

座談会 (2022年3月開催)

少子化対策と生殖医療

【司会】柵木 充明*

【出席者】澤田 富夫**

里見 隆治†

菅 沼 信 彦 #

川 合 光 久 ††

安 藤 明 夫 **

(発言順)

柵木 本日は、「現代医学」誌座談会にご参加いただき、誠にありがとうございます。

さて、本邦における出生数は現在も減少を続けており、令和2年(2020年)の出生数は84万人です。女性が一生のうちに産む赤ちゃんの数を表す「合計特殊出生率」も1.33と、極めて低下している状況にあります¹⁾。

安倍政権時には「出生率を1.8にまで高めないと、人口減少が続いて日本が沈下してしまう」とも言われていました。この4月からの不妊治療への保険適用は、政府の少子化対策として人口が増えることを期しているものであると考えられます。

このような状況を踏まえ、今回の座談会では、生殖医療が少子化対策へどのように貢献できるかについて、ご参加の皆さまそれぞれご専門の立場から自由にご発言をいただきたく思います。本日はよろしくお願いたします。

日本の生殖医療の現状

澤田 最新のデータ(2019年)によると、不妊治

療の治療周期数は458,101回にのぼり、その内訳は、凍結胚移植(FET周期^{*})が215,203回、顕微受精(ICSI周期^{*})が154,824回、体外受精(IVF周期^{*})が88,074回となっています²⁾。

*FET: Frozen-Embryo transfer

ICSI: Intracytoplasmic sperm injection

IVF: *in vitro* fertilization

現在では出生児数も凍結胚移植(FET周期)によるものが最多になっています(図1)。

顕微受精や体外受精(IVF周期)のように、採卵した周期内(2~3日後、もしくは5~6日後)に卵をすぐに戻す新鮮胚移植に対して、採卵した卵を一旦凍結し、別の周期に融解して戻すというのが凍結胚移植です。妊娠成績を見ると、新鮮胚移植に比較して凍結胚移植の方が成績が良いという結果が得られています(図2)。

* Mitsuaki Maseki: 公益社団法人愛知県医師会 会長

** Tomio Sawada: 愛知県産婦人科医会 会長

Nobuhiko Sukanuma:

名古屋学芸大学看護学部 教授/京都大学 名誉教授

** Akio Ando: 中日新聞社 編集委員

† Ryuji Satomi: 参議院議員

†† Mitsuahisa Kawai: 愛知県福祉局 子ども家庭推進監

柵木 充明氏



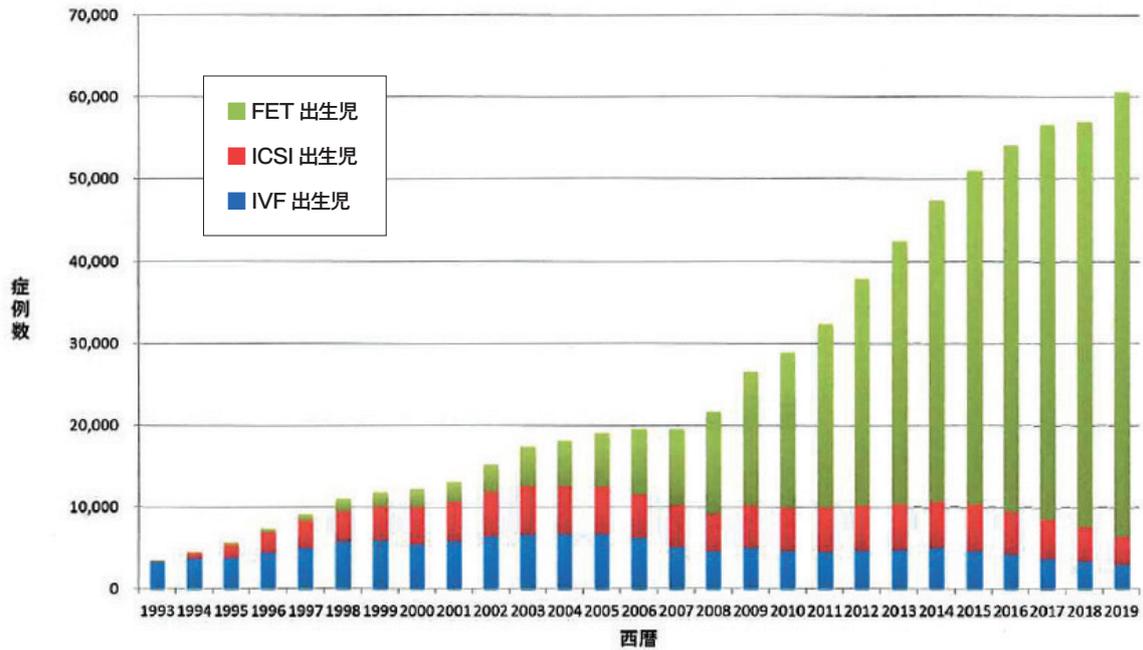


図1 不妊治療による出生児数(年別)

不妊治療の結果, 2019年には60,598人が生まれている。近年では凍結胚移植(FET周期)による出生児数が増加し, 2019年では54,188人となった。顕微受精(ICSI周期)は3,433人, 体外受精(IVF周期)は2,974人であった。

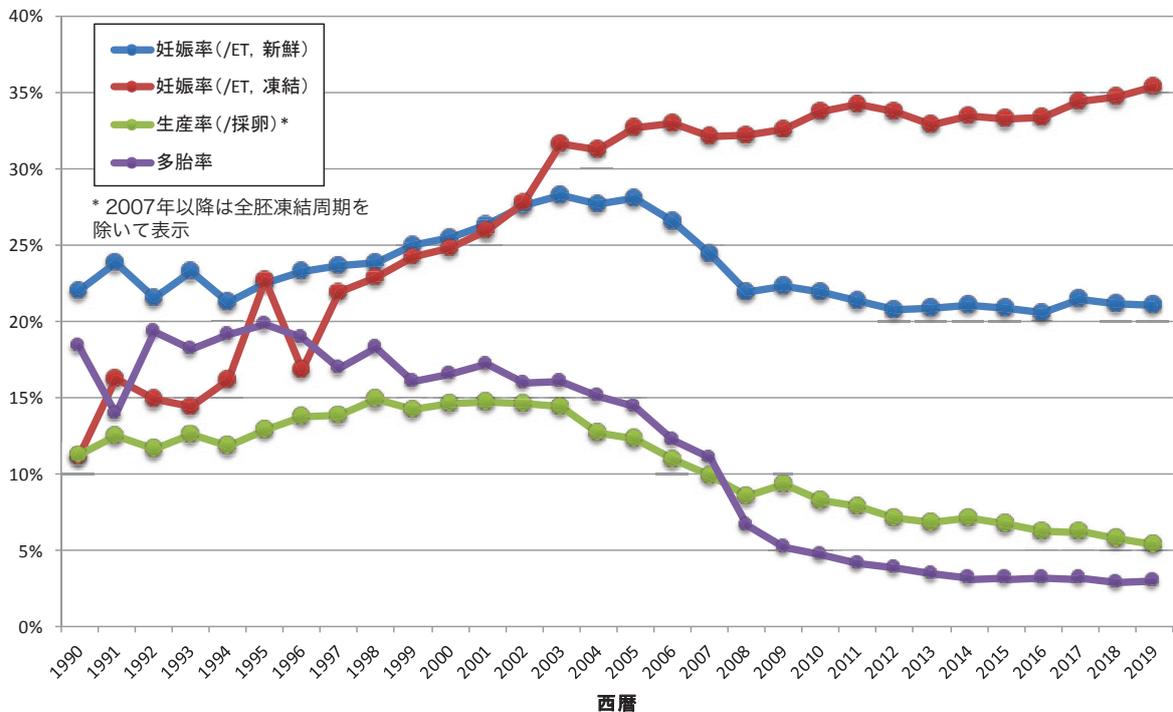


図2 生殖補助医療による妊娠率・生産率・多胎率の推移

凍結胚移植は約35%であるのに対し, 新鮮胚移植は20%前後となっている。新鮮胚移植によって採卵した卵をすぐに戻すと, ホルモンバランスが悪く, 子宮の中の受入体制が整っていないために, 上手く着床しない。そこで上手く着床する凍結胚移植が主流になっている。

本邦で生殖補助医療を受診されている年齢のピークは39～40歳と、比較的高齢の方が多いです。しかし年齢が高くなるほど妊娠をしても良い卵ではないために育たず、流産率は上がってしまいます。治療のピークが39～40歳という日本の現状では、妊娠成績を上げるのは難しいでしょう。

その一方、諸外国では40歳以上になると卵の状態が悪いことが分かっているため、第三者からの卵子提供による体外受精を行うことで、若い世代と同様に妊娠できるという成果が得られています。翻って日本を見ると、関係する法律の整備が進んでいないために卵子提供が行われず、治療周期数が増えても妊娠・出産に至る人が減っているという状況にあります。

また本邦の特徴は、多胎妊娠率が2007年を境に急に減少している点です。これは、2008年に日本産婦人科学会が単一胚移植を原則とする勧告を発表したことによります。妊娠率を上げるために複数の胚を移植する多胎妊娠から、より元気な赤ちゃんを無事に出産する単胎妊娠を推奨したことで、多胎妊娠率は著しく減少しました。現在では2～3%程度にまで低下しています。

生殖医療のトピックス

澤田 トピックスとしては、着床前診断(PGT-A/SR^{*})の実施があげられます。これは、従前から行われてきた妊娠後に染色体異常を検査する出生前診断に対し、妊娠前の受精卵の段階で染色体異常を検査するものですが、自由に実施することはできません。本年12月までは臨床研究に参加している施設においてのみ実施されることになっています。

^{*} PGT-A : Preimplantation Genetic Testing for aneuploidy
PGT-SR : Preimplantation Genetic Testing for Structural Rearrangement

しかも今回、着床前診断のPGT-AとPGT-SRについては保険適用が見送られた上に、先進医療としての申請においても、より厳格な先進医療B



澤田 富夫氏

として申請することになったため、認可されるまでには一定の期間を要するものと推察します。

これにより、体外受精と合わせてPGT-A/SRを行う場合は自由診療になるため、患者の負担増が懸念されます。

着床前診断については、2021年9月に日本産婦人科学会が発表した臨床研究の中間報告にまとめられています。これによると、3個のうち1個しか良い卵はないということになります。また、妊娠にたどりつくまでに、卵以外のファクターも大きく関与することが分かっています。

採卵数が合計8,883件に対して流産率は9.9%であり、流産の予防はできるが、妊娠成績はあまり上がらないという結論を得ています。厚生労働省の先進医療Bとしてさらに研究するようにという指示は、これを踏まえた結果ではないかと考えられます。

次に、本年4月から新たに実施されることになった生殖医療の保険適用については、「一般不妊治療」（タイミング法と人工授精）及び「生殖補助医療」が対象となり、「生殖補助医療」には、年齢と移植回数に制限が設けられました。

初めての治療開始時点での女性の年齢が40歳未満では通算移植6回まで(1子ごとに)、40歳以上43歳未満では通算移植3回まで(1子ごとに)となっており、これを超えた場合は、すべて自由診療となります。なお、保険を適用するための管理料が新設されました。

また、生殖補助医療のスタートとなる「採卵」については3,200点のベース点数が設定されたほか、採取卵子の個数に応じて加算されるシステムのた

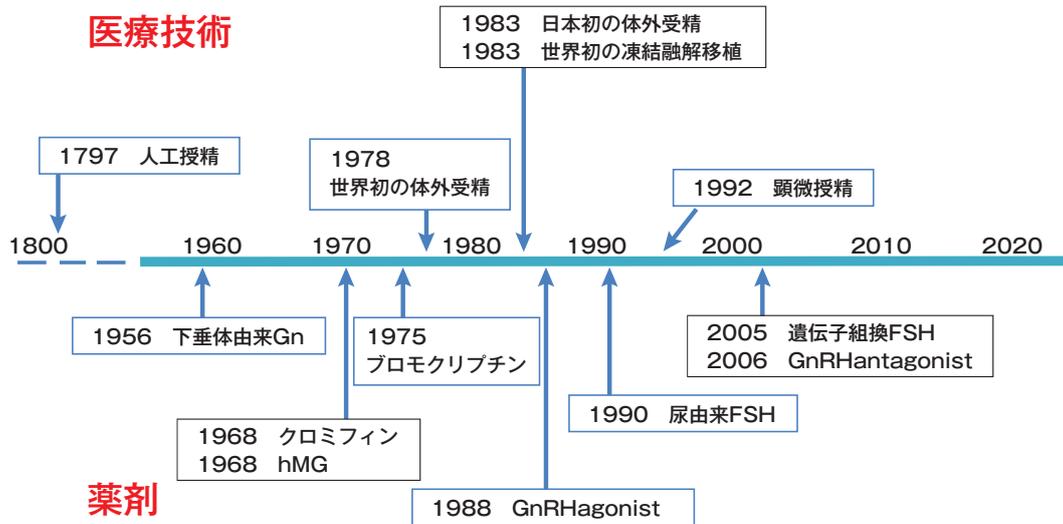


図3 生殖医療技術と薬剤の発展

め、その都度個数を細かく管理しなければならず、事務手続きの負担が大きくなっています。患者への治療費請求の時期等も複雑でしばらくは混乱が予想されますが、現状は「後でまとめて支払うことも可」とする厚生労働省の指導に従って対応しています。

医学教育現場における生殖医療の変遷

菅沼 世界で初めて体外受精による赤ちゃんがイギリスで生まれたのは1978年です。その後、卵子の凍結保存技術などの様々な技術が生まれ、1992年には顕微授精法であるICSI法(卵細胞質内精子注入法)が開発されました。名古屋大学でも、1994年に精巣精子を用いたICSIによる日本初の妊娠例を報告しています(図3)。

何より大きく変わったのは、現場です。特殊な技術であった生殖補助技術は、最初は大学を中心に取り組んでいましたが、やがて一般病院で、さらに今ではクリニックが主流となっています。これは「教育」の視点で見ると、学生の学ぶ機会が少なくなっているということです。

今回、不妊治療が保険適用されたことで、経済的な負担が軽減し、一般の医療として認められたというのは、非常に大事なことです。

つまり、産婦人科を目指す学生や研修医にとっ

て、これまでは参考程度に見ていた生殖補助技術が、今では当たり前の医療としてやっていかなければならないことになったのです。そのため、教育体制もしっかりと整備しなければなりません。教育で重要なことは、実地レベルのことを教えるだけでなく、生殖医療に絡む問題点などについても教える必要があると考えています。

現在の不妊治療の現状と内容

菅沼 2019年の1年間に生まれた赤ちゃんは86万5234人です。そして14.3人に1人の赤ちゃんが体外受精などの生殖補助技術によって生まれているとされるので、これを一般診療・医療として認められるのはある意味当然です。ただ「少子化対策として、体外受精で生まれる赤ちゃんがさら



菅沼 信彦 氏

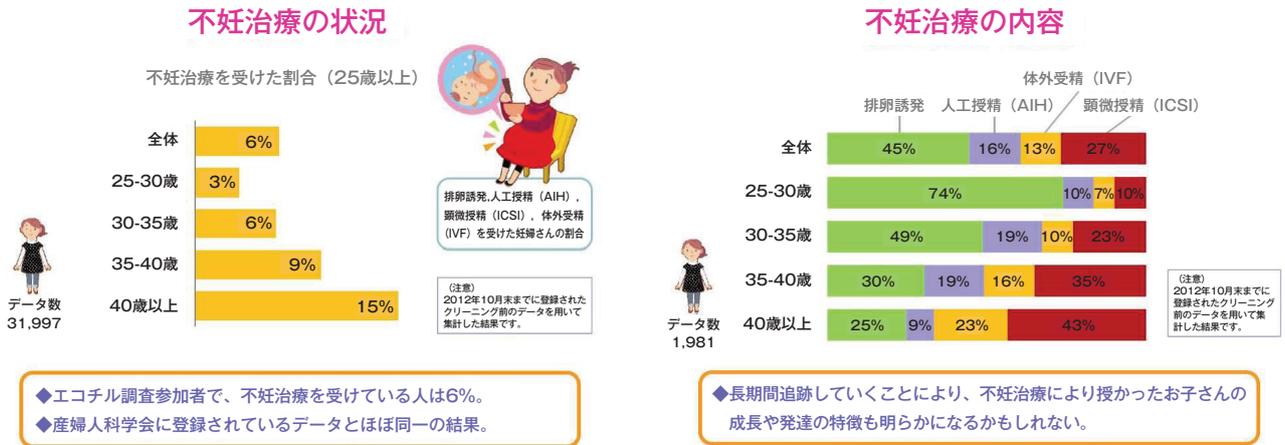


図4 推定される現在の不妊治療の現状と内容
全体の6%が不妊治療を受けて子供ができた、と回答している。

(文献3より抜粋)

に10人に1人という割合になるとどうなるのか」ということも含めて、これが果たして、分母の方の86万人を増やしていけるのか、というところに関わってくると思います。

しかし、体外受精については、保険適用によって、体外受精に対する様々なハードルが下がり、受けやすくなる点もあると思います。

現在、体外受精を受ける方の年齢は高いようですが、保険適用によってより若い経済的に余裕がない時期からでも受けられることで、成功率は上がっていくのではないかと考えます。

次に、不妊症の定義について言うと、今では55組に1組くらいが不妊症とされ、その患者数は増えています(図4)³⁾。

また、女性が社会に出るなど、そのライフスタイルが大きく変わってきたことに伴い、晩産化・少産化という傾向が顕著となっています。

“適齢”という、一番赤ちゃんがしやすい年齢は20代前半と言われていています。そのため、適齢で赤ちゃんを産めるかどうかということは社会の問題であり、これらも含めた上での少子化対策だと思います。そのため、生殖医療とともに赤ちゃんを産める環境を作る必要があると感じています。

高齢出産の希望者が増えているという話題に関連して、第三者が関わる生殖補助医療について触

れたいと思います。これは本人たちだけでは解決できないことから、第三者から精子や卵子の提供を受けるといったものです。これまで精子提供に関する法制化は進んでいませんでしたが、つい先日、民法で特例的に定める法律が成立し、夫を父親とすることが定められました。さらに、第三者の卵子提供についても、2年を目処に結論を出すという話もあります。

世界を見ると、すでに80%内外の国が卵子提供を認めており、日本もその流れに乗るか否かということになると思います。また、後天的・先天的に子宮がないが、赤ちゃんが欲しいという人に関しては代理懐胎が行われています。しかしこれはトラブルが多く、また倫理的にも問題が多いので、これを認めている国は1/3程度です。卵子提供や精子提供とは相当かけ離れているという状況にあります。

そこで出てきたのが、子宮移植です。日本においても基礎的研究は2008年頃から、子宮移植プロジェクトチームが慶應義塾大学、東京大学、京都大学により作られ、日本子宮移植研究会も2014年には発足しましたが、倫理的な問題があり、なかなか「ずっとやりましょう!」というところまではいかないというのが現状です。しかし昨年、日本医学会が子宮移植を認める方針を発表したの

で、少し前に進んだところです。

現在、慶應義塾大学が進めていますが、日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院がチームを組んで検討を始めているので、愛知県でも行われる時代が来るかもしれません。

代理懐胎ができないことから始まった子宮移植ですが、今は、自分のお腹で赤ちゃんを産みたいという人に対して、一つのオプションとして取り上げるべきだと思います。アメリカやフランスなど、元来代理懐胎を認めている国でも子宮移植が増えています。昨今ではコロナ禍で不要不急の手術が延期されるようになったことも影響して、世界で 100 例弱しか進んでいないものの、40 人以上の赤ちゃんが生まれてきたという実績もあり、一定程度の安全性も確立されてきたところだと思います。

ただし生殖に関する最大の問題は、少子化が続いてきたことによって、お産をする 20 代、30 代の女性たちの数が減っていることです。一人の女性が 2 人、3 人と産まないことには、状況を改善することは厳しいと思います。逆に言えば、生殖医療が進展して赤ちゃんがたくさん生まれることで、20 年後、30 年後にある程度の少子化対策になるのかもしれないと期待しています。

報道の立場から

安藤 年間出生数が 84 万～85 万人の赤ちゃんのうち、約 6 万人の赤ちゃんが生殖医療から生まれてきているというのは、決して小さな数字ではありません。

ただし、生殖医療がどのような医療機関でどのように行われてきたか、どのような課題があるのかについて、報道機関があまり報道してこなかったという事実があると思っています。

理由の一つに、特定のクリニックの PR につながりやすいということがあります。個々のクリニックによって手法も色々あって、なにがスタンダードであるかが見えにくく、ときに、独自サブリの販売などがあると、新聞としては広告のようになってしまい、取り上げづらい状況もあったと思います。また、不妊を病気として扱って良いの



安藤 明夫 氏

かという判断基準に微妙なところがあり、この問題に継続的に取材する記者が少なかったということも言えます。

生殖医療の新しい技術や法制度など、生命倫理の問題については大きく報道されることもありますが、不妊の問題を抱える読者が実際に求めている情報を、十分に提供してこなかった事実があります。

こういう問題をじっくりと取り上げるのは、紙面で言えば「生活面・家庭面」になりますが、そこで医療関係の記事を書くのは、子育てをしながら働く女性記者が多いのです。しかし、子育て中の女性記者たちは、教育や育児など様々な問題を抱え、不妊の問題は自分たちにとっては過去のものとなり、一生懸命には取り組んでいるとは言えない側面があるのではないかと思います。

逆に、不妊治療に高い関心を持っている記者は、男女を問わず、どこか引け目を感じて、自分の抱えている問題について堂々と取材を進めることにためらいを感じているという雰囲気がまだまだあります。これは「子供を産めないことは良くないことである」という、パターンリズムの時代の影響によるものだとつくづく感じております。

このように、生殖医療、不妊治療を巡る問題について報道機関の扱いは手薄でした。現在はしっかりとした当事者団体が幾つも結成され、不妊に対して働きかけをするようになったことをきっかけに「現場に近い感覚で取材しても良い」とする環境が少しずつ増えてきていると思います。

図5はわが社の生活部の記者が、保険適用拡大について患者側からの期待と不安についてまとめ

子縁組の制度をもっともっと活用して欲しい」と言っていました。不妊の悩みを乗り越え、妊娠・出産につながる医療技術はもちろん重要ですが、それ以前に、自分で考えて行動し、その結果を共有して夫婦で人生を歩んでいくということが何より大事であると思います。

医療の世界がそういった夫婦を支えるために取り組んでいくことは、これからもたくさんあるでしょう。私たち報道機関としても、様々な情報を提供していきたいと考えています。

柵木 先ほどから話題になっている不妊治療の保険適用は、菅前首相が就任時に掲げた重要政策課題の一つであり、それが今度の岸田内閣で実現したということになると思います。医療政策の目玉とされる保険適用について、政治家・行政の立場からのご見解を伺いたいと思います。

不妊治療の保険適用に係る政府方針

里見 今の少子化対策は、不妊治療の保険適用だけではありません。「結婚を支援する」、「子育てを支援する」、「経済的な支援をする」、「様々なカウンセリングをする」という全体のパッケージの中で、この不妊治療の保険適用があることをまず確認しておきたいと思います。

これは、今の少子化へ総合的な対策によって対応していくということですので。その中でも保険適用が大きな画期的な点であるということは、世間的にも評価をいただいているのではないかと思います。

柵木会長からお話があったように、令和 2 年 (2020 年) 9 月に菅政権において、不妊治療の保険適用を実現することが表明され「全世代型社会保障改革の方針」にあるように、その年末 12 月 15 日に、「令和 4 年度より保険適用を実現する」と宣言をして以来、ちょうどこの 1 年半で取り組みを加速させてきたものと思います(図 6)⁴⁾。

私も公明党の不妊治療等支援推進 PT で活動してきました。党としても 1998 年に保険適用を謳っており、このたび 20 年かけて実現し、非常に嬉しく思っています。しかし、これまで何もしていなかったわけではありません。2004 年に作った

助成金制度が橋渡し役となり、今の保険制度にうまくつながったと思います。

全体の対策としては、総合的な少子化対策の推進を意味しています。これは先程申し上げたとおり、「結婚支援」、「妊娠・出産への支援」、「仕事と子育ての両立支援」、「地域・社会による子育て支援」、そして「経済的支援」を総合的に推進する。結婚から妊娠・出産、子育て、そして独り立ちするまでの各々のライフステージに応じて一貫した支援策が大切であるということであり、その中の「妊娠・出産への支援」の中に、不妊治療への支援が位置づけられているのです。

その背景として「なぜ今お子さんを持つことができないのか」ということに関する調査(第 15 回出生動向基本調査 2015 年)によると、理想の子供数を持たない理由として、「欲しいけれどもできない」が 74.0%、「高齢で産むのが嫌だから」が 39.0%となっており、ここが大きな障害となっていることは間違いのないという現実があります。まさにこの障害・課題を取り除いていくために、不妊治療の効果が望まれているのではないかと思います。

私たちは、党の不妊治療等支援推進 PT の中では、保険適用したからといって全てが解決するのか、むしろ保険適用したからこそ、これから医療の質を維持・向上していく必要があるのではないかと議論しております。

また、今回保険適用されていなかった部分については、先ほど澤田先生から「着床前診断は生殖医療として位置づけられるのは難しい」というお話がありました。保険適用する部分をどのように



里見 隆治氏

不妊治療の保険適用に係る政府方針

少子化社会対策大綱 (令和2年5月29日閣議決定) (抄)

- (不妊治療等への支援)
- 不妊治療に係る経済的負担の軽減等
 - ・ 不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額な医療費がかかる不妊治療 (体外受精、顕微授精) に要する費用に対する助成を行うとともに、適応症と効果が明らかな治療には広く医療保険の適用を検討し、支援を拡充する。そのため、まずは2020年度に調査研究等を通じて不妊治療に関する実態把握を行うとともに、効果的な治療に対する医療保険の適用の在り方を含め、不妊治療の経済的負担の軽減を図る方策等についての検討のための調査研究を行う。あわせて、不妊治療における安全管理のための体制の確保が図られるようにする。

※ 全世代型社会保障検討会議 第2次中間報告 (令和2年6月25日 全世代型社会保障検討会議決定) においても同様の記載あり

菅内閣の基本方針 (令和2年9月16日閣議決定) (抄)

4. 少子化に対処し安心の社会保障を構築
- 喫緊の課題である少子化に対処し、誰もが安心できる社会保障制度を構築するため改革に取り組む。そのため、不妊治療への保険適用を実現し、保育サービスの拡充により、待機児童問題を終わらせて、安心して子どもを産み育てられる環境をつくる。さらに、制度の不公平・非効率を是正し、次世代に制度を引き継いでいく。

全世代型社会保障改革の方針 (令和2年12月15日閣議決定) (抄)

子供を持ちたいという方々の気持ちに寄り添い、不妊治療への保険適用を早急に実現する。具体的には、令和3年度 (2021年度) 中に詳細を決定し、令和4年度 (2022年度) 当初から保険適用を実施することとし、工程表に基づき、保険適用までの作業を進める。保険適用までの間、現行の不妊治療の助成制度について、所得制限の撤廃や助成額の増額 (1回30万円) 等、対象拡大を前提に大幅な拡充を行い、経済的負担の軽減を図る。また、不育症の検査やがん治療に伴う不妊についても、新たな支援を行う。



図6 不妊治療の保険適用に係る政府方針

(文献4より抜粋)

拡げていくかは今後の研究開発にもつながっていきます。これはまさに入り口であり、周辺部分をどのように進めていくかが、さらなる政策的課題となっていくと思います。

今後は医療分野に加え、周辺のソフト事業である相談支援が非常に大事になると思います。すでに不妊専門相談センターという事業が、国が1/2、都道府県が1/2負担で実施されています。これは、医師等の専門職だけではなく、同じような苦勞をされたピアサポーターという先輩たちの相談支援が共感を呼んでいるということが特徴となっています。さらに、このようなピアサポーターの育成研修を実施していくことや、医療従事者の先生方にも研修を受けていただくための外縁部分の支援策の拡充も必要です。

不妊専門相談センター事業は行政ばかりにお願いするものではなく、不妊症・不育症支援ネットワーク事業という、不妊専門相談センターと自治体、医療に係る先生方がネットワークを構築

し、相談等に先生方の専門的な知見を生かしていただきたいという狙いがあります。

このように、地域、行政、医師等がタッグを組んで、ぜひとも盛り立てていただきたいと思います。その中で、はじめて不妊治療も生きてくるのではないかと考えています。

それ以外に何が足りないのかということについて、党のプロジェクトチームでは様々な議論を行っています。これから取り組むべき課題としては、仕事と治療の両立に必要な金銭的な問題があります。「不妊治療に関するお金は心配いりません」と言われても、実際には仕事と治療が両立できなければ、これは絵に描いた餅になりますから、しっかりと取り組んでいかなければなりません。

また、職場の配慮が必要であるという声もあることから、企業や職場の理解も必要となります。また、周りの理解に加えて、ご本人の不妊・不育に関する知識として、preconception care、つまり加齢とともに卵子が減っていくという客観的な

○出生数は1973年をピークに減少し、1990年以降は7万人台で横ばいとなり、2009年以降再び減少傾向。
 ○合計特殊出生率は、1974年まで人口置換水準(2.07)を上回っていたが、低下が続き、2003年には1.32。その後は緩やかな上昇傾向。1998年以降は全国平均を上回る。



図7 愛知県における出生数及び合計特殊出生率の推移

1990年以降、出生数は横ばいが続いていたが、2009年からは減少傾向となっている。合計特殊出生率(2020年)も全国平均は上回っているものの、都道府県別では中位の20位という状況である。

(出典：厚生労働省「人口動態統計」)

事実を当事者が若いうちから知っておく必要があると思います。その上で、ご自身の結婚、妊娠・出産に至るまでのデザインをしていただくために、そうした教育をしっかりと学校教育の時代からやっておく必要があるのではないかと思います。これらを総合的に進めることによって、今回の生殖医療、不妊治療の保険適用の拡大ということもさらに活かされていくものと思っています。

政治的、政策的な取り組みとしては、保険適用を起点とした、ソフト面の相談支援、経済支援、ネットワーク構築を総合的に進めていくことです。まだまだ課題が多いものと思いますので、引き続き先生方にはご指導の程、よろしくお願い致します。

愛知県における少子化対策の取り組み

川合 まずは愛知県の出生数、合計特殊出生率について報告します。2020年の出生数は55,613人であり、ピーク時の1973年の125,395人の約44%にまで減少しています。全国で生殖医療により生まれた赤ちゃんが約6万人と、愛知県の出生

数よりも多いということは、驚くべき数です(図7)。

こうした状況を踏まえ、県としては、未婚率の上昇、晩婚化、晩産化、夫婦の出生力の低下などを原因とする少子化の流れを変えるための対策が必要であると考えています。少子化は「静かな有事」とも言われ、「特効薬」や「即効薬」はなかなか存在しないため、息の長い幅広い対策が求められていると思っています。そこで本県では「ライフステージに応じた切れ目のない支援」に取り組んでいます(図8)。



川合 光久氏

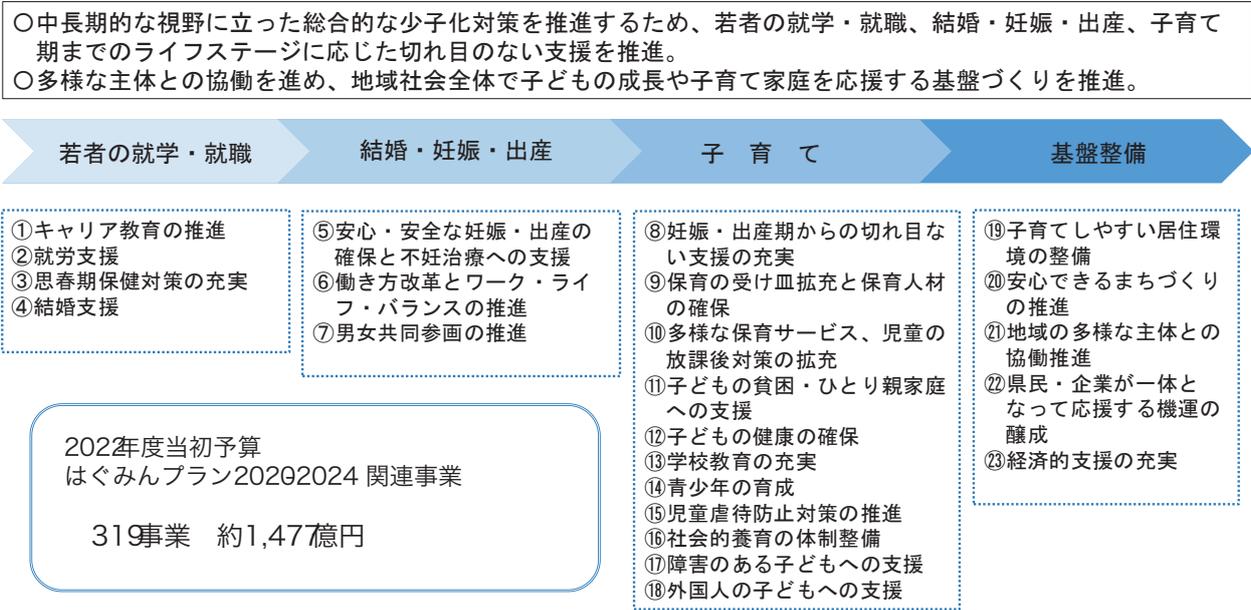


図8 愛知県におけるライフステージに応じた切れ目のない支援
特に、若者の就学・就職に関する支援として、職業観を養い、自分に相応しい職業を見つけるための①や②、③に取り組んでいる。

先ほど、里見先生から国が進める結婚を起点とした各ライフステージに応じた総合的な少子化対策についてのご紹介がありました。本県では、若者の「就学・就職」時点からスタートし、「結婚・妊娠・出産」から「子育て」期までのライフステージに応じた支援を推進しております。特に、若者の就学・就職に関する支援として、職業観を養い、自分に相応しい職業を見つけるためのキャリア教育の推進や就労支援、思春期保健対策の充実などに取り組んでいます。その他のライフステージにおいても、多様な支援策を実施しており、2022年度当初予算として、319事業に約1,477億円を計上しています。

そのうち、本県独自の取り組みの一つである「結婚支援」について紹介します(図9)。

愛知県の平均初婚年齢(2020年)は、男性が30.7歳、女性が29.0歳で、30年前の1990年と比較すると、男性は28歳、女性は46歳上昇しており、晩婚化傾向が強くなっていることが分かります。ただし、29歳までに男性の約6割、女性の約7割が結婚しているということも事実です。

こうした現状を踏まえ、行政として支援できる取り組みとして、希望する人が希望する時期に結婚できるような出会いの機会の情報提供や、企業等と連携した出会いのサポートを実施しています。

また本県では、母子保健対策として、安心・安全に妊娠・出産ができるよう、妊婦が抱える不安、不妊・不育への支援の充実を図っています。特に、必要な人へ必要な情報や支援が届くよう、訪問支援の充実など個々の家庭に寄り添った活動をしています(図10)。

具体的には、3つの相談支援に取り組んでいます。第一は、妊娠・出産に関する不安を解消するための「女性の健康なんでも相談」という電話相談です。毎週月曜日から土曜日まで、愛知県助産師会に委託して開設しており、2020年度は1,000人弱が利用しました。

第二は、訪問支援の充実です。支援が必要と思われる妊産婦に対する産前・産後サポート事業のほか、妊婦訪問支援事業や乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業など、様々な訪問支援等を行っています。特に、産後ケア事業については、母子

- 平均初婚年齢(2020)は、男性が30.7歳、女性が29.0歳で、1990年と比較すると、男性は2.8歳、女性は4.6歳上昇。また、29歳までに男性の56%、女性の68%が結婚。
- 希望する人が希望する時期に結婚できるよう、出会いの機会の情報提供を行うとともに、企業等と連携した出会いのサポートを実施。

結婚支援推進事業

○従業員の結婚支援を応援する企業を「婚活協力団体」、婚活イベント等を主催する団体を「出会い応援団(プラチナ・一般)」として登録する制度を設け、本県の婚活ポータルサイト「あいこんなビ」を利用して、結婚を希望する婚活協力団体の従業員に出会いの場を提供。

	イベント企画数	参加者数	カップル数
2015~2021年度 累計	3,963企画	59,983人	7,262組

注) 2021年度は12月末まで



<https://www.aiconnavi.jp/>

	登録数
出会い応援団	93団体
婚活協力団体	122団体

注) 2022年2月末時点

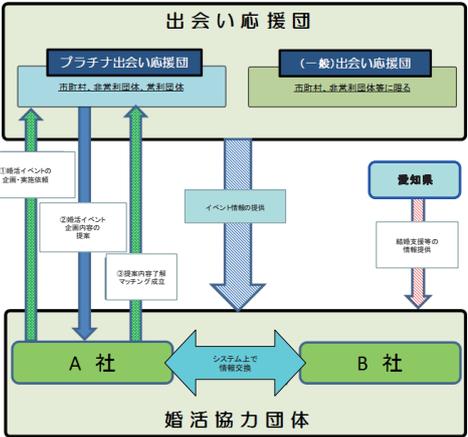


図9 愛知県における結婚支援
行政として支援できる取り組みとして、出会いの機会の情報提供や、企業等と連携した出会いのサポートを実施している。

- 安心・安全に妊娠・出産ができるよう、妊婦が抱える不安、不妊・不育への支援を充実。
- 必要な人に必要な情報や支援が届くよう、訪問支援の充実など個々の家庭に寄り添った支援を推進。

妊娠・出産に関する不安の解消

◎女性の健康なんでも相談(女性健康支援センター)
委託先:(公社)愛知県助産師会

区分	開設日	2020年度実績
電話相談	毎週月~土	972人

◎子育て世代包括支援センター事業:54市町村で実施

訪問支援の充実 ※2020年度実績

- ◎妊婦訪問支援事業:(-)
- ◎産前・産後サポート事業:16市町村で実施
- ◎産後ケア事業:50市町村で実施
- ◎乳児家庭全戸訪問事業:54市町村で実施
- ◎養育支援訪問事業:49市町村で実施

不妊治療対策の推進

◎不妊・不育専門相談センター事業
委託先:名古屋大学医学部附属病院

区分	開設日	2020年度実績
電話相談	カウンセラー 毎週月・木、第3水	219人(延369件)
面接相談	医師 毎週火 カウンセラー 第1・3月、第2・4木	23人(延50件)
メール相談	随時	40件

※グリーンケア相談(電話2回/月等)2022年4月~

- ◎不妊治療の保険適用の円滑な移行に向けた支援
経過措置として、年度をまたぐ1連の治療をした場合に1回のみ助成
- ◎不育症検査費の助成
助成額:5万円/回(上限)

図10 愛知県における母子保健対策の推進
母子保健対策として、3つの相談支援に取り組んでいる。

保健法が改正され、市町村に実施の努力義務を規定したこともあり、現在、50市町村で取り組まれています。

第三は、不妊治療対策の推進です。不妊治療対策については、不妊や不育症に悩む夫婦等を対象として、健康相談や治療に関する情報提供等を専

門に行う不妊・不育相談センターを名古屋大学医学部附属病院に委託し、実施しています。電話相談や面接相談で行っており、2020年度は、電話相談が219人、面接相談が23人の実績を上げています。また、本年4月から新たにグリーンケアに関する電話相談を月2回予定しています。

なお、4月からの不妊治療の保険適用の円滑な実施に向け、経過措置として、年度をまたぐ一連の治療をした場合に1回のみ助成することとしています。

現在、国では、こども政策の新たな司令塔として、「こども家庭庁」の創設に向けた検討が進められています。今後、様々な政策が打ち出されるものと思われまので、県としてもしっかりと対応していきたいと思っています。

■質疑応答

柵木 不妊治療が保険適用となり、比較的安価に治療ができることとなりました。医療の現場から見て、患者の増加は期待できるとお考えですか。

澤田 経済的な観点から見ると、これまで高額と感じていた方々や若い世代にとっては、保険適用によって受診しやすくなり、患者の数は一定程度増えます。しかし、医療機関の治療方針によっても違いが生じることになると思います。当院では、年間約350人の妊娠例のうち約200人は一般的な不妊治療で、人工授精等を用いて妊娠してもらい、残りの約150人は生殖補助医療で妊娠しています。一方、生殖補助医療を中心とする医療機関もあります。患者の希望もあるし、クリニック側の医療方針もあることを考慮しなければならないと思います。

柵木 生殖医療の総数が6万人という絶対数は大きく、それが増えてくることになると考えられますが、いかがでしょうか。

菅沼 対象となる年齢層が頭打ちとなっており、今後は減少してくることを考慮する必要があるのではないのでしょうか。例えば、一気に1万人増えるということは難しいと思います。

今の日本の対象者の年齢層は非常に高いため、若い世代に比べると成功率は当然低くなります。しかし、今回の保険適用により若い層の患者が増えれば、赤ちゃんの絶対数は増えてくると思います。生殖医療により赤ちゃんが増えることが良いかどうかは別として、成功率だけを見ると、年齢が若いほど高くなります。成功率が上がれば、さらに患者も増えてくると思います。

柵木 通常の不妊治療と比較した場合、生殖医療はどのように評価できるのでしょうか。

菅沼 かつては特殊で危険な医療として見られ、パンフレットなどに「体外受精」と書けないという状況にありました。今では体外受精により赤ちゃんができたと言えるようになり、それが当たり前のことになっています。さらに今回の保険適用によって、特殊な医療ではなく、普通に受けられるという意識が醸成されていくと思います。そして母集団が拡大することで、若いうちから受診してみようという人たちも増えていくものと期待しています。その意味では、保険適用になったことは重要だと思います。

里見 不妊治療の保険適用は、不妊治療という狭い範囲に留まらず、広く医療そのものや教育など、様々な分野に影響を及ぼすと感じています。保険適用によって不妊治療がどこでも受けられるとなると、情報公開に関する議論が進み、情報へのアクセスが重要となります。また妊娠・出産に関する教育について、ライフステージを広く長く見た場合の知識の習得のあり方も変わってきます。私たちはあまりに自分たちの体のことを知らないまま、結婚、妊娠・出産していることが多いと思います。その意味では、不妊治療の保険適用および拡大をきっかけに、国民一人ひとりが治療のことを知り、自らの体のことを知り、あるいは結婚にあたりカップルが不妊治療等について話し合うことになれば良いと思っています。これを国民的な運動に盛り上げていきたいと考えています。愛知県で取り組んでいるような様々な相談窓口やネットワークの構築を通して、一人ひとりの知見のレベルを上げて行くことは、専門家が対応する

ための医療技術を向上させることにつながります。このような好循環が生まれてくることを期待しています。

菅沼 確かに「生殖教育」は、話題に上りません。これが契機になることは有り難いことだと思います。

柵木 報道の現場から見て、保険適用を契機とする社会的なムーブメントに対して、メディアの関心が移っていくことは考えられますか。

安藤 あり得ると思いますが、少子化対策は、突き詰めれば、20代などの若い世代が先輩世代の姿を見て、「子育ては楽しそうだ」とか、「結婚はいいな」と思えるような社会を作ることだと思います。そして、社会全体が子育てを応援する社会を作ることが重要になると思います。

菅沼 社会の後押しがあれば、不妊治療はやりやすくなります。「それでも赤ちゃんができない人」に対して、どのような医療を提供できるのかということになるからです。こうした流れが、大きなムーブメントになれば良いと思います。

里見 保険適用は「産めよ、増やせよ」といった発想ではないということです。「希望する人が産めるように障害を取り除いてあげたい」というのが、そもそもの発想です。また、少子化対策は不妊治療だけではなく、様々な方策を取り入れながら総合的に取り組むものでもあります。

澤田 少子化対策は、産める環境を整えることが最も大事なことだと思います。生殖医療だけではなかなか難しい部分がありますから、若いうちに行うことが一つの方法だと思います。

柵木 本日は活発なご討論をいただき、誠にありがとうございました。少子化対策と生殖医療をテーマとして、大変詳しいご発表をいただくとともに、質疑応答ではその内容をさらに深掘することができ、大変充実した座談会となりました。澤田先生、菅沼先生、安藤様、里見先生、川合様、本日はお忙しい中ご参加いただき、心より御礼申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省「令和 2 年 (2020) 人口動態統計(確定数)の概況」から「第 1 表人口動態総覧」(令和 4 年 2 月 25 日公表). https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei20/dl/03_h1.pdf
- 2) 公益社団法人 日本産科婦人科学会 「ART データブック」(2019年版). https://www.jsog.or.jp/activity/art/2019data_202107.pdf
- 3) 環境省「子どもの健康と環境に関する全国調査 エコチル調査 2 周年記念シンポジウム」資料. <https://ecochil-kanagawa.jp/news/simposium2.pdf>
- 4) 厚生労働省「不妊治療に関する支援について」から「不妊治療の保険適用に係る政府方針」(令和 4 年 5 月 13 日版). <https://www.mhlw.go.jp/content/000901932.pdf>