

不妊治療および生殖補助医療とリプロダクティブ・ヘルス／ライツ

—アメリカの研究動向からの示唆—

比較教育社会学コース 寺澤 さやか

Reproductive health and rights when dealing with Infertility treatment and Assisted Reproductive Technology:
The suggestion from research trends of the United States.

Sayaka TERAZAWA

This paper has two aims. The first goal is to review the research trends of the United States in by looking at the following three questions: 1. What level of socioeconomic status women are undergoing infertility treatment, 2. How do women's preferences and behaviors change when insurance applies to Assisted Reproductive Technology, 3. How should we evaluate "oocyte cryopreservation" from the perspective of reproductive health/rights. The second goal is to consider what these research trends suggest for Japan. The findings of this paper suggest that women's choices are strongly influenced by insurance access and socioeconomic status in the United States. Using this study as a basis, further research may now be conducted into the situation in Japan through the collection of empirical research and comparison with the discovered American research trends.

目次

- 1 はじめに
- 2 不妊治療および生殖補助医療の概要
 - A 用語の定義および治療の概要
 - B 医療制度における生殖補助医療
 - C 生殖補助医療の実施数
- 3 不妊治療と社会経済的階層との関連を扱う研究
- 4 生殖補助医療への保険適用を説明変数とする研究
- 5 未受精卵子凍結とリプロダクティブ・ヘルス／ライツに関する研究
 - A 未受精卵子凍結という技術
 - B 未受精卵子凍結の「社会適応」に対する企業の補助
- 6 日本への示唆
 - A 「不妊治療と社会経済的階層との関連を扱う研究」からの示唆
 - B 「生殖補助医療への保険適用を説明変数とする研究」からの示唆
 - C 「未受精卵子凍結とリプロダクティブ・ヘルス／ライツに関する研究」からの示唆
 - D 結語

1 はじめに

1978年にイギリスにおいて世界で初めて体外受精が成功して以来、世界各国で生殖補助医療を用いた不妊治療が普及している。日本では1983年に、国内ではじめての体外受精が成功して以降、生殖補助医療の実施数は増加し続けている¹⁾。

不妊治療の中でも、体外受精や顕微授精という生殖補助医療は、日本では保険が適用されず、高額な費用が自己負担となる。生殖補助医療への助成金制度は存在するが、所得制限、年齢制限、回数制限があり(2章で詳述)、希望するカップルすべてが利用できるわけではない。しかしながら、どのような社会経済的階層のカップルが生殖補助医療を利用しているのか、そこに格差や不平等が存在するか否かに関する知見は、きわめて限定的である²⁾。

また、リプロダクティブ・ヘルス／ライツという概念が普及して久しい。上野千鶴子(2002)は、「女が『生殖からの疎外』も、『生殖への疎外』も、どちらも味わわずにすむのが、性と生殖の『自己決定権』の内容であろう」(上野 2002: 205)と論じる。現在の日本社会で、社会経済的階層に由来する「生殖からの疎外」や「生殖への疎外」が生じているのか、いないのか、生じているとすれば、どのような形で生じているのか

について、明らかにしていく必要がある。

国外の研究を概観すると、主にアメリカにおいて、不妊治療と社会経済的階層との関連や、生殖補助医療の普及が女性の選好や行動に及ぼす影響が実証的に明らかにされている。また、生殖技術の発展により可能となった新しい生殖補助医療を、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの観点からどのように評価しうるかについても議論が蓄積されている。

そこで本稿では、1. 不妊治療を受けているのは、どのような社会経済的階層の女性か、2. 生殖補助医療への保険適用により生殖補助医療の利用可能性が上がると、女性の選好や行動がどのように変化するか、3. 新しい技術である「未受精卵子の凍結」という技術を、リプロダクティブ・ヘルス/ライツという観点からどのように評価すべきか、という三つの研究動向について整理する。

以下、不妊治療および生殖補助医療に関する用語や定義について整理し、日本およびアメリカにおける状況を確認した上で(2章)、不妊治療と社会経済的階層の関連を扱う研究(3章)、生殖補助医療への保険適用を説明変数とする研究(4章)、未受精卵子凍結とリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する研究(5章)についてレビューを行う。そして最後に、アメリカの研究から日本に示唆されることについて論じる(6章)。

2 不妊治療および生殖補助医療の概要

本章では、不妊治療および生殖補助医療に関する用語と定義について整理した上で(A)、日本およびアメリカにおける医療制度(B)と、生殖補助医療の実施数(C)について確認する。なお、本章における日本の状況は、日本産科婦人科学会(2015a, 2015b)、日本生殖医学会(2013a)および浅田・河合(2016)に依拠する。

A 用語の定義および治療の概要

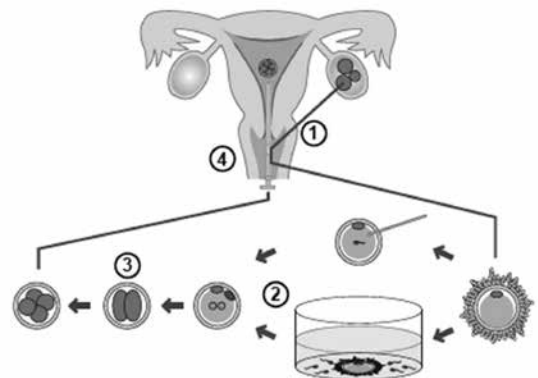
不妊に関連する用語は、World Health Organization(以下、WHO)とInternational Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology(以下、ICMART)によって国際的に定義されている。

はじめに、不妊(infertility)は、「避妊をしない定期的な性交を持ちながら12ヶ月妊娠しないことで定義される生殖器官の疾患」(Hochschild et al. 2009)とされる³⁾。

日本における不妊治療は、タイミング法、排卵誘発法、人工授精という「一般不妊治療」と、体外受精、顕微授精という「生殖補助医療」に大別される(日本生殖医学会 2013a)。タイミング法は、超音波検査により卵胞の大きさを測定し、排卵日を推定することで、最も妊娠しやすいとされる時期に性交を持つようにする方法、人工授精は、マスターベーションで採取した精液から良好な精子を取り出して、最も妊娠しやすい時期に、カテーテルを用いて子宮内に注入する方法である。これらの一般不妊治療は、女性の身体への侵襲性が比較的低く、用いられる技術も高度なものではない。

一方で、本稿の4章、5章で着目する生殖補助医療は、一般不妊治療とはまったく異なる高度な医療技術が用いられる。生殖補助医療(Assisted Reproductive Technology)は、「妊娠の成立を目的として、卵子や精子、もしくは胚を試験管内で扱うすべての治療や手順。体外受精、胚移植、配偶子および胚の凍結保存、卵子および胚の提供、代理出産などを含む」(Hochschild et al. 2009)とされる。

そして、生殖補助医療である「体外受精」および「顕微授精」は、以下のような手順で行われる。図1に日本産科婦人科学会による説明を示す。体外受精は、膣の方から細い針を穿刺して卵巣から卵子を取り出し、体外で精子と受精させ、数日後に子宮内に受精卵(胚)



- ①卵巣に針を刺し、卵を採取します。
- ②体外で精子と受精させます(上段:顕微授精、下段:通常の体外受精)。
- ③受精を確認し、卵の分割を待ちます。
- ④子宮内に受精卵を戻します。

図1: 体外受精・顕微授精の概要 日本産科婦人科学会ホームページ「不妊症」より抜粋(日本産科婦人科学会 2018)

を戻す方法である。精子と卵子が自然に受精しない場合、あるいは精子数が極端に少ない場合は、細い針で精子を卵子の中に注入する方法（顕微授精）を行う。1回の体外受精で多くの受精卵が得られた場合、余剰胚を凍結し、妊娠しなかった場合や次の子どもを望む場合に戻す方法もある（凍結胚移植）。

B 医療制度における生殖補助医療

本節では、医療制度における生殖補助医療の位置づけについて、整理する。日本において、不妊治療に保険が適用されるのは、排卵誘発剤などの薬物療法、卵管疎通障害に対する卵管通気法、卵管形成術、精管機能障害に対する精管形成術のみであり、人工授精、体外受精、顕微授精には保険が適用されない。

2004年度から、国による「不妊に悩む方への特定治療支援事業」により、配偶者間の体外受精および顕微授精にかかる費用の一部が助成されている（厚生労働省 2014）。ただし、夫婦合算の所得が730万円という所得制限、初めて助成を受けた際の治療期間における初日における妻の年齢が40歳未満であるときは6回（40歳以上であるときは3回）までという通算助成回数の規定がある⁴⁾。

特定不妊治療費助成制度での助成件数は年々増え続けており、2004年には17,657件だった助成件数が、2013年には148,659件へと増加している（厚生労働省 2014）。

一方アメリカでは、個人の加入している医療保険により、個人負担が大きく異なるが、不妊治療への保険適用は州によって異なる。現在16の州で不妊治療への保険適用が義務づけられている（Resolve 2018）。

C 生殖補助医療の実施数

日本産科婦人科学会が公開する「ARTデータブック」によると、2015年の生殖補助医療の総治療周期は424,151周期、生殖補助医療による出生児数は51,001名であり、どちらも過去最多である（日本産科婦人科学会 2015a）。

一方、アメリカにおいても生殖補助医療の実施数は増加を続けており、2015年において、182,111周期の生殖補助医療が実施されている。そして生殖補助医療による出産が59,334件あり、71,152名が出生している（Sunderam et al. 2018）。

なお、2008年から2010年において、日本は生殖補助医療の実施数が世界的にみて最も多く、アメリカが日本に次いで二番目に多い（Dyer et al. 2016）。

3 不妊治療と社会経済的階層との関連を扱う研究

本章では、不妊治療を受けているのはどのような社会経済的階層の女性であるかについて、アメリカの研究から検討を行う。

アメリカにおいては、社会経済的階層と不妊治療との関連について、質的研究・量的研究の両面から検討されている。「不妊」自体は、階層や人種/民族を問わず経験しうるものであるが、「治療」へのアクセスには、収入や民間保険への加入といった違いから、大きく異なることが質的調査と量的調査の両面から明らかにされている。以下では、それぞれの代表的な研究について詳述する。

不妊と社会経済的階層の関連について、質的な方法を用いて扱っているのが Ann V. Bell である。Bell (2014) では、これまでの不妊に関する研究が、白人の裕福な女性を対象にしてきたことに疑義を呈する。そして、インタビュー調査を通じて「不妊は白人の高階層の女性の問題である」というステレオタイプを否定する⁵⁾。

Bell (2014) の冒頭では、黒人でホームレスである25歳のアンジーと、白人で中産階級である33歳のサラ、二人の不妊経験が対比的に描かれる。アンジーは、子どもがほしいため、避妊をしない性交をしていたが、妊娠しないまま、およそ8年という月日が流れ、何かが「おかしい」と気がついた。彼女にとって結婚は重要なことではなかったが、妊娠が難しいことに気づかれたら、パートナーが自分から離れていくのではないかと心配し、自分の抱えているトラブルについて周囲に話さない。さらに、彼女は健康保険に入っておらず、また以前に病院で嫌な経験をしたため、医療機関を受診しようとはしない。彼女はただ祈ることで慰めを求めるのだった。一方、サラは大学を卒業し、キャリアを築き、結婚し、そろそろ子どもを持つときがきたと考えるようになった。そして、ちょうど半年間、基礎体温をつけながら過ごした後、なぜ自分は妊娠しないのかを心配するようになる。そしてすぐに医療機関へ行き、不妊治療を始めた。もし現在の治療で妊娠しなければ、人工授精や体外受精をしようと考えている。

以上の二人はどちらも不妊を経験しているが、その経験はまったく異なるものであり、そして一般に不妊の経験として語られるのはサラのストーリーのみであるため、不妊は白人の中産階級の問題であると誤解されてきたと、Bell (2014) は指摘する。すなわち、不

妊はすべての社会経済的階層の女性が経験する可能性があるものであるが、不妊の状態であることに気づく過程や、医療的な支援を求めるかどうかという点で差異があることを明らかにした⁶⁾。

一方で、不妊治療と社会経済的階層の関連について、量的なデータから捉えようとしているのが Arthur L. Greil である⁷⁾。Greil, Slauson-Blevins, et al. (2016) では、The National Survey of Fertility Barriers (NSFB) という調査の分析から、アメリカにおける不妊治療は社会経済的階層と人種/民族によって分断されていることを明らかにした。具体的には、高収入で民間保険に入っている白人は、他の階層と比べて、支援を受けたり治療にアクセスしたりしやすい。

また、Greil et al. (2011) は、有色人種の女性は、医療サービスにアクセスしない傾向にあることを指摘し、そのメカニズムを分析する。そして、黒人とヒスパニックの女性は医療サービスを受けない傾向にあること、収入、教育、民間保険が人種/民族と医療サービスの利用の関連の一部を説明するが、すべての関連を説明するわけではないことを明らかにしている。

さらに、人種/民族や社会経済的階層だけではなく、宗教という変数も扱われている。アメリカの女性が、不妊治療を求めるかどうかは、宗教性と直接の関連はなく、どれだけ母になることを重視するかという規範の影響を受けることが指摘される (Karina et al. 2017)。

そして、治療へのアクセスへの格差だけではなく、オンラインでのサポートへのアクセスの格差について扱っているのが Mihan Lee (2017) である。オンラインでのサポートが患者にとっての新しいリソースになっているが、そこにアクセスできるのは、ミドルクラス以上で、教育水準が高く、専門職に就く人、そして少なくとも数周期は治療を受けることができる経済的な余裕のある人であるという。

以上、アメリカでは、人種、民族、宗教といった多様性を背景として、それらの属性および社会経済的階層と不妊治療との関連が明らかにされてきた。質的な研究からは、医療サービスへのアクセスや、オンラインでのサポートの利用可能性について、社会経済的な階層により分断があることが指摘されるとともに、量的な研究からは、人種や民族といった変数を含めた不妊治療へのアクセスの格差について検証がなされている。これらの研究群には、格差や不平等に対する問題意識が通底しているといえよう。

4 生殖補助医療への保険適用を説明変数とする研究

前述の通り (2 章)、アメリカの医療制度において、生殖補助医療 (Assisted Reproductive Technology, 以下 ART) に保険が適用されるか否かは、州によって異なる。そして、近年のアメリカでは、ART への保険適用を説明変数とした計量分析が蓄積されている。具体的には、ART への保険適用によって、女性の結婚や出産、およびキャリアに関する選好や行動が、いかに変化するか (あるいはしないのか) が検証されている⁸⁾。代表的な研究を以下に詳述する。

ART への保険適用が結婚や出産のタイミングに与える影響を検討するのが、Abramowitz, Joelle (2017) である。ここでは、ART への保険適用により、若い世代の結婚や出産の時期が遅れること、30歳以上での結婚・出産の可能性が上がることで、それらの影響は大卒の女性にだけあらわれることが示される。また、その影響は、黒人よりも白人に対しての大きくあらわれる。そして、未婚の女性の出生行動には影響がない。この結果から、より高い教育を受けている女性は、ART への保険適用により、若い時期は家族ではなく仕事に投資し、年齢を重ねてから ART を利用して妊娠しようとするということが示唆される。

また、Matilde Machado and Anna Sanz-de-Galdeano (2015) も、ART への保険適用が女性の出生行動に与える影響について検証している。ここでは、ART に保険が適用されることで、出産を先送りする女性が増え、結果的に出生数は変わらないことが指摘される。すなわち、完結出生児数は変わらないが、第一子出生の年齢が上がるという状況が生じる。この結果から、ヨーロッパにおいて出生率の上昇への対策と考えられている不妊治療への保険適用は、長期的に見た場合、出生率の上昇にはつながらないと結論づけている。

Sarah Kroeger and Giulia La Mattina (2017) は、ART への保険適用と専門職に就く女性の割合との関連について分析を行っている。ART が保険適用となると、専門職学位を持っている女性や専門職に就く女性の数が増加する。そして、不妊治療への保険適用は、人的資本の蓄積を望む州の政策として有効であると結論付けられている。また、Marianne P. Bitler (2012) は、年齢が高く高学歴である女性ほど、ART への保険適用の影響を受けるという結果を示す。

以上は、ART への保険適用という形で、ART の利用可能性が上がることで、女性の選好や行動にいかなる変化が生じるかを検証する研究といえる。これらの

研究群は、ARTへの保険適用が少子化対策として有効か、あるいは女性の人的資本形成にとって有効かという政策的な効果を問おうとする点で共通する。

5 未受精卵子凍結とリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する研究

本章では、生殖補助医療の中でも、新しい技術である未受精卵子の凍結という技術を、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの観点からどのように評価しうるかを扱う研究について整理する。

A 未受精卵子凍結という技術

生殖補助技術の発展により、卵子を体外に取り出して、未受精のまま凍結保存しておくことが可能となった (Argyle et al. 2017)。この技術は当初、将来妊娠を希望するがん患者のために用いられた。抗がん剤治療のがん治療により、卵子が損なわれて妊娠が難しくなることを避けるため、がん治療の前に、卵子を凍結しておくのである。このような使われ方は、卵子凍結の「医学適応」と呼ばれる。一方で、病気の治療のためではなく、生殖機能に問題のない女性が、未婚である、あるいはすぐには妊娠を望んでいない場合、将来のために卵子を凍結しておくことを、未受精卵子凍結の「社会適応」(“social-freezing”)と呼ぶ。

ここで、未受精卵子凍結の「社会適応」は、リプロダクティブ・ヘルス/ライツに寄与するか否かという議論が立ち上がり、アメリカでは賛否さまざまな議論が展開されている。賛成する主な根拠としては、卵子凍結は女性の生殖の選択肢を増やすもので、生殖の自律性の前進につながるというものである。ただし、この議論には、卵子凍結のコストやリスクに関する情報が女性に十分に提示されて、その上で女性が卵子凍結を選択するのであれば、女性はそれを選択する自由があるべきであるという留保がついた慎重な議論が主流である (Harwood 2009)。

一方で反対派の根拠としては、大きく四つの観点が指摘される。第一には、今のところアメリカにおいて卵子凍結を希望する女性は35歳以上である場合が多く、35歳以上で卵子を凍結しても、妊娠できる可能性は低いという点。第二には、妊娠できる可能性が低いにも関わらず、費用は高額であり、女性が搾取されるという点。第三に、卵子凍結という選択肢は、経済力のある女性だけが利用できるものであり不平等であるという点。そして第四に、卵子凍結によって生まれて

くる子どもへの影響が十分に明らかにはなっていないという点である (Mertes 2015)。

B 未受精卵子凍結の「社会適応」に対する企業の補助

さらに、未受精卵子の凍結の「社会適応」に対して、企業が福利厚生の一環として補助をするという動向がみられる。2014年、アメリカでは、AppleやFacebookといった企業が、女性従業員の未受精卵子凍結を補助するというニュースが衝撃を持って受けとめられた。

以下では、Madhumita Datta (2016) にもとづき、主な賛否の議論について整理する。賛成する根拠としては、第一に、雇用主が費用を負担するのであれば、女性が経済的に搾取されることにはならないという点。第二に、年齢を重ねてから卵子凍結をしても妊娠率は低いが、雇用主が費用を負担することで若いうちに卵子凍結ができれば、妊娠率が上がるという点。第三に、女性は生殖年齢をキャリアに投じているのだから、卵子凍結をしておく費用は雇用主が負担してしかるべきだという点である。

一方で、反対する根拠としては、第一に、雇用主が卵子凍結を補助するという行動は、「子どもを持つということは仕事に真剣でない」と企業が見なすのだというメッセージを送ることになるという点。そして第二に、真に女性のキャリアを支援するために、柔軟な労働時間、企業内の保育施設の整備といった、男女問わずに働く親の生産性を上げるための施策を打つべきだという点である。

また、Heidi Mertes (2015) は、企業の政策が真に「自由」であるためには、三つの条件が満たされなくてはならず、その条件が全て満たされるのは不可能であると考えられるため、企業が良かれと意図した制度であるとしても、企業による卵子凍結の補助は、女性の生殖の自律性に寄与しないと結論づける。三つの条件とは、第一に、女性が卵子凍結の利益、リスク、限界について理解すること。第二に、女性が会社の提案を受けなければならないというプレッシャーを感じないこと。そして第三に、その卵子凍結への補助という制度が、ファミリーフレンドリーな政策にネガティブな影響を与えないこと、そしてファミリーフレンドリーな政策と並行して実施されることである。

以上、アメリカにおいては、未受精卵子の凍結に企業が補助をするという動向に対し、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの観点から、賛否さまざまな議論が続いている。Rybak and Lieman (2009) は、未受精

卵子の凍結は、女性が出産のタイミングを自分でコントロールしやすくなるという点で、経口避妊薬の登場に類するものであると指摘する。1970年代のアメリカでは、経口避妊薬の普及により、女性が自分で出産のタイミングをコントロールできるようになったことで、自らに教育投資を行い、専門職に就くようになるという「静かな革命」が起きた（Goldin 2006, Goldin and Katz 2002）。未受精卵子の凍結という技術の登場は、経口避妊薬の普及による「静かな革命」に匹敵するインパクトを持つものなのか、それは社会にとって望ましい帰結をもたらすものなのか、慎重に議論を重ねる必要がある。

6 日本への示唆

最後に本章では、アメリカの研究から日本への示唆について、学術的示唆・政策的示唆の両面から検討を行う。

A 「不妊治療と社会経済的階層との関連を扱う研究」からの示唆

アメリカでは、社会経済的階層や人種／民族により、不妊の治療やサポートへのアクセスに差異や不平等があることが実証されてきた⁹⁾。すなわち、特定の属性を持つ人が「生殖から疎外」されているといえよう。ここから日本へ示唆されることは何であろうか。

はじめに指摘すべきは、どのような階層の人々が不妊治療や、治療に付随する支援にアクセスしているかについての基本的な実態を調査する必要性である。

生殖補助医療に保険が適用されない日本においては、一周期に数十万円以上という費用が自己負担となる。しかも生殖補助医療による妊娠率は、決して高くはない（日本産科婦人科学会 2015a）。したがって、生殖補助医療は望めば誰もが受けられる医療サービスではないだろう。生殖補助医療に対する助成金制度があるものの、必要となる費用の全額が補助されるわけではなく、また所得制限や年齢制限により、助成の対象となるカップルは限定される。しかしながら、日本において、不妊治療を受ける者の社会経済的階層と不妊治療・生殖補助医療の利用が紐づいたデータは非常に限定的である。まずは実態を把握することが必要であろう。

不妊治療にアクセスしたり、精神面も含むサポートを得たりするために必要なものは金銭だけではない。Lee (2017) が指摘するように、オンラインでのつな

がりは、現代の患者にとって新しいリソースとなっているが、これについても、教育歴や所得がそのリソースへのアクセスに影響をおよぼす。不妊治療を受ける女性のインターネットの利用に関する研究は緒についたばかりであり（竹田 2016, 2018）、オンラインを通じたリソースへのアクセスの格差について、今後詳細に検討する必要がある。

B 「生殖補助医療への保険適用を説明変数とする研究」からの示唆

欧米では、ARTへの保険適用という形で、生殖補助医療の利用可能性が高まることで、女性の出生行動やキャリアの選択にどのような影響があるかについて、実証研究が蓄積されている。そして、その結果から、ARTへの保険適用は少子化対策に有効であるか、あるいは女性の人的資本形成に有効であるかといった考察がなされている。

日本においては、ARTへの保険適用はなされておらず、国による助成金制度が存在する。前節で検討した通り、所得制限や年齢制限を伴う制度設計により、経済的な理由で治療が受けられないカップルが存在することが想定される。したがって、どのような形でARTの利用を希望するカップルに対する支援をするべきかという議論が必要であろう。

ここで参照したいのは、仙波由加りの指摘である。仙波（2003）では、不妊治療への公的な支援は、リプロダクティブ・ライツの尊重や不妊当事者のQOLの向上という観点から検討されるべきであると論じられ、現在の日本における不妊治療への公的な支援が、少子化対策のもとに行われていることが批判的に検討される。

アメリカの研究を参照するならば、リプロダクティブ・ライツ／ヘルスの観点が重要であると同時に、ARTへの保険適用は少子化対策としては有効でないという議論に留意する必要がある。少子化対策のみを目的として不妊治療の支援が行われる場合、支援の根拠が失われる危うさを孕むといえる。

C 「未受精卵凍結とリプロダクティブ・ヘルス／ライツに関する研究」からの示唆

現在日本では、未受精卵凍結の社会適応に関し、法的な整備はなされていない。ただし、日本生殖医学会によるガイドラインにおいて、社会的適応による未受精卵子の凍結は認められている（日本生殖医学会 2013b）。また、2015年から千葉県浦安市が卵子凍結

の社会適応を自治体として助成するという取り組みを行った（浦安市 2015）。そして、卵子凍結の社会適応に対する企業の補助という動向も、一部で始まっている¹⁰⁾。

日本における今後の政策的な展開は不透明であるが、ここで日本の社会政策の特徴に留意する必要があるだろう。日本における「社会的投資」には、生産性向上といった経済的見返りに主眼が置かれるという特徴がある（三浦・濱田 2017）。未受精卵子凍結の社会適応は、出産を遅らせることで、女性ができるだけ長く人的資本の形成に没頭することを可能とするという点で、経済的な見返りがあると捉えることができる。その意味で、未受精卵子の凍結は、日本の「社会的投資」と親和性が高いといえるだろう。したがって、リプロダクティブ・ヘルス/ライツという観点がないまま、経済的な効果のみにもとづいて、未受精卵子凍結が推奨されることがないか、注視していく必要がある。

D 結語

以上、本稿では、第一に不妊治療と社会経済的階層の関連を扱う研究、第二にARTへの保険適用を説明変数とした研究、そして第三に、未受精卵子の凍結という新しい技術に対するリプロダクティブ・ヘルス/ライツからの評価について整理した上で、そこから日本へ示唆されることについて検討を行った。

最後に、この三つの研究群同士の関係性について、簡単にではあるが言及したい。一つ目の研究群は、個人からみた不妊治療という医療サービスへのアクセスの不平等、二つ目の研究群は、国家からみた生殖補助医療に対する政策の効果、三つ目の研究群は、個人からみた新しい生殖技術の評価、およびその技術の使用に対する企業の介入の是非を扱うものである。

以上をふまえて、生殖に関する制度・政策をめぐる個人・国家・企業の関係性について、二点を指摘したい。第一に、生殖をめぐる制度・政策における「国家の家族への干渉」¹¹⁾ という論点についてである。生殖をめぐる制度・政策は、国家が人口をコントロールするという側面と分ちがちが多く、ともすると国家による個人への干渉と結びつく。ただし、どこまでが個人の選択で、どこからが国家の干渉であるかは、必ずしも自明ではない。例えば、特定不妊治療への助成金制度は、国家にとっては少子化対策という出生率の増加を目的としたものであるが、生殖補助医療の利用を望む個人にとっては有用な選択肢ともなりうる。したがっ

て、「個人の選択」と「国家の干渉」の線引きを都度検討しながら、リプロダクティブ・ヘルス/ライツを担保する制度・政策の在りようについて、研究を蓄積する必要がある。

第二に、生殖にまつわる企業の施策の潜在的な影響を考慮する必要性である。昨今、不妊治療を受ける従業員を支援する制度を導入する企業が増えつつある。そこでは、不妊治療のための休暇制度や休職制度のみならず、治療費を補助するという制度を取り入れる企業も存在する（厚生労働省 2018）。このような福利厚生之恩恵を受けられるのは正規労働者が中心であると考えられ、正規労働者と非正規労働者の分断は、雇用面のみならず、生殖を含めたより広い領域に広がる可能性がある。その構造に留意しながら、研究を進める必要がある。

なお、本稿では女性を対象とする研究を中心に扱ったが、生殖をめぐる葛藤や課題は、もちろん女性に限定されるものではない¹²⁾。ジェンダーを問わずすべての人が、「生殖からの疎外」も、「生殖への疎外」（上野 2002）もされない社会はいかに実現しうるか、今後日本における実証研究を遂行することで検討したい。

注

- 1) 1985年には1,195周期、2000年には69,699周期であった体外受精および顕微授精の年間治療総周期数は、2015年には424,151周期にのぼる（日本産科婦人科学会 2015a）。
- 2) 竹田恵子（2018）は、質問紙調査の結果から、治療のステップアップ（人工授精から体外受精、体外受精から顕微授精へと治療段階を進めること）への抵抗感と世帯年収には関連があり、世帯年収が高いほどステップアップへの抵抗感が低くなることを明らかにしている。
- 3) 日本産科婦人科学会は、2015年に不妊（症）の定義の変更を行い、「生殖年齢の男女が妊娠を希望し、ある一定期間、避妊することなく通常の性交を継続的にしているにもかかわらず、妊娠の成立をみない場合を不妊という。その一定期間については1年というのが一般的である。なお、妊娠のために医学的介入が必要な場合は期間を問わない」とした。変更前は、一定期間とは「2年というのが一般的である」とされていた（日本産科婦人科学会 2015b）。
- 4) 柘植あずみ（2017）は、「特定不妊治療費補助事業」が導入・拡大された後に、出産という成果を重視する内容に変更されたことを指摘する。
- 5) 既存研究は、病院でサンプリングを行うことで、不妊の状態であっても病院へ行くことはしない人が排除されていたとして、病院ではサンプリングを行っていない。一方で、図書館やスーパー、コインランドリーといった場所にチラシを置くことで調査

- 対象者にアプローチしている。
- 6) 一方で, Bell and Elizabeth (2014) では, 不妊の状態にある女性の信念について, 運命論 (fatalism) と主体性 (agency) が二項対立として捉えられていることを批判的に検討している。両者は社会経済的階層と関連しているが, 連続的であることをインタビュー調査の分析から明らかにしている。
- 7) なお, Greil et al. (2010) では, 不妊に関する社会科学的な研究において, 計量的な手法を用いるものと質的な方法を用いるものという二つの潮流があり, 両者は統合される必要があると論じている。
- 8) 欧州の国家間の比較研究もわずかながら存在する。Jurina et al. (2014) は欧州を対象として, ARTの利用の増加と出生率の関係について検証を行っている。ここでは, 出生率が高い国は, 生殖年齢にある女性の数に対する治療周期の割合が高いことが指摘される。
- 9) 本稿ではアメリカ国内での不妊治療および生殖補助技術に関する不平等を扱う先行研究を扱うが, 不妊治療に関するグローバルな格差について論じるものも存在する。例えば, Inhorn and Patrizio (2014) は, グローバルに見たときに, サハラアフリカ以南のほとんどの国ではIVFを扱うクリニックがないことを指摘し, 途上国において低コストのIVFが普及することが求められていると論じる。
- 10) 例えば, サニーサイドアップ社が卵子凍結から保存の費用助成を行なっている。(2018年9月26日取得, <http://www.ssu.co.jp/corporate/32rule/>)
- 11) 国家の家族への干渉は, 生殖のみならず, 結婚や家庭教育等にも広がる動向である (本田・伊藤 2017)。
- 12) Inhorn and Patrizio (2014) では, 近年の不妊に関する社会科学的な研究の成果の一つは, 男性不妊についての研究蓄積であると指摘されている。

引用文献

- Abramowitz, Joelle. 2017. "Assisted Reproductive Technology and Women's Timing of Marriage and Childbearing." *Journal of Family and Economic Issues* 38: pp.100-117.
- Argyle, Catrin E., Joyce C. Harper, and Melanie C. Davies. 2016. "Oocyte Cryopreservation: Where Are We Now?" *Human Reproduction Update* 22(4): pp.440-49.
- 浅田義正・河合蘭『不妊治療を考えたら読む本——科学でわかる「妊娠への近道」』講談社, 2016.
- Bell, Ann V. *Misconception: Social Class and Infertility in America*. New Brunswick: Rutgers University Press. Bhuyan, 2014.
- Bell, Ann V. and Elizabeth Hetterly. 2014. "'There's a Higher Power, but He Gave Us a Free Will': Socioeconomic Status and the Intersection of Agency and Fatalism in Infertility." *Social Science and Medicine* 114: pp.66-72.
- Bitler, Marianne P. and Lucie Schmidt. 2012. "Utilization of Infertility Treatments: The Effects of Insurance Mandates." *Demography* 49(1): pp.125-149.
- Datta, Madhumita. 2016. "Egg Freezing on Company Dollars: Making Biological Clock Irrelevant?" *DePaul Journal of Women* 6(1).
- Dyer S, Chambers G, De Mouzon J, Nygren K, Zegers-Hochschild F, Mansour R, Ishihara O, Banker M, Adamson G. 2016. "International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies world report: Assisted Reproductive Technology 2008, 2009 and 2010." *Human Reproduction* 31(7): pp.1588-1609.
- Eli A. Rybak, and Harry J. Lieman. 2009. "Egg freezing, procreative liberty, and ICSI: the double standards confronting elective self-donation of oocytes." *Fertility and Sterility* 92(5): pp.1509-1512.
- Goldin, Claudia and Lawrence F. Katz. 2002. "The Power of the Pill: Oral Contraceptives and Women's Career and Marriage Decisions." *Journal of Political Economy* 110(4): pp.730-70.
- Goldin, Claudia. 2006. *The Quiet Revolution That Transformed Women's Employment, Education, and Family* 96(2): pp.1-21.
- Greil, Arthur L., Kathleen Slauson-Blevins, and Julia McQuillan. 2010. "The Experience of Infertility: A Review of Recent Literature." *Sociology of Health and Illness* 32(1): pp.140-162.
- Greil, Arthur L., Julia McQuillan, Karina M. Shreffler, Katherine M. Johnson, and Kathleen S. Slauson-Blevins. 2011. "Race-Ethnicity and Medical Services for Infertility: Stratified Reproduction in a Population-Based Sample of u.s. Women." *Journal of Health and Social Behavior* 52(4): pp.493-509.
- Greil, Arthur L., Kathleen S. Slauson-Blevins, Stacy Tiemeyer, Julia McQuillan, and Karina M. Shreffler. 2016. "A New Way to Estimate the Potential Unmet Need for Infertility Services Among Women in the United States." *Journal of Women's Health* 25(2): pp.133-138.
- Harwood, Karey. 2009. "Egg Freezing: A Breakthrough for Reproductive Autonomy?" *Bioethics* 23(1): pp.39-46.
- 本田由紀・伊藤公雄『国家がなぜ家族に干渉するのか: 法案・政策の背後にあるもの』青弓社, 2017.
- Inhorn, Marcia C. and Pasquale Patrizio. 2014. "Infertility around the Globe: New Thinking on Gender, Reproductive Technologies and Global Movements in the 21st Century." *Human Reproduction Update* 21(4): pp.411-426.
- Kocourkova, Jirina, Boris Burcin, and Tomas Kucera. 2014. "Demographic Relevancy of Increased Use of Assisted Reproduction in European Countries." *Reproductive Health*: pp.11-37.
- 厚生労働省, 2014, 「不妊に悩む夫婦への支援について」, 厚生労働省ホームページ, (2018年9月28日取得, <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000047270.html>).
- 厚生労働省, 2018, 「不妊治療と仕事の両立に関して厚生労働省として初めての調査を実施しました」, 厚生労働省ホームページ (2018年9月28日取得, <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197936.html>)
- Kroeger, Sarah and Giulia La Mattina. 2017. "Assisted Reproductive Technology and Women's Choice to Pursue Professional Careers." *Journal of Population Economics* 30: pp.723-769.
- Lee, Mihan. 2017. "Don't Give Up! A Cyber-Ethnography and Discourse Analysis of an Online Infertility Patient Forum." *Culture, Medicine and Psychiatry* 41: pp.341-367.
- Machado, Matilde P. and Anna Sanz-de-Galdeano. 2015. "Coverage of Infertility Treatment and Fertility Outcomes." *SERIEs* 6: pp.407-439.
- Mertes, Heidi. 2015. "Does Company-Sponsored Egg Freezing Promote

- or Confine Women's Reproductive Autonomy?" *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 32: pp.1205-1209.
- 三浦まり・濱田江里子 2018. 「6章 日本における社会的投資戦略の静かな浸透？」三浦まり編, 2018, 『社会への投資〈個人〉を支える〈つながり〉を築く』岩波書店, pp.137-162.
- 日本産科婦人科学会, 2015a, 「ARTデータブック2015年」, 日本産科婦人科学会ホームページ, (2018年9月28日取得, https://plaza.umin.ac.jp/~jsog-art/2015data_201709.pdf)
- 日本産科婦人科学会, 2015b, 「不妊の定義の変更について」『日本産科婦人科学会雑誌』67(7): pp.1602.
- 日本産科婦人科学会, 2018, 「不妊症」, 日本産科婦人科学会ホームページ, (2018年9月28日取得, http://www.jsog.or.jp/modules/diseases/index.php?content_id=15).
- 日本生殖医学会, 2013a, 「不妊症Q&A Q8. 不妊症の治療にはどんな方法があり, どのように行うのですか?」, 日本生殖医学会ホームページ, (2018年9月29日取得, http://www.jsrm.or.jp/public/funinsho_qa08.html).
- 日本生殖医学会, 2013b, 「社会的適応による未受精卵子あるいは卵巣組織の凍結・保存のガイドライン」, 日本生殖医学会ホームページ, (2018年9月29日取得, http://www.jsrm.or.jp/guideline-statem/guideline_2013_02.pdf).
- 仙波由加里 2003. 「少子化対策と不妊治療への保険適用 パイオエシックスの視座から」『生命倫理』1(1): pp.190-197.
- Resolve, 2018, "Infertility Coverage by State," the National Infertility Association, (Retrieved September 29, 2018, <https://resolve.org/what-are-my-options/insurance-coverage/infertility-coverage-state/>).
- Sunderam S, Kissin DM, Crawford SB, et al. Assisted Reproductive Technology Surveillance — United States, 2015. *MMWR Surveill Summ* 2018; 67(No. SS-3): pp.1-28.
- Shreffler, Karina M., Arthur L. Greil, and Julia McQuillan. 2017. "Responding to Infertility: Lessons from a Growing Body of Research and Suggested Guidelines for Practice." *Family Relations* 66: pp.644-658.
- 竹田恵子 2016. 「生殖医療における『素人の専門知識』の潜在力——妊娠を目指す患者の知識収集と受診戦略」『社会学評論』67(2): pp.201-221.
- 竹田恵子 『不妊, 当事者の経験——日本におけるその変化20年』洛北書房, 2018.
- 柘植あずみ 2017. 「女性の健康政策の20年—リプロダクティブ・ヘルス/ライツから出生促進政策まで」『国際ジェンダー学会誌』14, pp.32-52.
- 上野千鶴子 『差異の政治学』岩波書店, 2002, pp.205.
- 浦安市, 2015, 「広報うらやすNo.1030」, 浦安市ホームページ, (2018年9月29日取得, http://www.city.urayasu.lg.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/001/852/koho1030_8.pdf).
- Zegers-Hochschild, F. et al. 2009. "International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary of ART Terminology, 2009*." *Fertility and Sterility* 92(5): pp.1520-1524.

(指導教員 本田由紀教授)