



黒川清に両政策提言を手渡した南野大臣(左)・島田晴雄両委員長

日本医療政策機構(黒川清代表)では、東京大学先端科学技術研究センターと共催で、二〇〇五年三月十二日に「少子化と女性の健康」に関するシンポジウムを開催し、二つの政策提言を発表した。一つは「少子化と女性の健康」

●日本医療政策機構 「少子化と女性の健康」委員会※

少子化対策に不可欠な医療政策の視点 「少子化と女性の健康」

Part 1

(黒川清委員長)、そしてもう一つは「女性の雇用と健康政策」(島田晴雄委員長)である。

当日は、南野知恵子法務大臣・内閣府特命担当大臣(青少年育成および少子化対策)による開会の辞からスタートし、野田聖子衆議院議員、古川元久衆議院議員、西室泰三日本経団連副会長・社会保障委員長、苗村光廣厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長、近藤正晃ジェームス東京大学特任助教(コーディネーター)が政策提言の内容についてパネルディスカッションを行った。

二回の連載の第一回は、一つ目の政策提言である「少子化と女性の健康」の要約である。

より詳細な政策提言の本編は

www.healthcare-policy.org よりダウンロードができる。

要旨

少子化対策においては、経済・社会的要因を克服するための援助に加え、精神・身体的要因に対する保健医療的視点からの施策が必要である。不妊治療の充実、母体を損ね妊娠の妨げとなる性感染症・中絶の防止、ならびに妊娠のための新技術に関する法制度の整備の三項目を重点的に推進することにより、理想の子供数(二・五六人)と予定子供数(二・一三人)のギャップを埋め、理想に近づけるとともに、更なる少子化を食い止めることができるであろう。

※「少子化と女性の健康」委員会

●研究会メンバー

委員長：黒川清(日本医療政策機構代表理事、日本学術会議会長)／主査：近藤正晃ジェームス(日本医療政策機構理事、東京大学特任助教)／研究員(50音順)：永田亜美(日本医療政策機構研究員)、堀成美(東京都立駒込病院感染症科看護師)。

●ピア・レビュアー(50音順)

北村邦夫(社団法人日本家族計画協会クリニック所長)、近藤潤子(社団法人日本助産師会会長)、森巨(財団法人医療科学研究所理事長、前日本医学会長)

日本は世界で最も

出生率が低い国の一つ

少子化の進展により、日本の合計特殊出生率は二〇〇三年には一・二九と過去最低の水準となり、人口置き換え水準の二・〇七を大きく下回っている(図1)。わが国の出生率は、欧米先進諸国であるG7の中でも、イタリアを除いて最も低い。アジアの中では、香港、韓国など日本よりも出生率が低い地域も存在するが、現在の

日本の下降傾向が続けば、世界中で最も少子化が進行した国の一つとなることは間違いない。

個人あるいはカップルの理想出生数の実現のために

こうした少子化の進展に対して、高齢化と相まって社会保障費の負担が高まり、経済力が低下するといった問題意識から、出生率を上げるべきだとの意見が経済界などにある。一方では、江戸時代までの日本の人口は現在の四分の一以下であったこと、そして日本の平地での人口密度が世界的に見ても高水準にあることを踏まえ、人口密度と相関の強い環境破壊を制限するためにも、むしろ人口が減少し続けることが望ましいという意見も存在する。

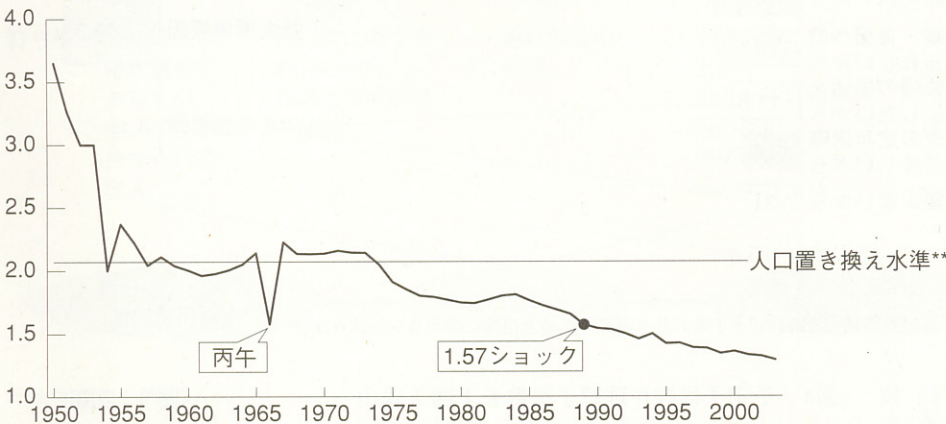
前記二つの視点は、一見相反する視点ではあるが、「社会の目的を達成するために出生の方向性を政策的に誘導する」という発想においては共通している。しかし本研究においては、経済や環境の政策目標のために出生を誘導するという発想ではなく、個人あるいはカップルが望んでいる出生数に現

在の出生数が達していないという点を最大の課題点として、国民の理想出生数を実現するための政策を提言していくものである。

第一に経済的要因、第二に保健医療的要因

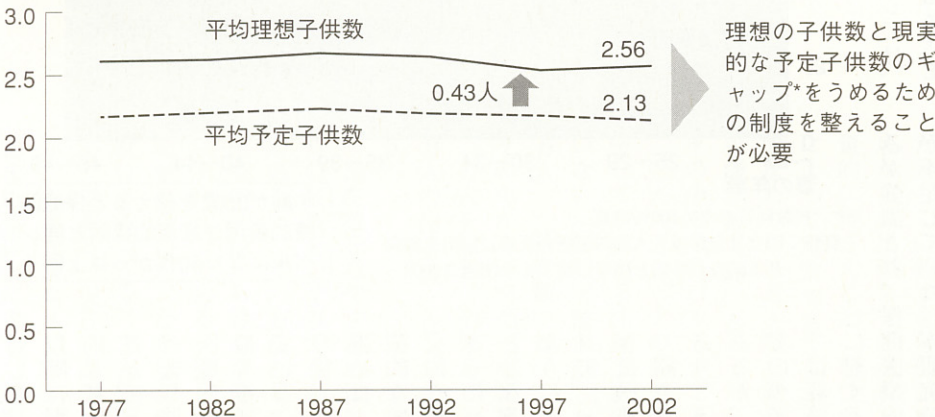
日本のカップルの理想子供数は二・五六人であるが、予定子供数は二・一三人と〇・四三人も下回っている(図2)。予定数が理想

図1 合計特殊出生率*の推移 1950-2003



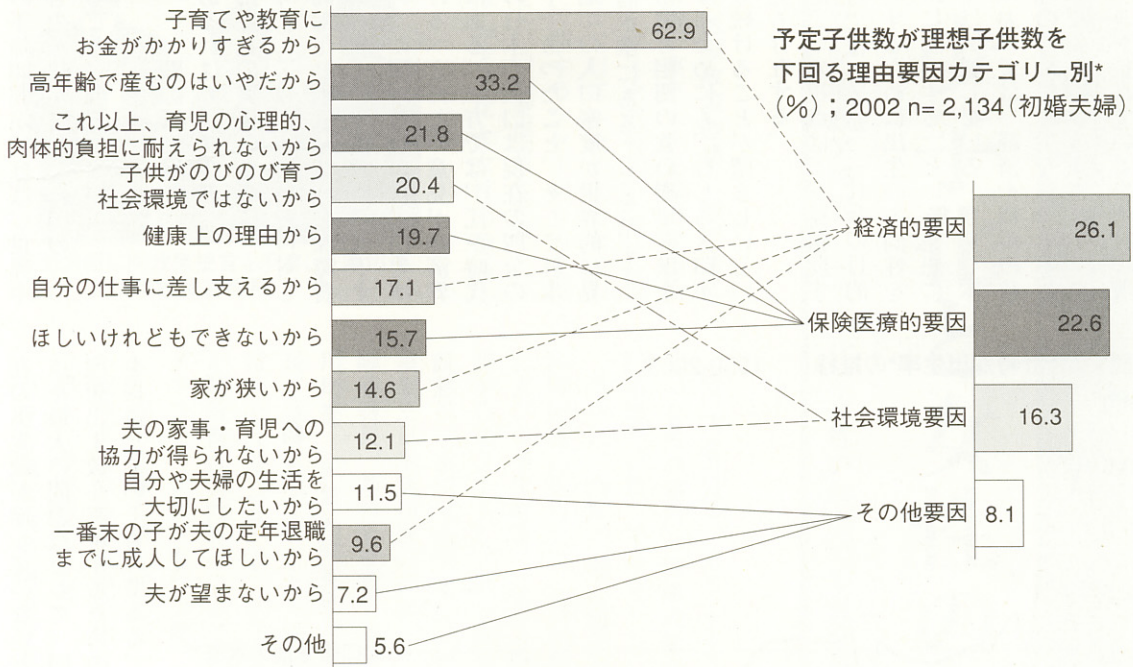
* 15歳から49歳までの女子の年齢別(年齢階級別)出生率を合計したもので、1人の女子が仮にその観察期間の年齢別(年齢階級別)出生率で一生の間に産むとしたときの子どもの数に相当し、人口動態の出生の傾向をみるときの主要な指標(厚生労働省より)
合計特殊出生率=(母の年齢別出生数/該当年齢日本人女子人口)の15歳~49歳の合計(都道府県別は、5歳階級で算出し、5倍したものを合計している)
** 人口を維持できる水準(2.07):国立社会保障・人口問題研究所
資料:国立社会保障・人口問題研究所

図2 平均理想子供数と平均予定子供数 (%) 1977-2002 n=6,634



* 11,944,647世帯(平成12年時点)とすると、ギャップがすべて埋まれば5,136,198人の子供が増加することになる
資料:国立社会保障・人口問題研究所第12回出生動向基本調査 結婚と出産に関する全国調査2002、国勢調査(平成12年)

図3 予定子供数が理想子供数を下回る理由* (%) ; 2002 n = 2,194 (初婚夫婦)

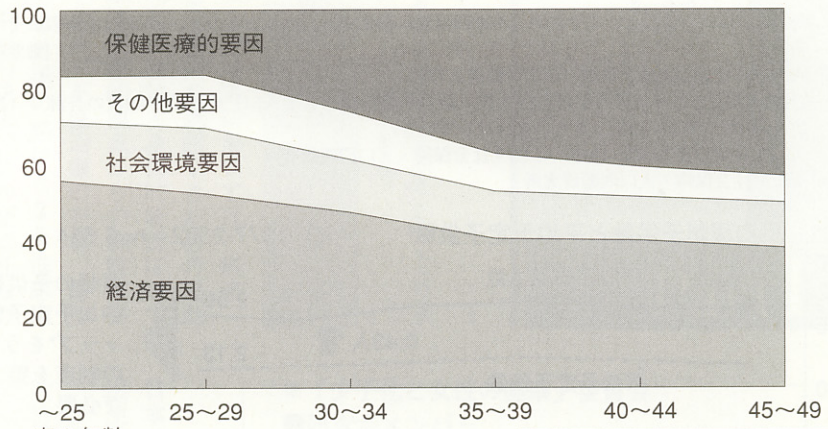


* 複数回答

資料：国立社会保障・人口問題研究所第12回出生動向基本調査 結婚と出産に関する全国調査2002

数を下回っている理由としては、経済的な要因が二六%で最も大きい。第二の要因の保健医療的な要因は二三%であり、ほぼ同水準の重要性がある(図3)。年齢別に見ると、二五歳までは経済的な要因の重要性が際立って高いのに

図4 予定子供数が理想子供数を下回る理由 (%*) ; 2002



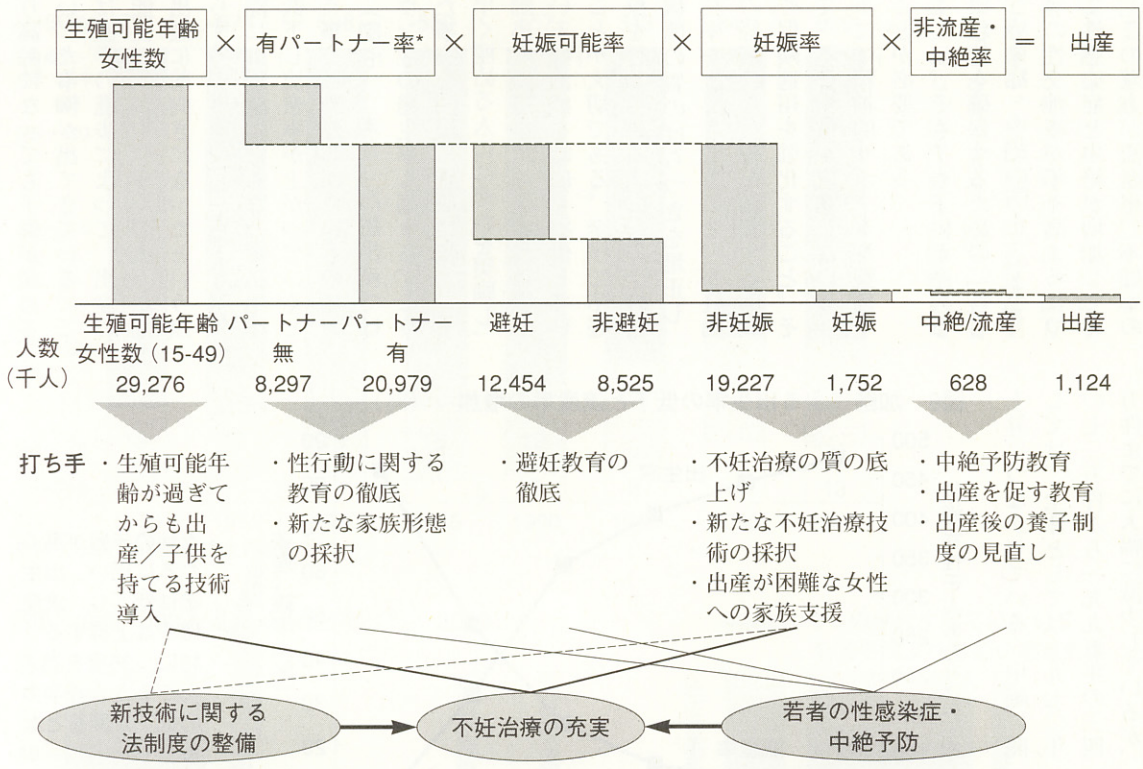
* 複数回答のため100%換算
 資料：国立社会保障・人口問題研究所第12回出生動向基本調査 結婚と出産に関する全国調査2002

年齢が35歳を超えると保健医療的要因が経済的要因と同レベルになり40代からは上回る

みが強調され、保健医療的な視点が不足していた。本研究においては、これまで不足していた保健医療的な要因に着目して政策提言を行うことで、よりバランスが取れた、効果的な少子化対策の形成に

対して、三〇代以降は保健医療的な要因の重要性が高まり、四〇歳以降は保健医療的な要因が最も重要となっている(図4)。今後、高齢化が進めば、保健医療的な要因の社会的な重要性はさらに高まることとなる。このように、少子化対策において、保健医療的な取り組みは重要であり、不可欠であるが、これまでの少子化対策では経済的要因に対する政策の

図5 保健医療政策における考え方と施策



*性交経験率も考慮に入れた。

資料：平成12年国勢調査第5表、第12回出生動向調査独自調査（国立社会保障・人口問題研究所）、毎日新聞社「第25回全国家族計画世論調査」（2000年）、M E N K E N J, TRUSSELL J, LARSEN U. Age and infertility. Science, 1986;233:1389-94. (Advanced-Maternal Age - How Old Is Too Old? Linda J. Heffner, M.D., Ph.D. NEJM 2004 NOV4の図より概算)、James Trussell et al. (2000). Contraceptive Technology - 18th Edition, New York: Ardent Media, On-press.、H15人口動態調査、衛星行政報告例、BMJVOLUME320 24 J U N E 2000、H15人口動態調査 上巻出生第4.6表 & 第4.31表 / 中巻出生第16表

出生率を上げるための

三つの重要な保健医療政策

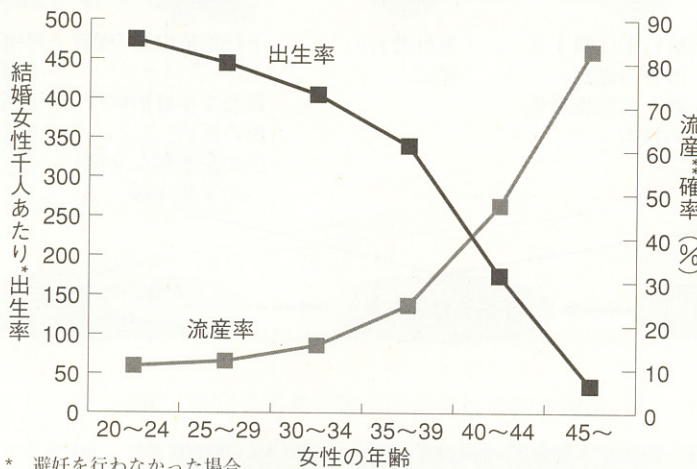
現在の出生数は一・二万人程度だが、この数字を保健医療的な観点から、出産までの流れとして定量的に押さえると、幾つかの変数によって規定することができる。すなわち、一五〜四九歳の「生殖可能年齢人口」が二九二八万人、その中で「有パートナー人口」が二〇九八万人、その中で妊娠を希望しているか不注意で避妊をしていない「妊娠可能人口」が八五三万人、「妊娠数」が一七五万人、その中から「流産・中絶数」の六三万人を除き、結果として一一二万人の出生数となっている（図5）。

出生数を増やすためには、これらの変数をいずれかを動かす必要があるが、その方法として、保健医療の観点から最も重要な政策は以下の三つである。第一は、子供を産みたいが、なかなか産めない女性を支援する「不妊治療の充実」である。現在、高齢出産に関し、さまざまなメディアで特集が組まれることにより、世間ではか

なり高齢になっても子供が産めるといった事例が出てきている。これは医学の進歩によって、出産の可能性が広がり、多くの人々が高齢出産に前向きになったという点からすると好ましいことであるが、実際には加齢にともなって出生率が低下し流産率が上がっていくという事実は動かしがたいものであり(図6)、また、高齢出産ではダウン症の発生率も高まる。こうした事実を国民に正確に伝え、より早く産める人にはそれを奨励し、高齢出産の道を選ぶ人々には質が高い不妊治療を幅広く提供していくことが大切である。全国で不妊治療を行っている六〇〇以上の医療機関の質のばらつきを是正し、成功率を上昇させること。不妊治療の経済的な負担を緩和する助成金や保険適用を強化すること。そして、不妊治療が成功しないカップルには精神的サポートを整備することが必要である。

第二は、そもそも子供が産める健康状態を確保するための「若者の性感染症・中絶の防止」である。若者の性交渉率が年々高まるにつれて性感染症と中絶が増加しており、この双方が流産率、不妊率の

図6 加齢による出生率の低下と流産率の増加 (%)



・女性の年齢が高くなるに従い、出生率は低下し、流産確率は上昇する
 ・特に、35歳を過ぎたころから妊孕力の低下が顕著となる

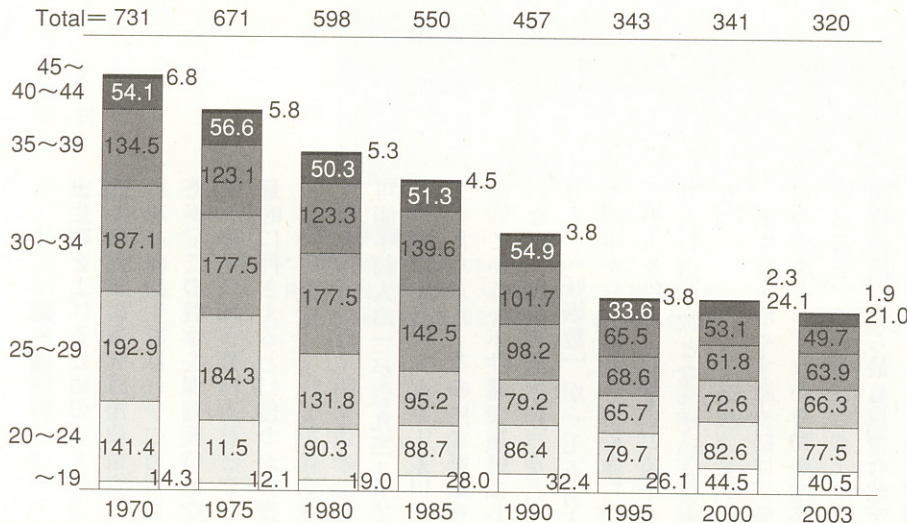
上昇につながっている。中絶に関しては、全体としては一九七〇年の七三万件から一九九五年の三四万件までに大幅に減少しているが、

* 避妊を行わなかった場合

** 20週以前の流産

資料：New England Journal of Medicine 351:19 november 4, 2004 (Adapted from Menken et al. and Anderson et al.), BMJ VOLUME 320 24 JUNE 2000, MENKEN J, TRUSSELL J, LARSEN U. Age and infertility. Science, 1986; 233:1389-94.

図7 中絶の年齢別件数内訳 (千件)

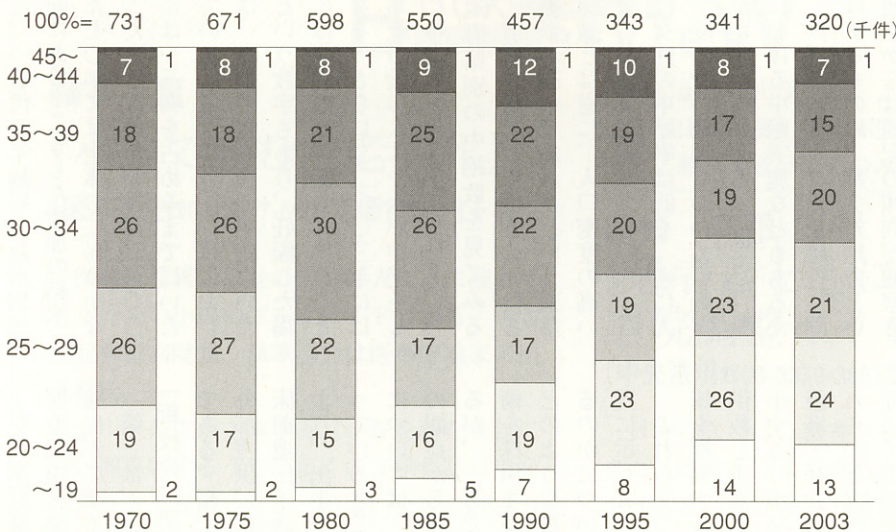


年平均成長率(%)

	1970-1995	1995-2003
Total	-3.0	-0.9
45~	-2.3	-8.4
40~44	-1.9	-5.7
35~39	-2.8	-3.6
30~34	-3.9	-0.9
25~29	-4.2	0.1
20~24	-2.3	-0.4
~20	2.4	5.6

資料：母体保護統計、衛生行政報告例

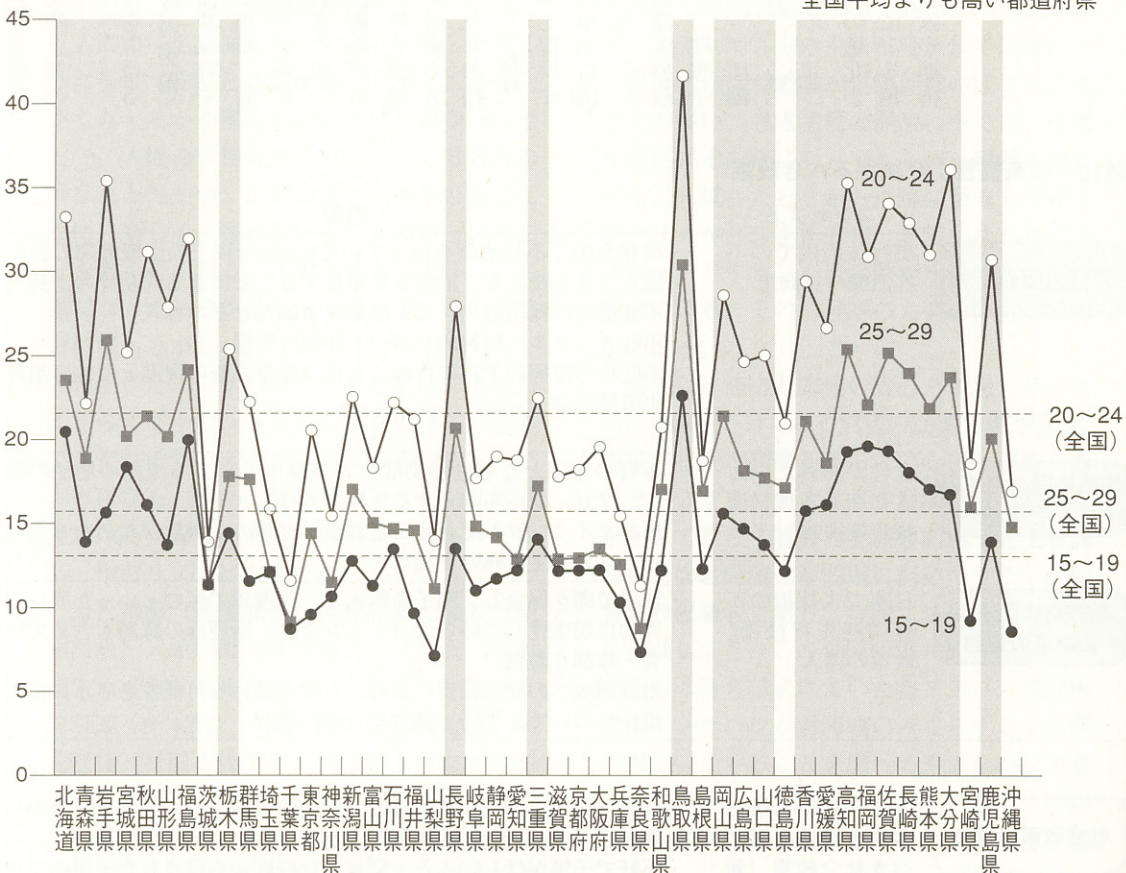
図8 人工妊娠中絶件数の年代割合推移 (%) 1970-2003



注目すべきは、一九七〇年には一
万四千件しかなかった一〇代の中
絶が、二〇〇三年時点では、四万
件にも達し、三倍近くにも膨れ上
がっている点である(図7)。実
際に一九七〇年代からの推移を見

資料：母体保護統計、衛生行政報告例

図9 女性1000人当たり中絶*率 (%) 2003



*人口死産を含む

資料： H15衛生行政報告例第63表 人工妊娠中絶件数,年齢階級・都道府県別、H15人口動態調査上巻 死産 第7. 16表、下巻 死産 第1表、総務省統計第10表 都道府県,年齢(5歳階級),男女別人口-総人口(平成15年10月1日現在)

ると、一〇代の年齢層のみが増加傾向にある。こうした増加の結果、一九七〇年には全体の二%しかなかった一〇代の中絶は、二〇〇三年には一三%を占めるまでにいたっている(図8)。一〇代においては、妊娠の六九%が中絶にいたるといふ数字もあり、妊娠した場合には大多数が中絶していることになる。さらに、二〇〇三年には一九歳の五〇人に一人が中絶をしたというデータも報告されている。都道府県別の中絶数を見てみると、情報の氾濫した都会における中絶率が高いであろうという通常の認識とは逆に、人口密度の高い都会においては総じて一〇代、二〇代女性の的中絶率は低く、逆に人口密度の低い地域において中絶実施率が高いといえる(図9)。県外における中絶実施などもあるため、県ごとのデータの正確性に問題はあるものの、都会対地方という観点からは前記の傾向が観察される。余暇時間の多い地方の方が都会よりも性交頻度が高いというデータも存在し、中絶対策はステレオタイプを排した、事実に基づく地域ごとの対策が重要となる。特に問題なのは、中絶のリピーター

一が三割程度存在することであり、医療現場・学校での再発防止策の強化が必須である。

第三は、出生の可能性を広げる「新技術に関する法制度の整備」である。精子・卵子の冷凍保存や外部提供、代理母による出産、着床前遺伝子診断などの技術革新により、出生の選択肢は大きく広がっている。これらの新技術の認可については、生命倫理・社会道徳の観点から慎重な検討が必要であるが、一方で、海外でこれらの技術を採用する人々も出てきており、どのような選択肢を日本で提供するののかについて、政府は早急に国民に示していく必要がある。これら三つの重要な保健医療政策を推進することにより、理想子供数と予定子供数のギャップは縮小する。少子化対策においては、経済・社会的な施策に加えて、これらの保健医療的な施策の強化が極めて重要であり、政府による積極的かつ速やかな取り組みが期待される(図10)。

図10 政策提言：今後採るべき政策

コンセプト	内容
不妊治療の充実	<ul style="list-style-type: none"> ・現在全国で不妊治療を行っている600箇所以上の医療機関の質のばらつきを是正し、治療を集中化することによる成功率の上昇 ・不妊治療の保険適用、または助成金制度などの導入 ・不妊カップルの精神的サポート体制の整備 ・不妊症の原因の予防のために女性の健康診断の促進と女性専用外来の質の向上
性感染症・中絶の予防	<ul style="list-style-type: none"> ・不妊の原因となる性感染症、および中絶による流産の増加の阻止。リピーターを防止するカウンセリング支援 ・出産タイミングがずれることにより理想の子供数が産めなくなることへの人生計画の支援など
新技術に関する法制度の整備	<ul style="list-style-type: none"> ・19歳で卵を保全し、精子を購入し、代理母で産むといった既に世界的に現実化しているオプションなど、倫理面の課題も含めて研究・体制を整備 ・当該領域への研究投資により、女性が産める可能性をさらに拡大 ・流産についても予防・減少のための研究
+	
社会政策の補強	<ul style="list-style-type: none"> ・上記3政策を推進する上で再検討すべき社会政策(新たな家族制度導入の検討) ・里子、養子への抵抗感の排除(以前の日本において養子は多かった) ・不妊で子供がほしい人と、望まない妊娠から産まれた子供のマッチング ・当該制度により、人工妊娠中絶の減少も期待