

ゼロから考える少子化対策プロジェクトチーム第3回会合

1. 日時 平成21年3月9日(月) 17:30～19:30

2. 場所 内閣府庁舎5階 特別会議室

3. 出席者

安藤 哲也	NPO法人ファザーリング・ジャパン代表理事
勝間 和代	経済評論家
松田 茂樹	第一生命経済研究所主任研究員
宮島 香澄	日本テレビ報道局解説委員
佐藤 博樹	東京大学社会科学研究所教授 (少子化社会対策推進点検・評価検討会議座長)
齋藤 英和	国立成育医療センター周産期診療部不妊診療科医長
鈴木 良子	フィンレージの会

4. 議事要旨

川又参事官

お待たせいたしました。それでは、定刻を過ぎましたので、「ゼロから考える少子化対策プロジェクトチーム(第3回会合)」を開催いたします。

安藤委員は間もなく到着ということで御連絡を受けていますので、始めていただきます。ということですので、始めさせていただきます。

本日のテーマは「不妊治療」となっております。本日は、ゲストといたしまして、国立成育医療センター周産期診療部不妊診療科医長、齋藤英和様。それからもう1名、フィンレージの会、鈴木良子様をお招きしております。

それでは、開会に当たりまして、小淵少子化担当大臣より御挨拶を申し上げます。

小淵大臣

皆様、お疲れさまでございます。お忙しい中、お集まりいただきありがとうございます。

本日は、ゲストといたしまして、フィンレージの会の鈴木さん、そして齋藤先生にお越しいただき、ありがとうございます。

今日のテーマは「不妊治療」ということでもあります。現在、私のもとに寄せられている声のうち1番目か2番目に多いのが、この不妊治療に関するもので、関心も高くなっていると思います。今、政府としていろいろ支援策を出しておりますけれども、やはり今

まで以上にしっかり考えていきたいと思っております。まだまだ実態を十分に把握できていないのではないかと、また皆さんにしっかりとした情報が行き渡っているのかということもありますので、そのようなことも含めて、本日は、本当に真っ正面から不妊治療について皆さんと議論させていただきたいと思っております。今日が不妊治療についての検討の入り口となって、皆さん方の御意見にしっかりお応えできるようにしていきたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

川又参事官

本日のテーマにつきましては、勝間委員が準備・運営の御担当となっておりますので、以下、勝間委員の方から議事進行をお願いいたします。

勝間委員

皆様、こんにちは。勝間です。本日はよろしく申し上げます。

今回は、不妊治療ということで、ライフステージでいろいろ議論を始めようということで、婚活、若者の雇用問題と進みまして、結婚したけれども、いざ妊娠しようと思っただけできないということが非常に増えている。その問題について、これまで余り正面だって検討したことが正直なかったと理解をしております。ですから、不妊治療と少子化の関連で、まずは不妊治療について、現状どうなっているのかということ。特に現場にいらっしゃる皆様から、統計的なもの、精神的なもの、あるいは当事者の苦勞、実際に何が起きているのか、費用的なもの、全体像を把握するところをぜひ今日はメディアの皆様も含めて一緒にやっていきたいと思っております。ですから、ふだんは15分ずつの説明というのが原則ですが、今回は少し時間を多めに取りまして、お二方に大体25分程度、御説明の時間をいただくと幸いです。その後で委員の方、また、メディアの皆さんと一緒に質疑応答の時間を設けたいと思っております。どうかよろしく申し上げます。

それでは、最初に齊藤先生の方から、まずどういうことが現状課題なのかということについていろいろと教えていただけますでしょうか。

齊藤氏（国立成育医療センター周産期診療部不妊診療科医長）

国立成育医療センター不妊診療科から来ました齊藤です。今日は、実際に不妊治療をしている中で、我々が困っていることとか、これからどうしていこうかということについて、我々が考えているところをお話しできればと思っております。

1枚目のスライドは、ただ題を書いたのですが、こういうようなことをお話ししたいと思っております。

それから、お手元の資料の2枚目のスライドでございますけれども、これは生殖医療の位置づけを私なりに考えてみますと、真ん中のところにあるように生殖補助技術の必要性の増加ということが現在、現象として起こっております。なぜこのような技術の必要性が

高まっているのかということ、社会的な状況を含めて、いろいろな原因が考えられます。特に少子化、晩婚化。特に晩婚化はなかなか妊娠に結びつかない。遅くなってから御結婚なさってお子さんをもとうとすると、どうしても妊娠する能力が落ちてきている。それを補助して、どうにか妊娠させようとするには、我々もかなり苦労しているということです。

それ以外には、例えば内膜症の増加。内膜症というのは、左下にありますけれども、これは生殖年齢で一番大きな病気です。高齢になりますと、心疾患、脳卒中、がん、いろいろありますけれども、生殖年齢で一番大きな疾患は何かといたら内膜症なんです。もちろん、単に生理のときお腹が痛いという人もいるし、我々のところに来られる妊娠しないというような方もいらっしゃいます。ですから、生殖年齢に限ると結構これが多いのです。

あとは、精子が少なくなったのかどうかというのははっきりわからないんですけれども、昔から比べると、男性の原因で不妊になる理由というのは結構出てきました。昔は、夫婦の中の10分の1は男性が原因だと言われたのですが、最近は半々ぐらいだというようなこと。これが本当に環境ホルモンとの関与の兼ね合わせなのか、それはわからないのですが、この下の3つは環境ホルモンとの因果関係も疑われてはおります。

それから、一番上の感染症。これは、昔だと淋病とか結核とか、いろいろあったわけですが、最近はクラミジアというような感染症があります。このクラミジアというのは、昔の淋病とか梅毒とかだと顕著に症状があらわれるので、皆さん、すぐ治療されるんです。ところが、クラミジアというばい菌は、ちょっとお腹が痛いとか、軽い症状で終わってしまうことがある。そうすると、皆さん、グッと我慢して、そのまま治ってしまったと思っているかもしれないのですが、実はお腹の中ではこういうようなばい菌は生きていて、不妊の状況というのができ上がってきています。ですから、こういうようなばい菌も増えてきているという原因で生殖補助医療の必要性が高まっています。

あと、一番右側に書きましたメリボリック症候群。これは更年期とかでよく話題になる問題ですけれども、我々の科でも、太っていることが卵の質に影響を及ぼします。だから、すごく太ってしまうとか、すごく痩せてしまうと生理がなくなるので、それも問題があるのですけれども、ちょっと太って生理はあるんだけどという人たちの中に、耐糖能異常というのですけれども、ブドウ糖の代謝に異常が出るようになり、心筋梗塞やほかの病気と同じようなメカニズムですけれども、卵の質が落ちてきます。ですから、今の社会状態というのは、どうも生殖補助医療を必要とするような環境になっているというのが現状にあります。それが1番のスライドです。

そこで、生殖医療は本当に増えてきているのかということ、ARTと書きましたが、日本産婦人科学会が年ごとに調べた生殖補助医療の数値をあげています。1985年ぐらいからずっと登録をとっております。菱形がIVFで、四角が顕微授精です。それから、凍結。これの治療周期数を見ていただきますと、このようにどんどん上がってきています。最近は凍結の技術がかなり進歩してきて急速に上がっているというのが最近の現状です。

勝間委員

I V F は人工授精ですか。

齊藤氏

I V F は体外受精です。体外受精というのは、精子と卵子を体外に取り出して合わせるというか、1つのお皿の中に入れて受精をさせる。それで、受精したらお腹に戻すというのが体外受精です。顕微授精というのは、精子の状況が悪いので、精子を1匹とらえて卵の中まで入れるというのが顕微授精です。あとは、受精して発育してきたらお腹に戻すというのは同じです。凍結というのは、体外受精とか顕微授精をして発育した卵で、最近では最初に1個しかお腹に戻しませんので、残りがたくさんあります。それを凍らせてとっておいて、最初の1個で妊娠しないときに、凍らせておいたものを次に溶かして戻そうというのが凍結という手技です。こういう手技がどんどん増えてきて、ここで見られますように、最近では各治療法とも4万件を超えております。トータルすると15万件を超えてきているのが現実でございます。

勝間委員

これは年間の治療数と解釈してよろしいですか。

齊藤氏

はい。1年ごとの治療数です。私たちの取り方は、1月1日から12月31日までの数で皆さんに登録していただいております。それぞれの治療法の数がこのくらいあるというようなことであります。

その次が、治療によって妊娠してきている出生児の数です。体外受精ですと、現在では大体6,000人を超えてきています。顕微授精が5,000人を超えてきています。最近、急速に凍結、卵を凍らせておいて、溶かしてお腹に戻したという妊娠率が高くなってきて、今、8,000件を超えてくるような状況になっています。2006年だと、大体1万9,600人ぐらいが生まれております。2007年は今統計で集めている途中ですので、もうしばらくすると、4月、5月ぐらいになると御報告できるかと思いますが、2006年に治療した患者の中では1万9,600人。日本では、今、毎年大体110万人ぐらい生まれていますから、110分の1.9というのが割合になってきております。ヨーロッパや北欧などでは3%、4%というところがありますから、もっともっと多いところもでございます。日本は今ぐらいの数値です。

さて、その次が、こういうように体外受精などが増えているわけですがけれども、先ほどの理由の中に、晩婚化というようなことを1つ挙げております。晩婚化は、いろいろなライフスタイルが変わってきたためだと思うのですがけれども、それを示す1つの指標として、35歳以上の妻、初婚。初めて結婚される人、全体の中に35歳以上の方はどのぐらいいる

のかというと、こういうような割合で、2000年を超えて急速に年をとってから結婚される方が増えています。

それから、お産みになる年齢ですが、全分娩数に締める35~39歳で産んだ方、40歳以上で産んだ方というのをプロットしてみますと、1950年代から80年代にかけては、だんだん減る傾向だったんです。1980年が一番低くなって、35歳から39歳で産む方の割合も減っていますし、40歳以上も減っています。ところが、これ以降、だんだん年をとってからお子さんを産もうという率が増えているということで、2006年ですと35~39歳が14%を超えてきています。15%ぐらいです。40歳ももう2%になろうというように、結構年をとってから、この理由というのはいろいろあるのでしょうかけれども、出産される方が増えています。こういう影響が、我々のART（生殖補助医療）を受ける方の年齢分布にも影響していて、これが最近の年齢分布をとったものですが、24歳以下から25~29歳というような分け方で年齢分布を見てみますと、体外受精、顕微授精、胚の凍結の治療では、平均が35~39歳、またこの年齢群にピークがあり、40歳以上群でも3割ぐらいを占めており、かなり高齢の方がこの治療を受けています。

残念なことに、高齢な方というのはなかなか妊娠してきません。それで、体外受精、右下の図ですけれども、体外受精、顕微授精、胚の凍結の妊娠率、これは全治療当たりの妊娠率ですけれども、体外受精、顕微授精、胚の凍結も、35歳を超えて35~39歳になってきますと、だんだん下がってくる。すなわち年齢の影響を受けます。この年齢の頃に治療数の一番ピークがあり、また治療数の3割がいる40歳以上でも、若い頃に比べて大体半分ぐらいから3分の1ぐらいの妊娠率になってしまうというように、かなり妊娠率が落ちるわけです。45歳を超えるとかなり大変で妊娠率は1%以下という値であります。ですから、結構多くの方が妊娠しにくくなってから、妊娠しようと治療を受けているという現状がございます。

こういう方々に関して、どうか妊娠をさせてあげたいと思って我々も不妊治療をするわけですけれども、その次の不妊治療体制についてお話します。不妊治療体制は、産婦人科または不妊診療科だけがいれば事が済むのかというと、最近の不妊治療というのは、産婦人科、特に不妊治療をしている我々だけで治療が片づくわけではありません。いろいろな方々と一緒に治療しないといけないというのが基本にあります。我々もちろん患者さんを診るわけですが、左の方に見られるように、泌尿器科の先生と相談することもあります。特に精子の問題などはそうですし、また、こういうような不妊治療というのはかなり複雑になってきましたので、育児心理科の先生方やカウンセラーなどと協力して、不妊治療の患者さんに当たっていかねばいけなく、こういう方々も必要ですし、また、不妊のカップルが真ん中にありますけれども、私たちがいろいろ話しても、1人にお話しできる時間は結構限られています。1回言っただけですぐわかる人なんてそんなにおりません。説明を何回もしてあげなければいけないし、何かわからないことを聞いてあげなければいけない。また、それに対して適切な反応をしてあげなければいけない、お話しして

あげなければいけない。やはりコーディネーターが、その患者がわからない部分などをよくお聞きして、御説明したり、悩んでいることに対して、我々だけじゃなく、例えば泌尿器科の先生に御相談した方がいいんじゃないかとアドバイスしたり、不妊のカップルに対して絶えず説明しながら具体的なサゼッションをしてあげる。こういうような特殊な、プラクショナルナース、不妊にたけたナースが必要になってきています。

更に治療が高度化されますと、実際に不妊の治療をするラボにおきまして、胚培養士とか、胚培養の管理をしてくれる胚培養管理士とか、こういうような方々と一緒にやっていると、我々の治療というのはなかなか成功しません。なぜかという、年とった人が来られますので、そういう方はおいそれとは妊娠しなくなってきているわけです。ですから、それなりのいろいろなことを研究開発していかなければいけないし、また、こういうような人たちはすごく精神的にストレスを持っていますので、コーディネーターナース、カウンセラーを含めて、皆さんでサポートしていくという方向性も必要です。

それで、先にここで述べてしまいますと、我々が不妊治療で妊娠させられるのは半分から、もうちょっといけばいい方で、ですから、半分ぐらいの方々はやはり妊娠できない。私たちが思っている不妊治療というのは単に妊娠させるだけではなくて、結局、妊娠しない人でも、その治療を受けてよかったなと思うことができ、それで、次のステップにいけるような状況にしてあげることも不妊治療だろうと考えていますので、こういうような幅広いスタッフで不妊治療体制を形成していかなければいけないだろうと考えております。

その次のスライドですけれども、これはフローチャートで、大体御存じだと思っておりますけれども、初診してきて、一番最初は我々不妊診療科の医師が夫婦とお会いしていろいろお話を聞きますけれども、すぐ泌尿器科の先生方に御相談したり、もちろん、かなりいろいろな心理的なストレスを受けていらっしゃる方も結構いらっしゃいます。ですから、こういうような育児心理科の医師と心理カウンセラーにすぐ相談する場合もあるし、それをアレンジしてくれるコーディネーターナースとの関わりも大切です。そうしながら検査を進めます。いろいろな検査があります。こういうような検査をして、最終的な治療をしていくということで、こういうような方々がここら辺に必要になります。

では、その次にいきます。そうすると、新しい形としての不妊総合治療というのは、まず人材がこのぐらい必要です。それぞれの役目というのはいろいろ書いてありますけれども、先ほどお話ししたようなスタッフを充実させなければいけないというのが1つ。

それから、次のページに飛んでしまいます。休日とか祭日の診療ですが、これは公的病院というのは土日に関くというのはなかなか難しいのですが、我々のセンターもようやく開いていただきましたが、土日にも排卵したり、卵を採ったりしなければいけないこともあるので、できればこういうように公的な病院でもきちんとシステムをつくる。それから、なるべく十分時間をかけてお話しする。患者さんが増えますと、なかなか時間をかけてあげられないという問題がありますけれども、この点もなるべく皆さんでクリアしていきたい。それから、先ほど言ったように、かなり年の方が多いので、どうしても、なぜ妊娠し

なかったのかという個人個人の原因を突き詰めるような検査と研究をして、その人に合った治療をしていくということを心がけていかなければいけないだろうというのが新しい形の不妊治療と思います。

その次のページ、4ですが、難治性に対する治療というのは、若い方から年とってくると、だんだん妊孕性というのは落ちて、病的なものが増えてくるという現象があります。ですから、こういうような方々にいろいろな検査をしがら、その人に合った不妊治療が展開できないかということを考えています。ただ、これを行ってすごくよくなるのかと言われると、せいぜい数%高くなるかどうかぐらいです。むしろ年とって来院されるのではなくて、もっと若いときに子どもをつくる計画を、ファミリープランニングですが、その計画を立てるような予防的なシステムをつくった方がより効果はあると思います。もちろんもうすでに年とった方にはいろいろな工夫しながら治療に当たりたいと考えております。

その次のページです。ここは日本の問題点ですけれども、こういうような公的な施設、いろいろなことを一生懸命考えなければいけない施設は3割ぐらいあります。しかし、実際に治療の件数でいきますと、体外受精というのは新鮮胚による治療（ICSI以外）ですけれども、ICSIというのは顕微授精のことです。それから、凍結の順。これを見ていただきますと、施設数としては3割ぐらいが公的施設なのですが、実際に治療している患者数はかなり少ないと思います。これは4～5年前のデータですので、今ではもっともっと少なくなってきています。それはなぜかということ、公的病院では先ほど言ったような理想的な人員配置、人員の確保というのがなかなかできない。民間の治療症例の割合に比べ、公的施設が治療する割合が少ないというのは、理想的な不妊治療体制がなかなかとりにくいという原因があります。例えば、コーディネーターナースにしても、ずっとそのままいてくれるわけじゃなくて、公立病院になると2～3年すると次の場所に移って、せっかく慣れてきたのにいなくなる。それから、胚培養士というのも公的には職員としては認められていませんので、こういう人材も確保しにくいとか、いろいろな原因で理想的な不妊治療体制がとりにくくなっております。

それでは、不妊治療がどの程度うまくいっているのかというのを、先ほどの統計もありますけれども、2007年から我々はインターネットを用い個票で患者さんの状態を調査するようになりました。裏の表を見ていただきますと、インターネットでこういうように一人ひとりの情報を得ることができる。記入は2つの部分に分かれております。片方には、赤ちゃんの生まれた状態とか、あと先天異常の状態、生後1カ月ぐらいのところまでは調べられるようになっております。行く行くは、ちょうど入学するぐらい、5～6歳ぐらいまで調査したいと考えており、今後もこの方法を進めていきたいと考えております。

次に、問題提起ですけれども、不妊治療を行うには、理想的な不妊治療体制を組みたいが、公的病院にはスタッフの人数の制限などにより、理想的な不妊治療体制が組みにくい状態が存在しています。公的機関でこういうように治療症例数が少なくなると、若い研修医が公的機関での研修がしにくくなる。それで、個人的なクリニックで研修をする方がど

うしても増えてくるだろうと予想されますし、治療も、より経営的な側面が強調されて、倫理的な面で教育というものを含めて影響が出てくるのではないだろうかと考えています。また、現在の治療でなかなか妊娠しない人をどうにかさせようという研究なども支障が出てくるだろうと考えております。

そこで、解決策の1つとして、やはり不妊専門センターを独立させてつくることです。これにより設備やスタッフを十分確保でき、若い研修医などを育成することもできます。公的施設で十分時間をかけて育成すれば倫理的にも優れた医師ができるし、更に不妊治療全体としてもいい方向に向かうだろうと思います。また、現在の未解決の、なかなか妊娠できない問題、この研究を行うことは、開業医にとっては不採算部門で余り手をつけることはないのですが、公的な機関で現在未解決の問題を解決することによって、10年後、20年後の治療に花が咲くようにしていかなければいけないだろうと考えております。また、先ほどの登録ですけれども、先ほどは生後1カ月までを調べていると述べましたが、もう少し長期まで調べることによって、今、児のエピジェネティックな病気、これはちょっとわかりにくいかもしれませんが、私たちが懸念している病気が幾つかありまして、こういうような病気の発症の有無を長期間フォローアップしていくことによって、不妊治療、生殖補助医療がより安全なものであるかを検証しながら、更に安全なものにしていくということを考えていかなければいけないと思っています。

あと、後ろの3枚のスライドは、勝間委員から御質問があったことで、年齢が高くなると妊孕性というのは本当に落ちるのか。確かに体外受精ではだんだん落ちているのですけれども、この図を見ていただきますと、これは普通に夫婦生活したときの妊孕性を見ております。一番左のグラフが19~26歳、真ん中が27~34歳、こちらが35~39歳です。横軸はタイミングの排卵からの時間的なズレを示しますが、余り早いと低いですけれども、ゼロというのはちょうど排卵日です。見ていただきますと、若い方はすごく高い山になるわけです。ちょうどいいタイミングの頃にすると、こういうような高い山、大体50%ぐらい妊娠するような山になるのですけれども、それが27~34歳になるとやはり下がってくる。35~39歳の女性ぐらいになると更に下がる。ですから、19~26歳から比べると、35~39歳は半分ぐらいの妊娠する能力となります。ここに2本線があるのですが、この2本の違いはというと、旦那さんがもう少し年とっている、女性よりも5歳以上年とっている人たちがどうかというと、34歳ぐらいまではそんなに変わらないんですけれども、女性が35~39歳、旦那さんが40~45歳ぐらいですが、そうすると、旦那さんもこのぐらいの年齢になるとちょっと妊孕性が下がってくる。やはり男の方も年をとるとその影響があることがこの図からわかります。

それから、高齢になると妊娠の合併症が多いのかという質問がございました。そこで見ていただきますと、分娩時の出血、前置胎盤とか常位胎盤、こういう名前はちょっとわかりにくいかもしれませんが、やはり妊娠に伴ういろいろな病気ですけれども、そのときに帝王切開しなければいけないとか、緊急帝王切開しなければいけない率を記述したもので

すけれども、やはり 35 歳を超えてくるとほかの年齢に比べて高くなってきているというのがわかります。ですから、やはり若いうちに妊娠した方がより安全に赤ちゃんを産めるということがこれからもわかると思います。

そして、最後のスライドですけれども、これは費用はどのくらいかということで、たぶん鈴木さんから後で出ると思うのですけれども、かなりバラエティがある。施設によっていろいろあると思ってくれていいと思います。安いところから高いところ、こんな割合で、人工授精だと 5,000 円くらいから 2 万円くらいまでとか、体外受精も 10 万円くらいから 20 万、40 万まであるとか、顕微授精も似たようなところですね。凍結も 2 万から 6 万くらいというように、幅広い費用設定。これは自費ですので、そういうような設定があるということでございます。

不妊治療というのはまだまだいろいろな面で考えていかなければいけないことがありますけれども、今日は今考えている幾つかの点について発表させていただきました。

勝間委員

齊藤先生、どうもありがとうございました。この後、質疑応答の時間を設けますので、またそこをお願いします。

では、次に鈴木様、よろしくをお願いします。

鈴木氏（フィンレージの会）

鈴木良子です。今日はよろしくお願いたします。本業はフリーの編集者、ライターですけれども、今日のお話がどのようなバックグラウンドがあるのかということで自己紹介と、あと、少し会の説明をさせていただきます。

私自身は 23 歳で結婚したのですが、この 2 月で 48 歳になりましたので、実はそろそろ閉経がこようかという感じなんですけれども、一度も妊娠できないまま、子どもができないままここまでできてしまいました。23 歳で結婚というのはかなり早かったのですが、まず仕事で一人前になるのが先決ということで、2 年くらいは当たり前のように避妊をしていたんです。ところが、いざ避妊を止めても全く妊娠の兆しがないということで、私の長くつらい不妊人生がここで始まりまして、少なくとも 30 歳までに 1 人、できたら 3 人くらいポロポロ産んで、共働きの元気なお母さんになるというのが私のイメージだったんです。仕事、結婚、子どもというのが ” 新女の三種の神器 ” とか ” 女のフルコース ” というふうに言われますけれども、私もこの 3 つはがんばれば手に入るだろうし、当たり前に入らるものだと思っていたわけです。不妊などということがあること自体、知らないでやってしまった。ところが、全然妊娠の兆しがない。その割に生理が毎月きちんとくるというわけで、生理で出血を見るたびに、トイレの中で便器を抱えて泣いたり、ドアの陰から 「 あんたのせいだ 」 と夫を罵倒するような毎月毎月を繰り返して、本当に今月こそはという期待と、まただめだったという絶望のアップダウンの繰り返しというのはすごく心にこたえる

んですね。あげく、赤ちゃんのコマーシャルなども見られないというふうにみんな言うんですけれども、テレビをブチッと消すし、外を歩くのも、家族連れが目に入ったり、あるいは、うちの近所にお母さんたちが公園デビューにふさわしいような公園がたくさんあったのですけれども、そこを歩いて駅に行くことまでできなくなってしまうような、そんな日々を繰り返していました。大体それが20代半ばから30歳ぐらいまでの間です。

それで、とうとう、これじゃ自分がだめになるということで、当時、発足したばかりの、1991年に発足していましたフィンレージの会というところに足を運んだわけです。不妊に悩む人のためのグループということで誕生して、当時1年ぐらいでしたか、会ができたきっかけ自体は、ここにスライドがありますが、『不妊』という本の出版がきっかけだったのですが、これは外国の翻訳もので、各国の不妊の体験をした方、例えば代理出産を依頼した側ではなくて、した方の体験なども載った世界レポートだったんですけれども、これは出版した途端、翻訳のグループの方に膨大な数の、今もダンボール2箱ぐらいあってあるのですけれども、お手紙が届きまして、本当にどれもこれも切々と、自分が今いかに不妊でつらい思いをしているかということが綴ってあったそうです。それで、これは当事者のためのグループをつくらなければということでグループが誕生したという経緯があります。

私も、当時、30歳をちょっと超えた頃だったでしょうか、集まりにおしゃべりに行くと、次、3回目の体外受精を受けるとか、そういった話というのが会の中で当たり前のように交わされていて非常に驚いた記憶もあるのですけれども、今は管理が厳しくなったのでそういうことはほとんどないのですが、当時、できた受精卵を十数個、子宮に戻したとか、今は2個とか1個までというふうに言われているのですけれども、それで赤ちゃんは何人妊娠になるんだろうとか、本当にそういうこともあったんです。例えば注射の排卵誘発剤というのは結構作用が強力ですので、卵巣から体液が漏れてきてしまうこともあるのですけれども、「今日は歩くとお腹がポチャポチャいっているの」とか、「お腹が脹れてスカートが入らないから、今日とはズボンなの」とか、そんな話まで日常茶飯という感じで、本当に驚いた記憶があります。

とりあえず、私自身が救われたのは、不妊の悩みを話せる場がやっとならあったということと、仲間ができたということでした。やはり不妊で悩んでいるということが誰にも周りになかなか言いにくかったということと、言っても、シングルの友達からは「何、それ」みたいな感じで、わかってもらえなかったという感じがすごくあったんです。あるいは、おばさんとか年配の方に話そうものなら、「大丈夫よ、10年たってできた人もいるんだから」と言われて、私が10年たってできる保証はどこにもないよなと思いつつ、ものすごく気持ちにフィットしないいろいろな言葉かけをされて、非常に傷ついたり、がっかりしていたりということの連続でしたので、本当に会に行ったらこの話を弾丸のようにみんなで吐きまくる、話しまくるという場があって救われた。今、全国の自治体に不妊専門相談センターが整備されていますけれども、そこでも各地で保健師さんや助産師さん、

相談担当の方々が努力なさっていて、電話や面接、メールによる相談のほか、おしゃべりの集まりを設けているようなところも少しずつできています。そして、当事者の語らいの場というのを設けるといこと。不妊の悩みを話せる、吐き出せる相手がいるということ、メンタルケアとしては非常に大きいということを実感しています。

活動内容としては、私たちもそうしたおしゃべりの集まり、それから会報の発行、いろいろなことをやっております。最盛期は、ちょうどバブルの頃だったんでしょうか、まだインターネットが普及する前でしたので、一時期は全国に1,500人会員さんがいらっしまったこともありまして、今はネット上での相談とか、サークルもいろいろできているので、皆さん、いろいろなところで情報を得たりでばらけてきたので、年間200~300ぐらいのうち会員さんが推移しているのですけれども、そういったたくさん会員さんがいらっしまった時期には、皆さんを対象にアンケート調査なども実施して、皆さんのお手元に配ってあるこういった調査、これは1,000人近い方の声なり体験を集めた本ですので、このぐらいの体験の量として集まったものは、たぶん日本では最初だったと思います。そうした調査の中から。

それからもう1つ、活動の中で、文科省予算の21世紀COEプロジェクトという、これは聖路加看護大学のスタッフの方と御一緒させていただくことができまして、今お手元に配ってありますが、共同でこんな冊子をつくったりしました。こんな冊子なり、こういったレポートなり、昔のものですけれども、そんなものを携えて、行政の方にも御連絡をとりつつ、例えば各地の不妊専門相談員のセミナー、研修のために当事者としてスピーチをしに行ったり、おしゃべり会をしに行ったりということで、全国をあちこち回っていたり、その中で行政のそれぞれの不妊相談に携わっている方ともお話ししつつきたわけです。今日のお話も、そういった長い年月の私自身の経験、それからスタッフとしての経験、また、いろいろな方とお会いしてきた、それはドクター、看護職、そして行政担当者の方も含めてということでの話です。

次のスライドですが、では、不妊治療という問題、カップルが今どのような現実にか置かれているかという話、不妊治療の現実という話ですが、先ほど齊藤ドクターからもお話がありましたが、不妊治療はまず基本的な検査があって、それからセックスのタイミング指導、人工授精、体外受精、顕微授精と段階を追ってステップアップというふうに言っていますけれども、それを踏んでいくのが基本の流れ、私たちの不妊ストーリーでもあるわけです。私たちの調査、これは99年度の調査ですのもう10年前になってしまいますけれども、今も大よその不妊の方々はこのストーリーに沿って治療をしていらっしまったというふうに考えてよいかと思えます。

ところが、もともと多くの方は、別に体外受精とか人工授精とか、そんなことをやろうと思って病院に行くわけではなく、妊娠しないな、もしどこかに原因があるなら、できることがあるならやっって自然に妊娠したいなと思って病院の門を叩くわけですね。つまり、本当に軽い相談のつもりだったという方もいらっしまいます。ところが、現実には、とり

あえず「キョ児希望」とかかってカルテに「不妊」と書かれた人もいるらしいんですけれども、そんなことから始まって、普通、ドクターは女性に一番負担のない治療からということを選んでいきますので、セックスの時期を合わせてセックスをするというタイミング指導などから始まるわけですが、例えばこのタイミング指導も実は意外に楽ではなくて、今言ったように、病院に行って超音波で卵巣を診てもらって、「卵子が育っていますね。明日あたり排卵ですよ。今夜、明日がんばってくださいね」と言われるわけです。夫が明日出張なんだけどどうしようとか、本当に笑い話ではあるのですが、夫に粘りものをこの頃毎日食べさせているとか、本当にみんな涙ぐましい努力をしつつ、この日々を超えていくというか、過ごしていくわけです。そんな形で、今日だの明日だの言われていく中で、夫婦関係がぎくしゃくしてしまう、あるいは夫がだめになってしまったというような話もありますし、これだけでも笑い話にならないぐらい苦労が実はあるんですね。

それでだめな場合は人工授精ということで、簡単に言うと、注射器で夫の精子を中に入れてもらうという治療に進むわけですが、これは今は不妊の専門クリニックがずいぶん多くなりましたので状況はどうなのかなと思うのですが、大病院などですと、女性のための婦人科の内診台がドンドンと並んでいて、例えばカーテンなりがあって、みんなで足を広げて待たされるような状態になるわけですね。私は種つけされるパンダや牛のようだというふうに表現なさった方もいますし、これを毎月、自分の排卵ということに合わせて行っていくのも非常にストレスフルな日々になってしまうということ。自費で1回 5,000~2万円と費用はそんなに高くないものの、事前に排卵誘発剤を、この場合は割と錠剤での排卵誘発剤のことが多いのですけれども、お薬を飲んだり、その時期にタイミングを合わせるために何度も病院に行ったり、本当に大変な忍耐が要るわけです。

これは後で齊藤ドクターの方から補足いただきたいのですが、通常は6~7回が目安というふうに言われるのですけれども、当会の調査では20回以上、あるいは30回以上、最高52回という方もいらっしゃいました。それで、体外受精に関しても、これも後で詳しくお話ししますが、事前に排卵誘発剤、それから副作用の問題も未だすごく解決できたというわけではありません。例えば毎日注射を打ったりという負担。先頃、一部の薬がようやく自己注射が可能になりましたけれども、これがどの程度通院負担の軽減になるのかまだちょっと未知数ですし、お金が自費であるということ。安いところでは、実は8万とかもあるのですが、高いと事前の薬代を含めて70万という施設も実はあるんです。それで、身体的、心理的な負担というのものはかり知れませんが、目安も、せいぜい3回とか、多くて6回ぐらいと私は聞いているのですけれども、10回とか20回は結構ざらという感じです。会員の調査では最高23回。以前、テレビで御発言なさっていた方は40回というふうにおっしゃっていて、私は頭がクラクラしたんですけれども、本当に恐らく20代、30代、あるいは40代前半ぐらいまで不妊治療に時間を費やしていらっしゃるんじゃないかというふうに思いました。

少しはしよりますが、そういった日本の不妊治療の特徴、あるいは疑問点ということで、

先ほどこれも齊藤ドクターからお話ししてもらいました、個人クリニックが中心になっているということが、クリニックの数もかなり多いので、アクセスがいい、通いやすい、選択肢が多いというメリットはあるのかもしれませんが、一方で民間任せになっているという面もありますね。一方で、このクリニックに入院施設がないところも結構ありますので、例えば不妊治療をして妊娠したけれども、流産して、では入院はどこへ行くのかと言ったら、別の病院に行く。例えば、排卵誘発剤でものすごく大きな副作用が出て、稀に呼吸困難などを起こすことがあるんです。では、そういうときどうするのと言ったら、排卵誘発剤を打った不妊治療施設ではなく、別の病院に入院せざるを得ないというような問題も起きています。こういった状況で、本当に患者が安心して安全に体外受精等を受けられるのかなというのは私ちょっと疑問かなというふうにも思っています。

あと、齊藤ドクターは先ほど育児心理科のある病院というふうに紹介していますが、そうした施設は私が知る限り、ほとんどないというぐらいじゃないですか。逆に言うと、言い方は悪いですが、妊娠させておしまいというクリニックが多いということも問題点として大きいかなというふうに思っています。

そういう意味で、不妊治療がビジネス化しているのではないかという懸念。諸外国での不妊治療というのは、先ほど18年とか、治療が長くなったという人もいましたけれども、外国などはもっと短期決戦で、トントンとステップアップすれば恐らく2年か3年で不妊治療はとりあえずの終結、一区切りというふうになっているところが多いかというふうに思っております。長引かせているのは、もちろん患者自身というか、受けている人自身のニーズ、希望、切なる願いというのがベースにあるにしても、子どもが欲しいという私たちの気持ちがかか食いものにされているのかなという気もしないではありません。それはちょっと残念な点です。

そういう意味で、今、特定不妊治療費助成事業というのが体外受精に1年度当たり1回10万円、2回までというのがありますが、これは通算5年支給というふうになっておりますが、5年体外受精を受けると言っているのでしょうかと実はちょっと疑問になったりもしているんです。実は、もう少し短くてもむしろいいのかなという気もしています。これは助成が要らないという意味では決してありませんので、そこはひとつ。

それから、結局、では不妊と少子化というところに少し話を移していきたいのですが、少し長くなりそうなのでポイントだけ。まず、今お話ししたのは、割と不妊の医学的というか、メディカルな部分の問題点かと自分でも思いますけれども、実は不妊というのはメディカルな問題だけではなく、メディカルプロブレムというより、むしろソーシャルなプロブレムであると言った方がいいだろう。それはなぜかというのは、このスライドにありますように、やはり幾つか圧力というか、苦しみというのが本当に重層的になっているからなんです。例えば外から生じるものとして、これは読んでいただければわかりますが、「お子さんは？」という言葉。特に今、少子社会の中であって、子どもをつくるのが国民の義務だ。あるいは近所のおじさんでさえ、子どもをつくるのが人間の大事な使命なのだ

と。なぜあなたに言われなければいけないのみたいな話も含めて、真面目な顔をして、例えば上司にこういうことを言われている方もいらっしゃるんですよ。「この少子化に何事だ」みたいに怒られる。だけど、自分たちが不妊に悩んでいること、不妊治療を受けていることを言えないし、言い返せなくて、本当に陰で泣いている方というのがいらっしゃるわけですね。本当に不妊支援というのであれば、「子どもはまだ？」と聞くのはやめようキャンペーンでも張っていただきたいと実は思っていたりもするわけです。お金も大事ですけども。

もう1つ、内側から生じる苦しみ。外から言われるまでもなく、自分たち自身が、自分たちがこんなのでは女失格なのではないか、男失格なのではないか、不妊は何かの罰ではないかと、本当にいろいろな葛藤に苦しみ、葛藤にさらされてしまう。もしくは、夫婦関係の危機ですよ。これで離婚されてもしようがないというような話をする方も少なくありませんし、そういったいろいろな苦しみを医療が救ってくれるのかということ、実はそうでもなく、医療がむしろ葛藤なり苦しみを増やしているという側面も実はなきにしもあらずであるということ。まただめだった、いつまでこの治療を続けていけばいいのだろうか、本当にこの病院でいいのだろうか、あるいは何歳までやろうとか、あと1回だけやろうか、何歳までと。例えば夫がもうやりたくないと言っているけれども私はとか、本当にいろいろな葛藤をこの中で経験してしまうわけですね。人によって外圧、内圧、医療ということの苦しみのバランスは違うわけですけども、本当に一人ひとり、いろいろ違った、100人いれば100通りの不妊の悩みというものがあるわけです。

ただ、1つ、おもしろいと言っては何ですが、気をつけたいのは、不妊というのは、中には悩まない人もいるわけですよ。子どもができないことをひどく悩み込む人もいれば、そのことをそんなに大きな問題として捉えずに生きていかれるカップルも中にはいらっしゃるわけで、ソーシャルなプロブレムであるというのはそういう意味もあります。悩めば不妊は悩みだが、悩まなければ、全然子どもができないことは悩みにならないということがあります。

そうした問題も含めて、今日、とりあえず皆さんにお伝えしたい、あるいはこの後の質疑応答で議論したいのは、少なくとも、今言ったように、不妊というのはソーシャルな問題であるということ。それゆえに、もろもろの細かいことは今はしよりますけれども、少子化対策としての不妊とは何よという思いが私の中にはずっと違和感がある。そもそも子どもが足りないから不妊の人にもがんばって治療して産んでもらわなければ足りないよという話、それは何。議員さんの中には、確かに不妊治療をしてでもがんばって子どもを産んでくださいねと、不妊治療している人たちを応援するメッセージをそういうふうに送っていたこともあるんですけども、体外受精の大変さとか、いろいろな負担をこの人は本当にわかっているのという感じで、すごく不愉快だったこともあるんです。いずれにしても、例えば不妊相談にしても、治療奨励では私自身は非常に困るし、嫌だなというふうに思っています。それが1つです。

不妊当事者グループの世界会議というのがあるのですけれども、そこに出席した当会のスタッフが、ほかの国で体外受精が保険適用になっている国などが結構ありまして、そこで、日本は少子化対策で体外受精にお金が出ているのよと言っても、アンビリーバブルみたいな話で、それは絶対嘘だ、信じられない、おかしいという意見がほかの外国の不妊女性がみんな口をそろえてそういうふうにしたというふう聞いています。

少子化対策という枠組みのみで不妊問題を見ては、最終的には見誤るだろうというのが私の見解です。不妊というのは、1つには家族政策、もう1つは科学技術政策、これは不妊治療の現場で、今、ES細胞なり、再生医療研究の材料ともなる卵子や受精卵ができてからということですから、そういったところもリンクしている。

それから、もう1つ大きな問題として、医療政策というのもきちんとリンクしている。家族政策、科学技術政策、医療政策という、少なくとも3つがクロスオーバーする分野が不妊の問題であるというふうに私は認識していますので、少子化対策という枠組みで、ただ、不妊体外受精にお金を出すという考え方だけでは、全くとは言いませんけれども、ちょっと違うのではないかと提言したいと思います。例えば、つい最近、受精卵の取り違いというケースがございましたね。報道もされました。このケースを考えれば、少なくとも不妊は少子化対策というカテゴリーではなく、治療現場の安全という意味での医療対策、医療政策ということと、そして生じた親子関係をどうしていくのかということの家族政策という、2つが確実に関わってくる問題であろうということは御理解いただけるかと思います。

とりあえず、プレゼンテーションはそのぐらいにしておきたいと思います。どうもありがとうございました。

勝間委員

どうもありがとうございました。そうしましたら、今、6時25分ですけれども、7時15分ぐらいまでをめぐりにいろいろ議論させていただきたいと思います。たぶん委員の皆さん、聞きたいことがたくさんあると思うので、ぜひ活発な御質問をお願いします。

宮島委員

いろいろお話をありがとうございます。まず齊藤先生にお伺いしたいのですけれども、公的な体制がとりにくい理由は何か、もう少し詳しく教えていただけますでしょうか。私の周囲の非常に少ない例だけですが、やはり私的なクリニックが多くて、あるクリニックに行って言われたことと全然違うことを次のところで言われたり、全く同じようなことを繰り返しやったりすることがあると聞きます。私の印象では、ほかの診療科に行ったときは、例えば紹介した先でも医療は連携があるように見える科が多い中で、不妊治療に関しては、ほかの医療に比べて連携が足りないような、治療のスタンダードが確立していないような側面があるのか。そういうところからも、公的なシステムがつくりにくいよ

うな理由があるのか、どうお考えでしょうか。

齊藤氏

公的施設でいわゆる不妊治療を行っていくときに、先ほどお示ししましたように、いろいろな方々と関わりを持っていかなければいけない。先ほど言ったように、不妊診療科だけじゃなくて、泌尿器科、育児心理科も必要です。不妊カウンセラー、そのほかに不妊コーディネーターナースとか、こういうような人材を入れ治療システムをつくる必要がありますが、公的な施設では、人数的なものが最初から予算化されていないというか、想定されていない。だから、私どもも、例えば卑近な例で言えば、国立成育医療センターで働かせていただきましたけど、正規の胚培養士はいませんし、不妊のコーディネーターナースという概念も最初はありませんでした。そういう職種の必要性を一々説明しながら、その職種の必要性を徐々に認めてもらっている状態です。例えば職員じゃなくても、臨時職員として、採用していただくというのが現状なわけです。

公的な施設というのは、どうしてもいろいろ予算取りとか、人数に関してもある意味では1年、2年というような長い時間がかかる。私的なところに比べると、かなり時間をかけてそれを理解していただいて人員をつけてもらわないとだめなのです。ですから、どうしても公的な施設では、こういうような不妊の総合的な体制をとることは遅れます。もちろん、10年、20年かければ、たぶんよくなっていく可能性は高いし、よくならなければいけないとは思いますが、早急な対応的が難しいのが現状です。この不妊治療自体がそんな昔からあるわけじゃなくて、ここ10数年で急速に出現してきて、いろいろな職種が必要となり、例えば、今、鈴木さんが言われたような、いろいろなメンタルな面でのサポートというのを含めても、それに対する認識がないわけです。不妊は単に注射を打って排卵させて妊娠させればいいのではなくて、メンタルなサポートが必要で、それに関して人員が要するというのを、行政にはなかなか理解してもらえないのです。そういうことをわかっていただいて初めてそういう人材をつけていただけると、患者さんが困らなくて、いい医療が受けられたなと思うようになるのですが、それにはやはり時間がかかる。特に公的に動かすには、かなり時間をかけて、私たちですと厚生労働省になるのでしょうかけれども、上の方の方々にそれを認識してもらって、それに対する人的なサポートとか、施設的なサポートというのは初めて出てくるわけです。このように繰り返しながら何度も要求していくと、公的なところは体制整うには時間がかかってしまうのが現状だろうと思います。最終的には、たぶん10年か20年すればもうちょっといいものができるかとは思っていますが、現実的には今の動き方では対応が遅れてくるだろうと思います。

宮島委員

では、今の段階では、御提案のような気運は関係者の中ではあるけれども、公的なシステムも必要であるという理解はなかなか外には十分広がっていないという状況でしょうか、

現状においては。

齊藤氏

何回もこういうものは御説明する機会があればするのですけれども、やはりどうしても、むしろ今だと産科医療の崩壊の方が強くて。そちらもすごく大切なんです。私自身も、どちらを取るかといったら、やはり産科医療の崩壊をまずなくさなければいけない。私自身も産婦人科ですから、やはり産む方がちゃんと安全に産むというような体制を整えていくというのは、私自身もそう思うし、どちらを取るかといったら、やはりそちらを最優先課題にするというのは、私もそうだと思う。でも、その陰で生殖医療を必要とする方もいらっしゃるの、こちらと同時にきちんと進めていく必要があります。インパクトとしては、どうしてもお母さんが亡くなられたとか、児が亡くなられたということの方が強いんです。卵が1回だけ受精できなかったとしても、インパクトは強くないんです。妊娠されなかった、「そういうこともあり得るかな」で終わる可能性もあるわけだし、その不妊症の方がすごく精神的に悩まれても、母体が死ぬとか、児が死ぬに比べると、インパクトが弱いんです。そんなことを言うてはいけないかもしれないですが、どちらかということ、今の限られた資源の中でどこから最初にやっつけていこうかとなると、どうしても緊急課題というのが決まってきて、どちらかということ、生殖医療は少し遅れぎみになるというのは否めないところかなと私は思います。

勝間委員

今の点で、諸外国の公的施設の状況について教えていただけますか。不妊治療に関するものがあるかどうか。

齊藤氏

諸外国は、まず最初に施設面でかなり少ないですね。

勝間委員

日本は2%ですが、諸外国は3~4%ぐらいになるケースもあると。

齊藤氏

不妊治療に対する補助とかが、あるところが結構多いです。

勝間委員

そうしますと、大規模施設がたくさんあるということですか。施設数が少ないというのは。まず、公的があるかないかという話が1点目に知りたくて、2点目として、施設がもし公的があるなしに関わらず大規模が多いのかということについて教えてください。

齊藤氏

大規模なところというのは、日本はばかりでかい施設が1つか2つあるのですが、外国にはそのような極端に大規模な施設はないんですけれども、ある程度中規模の公的な機関というのは多めですね。ただ、実際の数をつかんでいないのですが、日本の場合には、個人的なクリニックがすごく多い。先ほど言ったように、公的なところは3割前後ぐらいで、その公的なところがうまく機能していないところが多いですね。外国は、公的なところも機能するところが多いということはあると思います。

鈴木氏

少し補足をしていいですか。例えばイギリスなどは、これは何年か前のデータで集計したものですけれども、不妊治療の疑問点というところのグラフのUKも、割と地域の拠点病院、地域間病院が体外受精を担っていることが多かったはずですよ。しかも、それが法律の認可制になっているということが1つ。それから、フランスなどもたしか認可制ですね。

勝間委員

認可制なんですね。

鈴木氏

はい、法律による認可制です。

勝間委員

日本は、産科医師だったら誰でもできるんですか。

鈴木氏

できます。

勝間委員

そこが大きな違いなんですね。

鈴木氏

明日からでも、例えば現実には、産婦人科を辞めて不妊外来に移行したところが結構多いです。街のクリニックなどでは。

もう1つは、日本における体外受精の受けている数というのは非常に多いというふうに記憶しています。だから、日本ってそんなに体外受精というか、不妊の人が多いのか。それとも、クリニックが多いせいなのか、その辺はよくわからないんですけれども。

勝間委員

ある意味で言うと、日本ではビジネスとして活用されている側面が強いのではないかと
いうのがお二方の問題提起という理解でよろしいでしょうか。

鈴木氏

それだけ問題提起したいわけではないですが。

勝間委員

一部として。

鈴木氏

はい。そういう側面もあるかなと。それで、受けている方が非常に長く不妊治療を受けて
いらっしゃるという現実。それは前にも申し上げたように、御本人がそのことを望んで
望んで、ずっと努力していらっしゃるということも当然あるわけですがけれども、一方で、
ドクター方が治療の区切りを告げるということが非常に僕たちは言いにくいんだよねと、
日本のドクターは割とそういうふうにおっしゃる方がすごく多くて、もしかしたら、外国
のドクターたちは、最初から3回ですよというふうに、例えば3回パックになっているよ
うなところもあるんですよ。外国などでは、最初から3回で100万円とかというふうな
受け方もあるので、そういった違いというものもあるのかなという気はしています。

勝間委員

ありがとうございます。佐藤委員。

佐藤委員

今の点に関して2つ質問があって、1つは、できるだけ不妊治療を受けなくていい状態
にする。予防の問題があると思うのです。それともう1つは、それが不可避な状態になっ
たときに、適切に不妊治療を受けられるようにするということがあると思います。前者の
予防の点について言うと、いろいろな不妊治療が必要になってくる社会的な状況要因を見
ると、予防もしなくてはならないけれども、やはり不妊治療の必要性が高まっていくとい
うように理解せざるを得ないのか。1つは、予防としてどういうことをやった方がいいか
ということと、もう1つ、それをやったとしても、当分は不妊治療を必要とする人が増え
ざるを得ないような社会状況であるのかどうか、これが1つの質問です。

もう1つは適切な治療ということですが。日本では治療が長期化するという点を伺って、
海外となぜこんなに違うのかと思いました。御本人が納得してもらわなければいけないと
思うので、そうすると、確かにずっと治療を受けたいという方について、それを止めると

いうことはできないと思うのですが、やはり長く治療が続く背景には、日本の特殊な事情で、今言われたように、なかなかドクターが説明してくれないとか、出産に対する社会的な圧力とかなどがあるとは思いますが、御本人なり、カップルである程度選択し、治療の成果がでる可能性がゼロとは言えないと思うのですが、納得してここまでとか、ある面ではそういう判断できるような仕組みをどうつくっていったらいいのかということについて、ぜひ伺えればと思います。どういう社会的なサポートみたいな形で、医師の対応もあるでしょうし、社会的な情報提供とか、先ほど国の助成のあり方など、適切な治療の期間を判断できるような状況をどういうふうにつくっていったらいいのかということも2つ目に教えていただければと思います。

鈴木氏

不妊の人ができてきたら困るという意味での予防だと、どうよという感じがするのですが、先ほど齊藤ドクターからの話は私も実は準備していたのですが、やはり基本的には、特に生殖世代の女性に増えていると言われる子宮内膜症の件とか、もう1つ、性感染症の問題、それから男性の精子の減少の問題。これは不妊対策、少子化対策というカテゴリーではなく、やはり国民の健康問題として捉えていくべきであろうというふうに考えています。これをしないということではなく、特に若年層の性感染症などは大問題ではありますし、健康教育問題であると同時に、環境問題でもある。そういうカテゴリーの中で見つめていくべき問題であろうというふうに思うということ。

それから、適切な治療云々という話、先ほどの宮島委員のお話で、今は患者もドクターも不妊治療のスタンダード化というか、標準をどこに定めようかという話は結構話題になっていまして、以前、東京女性財団はドクターのインタビューをかなりしており、その調査レポートを読むと、不妊治療というのはスタンダードがないというのが結論だったんですね。ドクターによって、病院によって、当時、何年か前の調査ですので、皆さんが結構「おれ流」というか、「うち流」でやっていらっしゃる。あるいは、うちはこのやり方とかが結構多くて、本当は海外の文献などを読むと、これよりはこちらの方が妊娠率はよいとオーソライズされた部分は幾つかあるんだけれども、結構それを採用していないところがあったりするんですね。

それは、患者の側から何とも言いようがなく、ドクターの方に、何とかしてよと本当に言いたい問題なんです。こっちではこう言われて、あっちではこう言われて。例えばこっちで妊娠だめだったので、こっちの病院に相談に行ったら、「そのやり方だからだめだったんだよ」と言われて、では、こっちでまた何回受けましょうという話で、結局、先ほど言った治療の長さというのは、そういうことも関係しているんですね。病院をどんどん変えていくことで、やり方がまたどんどん変わっていくことで長引いていくということもあるわけですし、そういう意味では、先ほどの治療の区切りなり、あるいは治療をどういうふうに分けていくかということ、治療がどれだけ標準化されている

かということの照らし合わせとも関係があるのかもしれませんが、また、それはドクター側からのそういった適切な情報提供がない限り、こちらとしてはやはり判断が非常にしにくいだらうという問題があるかと思います。現実には、不妊の電話相談の悩みなどでは、やはりこの病院でいいのだろうか、この治療でいいのだろうかという、例えばいつまでという話、治療の迷いというカテゴリーは非常に相談の上位を占めるという現実がありますので。

齊藤氏

予防の意味では、我々は、先ほどのグラフで見ていただいたように、結構高年齢の方が来られます。ですから、こんなときから治療を始めるのではなくて、もっと前から妊娠する、自分の人生は自分で決められていいのですけれども、妊孕性は、先ほど言ったように、年齢でどんどん下がるということをご自分できちんとして、自分の職業なども含めて、どういうふうな人生設計をするのかということをご自分で考えていただくようなことをしていかなければいけないんじゃないか。我々は、特に避妊とか、あるいは性感感染症にかからないとか、そういうのは結構いろいろところで啓蒙されてはいるのですけれども、赤ちゃんをいつつくっていいか、人間ってこんなに妊娠する能力が年齢ですぐ落ちるんだよというのはどこでも教育されていない。ですから、そういうことをきちんと、子づくりは、もちろん自分の人生がありますから計画は自分で決定してよいのですけれども、妊孕性はこんなに下がるんだと。20代に比べて、20代の後半から下がるということとか、どこかでお示ししていくような機会をつくらなければいけないだろうと考えます。我々は、40歳で来られても、一生懸命研究しても、せいぜいほんのちょっとしか妊娠率を上げられないので、それよりは、もっと若いときに妊娠出産を考えることをしていただく機会をつくっていくのが一番よいと思っています。

そのあとは、夫婦がどのように判断するか。判断するためのいろいろな情報を与えてあげたいというのは私もそう思っていて、私は女性総合外来といって1時間話す外来をつくっています。そこでは、いろいろなこととお話ししてあげるのですが、一般の開業医だとたぶん時間的に無理だと思います。やはりたくさんのお話を診なければいけないからなかなかできないと思います。治療を始めるときに、不妊治療というのはこんなスタンスで始めますと話します。いろいろな検査が終わって、ここが悪いからこうしましょうとか、単にちょっとタイミングだけとればいから、自分たちでまたがんばって見たらいいんじゃないですかというふうに戻す場合もあるし、そういうのが不妊治療の一番最初だろうと思います。

それから、どうしても妊娠しないので、体外受精とか、顕微授精とか、胚の凍結の治療にいくときに、もう一回話すのです。それはやはり30分から1時間ぐらいかけてお話しするのですけれども、それは、こういうような治療というのはそんなに妊娠しないよという話をするのです。危険もあるよと話します。私たちのところで妊娠する確率というのは大

体最初の3回前後ぐらいでほとんどの9割以上の人が妊娠して、あとは何回続けてもなかなか妊娠しないのです。そんなことを含めてお話しします。私は大体2回、患者さんとお話しする機会をつくらうと思っています。これは理想なのですが、普通の開業医でこんなに時間を取っていたらやっていけないと思います。普通の開業医のところだと、話す時間が少なくて、たぶん何かわからないけど注射を打たれて、何か知らないけどお薬を飲まされて、じゃ、あなたはこれしましょう、これでいいのですと言われて、よくわからないまま治療されていることも多く、私のセンターに来られる方の中にはそのように、言われる方が結構いらっしゃいます。

ただ、我々が思う一番いい不妊治療というのは、やはり御説明して、それで納得して治療を受けてもらうというのが一番大切だと思うので、それをエスタブリッシュしようとしたら、かなり人は要るし、それだけをやろうとしたら、それだけの施設というのはなかなかないだろうというのはもちろんその通りだろうと思うのですが、そこができれば一番適切な不妊治療となっていくんじゃないかというふうに思います。

佐藤委員

今の、例えばこの治療だと大体3回目までに成功しなければ、その後は非常に確率が落ちますよというような、たぶん先ほどの長く続いてしまうかなんだけど、たぶんそういうふうな説明が余りないから結果的に長く続くのか。あるいは、そういう説明を受けていても、いろいろな外的な要因や本人の選択で治療が続くのか、両方かも知れませんが、どちらの要因が大きいとお考えですか。

鈴木氏

どちらとも言えないような気はするのですが、ただ、説明に関しては、以前に比べれば私はかなりよくなったのではないかというふうに思っています。1つには、先ほど言ったスタッフですね。不妊専門のクリニックなどでは、体外受精コーディネーターとか、不妊カウンセラーという形で看護職の方をトレーニングしているところもすごく増えてきましたし、また、胚培養に携わる方がその患者さんの説明にしているような病院もありますので、以前に比べたら格段。それから、施設も、例えばうちは30代だとこのぐらい、40代だとこのぐらいという形で、それこそネット上でもたくさん公開している施設も増えましたので、その辺の情報は。

ただ、結局、問題は、受ける私たちの側がそのデータをどう受けとめるか。そのデータが私にとってどういう意味を持つのかというところに対してのプラスの何かがないと、それはたぶん不妊に限らず、いろいろなほかの疾患なり、トラブルでもきっと同じようなことがあると思うんです。そういう医療全般に通じるような問題も1つあるのかなと思います。

松田委員

大変興味深いお話でした。少子化対策として不妊治療をどう語るかというのは非常に難しい問題がありますので、それはまた改めて私も質問したいと思うのですが、まず佐藤先生からの1点目の質問の意味は非常に大きいと思います。先ほど予防なのか、それとも、予防して、それでも全ての人の問題は解決できないので、それに対する対処と言われました。「予防」という表現は適切かどうか分からないのですが、社会学の視点から見させていただきますと、齊藤先生の資料の1ページに現状の背景と問題点がかなり集約されているような気がします。現状において、不妊治療の患者の方がかなり増えていて十分な治療を受けられていないということですが、その背景に社会構造的な問題がまずあるのではないかということを行っています。それに対して、まず最大の「不妊治療」というものは、そうした社会構造的な問題に対処することではないかというのが私の質問です。

具体的に申し上げますと、例えば晩婚化というのが何で起こっているかということ、若いうちは経済力がないので、どうしても結婚が遅くなります。30半ば過ぎてようやく結婚できる状態になる。あるいはメタボリックですとか性感染症、これは食生活やふだんの生活、あるいは安全管理の問題も入るかと思います。子宮内膜症に関しても、これは適切な医療の提供などに関わると思います。やはりそうした社会構造的なものが弱いためにこうなっているような気がするのです。

そういうことで、先ほどの質問に戻らせていただきますと、不妊治療というものを少し大きく捉えた場合、できるだけ産みたい人が若いうちに安全に産めるようにしていく。齊藤先生の1ページのあることに対処していくことがまず第一に必要であり、それが今ないのではないかというのが指摘の1点です。

2点目は、その裏返しですけれども、本当に不妊治療で治癒すべき方、今、ビジネスと申されましたので、現状ではかなり幅広い方を対象にされてしまっているような気がするのです。それは、この1ページの構造があるからです。行く行くは、できるだけ若いうちに家族形成できるように環境を整えていく。しかし、できない方もいらっしゃいますね。それでも不妊治療を必要とする方に対して手厚い医療を施していくということではないかと思うのですが、この点に関して、御両名の先生の見解を教えていただければ幸いです。

齊藤氏

全くその通りだと思うので、その通りだとしか答えられないんですけども、私は不妊治療をしていて、なかなか年とった方は妊娠しない、いろいろやっても妊娠しないというのは現実的に私たちも感じていますので、先ほど先生が言われたように、産みたい方が若い時期に安全に産むという方向性を社会的につくり上げていくというのがまず1番だろうと。

2番目は、もちろん、それでもできない方に対しては手厚い治療。これも私のところや公的というようなところはなかなか人を準備できない。先ほど鈴木委員が言われたように、

例えば胚培養士とか、不妊に慣れたコーディネーターナースがきちんと説明するというのは私も基本だと思うのですが、公的機関というのは、例えば看護師にしても、3年ごとにどんどん異なる部署に移っていってしまうんですね。せっかく慣れていろいろ話していただけるような状況が出てきて、私たちも一緒にやっているときにいろいろ教えて、看護師さんでも対処してくれるような状況をつくるわけですが、公的機関というのは部署を移るんですよ。あと、不妊の胚培養士などもお話ししてくれるというのですが、私たちは、育てることはできるけれども、その方というのは正規職員じゃなくて臨時職員なので、やはり辞められて、ほかのところへ行かれてしまうということもあって、なかなか公的なところでは理想的な不妊治療は立てにくいのです。けれども、やはりなかなか妊娠しない方に対して手厚い治療というのは基本だと私は思いますし、こういうことを行っていくことが大切だろうと思います。

鈴木氏

産みたいときに安全に産めるというのは、それは当然だろうということがあるんです。ただ、これは不妊の問題ともリンクする話ですが、1回目のこの会合のときに人工妊娠中絶の話も話題になっていたのですけれども、人工中絶をなさった方へのアンケート調査などを以前見ましたところ、その理由が結婚していないから結構多かったわけです。逆に言うと、結婚したら子どもを産まなければいけないわけです。結婚という規範と子どもがすごく結びついているという日本の社会があるわけですね。これが一方で、もしかしたら若い方々の産み控えというのを招いているということが、一方で不妊の人に苦しみを招いていたりする。実は、裏表として問題があるのかなという気がします。それが産みたいときにという話で1つ考えていたことですが、

それからもう1つ、では、手厚い医療というのは何だろうと。恐らく体外受精で出産に至る率というのは、実はこれ以上上がらないんじゃないかということもささやかれているんです。人間の妊娠できる能力というものに限界があるというふうに専門のドクターの方はよくおっしゃっていて。何ですかね、手厚い医療とは。

松田委員

私が申し上げたのは、齊藤ドクターから望ましい医療体制ということが指摘されたとおり、まさにそれを全ての病院で普及させるというイメージです。

鈴木氏

そうだと思います。手厚いというより、やはり安全で安心な医療ということがまず第一。これも不妊治療に限らず、特に昨今の産科医療の崩壊のことは大問題ですし、それからもう1つ、私が気にしているのは、生まれた子どもたちのことで、やはり小児医療、新生児医療のことなどももっときちんと考えていただきたい。つい、どうしても不妊で悩み込ん

でいるときとか、治療の渦中にあるとき、あるいは、もしかしたら国もなのかもしれないかもしれませんが、不妊政策なり、不妊対策、不妊治療のゴールが妊娠というところにどうも焦点が当たっているのですが、そうじゃないと私は思うんです。やはり妊娠してから 208 日間、お腹の中で大事に育て、それから、もしかしたら命がけになるかもしれない分娩があって、その後、子育てという長い期間があるわけで、女性の生涯の健康という施策も今あるわけですけれども、その中できちんと、そこでのポイントとして不妊ということを見ていくならかるのですが、そこだけに焦点が当たるのはちょっと違うんじゃないかというふうに思っています。やはり全ての流れにおいて手厚い支援が必要であるというふうに思っています。

勝間委員

1 点、質問していいですか。いろいろな公的な補助をするかしないかという問題が出てくるのですけれども、やはり通常、製薬ですと evidence based でかなり厳しい臨床試験があって、十分にそれは公的補助に堪え得るということで初めて認可されるのですが、そのような考え方というのは、不妊治療でも今あるのでしょうか。evidence based でやっていくということについて。

鈴木氏

齊藤ドクターから詳しいお話があると思いますが、先ほど言った標準化という問題がありますよね。保険適用がなかなかされないというの、実は標準化の問題と深く関わっているというふうに私は聞いています。あちこちでやっていることが違うので、保険適用しにくいという問題。ただ一方で、逆に保険適用になったら、保険が適用される体外受精のやり方はこれですよということになって、歯医者さんの入れ歯みたいなことになるのかなと。保険だとこのレベルですけれども、自費で出せばもっといい体外受精とか、培養の液もこんなにグレードの高い培養液を使いますとか、培養液の工夫というの、ものすごくいろいろなクリニックが努力しているので、そんな話になってしまって、例えば保険も、3 回まで受けて、その後、結局やはり自費で何回受けようかと、そんな話になるのかなという気もしなくはないんですよ。それはちょっと考えています。ただ、公平という意味では、保険適用は大きな課題だというふうに思っています。

勝間委員

もし仮にそれが実現したら、それは一歩進むことにはなるわけですよ。

鈴木氏

恐らくそう思います。ただ、諸外国も年齢制限あるいは回数制限というのが制限付きであったりしますが、それはやむを得ないだろうということと、それからもう一つ、今、財

源の問題がありますので、残念ですが、これが最優先になるかどうかというのは、今の段階では恐らく疑問であろうと私自身は思っています。

勝間委員

ありがとうございます。齊藤ドクターの御意見は。

齊藤氏

私は保険でやっても自費でやってもベストを尽くすと思うのですが、その人にとってどういう方法が一番いいか。もちろん培養液も含めて考えていきたいと思っています。公的補助を考えた場合には、こういうのはコストパフォーマンスでしょうか、やはり年齢的な因子を考えます。年とって来られると、欲しいという気持ちはわかるけれども、妊孕性というのは落ちてしまうので、どこかで線引きが行われなければいけないだろうし、公的な財源も限りがあるものですから、やはりある程度公的補助を出したら、それだけの成果を求められるというのは出てくるとは思うのです。今は5年間、年2回ですが、私たちは結構高齢の方を診療していますと、5年間引っ張るよりは、逆に2年間にして1年間5回の補助の方が効率的かなと思っています。その方が短期決戦というか、高齢のときの5年間というのは妊娠率が激減しますから、むしろ2年間に集約していただいて短期間に補助していただいた方が効率的だろうという感覚はあります。そんなところももう少し考えていただければと思います。

勝間委員

ありがとうございます。安藤先生。

安藤委員

ありがとうございます。齊藤先生の2ページ目、3ページ目の経年別の伸び率というのを見てみると、まさにバブル経済が崩壊した後に急激に伸びているようなカーブが見えるのですけれども、私、このPTでワークライフバランスを次回やるのですが、つまり不妊と労働時間、あるいはバブル経済以降の成果主義による精神的ストレスと不妊の間に何か相関関係があると見ているのか。つまり、それがあるとしたら、鈴木さんがおっしゃっている労働政策というところにやはり絡んでくると思うんです。つまり、長時間労働で深夜帰宅をして、そこからまた夫婦生活というのはなかなか厳しいのではないかと。それは男性だけじゃなくて、20代の女性も同様ではないかと思えますし働き方の見直しが不妊を解消していくことがあるのかというのが1点です。

もう1点は、いろいろ資料を見ても、不妊が女性の問題としてしか語られていない。つまり、カップルの問題として、あるいは男性(夫)の問題としてまだまだ認知されていない。これは育児の話と全く同じだなと思います。私たちは父親の育児支援をしているので、

非常にパラレルだなと思って見ていたのですけれども、例えば齊藤先生のところにまずカップルで来たときに、夫ヘカウンセリング、例えば働き過ぎはよくないですよとか、余りストレスをためないでねとか、そういうことがあるのかどうか。あるいは、例えばフィンレージの会のピンク色の『新レポート・不妊』の38ページに夫の意識のデータが載っていますが、不妊に背を向けている夫が多いですよ。つまり、産むのは妻だし、治療を受けるのも妻だから、自分はいいよという逃げの姿勢。できればできたでいいし、みたいな。1回治療を受けて、その大変さが嫌で逃げているみたいなところをすごく感じるのですけれども、何か消極的な夫への対策、対応をフィンレージでもやっているのか。あるいは、医療現場でもやっているのかというのを知りたいのですがいかがでしょうか。

鈴木氏

夫側の不妊、いわゆる男性不妊というふうに言いますけれども、例えばフィンレージの会の中にも、サブサークルというんでしょうか、テーマごとの小さなグループがあったりして、男性不妊のグループというのもあったのですが、来るのはやはり妻だけなんですよね。男は来ない。よくセミナーなどを開いた後、おしゃべりの集まり。でも、この頃はカップルでいらっしゃる方が以前に比べたらものすごく増えました。ただ、そこでおしゃべりの集まりに男性で残る方というのは、最近ようやくちらほらという感じですね。つまり、男性だけのトークのグループができるようによろよくなってきたという状況はあります。本当に子育て分野の話と同じで、男はどこかで置き去りということと、基本的に、例えば不妊の原因が夫にあったとしても、病院に通うのは結局女性(妻)の側であるという問題。夫が悪いのに、なぜ私がここにいなければいけないのかとい怒りを抱えている方ももちろん中にはいらっしゃいます。ただ一方で、結局、妻に負担をかけているからこそ自分はいえこれ口を出せない、だしたくないという気持ちもやはり夫にはあると思うんです。その辺は何とも言えないです。

働き方、不妊の問題は関係あると思います。特に女性の月経の問題は、夜勤のことともリンクしていますし、男性の精子の数などは、ストレスフルなときというか、病院で採ると少ないけれども、家で採ると結構採れるとか、やはりストレスが関係あるんですよ。この頃は病院で採精室というか、専門のお部屋とか、やはり環境によっても数が違ったり、状態が違ったりするそうですし、そういうことはすごく関係あると思います。ただ、逆に言うと、女性が負担することだからこそ、むしろ女性がどこかで決断していかなければいけないという側面もあるかとは思っていますけれども。

齊藤氏

私も、不妊のカップルによく2人でお話しするときがあるのですけれども、また、治療なども含めて、旦那さんの労働環境というのは、先ほども言われたように、かなり精子への影響というのは大きいです。ですから、基本のお話はします。かなり仕事が混んでい

たりすると、そのような影響というのは起こります。あとは、やはりEDになりやすくなります。ですから、がんばってくださいと言っても、その日ががんばれないというのはよくあります。

安藤委員

ストレスですか。

齊藤氏

ストレスは影響ありますね。言ったことに対するストレスもあるし、労働環境で疲れ切っているときというのは、かなり影響しますね。ですから、それ以上責めてもしょうがない。責めるとよけいだめになるのですが、労働環境の影響はすごくあります。

それから、ささいかもしれないけれども、たばこをストレスでたくさん吸われる方がいらっしゃるかもしれませんが、それもある程度の影響はあります。

安藤委員

パソコンも悪影響はありますか。

齊藤氏

そんなことを言う人もいますけれども、むしろそういうのはストレスフルな環境なんじゃないでしょうか。

鈴木氏

電磁波なんかはどうですか。

齊藤氏

そういうことを言う人がいらっしゃるんですけど、実際、きちんと調べられたというわけではないわけですので。

安藤委員

思い込みかもしれないですね。

齊藤氏

はい、そういうような感じですね。ただ、やはりストレス環境というのは精子の数にも影響しますし、もちろんEDにもなります。

それから、夫への働きかけというのはなかなか難しく、一般的なことで言えるけれども、その人に限って、言わなければならないということはなかなか言いにくい。だから、

一般化して、例えばたばこは影響しますとか、ストレスフルなときにはこうです、というような言い方でお話しします。個人個人の状況に合ったことはなかなか言いにくいというのはありますね。

安藤委員

先ほど1時間ぐらいお話をされると言ったじゃないですか。そのときに、男性側からも、なぜできづらいかという自己分析みたいなものを語る人はありますか。

齊藤氏

あります。そういうときはお答えいたします。だけど、それに積極的に入ってこない方に、逆に奥様から聞いたことを言うというのはなかなか言うにくいという感じですね。

勝間委員

小淵大臣、何かコメントなり、質問なりございますか。

小淵大臣

ありがとうございます。今日はお2人から大変貴重な御意見をいただきました。

いろいろとあるのですが、まず、鈴木さんのお話の中で、不妊治療を少子化対策として取上げないでほしいというお話がありましたので、そのことについて申し上げます。

私が思うに、この国の少子化対策というのは、昔の産めよ増やせよというようなことではなくて、子どもをもちたいと思っている人が何らかの理由で子どもをもてない状況がある。それは経済的な要因であったり、社会的な要因であったり、また、不妊ということであったり、いろいろな理由があると思うのですけれども、この国がこれだけの経済大国としてほかの国にもたくさん援助をするような国になったのに、なぜ一人ひとりの何とかしたい、こうしたいという思いが叶わないのだろうか。そういうことを考えたときに、例えばもし国で何かの手を差し伸べることができれば、何らかの施策をとることができれば、体制を変えることができれば、社会的な要因を変えることができれば、その一人ひとりの思いを叶えることができるのだとしたら、そうした問題要因は取り除いていきたいというのが私の考えです。そんな思いから、財政やこれまでの施策にとらわれずにいろいろなことを話していこうということでこのプロジェクトが立ち上がったわけです。中でも、私のところに不妊治療についての御意見が本当に多く寄せられているので、これだけ問題意識があるのであれば、平場で話せる場を持つことは大事なのではないかと考えて、この回でテーマとして取り上げさせていただきました。

それなので、私はこういう場で鈴木さんのお話が聞いてよかったと思っていますし、こうした場で話されたということが外に発信されることはプラスではないかと思っています。私自身も十分かと言われると自信がないのですけれども、やはり不妊治療に対する理解と

いうものは思っているよりも深まっていないと思います。先ほど男性議員の話で、不妊治療を支援していますと言うものの、本当に治療の負担等をわかっているのかどうかというお話がありましたけれども、現実の問題はやはりそこだなと思います。予算委員会の場などでも不妊治療に対する支援が必要ではないかというような質問が私のところにもきます。厚生労働省にも質問がきますし、私のところにもくるのですけれども、やはりなかなか厚生労働省だけでは、余りにも多くのことを扱っている分、不妊治療について十分に話せていないのではないかと思いますし、私のところで不妊治療について話をするという意義もとても大きいのではないかとということで、今回、テーマに取り上げさせていただきました。

先ほど医療という面と科学技術という面で不妊治療を取り上げてほしいということがあったので、今後のこともあるのでいろいろお伺いをしたいのですけれども、やはり政治家ですから、国としてどういう取組ができるのか、たくさんの御意見をいただく声にどうすれば応えていけるのかということを考えますし、物事がいい方向に進んでいってほしいと思います。そういうふうの一つひとつの政策を動かしたり、前に進めたりしていくためには、やはり応援団が必要です。ですから、皆さんの声をできるだけ実現するためには、例えば少子化担当であろうと、文科省であろうと、厚労省であろうと、環境省であろうと、みんなが同じ思いを持って一歩でも前進させていくということが大事なのではないかと思うのですけれども、そのあたりはいかがでしょうか。

鈴木氏

大臣のところ集まっている不妊への声というのは、例えば不妊治療への経済的な支援などが一番多かったりするのでしょうか。

小淵大臣

全てデータで割り振ってはいないのでけれども、やはり経済的な負担が大きいので、それに対して、例えば国として、今ある助成以外に何かできないかというお話も多いですし、あとは保険適用のお話が多いですね。

鈴木氏

そうですね。恐らくその辺が集約というか、一番多いことではないかと思いますが、恐らく渦中にいる方、今、体外受精を現実に何度も受けている方はそれがメインテーマだと思いますけれども、私は、たぶん不妊に悩んでずいぶん年月がたっているということと、それから、たぶんもう少し引いた目で見ているせいがあるのですが、不妊治療現場の抱えている問題はそれだけではありませんということがまず今日お伝えしたいことです。何度も言いますが、それで、先ほど言いましたように、少子化という枠組みの中でこの問題は語れないところまで広がってきております。私の方で準備してきた「日本の状況 - 包括法なし」というところも見ていただきたいのですけれども、今、例えば不妊治療

できてきている精子、卵子、胚をどうするのか。保存している胚を夫婦が離婚したときどうするんですかと。そういったことについて、今何もない状態で不妊治療現場はもう何十年もきているわけです。この間言ったように、受精卵取り違えみたいなこともありますし、死後生殖というような問題もあります。これらをどうしていくのか。例えばカップルと連絡がとれなくなって、タンクの中で宙に浮いてしまっている、これをどうしたいんだという状態になっている受精卵も病院のタンクの中にはあるわけですね。そうした問題もあります。

そういった現場のことに対して、今はある意味では無法地帯という言い方は大げさかもしれませんが、何も特に管理が働いているようなこともないわけで、一方で、精子や卵子や受精卵の使い道だけはきちんとどンドン話し合われているというふうに私は思っています。ES細胞研究に使いましょう、クローン胚の作成に使いましょうというようなことで、現場のカップルや、そこで出てくる精子や卵子といったものが全然守られていないんじゃないかというふうに思っていますし、それが不妊治療現場の抱える大きな問題でもあるし、その辺のことをまず何とかしていただきたいということも大きなテーマです。だから、さっき言ったように、既にもはや少子化は確かにキーワードかもしれませんが、もう求められているのは社会デザインの一新ということであり、その中での不妊対策、あるいは子どもができない人たち、子どものいない夫婦、あるいはシングルの人たちも含めて、その人たちの暮らしをどう考えていくかということだというふうに私は思っています。

小淵大臣

先ほどご説明したとおり、このPT自体がもう既に少子化の枠を完全に超えていて、結婚と出会いのことや、その前の若者に対する自立支援のことを既に扱っています。少子化という切り口でこの世のいろいろな歪んだところとか、社会環境とかを見ていこうというところにどンドンこのPTが広がってきているという感じで、その1つとして不妊治療も位置づけられるかと思えます。

それで、今日の話聞いた中で、やはり不妊治療というものは少子化の枠を超えた話で、全体として見てほしいというお考えはとてもよくわかりました。また、生殖医療についてのきちんとした法律やルールが全く整っていないというのは、これは政治の現場で一步前進させなければいけないことです。そういう理想として世の中をこうしていきたいというものがある一方で、今現実的に取り組んでいる厚生労働省による助成のような話もあります。

そこでもう1つお伺いしたいのは、さっきの特定不妊治療費助成事業で、1回10万円、1年度に2回まで、通算5年間支給するという仕組みについて、私も、ほかのところから5年やるのかというようなお話を聞いたんです。やはり支給を受ける人によってもっと柔軟に使える方がいいと思いますし、助成、国の支援のあり方としては、できる限りその人

その人に対応するような形で組まれているのがベストだと思います。

一方では理想を実現するべくいろいろな社会環境を動かしていく必要があるということと、もう一方では、現実的なところで具体的に何かこういう方向にしたらいいのではないかとということがあれば教えていただきたいと思います。

佐藤委員

少子化対策という枠で考えるのではなくてというのは、それもよくわかります。ただ、不妊治療対策といったときに、確かに生殖に係る法律整備もあると思うのですが、もう少し具体的に、不妊治療対策といったときに、例えば助成金みたいなお金の問題があると思うのですがけれども、もう少しこういうことがあったらとか、先ほどの長く続くような情報提供をきちんと、カウンセリング等もあると思うのですがけれども、もう少し具体的に何をやったらいいだろうかというのがもしあれば教えていただくとありがたいと思います。

小淵大臣

今ある制度を何か少し形を変えることによって、より優れたものになるといった短期的なことを考えるということと、あと中長期的なことを考えるということは別に動かしていた方がいいと思うのですが。

鈴木氏

短期ですぐできることは、助成金の所得制限を外してくださいということですね。それはずいぶん声が多いですよ。そういった問題ですね。経済的なことで短期的に今できることといたら、まずそれかなというふうに思います。

松田委員

今のことで、所得制限を外すということですが、今、お手元に税込みで 1,020 万円までと。

鈴木氏

今、合算の所得ベースで 730 万円です。

松田委員

税込みで 1,000 万円近くなんです。それで、所得制限を撤廃するということは、1,000 万円以上稼いでいる夫婦に対してもこの治療を適用するという趣旨でおっしゃったんですか。

鈴木氏

御夫婦で 1,000 万円以上稼いでいる方がこの世代にどのくらいいるのか私わからないですけれども、現実には、もし夫婦正職でもし共働きしていると結構軽く超えてしまうという方が多いんです。特に、先ほどのデータから出ていますけれども、うちの会も会員さんの平均年齢が 38 歳くらいだったりしますし、不妊治療を受けている方は全体に 40 代の方がとても多かったですので、この収入は、少なくともこれでは結構多くの方が引っかかってしまったという感じだと認識しています。

松田委員

そうですね。ここはその件に関して適切な議論をする場ではないかもしれないのですが、子育て世代の平均年収というのは、世帯年収で 500～600 万円です。つまり、今の制度ではほとんどがカバーできている。もし 1 件当たりの助成金が少ないというのであれば、むしろ所得制限を下にずらして、その分中所得者に一件あたりの助成額を厚くした方が皆さんにとって助かるのではないかと思います。そうではないのでしょうか。

勝間委員

実際データを見ると、今の回答では 1,000 万円以上の所得世帯は 15% くらいですね、こちらの冊子によりますと。

鈴木氏

うちの会での 10 年前のデータですけれども。共働きの方だと思いますけれども。そうすると、15% の人が。1,000 万円以上あるなら。済みません、私もそのレベルで暮していないのでイメージがつかないんですけれども、ただ、使いたくても使えない、この所得制限があるために、この制度が使えないと言っている方は私たちの周りには非常に多いということ、非常にその声が集まっているということだけは言えるかと思いますけれども、では幾らならいいのかというのは、また別にデータを調べてみないと何とも言えないですけれども、この所得制限の見直しが必要であるということだけ。

佐藤委員

ただ、その層は、その所得制限で治療ができていないわけじゃないということですよ。

鈴木氏

資料の何枚目かになりますが、結局、人工授精で済んでいると、トータル払ったのは 50 万円くらいという方が多いのですけれども、体外受精、顕微授精でそれこそ 1 回 70 万円のものを年に 3 回受けましたとなると、そういう方もいらっしゃるわけですよ。そうすると、ボーナスは全部とにかくそれ用に注ぎ込む。それから、結局足りなくなると貯金も注ぎ込んでいるということに現実になっていらっしゃる。というか、家計の圧迫が否めない

ということです。

齊藤氏

実際に治療していて、確かにそういう方もいらっしゃるのですけれども、逆に、私たちは、47歳とか48歳の方が、確率的には1%ない方々が助成金をもらってやっていることも何かすごく問題じゃないかと思うときもあります。ですから、厚くするというのも確かだけれども、やはりどこかで線を引いて効率的な補助を考えて、より効果の高い方にもう少し手厚くというのも一手段だと思います。なかなか線を引けないんですけれども。次にあるチャンス、なぜそこで線を引いたのだと言われてしまう。

鈴木氏

残酷かもしれませんが、限りある財源ということでは、やはり効率というのも残酷だけど考えなければいけないことだと思いますので。確かに、例えば年齢なり、既に何回かで切っている方とか、回数の問題とか、そういう考え方はあっても仕方ないかもしれませんがね。

宮島委員

ちょっと違った視点で。私の意見であり、御意見を伺いたいのですけれども。やはり早い時期に考えることというのが非常に重要なように思うのですけれども、実際には私も女性ですが、自分の体のことも、妊娠・出産のことも本当に知らなかったなと自分で思うんです。私はたまたま20代で婦人系にトラブルがあったために、私は出産が難しいかもしれないと思って子どもを産むことを割と早く考えられたのですが、たぶん私が普通に仕事をしていたら、あと5年や10年、きっと40くらいまで大丈夫だわと思いながら働いていた可能性の方がずっと高いなと自分で思っているんです。

それで、私自身が実際に妊娠や出産のことを具体的に知ったのは、自分にトラブルがあって病院に行ったときと、あと妊娠してから母親学級で知ったことがものすごく多くて、その前の私は何も知らなかったなという感覚がありまして、やはり高校の保健体育で終わってしまうよりも後の段階で、一種、現実をみんなが知らなくてはいけないのかなと思うんです。それは女性に限らず、男性も同じで、それは例えば不妊治療に対しての企業の理解でもありますし、先ほどのお話のように、不妊治療をカップルでしているときに、男性が出張を断れる会社であってほしいと考えます。実際、不妊治療の女性に対して休暇を与える企業はところどころ出てきていますので、それは男性にもあったほうがいいと思うのですけれども、そういった全部の施策を進めるために、20代前後なのか、もう少し後かというところで、きちんとよく知る機会をみんなが得ることが大事じゃないかと思うんです。

例えば、成人式のイベントなのか何なのかわかりませんが、どのタイミングで、こういった形が一番いいのか、皆がしっかり知識を持つためにいいアイデアもあれば伺い

たいと思うのですけれども、いかがでしょうか。

鈴木氏

不妊の人たちがみんな、不妊という問題があるのを知らなかったと言うんですよね。これも、ぜひ学校教育の中できちんと教えておいてほしい。月経があっても妊娠できないこともあるんだということをちゃんと伝えておいてよとよく言うんです。先ほどの性感染症などの話も含めて、やはり義務教育のうちの中にリプロダクションの問題も含めた健康教育というのを私はもっとしっかりやっていかなければ、体の教育が必要だろうと思うんです。例えば栄養の話も大事ですし、無理なダイエットで、結局のところ、月経が止まってしまったなんていう話にならないように、やはり食というものがどうなのかという話も必要でしょうし、例えば、今高度化している医療の中で、医療とどう付き合っていくか。テレビのバラエティ番組で医療も死もバラエティ化していくということに私、すごく違和感を覚えるんですよね。きちんと自分の体のサインを見つめられるような大人になっていかなければというふうに思っていますので、教育の中でのそういったことは本当はもっと取り入れてほしいと思っています。

齊藤氏

やはりどこかの時点での教育ですよね。私は、それもかなり必要だと思うのです。ただ、家族をもとうと思うときがすごく若いときにあるかと言われると、またこれもないのです。なので、その然るべきときというのがどこかというのが私にも全くわからないけれども、ただ、年齢的に言えば、先ほどのヒューマン・リプロダクションに出てくる20代の後半から少しずつ落ちてくる、そんなところだろうと思うのですけれども、その頃に、自分が仕事を持つときに、仕事と一緒に家族というもの、家族をもたなくてもいいのですが、人生設計を考える何らかの教育的な機会が持てたら一番よいと思います。それが、確かにバラエティ化するのは私もよくないと思うので、例えば、テレビの公共広告機構なども一案です。また、ソフトバンクの犬の宣伝みたいな、何か注目するような宣伝がいいですね。そんなものでこれが語れるかと言われるとわかりませんが、とにかく1回だけでなく、何度も何度も出てくるような、何らかのセッションが出せるものが欲しいと思います。

私の患者でも、30歳中ごろから、妊孕性が低下すると聞いて、大体そんな話は聞いたことがない、いつまでも妊娠できると思っていたと言う方が多くいます。人は大体50歳まで生理があります。ですから、皆さんは50歳までちゃんと若い人と同じように妊娠できると思っています。だけど、生理があるからといって妊娠できるわけじゃなくて、40代後半では妊孕性がすごく落ちていきます。ですから、そういうことをどこかできちんとリアライズさせて、それでも自分はこういう人生設計をしたいんだと計画させなければいけません。決定は自分の自由で全然構わないのですけれども、どこかの時点で考えてもらえるようなチャンスを皆さんに与えるというのは、やはり国のとるべき1つの方策だと思います。

勝間委員

済みません、議論が白熱したところで恐縮ですが、時間がきてしまいましたので、簡単に2分でわかるまとめと、あと、記者会見の方で具体的な質問が出たらお受けしたいと思います。間違っていたら教えてください。

2分でわかるまとめで、最初は現状認識ですが、大体15万件ぐらい、かなり難しい不妊治療も含めて行われているということ。それに対して、実際生まれている子どもが2万人ぐらいですね。約2%弱の子どもが今、不妊治療の結果、生まれている。それは、社会構造の変化において、ほとんど不可逆の動きとして捉えるべきであって、もちろんそれについては私たちは予防策について後で考えるべきですが、これは特殊事例ではなくて、かなり汎用的なことだということについてまず認識しなければいけないということですね。

2点目として、課題はずいぶんいただいたのですが、主に4つに分けて、1つ目が治療体制の問題として、個人クリニック中心となっていて治療期間が長引くのはいかなものか。2つ目として、やはり情報共有の不足ということが行われている。3つ目として、時間とお金についてのリソースが非常にかかっているということ。4つ目として、一番大きいのがやはり社会の理解とか、あるいは認識というものが非常に低いのではないということ。これが4つの大きな塊です。

対策としましては、一番大きいのはやはり予防ですけれども、特に予防の中で、早期不妊教育と言っていいのかどうかわかりませんが、不妊に対しての正しい知識ということをもう少し幅広く共有する必要があるのではないかと。あるいは、もともと社会構造の変化を起こしたり、不妊の原因になっている病気の治療であるとか、あるいは構造変化についても、できる限りの対策を行うということ。あと、公的な病院や研究施設の不足が明らかですので、そこに向けての資源配分を行えるような仕組みをすること。個人に対するカウンセリング強化というのを多面的に行っていくこと。あとは、やはり補助とか医療費体制についての標準化というのをどう行うかということをもう少し議論をしないと、なかなか行き当たりばったりのような補助体制ではこの先議論が進まないということに集結すると思います。

大体これぐらいのものをまず論点として整理をした上で、実際にどうやって進めていくかということをししないと、まさしく倫理の問題であるとか、あるいは、それぞれの利害関係が絡んでしまうので、一旦交通整理をしながら、幅広い意味での不妊治療を、少子化対策というよりは、国民の幸せのための対策としてたぶん私たちはやっていくという観点が必要だと思いますので、このような形でまず一旦議論を締め括らせていただいて、記者会見の方に移りたいと思います。

逆に、これで私が間違っていることがあったり、言い残したということがありましたら、ぜひ齊藤先生、鈴木さん、補足いただけますでしょうか。

鈴木氏

究極の不妊支援は、子どもがいてもいなくても、そのことでいろいろなことがない社会、私自身は、例えば子どもいなくても、夫に先立たれても、あるいは最初から結婚していなくても、女が一人でも安心して老いることのできる社会というのが究極の目指すところだというふうに思っています。それが、逆に言うと、もしかしたら究極の不妊対策なのかもしれないなと思っています。

勝間委員

では、まずこちらの会を終わらせていただきたいと思います。あと、事務連絡があるんですね。

川又参事官

ありがとうございました。

それでは、今から 15 分後を目途に本日のまとめのブリーフを委員の皆様の方から行っていただきますので、このフロアにあります会見室でお待ちいただければと思います。

なお、次回は 3 月 24 日、火曜日、時間が午後 6 時からとなります。ワークライフバランス、働き方、父親の子育て支援ということをテーマといたしまして、安藤委員の御担当となっております。よろしく願いいたします。

本日はどうもありがとうございました。