業の今後のあり方について、(2)その他とされた。これに基づき開催された初回検討会において、検討会委員から出されて議論の論点は①支援の年齢制限・回数制限、②不妊相談のあり方、③啓発の3点にまとめられる。これらについて以下、本稿で議論を深めていく。

## 3. 検討会が整理した3つの論点の検討

### ①支援の年齢制限・回数制限

齋藤(2013)が第1回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に提出した「生殖補助医療の現状からみた特定不妊治療助成のあり方」によれば、以下のエビデンスが示されている<sup>5)</sup>。

- 1、生殖補助医療治療数(40歳以上率 07=31.2% 08=32.1% 09=33.4% 10=35.7%)
- 2、年次別治療開始周期あたりの生産率(40歳時 07年=6.1% 08年=6.9% 09年=8.1% 10年=7.7%)
- 3、累積妊娠率・累積分娩率(全妊娠・全出産あたり) 治療回数6回目=90.0%、92.0%
- 4、治療開始年齢別生産率(生産率・治療回数ごとの生産率 ~34歳=68.9%・25.5% 35~39歳=45.3%・16.5% 40歳~=12.5%・2.6%)
- 5、結婚年齢と生涯不妊率の関係

| 結婚年齢  | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 生涯不妊率 | 5%    | 9%    | 15%   | 30%   | 64%   |



6、母の年齢と周産期死亡率～周産期死亡率は25-29歳で最低で、母の年齢が高くなると周産期死亡率も高くなる。

7、母の年齢と子どもの染色体異常のリスク～母の年齢が高くなるほど、染色体異常のリスクが高くなる。

| 母の年齢 | ダウン症の子どもが生まれるリスク | 何らかの染色体異常児 |
|------|------------------|------------|
| 20   | 1667人に1人         | 526人に1人    |
| 30   | 952人に1人          | 384人に1人    |
| 36   | 294人に1人          | 156人に1人    |
| 40   | 106人に1人          | 66人に1人     |
| 42   | 64人に1人           | 42人に1人     |
| 44   | 38人に1人           | 26人に1人     |

8、母の年齢と妊娠中の異常～40歳以上では妊娠中の異常（産科合併症）の発症頻度が高い。

| 主な妊娠中の異常（産科合併症） | 40歳以上の頻度（20～34歳を1とした場合） |
|-----------------|-------------------------|
| 妊娠高血圧症候群        | 2.5倍                    |
| 前置胎盤            | 3.5倍                    |
| 胎盤早期剥離          | 1.5倍                    |

これらのデータをみると、明らかに40歳以上での妊娠・出産はハイリスクであり、妊孕性も低下することが了解できる。同様なデータは日本生殖医学会<sup>6)</sup>においても多く報告されている他、河合(2013)<sup>7)</sup>や放生(2006)<sup>8)</sup>らによる著作でも紹介されており、エビデンス・データとしての妥当性は高い。また、同検討会委員の声を検討会議事録から手繰ってみても、「40歳か42・3歳か」という年齢の幅に関する議論はあるものの、事業費給付の年齢制限そのものに対する反対論は展開されていない。これを踏まえても、さらに危惧することは、年齢制限という線引きをすることで、次のような議論が沸き起こる可能性についてである。すなわち、古村(2013)は、「自己実現の独走が生み出す孤立」という観念を提示し、物質的な豊かさを手に入れるほどに、本質的に失ってきたものがある。それは、「自己」を周りから切り離して豊かさを追求することは、命の本質に反することである。「社会的孤立」の問題は孤立を必然的に生み出す社会と他者と切り離された「自己実現」という孤立に向かって突き進む1人ひとりの営みによる、社会的病理現象である。本質から組み立て直すことが、人為的・社会的に失われてきた関係を取り戻す基本となると述べている<sup>9)</sup>。

古村の指摘を本稿の関心によせて解釈すれば、「子どもが欲しい」という願いは、自己と回りを切り離しても追求したい願いであり、「子どもを得る」ということは、一種の自己実現に違いない。「子どもを得る」という願いを持つ者が自己実現するためにARTを用いることで、逆に社会的に孤立するという社会的病理現象の中に陥っ

てしまいかねないというのである。そうなってはならないだろうからこそ、社会的視点（本稿でいう社会連帯に基づく社会資本の投入の是非を見極める観点に関わる）を加味した議論が必要となる。

#### ②不妊相談のあり方

『「不妊に悩む方への特定治療支援事業」の実施医療機関指定要件指針について』で、同事業の実施医療機関の具備すべき施設・設備基準や実施医療機関の配置すべき人員の基準が示され、配置が望ましい要員として「胚培養士・コーディネーター・カウンセラー」が示されている。

ARTにかかる医療者は巻末資料7のとおりであり、福田(2002)は、卵子や精子・受精卵や胚を扱うエンブリオロジストの重要性を指摘している<sup>10)</sup>。また、JISART(2013)は、生殖補助医療を行う施設のための実施規定においてカウンセリングの重要性に鑑み、詳細なガイドラインを示している<sup>11)</sup>。平山(2013)は生殖医療における心理的援助の担当者ごとの特性を表2のように整理している<sup>12)</sup>。

表2 生殖医療における心理的援助の担当者

| 職種                                   | 特徴   | 心理的援助  | 限界・問題点                   |
|--------------------------------------|--|--|--------------------------|
| 遺伝カウンセラー<br>「治療施設と連携」                | 遺伝性疾患や生殖に関わる遺伝的問題の相談にのる                        | 遺伝学的情報提供による意思決定の援助                           | 担当者が少ない<br>相談スキルの不足      |
| コーディネーター<br>「治療施設に必要」                | 患者と生殖医療をつなぐ正確な医療知識を持った相談相手                     | 看護の専門性を生かしたかわり情報提供による意思決定の援助                 | 専門性の確立不足<br>心理的援助の専門性の不足 |
| 心理カウンセラー<br>「治療施設に配置が望ましいが独立性も担保すべき」 | 治療チームでありながら医療者とは一線を画し、生殖医療を相対化することで患者の自律性を取り戻す | 不妊であることや治療を受けることの人生への意味づけ<br>生涯発達の視点からの専門的援助 | 医学的知識の不足<br>配置コスト        |
| ピアカウンセラー<br>「社会資源として患者が利用可能であること」    | 不妊を体験した同じ立場として相談を受け孤立しがちな当事者を支える               | 当事者性を生かした共感的理解と意思決定の支援                       | 専門家ではないことによる守りのなさ        |

出典：平山(2013)

これをみると、不妊で悩む方への心理的サポートの必要性と重要性及び充実ぶりがよくわかる。その一方で巻末資料2が示すように、ART実施機関における専門職の配置は未だ不十分である。今後の課題として「数的充足」は残されたままである。

野呂（2013）は、医療における説明の難しさを次のように説明している。そもそも、IC 説明文書の説明を含め、医療者から患者への説明に難しい面があり、とりわけ①説明者と被説明者が「非対称の関係」にある、②患者の心身が健康ではない状態にある、③説明の内容が、命や健康にかかわる重要な問題であるため、説明が理解されなかったり、誤解されたりした場合の影響が大きいとしている<sup>13)</sup>。中村（2013）によれば、コミュニケーション教育の本質とは「人間としての成長にある」としている<sup>14)</sup>。つまり、医療コミュニケーションは、自分自身に気づき、その現状や問題を受け入れ、解決の方略を探し、不安ながらも決意し実行し、その結果を、勇気を持って自らが受け止める、そのプロセスが成長の過程であるとする。ART が子どもを欲すれば、医療者がその希望を何が何でもかなえてくれるかのような安易な解決ではなく、患者の人間としての成長に焦点をあてながら、専門技術や知識を提供する。そうした役割の中で、医療者は時に患者との対決も辞さない構えが必要になる。これが医療コミュニケーションの重大な働きであるという<sup>15)</sup>。これは、人びとの健康と幸福を使命とするプロフェッショナルのあり方に通ずる態度であるといえよう。ここで確認しておきたいことは、巻末資料6 に不妊相談の在り様と研修の指針が示されているが、それでもなお相談のあり方については上記のように議論の余地があることだ。

### ③啓発

不妊専門相談センター事業は、母子保健医療対策等総合支援事業のメニューとして実施されており、H25 予算案：約92億円とされている。この事業の対象者は「不妊について悩む夫婦等」であり、事業内容は(1)不妊について悩む夫婦に対し、専門的知識を有する医師などが、医学的な相談や心の悩みについて指導を行う。(2)不妊について悩む夫婦に対し、診療機関毎の不妊治療の実施状況などに関する情報提供を実施。(3)不妊相談を行う専門相談員の配置。(4)その他不妊相談に必要な事項とされている。所管の報告資料によれば、

○実施場所：医療機関、保健所等

○実施主体：都道府県・指定都市・中核市

○実施数：全国61ヶ所（H24）

○相談実績：H23＝22,093件（電話＝10,511件、面接＝6,830件、メール＝3,656件）

○相談内容：不妊症の検査・治療（6,779件）、費用や助成制度に関すること(6,507件)、不妊の原因（1,903件）、不妊治療を実施している医療機関の情報（1,724件）、家族に関すること（1,517件）、主治医や医療機関に対する不満（966件）、世間の偏見や無理解による不満（717件）

以上を現状とする不妊専門相談センター事業に関する検討会委員から出された課題と今後の方向性を要約すると次のとおりである。

・不妊専門相談センターは、相談者のニーズに沿ったものとするため、相談方法・開設日時や場所等工夫し、地域内の行政と連携し、利用者に広く知ってもらう必要がある。とりわけ、不妊治療を受けている方は医療機関で相談ができるので、そうでない方に対する支援が必要である。

・その一方で、インターネット環境が整備され、ウェブサイトでの相談の機会も増え、センター機能の形骸化が懸念される。なぜなら、センターごとの格差が大きく、必要な機能を果たしていないと指摘できるセンターもある。

委員の意見にもあるように、制度発足当初は他に相談機関がほとんどなく、インターネット上での情報提供も僅かであったことを受け、不妊専門相談センターは貴重な存在であったといえる。しかし、制度発足から数年、メディアの対応や社会情勢の変化で、従来のままの機能のみを有する同センターであれば、それは陳腐な存在でしかない。

## IV. 考 察

### ①政策上のサービスとしての金銭給付

利光（2012）は、わが国の1990年代における少子化問題への取り組みが、結婚や妊娠・出産に関する自己決定権を強調しつつ、仕事と子育ての両立のための環境整備推進など「男女共同参画社会の形成」を通して少子化対策を行うという理念のもとで進められたと整理している。その中で、「妊娠・出産にかかわる情報提供」「母子保健施策の推進」のひとつとして、「不妊治療の研究の推進」、「不妊治療に対する医療保険の適用の検討」、「不妊で悩む人々への専門的な相談や情報提供体制の整備」が取り上げられ、まずは「不妊専門相談センター」の整備が具体化されるなど、不妊への対応が少子化対策の中に着実に組み込まれていったと分析する。そして不妊治療を「受けない／やめる」の選択や子ども持たない選択への支援も含んだリプロダクティブ・ヘルスを保障する事業となる可能性も予期させた「不妊専門相談センター事業」は、少子化対策に組み込まれることで、不妊を「治療」することを前提とした医療相談へと姿を変えていったと議論を展開している<sup>16)</sup>。不妊専門相談センター事業は、女性のリプロダクティブ・ヘルスの選択肢の多様性を「産む」に画一化し、自己決定・自己実現に拍車をかけ、かつ画一的価値観を生み出したというのである。さらに利光は、2004年を境に「生命の選別」から「不妊治療」へと急激に重心を移していったのには、国の少子化対策がダイレクトな「妊娠・出産」支援という色合いを強め、その中で「不妊治療」が即効的効果を狙うものとして阿付され、経済的にも厚遇されるという趨勢が大きな影響を与えたと考えられるとも述べている<sup>17)</sup>。確かに即効性のある少子化対策を、強制ではなく自己決定

を尊重した行政サービスとして明示するには、「産みたいのに産めない人」に対する不妊治療支援は格好のものであっただろう。

福本(2008)によれば、これまで野放し状態であった不妊治療が、助成事業制度を通して標準化され、間接的とはいえ、国が全国規模でARTの実態を把握できる体制が出来つつあると推察している。そして、不妊治療に組み込まれた受精卵診断と少子化対策としての特定治療支援事業が接合するとき、その政策は「人口の量と質の両方の問題への対応能力」を持った「強力な人口政策ツール」に転化するという危惧を示している。つまり、具体的な国のコントロールは、公的助成制度導入を契機に、徐々に管理・統制を浸透させ、特定治療支援事業に参加できる医療機関は、定められた設備・人員等の指定要件を満たし、事業主体である都道府県等の指定を受ける必要が生じた。また、治療周期ごとに治療の内容・結果・妊娠の経過などを個別調査票に記して学会に提出し、厚生労働省は学会の協力を得て助成事業の全貌を把握するというコントロールの仕組みが成立したのである。これが社会資本を不妊治療に投入する意図であり、政策上のサービスとして提供されているゆえんであるという<sup>18)</sup>。換言すれば、国が人口動態を管理し、コントロール下に収める工夫が支援事業とあいまって構築されたのである。

## ②不妊相談は「人間の尊厳」を根幹として

日本脳性マヒ者協会全国青い芝の会総連合会(1995)による当事者運動は、「不妊治療」が「子どもが欲しい」という願いから「望ましい子ども」を求める願望へと変化し、さらに「不幸な子どもの生まれない運動」に取り込まれる形に抵抗した。この「不幸な子どもの生まれない運動」は、福祉国家建設に向かう途上で要請された福祉コスト削減のための「障害児の発生防止施策」の一環として行われたものであり、1970年代の羊水診断導入にいたる社会的基盤は、集団本位の優生学の要素が濃厚な国策として整えられたという認識のもと、抗議運動が展開された<sup>19)</sup>。

このような国による政策的国民誘導がなされたことを施策の動向から主張できるとすれば、特定治療支援事業に年齢制限を設けることは、利用者が「妊娠する」という成功率を重視したものであり、成功率への志向は、次第に量と質を求めるものへと転化していくことになるだろう。少子化対策の中で施策化されてきた本事業が量的充足を求めることに一定の理解を示すとしても、生まれてくる子の選別につながりかねない「質」を求めることに疑問を呈したい。生まれてくる子どもの「質」の選別が不妊「治療」の内部に埋め込まれて進行しているという危惧を拭い去るための施策的工夫が求められると考えるものである。

ここで立ち返るべきは「人間の尊厳」ではないだろうか。ドイツ連邦議会審議会(2004)によれば、ドイツ

においては、尊厳はすべての人間に帰属するという理解が一般に行き渡っている。「およそ人間というもの」にはすべて人間の尊厳がある。それゆえ「どのような人間」の尊厳も保護されている。「国籍、年齢、知的成熟、コミュニケーション能力」は取るに足らない事柄であり、知覚能力さえ前提とされないのだと指摘している<sup>20)</sup>。つまり、「生きるに値しない生命」も、社会が処分しても良いような「余計なお荷物」も決して存在しないということである。この見解を支持すれば、子どもの生まれがいかなる状態であろうとも「生まれることが不幸」なことである社会があってはならない<sup>21)</sup>。「生まれることが不幸」な社会こそ、ソーシャルワークでいう不正義な社会であり、そこでは社会的排除が是とされ、あるいは看過されているといわざるを得ない。このように考えると、不妊専門相談センターの相談機能の充実の方向性として、新優生思想を排除し、「生まれることが不幸」な子どもを社会的に解放し、生まれてくる子が無条件で尊重され、人間としての尊厳を持つという理念のもとで事業が提供される必要があると考える。つまり、同センターの相談員は人間の尊厳にかかる厳粛性と揺るぎない価値観を有する者である必要性が高い。そして、そのための教育を十分に施されている必要がある。

生まれてくる子がどのような状態であろうとも無条件に尊重され、人間としての尊厳を持つという理念のもとに子どもを生み、育てることを価値とするべきは、不妊に悩み子どもを望むカップルだけに強調されるべきことではない。わが国は1994年に「今後の子育て支援のための施策の基本的方向性について(エンゼルプラン)」において、社会全体で安心して子どもを生み育てられる社会の実現をめざす方向に舵が切られた。本事業の推進もこの一環に位置づけられ、推進されてきたことは先に見たとおりである。とすれば、第一義的には子どもを望むカップルの問題でありながら、親戚等を含む身内や地域、学校、職場においても、ここに掲げた理念が浸透し、具現化されていくための方策が講じられるべきである。また、先にみた利光の主張に立ち返れば、施策の実現は税金(社会資本)の投入であり、税金の投入とは社会連帯の理念に基づく社会的合意の実行であらねばならない。そうであるならば不妊治療の結果、「ハンディを負った児」が誕生した場合における社会的圧力(=差別や偏見による排除)が当事者を苦しめることのない社会の実現をめざさなければならないだろう。そうしなければ、ドイツ連邦議会審議会(2004)の次の指摘を否定できない。

本人たちの能力をできるだけ長く維持できるように、連帯社会にできるだけ負担をかけないよう、できることなら本人たちと同じ「遺伝子的ハンディ」を持った子どもが生まれないよう、暮らし方を本人たちの遺伝子的素質に合わせて欲しいという期待がまかり通ってしまうかもしれない<sup>22)</sup>。



### ③地域間格差を乗り越える啓発事業の実施を

社会的圧力の危険は、表向きは法で自発性の原理で緩和されており、社会的圧力に抗する力として「自己決定・自己責任」が強調される。このことは、現在の社会福祉関連法体制化においては、より一層懸念される。それは2010年に策定された子ども・子育てビジョンやそれに続く子ども・子育て関連法が、施策の地域化を進めていることから伺えることである。つまり、「社会全体での子育て」という議論には「地域の実情に応じて」という条件が付され、多くの支援事業が選択可能なメニューと化したことと連動する。施策の実施責任が市町村という市民の身近な地域で展開されればされるほど、利便性や効果は向上するものの、市町村のマネジメント力や戦略力、財力（人材力含む）に左右された支援事業の実施になりかねないのであり、公正で公平であるべき行政サービスにバラつきが生じる結果を生起させる。ARTに関連する領域は、未だ特殊な教育を受けた一部の専門家に、情報とエビデンスが集中している。そこでは不妊専門相談センターの課題と今後の方向性にかかる検討会委員の指摘にみられるように、都道府県や市町村間の上記の支援力の格差ははなはだ大きい。地域間格差は、相談業務においてはとりわけ人材力に顕著に現れる。ARTに関わる求められる人材力として、遺伝カウンセリングの基礎的知識の浸透が課題となる。ゆえにここでは、前項でみたように障害当事者の懸念を踏まえて「遺伝子差別」を取り上げる。

「遺伝子差別」とは、遺伝的に備わっているものを理由に、ある人に対してなされる不当に不平等な扱い。健康であるか、又は遺伝子素質が原因で軽い症状が出ているだけで健康や働きが制限されていないような個々人やその家族が、事実上遺伝子的に区別されたり遺伝子的な区別が予想されたりする場合に生じる。具体的に「遺伝子差別」の起こりうる状況とは、「『遺伝子の状況についての』知識や認識が発生し、その知識を評価し利用して、仕事を配分したり『社会的な設備・制度を』利用したりする機会を分配する際」が想起できる<sup>23)</sup>。これを子ども期に引き寄せて換言すれば、現在も進められているARTで生まれた子どもの成長に関する調査研究とも関わり、精緻なデータが示されれば示されるほど、ARTで生まれた子どもたちを特定の集団、あるいは関係者を含めた特定コミュニティが形成され、他の生まれに関する物語を持つコミュニティと対峙することになり、「遺伝子差別」が生じる可能性を否定できない。

さらに留意すべきは、遺伝子情報には一連の特性があることである。人格権の侵害（スティグマ化から、雇用関係や保険計画からの排除に至るまで）を防止するため、遺伝子情報の特性が乱用されないように遺伝子情報を保護することが必要であろう。なぜなら、

- 1) 遺伝子情報は、その遺伝子を持っている本人にすら、その情報量がわからないことが多いので、とりわけ

配慮が必要とされる。

- 2) 遺伝子情報は容易に入手できる。遺伝子分析法で本人の知らないうちに遺伝子情報を集めることが理論的には可能であるため、遺伝子情報を第三者による不当な進入から絶対的に保護することは原則的には不可能である。
- 3) 遺伝子情報は、将来的にどんどん多くの場所に蓄積されていく。遺伝子情報が、被験者が同意していない目的に二次利用される危険がある。
- 4) 遺伝子情報はさらに、状況によっては第三者の関心もひく。遺伝子情報は、状況によっては、本人だけ得なく、それ以外の人びとや機関(家族、民間企業、雇用者、保険会社、学術機関など)にとっても関心の対象となる<sup>24)</sup>。

こうした遺伝子情報の保護をいかに進めるのか、当事者の知る権利や自己の情報をコントロールする権利と折り合いをつけるのか、今後の課題は重い。したがって、こうした危惧に対する明確な倫理観をもった専門職が、不妊専門相談センターに配置されなければならない。そして、人間の生命の最も貴重で豊かな可能性を保持するという理路も選択肢として示していけることが大切だろう。

### ④社会連帯を生起させる「ケア」の可能性

そうした理路を形成する概念として、筆者は「ケア」概念に注目したい。

ケアという人間力に支えられたジェネラティヴィティの発揮は次世代支援という新たな次元を切り開く。ジェネラティヴィティの原型は子どもを産み育てることである。親は子どもを養育し、世話をし、教育し、そして自立させて解き放つ。しかし、ジェネラティヴィティは家族という私的な領域を超えて、公的な領域においてもその効果を発揮できる。自分の子どもに対する世話、近隣にいる子どもに対する世話、そして遠くにいる子どもに対する世話と広がりゆくことによって、私的なジェネラティヴィティはより公共的なそれへと展開してゆく（今田<sup>25)</sup>：2013）。吉田（2007）は、ケア関係の中には辛苦・喜がある。他者をケアすることの中に、自己の喜びを感受する。そうした目の前の他者（汝）へのケアの経験が個人とコミュニティをつなぐことができる頼み綱になると指摘する<sup>26)</sup>。

ソーシャルワークは「今、ここ」での問題に着目し、当該対象（者）の過去・現在・未来を想像し、創造的な働きかけを行う。筆者は、生殖にかかる物語をターゲットとするソーシャルワークによる創造的な働きかけとして、以下の観点から「未来世代（今後、生まれてくる子どもたち）へのケア」を考えている。

三浦（2003）は、日本社会における価値観が社会福祉理念に伝統的に取り込まれながら今日に至っているという側面があると指摘する。例えば、相互扶助や愛他主義

など「憐れむべき者」「恵まれない者」への施与、保護、救済という援助行為に結びついてきた。相互扶助は地縁・血縁の共同体として、現在でも地域性を帯びつつ浸透している。また愛他主義は慈善的救済と深く結びついていると、地域における福祉の結びつきを原理的に説明している<sup>27)</sup>。ここにみる福祉的活動の原則は「互恵性」であり、互恵性と近似する意味をもつ概念に「互酬性」がある。互酬性とは、ボランティアズムの1つの精神性である。互酬性にかかる倫理的な検討を加えれば、M.シューメーカー(2001)は「互酬性＝お返し」であり、義務と同じような強い道徳的な責務を含意しないと述べている<sup>28)</sup>。そうであるならば、互いに対等・平等でありながら双方を支えるという要素が互恵性には含まれており、「ケア」という概念に行き着く。高橋(2004)は、ケアに互恵性が含まれると述べ、日本的なケアには見返りが期待され、多くの場合、ケアするものは見返りを求めない聖人ではないことが日本のケアであるとする。その意味からケアとは本来、「ケアする側とされる側の双方にとっての『よき関係』の形成」であるとする<sup>29)</sup>。

生まれてくる子どもを「未来世代」と捉え、未来世代への「ケア」を検討する際、やはりケアの本質を見極めようとしたM.メイヤロフ<sup>30)</sup>やM.C.ローチ<sup>31)</sup>の見解を看過することはできない。彼女らの論を援用すれば、先にふれた「自己決定・自己責任」の難点を乗り越えられる可能性がある。そこにはケアリングという観念の具現化を志向するという理路が付加される。つまり、不妊で悩む方及びその家族等が「子どもを得たい」という願いに対する他者のケアは、未来世代へのケアであり、社会連帯の視点から肯定され、社会資本の投入を容認することにつながる。これが「未来世代へのケア」であり、不妊で悩む方及びその家族等と他者である市民とのケアリングである。

以上のような検討を踏まえて、①ケアという理念の普及、②ケアリングという実践の広がり、さらに③不妊「相談」を担う専門相談者の養成の必要性、を主張したい。それによって始めて、不妊は私的苦悩ではなく、社会連帯のもとでケアすべき事柄として社会化されていくものと考えられるものである。

## V. 結論

本稿の結論は、不妊で悩む方及びその家族等が「子どもを得たい」とする願いを叶えていくための、きめ細かな施策の展開についてである。それは、社会連帯のもとで社会資本の投入によりなされていくことが求められる。それによって、「未来世代へのケア」という理念が達成できる。また、それが他者とのケアリングという関係下にあるという観点から構築される時、妥当性が高まるというものである。その実現のためには、①国の人口政策に基づく、個人のリプロダクティブ・ヘルスへの介入

とコントロールを最小限にとどめること、②「子どもを得たい」と願う方及びその家族等と他者としての市民とのケアリングを構築していくことを、当該関係者の生活圏域である市町村レベルで総合的に進めることが重要となろう。この2点を達成するための今後の施策上の工夫として、①不妊専門相談センターの機能の拡充、つまり、いつでも誰にでも情報提供ができる体制とシステムの構築と②専門的援助者の量的充足と人間の尊厳を根幹とするコミュニケーションを展開できる力など質の向上に係る教育システムを構築していくことである。

今後、さらに「不妊」ということが人々の日常生活に色濃く関わってくることでありと認識するならば、それはまさに社会福祉の対応すべき事柄である。その際、社会福祉が不妊にかかわる専門的援助者チームの中で、不妊に悩む方及びその家族等や生まれてくる子どもの権利の擁護者(システム)として、求めに即した機能を発揮できるように今から準備を進めていくこと、これが社会福祉における今後の課題であろう。

本研究は、平成23～25年度科学研究費助成事業(基盤研究(C))、課題番号23530773、研究課題「第三者の関わる生殖技術とソーシャルワーク」により実施した研究の一部である。

## 参考文献

- 1) レオン・R・カス編著／倉持武監訳(2005)『治療を超えて バイオテクノロジーと幸福の追求 大統領生命倫理評議会報告書』青木書店、5
- 2) 日本子ども家庭総合研究所編(2013)『日本子ども資料年鑑 2013』KTC 中央出版、108
- 3) 石原理(2012)「生殖医療の倫理と法規制の国際的現況」日本学術協力財団『生殖補助医療と法』58
- 4) サラ・フランク(2008)「デザインでよりよく？」上田昌文・渡部麻衣子編『エンハンスメント論争』社会評論社、84
- 5) 齋藤英和(2013)「生殖補助医療の現状からみた特定不妊治療助成のあり方」第1回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。
- 6) 日本生殖医学会『日本生殖医学会雑誌』57(4)、167(高齢不妊症患者に関する治療結果が青木洋一、宗晶子、勝股克成、三宅友子らの各研究班によって報告されている。)
- 7) 河合蘭(2013)『卵子老化の真実』文藝春秋、15
- 8) 放生勲(2006)『妊娠力をつける』文藝春秋、41
- 9) 古村伸宏(2013)「ケアと協同労働－『働く』ことの人間性と社会性を結んだ労働のあり方」広井良典編著『講座ケア ケアとは何だろうか』ミネルヴァ書房、285
- 10) 福田愛作(2002)「本邦での生殖補助医療(Assisted Reproductive Technologies: ART)におけるエンブ



リオロジストの役割とその現状」第12回厚生科学審議会生殖補助医療部会提出資料

- 11) JISART (Japanese Institution for Standardizing Assisted Reproductive Technology, 日本生殖補助医療標準化機関) (2013)「JISARTにおける生殖補助医療を行う施設のための実施規定」
- 12) 平山史朗(2013)「生殖医療における心理的援助を理解するために」第2回不妊に悩む方への特定治療支援事業のあり方に関する検討会提出資料
- 13) 野呂幾久子(2013)「医療における患者への説明－インフォームド・コンセントのための説明文書－」石崎雅人・野呂幾久子編『これからの医療コミュニケーションへ向けて』篠原出版新社、117
- 14) 中村千賀子(2013)「医療コミュニケーション教育ビデオ作成プロジェクトから得たこと」石崎雅人・野呂幾久子編『これからの医療コミュニケーションへ向けて』篠原出版新社、180
- 15) 同上
- 16) 利光恵子(2012)『受精卵診断と出生前診断 その導入をめぐる争いの現代史』生活書院、196
- 17) 同上
- 18) 福本英子(2008)「少子化対策と生殖補助医療を考える」日本社会臨床学会編『「新優生学」時代の生老病死』現代書館、173
- 19) 日本脳性マヒ者協会全国青い芝の会総連合会(1995)「遺伝子診断の中止と話し合いの申し入れ書」他
- 20) ドイツ連邦議会審議会答申／松田純監訳(2004)『人間の尊厳と遺伝子情報』知泉書館、4
- 21) 同上、17
- 22) 同上、84
- 23) 同上、90
- 24) 同上、92
- 25) 今田高俊「ジェネラティビティとケア－世代間交流の視点から－」(2013)西平直編著『講座ケア ケアと人間』ミネルヴァ書房、36
- 26) 吉田敦彦(2007)『ブーハー対話論とホリティック教育－他者・呼びかけ・応答』勁草書房
- 27) 三浦文夫・宇山勝義(2003)『社会福祉通論 30 話』光生館
- 28) M・シューメーカー著／加藤尚武・松川俊夫訳(2001)『愛と正義の構造－倫理の人間学的基盤』晃洋書房
- 29) 高橋隆雄(2004)「生命と環境の倫理－ケアによる統合の可能性－」高橋隆雄編著『生命と環境の共鳴』九州大学出版会
- 30) M・メイヤロフ著／田村真・向野宣之訳(1996)『ケアの本質－生きることの意味－』ゆるみ出版
- 31) M・シモースローチ著／鈴木智之・森岡崇・操華子訳(1996)『アクト・オブ・ケアリング－ケアする存

在としての人間』ゆるみ出版

## 資料

### 資料1：不妊治療をめぐる現状

#### 1-1. 日本の出生数と合計特殊出生率の推移

平成23年は、出生数105万806人、合計特殊出生率1.39。平成17年に1.26と過去最低を記録してから微増傾向にあるが、なお楽観できない状況。

(厚生労働省「人口動態統計」、総務省「平成23年10月1日現在推計人口」)

#### 1-2. 母親の年齢(割合)の推移

およそ10年間で、母親の年齢が35歳以上の出産の割合は倍増している。

母親が35歳以上での出産の割合：H12=11.9%、H23=24.7%

母親が40歳以上での出産の割合：H12=1.3%、H23=3.6%

#### 1-3. 不妊治療について

##### 1-3-1. 保険が適用されている不妊治療

- ①排卵誘発剤などの薬物療法
- ②卵管疎通障害に対する卵管通気法、卵管形成術
- ③精管機能障害に対する精管形成術

##### 1-3-2. 保険適用されていない不妊治療

- ①人工授精、②体外受精

##### 1-3-3. 体外受精による出生児の推移

| 年    | 体外受精出生児数<br>(人) | 総出生児数<br>(人) | 割合<br>(%) |
|------|-----------------|--------------|-----------|
| 2004 | 18,168          | 1,110,721    | 1.64      |
| 2006 | 19,587          | 1,092,674    | 1.79      |
| 2008 | 21,704          | 1,091,156    | 1.99      |
| 2010 | 28,945          | 1,071,304    | 2.70      |

(日本産科婦人科学会による集計。人口動態統計。)  
出典：厚生労働省(H25.5.27)「第2回 不妊に悩む方への特定治療支援事業のあり方に関する検討会」における資料の抜粋

### 資料2：特定治療支援事業の現状

#### 2-1. 支給実績と予算額

2004年度=17,657件(2,540百万円)／2011年度=112,642件(9,871百万円)

#### 2-2. 特定治療支援事業の実施施設数=570施設(H24年度末)

#### 2-3. 特定治療支援事業・実施医療機関アンケートの概要[回答数=304(病院=129、診療所=175)]

##### 2-3-1. 施設・設備

・分娩設備を有している施設=病院が94%、診療所が30%、  
・採精室を有している施設=病院が64%、診療所が84%、  
・カウンセリングルームを有して

いる施設＝病院が 81%、診療所が 89%、  
・倫理委員会を設置している施設＝病院が 98%、診療所が 73%

2-3-2. 人員配置

(1)産婦人科医（実施責任者、実施医師）の数

- ・医師数：診療所＝1～4名が9割以上／病院＝5名以上が4割超、  
・専従の日本産科婦人科学会専門医がいない施設＝病院で45%、診療所が21%
- ・日本生殖医学会認定生殖医療専門医がいない施設＝病院が46%、診療所が65%

(2)看護師の数

- ・不妊治療に専従の看護師が配置されている施設＝病院が36%、診療所が67%、  
・不妊症看護認定看護師が配置されている施設＝病院が26%、診療所が10%、  
・母性看護専門看護師が配置されている施設＝病院が8%、診療所が3%

(3)いわゆる胚培養士

- ・専従の胚培養士が配置されている施設＝病院が62%、診療所が79%

(4)いわゆる不妊コーディネーター

- ・不妊コーディネーターが配置されていない施設＝病院が57%、診療所が53%

(5)いわゆる不妊カウンセラー

- ・不妊カウンセラーが配置されていない施設＝病院が47%、診療所が39%

資料3：特定治療支援事業等に関する地方自治体（都道府県・指定都市・中核市）の取組状況（平成25年2月母子保健課調べ）

3-1. 特定治療支援事業の周知・広報

広報誌やホームページによる周知は全ての自治体で行っているが、不妊専門相談センターや医療機関の待合室での周知を行っていない自治体が1割以上あった。

3-1-1. 自治体の広報紙・ホームページ等に掲載 108自治体（100.0%）

3-1-2. 不妊専門相談センター・保健所・保健センター等でポスター掲示やチラシ配布（88.9%）

3-1-3. 医療機関の待合室等でポスター掲示やチラシ配布（86.1%）

3-1-4. 地元の新聞・情報誌、テレビ等で周知広報（26.9%）

3-1-5. 不妊当事者の自助グループなど民間グループへの周知広報協力の依頼（2.8%）

3-1-6. 問合せがあれば説明するが、特段の広報はしていない（0.0%）

3-2. 不妊に関する知識等の周知・広報

不妊に関する正しい理解の周知・広報を実施している自治体は5割に満たない。

3-3. 申請者からの苦情：ほぼ半数の自治体が、「制度を知らなかった」「もっと早く知りたかった」といった苦情を受けている。

3-4. 医療機関新規指定の際の審査：6割程度の自治体が新規指定時に専門家による現地調査を行っている。

3-5. 医療機関の再審査等：約7割の自治体が、再審査時に専門家による現地調査を行っている。

3-6. 給付実績の管理処理（管理の状況）：申請受付から助成金交付までの平均処理日数にばらつきがあり、14日以内が6.5%。60日以上自治体も2.8%ある。

資料5：厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課（H19.3.1）「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報告書」

5-1. 特定不妊治療費助成事業の助成対象の範囲

助成金があるがために妊娠・出産の可能性の低い特定不妊治療を続けて健康を損ねる患者を減少させるとともに、限られた事業費用の効率的・効果的な活用に資するため、助成対象を一定範囲に限定する。

資料4：諸外国における体外受精に対する経済的支援の状況

|      | アメリカ     | カナダ  | イギリス  | フランス  | ドイツ   | スウェーデン | 韓国        |
|------|----------|------|-------|-------|-------|--------|-----------|
| 種類   | 助成       | 税    | 税     | 社会保険  | 社会保険  | 税      | 助成        |
| 実施主体 | 州政府      | 自治体  | NHS   | 保険者   | 疾病金庫  | 県      | 自治体       |
| 支援額  | 年収の10%まで | ?    | 100%  | 100%  | 50%   | 5千円/回  | 18万円/回    |
| 対象回数 | 2回       | 3回   | 3回    | 4回    | 3回    | 2～3回   | 4回        |
| 対象年齢 | 21～44歳   | 制限なし | 42歳以下 | 42歳以下 | 40歳以下 | 39歳以下  | 44歳以下     |
| 所得制限 | 1950万円未満 | なし   | なし    | なし    | なし    | なし     | 世帯平均の150% |

出典：厚生労働省（H25.5.27.）「第2回 不妊に悩む方への特定治療支援事業のあり方に関する検討会」資料より一部改変

採卵準備中に体調不良等のため治療を中止した場合、または、投薬を行っても卵胞が発育しない等により採卵に至らず治療中止した場合は、助成対象から除外する。なお、患者の年齢や治療回数により助成に制限を付すことについては、今後、不妊治療の成果・予後等の研究の結果、年齢ないし治療回数と妊娠率・出産率の相関等について十分なデータを得た上で、医学的・社会的妥当性が認められた場合に、検討すべきである。

5-2. 附帯意見

5-2-1. 本事業の全国的な実績・成果の把握について

生殖補助医療による治療を受けた患者及び生まれた児に係る情報に関しては、将来的には、国、あるいは国に準ずる期間が一元的に管理すべきである。

5-2-4. 本事業の助成対象の範囲について

今後、本事業の実績・成果に関するデータが集積し、本事業の助成対象に一定の制限を付すことに医学的・社会的妥当性が認められる場合には、助成対象の範囲について再度検討を行うべきである。

資料6：平成17年8月23日付雇児発第0823001号「母子保健医療対策と総合支援事業の実施について」

6-1. 趣旨：近年の少子化、核家族化、女性の社会進出等に伴い、子どもが健やかに生まれ育つための環境づくりの推進を図ることは重要な課題であり、その中心的役割を担う母子保健医療対策の充実強化が求められている。

母子保健医療対策等総合支援事業は、このような課題に対応し、次世代育成支援対策の推進等に必要な総合的な施策を実施するものである。

6-2. 事業内容

6-2-3. 生涯を通じた女性の健康支援事業

6-2-3-1. 事業内容等

- ①健康教育事業 ②女性健康支援センター事業
- ③不妊専門相談センター事業

(7) 事業内容

- a 夫婦の健康状況に的確に応じた不妊に関する相談指導
- b 不妊治療に関する情報提供
- c 不妊相談を行う専門相談員の研修
- d その他

(イ) 不妊相談を行う専門相談員の研修内容

- a 不妊相談の進め方
- b 不妊の原因
- c 不妊の検査方法
- d 不妊の治療方法：排卵誘発剤の使用法・副作用、体外受精・胚移植
- e その他

(ウ) 周知徹底

(イ)事業推進上の留意事項

都道府県が設置する不妊専門相談センターと、同一都道府県内の指定都市・中核師が設置する不妊専門相談センターとの間などにおいて、例えば専門医等による相談対応、社会福祉・心理の専門家による相談のほか、不妊の当事者によるグループ活動やピアカウンセリングの実施など、役割分担や連携を図る等の工夫を図ることが望ましい。

委員会受理日 2014.2.17

資料7：関係団体の専門資格の概要

| 資格名           | 認定機関                 | 教育                    | 経 験                |
|---------------|----------------------|-----------------------|--------------------|
| 生殖医療専門医       | 日本生殖医評価・認定機構。日本生殖医学会 | 2010. 新・生殖医療専門医制度     | 467名<br>認定研修施設=145 |
| 生殖医療コーディネーター  | 日本生殖医学会              | 講習会。書類審査。<br>5年毎更新    | 76名<br>看護師免許       |
| 母性看護専門看護師     | 日本看護協会               | 看護系大学院修士課程修了者。書類審査と試験 | 44名<br>実務5年以上      |
| 不妊症看護認定看護師    | 日本看護協会               | 615時間以上<br>筆記試験       | 120名<br>実務5年以上     |
| 認定臨床エンブリオロジスト | 日本臨床エンブリオロジスト学会      | 5年毎更新                 | 570名<br>理科系大学卒     |
| 生殖補助医療胚培養士    | 日本哺乳動物卵子学会           | 5年毎更新<br>筆記試験+面接      | 850名<br>医系修士       |
| 生殖医療管理胚培養士    | 日本哺乳動物卵子学会           | 5年毎更新<br>書類審査+口述試験    | 11名<br>医系博士        |

出典：厚生労働省（H25.5.27.）「第2回 不妊に悩む方への特定治療支援事業のあり方に関する検討会」資料の一部改変



## The social welfare perspective on the specific medical treatment for the people who are suffering infertility

Jun MIYAJIMA

**Abstract :** In May, 2013, Ministry of Health, Labour and Welfare in Japan set up a study group to study the relationship between childbearing age and childbirth risks. The goal of this study group was to discuss and establish a safe and secure policy of a foundation for the future.

The objective of this research is to examine the governmental involvement in establishing the system to satisfy the needs of couples who are suffering from infertility.

The conclusion obtained from this study were the following: 1) It is necessary for the government to improve the functions of the Infertility Counselling Centre to provide required information to all consultants at all times, and 2) It is necessary for professional social workers to keep their sense of fulfilment and also it is necessary for the government to establish the educational system to teach better communication skills to professional social workers.

**Keywords :** Infertility, Public Support, Social Welfare, Rights, Socialization