

日本における少子化問題の特殊事情

— 晩婚・晩産化とリプロダクティブ・ヘルス／ライツ — (1)

河内 優子

はじめに

晩婚化とそれに伴う少子化は、女性の社会進出が進む先進諸国が共通に抱える問題である。だがとりわけ近年の日本では、晩婚・晩産化の進行による高齢妊娠・出産と不妊問題が深刻さを増し、先進諸国の中でも極めて特異な状況が広がっている。直近 2014 年の合計特殊出生率は 1.42 であった。2005 年に 1.26 で底を打った後、2013 年の 1.42 まで 8 年連続して続いた緩やかな上向き基調にブレーキがかかったことになる。しかし、この近年の上向き基調を大きく支えたのは、30 歳代、40 歳代の女性の出生数と出生率上昇⁽¹⁾ であり、この明らかな晩産化の進展が、さまざまな問題を惹起せしめている。

日本産科婦人科学会の公表資料によると、2012 年の体外受精件数は年間 32 万 6 千件であった。2002 年が 8 万 5 千件なので、この 10 年間で約 4 倍へと急増したことになる⁽²⁾。人口が 2 倍以上多いアメリカを超え、今や日本は体外受精件数世界一を数える。また不妊治療専門クリニック数は全国で 589 と、アメリカの約 400 を大きく上回り世界一である。国立社会保障・人口問題研究所の調査結果によると、2010 年、49 歳以下の初婚夫婦のうち不妊検査や治療の経験者は 16.4%。およそ 6 組に 1 組とされる⁽³⁾。

なぜ日本では、これほどまでに不妊治療や体外受精が広く行われるようになったのであろう。ここ 10 数年、ラッシュ状態の感が否めない。不妊治療への需要は急速に拡大し続けており、またそれに対応する形で、保険外医療ビジネスとしての魅力も高い生殖補助医療 (ART: Assisted Reproduction Technology: 以下、ART とする) サービスが、供給増の一途を辿っている。今や医療ビジネスとして、ART 市場は想像以上の活況を呈している。不妊に悩む多くの高齢夫婦が ART に望みを託す。しかし、その日本での規模は世界的にみても極端に大きい。なぜこのような事態が生じているのであろう。

言うまでもなくこうした問題には、医療技術、保険制度といった医療・社会保険的状況、子どもを有すことへの価値観・家族観、それを規定する歴史・文化・宗教と伝統に根付く社会規範、経済的問題、法律・制度など、さまざまな要素・要因が複雑に絡み影響している。だが本稿では、この問題がとりわけ近年の日本に目立って急増しているという、極めて限局

的な現象であることに注目したい。その背後に、日本ならではの特異な事情があるように思えてならないのである。

1990年代以降、世界に大きなパラダイム・シフトが起きた。新自由主義と第3波フェミニズムが勢いづく潮流のなかで、あらゆる領域に「個人」主義が広がっていった。「自由意思」「自己決定」「自己責任」社会への変容が、さまざまな動きを引き起こした。非正規雇用、不安定雇用の拡大など経済的・社会的不安が深刻化する一方で、女性の社会進出と権利獲得には、国や地域による違いはあるが、かなりの進捗状況が確認される。「リプロダクティブ・ヘルス／ライツ」という新たな概念が登場し、性と生殖に関する世界的観念の転換が進められるようになったのも、その流れの中に位置づけられる。

「リプロダクティブ・ヘルス／ライツ」が初めて世界的に認知を受けたのは、1994年開催のカイロ国際人口開発会議、そして翌95年開催の第4回世界女性（北京）会議においてであった。日本で長く妊娠の年齢に注意喚起を促してきた「マル高」制度の廃止が同じく1990年代であり、その時期的一致が気になる。さらに1997年には、日本で男女雇用機会均等法の第1次改正が行われ、セクシャル・ハラスメントという女性「個人」の視点を重視する就労環境の整備のための規定が盛り込まれた。当時の日本は、まさにそうした時代の只中であった。当時20歳代だった女性は、今、40歳代ということになる。

晩婚・晩産化が進み、近年、ART需要が急速に高まる特異な状況下にある日本。こうした状況は、どのように捉えられるのであろうか。それは「リプロダクティブ・ヘルス／ライツ」をめぐる社会的な動きとどう関わり、また今日の日本の状況は、この観点からみてどのように評価、あるいは批判されるのか。本研究では、まず今回Ⅰにおいて、日本における女性の晩婚・晩産化状況の推移と現状について概観し、続くⅡで高齢妊娠・出産をめぐる諸問題や日本でのARTの現況を簡略的に示す。後日、Ⅲ以降で、世界的に認知された「リプロダクティブ・ヘルス／ライツ」概念の検討とともに、世界と日本におけるその社会的展開の有りようがどのようなものであったか、特殊日本的な問題はなかったか、近年の日本に特異的にみられる晩産化とARTとの関連など、考えていく予定である。

I. 日本における女性のライフサイクルの変化

(1) M字型「解消化」問題

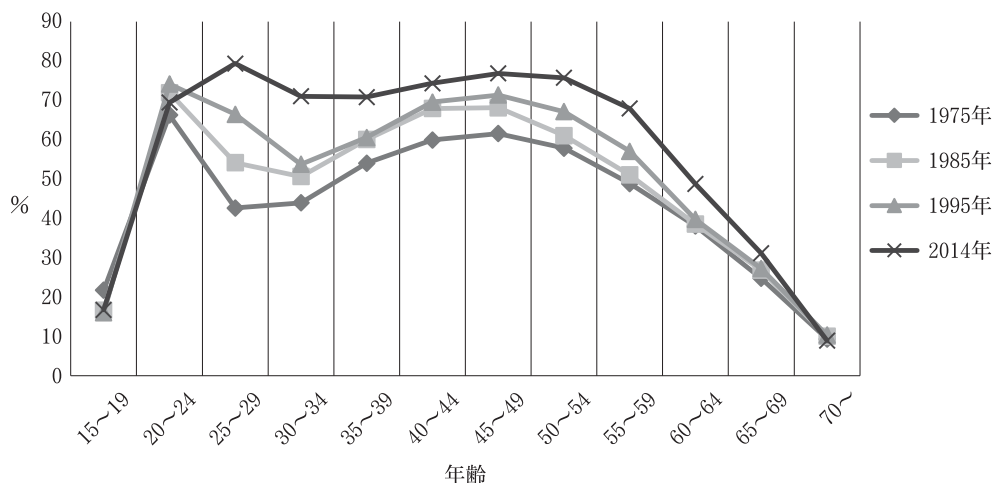
かつて世界の多くの先進諸国では、欧米諸国も含め、女性の年齢別労働力率は、出産、子育てに多忙な年齢期に大きく落ち込む、明確なボトムを有すM字型カーブを描いていた。このM字型は、女性の労働力・能力活用の観点からは明らかに重大な社会的損失を意味した。また女性個人としても、当該本人の生き方、暮らし方を、家父長制的女性役割に固定化し制約・束縛する問題でもあった。その改善のための取り組みを急ぎ、働きながら子育てを継続できる社会環境の整備や家族関係の改善が進んだ多くの欧米先進諸国では、このM字

型問題はその後、完全に解消されている。今やそうした諸国においては、女性は、出産、子育て期にかかわらず、継続して働き続けるようになってきているのである。だがその一方で、日本や韓国などアジアの先進的諸国では、M字型ボトムが長く残存し続け、社会や家庭における根強い家長制的性格の問題性が議論を呼んできた。

しかし近年、そのような日本において、このM字型問題の解消が進行している。図表1-1に、1975年、1985年、1995年、そして2014年の女性の年齢階層別労働力率を示している。直近の2014年になると、M字カーブはまだ完全にはなくなっていないが、以前に比べると、そのボトムは極めて浅くなり、M字型形態が不明瞭になりつつある。またその最も低いボトム期の労働力率も、1975年が42.6%だったのに対し次第に上昇し続け、2014年には70.8%と、7割以上にまで上昇している。通例、子育てに多忙で仕事と家庭との両立が最も困難と想定される年齢層でさえ、今日では7割以上の女性が労働力化しているのである。

またM字型のボトムの年齢層も、1975年は20歳代後半だったのが右シフトし、2014年には30歳代後半と、5~10歳高くなっている。いわゆる晩婚・晩産化の影響が表されているところである。だが、このM字型のボトムとなる年齢期（20歳代後半から30歳代）は、一般に、男女とも各企業などで職務上最もスキルアップが求められ、またそれゆえ、その後のキャリアアップに決定的な影響を及ぼす、仕事の成果・業績評価をめぐる競争が極めて熾烈な時期でもある。本稿Ⅱで詳述するところではあるが、生物学的に女性が妊娠・出産という点で最適の年齢期は20歳代から30歳代前半といわれる。その年齢期に出産した場合、子育ての繁忙期が仕事上非常に重要な時期と重なるのである。この女性の現実に、当該女性は厳しい選択を迫られる。そしてそれが晩婚化や非婚化につながり、出産を遅らせ、又出産を諦めるケースを増加させる。あるいはそうした厳しい時期だからこそ、その一方で、妊娠・出産した女性の6割が、以前も今も職場を去っている。そうした現実が、今日もなお続いてい

図表 1-1 日本における女性の年齢階層別労働力率の推移



(出所) 内閣府 (2015)a, 51 ページ, より作成。

るのである⁽⁴⁾。

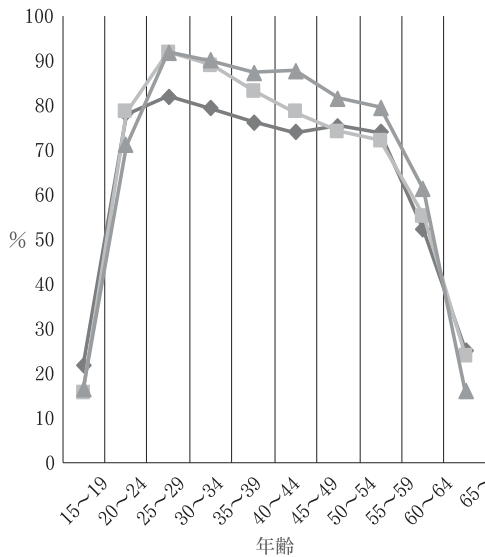
以上のようにみえてくると、近年の日本における M 字型ボトム解消傾向の背後には、仕事と子育てが両立可能になったというより、むしろ晩婚化と晩産化、あるいは無子化、あるいは非婚化など、女性のライフサイクルの大きな変化があるということに、殊更に注目すべきであろう。

次に、**図表 1-1** を配偶関係別に二分し、未婚・既婚女性それぞれについて年齢別労働力率の推移を検討してみよう。**図表 1-2 (A)** は未婚女性、**図表 1-2 (B)** は既婚女性に関し、1975 年、1995 年、2014 年の年齢階層別労働力率の推移を表したグラフである。

従来、日本の年齢階層別女性労働力率の問題といえば、M 字型問題といわれてきた。実際、全女性を合計した総人口比で見れば、**図表 1-1** のように、近年のボトム解消はともかくとして明確な M 字型を描き続けてきたのは確かである。しかし、下記のように配偶関係別に区分して年齢別労働力率を表すと、未婚者と既婚者は、明確に異なる曲線を描く。

未婚者の場合、1975 年、95 年、2014 年と、全体的に労働力率は高まっているが、既に 1975 年時点から M 字ボトムはなく今日に至っている。一方、既婚者は、20 歳代から 40 歳代にかけての労働力率が未婚者と比較して大幅に低く、しかしその後急速に上昇し、ピークは 40 歳代後半から 50 歳代前半である。この傾向は 1975 年、95 年、2014 年ともに変わらない。そしてこれら未婚・既婚の合計で、M 字型が形成されてきたのである。だが近年、既婚女性に関し、顕著な変化がある。20 歳代（とくに 20 歳代後半）から 30 歳代前半にかけ

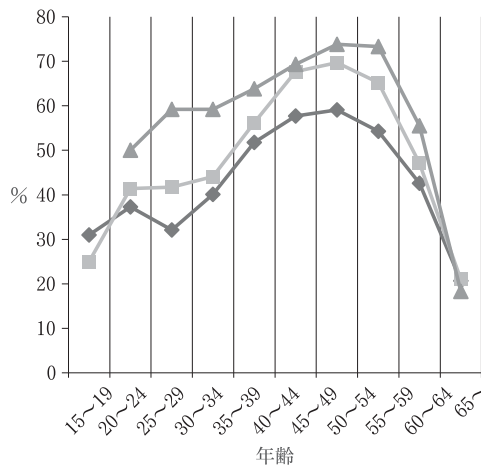
図表 1-2 (A) 未婚女性の年齢階層別労働力率の推移



◆ 未婚 (1975年) ■ 未婚 (1995年)
▲ 未婚 (2014年)

(出所) 同上。

図表 1-2 (B) 既婚女性の年齢階層別労働力率の推移



◆ 既婚 (1975年) ■ 既婚 (1995年)
▲ 既婚 (2014年)

(出所) 同上。

での労働力率が、1995年以降大きく上昇しているのである。たとえば2014年、かつて明確なM字型ボトム期であった20歳代後半及び30歳代前半で、約6割の女性が労働力化していることが確認される⁽⁵⁾。

他の先進諸外国とは異なり、日本では、依然として未婚女性の出産は少ない。出産の大部分が既婚者によるものである。その日本の既婚女性の労働力化状況に大きな変化が生じている。とりわけ20歳代から30歳代前半の既婚女性の労働力率が高まっている。日本のより多くの女性が結婚後も就労し続けているということなのである。次に、その晩産化との関連を考える。

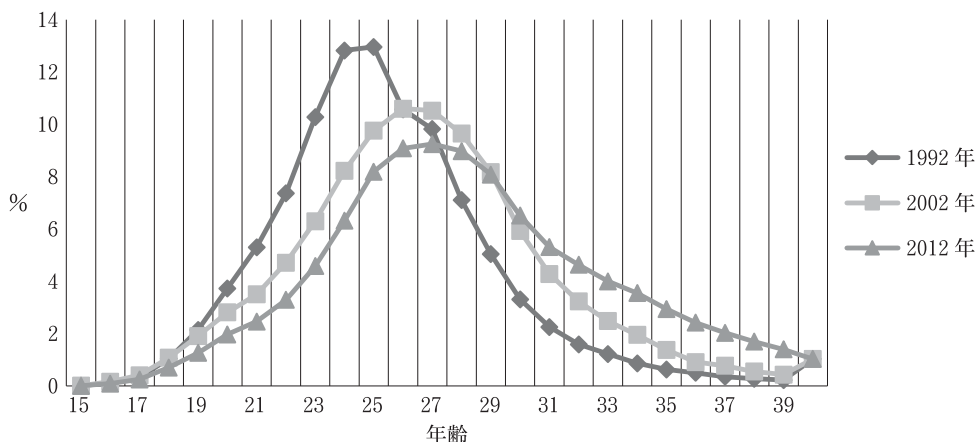
(2) 晩婚・晩産化問題

Ⅱにおいて詳述するように、女性の妊娠・出産は、一定年齢層以上になると「自己意思」とはかかわりなく、社会的・経済的諸条件の充実にもかかわらず、若い年齢期と同じようには実現できなくなる。自然的・生物学的妊孕力の減衰には、抗えない年齢問題があるのだ。こうした制約から逃れられない妊娠・出産は、他のライフイベントのように仕事上の制約や社会的状況のために先延ばしし、「自己選択」「自己決定」で必ずしも実現できるというものではないのである。

日本女性の初婚年齢は着実に遅くなっている。図表1-3は、1992年、2002年、2012年の年齢別初婚件数割合の推移を示している。かつてクリスマスケーキに喩えられ、25歳以降の叩き売り前に結婚を急ぐ結婚適齢期規範は、多くの女性に25歳までの結婚を急がせた。まだその影響が残っていた1990年代初めまでは、20歳代半ばまでの結婚が圧倒的に多かった。しかしその後、初婚年齢の山は右シフトを続け、明確な形で婚期は高年齢化している。晩婚化である。

日本の女性の意識変革、そしてライフサイクルに少なからず影響を与えたのが1985年に

図表1-3 女性の初婚年齢別婚姻件数割合



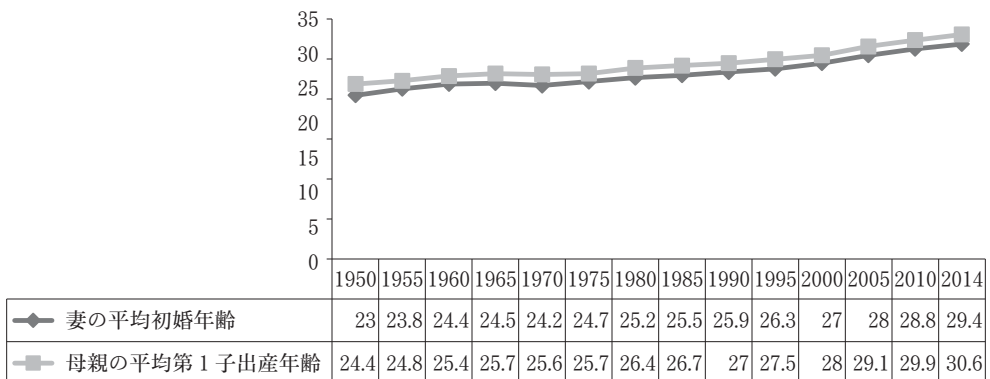
(出所) 内閣府 (2015)b, 11 ページ, より作成。

成立した男女雇用機会均等法（以下、均等法とする）である。日本における雇用の場での男女平等化を、その後、2度の改正を経て段階的に進めてきた。たとえば最初の1985年均等法成立（86年施行）以降に大学を卒業した女性は均等法第1世代と呼ばれ、男女同等の雇用条件での就労が可能となり、女性の総合職への採用が進み注目された。図表1-4は、女性の平均初婚年齢と第1子出産（初産）平均年齢の推移を、1950年から直近の2014年までの期間について示したものである。女性の働き方の変化を後押ししてきたこの均等法の時代になり、初産年齢がどのように変化してきたかをみておきたい。

婚外子比率が極めて低い日本において、初婚年齢と初産年齢は、およそ1年から1年半の間隔を維持しつつ、並行して上昇を続けている。1950年、女性の平均初婚年齢は23歳、平均初産年齢は24.4歳であった。それが1980年には、平均初婚年齢25.2歳と、クリスマスケーキ年齢の壁を越え、平均初産年齢も26.4歳となった。均等法成立（1986年施行）後の1990年になると、平均初婚年齢は25.9歳、平均初産年齢も27歳となった。1997年に第1次均等法改正（99年施行）が行われたが、その後の2000年、前者は27歳、後者28歳、そして2007年の第2次均等法改正（2008年施行）後の2009年には、前者は28.5歳、後者29.7歳となった。さらに直近の2014年には、前者は29.4歳、後者30.6歳と、平均初産年齢は30歳を越えている⁽⁶⁾。晩婚化が進行し、それに相伴する形で初産年齢も上昇し続けているのである。

かつて日本では、30歳以上で第1子を産む初産は、日本産科婦人科学会により、医学統計上リスクが高いということで「高年初産」と定義され、注意喚起のため母子手帳に「高」という印が押されていた。いわゆる「マル高」である。しかし1991年の厚生省からの使用停止要請に基づき、この制度は廃止されていき、1990年代末には「マル高」の印は姿を消した。そこには日本における女性の出産（とくに初産）年齢の大幅な高齢化が大きく影響している。1970～80年代には全体の2割程度にとどまっていた「マル高」妊婦が、1980～1990年頃になると3割を超えるようになったため、あえて特別名称を付けなくなったと説明され

図表1-4 女性の平均初婚年齢と平均初産年齢の推移



(出所) 厚生労働省(2015)b, より作成。

ている。しかし、当時の新聞報道等によれば、それ以外の社会状況、政治的要因等の影響も少なからず影響したことが窺われる⁽⁷⁾。

とはいえ医学的にみた妊娠・分娩の最適年齢は20～30歳代前半であり、とくに35歳を過ぎた高年初産では妊娠・分娩に異常（早産・難産・胎児の病変）をきたすリスクが高くなるという事実は、統計に裏付けられた医学的基本認識である。「高年初産婦」については、同学会により年齢に関する改訂が行われており、1992年に35歳以上の初産婦が「高年初産婦」とされるようになった⁽⁸⁾。しかし現在では、母子手帳にかつての「マル高」のような特段の記載はない。ちなみにWTO（世界保健機関）では、35歳以上の初産婦、40歳以上の経産婦を高年齢出産と定義している⁽⁹⁾。

このように晩婚・晩産化が進む日本であるが、1点、看過されがちだが重要な事態について、指摘しておきたい。日本では1974年以降、女性の合計特殊出生率が人口置換水準を下回り、基本的に趨勢として低下傾向が続いた。当初は女性の高学歴化による妊娠・出産の先延ばし、すなわち晩婚化が主因と考えられ、タイムラグをもって出生率は元の水準に回復するとみなされていた。事実、1950年代生まれの女性の平均子ども数もは、最終的にはそれ以前の世代と同水準になった⁽¹⁰⁾。だが1960年代生まれの女性は、1990年代以降、20歳代の出生率低下を埋め合わせるほどには30歳代以降での出生率が上昇せず、合計特殊出生率は反転を示さないまま落ち込んでいったのである⁽¹¹⁾。

20歳代でも産まず、30歳代以降でも産まない世代が抱える問題性がある。それを均等法世代の問題と呼ぶには早計に過ぎるかもしれないが、法的に変わる社会の変化が、世代間の生き方の違いを生じさせるこうした変化のありようについては、今後も注視してゆきたい。この世代こそ、ここ10数年前から加速化しているARTラッシュの先駆け世代にはほかならないのである。

図表1-5は、近年10年間に初産を経験した女性について、年齢階層別に出産件数を4ヵ年について示した表である。4ヵ年すべてに共通して、20歳代後半から30歳代前半が最大の年齢層である。かつて20歳代前半が主たる初産年齢層であったことからすると5～10歳、高年齢化したことになる。2005年、2008年にはこの二つの年齢層だけで初産総数の7割近くを占めている。だが直近の2014年になると、その比率は64.2%と6割近くに低減している。他方、2014年の場合、30歳代後半が16.9%、40歳代前半が4%と、いわゆる高年初産の増大が顕著になっており、今や全体の2割以上を占めている⁽¹²⁾。また40歳代後半が534人、50歳代で41人というように、一般的に自然妊娠での初産は困難とされる年齢での出産も増えているのである⁽¹³⁾。

近年、健康ブーム、アンチエイジングブームがビジネス化し、活況を呈すなかにあり、このような高齢出産、とりわけ高齢初産に関する状況はどのようになっているのだろうか。かつて「マル高」として妊娠・出産に伴う危険性を注意喚起されていた医学的状況は解消されたのであろうか。そこにARTは、どのように関わっているのだろうか。このような医学的

図表 1-5 女性の初産年齢階層別件数（比率）

年 齢	2005 年		2008 年		2011 年		2014 年	
	件数	(比率)	件数	(比率)	件数	(比率)	件数	(比率)
総 数	512,412	(100.0)	517,724	(100.0)	494,712	(100.0)	474,196	(100.0)
14 歳以下	42	(0.0)	38	(0.0)	43	(0.0)	43	(0.0)
15～19 歳	14,752	(2.9)	13,830	(2.7)	11,857	(2.4)	11,575	(2.4)
20～24 歳	87,276	(17.0)	84,619	(16.3)	69,536	(14.1)	58,556	(12.3)
25～29 歳	192,672	(37.6)	179,821	(34.7)	169,533	(34.3)	152,493	(32.2)
30～34 歳	162,367	(31.7)	165,532	(32.0)	154,997	(31.3)	151,727	(32.0)
35～39 歳	48,573	(9.5)	64,545	(12.5)	74,945	(15.1)	80,142	(16.9)
40～44 歳	6,492	(1.3)	9,126	(1.8)	13,451	(2.7)	19,084	(4.0)
45～49 歳	211	(0.0)	195	(0.0)	324	(0.0)	534	(0.1)
50 歳以上	21	(0.0)	12	(0.0)	23	(0.0)	41	(0.0)

（出所）厚生労働省（2015）a，他各年版，より作成。

問題については，次章Ⅱで検討する。

（3）人工妊娠中絶の年齢階層別状況

ところで，こうした出産状況の動きの一方で，人工妊娠中絶をめぐる状況変化という軽視できない問題がある。図表 1-6，図表 1-7 は，1989 年以降 2013 年までの日本における人工妊娠中絶件数を，女性の年齢階層別に示している。

まず図表 1-6 をみると，総体としての 14 年間に於ける件数の顕著な減少傾向が確認される。総数はこの 14 年間で約 46 万 7,000 件から約 19 万件弱へと 6 割程度急減している。すべての世代に共通してみられる減少傾向であるが，その一方で，世代間の動きの相違も明確

図表 1-6 女性の年齢階層別人工妊娠中絶件数（比率）

	1989 年	1998 年	2006 年	2013 年
総 数	466,876 (100.0)	333,220 (100.0)	276,352 (100.0)	186,253 (100.0)
20 歳未満	29,675 (6.4)	34,752 (10.4)	27,367 (9.9)	19,359 (10.4)
20～24 歳	83,931 (18.0)	79,762 (23.9)	68,563 (24.8)	40,268 (21.6)
25～29 歳	79,579 (17.0)	69,402 (20.8)	57,698 (20.9)	37,999 (20.4)
30～34 歳	103,459 (22.2)	62,396 (18.7)	57,516 (20.8)	36,757 (19.7)
35～39 歳	111,373 (23.9)	57,122 (17.1)	45,856 (16.6)	34,115 (18.3)
40～44 歳	54,409 (11.7)	26,855 (8.1)	17,725 (6.4)	16,477 (8.8)
45～49 歳	4,237 (0.9)	2,823 (0.8)	1,572 (0.6)	1,237 (0.7)
50 歳以上	72 (0.0)	45 (0.0)	26 (0.0)	22 (0.0)
不 詳	141 (0.0)	63 (0.0)	29 (0.0)	19 (0.0)

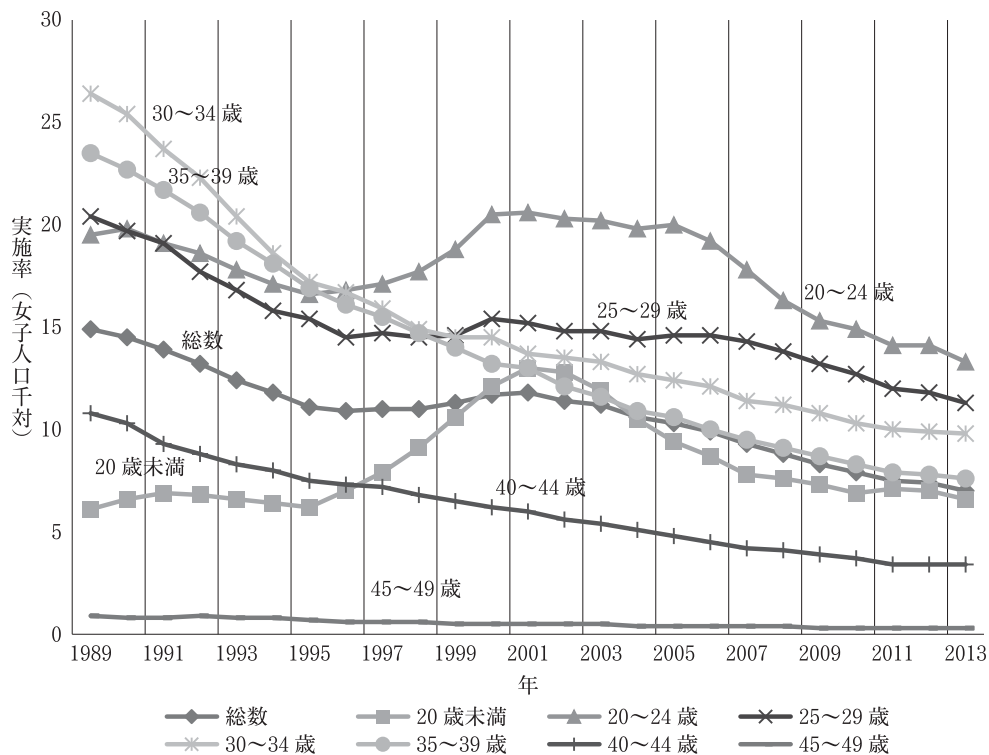
（出所）厚生労働省（2014），他各年版，より作成。

に捉えられる。各年、各年齢層の中絶件数の全体に占める比率をみると、1989年には30歳代後半23.9%、30歳代前半22.2%と、30歳代だけで5割近くを占めていたのに対し、次第に20歳代の比率が高まっている。2013年には、20歳代前半が最大で21.6%、20歳代後半が20.4%、次いで30歳代前半が19.7%、30歳代後半が18.3%という状況である。

こうした推移を女子人口1,000人に占める実施率比率で示したのが図1-7である。全年齢層と比較してみると、近年は20歳代、加えて30歳代前半の比率の相対的高さが際立っている。かつて人工妊娠中絶の中心的な年齢層は30歳代であった。だがこの年齢層の比率は急速に低下しており、対照的にとくに20歳代の比率の高さが目立つようになっているのである。ピル解禁後のより確実な避妊手段の普及により、既婚家庭で中絶によらない家族計画が普及しているのに対し、晩婚化で未婚が多くなった20歳代では、避妊不備による予期せぬ妊娠などにより、依然として人工妊娠中絶件数が総数減レベルほどには減少していない結果ではないかと推察される。

今や人工妊娠中絶の実施率が最大の世代は、20歳代から30歳代前半である。とくに20歳代の高さが目立つ。最も妊孕力の高いこの年齢層の中絶は、すなわち出産の先送り、晩産化に直結する。そしてこの年齢層を超える初産は、日本産科婦人科学会が定義する「高年初産」となる。不妊問題発生の可能性も高まる。この時期に産まない、あるいは産めない現実

図表 1-7 年齢階層別人工妊娠中絶実施率（女子人口千対）の推移



(出所) 厚生労働省 (2014), より作成。

があることこそ、少子化問題が深刻化する日本が直視すべき極めて深刻な事態と捉えるべきであろう。

II. 高齢妊娠・出産の医学的諸問題と ART

(1) 晩産化と高齢妊娠・出産をめぐる日本の状況

かつて日本には「晩婚・晩産化はタイムラグを持って出生率低下を回復させる」という政府見解があり、またそれは、社会政策学会をはじめ、人文・社会系学会の一般的認識でもあった。そこでは高齢出産による妊娠・出産の困難さなど、医学的現実とは考慮されなかった。たとえば「20歳代から30歳代前半までは仕事など社会的活動に専念し、その成果・評価を得た後、40歳代に妊娠・出産を考える」というようなライフプランに対しても、それは自由な自己意思に基づく決定か否かのみ、いわゆるリプロダクティブ・ライツの観点から社会的・個人的諸条件について論議されることはあっても、そこで医学的な問題点に触れることは、殆どの場合、社会的にタブーとされた。1990年代以降、日本ではそういう状況が続いてきた。

しかし、リプロダクティブ・ライツに基づく自由意思による選択・決定には、前提として事前の十分な客観的知識・情報の取得が不可欠である。それを有さない状態での決定は、当該個人の人生に「知らなかった⁽¹⁴⁾」ための取り返しのつかない後悔を残すことになる。発展途上世界の女性に対し、医学的・社会的知識啓蒙の必要性が強調されることが多いが、それは先進諸国の女性にとっても同様である。だがとりわけ1990年代以降の日本において、特に高齢妊娠・出産に関する正確な医学的知識・情報は、医療関係者間では常識であり続けたにもかかわらず、一般社会では語られなくなっていった。むしろ「産めない女性への配慮から触れるべきでない」「女性のみが自然による抑圧を受ける」といったスタンスでの言説⁽¹⁵⁾ばかりが氾濫するようになった。本稿冒頭でも述べたように、母子手帳への「マル高」記載も90年代に姿を消した。高齢になることの妊娠・出産への影響を意識させる社会的取り組みが、明らかに控えられるようになっていったのである。

1990年代当時20歳代であった若年女性は、現在40歳代半ばを超える。たしかにARTが急速に広がった背景には、目覚ましい医療技術の進歩がある。かつて不可能であったことが、次々可能になっている。だが、日本においてART市場が急速に拡大し始めた2000年代、彼女たちの世代は、年齢的に妊娠・出産が困難さを増す30歳代後半に入っていた。この世代的な問題の意味することは重い。

いかにアンチエイジング技術の進歩が急速でも、生殖に関する身体能力の若返りは不可能である。この現実、近年、マスコミをはじめ各種報道関係等においても警鐘が鳴らされている。2012年6月23日に放送されたNHK「産みたいのに産めない～卵子老化の衝撃～」を契機に、近年の日本における女性の妊娠希望年齢の高齢化に伴う不妊と不妊治療の実態に注目が集まっている⁽¹⁶⁾。

「晩婚化が進む現代、不妊は先進国共通の課題だ。しかし、日本は特異な状況にある。不妊の検査や治療を受けたことのある夫婦は、6組に1組。不妊治療専門のクリニックが世界一多く、体外受精の実施数も世界一になっている。女性の社会進出を進める一方で、いつ産むのかという視点を見過ぎてきた日本のひずみが現れている⁽¹⁷⁾」。

上記は、「不妊大国日本」の問題性について語る番組プロフィールの一部を抜粋したものである。「いつ産む」という年齢が遅くなるに伴い、高齢妊娠は困難となり、また出産はハイリスクとなる。次の(2)では、日本における産婦人科の主要専門雑誌3種『産婦人科の実際』『周産期医学』『産科と婦人科』に近年掲載された「高齢妊娠」や「卵子エイジング」特集論文などを参考に、問題点を簡略にまとめた。

(2) 高齢妊娠・出産の医学的諸問題

高齢妊娠に関し、妊孕力に最も直接的に関係するのは卵巣の加齢である。卵巣は他の臓器に比べ、早期から明確な老化を示し、50歳代半ばでほぼ完全に機能が失われる。妊孕力低下には、この卵巣機能低下に伴う排卵障害や卵質低下など卵子にかかわる要素が最も重要である⁽¹⁸⁾。女性の卵母細胞が量的に最大数になるのは胎生期で700万個にまで達し、その後減少し、出生時には200万個、性成熟期には40万個にまで減少する。この減少速度は最初緩やかだが、38歳以後は急激になる。女性の生涯の排卵回数は500回といわれる。加齢に伴い、卵子は数のみならず質的にも変化し、卵子の中の染色体の変性は30歳代後半から増加する。核と細胞質に老化に伴う変化がみられ、モノソミー、トリソミーといった異数体が高率に発生する。その大部分は早期流産に終わるが、21番トリソミー（ダウン症候群）は例外的で、2割程度が出生にいたる⁽¹⁹⁾。

この異数体増加問題が、女性の加齢に伴う卵子の変化において、臨床的観点から最も大きな問題とされる。卵母細胞の第一減数分裂に生じる不分離の頻度は34歳以下だと1.5%だが、35～39歳で7.4%、40歳以上になると24.2%と、加齢に伴い増加する。その理由として、卵細胞質の老化に加え、最近では、母体年齢の上昇に伴う環境ホルモンやFSH（卵巣刺激ホルモン）高値などホルモンバランス、内分泌異常の関与が指摘されている⁽²⁰⁾。ちなみにダウン症候群の染色体異常の種類は、21番染色体トリソミー型が95%、うち80%は母親由来の21番染色体が過剰となっており、女性の加齢に伴う染色体トリソミーの頻度増加傾向は明確とされている⁽²¹⁾。

次に子宮に関してであるが、子宮の重量は、10歳以降に急速に増大する。また思春期に至るまで子宮内膜は緩やかに厚さを増し、20歳代後半から30歳代頃にピークを迎える。卵巣ホルモンによって子宮内膜の厚さは保たれる。卵巣機能停止後、子宮内膜は萎縮するが、性ホルモンを投与した場合は、子宮内膜の機能が回復する。また未妊婦では子宮筋層、とくに頸部筋層が30～35歳以降硬化していく。子宮の老化も上記、卵巣機能によるところが大

きいと報告がある。

内科的疾患や婦人科疾患の問題も大きい。慢性高血圧の発症率は初産婦の高齢妊娠で高く、妊娠高血圧症候群の発症率は母体の加齢に伴い増加する。なかでも40歳以上の初産婦において発症率が高くなる⁽²²⁾。また東京都母子保健サービスセンターの登録者対象の研究結果において、糖尿病（妊娠糖尿病を含む）は加齢とともに、とりわけ35歳以上で増加するとされている。妊娠・分娩時異常には、糖尿病合併妊娠あるいは妊娠糖尿病では重症妊娠高血圧症候群、胎児仮死、帝王切開・早産の頻度が増加したとの報告もある。つまり高齢妊娠では糖尿病の合併頻度が高く、母児の予後に大きな影響を与えるリスクが高いということなのである⁽²³⁾。また子宮筋腫の年齢別頻度は30歳以降、直線的に増加する。このことから高齢妊娠の増加に伴い、子宮筋腫合併妊娠管理がふえている。

次に出産に関してであるが、一般に高齢出産は早産のリスク因子といわれており、低出生体重児の頻度が高くなる原因の一つと考えられている。上記のような加齢に伴う妊娠高血圧症候群や子宮筋腫合併妊娠、加えて不妊治療による多胎妊娠の増加などにより、高齢妊婦の早産頻度が上昇している⁽²⁴⁾。また妊娠満22週以後の死産と早期新生児死亡を合わせたものを周産期死産というが、上記のような高齢出産に伴う様々な問題が要因となり、妊産婦年齢が25～29歳では出生1,000に対して3.9と最も低いのに対し、35～39歳では5.8、40～44歳では8.6、45歳以上では22.6と、年齢とともに増加する。

最後に日本の妊産婦死亡率に関してであるが、1950年の人口10万対161.2から2007年には3.1へと、大きく減少している。とはいえ今日、直接的な産科死亡原因で最も多いのは産科的塞栓症であり、2006年には22.2%を占めている。この血拴塞栓症の危険因子の一つとして帝王切開があげられる。そして高齢妊産婦では、高血圧や糖尿病などの母体の合併症、難産道強靱、微弱陣痛などの分娩進行の異常や不妊治療後の妊娠などの理由で帝王切開の適応が多くなり、産科的塞栓症のリスクも高くなるのである⁽²⁵⁾。

(3) 晩産化と不妊治療および生殖補助医療

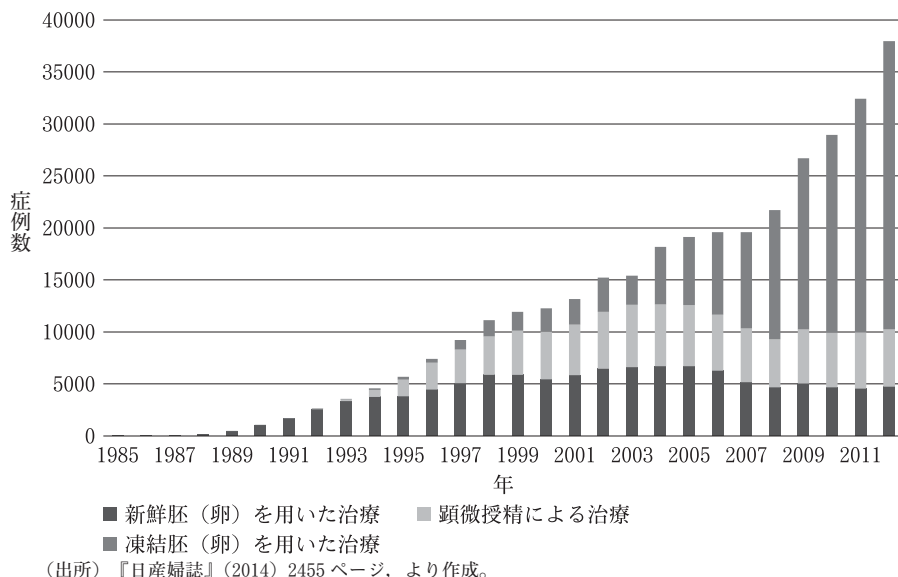
上述したように、晩産化は母体の加齢により、妊娠・出産に際し、さまざまな問題が伴う。とりわけ妊孕力低下により、不妊治療を必要とするケースが増加していることは特筆すべきことであろう。その結果として不妊治療患者数の急増並びに患者の高齢化が顕著に認められるようになってきている。ARTの進歩により、以前の技術水準では不可能であった条件下での妊娠・出産が可能となり、結果的に高齢妊娠・出産増加の一因となっている⁽²⁶⁾。

日本には生殖補助医療に関し法律やガイドラインによる規制は少なく、日本産科婦人科学会の会告に準拠し、非配偶者間人工受精（AID）を除き、医師の自主規制の下に原則として婚姻している夫婦の配偶子によってのみ実施されてきた。厚生科学審議会・先端医療技術評価部会・生殖補助医療技術に関する専門委員会の「精子・卵子・胚の提供による生殖補助医療のあり方についての報告書」では「第三者からの精子・卵子または胚の提供を受けなけれ

ば妊娠できない夫婦に限って、第三者から提供される精子・卵子による体外受精および第三者から提供される胚の移植を受けることができる」と定められている。議論は続いているが、依然として第三者の配偶子および胚提供による生殖補助医療は公的には認められていない。マスコミ報道される著名人などの特殊事例は、海外での不妊治療ケースである。それらの殆どは帰国後、高齢妊婦として国内で出産しており、そのような例の報道が高齢妊娠・出産増加の一因となっている⁽²⁷⁾ 面は否めない。

日本産科婦人科学会では、1985年より体外受精・胚移植の臨床実施に登録制を施行し、ART治療についての報告内容の集計と分析を実施している。とくに1993年度以降は会告に定められた施設登録ならびに包括的調査について、すべての登録施設を対象に行っており、「診療・研究に関する倫理委員会（1999年より倫理委員会の下部組織として登録・調査小委員会が設置された）」の調査結果が学会誌（『日本産科婦人科学会雑誌』：以下、略称『日産婦誌』とする）上に公表されている⁽²⁸⁾。図表2-1は、ARTによる治療法別出生児数について、登録制度が開始された1985年から2012年までの変化を表したものである。

図表 2-1 ART 出生児数（治療法別）



図表 2-2 ART 治療法別出生児数及び累積出生児数（2012年）

	治療周期総数	出生児数	累積出生児数
新鮮胚(卵)を用いた治療	82,108	4,740	110,764
凍結胚(卵)を用いた治療	119,089	27,715	145,451
顕微授精による治療	125,229	5,498	85,535
合計	326,426	37,953	341,750

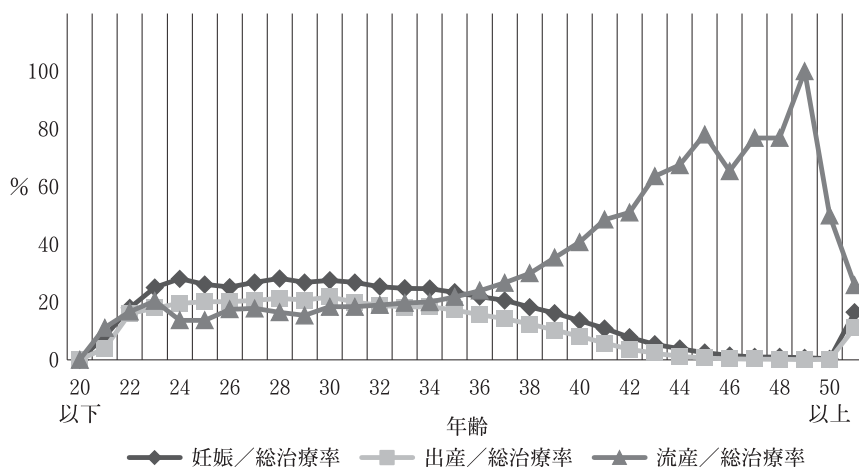
(出所) 同上, 2454 ページ。

日本において体外受精が始まったのは1983年である。続いて1988年に凍結・融解胚の治療が開始され、また顕微授精が1993年に開始された⁽²⁹⁾。とりわけ凍結・融解胚治療が2002年以降、急増している。出生児数も増加しており、**図表 2-2**に示されているように、2012年には新鮮胚(卵)を用いた体外受精で4,740人、顕微授精で5,498人、そして凍結・融解胚(卵)治療では27,715人が出生している。2012年までの累積出生児数は、新鮮胚(卵)の体外受精で約11万人、顕微授精で約8万5千人、そして凍結胚(卵)治療で約14万5千人にのぼっている。

しかし、こうした高度医療技術によるARTといえども、前節(2)で列挙したような加齢による問題を克服できるわけではない。**図表 2-3**を参照されたい。これはARTによる治療数に対する妊娠率、出産率、流産率を、女性の年齢別に示したグラフである。**図表 2-1**、**図表 2-2**と同様、日本産科婦人科学会の公表資料に基づき、作成したものである。30歳代後半以降、とりわけ40歳以上の年齢層で流産率が際立って高まる現実を明確な形で確認することができる。日本産科婦人科学会が「高年初産」と規定している年齢層の問題である。逆に妊娠率、出産率に関しては、この年齢層での低さが顕著である。また流産率が50歳以上で急減するのは、そもそも妊娠自体が極めて困難で稀な例外的事例に限定されるからである。少子化対策の一環として不妊治療が注目される中、政府補助、保険適応等において年齢制限を課すべきとする見解は、こうした現状に依拠するものである。

既に言及したところではあるが、加齢に伴う卵子の老化・劣化には、したがってそれに起因する妊孕力低下には特効薬はない。ところが、同じ条件下で若年女性からの提供卵子を用いると、同じ母体でも妊娠率は低下しないという。これは、母体年齢が上昇しても着床に必要な子宮や卵巣の機能に低下はみられないこと、卵巣内卵子の老化が妊娠率低下の原因であることを何よりも明確に表している⁽³⁰⁾。

図表 2-3 女性の年齢とARTによる妊娠率・出産率・流産率



(出所) 日本産科婦人科学会 (2012), より作成。

以上、極めて簡略的ではあったが高齢妊娠・出産に関わる諸問題や晩産化とARTをめぐる現状をみてきた。いかに医学、科学進歩が目覚しくとも、人間の老化、とりわけ妊娠・出産に関わる加齢の影響には、抗えない限界があるという現実を、あたためて確認した次第である。

「個」による「自由意思」「自己選択」「自己決定」にもとづく自由な人生を求めるさまざまな取り組みがある。とりわけ女性にとって「妊娠・出産」という自然性が家父長制社会の下、女性抑圧の最大の困難さであり続けた歴史があり、したがってそこからの身体的解放に重大な意義を置く動きがある。リプロダクティブ・ヘルス/ライツは、そうして高揚し続ける価値観を新たな用語に集約させたものといえよう。ところがそのような「個」の行動も、現実に具体的な自然的限界・制約に直面するや、一転、たとえばARTに向かう。それぞれの「個」としての人生の生物学的な壁に挑む、科学技術による超克の試みである。ARTという非自然性の極致に新たな生命の創出が求められる。それを自然性からの解放というのであろうか。だがこういう動きの多くは、その一方で「個」を取り巻く環境問題などに対しては、殊更自然性を主張し、たとえば遺伝子組み換え食品等、人工的な高度生物学的・科学的技術の成果を拒否する。

日本でのある年齢層にとくに顕著にみられるART問題の、日本ならではの特異な問題性を解く糸口も、何かしらそのあたりに見出せるように思えてならない。Ⅲ以降、更なる考察を続ける。

〈注〉

- (1) 厚生労働省 (2015a)。
- (2) 日本産科婦人科学会 (2014)。
- (3) 国立社会保障・人口問題研究所 (2010)。
- (4) 内閣府 (2015)a, 61 ページ。
- (5) 同上, 50-51 ページ。
- (6) 日本女性の初産平均年齢が初めて 30 歳を越え 30.1 歳を記録したのは 2011 年である。それ以降、上昇を続けている。厚生労働省 (2015)a。
- (7) 1991 年の厚生省からの「マル高」印使用停止要請には「プライバシーとの絡みが問題とされる」等、さまざまな要因が絡んでいるようだ。『朝日新聞』(1991)。
- (8) 片桐由起子・他 (2014) 161, 162 ページ。またこの点については、産科婦人科学会へ聞き取り調査を行った (対応:産科婦人科学会事務局桜田)。
- (9) 内田美穂・他 (2010) 143 ページ。
- (10) 国立社会保障・人口問題研究所 (2006)。
- (11) 岩澤美帆・三田房美 (2007) 24 ページ。
- (12) 都道府県別の女性の初産平均年齢が最も高齢なのは東京都であり、2014 年で 34.3 歳となっている。いわゆる高齢初産年齢にほぼあたる状況である。厚生労働省 (2015b)。
- (13) 離婚・再婚率の上昇も、新しいパートナーとの間に子を持ちたいと思う気持ちから高齢での育児希望増加の一因となっているともいわれている (片桐由起子・他 (2014) 157-161 ページ)。

今日の晩産化の背景には、結婚をめぐる日本のさまざまな状況変化が影響していることを理解せねばならない。

- (14) 1992年、日本産科婦人科学会が、高年初産婦の定義を30歳以上から35歳以上に引き上げたことが、日本の30歳代女性のさらなる晩産化を進めることになった、とする見解もある。『日本経済新聞』(2002)。
- (15) 後に少子化担当大臣となる福島瑞穂をはじめ、多くのフェミニズム活動が「産まない選択」への賛意を積極的に説いていた。福島瑞穂(1992)。
- (16) 放送内容はその後、書籍化された。NHK取材班(2013)。
- (17) 『NHKスペシャル』(2012)。
- (18) 片桐由起子・他(2014)162-163ページ。
- (19) 内田美穂・他(2010)144ページ、生水真紀夫・他(2014)157-158ページ。
- (20) 同上。
- (21) 安達知子・他(2004)245-246ページ。
- (22) 小松一・他(2003)1403-1407ページ。
- (23) 内田美穂・他(2010)145-148ページ。
- (24) 朝倉啓文・他(2003)1417-1425ページ。
- (25) 生水真紀夫・他(2014)153ページ。
- (26) 片桐由起子・他(2014)157-161ページ。
- (27) 同上、163-164ページ。
- (28) 斉藤英和(2013)2445ページ。
- (29) 斉藤英和(2012)13ページ。
- (30) 生水真紀夫・他(2014)155-157ページ。

参考文献・資料

- 朝倉啓文・他(2003)「高齢妊娠と早産」『産婦人科の実際』Vol.52。
- 安達知子・他(2004)「染色体異常など先天異常と母体年齢の関係はあるか?」『周産期医学』Vol.34。
- 岩澤美帆・三田房美(2007)「晩産化と挙児希望女性人口の高齢化」『人口問題研究』第63巻第3号。
- 内田美穂・他(2010)「加齢に伴う女性の身体的変化」『産婦人科の実際』Vol.59 No.2。
- 片桐由起子・他(2010)「高齢妊娠・分娩の現状：挙児希望の背景と妊娠の成立、分娩の現状」『産婦人科の実際』Vol.59 No.2。
- 厚生労働省(2015)a『平成26年(2014)人口動態統計(確定数)の概況』(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei14>)、他各年版。
- 厚生労働省(2015)b「出生順位・都道府県(21大都市別にみた父・母の平均年齢)『平成26年(2014)人口動態調査』」(<http://www.e-Stat.go.jp/SGI/esat/List.do?lid=000001137964>)
- 厚生労働省(2014)「母体保護関係」『平成25年(2013)衛生行政報告例の概況』(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei-houkoku/13/dl/kekka6.pdf>)、他各年版。
- 国立社会保障・人口問題研究所(2010)「不妊と流死産」『第14回出生動向基本調査』(<http://www.jpss.go.jp/ps-doukou/j/doukou14/chapter4.html>)
- 国立社会保障・人口問題研究所(2006)『日本の将来推計人口：平成18年12月推計』厚生統計協会。
- 小松一・他(2003)「高齢妊娠と高血圧・妊娠中毒症」『産婦人科の実際』Vol.52。
- 斉藤英和(2013)「平成25年度倫理委員会：登録・調査小委員会報告」『日産婦誌』第66巻第9号。
(<http://fa.kyorin.co.jp/jsog/readPDF.php?file=66191066092445.pdf>)
- 斉藤英和(2012)「わが国における生殖補助医療(ART)の現状」『母子保健情報』第66号、13ページ。

- 生水真紀夫・他 (2010) 「加齢に伴う卵の変化」『産婦人科の実際』Vol. 59 No. 2。
- 内閣府 (2015)a 『平成 27 年版 男女共同参画白書』勝美印刷。
- 内閣府 (2015)b 『平成 27 年版 少子化社会対策白書』日経印刷。
- 日本産科婦人科学会 (2014) 『ART データブック 2012』 (http://plaza_umin.ac.jp/~jsog-art/2012data.pdf)
- 福島瑞穂 (1992) 『産まない選択：子どもを持たない楽しさ』亜紀書房。
- NHK 取材班 (2013) 『産みたいのに産めない～卵子老化の衝撃～』文藝春秋。
- 『朝日新聞』(1991) 3月19日 (朝刊)。
- 『日本経済新聞』(2002) 2月6日 (夕刊)。
- 『日産婦誌』(2014) 第66巻第9号。 (<http://fa.kyorin.co.jp/jsog/readPDF.php?file=66191066092445.pdf>)
- 『NHK スペシャル』(2012) 「産みたいのに産めない～卵子老化の衝撃～」6月23日。 (<http://www6.nhk.or.jp/special/detail/index.html?aid=20120623>)

Special Circumstances of the Declining
Birthrate Issue in Japan:
Delaying Marriage and Late Childbearing,
and Reproductive Health and Rights

Yuko Kawauchi

Delaying marriage and the subsequent declining birthrate are serious issues facing all developed countries. However, recently, a special situation is developing in Japan. That is Assisted Reproductive Technology (ART) expanding to the full extent. This makes room for new studies on why we've reached this point in human reproduction, considering this special context in Japan. This paper begins by examining the declining birthrate and annual trend of late childbearing in Japan, then identifies various problems concerning pregnancy and birth due to late childbearing, and finally provides an overview of the situation of ART in recent years.